

AULA 1

PORQUE MONTAR SEU PRÓPRIO CONSULTÓRIO

Vantagens e desvantagens de ter seu próprio consultório de nefrologia +
Manejo prático da Doença Renal Crônica



AULA 2

ESTRATÉGIAS PARA CRESCER COMO NEFROLOGISTA + CASO CLÍNICO DE DRPAD E LITÍASE



AULA 3

COMO ATRAIR MAIS PACIENTES E EXPANDIR SEU CONSULTÓRIO + ATUALIZAÇÕES SOBRE GLOMERULOPATIAS

Dicas valiosas que fazem seu paciente fidelizar e lembrar de você para sempre.



AULA 4

REVISÃO DA SEMANA E SORTEIO



NEFROATUAL:

NEFROATUAL:

Tópicos essenciais para a Prova
de Título de Nefrologia

Tópicos essenciais para a Prova
de Título de Nefrologia



AULA 3

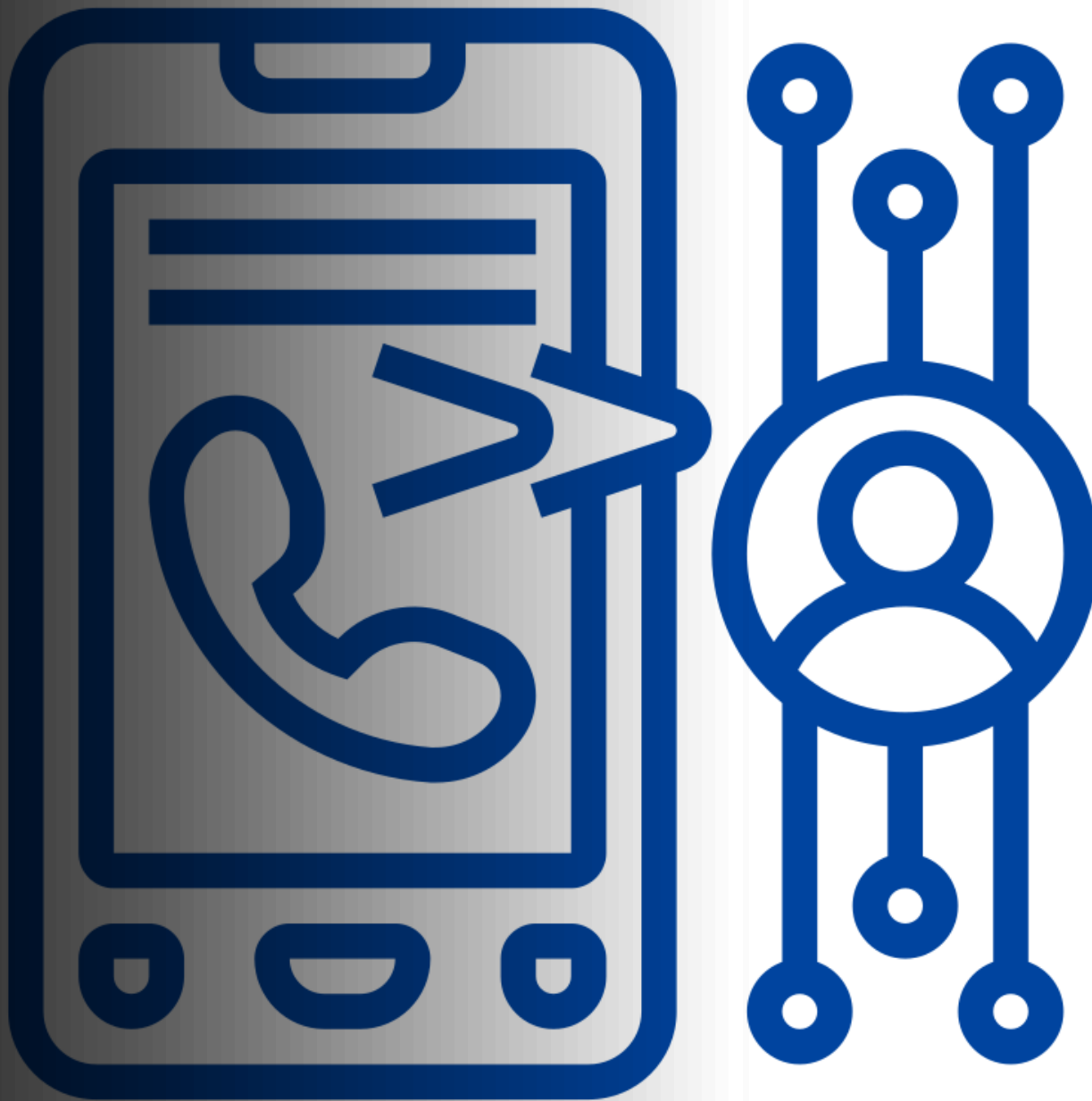
COMO ATRAIR MAIS PACIENTES E EXPANDIR SEU CONSULTÓRIO + ATUALIZAÇÕES SOBRE GLOMERULOPATIAS

Dicas valiosas que fazem seu
paciente fidelizar e lembrar de você
para sempre.



—

Como ter mais
indicações de
outros médicos
no consultório?





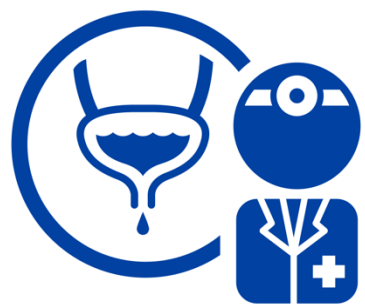
Contato pós consulta



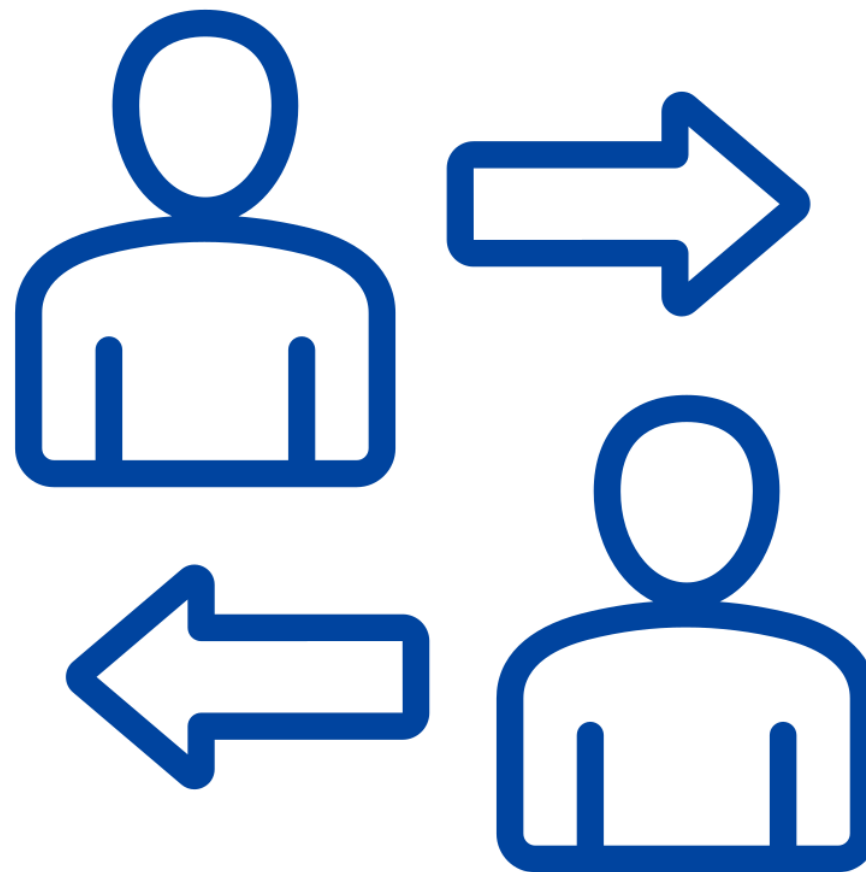
Aulas para
especialistas
chave



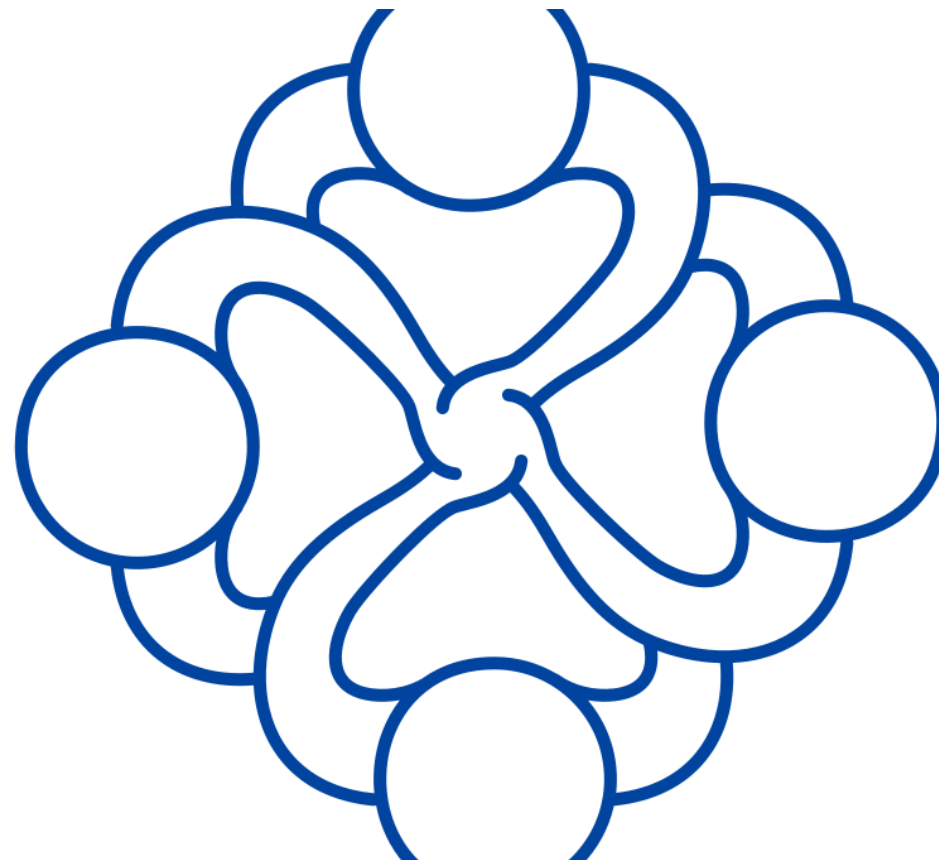
Quem mais indica?



Referência
e contra
referência



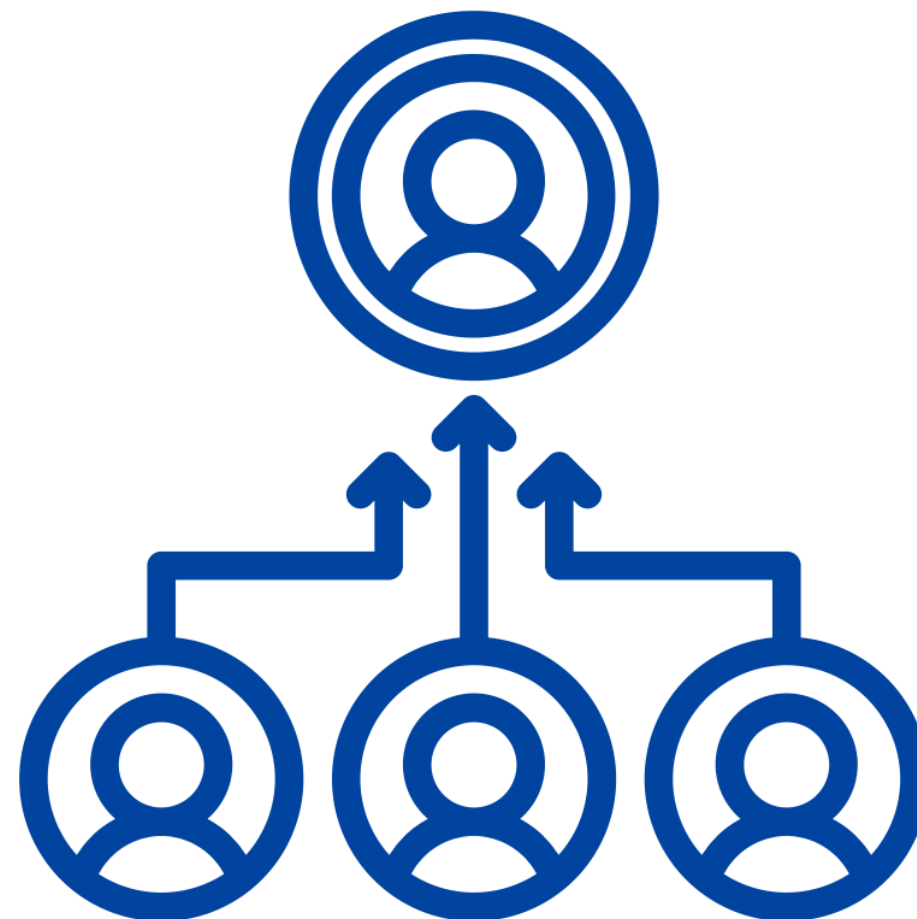
Colegas da
Faculdade



Alunos



Propaganda
Instagram/postagens
úteis para aquela
especialidade



Trabalhar com
outros
médicos no
mesmo
ambiente



RESUMO



CONTATO PÓS CONSULTA



AULAS PARA ESPECIALISTAS
CHAVE



REFERÊNCIA E CONTRA
REFERÊNCIA



COLEGAS DA FACULDADE



ALUNOS



PROPAGANDA
INSTAGRAM/POSTAGENS
ÚTEIS PARA AQUELA
ESPECIALIDADE

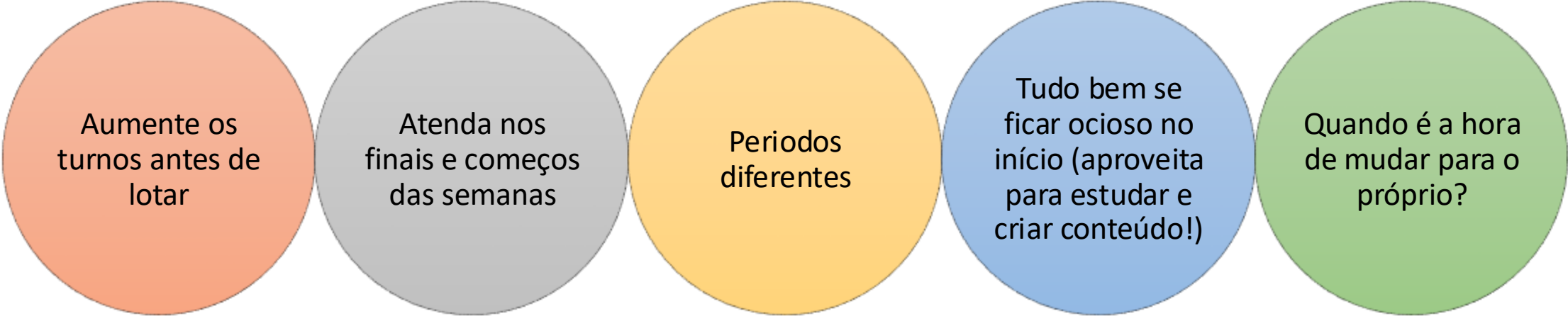


TRABALHAR COM OUTROS
MÉDICOS NO MESMO
AMBIENTE



DATAS ESPECIAIS

Expandir o consultório



Aumente os
turnos antes de
lotar

Atenda nos
finais e começos
das semanas

Periodos
diferentes

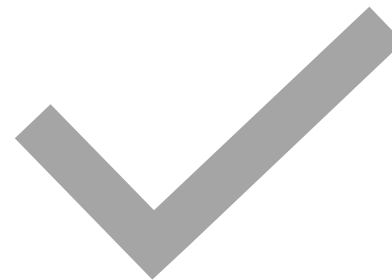
Tudo bem se
ficar ocioso no
início (aproveita
para estudar e
criar conteúdo!)

Quando é a hora
de mudar para o
próprio?

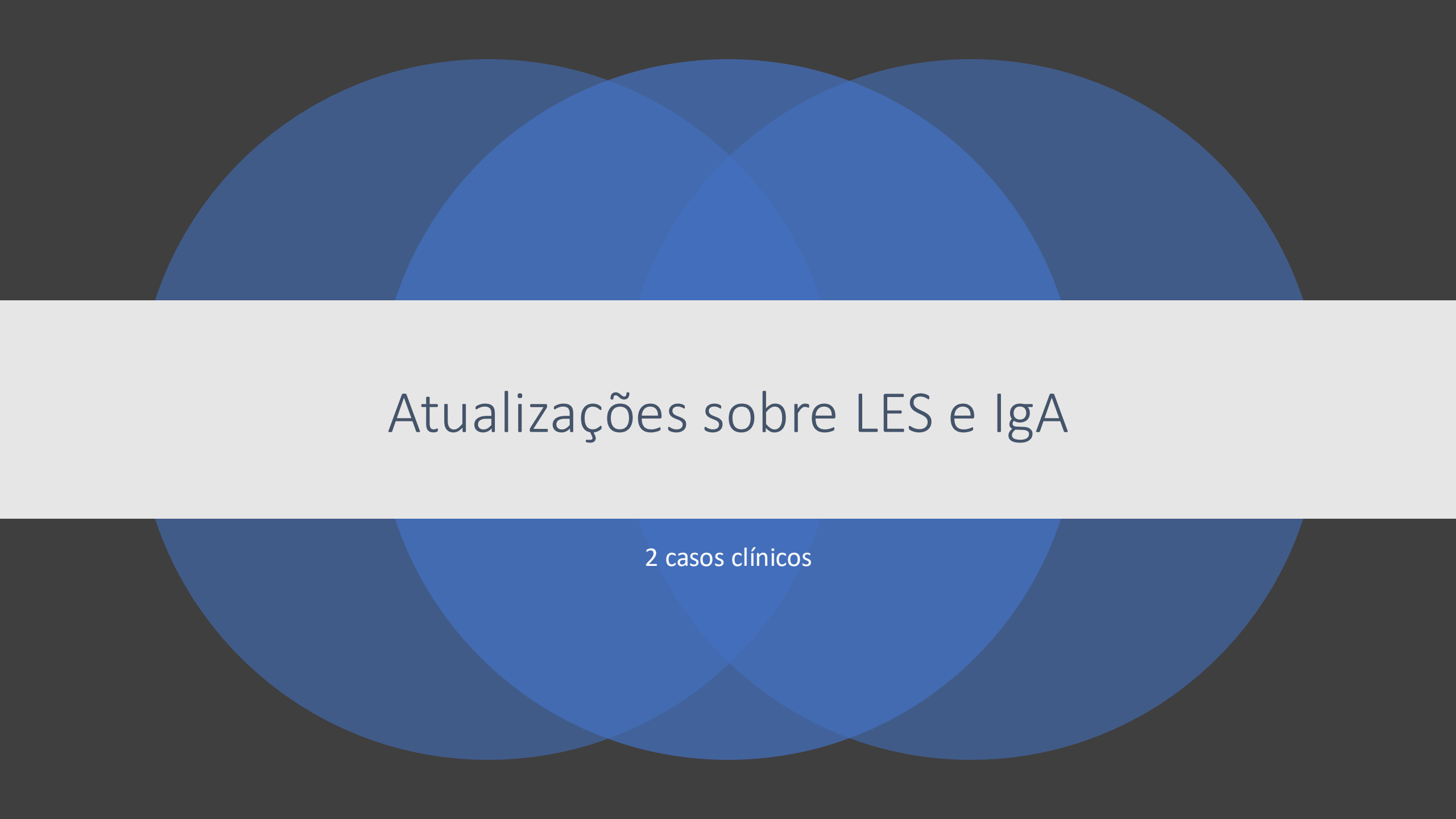
Secretária (cursos)



<https://prodoctor.net/cursos/secretaria-para-area-medica>



Doctoralia Pro



Atualizações sobre LES e IgA

2 casos clínicos

Caso 1

Mulher, 20 anos com síndrome nefrótica, hematúria microscópica, rash malar e artralgias, evoluindo com piora progressiva da função renal.



História clínica:

- Paciente previamente hígida, sem comorbidades conhecidas.
- Há 3 semanas, iniciou quadro de artralgias migratórias, rash em região malar desencadeado por sol e episódios de astenia.
- Nas últimas 2 semanas, apresentou piora de edema em membros inferiores, fâcies edematosa e ganho ponderal.
- Sem queixas respiratórias ou infecciosas recentes.



Exame físico:

- PA: 142 x91 mmHg
- FC: 88 bpm
- Edema +++/4+ em MMII
- Rash malar
- Sem sinais de sobrecarga de volume pulmonar
- Sem sinais neurológicos ou hematológicos evidentes



Exames laboratoriais



Hemograma :

- Anemia normo-normo (Hb: 10,2 g/dL)
- Leucócitos normais
- Plaquetas 135.000/mm³

Função renal e eletrólitos:

- Creatinina: 1,9 mg/dL (era 0,8 há 5 meses – check up com Gineco)
- Ureia: 65 mg/dL

Urina 1 e proteinúria:

- Proteinúria 4,8 g/24h
- >50 hemácias/campo, dismórficas
- Cilindros hemáticos

Albumina sérica: 2,4 g/dL

Colesterol total: 310 mg/dL

Avaliação imunológica

FAN: positivo,
1:1280, padrão
pontilhado fino

Anti-DNA:
fortemente
positivo

C3: 36 mg/dL

C4: 6 mg/dL

Anti-SM:
positivo

VDRL, HIV,
HCV, HBsAg:
negativos

Beta-HCG: NR

E agora, qual a melhor conduta neste momento?

- a) Solicita Biópsia renal e aguarda resultado para tratamento
- b) Metilprednisolona 1g em 3 dias consecutivos
- c) Metilprednisolona 500mg 3 dias consecutivos
- d) Prednisona 1mg/kg e biópsia renal
- e) Metilprednisolona 1g agora e ciclofosfamida 500mg no dia seguinte

Preciso biopsiar se
o diagnóstico é
“óbvio”?

A biópsia é essencial
para:

- Classificar a nefrite
lúpica (classes II, III, IV,
V...)
- Avaliar atividade x
cronicidade
- Avaliar presença de
crescentes, trombose,
necrose

KDIGO 2021 Glomerular Diseases Guidelines

- O guideline **recomenda realizar a biópsia o quanto antes, idealmente antes do início da imunossupressão, e reforça que o tratamento não deve ser adiado em quadros graves.**

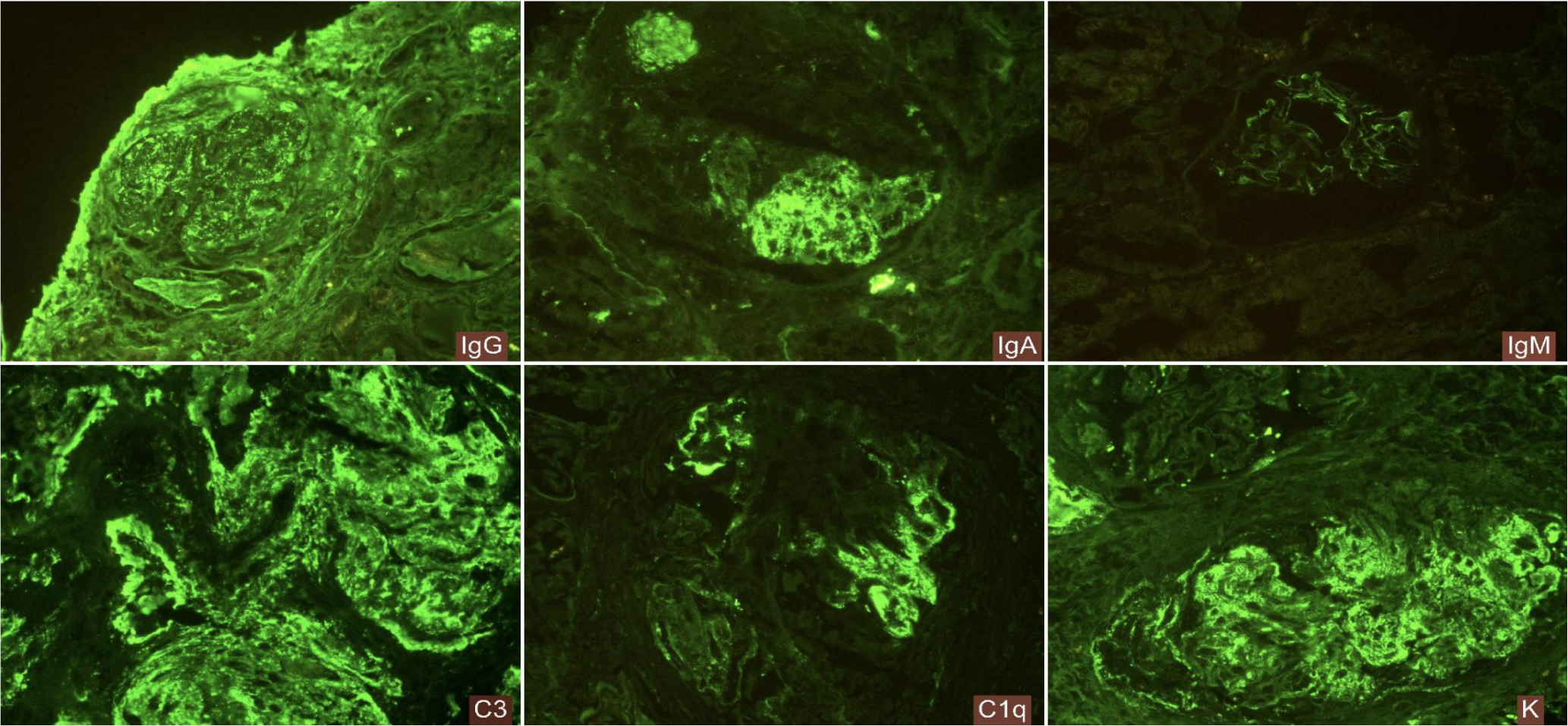


Biópsia renal

- Foram identificados 18 glomérulos, dos quais 2 apresentavam esclerose global
- Destacam-se a **presença de crescentes celulares**, além de sinéquias e adesões capsulares em 2 glomerulos. **Não há trombos intraglomerulares visíveis.**
- O compartimento túbulo-intersticial apresenta atrofia tubular leve, associada a fibrose intersticial em cerca de 10% do parênquima. Os vasos arteriais têm paredes delgadas, sem evidência de vasculite, **mas com alterações compatíveis com microangiopatia trombótica.**

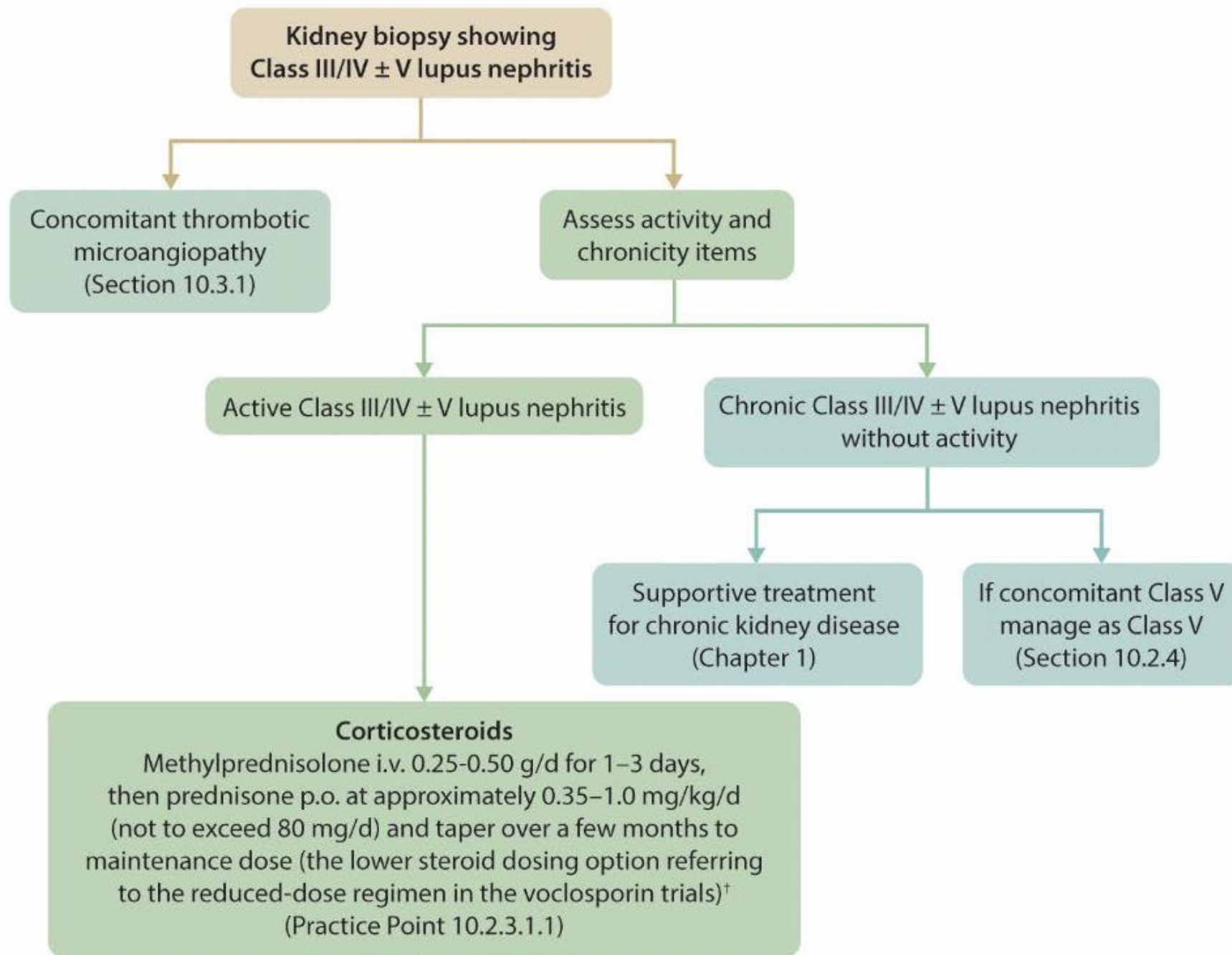
Imuno

ANTICORPOS	DILUIÇÃO	RESULTADO	GOMERULAR	
			Mes	Alças
IgG	1:40	Positivo ++/3+	X	X
IgA	1:40	Positivo +++/3+	X	X
IgM	1:40	Positivo +/3+		X
C3	1:40	Positivo +++/3+	X	X
C1q	1:40	Positivo ++/3+	X	X
Fibrinogênio	1:40	Positivo +/3+		X
Kappa	1:40	Positivo +++/3+	X	X
Lambda	1:40	Positivo +++/3+	X	X



Observações adicionais:

- Nefrite Lupica Classe IV.
- A presença de lesões do tipo wire loop, padrão imunofluorescente full house e crescentes celulares é compatível com nefrite lúpica ativa.
- As alterações vasculares observadas são sugestivas de microangiopatia trombótica (MAT), podendo estar relacionadas a sobreposição com síndrome antifosfolípide (SAF)



Glucocorticoids

Methylprednisolone i.v. 0.25–0.50 g/d for 1–3 days as appropriate depending on disease severity and rate of progression, then prednisone p.o. at approximately 0.35–1.0 mg/kg/d (not to exceed 80 mg/d) and taper over a few months to maintenance dose (the lower steroid dosing option referring to the reduced-dose regimen in the voclosporin trials)[†]
(Practice Point 10.2.3.1.1)

and one of the following options

CNI + MPAA

Voclosporin 23.7 mg b.i.d. and MPAA in patients with eGFR >45 ml/min per 1.73 m²
Tacrolimus (trough level approximately 5.5 ng/ml [6.8 nmol/l], data mainly from Chinese patients) and reduced-dose MPAA in patients with SCr <3.0 mg/dl (265 µmol/l) as initial and maintenance therapy
Consider cyclosporine when voclosporin and tacrolimus are not available
(Practice Point 10.2.3.1.4)
CNI duration up to 3 years[‡]

Mycophenolic acid analogs (MPAA) for at least 6 months

MMF p.o. 1.0–1.5 g b.i.d. or mycophenolic acid sodium 0.72–1.08 g b.i.d.
(Practice Point 10.2.3.1.3)

Cyclophosphamide for up to 6 months

i.v. 500 mg q2wk × 6 or 0.5–1.0 g/m² monthly × 6; or p.o. 1.0–1.5 mg/kg/d for 3 months
(Practice Point 10.2.3.1.2)[§]

Belimumab + MPAA or

reduced-dose cyclophosphamide
Belimumab (i.v., 10 mg/kg q2wk for 3 doses then q4wk) and MPAA or i.v. cyclophosphamide 500 mg q2wk × 6
(Practice Point 10.2.3.1.5)
Belimumab duration up to 2.5 years

American College of Rheumatology (ACR)
2024 Lupus Nephritis Guideline—Treatment Overview

Class III/IV ± V

Active, newly diagnosed, or flare

Pure Class V*

Active, newly diagnosed, or flare

Hydroxychloroquine and RAAS-I[†]

FIRST LINE (CONTINUOUS) THERAPY

Preferred:

TRIPLE THERAPY

GC pulse/oral taper to ≤5 mg/day by 6 mo.

+

MPAA

+

BEL^a or CNI^b

Alternatives:

TRIPLE THERAPY

GC pulse/oral taper to ≤5 mg/d by 6 mo.

+

Low-dose CYC[‡] + BEL

DUAL THERAPY if TRIPLE THERAPY
is not available or not tolerated

FIRST LINE (CONTINUOUS) THERAPY

Preferred:

TRIPLE THERAPY

GC pulse/oral taper to ≤5 mg/day by 6 mo.

+

MPAA

+

CNI

Alternatives:

TRIPLE THERAPY

GC pulse/oral taper to ≤5 mg/d by 6 mo.

+

MPAA + BEL or Low-dose CYC[‡] + BEL

DUAL THERAPY if TRIPLE THERAPY
is not available or not tolerated

Lack of Response

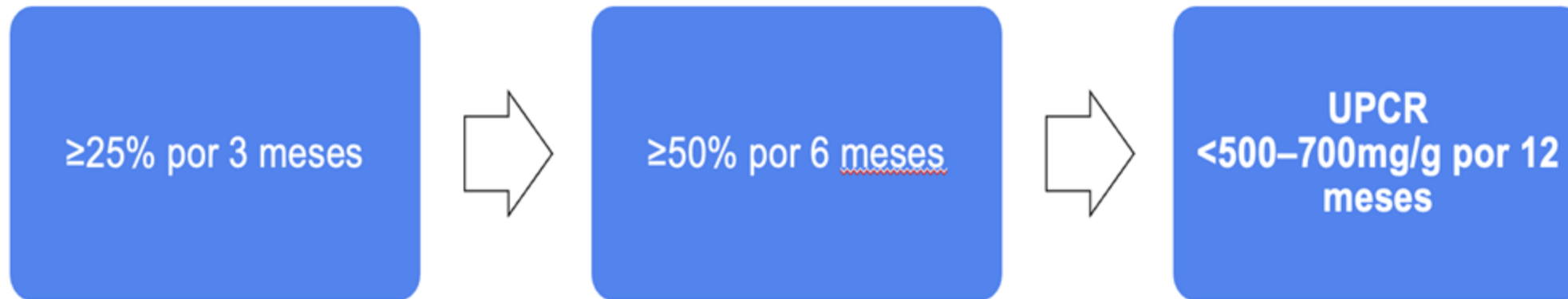
If Initial TRIPLE THERAPY: Change to ALTERNATE TRIPLE THERAPY
If Initial DUAL THERAPY: Escalate to TRIPLE THERAPY

Refractory Disease

Consider adherence and/or other diagnoses (e.g., aPL nephropathy) or advanced chronicity

Escalate to a more intensive regimen, including addition of anti-CD20 agents, combination therapy with 3 immunosuppressives (i.e., MPAA, belimumab and CNI), or referral for investigational therapy.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO



Is Obinutuzumab Efficacious and Safe in Active Lupus Nephritis? The REGENCY Trial



15
Countries



Biopsy proven
LN class III or
IV ± V



Mean eGFR
102 ml/min



Mean UPCr
3.3



**Phase 3
RCT**

Placebo



N = 136

33.1%

30.9%

41.9%

18.2%

**All patients
Rx with MMF
+ Steroids**



**CRR
Week 76**



**CRR Week 76
on Predni ≤ 7.5mg/d**



**UPCR < 0.8 + no
intercurrent event**



**Serious
adverse event**

Obinutuzumab



N = 135

**1g on Wk 0, 2, 24,
26, & 52, ± 50**

46.4%

**Adjusted diff (95%CI)
13.4% (2 - 24.8%)**

42.7%

**Adjusted diff (95%CI)
11.9% (0.6 - 23.2%)**

55.5%

**Adjusted diff (95%CI)
13.7% (2 - 25.4%)**

32.4%

**Most common SE -
Infections**

Conclusion: In adults with active lupus nephritis, Obinutuzumab plus standard therapy was more efficacious than standard therapy alone in providing a complete renal response but with higher rates serious adverse events (predominantly infections).

Furie RA et al. "Efficacy and Safety of Obinutuzumab in Active Lupus Nephritis." NEJM 2025

Visual Abstract by Divya Bajpai MD, DM

Caso 2

Homem de 32 anos, previamente hígido, apresenta episódios recorrentes de **hematúria macroscópica** que ocorrem 1 a 2 dias após quadros de **infecção de vias aéreas superiores**.

Os episódios têm duração de 2 a 4 dias e desaparecem espontaneamente.

Refere também **discreto edema** em torno dos tornozelos e **pressão arterial normal** em aferições recentes.

Nega febre, artralgias, exantema, sintomas sistêmicos ou uso crônico de medicamentos.



Exames

Exame	Resultado
Creatinina	1,0 mg/dL
Urina 1	Hematúria microscópica (50-100/campo), dismorfismo positivo, cilindros hemáticos
Proteinúria 24h	1,2 g/24h
Albumina sérica	3,8 g/dL
C3 / C4	Normais
FAN, anti-DNA, ANCA, HBsAg, HCV, HIV	Negativos
Sorologia para estreptococo (ASLO)	Normal
Pressão arterial	128x80 mmHg

ATENÇÃO!

Para garantir um diagnóstico precoce e tratamento oportuno, a **biópsia renal deve ser realizada em todo adulto com proteinúria $\geq 0,5$ g/dia** em quem a NIgA seja uma possibilidade diagnóstica **e não haja contraindicação** para o procedimento



1. Diagnóstico da NIgA

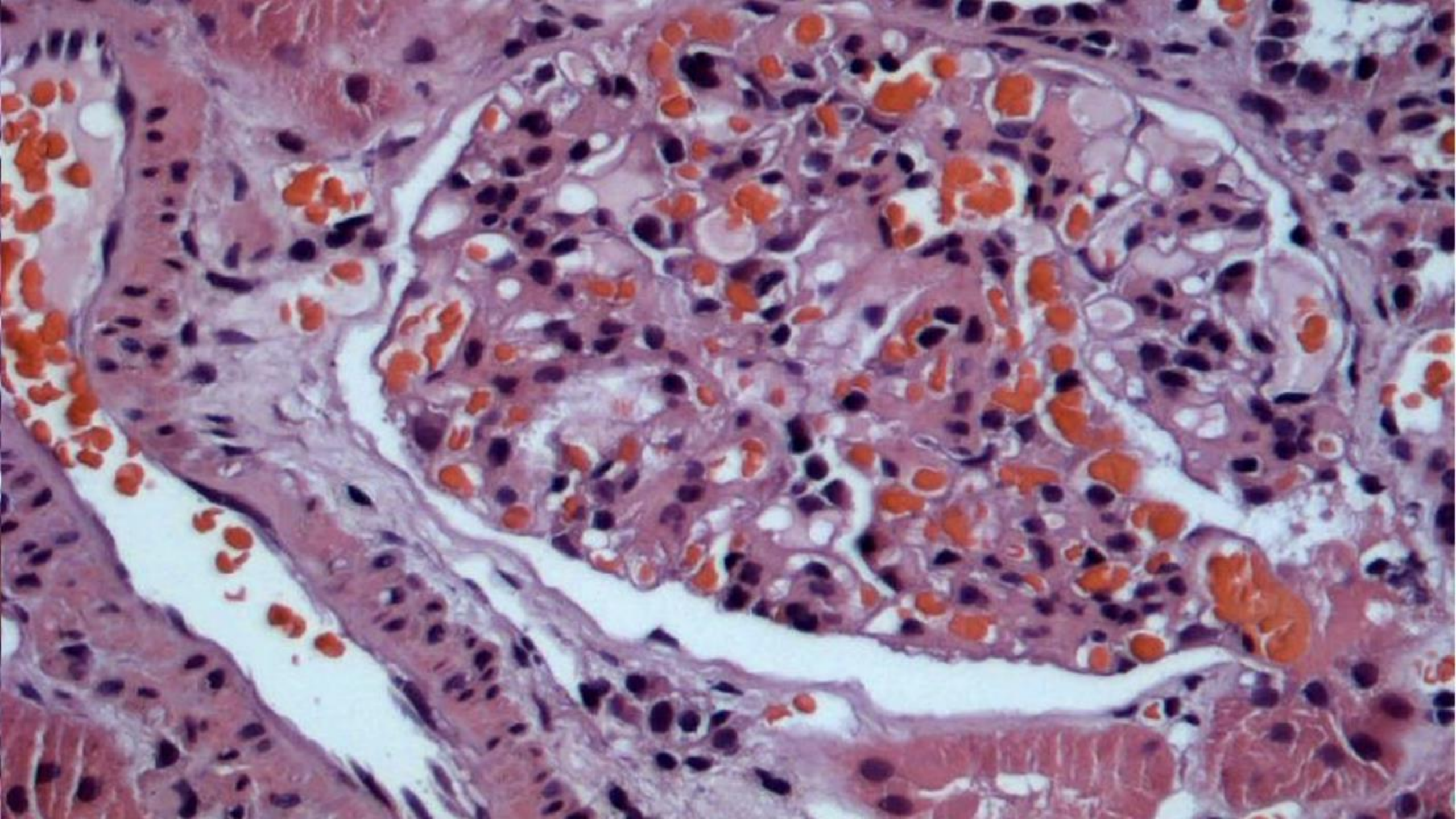
Biópsia Renal é
Essencial: NIgA só
pode ser diagnosticada
através de biópsia
renal.

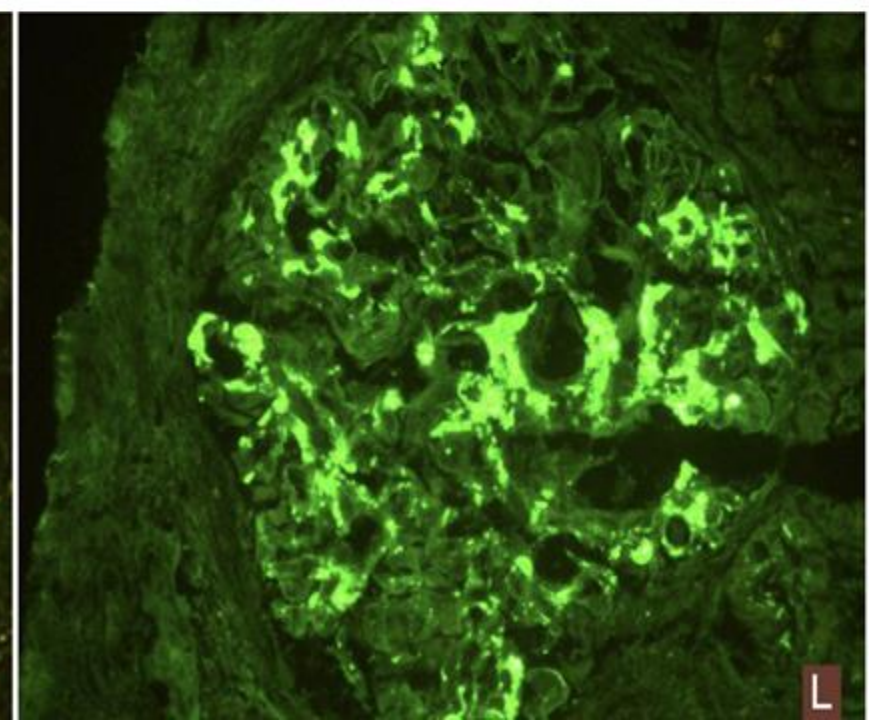
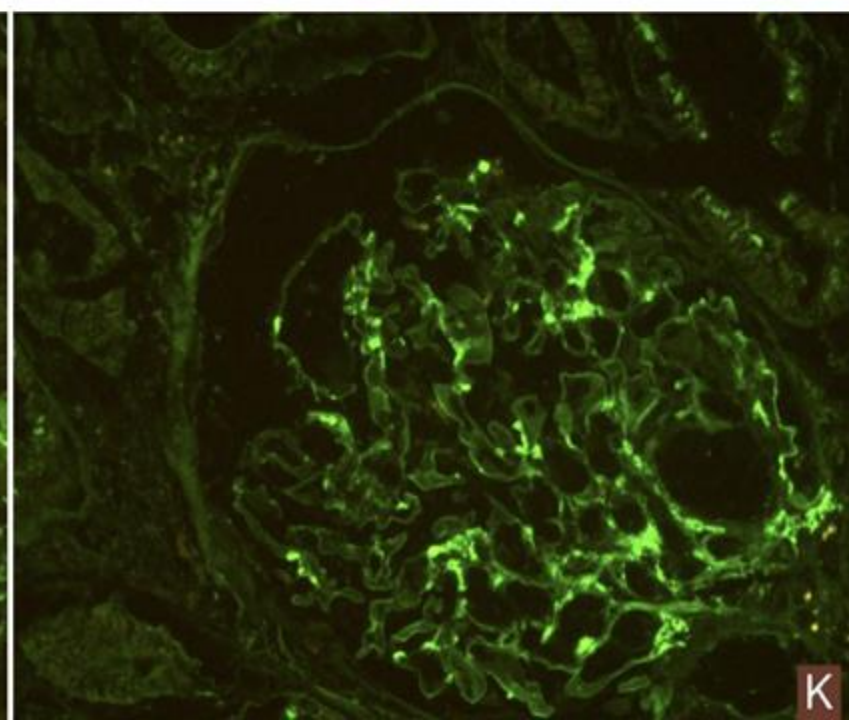
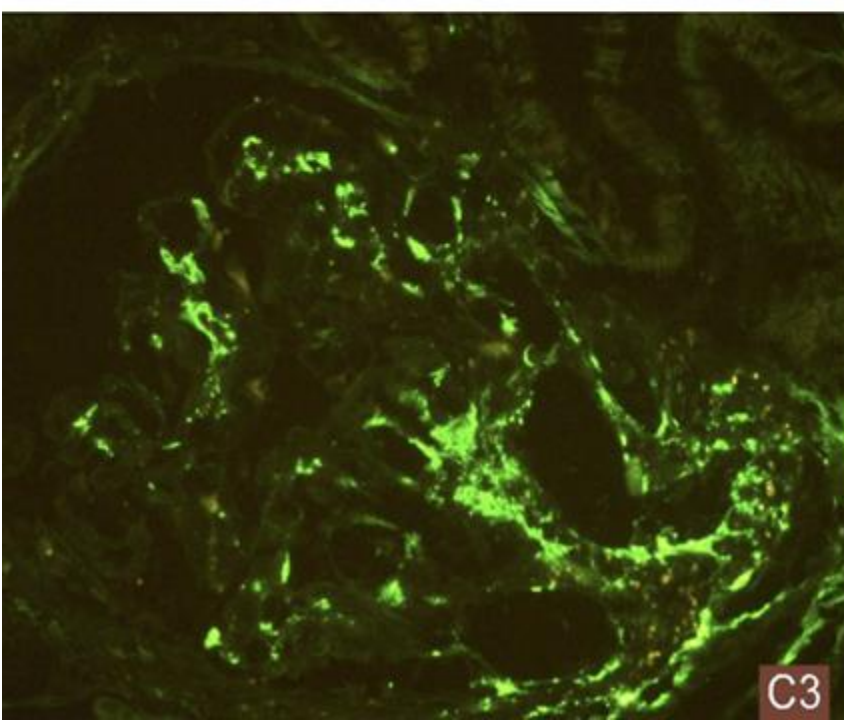
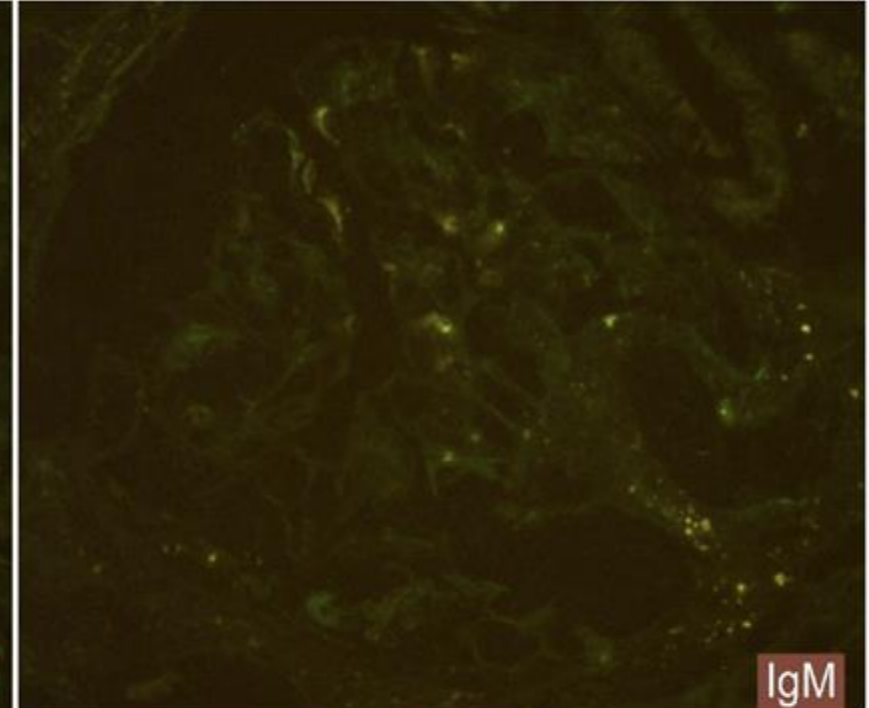
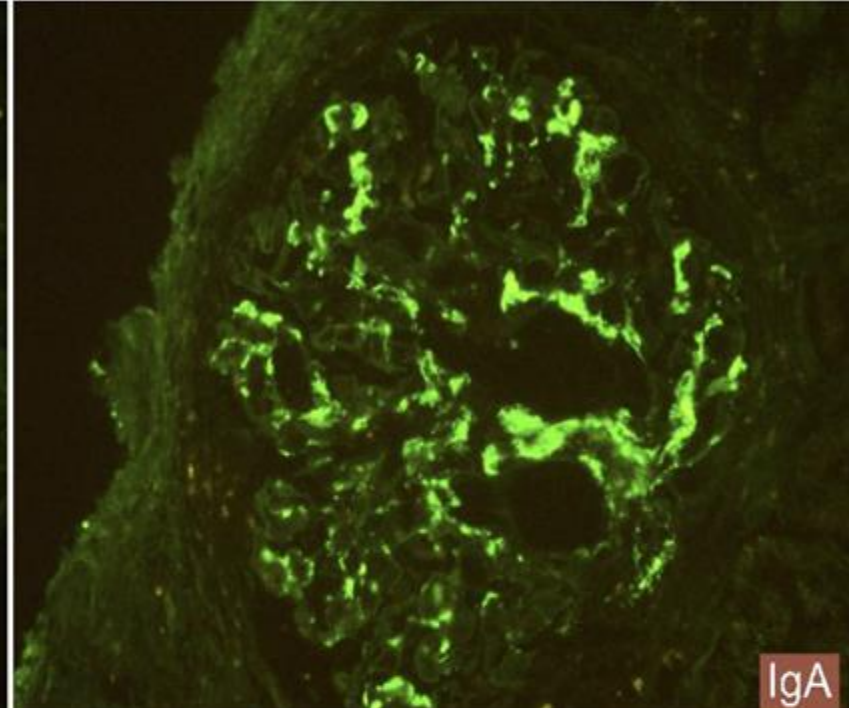
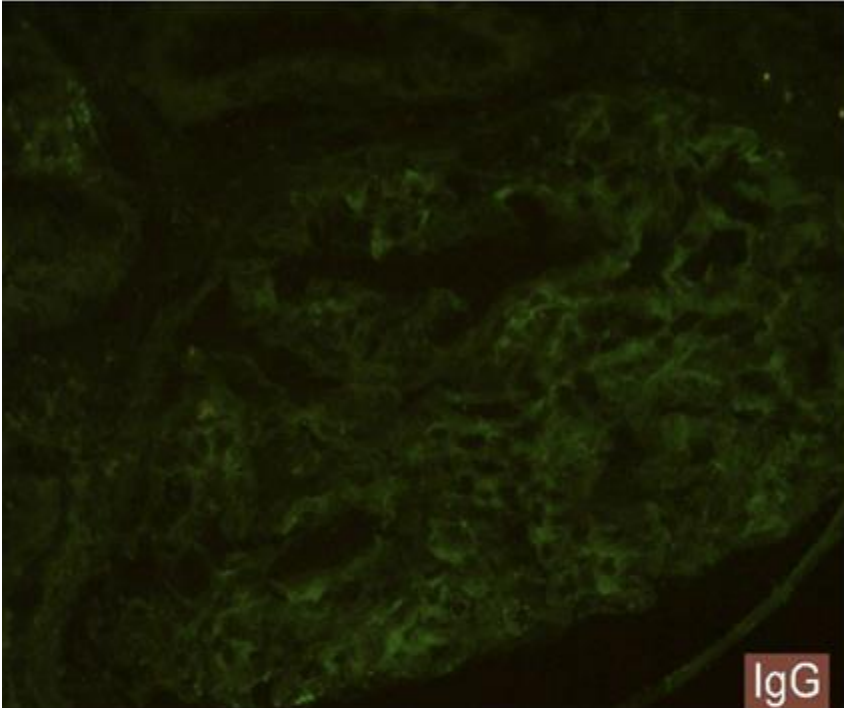
Critérios: Realizar
biópsia em adultos
com proteinúria $\geq 0,5$
g/d para diagnóstico
precoce

Classificação MEST-C:
Avaliação segundo a
Classificação Oxford
revisada.

Biópsia Renal







ANTICORPOS	DILUIÇÃO	RESULTADO	PADRÃO
IgG	1:40	Negativo	-
IgA	1:40	Positivo +++/3+	Granular grosseiro em mesângio.
IgM	1:40	Negativo	-
Fragmento de C3	1:40	Positivo ++/3+	Granular grosseiro em mesângio.
C1q	1:40	Negativo	-
Fibrinogênio	1:40	Negativo	-
Kappa	1:40	Positivo ++/3+	Granular grosseiro em mesângio.
Lambda	1:40	Positivo ++/3+	Granular grosseiro em mesângio.

- À **Microscopia de Luz** a matriz e celularidade mesangiais são difusamente aumentadas. Há adesões capsulares fibrosas (2 sinéquias) e esclerose segmentar (3), sem proliferações endocapilares dos tufo glomerulares ou crescentes. Há três glomérulos globalmente esclerosado. Os túbulos são revestidos focalmente por epitélio atrófico com discreta interposição por fibras colágenas (5-10%) e algumas células inflamatórias mononucleadas. Os vasos arteriais de grande calibre renal exibem paredes levemente espessadas, sem sinais de vasculite ou trombos.
- À **Microscopia de Imunofluorescência** mostra positividade de fortes intensidades, de padrão granular grosseiro mesangial e em todos os glomérulos para IgA. Em menor intensidade de marcação para Kappa, C3 e Lambda. Os demais marcadores pesquisados, que incluíram o IgG, IgM, C1q e Fibrinogênio, foram negativos.
- Os achados observados à **Microscopia de Luz** e à **Imunofluorescência (IgA dominante)** aliados ao quadro clínico de hematúria de origem glomerular podem ser interpretados como caso de **Nefropatia por IgA (Doença de Berger)**, em pacientes sem evidências de **Lúpus Eritematoso Sistêmico** ou **Púrpura de Henoch-Schönlein** (Heptinstall's Pathology of the Kidney 2007, pag 439). De acordo com a Classificação de Oxford (2009) + Oxford Modificada (2016) seria: **M1, S1, E0, T0, C0**. Tal classificação é baseada em descritores anatomopatológicos preditores de progressão da doença e tem importância clínica e terapêutica. Working Group of the International IgA Nephropathy Network and the Renal Pathology Society *et al*: The Oxford classification of IgA nephropathy:

IgA Predicting Tool

- **Idade:** 32 anos
- **Sexo:** Masculino
- **Etnia:** Não asiático
- **TFGe:** 100 mL/min/1,73m²
- **Proteinúria:** 1,2 g/dia
- **PA:** 128x80 mmHg
- **Uso de IECA/BRA:** Sim
- **Oxford MEST-C:**
 - M1
 - E0
 - S1
 - T0
 - C0

Tempo	Risco de perda de 50% da função renal ou ERT
5 anos	< 1%
10 anos	~2%
15 anos	~5%

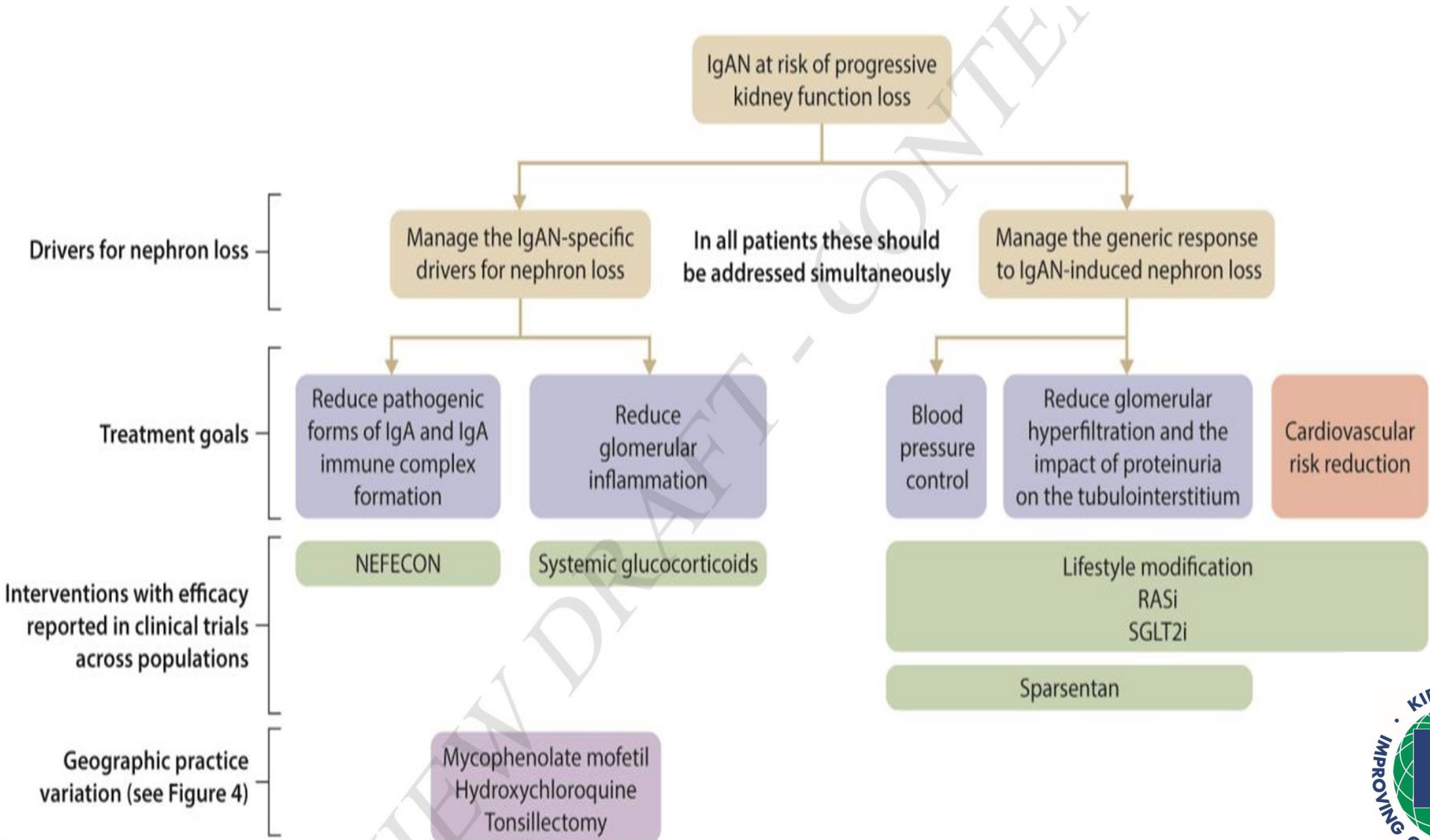
Tratamento da NlgA

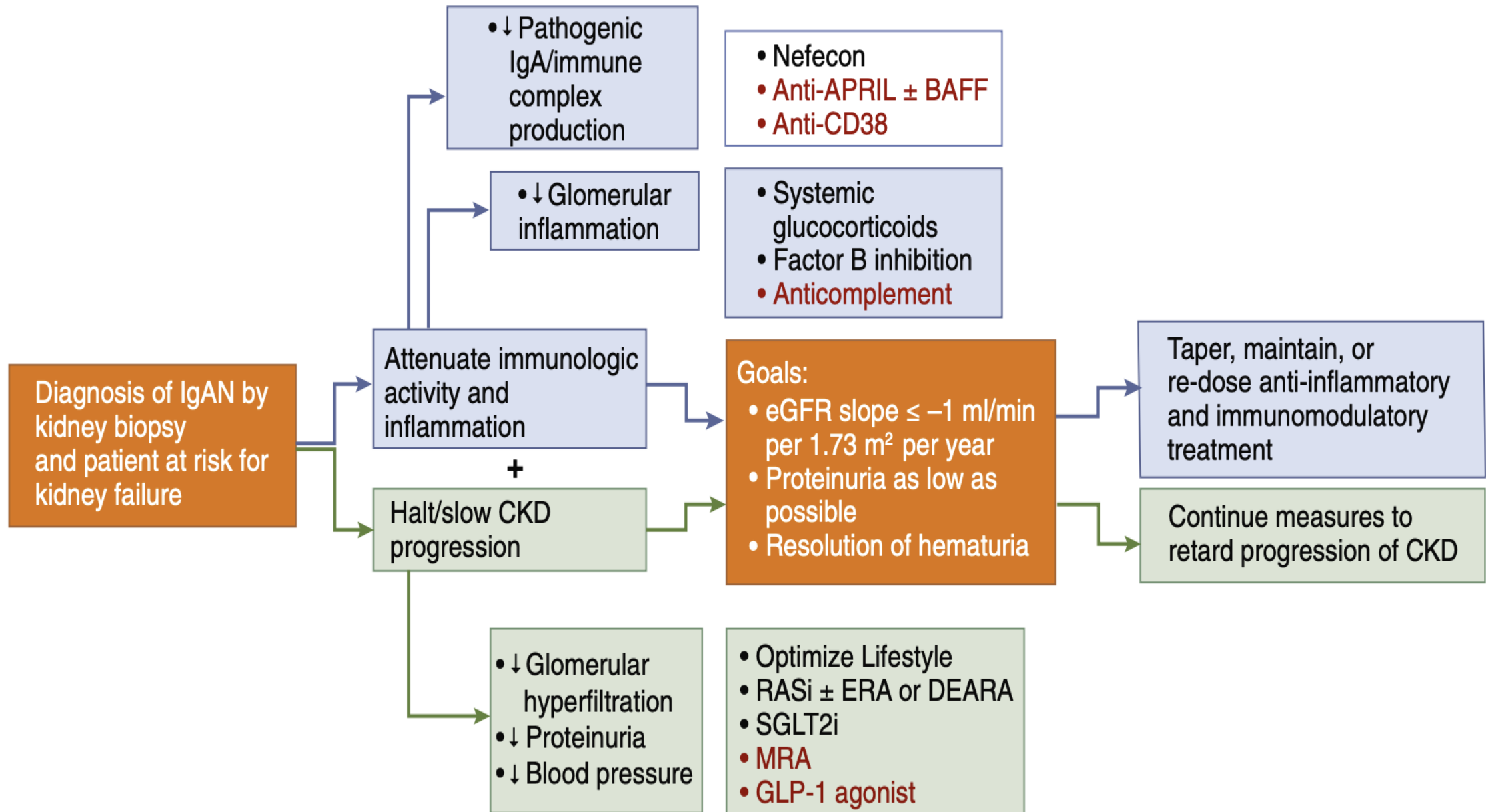
Definição de Pacientes em Risco

- **Critério:** Pacientes com proteinúria $\geq 0,5$ g/d são considerados em risco e necessitam de tratamento adicional.

Metas de Tratamento

- **Objetivo:** Reduzir a perda da função renal para menos de 1 ml/min/ano.
- **Biomarcador:** Manter a excreção urinária de proteínas abaixo de 0,5 g/d, preferencialmente $< 0,3$ g/d.





Reduce the production of pathogenic IgA and IgA immune complexes

- TRF-budesonide
- APRIL inhibitors
- APRIL+BAFF inhibitors
- Anti-CD38 mAbs

Reduce glomerular inflammation

- Corticosteroids
- Complement inhibitors

Address the consequences of ongoing nephron loss

- RAS inhibitors
- SGLT2 inhibitors
- Endothelin receptor antagonists

Optimize supportive care

Control blood pressure to $\leq 120/70$ mm Hg and, address cardiovascular risk factors
Lifestyle advice, including dietary sodium restriction, smoking cessation, weight reduction, and exercise as appropriate

Table 2 | Annual loss of eGFR from baseline in the control and treatment arms of recent randomized trials in patients with IgAN

Trial	Control arm	Annual eGFR loss, ml/min per 1.73 m ²	Treatment arm	Annual eGFR loss, ml/min per 1.73 m ²	Reference
STOP-IgAN	Optimized supportive care	−1.5	Immunosuppressants	−1.4	33
PROTECT	Irbesartan	−3.8	Sparsentan	−2.7	23
MAIN	Losartan	−3.8	Mycophenolate mofetil	−1.2	34
Dapa-CKD	Placebo	−4.7	Dapagliflozin	−1.2	35
TESTING	Placebo	−5.0	Methylprednisolone	−2.5	36
ENVISION	Placebo	−5.9	Sibeprenlimab	−1.5	26
NEFIGARD	Placebo	−6.0	Nefecon	−3.1	25
ORIGIN phase II trial	Placebo	−4.9 at 9 mo	Atacicept	−0.8 at 9 mo −0.6 at 22 mo ^b	37 38
Italian phase IV trial	Ramipril ^a	−6.17 ^a	Ramipril ^a plus corticosteroid	−0.56 ^a	39
Iptacopan phase II trial	Placebo	−3.2 at 6 mo	Iptacopan highest dose	−1.2 at 6 mo	40
Chinese phase II trial	Placebo	−4.3 at 6 mo	Endothelin A antagonist SC0062 highest dose	−3.4 at 6 mo	41
SANCTUARY	Placebo	−4.5 at 6 mo	Ravulizumab	+0.2 at 6 mo	42
Telitacicept phase II trial	Placebo	−7.3 at 6 mo	Telitacicept highest dose	+2.3 at 6 mo	43

Em 2025

Table 1. Newly Approved and New Treatments in Clinical Development for IgAN

Agent	Target	Type	Clinical Trial Phase	ClinicalTrials.gov Identifier	Status/Author
Mucosal B-cell priming Nefecon	GALT	Targeted-release budesonide	Approved		Lafayette et al ²⁶
B-cell-directed therapies					
Mezagitamab	CD38	mAb	2	NCT05174221	Active, not recruiting
Felzartamab	CD38	mAb	2 (IGNAZ)	NCT05065970	Active, not recruiting
Sibeprenlimab (VIS649)	APRIL	mAb	3 (VISIONARY)	NCT05248646	Active, not recruiting
Zigakibart (BION-1301)	APRIL	mAb	3 (BEYOND)	NCT05852938	Recruiting
Atacicept	APRIL+BAFF	TACI-Fc fusion protein	3 (ORIGIN 3)	NCT04716231	Recruiting
Telitacicept	APRIL+BAFF	TACI-Fc fusion protein	3	NCT05799287	Recruiting
Povetacicept	APRIL+BAFF	TACI-Fc fusion protein	2 (RUBY-3)	NCT05732402	Recruiting
Complement inhibitors					
Iptacopan (LNP023)	Factor B	Small molecule	3 (APPLAUSE-IgAN)	NCT04578834	Active, not recruiting
RO7434656	Factor B	Antisense oligonucleotide	3 (IMAGINATION)	NCT05797610	Recruiting
Ravulizumab	C5	mAb	3 (ICAN)	NCT06291376	Recruiting
ARO-C3	C3	RNA interference	1/2	NCT05083364	Recruiting
Cemdisiran	C5	Small interfering RNA	2	NCT03841448	Completed; Barratt et al ⁸⁷
Avacopan (CCX168)	C5aR1	Small molecule	2	NCT02384317	Completed; Bruchfeld et al ⁸⁸
ERAs					
Sparsentan	DEARA	Small molecule	Approved		Lambers Rovin et al ¹⁰²
Atrasentan	ERA	Small molecule	3 (ALIGN)	NCT04573478	Active, not recruiting

NOTE. Data from www.clinicaltrials.gov (accessed August 29, 2024). Abbreviations: APRIL, a proliferation-inducing ligand; BAFF, B-cell-activating factor; DEARA, dual endothelin angiotensin receptor antagonist; ERA, endothelin receptor antagonist; Fc, Fragment crystallizable; GALT, gut-associated lymphoid tissue; IgAN, IgA nephropathy; mAb, monoclonal antibody; TACI, Transmembrane Activator and Calcium modulator and cyclophilin ligand Interactor.

Revisão a cada 4-8 semanas
durante a otimização dos
cuidados de suporte

Intervenções no estilo de vida

- Dieta saudável, Na restrito
- Exercício regular
- Controle de peso

Modificar riscos cardiovasculares

- Parar de fumar
- Abordar lipídios

Dose máxima tolerada de iECA ou BRA

Controle de PA alvo

< 120-130/80mmHg

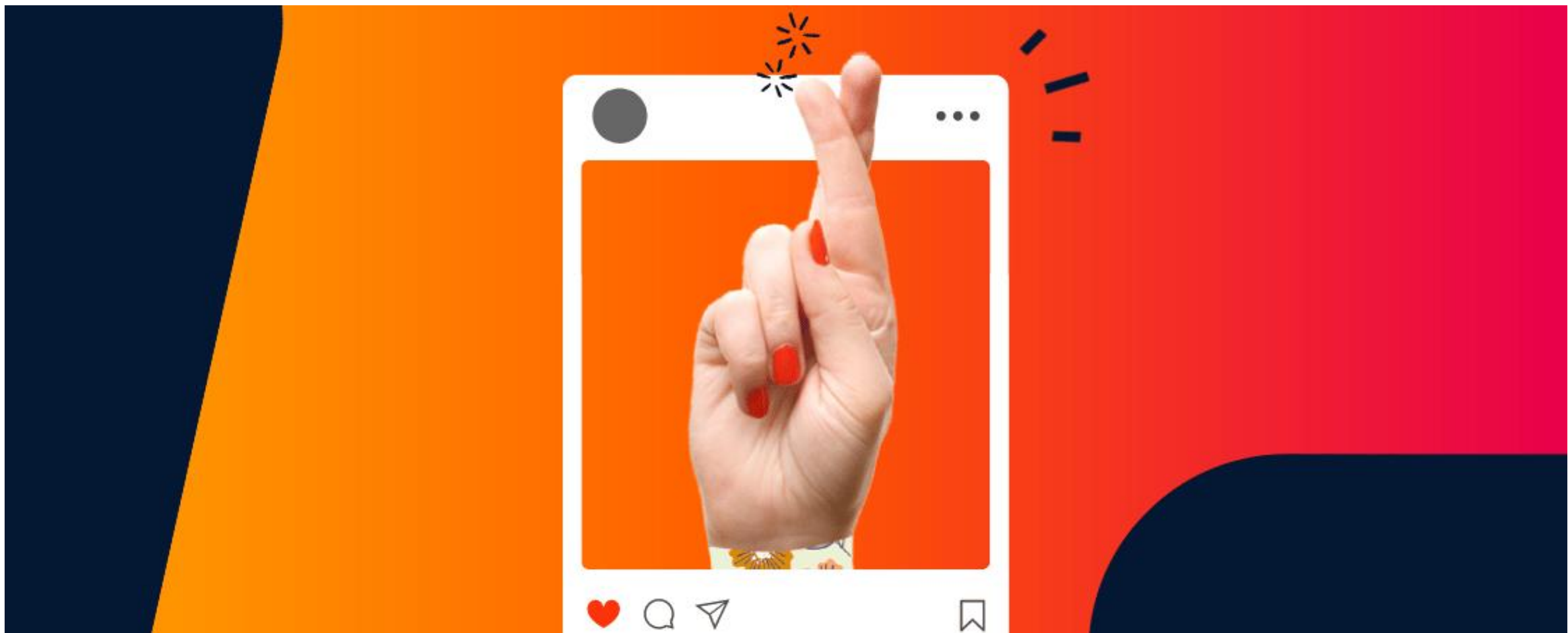
Se a proteinúria permanecer > 0,5 g/24 horas

Adicionar SGLT2i se TFG_e > 20mL/min/1.73m²

Mas aqui não tem esses tratamentos modernos... O que posso fazer se ele piorar?

Glicocorticoides Sistêmicos:

- **Regime Sugerido:**
 - **Prednisolona:** 0,5 mg/kg por dia (máximo: 40 mg/d) por 2 meses, seguida de redução gradual de 5mg por mês, com duração total de 6-9 meses.
- **Profilaxia Antimicrobiana:**
 - **Contra *Pneumocystis jirovecii*:** Profilaxia recomendada.
 - **Profilaxia Antiviral:** Para portadores de hepatite B, junto com gastroproteção e proteção óssea conforme as diretrizes locais.



NEFROATUAL:

Tópicos essenciais para a Prova
de Título de Nefrologia

NEFROATUAL:

Tópicos essenciais para a Prova
de Título de Nefrologia



Grande Sorteio

QUEM PODE PARTICIPAR DO SORTEIO?

Todos que se **inscreveram** na Semana da Nefrologia Ambulatorial

Regras:

- Assistir atentamente a todas as aulas da SEMANA
- Liberação do **Quiz na quinta feira** contendo 10 perguntas sobre os temas que foram ensinados ao longo dessa Semana
- Responder o QUIZ até às 18 horas de domingo (dia 07/09)
- Acertar 70% ou mais da prova
- Estar on-line no momento do sorteio para receber o prêmio (ao vivo)



SORTEIO

GRANDE PRÊMIO

Uma vaga no meu curso de consultório + uma sessão de mentoria individual comigo



[Ler mais](#)

101 conteúdos — 0%

Continuar assistindo



Conteúdos

Trilhas

Sobre

Trilhas

Mostrar todos (5) →

 nefroatual

INICIANDO
E OTIMIZANDO
O CONSULTÓRIO

 nefroatual

ATENDA SEU
PACIENTE COM
SEGURANÇA

 nefroatual

BÔNUS

 nefroatual

CURSO DE
HIPERTENSÃO

 nefroatual

CURSO DE DISTÚRBIOS
HIDROELETROLÍTICOS
E ÁCIDO-BASE



AULA 4

REVISÃO DA SEMANA

E SORTEIO

