

ALGORITM DE DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT ÎN IC¹

1 MEDIC DE FAMILIE

Istoric medical

Prezența factorilor de risc și/ sau a comorbidităților

- Antecedente de IM
- Hipertensiune arterială
- Diabet zaharat
- Boală cronică de rinichi (BCR)
- Boală cardiacă ischemică (BCI)
- Abuz de alcool
- Chimioterapie cardiotoxică
- Antecedente familiale de cardiomiopatie indusă de alcool sau moarte subită

Manifestări clinice

Simptome tipice

- Dificultăți de respirație (dispnee)
- Ortopnee
- Dispnee paroxistică nocturnă
- Toleranță redusă la efort
- Fatigabilitate, oboseală, timp crescut de recuperare după efort
- Umflarea gleznelor

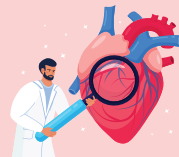
Examen clinic

Semne mai specifice

- Presiune venoasă jugulară crescută
- Reflux hepatojugular
- Zgomot III cardiac (galop)
- Șoc apexian deplasat lateral

2 Suspiciune clinică de insuficiență cardiacă

Prezența factorilor de risc, a simptomelor și/ sau a semnelor recomandă eliberarea biletului de trimitere către CARDIOLOG cu specificarea suspiciunii de IC



3 Determinări paraclinice de rutină:

• HLG, uree și electroliți, TSH, FT4, profil glucidic (inclusiv HbA1c), profil lipidic, GPT, GOT, TSAT, feritină, creatinina serică cu calcul RFGc

Determinări specifice:

- NT-proBNP sau BNP
- Electrocardiografia (ECG)
- RX toraco-pulmonar

4 CARDIOLOG

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



5 MEDIC DE FAMILIE

Continuarea tratamentului și monitorizarea periodică a pacienților cu IC

Recomandarea ghidului actual presupune controlul la intervale mai scurte de 6 luni pentru evaluarea simptomelor, frecvenței și ritmului cardiac, TA, HLG, electroliților și a funcției renale (RFGc și RACu)



IC, insuficiență cardiacă; HLG, hemoleucogramă; TSH, hormon de stimulare tiroidiană; FT4, tiroxina liberă; HbA1c, hemoglobina glicată; GPT, glutamat piruvat transaminază; GOT, glutamat oxaloacetat transaminază; TSAT, saturația transferinei; RFGc, rata filtrării glomerulare estimată; NT-proBNP, peptidul natriuretic tip pro-B N-terminal; BNP, peptidul natriuretic de tip B; RX, radiografie; NYHA, The New York Heart Association Classification; FE, fracție de ejeție; TA, tensiunea arterială; RACu, raport albumină creatinină urinară; IM, infarct de miocard.

Referințe: 1, Metra M. et al, European Heart Journal (2021) 00, 1-128.

Material realizat în parteneriat cu:



ALGORITM DE DIAGNOSTIC ÎN BCR¹

Prezența unuia sau mai multor factori de risc crescut pentru BCR

Diabet Boli Cardiovasculare, inclusiv IC (insuficiența cardiacă)
Hipertensiune arterială Antecedente de injurie/ boală renală acută

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

Repetarea anuală a celor două analize

Identificarea & tratamentul cauzei BCR^a

Diagnosticul, stadializarea și estimarea riscului de progresie BCR²

Îndrumați pacientul către medicul nefrolog pentru confirmarea diagnosticului de Boală Cronică de Rinichi; precizarea bolii renale primare; stabilirea planului de îngrijire și evaluare periodică. (în cadrul unei consultații de management al BCR - evaluare inițială a cazului nou depistat)

- 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)

Leziunea renală (albuminurie persistentă ^b)		
A1	A2	A3
Normal până la ușor crescută	Moderat crescută	Sever crescută
< 30 mg/g	30–300 mg/g	> 300 mg/g
G1	G2	G3a
G3b	G4	G5

Funcția renală (RFGe)

Categorie	Funcția renală (RFGe)	RFGe
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

Creșterea riscului

Creșterea riscului

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

Conform Normelor de aplicare ale Contractului-Cadru din România, în cadrul monitorizării active a cazului luat în evidență se recomandă trimiterea către nefrolog a pacienților cu risc înalt și foarte înalt de progresie a BCR (portocaliu și roșu). Monitorizarea activă a cazului de BCR luat în evidență se va realiza o dată la 6 luni²

Figură din KDIGO 2024 adaptată cu NORMELE METODOLOGICE din 1 iulie 2024 de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

BCR, boală cronică de rinichi; 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;

a - Identificarea cauzei BCR este bazată pe evaluarea clinică; b - Unitățile alternative ale acestor trei categorii ale RACu includ: < 30 mg/g, 30–300 mg/g și > 300 mg/g

Referințe: 1. Shlipak MG, et al. Kidney Int 2021;99:34–47; 2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117–S314.

doi:10.1016/j.kint.2023.10.018; 3. Normele metodologice din 01.07.2024 de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023.

Material realizat în parteneriat cu:

