

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro, M2 gamla VE

Giltig från: 2025-10-30

Innehållsansvar: Maria Stolt Toremark, (marst34), Specialsjuksköterska

Giltig till: 2027-10-30

Granskad av: Erik Frick, (erifr), Processchef

Godkänd av: Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

# Koronarangiografi, PCI – kontrastnefropati - kardiologi

## Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

## Syfte

Förebygga kontrastnefropati vid koronarangiografi med ev. PCI hos riskpatienter.

## Arbetsbeskrivning

*Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.*

Styrdokumentet är baserat på **[”Röntgenundersökning med jodhaltig kontrast – njursjukvård”](#)** och är en lokal anpassning och ”kortversion” av Nationella rekommendationer för jodkontrastmedel.

Patienter, oavsett njurfunktion, handläggs företrädesvis enligt detta styrdokument på den avdelning som för tillfället utreder och behandlar patienten.

**Kontrastnefropati** – Definition: Krea-stegring >25 % inom 3 dygn utan annan påvisbar orsak. (Kulminerar vanligen dygn 3-4)

Gäller vid radiologisk undersökning med jodhaltig kontrast intravaskulärt såsom angiografier.

## **Riskpatienter:**

**Sänkt njurfunktion** (förhöjt s-krea eller GFR <60).

Ytterligare ökad risk vid kombination med riskfaktorer enligt nedan!

Använd helst nätbaserad kalkylator för eGFR baserad på internationell standard (IDMS) av p-kreatinin t ex [www.egfr.se](http://www.egfr.se)

- **Diabetes** med nefropati.
- **Reducerad blodvolym/renal perfusion:**
  - Dehydrering!
  - Blödning/ Hypotension.
  - Anemi / Hypoxi
  - Svårt multisjuk patient/Större kirurgi senaste dygnet/Sepsis
  - Grav hjärtsvikt.
  - Levercirrhos.
  - Lågt p-alb (<30)
  - Arteriosclerotisk njurartärsjukdom
- Patient **över 65 år.**
- **Utbredd kärlsjukdom.**
- **Myelom. Mb Waldenström. Myoglobinuri.**
- **Nefrotoxiska** läkemedel t.ex. vissa antibiotika, cytostatika, ciklosporin
- **NSAID o Cox-2-hämmare.** (Kontrindicerat! Försämrar renala perfusionen)
- **ACE – hämmare/ ARB.** Behåll medicinering - Hydrera istället!
- **Upprepad kontrastmedelstillförel**

**OBS – ange på röntgenremiss** om misstanke finns på nedsatt njurfunktion.

Ange GFR om möjligt och eventuella riskfaktorer!!

**Handläggningsrutiner** beroende av njurfunktion och andra riskfaktorer

**Generellt:** Korrigera alltid dehydrering! Sätt om möjligt ut nefrotoxiska substanser 2-3 d före undersökningen.

Flera samtidiga riskfaktorer ökar indikationen för mer avancerade förberedelser!

Undvik förnyad undersökning med kontrast hos riskpatienter inom 3 d. (Nytt krea innan!) Om patienten fått kontrastnefropathi: ingen ny undersökning förrän efter minst 2 veckor och återhämtat kreatinin!

## **Dialyspatienter sköts i samråd med Njurmedicin**

### **1. GFR >60**

Följ ordinarie förberedelser inför undersökning.

### **2. GFR 45 - 60**

**Gränszon mellan ordinarie och inneliggande förberedelser.**

Bedöm alla tänkbara riskfaktorer, om ytterligare riskfaktorer, förbered enl 3B, annars:

#### **Poliklinisk förberedelse:**

- Gott och adekvat peroralt vätskeintag (>2 l/d) dagen före till och med dagen efter undersökning.

### **3. GFR <45 eller multipla riskfaktorer**

A. Överväg andra undersökningsmetoder.

B. Inneliggande förberedelse med isoton vätskebehandling.

## **Utförande:**

- Vätske- och urinmätning följs. Målsättning; diures ca 1,5 lit/12 tim. Timdiures endast vid behov.
- Pat får äta och dricka som vanligt.

**Vätsketerapi iv skall påbörjas senast 4 (helst 6-12) tim före kontrastgivning för att utesluta intorkning (och som ”kvitto” ge god diures). Skall fortgå 6-12(-24) tim efter us.**

- Koppla 1000 ml Plasmalyte intravenöst.
- Infusionstakt 100-150 ml/tim, ska fortgå minst 6-12(-24) tim efter undersökningen. Koppla således ytterligare 1000 ml RingerAcetat/ Plasmalyte vb
- **Om patienten ter sig minsta dehydrerad eller brådskande undersökning och kort förberedelsetid: 200-250 ml/tim under de första 2 tim.**

**Diabetiker** ges ordinarie insulin till maten. Metforminbehandling pausas senast i samband med undersökningen.

- **Kontrollera kreatinin dagen efter undersökningen,** tidigast 2 tim efter avslutat dropp, för ställningstagande till eventuell förlängd behandling. **Dessutom minst ytterligare en gång 2-4 dagar efter undersökningen med svar till PCI-operatören.**
- Kontrastnefropati behandlas som övrig akut njursvikt.
- Om patienten fått kontrastnefropati: ingen ny undersökning förrän efter minst 2 veckor och återhämtad krea-stegring!

## Arbetsgrupp

PCI-teamet

Kardiologkliniken SkaS Skövde

## Käll- och litteraturförteckning

Styrdokument ”Röntgenundersökning med jodhaltig kontrast – Njursjukvård”

SkaS

För detaljer se [www.sbfm.se/sidor/riktlinjer](http://www.sbfm.se/sidor/riktlinjer).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Kard Inf Hud Njur Gastro, M2 gamla VE

**Innehållsansvar:** Maria Stolt Toremark, (marst34),  
Specialsjuksköterska

**Granskad av:** Erik Frick, (erifr), Processchef

**Godkänd av:** Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9709-121726567-71

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-10-30

**Giltig till:** 2027-10-30