

OBSTETRÍCIA

Para elas

Editores-chefes:

Henri Augusto Korkes, Md PhD

Eduardo Cordioli, Md PhD

Volume 2 - Número 9 - Outubro|2025

ISSN 3085-7708

Edição Especial

Rins, bexiga e gestação: o que muda no seu corpo

INCHAÇO E PRESSÃO ALTA
O que seu corpo está tentando dizer?

NEFROPATIA GESTACIONAL
O que é, quando aparece e como agir

NOSSO OBJETIVO



A Revista Obstetrícia Para Elas é um projeto construído com cuidado e propósito: tornar mais simples a ciência por trás das recomendações médicas e ajudar a gestante a compreender, com clareza, os principais desafios da gravidez. Abordamos os avanços mais recentes da medicina e as atualidades da gestação, além de esclarecer e desmistificar muitas das "lendas" que ainda cercam o universo materno.

Acreditamos que o acesso à informação qualificada é fundamental para reduzir a mortalidade materna no Brasil. Quando a mulher entende seu corpo, seus sintomas e as possíveis complicações, ela se torna agente ativa no cuidado com a própria saúde. Mais do que orientar, queremos contribuir com um movimento de conscientização, autonomia e protagonismo feminino — porque com conhecimento e diálogo, podemos avançar ainda mais nessa luta.

EDITORES CHEFES



Dr. Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia no HSL/PUC-SP
- Membro Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância na FCMS/PUC-SP
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- CRM 124803 – RQE 72918



Dr. Eduardo Cordioli

- Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Unifesp
- Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
- MBA Executivo pelo Insper
- Fundador, ex-presidente e atual membro do Conselho da Saúde Digital Brasil

- Ex-presidente e atual membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Febrasgo
- Diretor técnico de Obstetrícia do Grupo Santa Joana

QUER PUBLICAR CONOSCO?

Acesse as normas editoriais pelo QR Code.

Contato editorial

Prof. Dr. Henri A. Korkes

+55 15 99848-1311 | henrikorkes@gmail.com

Direitos autorais

Os autores cedem os direitos de publicação à revista por meio de consentimento prévio.



EXPEDIENTE

Revista: Obstetrícia para Elas

Responsável pela publicação e editor-chefe:

Dr. Henri Augusto Korkes – CRM 124803 – RQE 72918

Projeto gráfico e diagramação: Renata S. Pavan

Contato: 15 98105-0590 | rpsorocaba@gmail.com

EDITORES CONVIDADOS



Dr. Fernando Korkes

- Médico urologista do Hospital Israelista Albert Einstein
- Doutorado e pós-doutorado em Uro-oncologia
- Fellowship na Harvard Medical School
- Professor do Centro Universitário da FMABC
- Fundador e coordenador do Instituto CABEM Mais Vidas



Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

- Professora titular - Departamento de Clínica - FCMS da PUC-SP
- Coordenadora acadêmica do Hospital Santa Lucinda
- Diretora do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Nefrologia
- VP da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo
- Mestre e doutora em Nefrologia - UNIFESP



Dr. Henrique Pinheiro Konigsfeld

- Médico nefrologista pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Título de especialista em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
- Doutor em ciências médicas pelo departamento de nefrologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- MBA Executivo em administração: Clínicas e hospitais pela Fundação Getúlio Vargas (FGV)
- Coordenador da residência médica do serviço de nefrologia do Hospital Sepaco (São Paulo - SP)



Dr. Fernando Almeida

- Médico, residência médica e doutorado em nefrologia pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)
- Professor Titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba-SP



Laura Barbero Beani

- Graduanda da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - FCMS/PUC-SP
- Diretora de Visitas Internas do grupo voluntário Pucalhões PUCSP

ACESSE AS EDIÇÕES ANTERIORES:



@drhenrikorkes



site Dr. Henri Korkes



SUMÁRIO



• O que se modifica nos rins e vias urinárias durante a gravidez? (Dr. Fernando Almeida).	04
• Infecção urinária no ciclo gravídico-puerperal: Por que é mais comum entre pacientes gestantes e como prevenir e tratar os casos leves para que não compliquem? (Dra. Fernanda Saad Rodrigues).	05
• Pielonefrite aguda: Você já ouviu falar? Como prevenimos e tratamos? (Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues)	06
• O que é nefrolitíase e qual sua importância na gravidez? (Dr. Vinicius Paulon)	07
• Preciso fazer cirurgia para tratar litíase urinária durante a gravidez, e agora? (Dr. Fernando Korkes).	08
• Lúpus na gravidez: uma doença muito relevante e que necessita de atenção de toda a equipe. (Dr. Dr. Ricardo Augusto de Miranda Cadaval)	09
• O desafio de manejar a doença renal crônica em tratamento conservador na gravidez. (Dra. Fernanda Salomão Gorayeb Polacchini).	10
• É possível levar a gravidez até o final na doença renal crônica em tratamento dialítico? (Dr. José Andrade de Moura Neto).	11
• Quais são os distúrbios miccionais comuns durante o período de puerpério? (Dr. Brunno Framil).	12
• Avaliação da hidronefrose no período antenatal e sua importância. (Dra. Juliana Matielli).	13
• Injúria Renal Aguda na Gravidez e no Pós-Parto – como identificar e conduzir? (Dr. Henrique Pinheiro Konigsfeld)	14
• Gestação e transplante renal: Quais os riscos e principais recomendações? (Dra Jussara Sato)	15
• Gestação e transplante renal: Podemos utilizar medicações imunossupressoras na gravidez e lactação? Quais as opções? (Prof. Dr. Nelson Sass)	16
• Tratamento da anemia por doenças crônicas e o uso da eritropoetina. (Ms. Enio Marcio Maia Guerra)	17
• Pacientes que tiveram pré-eclâmpsia e seu risco futuro em relação às doenças do rim. (Prof. Dr. Carlos Eduardo Poli de Figueiredo)	18
• Glomerunefrites na gravidez: a importância de um acompanhamento multiprofissional. (Profª. Dra. Gianna Mastroianni Kirsztajn)	19
• A coloração e o aspecto da urina são importantes? O que o exame laboratorial da urina pode revelar? (Prof. Dr. Ronaldo D'Ávila).	20

O QUE SE MODIFICA NOS RINS E VIAS URINÁRIAS DURANTE A GRAVIDEZ?



Dr. Fernando Almeida

- Médico, residência médica e doutorado em nefrologia pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)
- Professor Titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba-SP

Durante a gravidez ocorrem alterações em todo o sistema urinário, que retornam às condições prévias já nas primeiras semanas depois do parto. Essas alterações decorrem principalmente do grande acúmulo de líquido e isso é absolutamente normal e necessário. Dos 10 a 12 quilos de ganho de peso habitualmente observado ao longo da gravidez, dois terços correspondem à retenção de água, que obrigatoriamente é acompanhada de cloreto de sódio (sal). Esse volume de líquido está distribuído em todos os tecidos do organismo, mas principalmente no conjunto do útero, placenta e feto.

Alterações estruturais

Essa retenção de líquido na gravidez provoca modificações visíveis na pele e muitas modificações internas no sistema geniturinário, que são observadas apenas em exames de imagem. Assim, por exemplo, um exame de ultrassom pode mostrar aumento do tamanho dos rins e do sistema excretor canalicular, da pelve renal e dos ureteres. Além disso, à medida que o útero vai aumentando de tamanho e volume, ele passa a comprimir a bexiga, reduzindo sua capacidade de armazenamento de urina, o que explica a necessidade de urinar com maior frequência.

Alterações funcionais

A retenção de volume também promove alterações na função dos rins, para melhor. O aumento do fluxo de sangue para os rins é acompanhado de aumento da filtração renal, a principal função dos rins. Com isso, muitas substâncias que são eliminadas do organismo pela filtração podem ter suas concentrações no sangue diminuídas. Este é o caso de marcadores bioquímicos habitualmente utilizados para avaliar e monitorar a função dos rins, como a creatinina e a ureia. Como consequência, o ácido úrico no sangue também pode estar diminuído durante a gravidez.

Com isso, a urina da mulher grávida pode também apresentar pequenas alterações aos exames laboratoriais. As mais comuns são a detecção de pequenas quantidades de glicose e de proteínas no exame de urina, que habitualmente não devem acontecer, mas podem não significar riscos.

Algumas palavras sobre a pressão arterial na gravidez

As alterações renais acabam também contribuindo para mudanças da pressão arterial ao longo da gravidez. Assim, independente dos valores pré-gestacionais da pressão arterial, na maioria das grávidas, a pressão arterial se reduz nos primeiros meses e, a partir do último trimestre, eleva-se até os valores pré-gestacionais. Esse é o comportamento habitual da pressão arterial na maioria das mulheres. Mas, se durante a gravidez, sua pressão arterial estiver se afastando desse perfil, particularmente se ela estiver aumentando, esse é um fator de preocupação e deve ser comunicado ao seu obstetra ou a outro profissional de saúde da equipe de cuidados.

INFECÇÃO URINÁRIA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL:

Por que é mais comum entre pacientes gestantes e como prevenir e tratar os casos leves para que não compliquem?

Como são caracterizadas as infecções do trato urinário (ITU)?

As ITU são caracterizadas pelo acometimento da uretra e da bexiga, sendo chamadas de infecções não complicadas. Estima-se que ocorram em até 10% das gestantes. Os sintomas mais comuns incluem ardência ao urinar, vontade constante de ir ao banheiro, sensação de bexiga cheia que não se esvazia completamente e dor em baixo ventre. Quando não são detectadas precocemente podem evoluir para complicações graves, discutidas no tópico de pielonefrite aguda.

Por que as ITU são mais frequentes na gravidez?

Devido às alterações anatômicas, hormonais e imunológicas durante a gestação, existe maior predisposição às infecções de urina por acúmulo de bactérias na bexiga que, se detectadas rapidamente e tratadas com os antimicrobianos corretos, não geram maiores complicações.

Como deve ser feito o acompanhamento da gestante, evitando as complicações?

Uma das importantes etapas do seguimento no pré-natal é o acompanhamento de sintomas relacionados às ITU e a realização de coleta de cultura de urina para identificar possíveis bactérias e tratá-las antes mesmo de dar sintomas urinários. É importante ressaltar que, mesmo quando a gestante não sente nada, deve ser realizada a urocultura com antibiograma, para detecção e eliminação de microrganismos. A essa situação de positividade da urocultura, sem sintomas, chamamos de bacteriúria assintomática.

Como é realizado o tratamento das ITU na gravidez?

O uso do antimicrobiano deve sempre ser guiado pelo exame de urina, que irá identificar qual bactéria está presente e qual será a melhor escolha por meio do antibiograma, sendo que nunca deve ser feito de forma não prescrita pelo médico, que irá analisar as melhores opções disponíveis. Também é fundamental a coleta de novo exame após o tratamento para certificar-se que o microrganismo foi eliminado e, assim, evitar o risco de complicações para a mãe e para o bebê.

O que acontece se a ITU não for diagnosticada e tratada?

No contexto fetal, as ITU maternas aumentam o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição de crescimento intrauterino. Pode até determinar aumento da mortalidade perinatal, quando a infecção ocorre próxima ao parto, especialmente se associada a outras condições maternas como hipertensão e diabetes. Outros fatores, como infecção bacteriana do líquido amniótico e descolamento prematuro de placenta, contribuem para a elevação do risco de prematuridade e complicações fetais. Para a mãe, além da possibilidade de evolução para pielonefrite aguda e septicemia (infecção sistêmica), há maior propensão à pré-eclâmpsia.

Posso prevenir essa situação?

Como forma de prevenção, além de um pré-natal adequado, com um médico de confiança, algumas medidas podem ser realizadas como: ingestão adequada de líquidos, não segurar a urina, realizar higiene íntima de forma adequada e esvaziar a bexiga após relação sexual. Apesar de sua alta frequência na gestação e possíveis complicações graves, as ITU são de fácil detecção e, quando tratadas adequadamente, não trazem maiores prejuízos ao binômio mamãe-bebê, devendo sempre serem investigadas durante o pré-natal.



Prof. Dra. Fernanda Saad Rodrigues

- Mestre e doutora em Infectologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
- Professora do curso de medicina da UNIP – Unidade Sorocaba
- Coordenadora da CCIH do Hospital Adib Jatene - Sorocaba



PIELONEFRITE AGUDA: VOCÊ JÁ OUVIU FALAR? COMO PREVENIMOS E TRATAMOS?



Dra. Cíbele Isaac S. Rodrigues

- Professora titular - Departamento de Clínica - FCMS da PUC-SP
- Coordenadora acadêmica do Hospital Santa Lucinda
- Diretora do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Nefrologia
- Vice-presidente da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo
- Mestre e doutora em Nefrologia - UNIFESP

O que é Pielonefrite Aguda (PNA)?

A PNA é uma infecção nos rins causada por bactérias. Esses microrganismos são capazes de “nadar” contra o fluxo da urina, que desce em direção à bexiga para sair pela uretra, ou seja, eles são capazes de subir pelo trato urinário

A PNA é uma infecção nos rins causada por bactérias. Esses microrganismos são capazes de “nadar” contra o fluxo da urina, que desce em direção à bexiga para sair pela uretra, ou seja, eles são capazes de subir pelo trato urinário inferior no sentido contrário até alcançar os rins.

A bactéria mais comum tem o nome de Escherichia coli, mas existem várias outras que podem também causar essa infecção, principalmente as chamadas bactérias gram negativas.

O que sente quem tem PNA?

A PNA caracteriza-se por febre, geralmente alta (>38°C); sudorese; mal-estar; dor na região lombar de forte intensidade e em cólica; sintomas urinários como dor e ardor para urinar, ao que denominamos disúria, mas igualmente, polaciúria, que significa fazer xixi várias vezes em pequenas quantidades como se a bexiga estivesse cheia, mas só sai um pouquinho e; frequentemente, sinais de que o corpo está doente e demonstra pela falta de apetite, náuseas e vômitos.

Quais são os riscos da PNA para a gestante e seu bebê?

A PNA é uma das complicações infecciosas mais comuns na gravidez e está associada a riscos maternos e fetais significativos, incluindo sepse (infecção da corrente sanguínea), choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

Como prevenir a PNA?

A prevenção da PNA envolve estratégias para reduzir o risco de infecção urinária. Medidas de proteção da mulher e de seu bebê incluem o tratamento adequado de infecções urinárias baixas (uretrite e cistite), higiene adequada da região genital, evitar retenção urinária (urinar sempre que estiver com vontade, sem “segurar o xixi” e, em casos selecionados, utilizar profilaxia com antibiótico, se o obstetra assim julgar necessário. Em gestantes, mesmo na ausência de sintomas urinários, o rastreamento com a solicitação de cultura de urina no primeiro trimestre da gravidez e tratamento da bacteriúria assintomática são recomendados para prevenir PNA e suas complicações obstétricas. Não há consenso sobre a necessidade de rastreamento repetido ao longo da gestação, mas recomenda-se monitoramento em casos de recorrência ou na presença de fatores de risco.

Quem tem mais chance de ter PNA na gravidez?

Gestantes de primeira viagem, mães jovens, história de infecção urinária prévia ou recorrente, diabetes mellitus, obesidade, início tardio do pré-natal, baixo nível educacional, tabagismo, e condições que favorecem obstrução do trato urinário.

Como deve-se tratar a PNA na gravidez?

A procura por atendimento de urgência é importante e deve ser realizado de forma rápida. A conduta deve ser internação hospitalar, pois a infecção pode se disseminar por todo o corpo, se não for tratada a tempo e a contento.

O tratamento da PNA deve ser iniciado prontamente, mesmo antes do resultado da cultura de urina, que deve ser coletada previamente ao início do antibiótico. Chegando a urocultura e o antibiograma (teste de sensibilidade), que mostram qual bactéria está causando a doença e o melhor remédio para que ela seja eliminada dos rins, o antibiótico pode ser mantido ou ajustado. Em gestantes, a escolha do antibiótico deve considerar a segurança do bebê e o perfil de resistência da bactéria.

A hidratação adequada e a monitorização da mãe e de seu bebê são partes fundamentais do tratamento, evitando que a função renal seja ainda mais prejudicada, quando à infecção se associa a desidratação.

A antibioticoterapia administrada pela veia deve ser mantida até melhora clínica evidente (cessação da febre e melhora dos sintomas sistêmicos e urinários), seguida de transição para antibiótico oral para completar um total de 10 a 14 dias de tratamento. A maioria das pacientes apresenta melhora em 48–72 horas com o uso dos antibióticos corretos. O uso de fluoroquinolonas e sulfametoxazol com trimetoprima deve ser evitado na gestação devido a potenciais efeitos adversos fetais. Após o tratamento, pode-se considerar profilaxia antibiótica até o final da gestação em casos de recorrência.

Em resumo, o manejo da PNA na gravidez requer diagnóstico clínico precoce, hidratação, início rápido de antibióticos apropriados, ajuste conforme cultura, e atenção especial a grupos de risco e complicações como é o caso das gestantes.

O QUE É NEFROLITÍASE E QUAL SUA IMPORTÂNCIA NA GRAVIDEZ?



Dr. Vinicius Paulon

- Médico Formado pela FCMS da PUC-SP
- Especialização em Clínica Médica e Nefrologia pela PUCSP
- Título de Especialista em Nefrologia pela SBN/AMB
- Coordenador Médico da Preceptoría de Residência de Clínica Médica no Hospital Santa Lucinda - PUC-SP
- Diretor Regional da SONESP (2022-2024)

A nefrolitíase, mais conhecida como cálculo renal ou pedra nos rins, é uma condição em que pequenos cristais se formam dentro dos rins ou nas vias urinárias. Esses cristais podem crescer e se tornar pedras de diferentes tamanhos, causando dor e, em alguns casos, obstrução do fluxo urinário.

Durante a gravidez, o corpo da mulher passa por diversas mudanças fisiológicas e hormonais que podem favorecer a formação de cálculos renais. Além disso, o útero em crescimento pressiona os órgãos ao redor, incluindo os rins e os ureteres (canais que ligam os rins à bexiga), o que pode dificultar o escoamento normal da urina e aumentar o risco de infecção urinária e formação de pedras.

Por que a nefrolitíase é importante na gestação?

Embora a nefrolitíase seja relativamente rara durante a gravidez, quando ocorre, pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. Os sintomas mais comuns são dor intensa (geralmente na região lombar ou abdominal), náuseas, vômitos e, em alguns casos, presença de sangue na urina. Se não for diagnosticada e tratada corretamente, a condição pode levar a complicações como infecção urinária grave (pielonefrite), parto prematuro ou até sofrimento fetal.

Diagnosticar cálculos renais em gestantes pode ser desafiador. O uso de exames de imagem é mais limitado durante a gestação para evitar a exposição do feto à radiação. Por isso, o ultrassom é geralmente o método de escolha, apesar de nem sempre conseguir visualizar todos os tipos de cálculos.

O tratamento depende do tamanho da pedra, da localização e da presença de sintomas ou complicações. Na maioria dos casos, a conduta inicial é conservadora, com hidratação, controle da dor e acompanhamento clínico. Intervenções cirúrgicas só são consideradas quando há risco para a mãe ou para o bebê, e, mesmo assim, são cuidadosamente planejadas por uma equipe multidisciplinar.

Como prevenir?

A melhor forma de prevenir a nefrolitíase durante a gravidez é manter uma boa hidratação — a ingestão adequada de água ajuda a diluir a urina e a reduzir a formação de cristais. Além disso, seguir uma alimentação equilibrada, rica em frutas, legumes e com pouco sal, também é benéfico. Mulheres com histórico de cálculos renais devem informar o obstetra já no início do pré-natal para que medidas preventivas sejam consideradas.

Conclusão

A nefrolitíase na gravidez é uma condição que exige atenção especial. Embora nem sempre represente uma ameaça grave, quando não tratada adequadamente pode causar desconfortos importantes e até complicações. O acompanhamento pré-natal regular e a comunicação aberta entre gestante e equipe médica são fundamentais para o diagnóstico precoce e o manejo seguro dessa condição.



PRECISO FAZER CIRURGIA PARA TRATAR LITÍASE URINÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ, E AGORA?



Dr. Fernando Korkes

- Médico urologista do Hospital Israelista Albert Einstein
- Doutorado e pós-doutorado em Uro-oncologia
- Fellowship na Harvard Medical School
- Professor do Centro Universitário da FMABC
- Fundador e coordenador do Instituto CABEM Mais Vidas

Tratamento da Litíase Urinária na Gravidez

A ocorrência de cólica renal durante a gravidez é uma condição desafiadora, devido às particularidades

fisiológicas e à necessidade de proteger a saúde materno-fetal. O tratamento deve ser cuidadosamente planejado, considerando a segurança do feto e o alívio dos sintomas maternos.

Na maioria dos casos, a abordagem inicial é conservadora. O simples diagnóstico de pedra nos rins sem nenhum sintoma na mulher gestante não requer medidas específicas, na maioria dos casos. Já a cólica renal e as complicações da nefrolitíase durante a gravidez são menos comuns, ocorrendo raramente. Quando existem sintomas relacionados à litíase urinária, há particularidades relacionadas ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

A hidratação adequada é essencial, pois ajuda a aumentar o fluxo urinário, o que pode favorecer a eliminação espontânea do cálculo. O controle da dor também é uma prioridade e geralmente é feito com analgésicos seguros para gestantes, como paracetamol. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devem ser evitados, especialmente no terceiro trimestre, devido ao risco de fechamento prematuro do ducto arterial fetal. Esse ducto é um canal que conecta a aorta, que leva o sangue ao corpo, à artéria pulmonar, que leva o sangue aos pulmões e costuma fechar com 12 a 15 horas de vida.

A observação clínica é recomendada quando o cálculo é pequeno, o quadro estável e não há sinais de infecção ou obstrução significativa. Estudos sugerem que até 70-80% dos cálculos podem ser eliminados espontaneamente durante a gravidez.

Intervenções em Casos Mais Graves

Quando o manejo conservador não é eficaz ou em casos mais graves, como obstrução persistente ou infecções associadas, intervenções podem ser necessárias. Os procedimentos mais utilizados incluem:

1. Colocação de cateter duplo J: Trata-se de método minimamente invasivo para desobstruir o trato urinário e aliviar os sintomas. Utiliza-se um cateter flexível de silicone, em formato de "J", usado pelos urologistas como uma ponte para drenar a urina do rim para a bexiga.
2. Ureteroscopia: Procedimento que utiliza um aparelho (ureteroscópio) fino e flexível que é colocado através da uretra e bexiga chegando ao ureter para remoção de cálculos, em geral com o uso de laser para fragmentar o cálculo.
3. Nefrostomia percutânea: Um tubo é inserido diretamente no rim para drenar a urina, sendo uma opção segura porém em poucas situações é necessária.

É importante ressaltar que os procedimentos invasivos são indicados apenas quando absolutamente necessários, dada a maior complexidade da gravidez.

O diagnóstico seguro é fundamental para guiar o tratamento. A ultrassonografia é o exame de escolha, pois não utiliza radiação ionizante. Nos casos em que o diagnóstico por imagem não é conclusivo, exames complementares como ressonância magnética e mesmo tomografia de abdome podem ser considerados.

O tratamento da litíase urinária em gestantes exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo urologistas e obstetras. O manejo adequado deve equilibrar os riscos e benefícios para garantir o bem-estar da mãe e do feto. Felizmente, com a evolução das técnicas de anestesia e de cirurgia, quando as intervenções são necessárias podem ser realizadas com segurança na grande maioria dos casos.



LÚPUS NA GRAVIDEZ: UMA DOENÇA MUITO RELEVANTE E QUE NECESSITA DE ATENÇÃO DE TODA A EQUIPE



Prof. Dr. Ricardo Augusto de M. Cadaval

- CRM 56.867 – RQE 60363
- Mestre e Doutor em Nefrologia pela UNIFESP
- Professor Titular do Departamento de Clínica - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP
- Corresponsável pelo ambulatório de Lúpus Eritematoso Sistêmico do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (Hospital Regional)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica que afeta principalmente mulheres em idade fértil e pode comprometer diversos órgãos, como pele, articulações, rins e sistema nervoso. Durante a gestação, o cuidado deve ser redobrado, pois mulheres com lúpus apresentam um risco de duas a quatro vezes maior de complicações quando comparadas a gestantes sem a doença. Entre os problemas mais comuns estão parto prematuro, retardo de crescimento do bebê, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e possível agravamento da atividade do lúpus. Apesar desses riscos, é importante ressaltar que muitas gestações ocorrem sem complicações, especialmente quando a doença está controlada antes da concepção.

Alguns fatores aumentam a chance de complicações, como lúpus ativo nos seis meses anteriores à gravidez, presença de nefrite lúpica (doença renal causada pelo lúpus), interrupção de medicamentos como a hidroxicloroquina que deve ser mantida cronicamente, primeira gestação, presença de anticorpos antifosfolípidos, queda de plaquetas e níveis baixos de complemento. Por outro lado, quando a paciente inicia a gestação com o lúpus inativo e sem histórico de comprometimento renal, as chances de uma gravidez saudável são bem maiores. Um estudo com 385 mulheres mostrou que 81% das gestações evoluíram bem nessas condições.

A presença de nefrite lúpica ativa durante a gestação aumenta o risco de perda fetal e de piora da função dos rins, especialmente em mulheres com hipertensão, presença de proteínas na urina (proteinúria) ou exame de creatinina elevada. Por isso, recomenda-se que a gravidez seja planejada apenas quando a doença estiver inativa por pelo menos seis meses.

Outro aspecto importante é o lúpus neonatal, que pode ocorrer em 1 a 2% dos bebês de mães com determinados tipos de anticorpos no sangue. Trata-se de uma condição temporária, que geralmente desaparece nos primeiros meses de vida, podendo causar alterações na pele, no sangue ou no fígado. A complicação mais grave é o bloqueio cardíaco congênito, que em alguns casos exige o implante de marcapasso no bebê para que o coração consiga bater normalmente.

O tratamento adequado durante a gestação é essencial. Medicamentos como prednisona, hidroxicloroquina, azatioprina, ciclosporina e tacrolimus são considerados seguros tanto na gravidez quanto na amamentação. A hidroxicloroquina, em especial, deve ser sempre mantida, pois está associada a melhores resultados para mãe e bebê. Além disso, o acompanhamento deve ser feito de forma próxima, com consultas regulares, exames laboratoriais e acompanhamento conjunto do reumatologista e do obstetra especializado em gestação de alto risco.

Com planejamento, seguimento cuidadoso e adesão ao tratamento, muitas mulheres com lúpus conseguem ter uma gestação segura e trazer ao mundo bebês saudáveis.



O DESAFIO DE MANEJAR A DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR NA GRAVIDEZ



Dra. Fernanda Salomão G. Polacchini

- Médica Nefrologista do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP
- Mestrado e Doutorado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP (FAMERP)
- Diretora do Departamento de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
- Diretora da Regional 5 da SONESP
- Membro do Conselho Científico da Sociedade Brasileira de Hipertensão

A gravidez é um momento especial na vida da mulher, mas para aquelas com doença renal crônica esse período exige atenção redobrada.

Os rins filtram o sangue, eliminam toxinas, equilibram líquidos e sais minerais e ajudam a controlar a pressão arterial. Durante a gestação, eles passam a trabalhar até 50% mais para atender às necessidades da mãe e do bebê. Quando a função renal já está reduzida, esse esforço extra pode aumentar o risco de pressão alta, inchaço, pré-eclâmpsia e piora da função renal materna. Para o bebê, os riscos incluem parto prematuro e baixo peso ao nascer.

O chamado “tratamento conservador” significa controlar a doença renal crônica sem necessidade de diálise, por meio de medicamentos, ajustes na alimentação e acompanhamento médico frequente. Na gravidez, esses cuidados devem ser intensificados com:

- Pré-natal de alto risco.
- Consultas regulares com nefrologista.
- Exames laboratoriais frequentes (incluindo creatinina no sangue e dosagem de proteínas na urina).
- Controle rigoroso da pressão arterial.
- Orientação nutricional individualizada, com atenção especial ao sal e às proteínas.

Sempre que possível, a gestação deve ser planejada. Conversar com o médico antes de engravidar permite avaliar a função dos rins, ajustar tratamentos e suspender medicamentos que possam prejudicar o bebê. Apesar dos desafios, muitas mulheres com DRC em tratamento conservador têm gestações bem-sucedidas. Com informação, vigilância e trabalho em equipe, é possível viver esse momento de forma saudável, priorizando o bem-estar materno e o desenvolvimento do bebê.



É POSSÍVEL LEVAR A GRAVIDEZ ATÉ O FINAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO?

Gestação na doença renal crônica: entre riscos e esperanças



Dr. José Andrade de Moura Neto

- Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- Possui MBA em Gestão em Saúde pela FGV-RJ,
- Mestrado em Administração pela EBAPE-FGV
- Doutorado em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina
- Fellow da American Society of Nephrology (FASN), do American College of Physicians (FACP) e do Royal College of Physicians (FRCP).
- Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2023-2024; 2025-2026)
- Membro do board da International Society for Hemodialysis

A gravidez é um dos momentos mais especiais e desafiadores na vida de uma mulher. O corpo passa por transformações para acolher e desenvolver uma nova vida. Entre todos os sistemas que trabalham intensamente durante a gestação, os rins têm um papel fundamental.

Os rins são responsáveis por filtrar o sangue, eliminar impurezas, produzir hormônios, equilibrar a quantidade de líquidos e manter a pressão arterial sob controle. Durante a gestação, eles precisam trabalhar ainda mais, já que também passam a cuidar das necessidades do feto em formação. Por isso, mesmo mulheres com rins saudáveis podem apresentar alterações nesse período, como edema ou aumento da pressão.

Agora, imagine esse desafio para quem já tem uma doença renal crônica (DRC), especialmente aquelas mulheres que dependem da diálise? Essa é uma realidade difícil, mas não impossível.

A DRC acontece quando os rins perdem, de forma progressiva e irreversível, sua capacidade de funcionar. Quando chegam ao estágio mais avançado, muitas vezes é necessário realizar o transplante de rim ou um tratamento chamado diálise, que substitui a função dos rins.

Por muitos anos, acreditava-se que era praticamente impossível uma mulher em diálise engravidar. Isso porque a doença renal crônica reduz a fertilidade, já que o organismo enfrenta desequilíbrios hormonais e metabólicos. Mas, com os avanços da medicina e um acompanhamento mais próximo, essa realidade mudou. Hoje, ainda que rara, a gestação em mulheres em diálise é possível - e cada vez mais casos chegam ao final com sucesso.

Apesar dos avanços, é preciso deixar claro: a gestação em mulheres em diálise é de alto risco. Isso significa que exige cuidados médicos muito mais intensos do que em uma gravidez comum. Entre os principais desafios estão:

- Controle da pressão arterial: a hipertensão é frequente e pode causar complicações sérias para a mãe e para o bebê.
- Maior risco de parto prematuro: muitos bebês nascem antes do tempo, o que requer suporte neonatal.
- Necessidade de diálises mais frequentes: enquanto uma pessoa com DRC costuma realizar hemodiálise três vezes por semana, 4 horas a cada vez, por exemplo, a grávida precisa passar pelo procedimento de forma mais frequente, até mesmo diariamente. A prescrição cabe ao médico nefrologista.
- Alimentação equilibrada: os rins têm papel essencial no equilíbrio de sais minerais e nutrientes. Durante a gestação, a dieta deve ser ainda mais cuidadosa, garantindo energia para a mãe e para o bebê, sem sobrecarregar o organismo.

Mesmo com tantos desafios, as estatísticas melhoraram nas últimas décadas. Antes, eram poucas as chances. Hoje, com a combinação de esquemas mais intensivos de diálise, acompanhamento de equipes multiprofissionais (nefrologistas, obstetras, nutricionistas, enfermeiros) e tecnologia neonatal, a taxa de sucesso tem aumentado de forma significativa.

Ainda assim, a decisão de engravidar deve ser planejada, com avaliação médica criteriosa. A equipe precisa avaliar a situação clínica, ajustar o tratamento e preparar o corpo para a gestação. Esse cuidado aumenta muito as chances de uma gravidez segura e de um bebê saudável. Em alguns casos, o transplante renal pode ser considerado antes, aumentando as chances de uma gestação segura.

A gestação em mulheres com DRC em diálise continua rara e desafiadora, mas deixou de ser um sonho impossível. Para as mulheres que vivem com DRC e sonham com a maternidade, a mensagem é clara: pondere os riscos e converse com seu nefrologista. Com acompanhamento adequado, entendimento dos riscos e muito cuidado, é possível realizar o sonho de ser mãe.

QUAIS SÃO OS DISTÚRBIOS MICCIONAIS COMUNS DURANTE O PERÍODO DE PUERPÉRIO?



Dr. Bruno Cezar F. Sanches

- CRM 132454
- Médico urologista
- Membro Titular Sociedade Brasileira de Urologia
- Mestre e Doutor em Urologia pela Unicamp
- Professor Urologia da Faculdade de Medicina PUC-SP
- Supervisor Programa de Residência médica em Urologia Faculdade de Medicina PUC-SP
- Cirurgião Robótico Titulado pela Sociedade Brasileira de Urologia

O puerpério é um período de profundas transformações físicas, psíquicas e sociais da mulher no desenvolvimento do papel materno. É o contato com o bebê real e envolve a elaboração da gestação e do parto, a adaptação à nova rotina de cuidados, sono, nutrição e entrega corporal e emocional para a criança. É a experiência intensa de cuidar de um recém-nascido e suas primeiras experiências com a vida.

Nesta fase, a relação da mulher consigo mesma e com seu próprio corpo nem sempre é vivenciada com leveza, tamanho é o impacto do puerpério à identidade feminina. Muitas mulheres ao focarem no bebê, podem deixar de observar alertas importantes. E em outros casos, as necessidades emocionais são manifestadas no corpo. Desta forma, falar de micção e desafios do trato urinário no pós-parto requer da mulher e dos profissionais em saúde uma visão integrada e sensível a este contexto de transformações.

Logo após o parto a mulher inicia a fase puerperal. Esta se estende até a sexta semana do pós-parto. O puerpério é um período cheio de emoções e grandes desafios com a vinda do bebê. Responsabilidade de cuidar da nova vida que chegou e além disso, se recuperar das grandes mudanças corporais e emocionais sofridas durante a gestação.

Durante a gravidez, o corpo da mulher está repleto de hormônios. O abdômen sofre aumento de seu volume e a compressão dos órgãos ao redor do útero gravídico pode causar alterações miccionais, intestinais e até respiratórias.

No sistema urinário, alguns eventos ocorrem e interferem na normalidade da micção da mulher. A atenção aos pequenos sinais pode evitar complicações futuras.

Nos partos vaginais, durante a passagem do bebê pelo canal de parto, pode ocorrer um inchaço na região da vulva, o que por si só pode comprimir a uretra e deixar o jato de urina fraco e com certa dificuldade de sair, especialmente nos primeiros dias. Este inchaço tende a regredir com o tempo e, com isso, há melhora do esvaziamento.

Em partos prolongados, quando o bebê fica muito tempo no canal de parto, alterações nos nervos da região pélvica podem promover distúrbios na micção, com dificuldade no esvaziamento e no controle da urina. Isto gera bastante ansiedade na mulher, com sintomas que incluem até parar totalmente de urinar, sendo necessário a passagem de sondas no canal da urina.

Este evento felizmente não é muito comum e normalmente temporário. Com alguns exercícios e com o passar do tempo, os nervos voltam a funcionar e o controle urinário normalmente retorna ao normal.

As perdas urinárias também podem estar presentes. Após o parto, os hormônios começam a diminuir, o que interfere na circulação e na força dos músculos do assoalho pélvico. Isto pode culminar com perdas de urina, especialmente aos esforços. Por isso que os exercícios perineais antes e após o parto são muito importantes para um bom controle miccional.

A fisioterapia do assoalho pélvico é uma ferramenta fundamental neste processo. Exercícios da musculatura da região pélvica, associado ao uso de estímulos elétricos musculares com o uso de eletrodos, aceleram a recuperação da musculatura e promovem melhor controle urinário.

Outro fato muito frequente é a possibilidade de infecção urinária baixa, as "famosas" cistites. Ardência ao urinar, vontade de ir ao banheiro toda hora, mudança na cor e no cheiro da urina são características muito comuns sugestivas de ação das bactérias na bexiga. Isso pode ocorrer devido a manipulação da região genital durante o parto vaginal e a passagem de sondas durante o parto para o esvaziamento da bexiga, seja no parto cesárea ou no parto vaginal.

Medidas simples podem auxiliar as mulheres neste período e minimizando os impactos urinários nesta fase. Aumentar a hidratação, urinar com maior frequência e evitar segurar a urina diminuem o risco de infecção urinária. Evitar condimentos, cafeína e corantes alimentares reduzem o risco de irritação da bexiga e os sintomas ao urinar.

Procurar ajuda é fundamental. Um bom seguimento obstétrico, fisioterápico e o auxílio do urologista trazem a segurança da condução deste período, melhorando a qualidade de vida e evitando complicações nesta fase tão importante da mulher.



AVALIAÇÃO DA HIDRONEFROSE NO PERÍODO ANTENATAL: ATUALIZAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS



Dra Juliana Gomes Matielli

- Nefrologista infantil pela Unifesp - SP
- Mestre pela PUC SP
- Preceptora da nefrologia pediátrica da pediatria da PUC SP
- Nefrologista pediátrica do grupo de pesquisa e apoio ao câncer infantil (gpaci) e do centro de diálise e transplante renal (CDTR)
- CRM 146323 – RQE 524861

Os rins e as vias urinárias desempenham papel essencial desde a vida intrauterina. São eles que ajudam a eliminar substâncias do organismo do bebê e, a partir do segundo trimestre, produzem a urina que compõe grande parte do líquido amniótico. Esse líquido é fundamental não apenas para a proteção mecânica do feto, mas também para o desenvolvimento adequado dos pulmões e de outros órgãos. Nesse contexto, alterações que afetam a drenagem da urina podem ser identificadas já durante a gestação. Entre elas, a mais comum é a hidronefrose antenatal (dilatação do sistema que coleta a urina dentro do rim, chamado pelve renal), presente em cerca de 1% a 5% das gestações. Geralmente detectada a partir do segundo trimestre, pode ser apenas transitória e desaparecer espontaneamente ou estar relacionada a doenças do trato urinário.

A ultrassonografia obstétrica é a principal ferramenta para avaliar e acompanhar esse achado durante a gestação. O diâmetro anteroposterior da pelve renal (DAP) é o parâmetro mais usado, pois mostra a intensidade da dilatação conforme seu tamanho e a fase da gestação. Quanto maior o DAP, maior o risco de repercussões após o nascimento.

Na maioria dos casos, a evolução é favorável: cerca de um terço desaparece ainda durante a gestação e outro um terço se resolve espontaneamente até os dois anos de idade. Apenas uma parte menor permanece associada a alterações urológicas mais significativas. Quando a dilatação persiste, as causas mais comuns incluem o refluxo vesico ureteral (quando a urina volta da bexiga para os rins), a obstrução da junção pieloureteral (estreitamento na saída da pelve renal para o ureter) e o mega ureter obstrutivo primário (dilatação do ureter causada por dificuldade de a urina passar para a bexiga, devido a estreitamento na junção ureterovesical). Em situações mais raras e graves, como nas válvulas de uretra posterior em meninos, a obstrução acontece abaixo da bexiga e pode comprometer tanto os rins quanto o desenvolvimento pulmonar.

Desde a gestação, os exames de imagem já podem mostrar sinais que pedem um acompanhamento mais rigoroso. Entre eles estão as alterações do parênquima renal (como redução da espessura ou aumento da ecogenicidade, quando o rim aparece mais brilhante no ultrassom), a presença de pouco líquido amniótico (pois grande parte dele é formada pela urina do bebê), a dilatação dos ureteres e o comprometimento dos dois rins em vez de apenas um.

Em alguns casos mais graves, pode existir a possibilidade de tratamento ainda durante a gestação. Isso ocorre principalmente quando há uma obstrução abaixo da bexiga, como nas válvulas de uretra posterior. Nessas situações, pode ser considerado um procedimento para ajudar a saída da urina e melhorar o líquido amniótico ao redor do bebê. Trata-se de uma medida reservada para situações muito específicas e realizada apenas em centros especializados.

O rim tem um papel fundamental desde antes do nascimento, e cuidar bem dele é essencial para a saúde da criança no futuro. Quando a hidronefrose é acompanhada de perto, é possível detectar cedo os casos que precisam de atenção, orientar as famílias e oferecer o melhor cuidado durante a gestação e após o nascimento.

O diagnóstico da hidronefrose ainda na gestação não é apenas um achado de ultrassom, mas uma oportunidade de cuidado, já que quando não tratadas, algumas alterações podem trazer riscos de pressão alta e doença renal crônica. Quando identificado, possibilita acompanhar de perto, calcular riscos, intervir quando necessário e tranquilizar as famílias de que, na maioria dos casos, os bebês terão boa evolução.

O acompanhamento após o nascimento deve ser feito de forma individualizada e, sempre que necessário, com o apoio de uma equipe de diferentes especialidades médicas. Obstetras, pediatras, nefrologistas e urologistas atuam em conjunto para avaliar a função renal, prevenir complicações e orientar a família em cada etapa.



INJÚRIA RENAL AGUDA NA GRAVIDEZ E NO PÓS-PARTO – COMO IDENTIFICAR E CONDUZIR?



Dr. Henrique Pinheiro Konigsfeld

- Médico nefrologista pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Título de especialista em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
- Doutor em ciências médicas pelo departamento de nefrologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- MBA Executivo em administração: Clínicas e hospitais pela Fundação Getúlio Vargas (FGV)
- Coordenador da residência médica do serviço de nefrologia do Hospital Sepaco (São Paulo - SP).

A gestação é um momento de muitas mudanças no corpo da mulher, porém algumas complicações podem surgir e exigir cuidados imediatos. Doenças renais podem surgir no período da gravidez ou na pós gestação, período chamado de puerpério. Acometimentos renais podem aparecer na forma de cálculo, infecções, nefrites (inflamação renal) ou até mesmo a perda de função dos rins.

A perda de função renal rápida, caracterizada pelo aumento da creatinina no exame de sangue, mesmo que de forma discreta, ou a redução da quantidade de urina é chamada de **injúria renal aguda (IRA)**. Embora seja pouco comum na população de gestantes, é uma condição que pode ser grave e trazer riscos tanto para a mãe quanto para o bebê.

Qual seria a sua causa?

Durante a gravidez e logo após o parto, algumas situações aumentam o risco de injúria renal aguda. Entre elas estão a pressão alta, especialmente associada a complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Sangramento intenso durante ou após o parto; Infecções graves; Desidratação; Síndrome HELLP, que é uma complicação grave da gestação; Uso de medicamentos que podem prejudicar os rins, como os anti-inflamatórios; Ativação de doenças autoimunes pré-existentes ou que surgem neste período, como lúpus eritematoso sistêmico.

Sinais que merecem atenção:

Geralmente a IRA não gera sinais ou sintomas evidentes, uma vez que discretas alterações da creatinina ou da quantidade de diurese já caracterizam esta síndrome, porém nos casos graves os sintomas podem ser confundidos com desconfortos comuns da gravidez, mas alguns sinais devem servir de alerta, como produzir pouca urina ou parar de urinar; Inchaço nas pernas, pés ou rosto; Pressão alta; Cansaço exagerado, falta de ar, náuseas ou vômitos.

Como descobrir se é injúria renal aguda?

O diagnóstico é feito pelo médico, com base em exames de sangue, especialmente a creatinina, urina e, em alguns casos, ultrassonografia. Esses testes mostram se os rins estão funcionando bem e ajudam a identificar uma possível causa do problema.

Pacientes que já possuem alteração da função renal ou alguma outra complicação prévia, como perda de proteína na urina ou alteração anatômica nos rins, já são considerados portadores de doença renal crônica, sendo esta o principal fator de risco ao surgimento de IRA. A realização do pré-natal adequado ajuda a investigar a presença desta doença e a acompanhar mais de perto essas pacientes durante toda a gestação e também no período pós gestacional.

Tem cura?

Sim! Quando a injúria renal aguda é identificada logo no início e tratada corretamente, muitas mulheres recuperam totalmente a função dos rins. Mas, dependendo da sua causa se não for tratada a tempo, pode ser necessário o uso de hemodiálise, mesmo que de maneira temporária, até que os rins voltem ao normal.

Como é o tratamento?

O tratamento varia de acordo com a causa: Controlar a pressão arterial, tratar infecções rapidamente, corrigir sangramentos, garantir hidratação adequada, evitar remédios que agredem os rins e, nos casos mais graves, a diálise pode ser necessária por um período limitado.

Resumidamente, a injúria renal aguda na gravidez ou no pós-parto é rara, mas pode ser muito séria. Conhecer os fatores de risco e ficar atenta aos sinais de alerta é fundamental para buscar ajuda médica rapidamente. Com diagnóstico precoce e tratamento adequado, as chances de recuperação são altas e tanto a mãe quanto o bebê ficam mais protegidos.



GESTÇÃO E TRANSPLANTE RENAL: QUAIS OS RISCOS E PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES?

GESTÇÃO E TRANSPLANTE RENAL
sonho possível, com cuidados especiais

Receber um rim após um transplante é, para muitas mulheres, a chance de recomeçar. E junto com esse recomeço, pode surgir o desejo da maternidade. A pergunta que surge é: afinal, é possível engravidar após um transplante renal?

A resposta é sim, porém, essa possibilidade depende de planejamento cuidadoso, acompanhamento rigoroso e escolhas terapêuticas adequadas.

Quais são os principais riscos?

Durante a gravidez, os rins sofrem uma sobrecarga maior para filtrar o sangue e eliminar substâncias do organismo. No caso de uma mulher com rim transplantado, essa sobrecarga pode trazer desafios adicionais. Os principais riscos para uma gestante transplantada incluem:

- **Pressão alta e pré-eclâmpsia:** há maior risco de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, que podem comprometer tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do bebê.
- **Infecções urinárias recorrentes:** o uso de medicamentos imunossupressores, necessários para evitar a rejeição do enxerto, reduz a imunidade da gestante e aumenta a suscetibilidade a infecções.
- **Alterações da função renal:** o rim transplantado pode sofrer com a sobrecarga fisiológica da gestação, havendo risco de queda na taxa de filtração glomerular ou até episódios de perdas do transplante.
- **Complicações neonatais:** o bebê pode apresentar maior chance de prematuridade, baixo peso ao nascer e internação em UTI neonatal.

Planejamento da gravidez: eleição do melhor momento para engravidar

A decisão sobre o momento da gestação deve ser individualizada, mas algumas recomendações são consenso entre especialistas e constam no Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde:

- Estabilidade clínica: a função do enxerto deve estar estável, sem sinais de rejeição creatinina menor que 1,5 mg/dL—sem proteinúria ou com uma proteinúria mínima
- Não ter apresentado infecções agudas com efeito tóxico para o feto no ano prévio (por exemplo, infecção por CMV).
- Intervalo após o transplante: é mais seguro esperar entre 1 e 2 anos após o procedimento. Esse período permite estabilização da função renal e redução do risco de rejeição.
- Não ter apresentado infecções agudas com efeitos agravantes para o feto no ano anterior (por exemplo, infecção por CMV).
- A pressão arterial precisa estar bem controlada.
- Manter a função renal estável depois da substituição das drogas imunossupressoras associadas a más-formações fetais (suspender o micofenolato e os inibidores da mTOR seis semanas prévias à concepção)
- Não ter apresentado episódios de rejeição aguda durante o ano anterior.

Como deve ser o pré-natal?

A gestação em mulheres transplantadas deve sempre ser considerada de alto risco e acompanhada por equipe multiprofissional:

- Pré-natal especializado: acompanhamento conjunto com obstetra experiente em gestação de alto risco e nefrologista.
- Exames frequentes: sangue, urina e ultrassonografia seriada para monitorar tanto a saúde materna quanto o crescimento fetal.
- Monitoramento dos imunossupressores: ajustes constantes das doses de tacrolimo ou ciclosporina são necessários, já que a gravidez altera a farmacocinética desses medicamentos.
- Vigilância clínica: atenção especial para sinais de pressão alta, edema, proteinúria e sintomas urinários que possam indicar infecção.

E após o parto?

O puerpério também exige cautela. Em relação à amamentação:

- Possível: quando a mãe utiliza tacrolimo, ciclosporina, azatioprina e corticoides. Nesses casos, os medicamentos passam para o leite em quantidades consideradas seguras.
- Não recomendada: em uso de micofenolato ou inibidores de mTOR, devido ao risco de toxicidade para o bebê.

Conclusão

A maternidade após um transplante renal é um sonho possível e cada vez mais frequente. Quando há planejamento reprodutivo adequado, escolha correta dos imunossupressores e acompanhamento especializado, tanto mãe quanto bebê podem ter uma jornada segura. Mais do que um desafio, trata-se de um exemplo de como a medicina moderna permite que mulheres com condições crônicas complexas realizem o desejo da maternidade com segurança e qualidade de vida.



Dra Jussara Leiko Sato Tebet

- Mestrado e Doutorado em Ciências pela Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)
- Atualmente é professora da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)
- Coordenadora da Clínica Obstétrica da Maternidade Municipal Cachoeirinha
- Coordenadora da Clínica Obstétrica do Hospital Municipal Vereador Jose Storopoli
- Atua em atividades de ensino, pesquisa e assistência médica, com linha de pesquisa voltada para hipertensão arterial na gestação, doenças renais na gestação e transplante renal.

GESTAÇÃO E TRANSPLANTE RENAL

Podemos utilizar medicações imunossupressoras na gravidez e lactação? Quais as opções?



Prof. Dr. Nelson Sass

- Professor Titular do Departamento de Obstetrícia. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP
- Responsável pelo setor de hipertensão arterial, nefropatias e transplantadas renais. EPM – UNIFESP
- Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG)
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da FEBRASGO

Mulheres com insuficiência renal crônica apresentam frequentemente infertilidade diante da redução da libido, alterações menstruais e dificuldades com a ovulação, entre outros problemas. Desta forma, a capacidade reprodutiva é bastante reduzida. Por outro lado, as pessoas que recebem um novo rim, a qualidade de vida resultante se amplia cada vez mais. Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) no período de janeiro a março de 2025 ocorreram 1576 transplantes renais (TX) no Brasil (1). Portanto, o número de mulheres transplantadas que querem engravidar provavelmente aumentará a cada ano.

Apesar dos riscos, muitas mulheres diante de uma nova vida, frequentemente gostariam muito de ter pelo menos um filho. Desta forma, as equipes responsáveis devem oferecer as melhores condições para que isso ocorra. Para aquelas que desejam uma gravidez, algumas características podem oferecer um bom prognóstico: boa saúde 2 anos após o TX, o mínimo possível de proteinúria, pressão arterial controlada, níveis de creatinina menores que 1,5 mg% e drogas imunossupressoras em doses baixas e estáveis (2). Desta forma, é importante reiterar que mulheres que receberam o TX recebam algum tipo de contraceptivo antes de retornarem as atividades sexuais nos próximos 2 anos caso desejam engravidar no futuro.

Quando ocorre a gestação, alguns aspectos precisam ser observados e controlados. A hipertensão arterial é comum e quando necessário hipotensor a melhor opção tem sido a alfametildopa. Outro aspecto é a infecção de urina que precisa ser observada e este exame deve ser realizado com mais frequência. A anemia também pode ocorrer e o sulfato ferroso pode reduzir o problema. Ainda precisamos observar a presença de diabetes, pois algumas vezes é necessário o uso de corticoides.

Um aspecto a ser considerado é o risco de pré-eclâmpsia, ou seja, a elevação da pressão arterial e aumento da proteinúria. Isso ocorre após a 20ª semana de gestação e para reduzir os riscos podem ser utilizados a aspirina e dieta rica em cálcio. O nefrologista deve observar e acompanhar junto com o obstetra fazendo um trabalho em equipe.

Em relação aos imunossupressores, estes são fundamentais para que não ocorra a rejeição do transplante. Atualmente utilizamos o tacrolimus, a azatioprina e a prednisona pois são seguras e poderão ser utilizadas na amamentação (3). Sempre deverão ser acompanhadas pelas equipes garantindo assim segurança para a evolução da gestação. Em relação ao nascimento, o parto normal vaginal é a melhor opção pois reduz os riscos de sangramentos e infecção (4).

Quanto a amamentação, as drogas utilizadas atualmente não são contra indicadas. Pelo contrário, amamentar traz muitos benefícios para a família e para o bebê. A ocitocina produzida na amamentação acelera a redução do útero materno e reduz os riscos de sangramento. Reiteramos que gestantes nessas condições devem ser acompanhadas por uma equipe especializada de forma a reduzir seus riscos e formarem uma família feliz.



TRATAMENTO DA ANEMIA POR DOENÇAS CRÔNICAS E O USO DA ERITRÓPOETINA

Doenças crônicas (DC) são definidas, de forma ampla, como condições que duram 1 ano ou mais e que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária – ou ambas. Dividem-se em DC transmissíveis, causadas por agentes infecciosos, como vírus e bactérias e DC não transmissíveis (Figura), as quais estão frequentemente relacionadas a fatores como estilo de vida e predisposição genética.



Adaptado de: Shejari P, et al. Integrating care for chronic diseases: A review of management approaches and outcomes. World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences, 2024, 19(03), 403-412.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DC são as principais causas de morte no mundo, respondendo por **73% dos óbitos** e 60% da carga de doenças no ano de 2020. No Brasil, as DC não transmissíveis foram responsáveis, em 2019, por **42% das mortes ocorridas prematuramente**, ou seja, entre os 30 e 69 anos de idade.



Dr. Enio Marcio Maia Guerra

- Médico pela Universidade de Mogi das Cruzes
- Especialização em Nefrologia pela EPM/Unifesp
- Mestre em Educação pela Universidade de Sorocaba
- Assistente Mestre na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

As graves consequências dessas doenças para o organismo humano são bem conhecidas, em função da elevada frequência das mesmas. Publicações americanas estimam que 6 pessoas em cada grupo de 10 sejam portadores de DC. Os custos para tratamento são extremamente elevados, até porque muitas delas requerem transplantes dos órgãos acometidos.

Deve-se ressaltar, entretanto, que apesar da gravidade, a maioria das DC são passíveis de tratamento, quando devidamente diagnosticadas e acompanhadas.

As doenças crônicas e anemia

A anemia é definida pela OMS através de valores laboratoriais de hemoglobina inferiores a 12 g/dL para mulheres pré-menopausa e 13 g/dL para homens.

As doenças crônicas caracterizam-se por elevada atividade inflamatória, em função da repercussão sistêmica que provocam no organismo. As substâncias inflamatórias liberadas: 1. reduzem a própria sobrevivência dos glóbulos vermelhos (eritrócitos); 2. estimulam o fígado a liberar uma substância chamada hepcidina, que reduz a disponibilidade do ferro para utilização na medula óssea e, 3. inibem a liberação, pelos rins, de um importante hormônio, denominado eritropoetina (EPO), cuja função consiste em estimular a produção de eritrócitos na medula óssea. Em função desses três fatores que levam a anemia, presentemente se pesquisa a possibilidade de abordagens terapêuticas específicas, através da redução da inflamação, da melhora da oxigenação celular, que é função do eritrócito, e uso de drogas que possam reduzir a hepcidina.

Para uso clínico, entretanto, o arsenal terapêutico para tratamento da anemia se restringe a três tratamentos tradicionais: transfusão, administração oral e intravenosa de ferro e, por fim, injeção de agentes estimulantes da eritropoiese, eritropoetina – EPO.

A transfusão de sangue, geralmente com a utilização de concentrados de hemácias, é empregada nos casos em que a anemia é grave, geralmente acompanhada de sintomas clínicos limitantes da atividade diária, ou quando a anemia não pode ser controlada rapidamente, como em casos

de perdas hemorrágicas volumosas.

A EPO, descrita desde 1905 como “um fator humoral que regula a produção de glóbulos vermelhos”, recebeu seu nome definitivo em 1950; em 1985 foi isolada em seres humanos e, em 1989, foi aprovada pelo órgão regulamentador americano para tratamento de anemias. Em 2024, o tamanho do mercado global de EPO foi estimado em 9 bilhões de dólares, devendo atingir 23 bilhões até 2032. Faz parte do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o que assegura sua utilização por todos cidadãos que dela necessitem.

A dose inicial geralmente varia entre 75 a 150 Unidades por quilograma de peso, na dependência do paciente ser, ou não, portador de insuficiência renal, ajustando-se a dose em função da resposta dos níveis de hemoglobina do paciente. Como atua através da estimulação direta da medula óssea, responsável pela formação do sangue, o uso de EPO irá requerer níveis sanguíneos adequados de ferro, o que impõe a reposição concomitante de ferro oral ou intravenoso. Com a reposição de EPO e ferro, visa-se manter os níveis de hemoglobina entre 11 e 12 g/dL, o que requer acompanhamento laboratorial cada 2-4 semanas.

É de fundamental importância, entretanto, o acompanhamento médico e tratamento concomitante da doença crônica de base que levou à anemia, sob risco de manutenção da inflamação e consequente resistência à utilização de EPO e ferro, o que viria a ser caracterizado como insucesso terapêutico.

PACIENTES QUE TIVERAM PRÉ-ECLÂMPسيا E SEU RISCO FUTURO EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS DO RIM

Mulheres que apresentaram hipertensão na gestação, especialmente a pré-eclâmpsia, devem ter atenção para a saúde renal. A pré-eclâmpsia está associada a maior chance de desenvolver doença renal crônica ao longo da vida.

O risco é maior se a pré-eclâmpsia ocorrer precocemente, se estiver associada a parto prematuro ou for recorrente. Portanto, a pré-eclâmpsia é considerada um novo fator de risco ao longo da vida da mãe e do filho. A probabilidade de doença renal crônica é maior e independente da presença de outros fatores como doenças do coração e hipertensão, embora a presença de hipertensão crônica pós-parto amplifique ainda mais o risco. Vigilância prolongada está justificada.

O rastreamento de doença renal pode ser feito de maneira muito simples com exame comum de urina, avaliação da excreção de albumina na urina (albuminúria) e avaliação da função do rim com o exame de creatinina no sangue. A avaliação pode ser feita em consulta médica de rotina, sendo fundamental incluir a medida da pressão arterial e checar a história de doença renal na família. Em situações selecionadas, a avaliação por especialista pode ser indicada.

A prevenção de doença renal, ou de sua progressão, é realizada mantendo hábitos de vida saudáveis, alimentação equilibrada, hidratação adequada, controle de peso, exercícios físicos, não fumando ou consumindo álcool excessivo e evitando automedicação (cuidado especial com anti-inflamatórios e analgésicos). É essencial manter o controle de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes.

Para aqueles com doença renal já estabelecida, o acompanhamento médico e nefrológico pode auxiliar no controle da doença, evitar a progressão e complicações e evitar a evolução para a necessidade de diálise ou transplante. Nos últimos 10 anos tivemos várias evidências de novos tratamentos que podem auxiliar no manejo e na prevenção da doença renal.



Prof. Dr. Carlos Eduardo Poli de Figueiredo

- Professor Titular da Escola de Medicina da PUCRS
- Médico Nefrologista do Hospital São Lucas da PUCRS
- Doutor pela Universidade de Oxford
- Pós-Doutorado no King's College London



GLOMERULONEFRITES NA GRAVIDEZ: A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL



Dra. Gianna Mastroianni Kirsztajn

- Professora Associada Livre-Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Coordenadora do Setor de Glomerulopatias da Disciplina de Nefrologia da UNIFESP
- Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Nefrologia da UNIFESP
- Membro do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doença Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia

As doenças glomerulares ou glomerulopatias são doenças renais que afetam principalmente os glomérulos, estruturas nobres dos rins com múltiplas funções, entre as quais a mais conhecida é a de filtração do sangue. Também são denominadas de “glomerulonefrites”.

As glomerulopatias primárias têm origem em uma desordem intrínseca dos rins, em oposição às secundárias, que ocorrem quando a lesão é causada por doenças sistêmicas ou outras. Os principais sinais e sintomas observados pelos pacientes em caso de doença glomerular são edemas (de membros inferiores, face, corpo todo), urina avermelhada (devido à presença de sangue) e “espuma” na urina (em decorrência da perda de proteínas). Hipertensão arterial é um achado comum.

Vale ressaltar que proteinúria e hipertensão também estão presentes em uma condição obstétrica conhecida como pré-eclâmpsia e que é mais frequente nas pacientes com glomerulopatias do que entre as mulheres previamente saudáveis. Além disso, o fato de compartilharem algumas das manifestações clínicas e laboratoriais torna mais difícil saber se a paciente está apresentando um agravamento de sua doença renal na gravidez, se está com pré-eclâmpsia apenas, ou se essa está desenvolvendo-se em gestante com doença renal prévia.

A investigação das doenças glomerulares na gestação deve incluir os mesmos exames de avaliação de rotina de qualquer paciente que não esteja grávida, como análise de urina, dosagem de albuminúria e/ou proteinúria, creatinina e albumina séricas, pesquisa das doenças que mais frequentemente causam glomerulopatias (sobretudo diabetes, doenças infecciosas e autoimunes), além de ultrassonografia de rins e vias urinárias. Exames específicos para diagnóstico de pré-eclâmpsia podem ser úteis, quando se suspeita de tal diagnóstico, para distinguir essa condição de glomerulopatias em gestantes.

Deve-se ressaltar que a gravidez em paciente com doença glomerular ou a glomerulopatia que se inicia durante a gravidez são condições usualmente preocupantes, diante das implicações que têm sobre a saúde (materna e fetal), particularmente quando a paciente já apresenta déficit de função renal.

A maioria das mulheres com doença renal que engravidam quando a função renal está normal ou muito pouco reduzida passam pela gravidez sem que ocorra piora da função renal. Mas, parte das mulheres que já têm déficit de função renal, especialmente se moderado a grave, tende a apresentar uma perda de função mais rápida após a gravidez do que seria esperado, considerando-se a história natural de sua doença.

Dada a complexidade da situação, é importante que cada caso seja analisado individualmente, sendo necessárias as contribuições de nefrologistas e obstetras com experiência em gestações de alto risco, tanto na orientação prévia à concepção (se é aconselhável ou não engravidar, qual o melhor momento para fazê-lo, quais os riscos envolvidos, que medicações podem ser usadas, entre outros aspectos), como na condução da gravidez e do parto. Além disso, o neonatologista precisa estar atento ao atender o recém-nascido dessa mulher, que mais frequentemente é pré-termo ou tem baixo peso, entre outras complicações. Dessa forma, fica evidente que o acompanhamento multiprofissional é essencial para a boa evolução da gestante e do recém-nascido.



A COLORAÇÃO E O ASPECTO DA URINA SÃO IMPORTANTES? O QUE O EXAME LABORATORIAL DA URINA PODE REVELAR?



Dr. Ronaldo D'Ávila

- Professor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, PUC-SP

A observação da cor e aspecto da urina deve fazer parte da rotina de atenção com a saúde, uma vez que várias modificações podem acontecer, às vezes durante um mesmo dia. Felizmente a maioria dessas modificações são fisiológicas e não devem ser consideradas preocupantes. Por outro lado, algumas delas podem, eventualmente, representar importantes problemas de saúde. Vamos discutir um pouco sobre isso?

A COR DA URINA

A urina tem coloração amarela, podendo variar sua tonalidade de amarelo bem claro, quase transparente, para amarelo escuro. Basicamente, em estados de normalidade, essa variação se dá, principalmente, pelo estado de hidratação. Mesmo variações normais de hidratação já podem modificar a cor da urina, que tende a ficar mais escura após exercícios ou períodos maiores sem ingestão de água. Isto é absolutamente normal, porque os pigmentos contidos na urina ficam mais concentrados se diminui o volume urinário, que depende basicamente do estado de hidratação.

MODIFICAÇÕES DA COR POR CORANTES NA ALIMENTAÇÃO

Quantos pais já não ficaram inicialmente muito preocupados por seu filho estar apresentando urina avermelhada, mas depois perceberam que isso estava acontecendo porque a criança havia comido uma quantidade grande de beterraba? Pois é, alimentos com corantes podem afetar a coloração da urina. Assim, variações, obviamente normais, da cor da urina podem ocorrer conforme a ingestão de alimentos. Além da beterraba, a ingestão de alimentos contendo caroteno, por exemplo, pode tornar a coloração da urina mais amarelada que o habitual.

MODIFICAÇÃO DA COR POR MEDICAMENTOS

Se você iniciar o uso de um novo medicamento e a sua urina mudar de cor, antes de ficar assustada, procure verificar se esse novo medicamento não é a causa dessa mudança. Entre os inúmeros remédios que podem causar esse efeito, destacam-se alguns muito comuns, como a fenazopiridina, um analgésico do trato urinário, que pode tornar sua urina alaranjada, às vezes até avermelhada. A nitrofurantoina, um antibiótico muito empregado nas infecções urinárias, e o metronidazol podem, raramente, tornar sua urina amarronzada, até mesmo preta, no caso do metronidazol. A amitriptilina pode deixá-la levemente azulada ou esverdeada. É claro que o grau dessas mudanças de cor da urina também será influenciadas pelo estado de hidratação.

DOENÇAS

Inúmeras patologias podem modificar a cor da urina.

Quando a urina torna-se vermelha, devemos pensar em sangramento no trato urinário, que pode acontecer por infecções urinárias, por cálculos, por rompimento de cistos renais, por trauma, por glomerulonefrites (inflamações do "filtro urinário"), por tumores malignos ou benignos das vias urinárias. No caso do homem, tumores da próstata são importantes causa de urina vermelha (entretanto espera-se que o homem faça prevenção de tumores prostáticos e não espere sua urina ficar vermelha para fazer esse diagnóstico, claro). Em mulheres é possível também que a urina contenha sangue em caso de sangramento vaginal, inclusive durante as menstruações, razão pela qual os exames de urina não devem ser colhidos nessas ocasiões.

Urina vermelha também pode acontecer em algumas doenças como a relativamente frequente rabdomiólise, que é um quadro sério de lesão das células musculares que acontece, por exemplo, após exercícios extenuantes. A hemoglobínúria paroxística noturna, doença rara e preocupante, também pode levar a diferentes tons de urina avermelhada, especialmente à noite.

Urina com coloração profundamente alaranjada, capaz até de manchar a roupa, deve lembrar um acometimento do fígado que esteja provocando icterícia.

Urina branca como leite pode acontecer quando há linfa na urina. Outras doenças (geralmente raras) podem tornar a urina até mesmo roxa ou preta.

O ASPECTO DA URINA

Além da coloração é importante que seja observado o aspecto da urina. Se ela estiver turva, com ou sem grumos, deve-se pensar em infecções do trato urinário. Em casos de presença de muita espuma na urina deve ser investigada a possibilidade patológica da presença de proteínas na urina, o que pode ser um sinal de glomerulonefrite.

PONTOS IMPORTANTES

- Mudanças na cor e aspecto da urina são fáceis de serem notadas
- Quando acontecem, podem ser por motivos simples como o estado de hidratação, alimentação ou uso de medicamentos.
- Mudanças mais intensas e persistentes devem ser comunicadas ao seu médico!

A close-up photograph of a woman in a white, flowing dress. She is holding a bouquet of pink flowers in her right hand and a woven basket filled with pink flowers and green leaves in her left hand. The background is a soft, out-of-focus green field.

**sua jornada
é a nossa
inspiração.**

PATROCÍNIO:

