

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului

Insuficiența renală acută (IRA) reprezintă o diminuare bruscă a funcției renale. Rinichii epurează diferite deșeuri metabolice și reglează echilibrul de lichid în organism. Într-un număr de cazuri modificările patologice din cadrul IRA sunt reversibile sub tratamentul timpuriu administrat. **Mortalitatea** variază între 10 și 80%, iar riscul necesității unei **substituții cronice a funcției renale** oscilează între 1% și 20% dintre cei supraviețuiți, în funcție de circumstanțele clinice a contractării IRA. **Cauzele** insuficienței renale acute sunt multiple, dar pot fi împărțite în 3 grupuri mari în funcție de localizarea anatomică a defectului: în amonte de rinichi – la nivelul circulației sangvine sistemice și regionale (**IRA prerenală**), la nivelul rinichilor (**IRA renală**) sau la nivelul căilor de eliminare a urinei (**IRA postrenală**). Cea mai frecventă este IRA prerenală, condiționată de irigarea insuficientă a rinichilor (deshidratare, hemoragie masivă, arsuri, diaree sau vomă intensă, șocul anafilactic, septic sau de altă natură, blocarea tranzitului de sânge pe vasele renale prin embolie sau prin tromboză). Întârzierea cu tratamentul IRA prerenale poate duce la dezvoltarea IRA renale, în care sunt nemijlocit afectați rinichii. Aceasta forma are un prognostic mai defavorizat și, de obicei, o evoluție mai severă. IRA renală poate fi secundară unor intoxicații, inclusiv și cu medicamente, unor procese infecțioase sau autoimune renale, unui traumatism renal. IRA postrenală este secundară dereglărilor pasajului urinei pe căile urinare, produse prin obstrucție prin calculi, cheaguri de sânge, tumori sau prin compresii externe cauzate de tumori, adenomul de prostată, fibroză retroperitoneală.

Insuficiența renală acută se dezvoltă semnificativ mai des la pacienții, care au factorii de risc. Pentru IRA sunt identificați **factori de risc** ca: prezența unei boli cronice de rinichi, diabetului zaharat, bolilor cardiovasculare și maladiilor hepato-biliare cu deficitul funcției hepatice; stările, asociate cu deshidratare (vomă, diaree), hemoragii majore. Următoarele grupuri de medicamente sunt asociate cu riscul sporit de dezvoltare a IRA: substanțele de contrast, unele antibiotice (ex., aminoglicozide) și sulfanilamide, antiinflamatoare nesteroidiene, remedii antihipertensive.

Simptomatologia IRA variază de la cazuri cu manifestările clinice aproape absente pînă la stări foarte grave, și este puternic influențată de stare precedentă a pacientului și cauza concretă a IRA. Semnul cardinal în majoritatea cazurilor este **micșorarea bruscă a volumului de urină** (oligurie) sau **lipsa de urină** (anurie). Se pot asocia slăbiciunea generală, stare de rău, fatigabilitate sporită, confuzie, grețuri, vomă, crampe musculare, gustul metalic în gură. În cazuri severe IRA poate debuta prin comă sau convulsii.

Diagnosticul este stabilit de medic și se bazează pe anamnezic, examenul fizic și anumite analize de laborator (nivel de creatinină, uree, potasiul). Debitul urinar este micșorat și deseori urina este patologic schimbată, conține leucocite, eritrocite și proteine. Pentru precizarea cauzei IRA și diferențiere cu IRC pot fi solicitate suplimentar ultrasonografia, tomografia computerizată și imagistica prin rezonanță magnetică. În unele cazuri pot fi depistate modificările urinare specifice, caracteristice pentru afecțiune cauzală. În caz de suspecție a IRA, este recomandată consultația nefrologului, care trebuie să supravegheze pacientul pînă la soluționarea stării morbide.

Tratamentul insuficienței renale acute se schimbă în funcție de forma și de severitatea patologiei în cauză. Se recomandă, limitarea aportului de sare și de proteine, aportul de lichide se ajustează conform diurezei și pierderilor extrarenale. Este solicitată suspendarea medicamentelor nefrotoxice. Se instituie tratamentul patologiei renale și extrarenale asociate. Metodele principale de tratament cuprind: păstrarea echilibrului de lichide și de electroliți în caz de pierderi excesive renale/ extrarenale sau secundar unei dilatări vasculare generalizate (IRA prerenală), corectarea chirurgicală a obstrucției sau compresiei căilor urinare (IRA postrenală), administrarea antidotilor în cazul anumitor intoxicații. În IRA severă se efectuează hemodializă sau dializă peritoneală.

Prevenirea dezvoltării IRA poate fi realizată prin monitorizarea eventualelor maladii renale prin consultații anuale la specialiștii respectivi (ecografia renală, analiza generală de urină, creatinina plasmatică o dată pe an), respectarea aportului hidric, evitarea sau limitarea administrării a preparatelor cu potențial nefrototoxic.

Anexa 2. Ghidul pacientului: întrebări-model și răspunsuri-model

Î. Ce reprezintă insuficiență renală acută (IRA)?

R. IRA este o stare patologică cauzată de deficitul brusc instalat al funcției renale.

Î. Care este evoluția IRA?

R. IRA în majoritatea cazurilor este reversibilă, însă, la o parte dintre pacienți IRA poate trece în insuficiență renală cronică (IRC) (5-30%) sau în IRC terminală, care necesită dializă programată (1-20%). Într-un număr de cazuri IRA are un prognostic defavorizat (10-80%).

Î. Când putem presupune instaurarea schimbărilor ireversibile în rinichi?

R. Dacă timp de 3 luni funcția renală nu se restabilește, atunci schimbările patologice sunt considerate ireversibile.

Î. Când începe restabilirea funcției renale?

R. În IRA prerenală sau postrenală funcția renală se poate restabili în scurt timp după înlăturarea cauzei patologice, în IRA renală sau mixtă funcția renală se restabilește peste 2-3 săptămâni.

Î. Numiți Vă rog semnele principale ale IRA?

R. IRA se manifestă prin reținere de lichid (edemele interne și externe, respirația îngreunată, tensiunea arterială mărită) secundară reducerii evidente și abrupte a urinării, dereglările gastrointestinale (grețuri, vomă), modificările de conștiință (de la agitație până la inhibiție totală – comă) și sindrom astenic (slăbiciune generală, fatigabilitate sporită) (toate cauzate de produsele neeliminate de metabolism). De asemenea, deseori sunt prezente și semnele patologiei de bază sau al deficitului de funcție al altor sisteme și organe.

Î. Este adevărat că IRA întotdeauna este asociată cu reducerea eliminării nocturale de urină?

R. **ATENȚIE:** menținerea diurezei quasinormale, în special, în caz de administrare concomitentă a diureticelor NICI ÎNTR-UN CAZ nu exclude IRA. Aprecierea se efectuează *conform dinamicii valorilor de creatinină și ratei filtrației glomerulare*.

Î. Ce investigații de laborator sunt absolut necesare pentru evaluarea severității IRA?

R. Efectuarea creatininei serice și a nivelului de potasiu în sânge. În caz de diureză păstrată se efectuează și proba Reberg pentru evaluarea ratei filtrației glomerulare.

Î. Ce investigații instrumentale sunt necesare pentru evaluarea corectă a IRA?

R. Ultrasonografia abdominală determină dimensiunile renale normale sau mărite, cu parenchimul îngroșat, exclude cauzele IRA postrenală (calculi, hidronefroză) și IRC (nefroscleroză).

Î. Care sunt regulile de bază ale comportamentului pacientului?

R. **Ascultați medicul!** În majoritatea cazurilor este necesară spitalizarea în secția de profil sau transferul în SATI. Pacientul este supus regimului de pat, repausului fizic și mental.

Î. Ce modificări dietetice sunt necesare?

R. Se limitează aportul de lichid conform celui eliminat (luând în considerare și cel dializat), aportul de proteine (carne, pește, lactate) și de kalii (majoritatea fructelor, în special uscate, sucuri din aceste fructe). Necesitățile calorice sunt acoperite de carbohidrate. În cazuri de IRA severă, poate fi necesară alimentarea parenterală. În perioada poliuriei este importantă rehidratarea adecvată.

Î. Este oare un tratament specific pentru IRA?

R. Din păcate, nu există un tratament specific pentru IRA, cu excepția administrării antidozilor

în anumite intoxicații. Toate modalitățile de tratament, instituite în IRA, sunt cele de suport și doar ajută pacientul a supraviețui până în momentul restabilirii funcției renale proprii. De asemenea, se administrează și tratamentul simptomatic, în funcție de problemele raportate de către pacient.

Î. Când se indică dializa la pacienții cu IRA?

R. La moment există numai 2 indicații absolute: hiperkaliemie veridică (potasiul în sânge > 6,5 mmol/l, confirmat prin modificările ECG) și edemul pulmonar, cauzat de reținere de lichid. Alte indicații sunt relative. Valorile RFG, ale ureei și ale creatininei nu servesc drept o sugestie pentru recurgerea la dializă. Modalitatea de dializă este aleasă de medicul curant.

Î. Când finisează ședințele de dializă și pacientul poate fi transferat din SATI?

R. După realizarea valorilor creatininei < 2 mg/dl (< 190 μmol/l) pacientul poate fi trecut la regimul de salon și nu mai necesită tratament de substituție a funcției renale.

Anexa 3. Formular de obținere a consimțământului pacientului

N.P.P.			
Adresa			
Persoana de contact și telefonul			
Nr. poliței de asigurare			
Nr. buletinului de identitate			
Vîrsta/ sexul/ invaliditatea			
Acord privind aplicarea măsurilor diagnostice, terapeutice, anestezice, de reanimare și de intervenție chirurgicală 1. Autorizez medicul curant și medicii din instituția medicală să execute asupra mea procedurile diagnostice și de tratament medical sau chirurgical, considerate necesare. 2. Am fost informat privind etiologia, patogenеза, evoluția, prognosticul și complicațiile posibile ale insuficienței renale acute, cu specificarea particularităților cazului meu, necesitatea aplicării măsurilor diagnostice și de tratament la fiecare etapă de acordare a ajutorului medical. Mi s-a răspuns la întrebările adresate. 3. Am fost informat despre natura și scopul procedurilor diagnostice și terapeutice, al intervenției chirurgicale; beneficiile și prejudiciile posibile privind complicațiile și eventualele riscuri. Mi s-a răspuns la întrebările adresate. 4. Sunt conștient, că în decursul intervenției diagnostice, chirurgicale sau al unui act terapeutic pot apărea situații neprevăzute, care necesită proceduri diferite de cele preconizate. Consimt efectuarea intervențiilor diagnostice, chirurgicale și a procedurilor diagnostice, pe care medicii le consideră necesare. 5. În vederea intervenției programate, declar că am fost informat despre tipul de anestezie, la care voi fi supus și despre tehnicile de monitorizare a funcțiilor vitale. Mi-a fost explicat că există risc de dezvoltare a anumitor complicații. Accept ca anestezistologul să modifice tratamentul anestetic programat. 6. Rezultatul examinărilor (lichide biologice, țesuturi sau părți de organe, obținute în rezultatul intervenției chirurgicale sau diagnostice) poate fi examinat în scopuri medicale și științifice. 7. Fiind conștient de beneficiile și de riscurile pe care le presupune măsurile diagnostice, terapeutice, anestezice, de reanimare, chirurgicale, le accept, fără a solicita asigurări suplimentare în privința rezultatelor. 8. Confirm că am citit și am înțeles în întregime textul respectiv.			