

ALGORITM DE DIAGNOSTIC ÎN IC

1 MEDIC DE FAMILIE

Istoric medical

Prezența factorilor de risc și / sau a comorbidităților

- Hipertensiune arterială
- Alte boli cardiace (ex. sindrom coronarian cronic, sindrom coronarian acut, miocardite, cardiomiopatii, amiloidoză, etc.)
- Diabet zaharat tip 2
- Abuz de alcool
- Boală cronică de rinichi
- Medicație (citostatice, terapie biologică, etc.) sau radioterapie
- Diagnostic de IC la o internare precedentă
- Obezitate
- Fumat
- Fibrilație atrială
- Boli cardiace congenitale
- Valvulopatii
- Anemie
- Patologie tiroidiană sau alte endocrinopatii
- Infecții recente (virale), inclusiv COVID-19

Manifestări clinice

Simptome comune

- Dispnee
- Ortopnee
- Dispnee paroxistică nocturnă
- Tuse nocturnă
- Oboseală sau toleranță scăzută la efort
- Inapetență
- Lipotimie, sincopă
- Durere toracică anterioară
- Palpitații

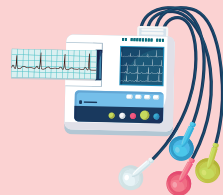
Examen clinic

Semne comune

- Jugulare turgescente
- Reflux hepatojugular
- Cardiac: matitate mărită, zgomote de galop, sufluri, ritm neregulat
- Măsurarea TA și AV
- Respirator: matitate / submatitate în baze (sugerează hidrotorax, mai frecvent pe partea dreaptă), raluri subcrepitante
- Edeme membrele inferioare
- Ascita
- Creștere în greutate (>2,2 kg / săptămână)
- Oligurie

2 Determinări paraclinice de rutină

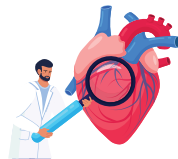
- HLG, feritină, ionogramă, profil lipidic, profil glucidic (inclusiv hemoglobina glicată), RFG, TSH, FT4, AST, ALT, acid uric
- RX toraco-pulmonar
- Electrocardiogramă (ECG)



3 Suspiciune clinică de insuficiență cardiacă

4 CARDIOLOG

Confirmarea diagnosticului de IC, clasificarea în funcție de FE și clasa NYHA, stabilirea etiologiei și a factorilor precipitanți, stabilirea și inițierea terapiei, recomandări cu privire la regimul de titrare a medicației, scrisoare medicală, programarea controalelor



5 MEDIC DE FAMILIE

Menținerea tratamentului inițiat și monitorizarea periodică a pacienților cu IC



IC = insuficiență cardiacă; TA = tensiune arterială; AV = alura ventriculară; HLG = hemoleucogramă; RFG = rata filtrării glomerulare; TSH = hormon de stimulare tiroidiană; FT4 = tiroxina liberă; AST = aspartat-aminotransferază; ALT = alanin aminotransferază; RX = radiatii experimentale (radiografie); FE = fracție de ejeție.

Material realizat în parteneriat cu:



ALGORITM DE DIAGNOSTIC ÎN BCR¹

Prezența unuia sau mai multor factori de risc crescute pentru BCR

Diabet
HTA
BCV

Afectare renală acută / istoric de spitalizare
Istoric familial de BCR
Obezitate
Vârsta înaintată
Expunere la factori de mediu cu potențial nefrototoxic, factori genetici

DA

Screening pentru BCR

Creatinină serică - RFGe RACU - albumină / creatinină urinară

DA

Oricare dintre cele două ≥ 3 luni?

RFGe < 60 ml/min/1,73 m² RACU ≥ 30 mg/g

DA

Stadializarea BCR/ stratificarea riscului

NU

Repetare periodică a analizelor

Identificarea & tratamentul cauzei BCR^a

Diagnosticul, stadializarea și estimarea riscului de progresie BCR²

Îndrumați pacientul către medicul nefrolog (sau medicul diabetolog/ cardiolog/ medicină internă) pentru confirmarea diagnosticului de Boală Cronică de Rinichi; precizarea bolii renale primare; stabilirea planului de îngrijire și evaluare periodică.

- Risc scăzut (dacă nu există alți markeri care să indice boala de rinichi, fără BCR)
- Risc moderat crescut
- Risc înalt
- Risc foarte înalt

Progresia afectării renale (RACU)

Funcția renală (RFGe)			Leziunea renală (albuminurie persistentă ^b)			
			A1	A2	A3	
	Normal până la ușor crescută	< 30 mg/g	Moderat crescută	30–300 mg/g	Sever crescută	> 300 mg/g
G1	Normală sau crescută	≥ 90	■	■	■	■
G2	Ușor scăzută	60–89	■	■	■	■
G3a	Ușor sau moderat scăzută	45–59	■	■	■	■
G3b	Moderat până la sever scăzută	30–44	■	■	■	■
G4	Sever scăzută	15–29	■	■	■	■
G5	Insuficiență renală	< 15	■	■	■	■

Funcție renală în declin (RFGe)

Categoriile RFG (ml/min per 1,73 m²)

Cresșterea riscului

Cresșterea riscului

- Deces de orice cauză
- Deces de cauză CV
- BRST
- Injurie acută renală
- BCR progresivă

Conform Normelor de aplicare ale Contractului-Cadru, în România, se recomandă trimiterea către nefrolog a pacienților cu risc înalt și foarte înalt de progresie a BCR (roșu și portocaliu), monitorizarea tuturor pacienților cu BCR diagnosticată, urmând a fi realizată o dată la 6 luni³

Figură din KDIGO 2012 adaptată cu NORMELE METODOLOGICE din 29 iunie 2021 de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022/ Emitent: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII și CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE- publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 642 bis din 30 iunie 2021.

^aIdentificarea cauzei BCR este bazată pe evaluarea clinică; ^bUnitățile alternative ale acestor trei categorii ale RACU includ: < 3 mg/mmol, 3–30 mg/mmol și > 30 mg/mmol³

BCR = boală cronică de rinichi; RFG = rata filtrării glomerulare; RFGe = rata filtrării glomerulare estimată; KDIGO = Kidney Disease:

Improving Global Outcomes; RACU = raportul albumină/creatinină din urină; CV = cardiovascular; BRST = boală renală în stadiu terminal;

Referințe: 1. Shlipak MG, et al. Kidney Int 2021;99:34–47; 2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2013;3:1–150; 3. NORMELE METODOLOGICE din 29 iunie 2021 de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022/ Emitent: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII și CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE- publicată în

MONITORUL OFICIAL nr. 642 bis din 30 iunie 2021 accesate în data de 11.05.2022: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/254023>.

Material realizat în parteneriat cu:

