Revista Română de Medicina Familiei

Vol 1, Nr 2, Iunie 2018 ISSN 2601 – 4874

Romanian Journal of Family Medicine

www.revmedfam.ro

CUPRINS

EDITORIAL

Vârsta optimă de pesionare la medici

Dr. Marinela Olăroiu 3

PRACTICA MEDICALĂ

Chirurgie

Clasificarea plăgilor

Dr. Mihaela Leşe..... 4-7

Cazuistică

Opțiuni terapeutice la pacienții cu diabet zaharat și boală cronică de rinichi avansată
Therapeutic options in patients with diabetes and advance stage chronic kidney disease

Dr. Georgiana Diţu, Șef lucr. univ. Dr. Anca Pantea Stoian, Asist. univ. Dr Roxana Adriana Stoica, Conf. univ. Dr Silviu Piţuru, Conf. univ. Dr Andra Suceveanu, Conf. univ. Dr Cornelia Niţipir, Liliana Florina Andronache, Dr Grigorina Mitrofan, Prof. univ. Dr Cristian Serafinceanu 8-13

Medicina complementară

Medicina ortomoleculară

Dr. Cristina Tomescu.....14-16

COMENTARII

OPINII

Viața la țară a medicului de familie din România

Dr. Paul Șerban.....17-19

RECENZII

Medicină de familie pentru asistenții medicali 20

Fotografia de pe copertă: Geanta unui medic de familie olandez

Coperta realizată de Olga Cimpeanu: *Photoshop Editor* (https://www.facebook.com/OlgaPhotoshop/)

 © Mediadomexpress.srl

Revista Română de Medicina Familiei
Romanian Journal of Family Medicine

Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

EDITORIAL

Vârsta optimă de pesionare la medici

Dr. Marinela Olăroiu

Redactor-șef Revista Română de Medicina Familiei

Experții în planificarea forței de muncă confirmă o nouă tendință, numărul medicilor care se pensionează este în fiecare an mai mare decât al celor care își încep cariera și ar trebui să le ia locul.

În general, medicii ies la pensie mai târziu decât alte categorii profesionale, frecvent după vârsta de 65 de ani. Vârsta de pensionare a crescut în continuu din 2004 și din studii reiese că media este de 68 de ani la femei și 70 de ani la bărbați. Medicii sunt activi timp de 35 de ani de la terminarea studiilor care pot dura și peste 10 ani socotiți de la începutul facultății.

Motivele pentru care medicii se pensionează devreme sunt legate de satisfacția scăzută la locul de muncă (frustrații, subevaluare, lipsă de prestigiu și de interes, epuizare și muncă în exces), aspecte medico-legale (insatisfacția cu legislația medicală, probleme cu colegii, birocrația, management opresiv,), sănătatea precară (probleme cognitive și psihologice, tulburări de somn) și financiare (creșterea costurilor de cabinet, câștig/salariu insuficient, costuri legate de malpraxis) (1).

Pensionarea medicilor este întârziată dacă aceștia nu sunt pe deplin satisfăcuți la locul de muncă, lucrează în instituții cu program felxibil, doresc să se mențină activi timp îndelungat și nu există altă alternative, nu au probleme de financiare sau de sănătate, pensionarea nu este atractivă din punct de vedere financiar, nu sunt interesați de alte domenii și nu au hobby-uri și se simț responsabili pentru pacienți (1). Medicii din rural și din zone izolate isi găsesc cu greu un înlocuitor și de aceea continuă să lucreze mulți ani peste vrâstă de pensionare normală. De asemenea ei consideră că au o anumită poziție și ocupa un rol important în comunitățile locale ceea ce îi împiedică să se pensioneze înainte de vârstă.

În Europa, una dintre dilemele ultimilor decenii în politica din sănătate a fost utilitatea introducerii obligativității pensionării medicilor la o anumită vârstă. Unele țări au introdus asemenea reglementări pentru a suplini deficitul de medici sau/și pentru a mari contingentul de medici activi și a întineri acest grup profesional supus îmbătrânirii odată cu creșterea speranței de viață în populația europeană.

În Germania a fost introdusă în 1993 o lege care prevedea pensionarea medicilor din sistemul de stat la vârstă de 68 de ani. După lobby-ul intens desfășurat ani de zile de asociațiile profesionale și numeroase procese în instanță referitor la discriminarea bazată pe vârstă, dar și din cauza efectelor care nu au fost cele așteptate, legea a fost a fost invalidată. Ea a fost introdusă pentru a preveni prognozatul surplus de medici și pentru a stimula medicii tineri să își găsească mai repede un loc de muncă sau să înființeze un cabinet. Dar, cu excepția unor orașe mari și zone mai populate, deficitul de medici s-a accentuat în ultimele decade. 1/3 dintre medici s-au orientat către alte profesii, din ce în ce mai mulți au emigrat, în primul rând în Marea Britanie. O mare parte dintre cei rămași, de teamă riscurilor financiare, nu și-au mai deschis cabinete și nu au mai preluat practicile devenite vacante preferând să lucreze că angajați.

În Marea Britanie aproape jumătate dintre medicii de familie au vârsta peste 50 de ani și doar 8% au vârsta de 30 de ani. Pentru a evita taxele și pierderile financiare, medicii de familie se pensionează în jurul vârstei de 60 de ani. O altă tedință este înmulțirea practicilor combinate între farmaciști și medici de familie. Pentru a compensa deficitul în prezent dar mai ales în viitor, s-a propus creșterea locurilor la rezidențiatul de medicină de familie. Acest obiectiv se dovedește greu de realizat deoarece din ce în ce mai puțini absolvenți de universități medicale aleg această specializare și se orientează spre altele, care le conferă mai mult prestigiu și sunt mai bine remunerați, cum ar fi specialitățile chirurgicale.

De aceea experții în politici sanitare recomandă în prezent să se renunțe la limită de vârstă de pensionare pentru medicii de familie și să se încerce flexibilizarea orelor de muncă și încurajarea medicilor în vârstă să lucreze part-time și mai puține ore, pentru a face loc noii generații.

Bibliografie

1. Silver et al. *Human Resources for Health* 2016; 14:67. DOI 10.1186/s12960-016-0166-z.

 © Mediadomexpress.srl

Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

PRACTICA MEDICALĂ

Chirurgie

Clasificarea plăgilor

Dr. Mihaela Leşe

Spitalul Judeţean de Urgenţă, “Dr. Constantin Opriş” Baia Mare, România, Chirurgie generală

Primit: 5.04.2018 • Acceptat pentru publicare: 24.05.2018

Rezumat

Odată cu creşterea speranţei de viaţă, a numărului diabeticilor, a prevalenţei obezităţii, a mobiltăţii persoanelor şi a numărului afecţiunilor cronice care afectează pacienţii medicului de familie, acesta este pus în faţa unui număr mare de plăgi, de etiologie extrem de variată pe care trebuie să le trateze şi să ştie să le adreseze specialităţilor care se ocupă de fiecare în parte, fiind în centrul echipei care tratează pacientul.

Materialul îşi propune să ofere medicului de familie o clasificare pe care să o poată utiliza în momentul în care trebuie să decidă dacă va trata sau va alege să trimită un pacient cu orice tip de plagă la specialist, în sistem de urgenţă sau în ambulator, şi să completeze investigaţiile şi tratamentul bolilor asociate, până la vindecarea sau stabilizarea plăgii.

Cuvinte cheie: *clasificarea plăgilor, medic de familie*

MEDICAL PRACTICE

Classification of wounds

Abstract

With the increase of life expectancy, diabetes, obesity, immobility, and the number of chronic illnesses a family doctor faces a wide range of wounds. These are of an extremely varied aetiology. It is important to treat these wounds and to refer patients to the right specialists.

The article aims to provide the family doctor with a classification that he can use when deciding whether to treat the patient himself or to refer a patient to a specialist, an emergency service or outpatient clinic, and to complement investigations and treatment of associated diseases until healing or stabilization of the wound.

Keywords: *wound classification, family physician*

 © Mediadomexpress.srl

Introducere

Există numeroase criterii de clasificare a plăgilor, în funcţie de aspectul pe care vrem să-l scoatem în evidenţă: agentul traumatic, profunzime, vechime, popularea cu microbi, etc, şi care în practică nu sunt frecvent folosite, dar sunt utile pentru câteva motive:

- constituie un limbaj comun între profesioniști;
- permit aprecierea frecvenţei lor în cadrul unităţilor sanitare;
- ajută la evaluarea finanţării lor (decontare prin asigurările de sănătate);
- justifică alegerea tratamentului.

Criterii de clasificare

În primul rând, plăgile se clasifică în acute şi cronice.

Plăgile acute sunt plăgile care se vindecă normal, într-o perioadă de timp predictibilă, printr-un proces bine coordonat în care trombocitele, cheratinocitele, celulele imune, fibroblastele şi celulele endoteliale restabilesc integritatea şi funcţia ţesuturilor.

Există două tipuri principale de plăgi acute: chirurgicale şi traumatice.

La **plăgile cronice**, vindecarea nu evoluează normal şi la timp, oprindu-se într-una dintre etapele vindecării, de obicei în faza inflamatorie. Plăgile cronice debutează ca şi plăgi acute care nu s-au vindecat într-o lună de zile, iar după două luni au acelaşi aspect.

Clasificarea plăgilor după agentul vulnerant (Tabelul 1) oferă informaţii despre modul de producere a plăgii – cel mai important criteriu în alegerea tratamentului.

Tabel 1. Clasificarea plăgilor după agentul vulnerant

După mecanism de acţiune	Agenţi termici	Agenţi chimici	Radiaţii ionizante	Curent electric	Agenţi biologici
- tăiere - tăiate - abraziune - escoriate - zdrobire - contuzie - înţepare - împuşcare - contact – arsuri, radiaţii	- arsură - degerătură	- acizi - baze - săruri	- alfa (α) - beta (β) - gamma (γ) - razele X - radiaţiile neutronice	electrocutare	- muşcătură - animal - insectă - şarpe - infecţii ale tegumentului

Alte criterii de clasificare sunt utile în tratamentul ulterior și în aspectele medico-legale care apar în îngrijirea plăgilor (Tabelul 2).

Tabelul 2. Diverse criterii de clasificare a plăgilor

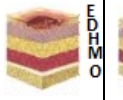
După circumstanţe de producere	După vechime	După profunzime	După structurile anatomice interesate (cavităţi naturale)	După evoluţie
- accidentale: de muncă, de circulaţie, casnice, de sport - intenţionate: suicid, agresiuni - procedurale: intervenţii chirurgicale, injecţii, puncţii	< 6 ore >6 ore	- superficiale - profunde	- interesarea seroaselor: penetrante, nepenetrante - interesarea viscerelor cavitare: perforante, neperforante	- acute - cronice

După modul în care se produce plaga, există câteva categorii mari de plăgi care se pot împărţi la rândul lor în alte subtipuri:

- plăgi deschise – tegumentul este lezat şi principala problemă este invazia microbiană
- plăgi închise – plaga se produce sub suprafaţa tegumentului care rămâne intact
- plăgi contuze – ţesuturile din vecinătatea plăgii sunt infiltrate cu sânge (echimoze)
- plăgi zdrobite – apar ţesuturi neviabile în plagă
- plăgi abrazate – sunt afectate doar straturile superficiale ale epidermului
- avulsii – ţesuturile afectate au pierdut contactul cu locul de origine; avulsia completă este ilustrată de amputaţia unui membru care pune viaţa în pericol prin hemoragie
- plăgi înţepate – poarta de intrare este mică, uneori punctiformă
- plăgi penetrante şi perforante – penetraţia apare când se deschide o cavitate naturală a corpului (abdomen, torace, pelvis), iar perforaţia când agentul vulnerant a pătruns în cavitatea unui organ cavitar.

Dintre plăgile cronice, **ulcerul diabetic** are una dintre cele mai mari incidenţe, afectând aproximativ 15% dintre pacienţii diabetici, dintre care, 15-20% vor necesita pe parcursul vieţii amputaţie (1). Fiind mare consumator de resurse materiale (10,9 miliarde de dolari din bugetul Statelor Unite în anul 2001), preocuparea pentru standardizarea tratamentului ulcerului diabetic a dus la realizarea unor clasificări şi sisteme de scor utile în alegerea tratamentului şi raportarea frecvenţei sale (2).

Tabel 3. Clasificarea Wagner a ulcerului diabetic (3)

Grad 0	Grad I	Grad II	Grad III	Grad IV	Grad V
					
- fără leziune - picior cu risc - deformarea osului - hiperkeratoză	- ulcer superficial - nu afectează hipodermul	- ulcer profund - expune tendoane, articulaţia	- ulcerul afectează osul - abces - osteomielită	- gangrenă deget sau antepicior	- gangrena întregului picior

Clasificarea Wagner a ulcerului diabetic ţine cont de profunzimea plăgii și vitalitatea ţesuturilor (Tabel 3) și oferă argumente logice pentru alegerea tratamentului, dar și pentru evaluarea prognosticului. Deși universal acceptată, ea nu conţine informaţii despre infecţia și perfuzia ţesuturilor.

Tot pentru ulcerul diabetic, Grupul de Lucru Internaţional pentru Piciorul Diabetic (International Working Group on the Diabetic Foot) a elaborat *clasificarea PEDIS* (4) care este utilă mai ales pentru cercetările care se fac în domeniu, dată fiind mulţimea de informaţii pe care le furnizează (Tabel 4). Cu toate acestea, predictibilitatea foarte bună a acestui sistem de scor pentru evoluţia leziunilor piciorului diabetic, îl recomandă pentru utilizarea clinică, unde este considerat din ce în ce mai mult ca o necesitate.

Tabel 4. Clasificarea PEDIS a ulcerului diabetic

Grad	Perfuzie P - Perfusion	Extindere E - Extent	Profunzime D - Depth	Infecţie I - Infection	Senzaţie S - Sensation	Scor
1	- fără BAP*	fără leziune	fără leziune	fără infecţie	nu este pierdută	0
2	- cu BAP dar fără IC*	< 1 cm^2	superficial	superficială	pierdută	1
3	- cu IC	1 – 3 cm^2	fascie mușchi tendon	abces fasceită artrită		2
4		> 3 cm^2	os articulaţie	SIRS		3

BAP* - boală arterială periferică; IC* - ischemie critică

 © Mediadomexpress.srl

Scorul DEPA (D -depth, E - extent of bacterial colonisation, P - phase of ulcer, A - associated aetiology) apărut recent (5), merge mai departe și adaugă caracteristicilor ulcerului diabetic și etiologia care favorizează apariţia acestuia (Tabelul 5).

Tabelul 5. Scorul DEPA: parametrii ulcerului

Scorul DEPA	Scor		
	1	2	3
Profunzimea ulcerului	Tegument	Ţesuturi moi	Os
Extinderea colonizării bacteriene	Contaminare	Infecţie	Necroză infectată
Faza vindecării ulcerului	Granulaţie	Inflamaţie	Plaga nu se vindecă
Etiologia asociată ulcerului	Neuropatie	Deformare osoasă	Neuropatie

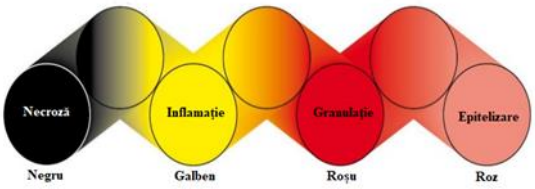
Scopul scorului este de a evalua șansele de vindecare şi riscul de amputaţie încă de la prima consultaţie, pentru a recomanda tratamentul optim în fiecare caz în parte (Tabelul 6).

Tabelul 6. Gradele DEPA ale ulcerului diabetic şi recomandările de tratament

Gradul ulcerului	Scorul DEPA	Tratament
Scăzut	<6	Antibioterapie orală, controlul glicemiei
Moderat	7-9	Debridare, antibiotice parenteral, insulină, evitarea decubitului, pansamente active
Înalt	>10	Debridare, antibiotice parenteral, insulină, revascularizare, amputaţie

Clasificarea plăgilor în funcţie de culoare se bazează pe conceptul de vindecare continuă a plăgii (6), care evoluează de la negru în cazul necrozei, până la roz când plaga este epitelizată (Imaginea 1).

Imaginea 1. Culorile asociate plăgilor în evoluţia spre vindecare



Culoarea ajută la identificarea fazei din procesul de vindecare şi este asociată cu recomandări specifice de tratament:

- culoarea roz semnifică prezenţa epitelizării plăgii care necesită doar un pansament de protecţie sau/şi hidratare;
- culoarea roşie este indicatorul vindecării normale, cu prezenţa ţesutului de granulaţie, cu exudat care menţine plaga umedă şi necesită pansamente absorbante;
- culoarea galbenă indică prezenţa detritusurilor, pentru care este recomandată irigarea plăgii şi pansamente care favorizează autoliza;
- culoarea neagră este sugestivă pentru necroză, care poate fi datorată ischemiei ţesuturilor din plagă; este necesar consultul chirurgical şi excizia cu debridarea ţesuturilor devitalizate.

Când aceeaşi plagă conţine mai multe culori, clasificarea şi tratamentul se orientează în funcţie de cea mai nefavorabilă condiţie.

O parte dintre specialiştii care tratează plăgile, consideră că numărul microorganismelor dintr-o plagă este un bun indicator pentru evoluţia vindecării plăgii. Totuşi, chiar şi în prezenţa bacteriilor, plăgile cronice au tendinţă la închidere. Pentru a înţelege momentul în care încărcarea microbiană necesită tratament antibiotic, este utilă clasificarea plăgilor în funcţie de numărul germenilor şi interacţiunea cu ţesuturile din plagă (Tabelul 7).

Tabel 7. Stadiile invaziei microbiene (7)

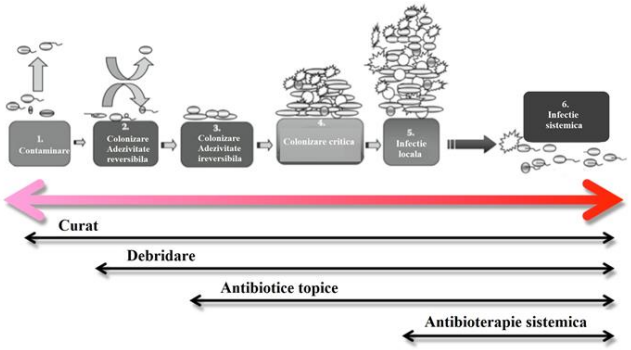
Contaminare, prezenţă temporară	Germenii "plutesc" la suprafaţa plăgii şi pot proveni din ţesuturile învecinate (endogeni) sau din mediul înconjurător, inclusiv prin îngrijirea plăgii (exogeni)
Colonizare cu adezivitate reversibilă	Bacteriile se ataşează de ţesuturile din plagă. În acest stadiu este posibilă îndepărtarea lor prin simpla irigare a plăgii, pansamente antiseptice sau intrarea în acţiune a imunităţii gazdei. Când adezivitatea devine mai puternică, germenii produc substanţe care favorizează dezvoltarea lor în plagă şi apare biofilmul.
Colonizare cu adezivitate ireversibilă	Biofilmul începe să modifice suprafaţa plăgii, scăzând efectul imunităţii şi al antibioterapiei. Acest biofilm este greu de îndepărtat şi atrage alte bacterii din vecinătate, crescând numărul microcoloniilor. Biofilmul devine hipoxic – un mediu foarte bun pentru bacteriile anaerobe.
Colonizarea critică	Numărul şi acţiunea germenilor din plagă este suficient de mare pentru a împiedica vindecarea ei. Bacteriile formează o colonie suficient de numeroasă dar încă nu au capacitatea de a invada ţesuturile învecinate.
Infecţia locală	Colonia este matură, continuă să crească exponenţial şi invadează ţesuturile locale. Plaga devine roşie, dureroasă, creşte cantitatea de exudat şi temperatura la suprafaţa sa. Ţesutul de granulaţie devine friabil, îşi schimbă culoarea în galben, gri sau albastru, odată ce este colonizat cu bacterii precum Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides fragilis sau streptococi.
Infecţia sistemică	Dacă biofilmul nu este îndepărtat prin debridare şi pansamente antimicrobiene corespunzătoare, bacteriile invadează sistemul circulator producând sepsă şi septicemie, insuficienţe de organ, şi în cazuri extreme – deces.

Diferenţierea dintre inflamaţie şi infecţie poate fi uneori dificilă, iar iniţierea antibioterapiei (Imaginea 2) întârziată. Apariţia eritemului şi a durerii, creşterea exudatului şi a temperaturi locale sunt adeseori absente la persoane cu imunitatea scăzută (exemplu – diabetici) şi singurele manifestări pot fi durerea şi tumefacţia ganglionilor regionali.

La astfel de pacienţi antibioterapia sistemică trebuie instituită precoce, în doze mari şi pentru perioade mai lungi de timp.

 © Mediadomexpress.srl

Imaginea 2. Progresia inflamaţiei spre infecţie sistemică



Echipele chirurgicale utilizează pentru aprecierea gradului de contaminare a plăgilor clasificarea propusă de American College of Surgeon (8), utilă în evaluarea riscului de infecţie a plăgii (Tabel 8).

Tabelul 8. Clasificarea plăgilor chirurgicale şi riscul apariţiei infecţiei de plagă

Curate	Nu există inflamaţie şi nu implică deschiderea unui organ intern care să aparţină tractului respirator, digestiv, urinar sau genital (riscul de infectare este mai mic de 2% în aceste cazuri). Exemple: operaţii pentru hernii, eventraţii.
Curate - contaminate	Nu există dovada unei infecţii la momentul operaţiei, însă intervenţia presupune operarea unui organ intern aparţinând sistemului respirator, digestiv, urinar sau genital, în condiţii controlate (riscul de infecţie este mai mic de 10%). Exemple: colecistectomii, histerectomii, apendicectomii, fără prezenţa infecţiei.
Contaminate	Implică operarea unui organ intern al cărui conţinut ajunge în plagă (riscul de infectare este intre 13% si 20%). Exemplu: deschiderea intestinului în cursul unei colectomii pentru tumori stenozante, la pacienţi în ocluzie.
Murdare sau infectate	Exista dovada unei infecţii în momentul intervenţiei chirurgicale sau este o plagă veche, după un traumatism, cu ţesuturi devitalizate sau viscere perforate (riscul infecţiei postoperatorii este de aproximativ 40%). Exemplu: peritonitele apendiculare, biliare sau din diverticulitele perforate.

Concluzie

Indiferent de etiologia plăgii, dacă este veche sau recentă, acută sau cronică, scopul tratamentului este vindecarea cât mai rapidă, iar sistemele de clasificare oferă orientare în alegerea tratamentului care se schimbă pe măsură ce plaga trece prin etapele evolutive, ceea ce necesită o continuă evaluare atât locală cât şi generală a pacientului.

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. Pendsey SP. Understanding diabetic foot. *Int J Diabetes Dev Ctries.* 2010; 30(2): 75–79.
2. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet.* 2005; 366(9498): 1719-24.
3. Wagner FW Jr. The diabetic foot. *Orthopedics*.1987;10(1):163–172.
4. Schaper NC. Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. *Diabetes Metab Res Rev*. 2004; 20(Suppl 1): S90–S95. DOI: 10.1002/dmrr.464
5. Younes M, Albsoul A. The DEPA scoring system and its correlation with the healing rates of diabetic foot ulcers. *The Journal of Foot and Ankle, Surgery.* 2004; 43(4) 209-213.
6. Gray D, White R, Cooper P, Kingsley A. Understanding applied wound management. *Wounds UK.* 2005; 1(1): 62-2.
7. Sibbald RG, Woo K, Ayello EA. Increased bacterial burden and infection: The story of NERDS and STONES. *Adv Skin Wound Care.* 2006; 19:447–461.
8. American College of Surgeons. *ACS data collection, analysis, and reporting*. Available from: http://site.acsnsqip.org/programspecifics/data-collection-analysis-and-reporting/. [Accessed 11th March 2018].

 © Mediadomexpress.srl

Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

Cazuistică

Opțiuni terapeutice la pacienții cu diabet zaharat și boală cronică de rinichi avansată

Dr. Georgiana Dițu[1,5], Șef lucr. univ. Dr. Anca Pantea Stoian[2,5], Asist. univ. Dr Roxana Adriana Stoica [2,5], Conf. univ. Dr Silviu Pițuru [2,6], Conf. univ. Dr Andra Suceveanu[4,7], Conf. univ. Dr Cornelia Nițipir[2,8], Liliana Florina Andronache[2,9], Dr Grigorina Mitrofan[1,5], Prof. univ. Dr Cristian Serafinceanu [2,5]

[1] Institutul "NC Paulescu", București, România, [2] Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București, România, [3] Spitalul de Urgență Elias, București, România, [4] Facultatea de Medicină, Universitatea "Ovidius", Constanța, România, [5] Diabet, nutriție, boli metabolice [6] Organizare profesională și Legislație medicală-malpraxis, [7] Gastroenterologie, [8] Oncologie, [9] Limbi străine

Primit: 3.04.2018 • Acceptat pentru publicare: 21.05.2018

Rezumat

Diabetul zaharat de tip 2 reprezintă una din cauzele principale de boală cronică de rinichi. Opțiunile terapeutice pentru tratamentul diabetului la pacienții cu boală cronică de rinichi sunt limitate din cauza reducerii ratei de filtrare glomerulară și consecutiv a riscurilor date de asocierea agenților antidiabetici.

Această lucrare prezintă aspecte ale managementului terapeutic al unei paciente cu diabet zaharat de tip 2 și boală cronică de rinichi la care antidiabeticele orale nu mai reprezentau o opțiune și care după inițierea insulino-terapiei și a schimbării stilului de viață și-a îmbunătățit în mod semnificativ parametrii metabolici.

Cuvinte cheie: *diabet zaharat, boală cronică de rinichi, terapie antidiabetică*

MEDICAL PRACTICE

CLINICAL LESSONS

Therapeutic options in patients with diabetes and advance stage chronic kidney disease

Abstract

Type 2 diabetes mellitus represents a leading cause of chronic kidney disease worldwide. The therapeutic options for diabetes treatment in patients with chronic kidney disease are limited due to the reduced glomerular filtration rate and subsequently the associated risks of antidiabetic agents.

This paper presents the therapeutic management of a Type 2 diabetes mellitus in a female patient who was diagnosed with chronic kidney disease. Oral antidiabetic agents were no longer an option for her and, after initiating insulin therapy and lifestyle modification, metabolic parameters significantly improved.

Keywords: *diabetes mellitus, chronic kidney disease, antidiabetic therapy*

 © Mediadomexpress.srl

Introducere

La nivel mondial, diabetul zaharat de tip 2 (DZ tip 2) reprezintă una dintre cauzele principale care conduc la apariția bolii cronice de rinichi (BCR) (1,2). Ţintele de terapie pot fi dificil de atins datorită opțiunilor terapeutice limitate date de scăderea ratei de filtrare glomerulare. Cel mai important efect secundar este hipoglicemia. Pe de altă parte, controlul glicemic favorabil la pacienții cu DZ tip2 este esențial pentru reducerea riscului de complicații (microvasculare și macrovasculare) și pentru reducerea progresiei BCR (3,4). Există restricții importante în legatură cu utilizarea tiazolidindionei, metforminului, sulfonilureelor, agoniștilor de GLP-1 și a inhibitorilor de SGLT2 în contextul asocierii la DZ a BCR (5-7).

Descrierea cazului

Pacientă în vârstă de 62 de ani, pensionară (profesoară), din mediul rural, cu ereditate diabetică (tatăl a avut DZ tip 2), cu un făt macrosom (4100g), cunoscută cu diabet zaharat tip 2 în evoluţie din 2008 actual în tratament cu antidiabetice orale, s-a prezentat în clinica de diabet a Institutului "NC Paulescu", București.

Motivele internării au fost: valori glicemice crescute, hipoglicemii uşoare în jurul orei 10 dimineața în zilele când îşi administrează gliclazidul dar omite micul dejun şi parestezii în "şoseta" la nivelul membrelor inferioare bilateral predominant nocturne.

Pacienta este necompliantă la dietă şi are un stil de viaţa sedentar. Asociază hipertensiune arterială gradul III (2007), boală cardiac ischemică – angină de efort (2013), pielonefrită cronică, infecţii urinare recurente, dislipidemie cu hipercolesterolemie (2008), obezitate grad I, colecistectomie (2013).

Ultima schemă de tratament recomandată a fost metformin 100mg, 2cp/zi, gliclazid 60 mg 2cp/zi, atorvastatina 10 mg, 1 cp/zi şi indapamid 1,5 mg, 1cp/zi.

Tabelul1. Valorile parametrilor ce definesc echilibrul metabolic, funcția renală și tratamentul din istoricul pacientei

	Anul			
Parametru	**2008**	**2013**	**2015**	**2016**
Glicemie à jeun	147	153	175	170
Glicemie postprandială	*d.l.	198	*d.l.	*d.l.
G (kg)	89	84	89	93
IMC (kg/m^2)	31.52	29.76	31.53	32.95
HbA1c (%)	7	7,7	6.9	8,3
RFG (ml/min)	60	60	*d.l.	dl
Colesterol total	224	198	*d.l.	258
Terapie recomandată				
Metformin	2g/zi			
Gliclazid		60mg/zi	120 mg/zi	

*d.l.=date lipsă

Examenul clinic relevă o înălţime de 168 de cm, greutate 93 kg, BMI 32.95 kg/m2, circumferinţa abdominală de 102 cm, TA=130/75 mmHg, AV=86 bpm, parestezii în"şosetă'' şi sensibilitate termică şi dureroasă diminuată la nivelul membrelor inferioare bilateral, fără alte modificări.

Examenele biologice de laborator au decelat o glicemie a jeun de 236 mg/dl, o HbA1c de 9,7%, Colesterol total=245 mg/dl, LDLc=157.6mg/dl, trigliceride=287mg/dl, HDLc=39 mg/dl (trat. cu atorvastatină 10mg/zi), creatinina serică=1.5 mg/dl, eRFG (MDRD)=35 ml/min/1.73m2, raport albumina/creatinină urinară=51 mg/g crea/zi, urocultura sterilă.

S-a efectuat examenul fundului de ochi care a confirmat prezenţa retinopatiei diabetice neproliferative medii ambii ochi. Indicele gleznă-braț a avut valoarea 1 bilateral.

Coroborând analizele de laborator cu cele paraclinice am constatat la această pacientă prezenţa complicaţiilor microvasculare: retinopatia diabetică neproliferativă medie, polineuropatia diabetică senzitivă simetrică distală şi boală cronică de rinichi G3bA2 KDIGO (RFG= 42ml/min/1.73m2) (de etiologie mixtă: diabetică şi pe fond de pielonefrită cronică).

Discuții

Cazul prezentat ne pune în față o pacientă cu diabet zaharat tip 2 tratat cu antidiabetice orale ce prezintă variabilitate glicemică, cu un control glicemic slab (HbA1c 9.2%) ce asociază obezitate şi dislipidemie aterogenă, cu complicaţii microvasculare (polineuropatie şi retinopatie diabetică) şi macrovasculare (boală cardiacă ischemică) deja constituite la care se decelează o eRFG de 35 ml/min/1.73m2.

În cazul acestei paciente *intervenţia terapeutică optimă* trebuie să asigure o reducere susţinută a HbA1c cu aproximativ 2% (<7.5%), cu evitarea hipoglicemiilor severe, care să ne ofere siguranţa cardiacă şi renală cu efect neutru/benefic pe profilul lipidic, pe tensiunea arterială şi pe greutate, cu limitarea progresiei complicaţiilor şi bineînţeles care să asigure o aderenţă crescută la tratament din partea pacientei (Tabelul 2).

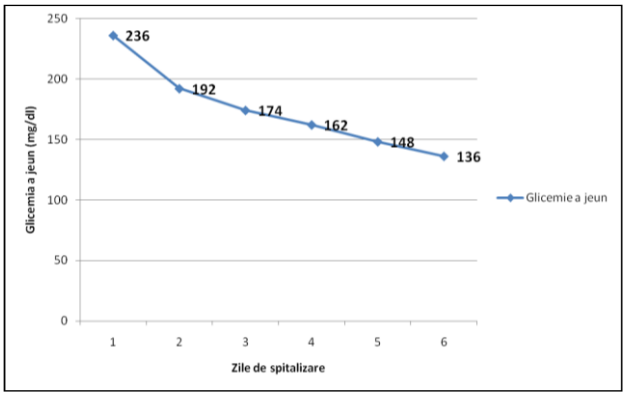
Opțiunile terapeutice sunt relativ limitate pentru această pacientă. Datorită prezenței bolii cronice de rinichi (GFR = 35 ml / min / 1,73mp), metforminul nu mai este indicat și având în vedere riscul crescut de hipoglicemie și creștere în greutate, administrarea de sulfoniluree a fost întreruptă. De asemenea, este recomandat ca inhibitorii SGLT2 să fie restricționați la pacienții cu insuficiență renală moderată până la severă (pacienți cu EGFR <60 ml / min / 1,73 m2) (9). În acest caz, prezența obezității ar putea reprezenta o indicație pentru exenatida cu eliberare prelungită, dar la pacienții cu insuficiență renală moderată (clearance-ulcreatininei 30-50 ml / min) administrarea nu este recomandată datorită dovezilor clinice insuficiente.

Având în vedere toate aceste aspecte, s-a decis inițierea terapiei cu insulină bazală cu titrarea dozei până la atingerea unui profil glicemic favorabil și menținerea metforminului cu reducerea dozei la 1 g pe zi. La început, pacienta a refuzat terapia cu insulină, dar împărțirea aceluiași compartiment cu alți pacienți a reprezentat un factor benefic pentru acceptarea ulterioară a tratamentului.

 © Mediadomexpress.srl

Rolul medicului a fost, de asemenea, important, în sensul că el a oferit timp și resurse de instruire unui pacient inițial necompliant (7, 8, 10). Astfel, după inițierea terapiei cu insulină, pacientul a prezentat o scădere a valorilor glicemice a jeun (Figura 1).

Figura 1. Evoluţia valorilor glicemiei à jeun pe parcursul internării după inițierea insulinoterapiei



Obiectivele terapeutice sunt rezumate în Tabelul 2.

Conform acestor obiective, pacienta a fost consiliată și au fost recomandate schimbarea stilului de viață cu efectuarea exercițiu fizic de minimum 150 min/săptămână, distribuite în cel puțin trei zile/săptămână, cu pauze de cel mult două zile între exerciții (mersul pe jos, bicicleta și înotul).

Tablelul 2.Obiective terapeutice

Parametrii	**Intervale terapeutice**
Glicemia à jeun	90-130mg/dl
Glicemia postprandială	<180mg/dl
HbA1c	<7.5%
LDLc	<100mg/dl
HDLc	>40mg/dl
Trigliceride	<150mg/dl
Tensiune arterială	<135/85mmHg
Greutate	Scădere inițială de 10% din G actuală

Din punct de vedere al intervenției medical nutriţionale, am recomandat o *dietă* de 1700kcal/zi, care conține 230 g HC/zi, dintre care proteinele de 60 g/zi (0,8 g/kg corp, 15% din totalul total energetic) lipide 56 g/zi (30% din cerința energetică globală), optând pentru o reducere a aportului de proteine din cauza bolii renale.

În ceea ce privește compoziția dietei cu acizi grași, am indicat: acizi grași saturați (FA) <10% din totalul energetic, FA monosaturați = 10-12%, polinesaturați FA = 6-10%, trans FA <1% de 30-45 g/zi.

În ceea ce privește *aportul de sare*, scăderea consumului de clorură de sodiu la mai puţin de 3 g/zi are un efect benefic în primul rând asupra patologiei cardiovasculare a pacientului. *Hidratarea*este, de asemenea, esențială, 1500-2000 ml / zi, de preferință apă, ajută la menținerea stării fiziologice renale.

Pacienta a primit recomandări referitoare la controlul diabetului zaharat: cum se auto-monitorizează glicemia, cu indicarea determinării zilnice a glicemiei a jeun și a metodei de ajustare a dozelor de insulină și să monitorizeze hemoglobina glicozilată (HbA1c) la fiecare trei luni.

Pentru comorbiditățile asociate, a fost recomandat un tratament cu inhibitor al enzimei de conversie (prestarium 10 mg 1cp/zi), diuretic (indapamid 1,5 mg 1cp/zi), doză de statină a fost crescută (atorvastatină 40 mg, 1cp/zi), acizi grași omega-3 1 g, 2 cp/zi, neurotrofic (acid alfa-lipoic 600 mg, 1 cp/zi) și acid acetilsalicilic 75 mg 1 cp/zi.

După externare, pacienta a revenit la *reevaluare după cinci luni*, cu o evoluție bună. Senzația de anxietate simțită la începutul terapiei cu insulină a evoluat într-o stare de optimism, pacientul recunoscând importanța respectării regimului de tratament.

A schimbat stilul de viață, urmând regimul indicat în proporție de până la 70%, iar stilul de viață sedentar a fost înlocuit cu plimbări zilnice de câte 30 de minute, împreună cu seturi de exerciții aerobice de 20-30 de minute la fiecare trei zile, acasă. În tabelul 3 sunt prezentate parametrii biologici la momentul internării și la reevaluarea de la 5 luni.

Tabelul 3. Evoluția parametrilor clinici și biologici la 5 luni

Parametru	**Mai 2017**	**Septembrie 2017**
G (kg)	93	90
IMC (kg/m^2)	32.95	31.88
Glicemii à jeun (mg/dl)	150-200	90-150
Glicemii postprandiale (mg/dl)	200-300	100 - 180
HbA1c (%)	9,2%	7,4 %
Episoade de hipoglicemie	prezenţe	absente
Colesterol plasmatic (mg/dl)	245	163
Trigliceride plasmatice (mg/dl)	287	184
LDL (mg/dl)	157.6	81.2
HDL (mg/dl)	39	45
Creatinină serică (mg/dl)	1.3	1.22
RFG (ml/min/1.73m2)	42	45
TA (mmHg)	130/75	125/70
Parestezii	prezente	ameliorate

Concluzii

În cazul pacienților cu diabet zaharat tip 2 complicat cu boală cronică renală avansată, opțiunile terapeutice sunt relativ limitate, iar tratamentul unor astfel de cazuri reprezintă o adevărată provocare pentru medici (7, 11-13). Astfel, există o nevoie urgentă de studii care ar putea demonstra siguranța noilor antidiabetice orale și injectabile în cazul bolii renale avansate.

O altă problemă apare din inerția clinică a inițierii terapiei cu insulină. Această se datorează adesea atât pacientului, cât și medicului. În acest context, evaluarea psihologică și consilierea sunt aspecte semnificative care ar trebui să facă parte din managementul integrat al pacientului cu diabet zaharat. Doctorul alege de multe ori să întârzie inițierea

terapiei cu insulină tocmai pentru că pacientul nu este compliant, este anxios şi, pe de altă parte, în ambulatoriu, timpul pentru consultații nu este suficient pentru educația terapeutică necesară. În plus, psihologul, care ar trebui să facă parte din echipă interdisciplinară extinsă, de multe ori nu există.

Asistenta medicală şi dieteticianul pot ajuta pacientul cu câteva ore de educaţie cu privire la monitorizarea corectă a glicemiei, adoptarea unui stil de viaţa sănătos şi implementarea intervenţiei nutriţionale (9, 10). Din păcate, atât educatorul cât şi dieteticianul nu se regăsesc în ambulatoriu, cel mai adesea, nici măcar în clinicile medicale specializate și, prin urmare, aceste aspecte ale educaţiei devin, de asemenea, responsabilitatea medicului, care, va acordă prea puțină atenție altor elemente esențiale care ar putea schimba radical evoluția bolii (10, 12, 13).

ENGLISH VERSION

MEDICAL PRACTICE

CLINICAL LESSONS

Therapeutic options in patients with diabetes and advance stage chronic kidney disease

Introduction

Worldwide, type 2 diabetes mellitus (T2DM) represents one of the most important factors that lead to chronic kidney disease (CKD) (1,2). It may be challenging to realize the therapeutic targets, due to the limited options given by reduced molecular kidney clearance. The most important side effect is provided by hypoglycemia. However, favorable glycemic control in patients with T2DM is essential to minimize the risk of complications (microvascular and macrovascular) and to reduce the progression of CKD (3,4). There are labelled restrictions on the use of thiazolidinedione, metformin, sulphonylureas, glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonists and SGLT2 inhibitors (5-7).

Casus description

The patient, a women aged 62, retired, a former teacher, from the rural area, with hereditary diabetes (the father had T2DM), with a macrosomic fetus (4100g), was diagnosed with T2DM ten years before the current admission, until when she was following oral antidiabetics treatment. After signing the informed consent form, she was admitted to the Diabetes Clinic of the National Institute of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases "NCPaulescu" in Bucharest, Romania, claiming increased glycemic values, mild hypoglycemia in the morning (in the context of gliclazide administration and breakfast omission) and typical lower limbs bilateral paresthesia, with nocturnal predominance. It is worth mentioning that the patient was not compliant with the nutritional recommendations; she led a sedentary lifestyle and deliberately refused to initiate insulin therapy, a fact which complicated the underlying pathology.

From her personal pathological history, she mentioned: third-degree arterial hypertension (2007), ischemic cardiac disease – effort angina (2013), chronic pyelonephritis, recurrent urinary infections, dyslipidemia with hypercholesterolemia (2008), first-degree obesity, cholecystectomy (2013).

The last *recommended treatment* regimen was metformin 100 mg 2cps/day, gliclazide 60 mg 2cps/day, atorvastatin 10 mg 1 cp/day and indapamid 1.5 mg 1cp/day. In Table 1 discrete values of some parameters related to metabolic balance, kidney function and treatment from the patient history are shown.

On *clinical examination*, the patient weighted 93 kg, BMI was 32.95 kg/m^2, abdominal circumference 102 cm, blood pressure 130/75 mmHg, heart rhythm 86 bpm, “sock” paresthesia, low thermal and painful sensitivity at the level of both lower limbs, without further modifications.

Biological laboratory examinations revealed a fasting glycemia of 236 mg/dl, a HbA1c of 9.7%, mixed dyslipidemia (total cholesterol 245 mg/dl, LDLc 157.6mg/dl, triglycerides 287 mg/dl, HDLc 39 mg/dl) in treatment with atorvastatin 10mg/day, nitrogen retention syndrome (serum creatinine 1.5 mg/dl, GFR (MDRD)=35 ml/min/1.73m^2), albumin/ urinary creatinine ratio = 51 mg/g creatinine/day, sterile urine culture. The eye fundus examination revealed the presence of medium non-proliferative diabetic retinopathy in both eyes. The determination of the ankle-arm index recorded a value of 1, bilaterally.

Corroborating *the laboratory test results* with the clinical ones the presence of microvascular complications was detected: medium non-proliferative diabetic retinopathy, symmetrical distal sensory diabetic polyneuropathy and chronic renal disease G3bA2 KDIGO (GFR= 42ml/min/1.73m^2) of mixed etiology: diabetes with underlying chronic pyelonephritis

Table 1. Discrete values of parameters related to metabolic balance, kidney function and treatment from patient’s history

	Year			
Parameter	**2008**	**2013**	**2015**	**2016**
Fasting glycemia	147	153	175	170
Postprandial glycemia	*M.d.	198	*M.d.	*M.d.
W (kg)	89	84	89	93
BMI (kg/m^2)	31.52	29.76	31.53	32.95
HbA1c (%)	7	7,7	6.9	8,3
GFR (ml/min/1.73mp)	60	60	*d.l.	dl
Total cholesterol	224	198	*d.l.	258
Treatment				
Metformin	2g/day			
Gliclazid		60mg/day		120 mg/day

*d.l.=date lipsă*M.d.= Missing data

Discussion

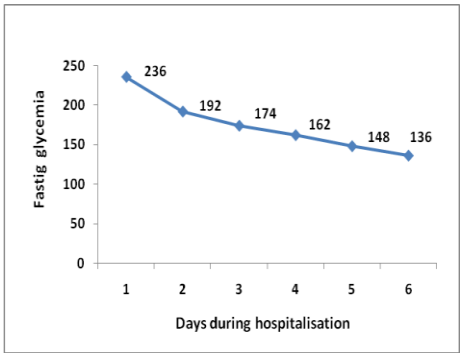
The proposed case presents a female patient with T2DM, who associated CKD (eGFR=35 ml/min/1.73m^2), obesity, atherogenic dyslipidemia, microvascular (diabetic polyneuropathy and retinopathy) and macrovascular complications (coronary artery disease). She was treated with oral antidiabetics, with whom she did not attain glycemic control (HbA1c 9.2%).

For this patient, the optimum recommendations include a therapeutic intervention which could ensure a sustained reduction of HbA1c by approximately 2% (7-7.5%), with avoidance of severe hypoglycemias. This would be globally beneficial and would grant cardiac and renal safety with neutral/beneficial effect on the lipid profile, blood pressure and weight, limiting the evolution of complications, absent/reduced adverse effects (avoiding severe hypoglycemias) and, of course, which should ensure an increased adherence to treatment (Table 2).

The therapeutic options are relatively limited for this patient. Due to the CKD (GFR=35ml/min/1,73mp) metformin was no longer indicated and given the increased risk of hypoglycemia and weight gain, sulphonylurea administration was interrupted. Also, it is recommended that SGLT2 inhibitors should be restricted in patients with moderate to severe renal failure (patients with eGFR< 60 ml/min/1.73 m^2) (9). In this case, the presence of obesity could represent an indication for prolonged-release exenatide, but in patients with moderate renal failure (creatinine clearance 30 – 50 ml/min) administration is not recommended due to insufficient clinical evidence. Given all these aspects, it was decided to initiate baseline insulin therapy with dose titration until the achievement of a favorable glycemic profile and to maintain metformin intake with dose reduction to 1g/day. In the beginning, the patient refused the insulin therapy, but sharing the same ward with other patients represented a beneficial factor for the subsequent acceptance of the treatment.

The role of the doctor was also important, in the sense that he provided time and training resources to an initially non-compliant patient (7, 8,10). Thus, after the initiation of insulin therapy, the patient experienced a decline in fasting glycemic levels (Fig. 1)

Figure 1. Fasting glycemic trend during hospitalization after initiating insulin therapy



The therapeutic objectives are summarized in Table 2. According to these goals the following recommendations were given. A change of sedentary lifestyle with physical exercise of minimum 150 min/week, distributed in at least three days/week, with breaks not longer than two days in between the exercises (walking, bicycle riding, and swimming).

From the point of view of the medical-nutritional intervention, we recommended a diet of 1700kcal/day, comprising 230 g HC/day, out of which proteins 60 g/day (0.8g/body kg, 15% of the overall energetic total), lipids 56 g/day (30% of the overall energetic requirement), opting for a reduction of protein intake because of the kidney disease. In terms of diet composition of fatty acids, we recommended: saturated fatty acids (FA) < 10% of the energetic total, monounsaturated FA = 10-12%, polyunsaturated FA = 6-10%, trans FA < 1% and fiber intake of 30-45 g/day. Regarding salt intake, lowering the consumption of NaCl to less than 3 g/day has beneficial effect first of all on the cardiovascular pathology of the patient. Hydration is also essential, the use of 1500-2000 ml/day, preferably water, helps maintain the renal physiological status.

The patient was given instruction related to diabetes control: how to self-monitor glycemia, with the indication of the daily determination of fasting glycemia and postprandial glycemia, how to adjust insulin dosages and to monitor glycosylated haemoglobin (HbA1c) every three months.

Table 2. Therapeutic objectives for various parameters related to metabolic control

Parameter	Therapeutic interval
Fasting glycemia	90-130mg/dl
Postprandial glycemia	<180mg/dl
HbA1c	<7.5%
LDLc	<100mg/dl
HDLc	>40mg/dl
Triglycerides	<150mg/dl
Blood pressure	<135/85mmHg
Weight	Initial decrease with 10%

For the associated comorbidities, a treatment with conversion enzyme inhibitor was recommended (Prestarium 10 mg 1cp/day), diuretic (Indapamide 1.5mg 1cp/day), the statin dose was increased (Atorvastatin 40 mg, 1cp/day), omega-3 polyunsaturated fatty acids 1g, 2 cp/day, neurotrophic (alpha-lipoic acid 600 mg, 1 cp/day) and acetylsalicylic acid 75 mg 1cp/day.

After discharge, the patient returned for the check-up after five months with good evolution. The anxiety feeling felt initially at the onset of the insulin therapy has evolved into a state of optimism, the patient acknowledging the importance of being compliant with the treatment regime. She also changed her lifestyle, following the indicated regimen up to 70%, and the sedentary lifestyle was replaced with daily walks of 30 minutes each, 2-3 times/day along with aerobic exercise sets of 20-30 minutes every three days, done at home. In Table 3 the modification of several parameters is shown.

 © Mediadomexpress.srl

Table 3. The evolution of metabolic parameters within five months from the discharge

Parameter	**May 2017**	**September 2017**
W (kg)	93	90
BMI (kg/m^2)	32.95	31.88
Fasting glycemic levels (mg/dl)	150-200	90-150
Postprandial glycemic levels (mg/dl)	200-300	100 - 180
HbA1c (%)	9,2 %	7,4 %
Episodes of hypoglycemia	present	absent
Total cholesterol level (mg/dl)	245	163
Plasma triglyceride level (mg/dl)	287	184
LDL (mg/dl)	157.6	81.2
HDL (mg/dl)	39	45
Serum creatinine (mg/dl)	1.3	1.22
RFG (ml/min/1.73m2)	42	45
BP (mmHg)	130/75	125/70
Paresthesia	present	improved

Conclusions

In case of patients with diabetes mellitus with complications of the advanced chronic renal disease, the therapeutic options are relatively limited, and the management of such cases is a real challenge for doctors (7, 11-13). Thus, there is an urging need for studies that could demonstrate the safety of new oral and injectable antidiabetics in case of the advanced renal disease. Another problem arises from the clinical inertia of insulin therapy initiation. It is often due to both the patient and the doctor. In this context, psychologic evaluation and counselling are significant aspects that should be part of the integrated management of the patient with diabetes mellitus.

The doctor often chooses to delay the onset of insulin therapy precisely because the patient is not compliant, is anxious and, on the other hand, on an outpatient basis, the time for consultations is not enough for therapeutic education. Moreover, the psychologist, who should be part of the extended interdisciplinary team, often does not exist. Nurse and dietician may help the patient with some hours of education on the accurate blood glucose monitoring, adoption of a healthy lifestyle and implementation of the nutritional intervention.[9-10] Unfortunately, both are not found in the outpatient clinic, most often, not even in specialized medical clinics, and therefore, these aspects of education become also the responsibility of the doctor, who will, therefore, pay too little attention to other essential elements which could radically change the evolution of the disease (10, 13-14).

Conflict de interese: nu există
Conflicts of interest: none

Acknowledgments: Toţi autorii au avut contribuţie egală la acest articol
Acknowledgements: All authors have equal contributions

Bibliografie/References

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Richard Hobbs FD. *Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis.* Remuzzi G, ed. PLoS ONE 2016; 11(7):e0158765.
2. Tuttle KR, Bakris GL, Bilous RW, Chiang JL, de Boer IH, Goldstein-Fuchs J et al. *Diabetic Kidney Disease: A Report from an ADA Consensus Conference*. Diabetes Care 2014; 37(10): 2864-2883.
3. Willis K, Cheung M, Slifer S. *KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease.* Kidney International Supplement 2013; 3(1):1-150.
4. Kramer H, Molitch ME. *Screening for kidney disease in adults with diabetes*. Diabetes Care. 2005; 28: 813–1816.
5. Voiculescu D, Andrei CL, Busnatu SS, Badiu DC, Sinescu CJ. *Thyrotoxicosis and electrical storms of a diabetic heart.*In INTERDIAB 2016: DIABETES MELLITUS AS CARDIOVASCULAR DISEASE Book Series: International Conference on Interdisciplinary Management of Diabetes Mellitus and its Complications. 2016.p 512-520.
6. Flynn C, Bakris G. *Noninsulin glucose-lowering agents for the treatment of patients on dialysis*. Nat Rev Nephrol 2013; 9: 147–153.
7. Cavanaugh KL. *Diabetes management issues for patients with chronic kidney disease*. Clin Diabetes 2007; 25: 90–97.
8. Lostun, A, Lostun, G, Hainarosie R. *A Retrospective Study of Non-violent Deaths and Diagnostic Discrepancies Over a Period of Three Years*. Revista de chimie 2016; 67(8); 1587-1590.
9. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centred approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD).* Diabetes Care 2012; 35: 1364–1379.
10. 10. Kelley L, Wick A. *Pharmacotherapy of Type 2 Diabetes Mellitus: Navigating Current and New Therapies.* Medsurg Nursing 2015; 24(6): 413.
11. 11. Philip A, McFarlane. *Maturing Clinical Experience with SGLT2 Inhibitors Is Clarifying Clinical Applications.* Available from: http://www.mednet.ca/en/report/maturing-clinical-experience-with-sglt2-inhibito.html [Accessed 25th March 2018].
12. 12. Badiu CD, Rahnea Nita G, Ciuhu AN, Manea C, Smarandache CG, Georgescu DG et al. *Neuroendocrine renal carcinoma therapeutic and diagnostic issues*. Acta Endocrinologica-Bucharest 2016; 12(3); 355-361.
13. Lostun A, Keresztesi A, Hainarosie R, Lostun Gl. *Medical Negligence - Is There a Defined Pattern?* Revista de Chimie 2016; 67(12):2425-428.

 © Mediadomexpress.srl

Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

Medicina complementară

Medicina ortomoleculară

Dr. Cristina Tomescu

Centrul de Medicină Integrativă Quantum Therapy București, România, Orthomoleculaire Praktijk Cristina Tomescu, Rotterdam, Olanda
Cardiologie, Științe nutriționale și Medicină ortomoleculară

Primit: 5.05.2018 • Acceptat pentru publicare: 24.05.2018

Rezumat

Medicina ortomoleculară este o ramură a medicinei complementare (alternative). Părintele acestei specialități este considerat chimistul american Linus Pauling, dublu laureat al premiului Nobel. Principiul de bază al medicinei ortomoleculare este asigurarea unui mediu molecular optimal funcționării celulelor organismului. Acest deziderat se poate realiza prin utilizarea substanțelor nutriționale necesare și utile dintr-o alimentație sănătoasă sau/și prin suplimente nutriționale aprobate pe piață.

Terapiile ortomoleculare au scopul de a elimină sau corectă factorii declanșatori ai simptomelor precum și îmbunătățirea substratului pe care au acționat factorii declanșatori. Terapiile ortomoleculare nu se adresează situațiilor acute și nici în locul tratamentelor alopate.

Cuvinte cheie: *medicina ortomoleculară, mediu molecular optimal, biochimie individualizată, alimentație sănătoasă, suplimente nutriționale*

MEDICAL PRACTICE

Complementary medicine

Orthomolecular medicine

Abstract

Orthomolecular medicine is a branch of complementary (alternative) medicine. The father of this specialty is considered to be the American chemist Linus Pauling, the double winner of the Nobel Prize. The basic principle of orthomolecular medicine is to provide an optimal molecular environment for the functioning of the cells of the body. This desideratum can be achieved by using the necessary nutrients needed from a healthy diet and/or nutritional supplements approved on the market.

Orthomolecular therapies aim to eliminate or correct the triggering factors of the symptoms as well as the improvement of the substrate triggered by the triggering factors. Orthomolecular therapies do not address acute conditions and not substitute allopathic treatments.

Keywords: *orthomolecular medicine, optimal molecular environment, individualized biochemistry, healthy eating, nutritional supplements*

 © Mediadomexpress.srl

Principii

Medicina ortomoleculară este o ramură a medicinei complementare (sau alternative) și are drept scop menținerea sănătății umane prin suplimentarea nutrițională.

Conceptul se bazează pe ideea unui mediu nutrițional optimal pentru celulele organismului și sugerează că afecțiunile apărute reflectă dezechilibrele din acest mediu.

Tratamentul afecțiunii se adresează, conform conceptului, corectării dezechilibrelor și deficiențelor implicate, într-o manieră biochimică individualizată utilizând substanțe precum vitaminele, mineralele, oligoelementele, acizii grași, aminoacizii, antioxidanții și alte clase de substanțe (1,2).

Termenul "ortomolecular" derivă de la cuvântul grecesc "orthos'' care înseamnă drept, corect, just și de la cuvântul "molecular'', care face referire la molecule.

Acest termen a fost pentru prima dată utilizat în 1968 de profesorul Linus Pauling, dublu laureat al Premiului Nobel, pentru chimie în 1954 și pentru pace în 1962 (3); a fost membru de onoare al Academiei din R.S. România.

În 1968 profesorul Pauling publică în revistă științifică *Science* articolul intitulat Psihiatria Ortomoleculară. Ca și concept explicativ Pauling scria în articol că ''prin varierea concentrațiilor substanțelor prezente în mod normal în organismul uman s-ar putea controla bolile mintale'' (4).

Medicina ortomoleculară înseamnă tratarea afecțiunilor prin asigurarea unui mediu molecular optimal celulelor organismului prin substanțe, în special prin substanțe existențe în mod normal în organism. În medicina ortomoleculară se lucrează cu substanțe pe care organismul le poate utiliza și prelucra astfel încât să nu se producă efecte nocive.

Conceptul profesorului Pauling a fost important nu numai pentru medicii care-și tratau pacienții ortomolecular în acele timpuri, ca de exemplu medicul psihiatru canadian Abram Hoffer. Conceptul ''ortomolecular'' a pus bazele științifice unei noi direcții în medicină, direcție definită ca: asigurarea unui mediu molecular optimal celulelor organismului (5).

Substanțe folosite și domeniile de aplicabilitate

Substanțele utilizate în medicina ortomoleculară pot fi împărțite în următoarele categorii:

Vitamine: vitamina A, complexul vitaminic B: vitamină B1, B2, B3, B5, B6, acidul folic denumit și vitamina B11 sau vitamina B9 (în Germania, Franța și SUA), B12, vitaminele C, D, E, K;

Minerale: Kalium, Magnesiu, Calciu, Fier, etc;

Oligoelemente: Iod, Zink, Cupru, Selenium, etc;

Fytonutriente: Gingko Biloba, Ginseng, Silimarina, Spirulină, Salvestrol, Serenoa Repens, Echinacea, Curcumină, Cranberry, Cordyceps, Păducel, Pycnogenol, Orez roșu fermentat, Ashwaganda, Valeriana, etc;

Acizi grași: omega-3 polinesaturati (EPA, DHA, ALA), acizii grași din uleiul de Borrago Officinalis, din uleiul de Luminița nopții, etc;

Aminoacizi: Arginină, Carnitina, Colină, Cysteina, Glutamină, Lysina, Metionină, Leucină, Isoleucina, Valină, Tryptofan, 5-HTP, SAMe, Taurină, etc;

Antioxidanți: Coenzyma Q 10 (sub formă să oxidata- Ubiquinone și forma sa redusă- Ubiquinol), Resveratrol, Glutathion, acid Alfa-lipoic, etc;

Prebiotice (fibre alimentare și hidrați de carbon nedigerabili), Probiotice (bacterii vii) și Synbiotice (produse ce conțin pre- și probiotice);

Alte substanțe: Glucosamina, Condroitina, MSM (methyl- sulfonyl- metan), Melatonină, etc.

În maniera de tratament ortomolecular principala prioritate o constituie aprovizionarea cât mai mult posibilă a organismului cu substanțe nutriționale utile care să provină dintr-o alimentație sănătoasă. Alimentația sănătoasă presupune o proporție echilibrată între macro-și micronutriente precum și un aport energetic corelat cu vârstă și nivelul de activitate, ambele suprapuse peste eventualele comorbidități.

Nu întotdeauna însă alimentația singură poate acoperi necesarul energetic și nutrițional al organismului aflat în diferite faze de evoluție. Cel mai cunoscut exemplu în acest sens este cel al suplimentării cu acid folic în cazul femeilor care vor să devină mame. Suplimentarea cu acid folic în doze joase de 0,4- 0,5 mg pe zi reduce riscul nașterii unor copii cu defecte de tub neural (spina bifida). Pentru aceste doze joase de acid folic nu sunt cunoscute efecte adverse nici asupra fătului și nici asupra viitoarei mame.

Deficiențele prelungite de micronutriente și disbalansul în proporția macronutrientelor pot conduce la apariția modificărilor metabolice.

Micronutrientele sunt reprezentate de vitamine, minerale și oligoelemente.

Macronutrientele sunt reprezentate de proteine, hidrați de carbon și lipide.

Pentru corectarea dezechilibrelor micro- și macronutriționale se pot folosi, alături de o alimentație sănătoasă și un stil de viață sănătos și suplimente nutriționale autorizate pe piață.

Scopul utilizării suplimentelor nutriționale este de a preveni apariția unor boli sau de a îmbunătăți evoluția și prognosticul bolilor deja instalate. De menționat că tratamentele ortomoleculare (ca și toate celelalte modalități de tratament complementar) nu se adresează situațiilor acute. Efectul tratamentelor ortomoleculare se observă în timp și nu se instalează niciodată rapid. Ținta tratamentului ortomolecular nu este combaterea simptomelor ci corectarea substratului și a factorilor care au generat simptomele. Substanțele utilizate în terapiile ortomoleculare au puține efecte adverse. Dacă sunt raportate efecte adverse acestea sunt în principal generate prin depășirea dozelor recomandate.

Terapiile ortomoleculare pot fi folosite cu succes alături de terapiile alopate, îmbunătățindu-le rezultatul. Există și cazuri când suplimentele nutriționale pot interacționa cu medicația alopată; de aceea medicul trebuie complet informat asupra combinațiilor folosite.

Niciodată un tratament ortomolecular nu poate fi utilizat în locul unui tratament alopat, mai ales în situațiile acute.

Câteva din domeniile de aplicabilitate ale medicinei ortomoleculare sunt:

- Sindromul de Burn-Out (stresul cronic, prelungit sau epuizarea suprarenală) și managementul stresului
- Disbalansul hormonal la femei și bărbați
- Prevenția nutrițională în bolile degenerative și cardio-vasculare
- Alimentația, stilul de viață și îmbătrânirea sănătoasă
- Disbalansul microbiomului gastro-intestinal
- Alergiile și intoleranțele alimentare
- Fibromialgia
- Sindromul de oboseală cronică
- Tulburările somnului

Maniera de tratament ortomolecular este o manieră integrativă, medicul sau terapeutul abordând atât componenta somatică cât și pe cea emoțională.

Organizare profesională

La nivel internațional există Societatea Internațională de Medicină Ortomoleculară (ISOM) înființată în 1994 de psihiatrul canadian Abram Hoffer.

Primul președinte al ISOM a fost chirurgul cardio-vascular brazilian Oslim Malina.

Farmacistul olandez Gert Schuitemaker a fost în perioadă 1999-2009 președintele ISOM iar în prezent este directorul institutului Ortho- primul centru științific ortomolecular din Olanda. Institutul Ortho a fost înființat în 1983.

Prima activitate a institutului Ortho a fost publicarea revistei Orthomoleculair (în prezent ORTHO-magazine) și organizarea de cursuri orale și scrise. Institutul olandez Ortho precum și publicația să ORTHO-magazine sunt afiliate la ISOM.

Există 20 de societăți profesionale naționale de medicină ortomoleculară (6).

Societatea Olandeză de Promovarea a Medicinei Ortomoleculare (MBOG) este activă din 1988 și este formată actual din 529 de membrii activi, cu licență de medic sau de terapeut, 1 membru de onoare, 10 membri studenți și 17 membri donatori (7). MBOG are drept scop promovarea practicării și cercetării științifice în domeniul medicinei ortomoleculare, creșterea notorietății medicinei ortomoleculare precum și reprezentarea intereselor membrilor afiliați (8).

Medicii sau terapeuții ortomoleculari olandezi lucrează în relație contractuală cu anumiți asiguratori de sănătate care decontează o mare parte din prețul consultului inițial sau de control, în funcție de tipul de asigurare. Decontările serviciilor de medicină ortomoleculară nu vin din asigurarea bazală de sănătate, ci din asigurările suplimentare de sănătate care includ și alte terapii complementare în funcție de dorința pacientului.

Utilizarea serviciilor de medicină ortomoleculară evită supra-aglomerarea spitalelor cu patologii necomplicate, scăzând astfel costurile în sistemul de sănătate.

Avantajele consulturilor de medicină ortomoleculară constau în faptul că nu necesită bilet de trimitere de la medicul de familie precum și personalizarea terapiei. Un alt avantaj îl constituie durata consultului (o oră) precum și programarea în funcție de timpul și preferințele pacientului.

Concluzii

Terapiile ortomoleculare sunt un complement valoros al terapiilor clasice, alopate.

Scopul lor este reducerea sau eliminarea factorilor declanșatori ai simptomelor precum și îmbunătățirea substratului pe care au acționat factorii declanșatori. Efectele terapiilor ortomoleculare se instalează lent, în timp, acesta fiind și unul din motivele pentru care nu se aplică în situațiile acute.

Utilizarea terapiilor complementare este benefică atât pentru pacient (îmbunătățindu-i starea de sănătate), cât și pentru sistemul sanitar (scăzând costurile aferente).

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. Williams RJ. *Nutrition Against Disease*. New York: Pitman; 1971.
2. Williams RJ, Kalita DK ed. *A Physician' s Handbook on Orthomolecular Medicine*. New York: Pergamon Press; 1977.
3. *Nobel Prize Facts*. Available from: www.nobelprize.org/nobel_prizes/facts/. [Accessed 11th Mayy 2018]
4. Pauling L. *Orthomolecular psychiatry*. *Varying the concentrations of substances normally present in the human body may control mental disease.* Science 1968; 160 (3825); 265-271. Available from: DOI: 10.1126/science.160.3825.265.
5. *Ortho Institute Nederland*. Available from: Ortho.nl/orthomoleculaire-geneeskunde. [Accessed 11th May 2018].
6. *International Society for Orthomolecular Medicine (ISOM).* Available from:
7. www.isom.eu/index.php. [Accessed 11th May 2018]. *MBOG magazine* 2018; 1: 38.
8. *Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde*. Available from: www.mbog.nl. [Accessed 11th May 2018].

 © Mediadomexpress.srl

Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

COMENTARII

Opinii

Viața la țară a medicului de familie din România

Dr. Paul Șerban

Președintele Asociației Medicilor de Familie din Rural și al Asociației Medicilor de Familie din Județul Botoșani, România, Medicină de familie

Primit: 11.03.2018 • Acceptat pentru publicare: 10.05.2018

Rezumat

Pe parcursul anilor ’90 au început să se organizeze examene de specialitate pentru medicii generaliști și examene de medic primar. Totodată, s-au pus bazele medicinei de familie, ca specialitate de sine stătătoare, cu perioada de rezidențiat de 3 ani, cu susținerea examenului de medic specialist în medicina de familie, în paralel cu alte forme de cursuri de pregătire și examene pentru acest tip de specialitate, pentru a da posibilitatea de a intra în rândul medicilor specialiști, tuturor celor care au terminat Facultatea de Medicină înainte de 1989 sau în anii imediat următorii. O parte dintre medicii care activau în mediul rural au devenit medici specialiști de medicina familiei și au rămas în localitățile în care activau alții au plecat spre alte specialități și, în consecință, spre oraș. În prezent, din cei aproximativ 11.500 medici de familie din România, aproximativ 4.500 își desfășoară activitatea în mediul rural. ‘’Viața la țară’’ a medicilor de familie, comparativ cu cea a medicilor din urban este mult mai grea, mai costisitoare și lipsită de facilități socio-culturale, atât pentru medici, cât și pentru familiile lor. Toate acestea au dus la exodul multora către țările și sistemele medicale din occident unde, chiar dacă lucrează tot în mediul rural, condițiile sunt mult mai bune atât din punctul de vedere financiar, cât și din cel al respectului arătat de autoritățile locale și condițiile puse la dispoziție.

Cuvinte cheie: *medicina de familie în rural, privatizare, decidenți, autorități locale*

COMMENTS

OPINIONS

The life in the countryside of the family physician in Romania

Abstract

During the 1990s examinations for the general practitioners were organized to obtain the qualification specialist and senior physicians. At the same time, family medicine was founded as a stand-alone specialty, after a training period of 3 years. Also the opportunity to become family physicians was given to all general practitioners who finished the Faculty of Medicine before 1989 or in the years to come, when specific training courses and examinations were followed. Some of these physicians working in the rural area became family medicine physicians and stayed in the localities where they were active. Others went to other specialties and, consequently, moved to live in the city. At present, from about 11,500 family doctors in Romania, about 4,500 work in rural areas. " The life in the countryside " of family physicians, compared to that of urban doctors, is much harder, more costly and lacking socio-cultural facilities for both physicians and their families. All of these have led to the exodus of many to Western countries and health systems where, even if they work in rural areas, the conditions are much better both financially and respectfully by local authorities and society.

Keywords: *family medicine in rural areas, privatization, decision-makers, local authorities*

 © Mediadomexpress.srl

Scurt istoric

Din cei aproximativ 11.500 medici de familie din România, aproximativ 4.500 își desfășoară activitatea în mediul rural. Foarte mulți dintre ei au ajuns să lucreze în rural încă dinainte de 1989, adică din perioada comunistă, când au fost anulate examenele de "secundariat", actualele examene de "rezidențiat" și prima repartiție era în mediul rural, după ce terminai Facultatea de Medicină sau anii de "stagiatură" postuniversitară.

Ani la rând s-a păstrat acest sistem și după 1989. Când s-a redeschis posibilitatea de a participa la un examen de specialitate, unii medici care activau în mediul rural au decis să plece, să scape din acest mediu, alegând diverse specialități medicale sau pur și simplu, găsindu-și un post de medic generalist într-o "policlinică".

Pe parcursul anilor '90 au început să se organizeze examene de specialitate pentru medicii generaliști și examene de medic primar. Totodată, s-au pus bazele medicinei de familie, ca specialitate de sine stătătoare, cu perioada de rezidențiat de 3 ani, cu susținerea examenului de medic specialist în medicina de familie, în paralel cu alte forme de cursuri de pregătire și examene pentru acest tip de specialitate, pentru a da posibilitatea de a intra în rândul medicilor specialiști, tuturor celor care au terminat Facultatea de Medicină înainte de 1989 sau în anii imediat următori.

O parte dintre medicii care activau în mediul rural au devenit medici specialiști MF și au rămas în localitățile în care activau. Alții au plecat spre alte specialități și, în consecință, spre oraș. Generațiile noi de absolvenți ai Facultăților de Medicină, dupa 6 ani de facultate și încă alți 3 ani de rezidențiat în medicina de familie nu au mai dorit să se ducă spre mediul rural. Au căutat orice oportunitate de a rămâne într-o localitate urbană, fie ca medici angajați la alte cabinete, fie chiar părăsind domeniul de activitate pentru care s-au pregatit atâția ani, devenind reprezentanți ai firmelor de medicamente sau, pur și simplu, emigrând. Cei care au ales să lucreze pentru firmele de medicamente au beneficiat de salarii foarte bune, mașină de serviciu la dispoziție și lipsa oricărei responsabilități profesionale.

A venit și sistemul asigurărilor sociale de sănătate, introdus printr-o legislație nouă, care a schimbat radical situația medicilor de familie. Peste noapte, au fost aruncați într-o privatizare rapidă și au devenit din simpli angajați ai statului, proprii administratori ai propriilor activități independente. Pentru foarte mulți a fost un adevărat șoc. Dintr-un angajat care avea doar grija încasării salariului de la un spital față de care era arondat, a devenit angajator, plătitor de salarii pentru personalul care activa, pe langă medic, în fostele "dispensare", cum se numeau înainte, devenite acum "cabinete medicale".

Efectele privatizării medicinei de familie în rural

În mediul rural, această formă de privatizare a fost mai greu de gestionat de către medici pentru că, ruralul era locul unde spitalele angajau personal mediu, asistenți medicali, care nu mai încăpeau în spitale. Așa s-a ajuns că unele cabinete din mediul rural aveau de plătit salarii la 4-5 sau chiar mai mulți asistenți medicali, față de urban unde asistentele erau repartizate câte una la fiecare cabinet din fostele "policlinici".

O altă mare problemă a fost aceea a întocmirii listelor de asigurați. De data aceasta avantajul a fost de partea medicilor din rural, unde populația s-a înscris fără probleme deoarece medicii din rural făceau medicină pediatrică, medicină de adulți, mică chirurgie și asistau nașteri. În urban, în schimb, activau pe profilul pe care l-au terminat în facultate: unii au terminat Facultatea de Pediatrie, alții Facultatea de Medicină Generală pentru adulți. În fostele "policlinici", pediatrii consultau numai copii, iar cei care au absolvit medicină generală adulți, consultau numai adulți ori, medicina de familie însemnă abordarea tuturor membrilor unei familii, de la naștere, până la moarte. Și astăzi sunt cabinete care au listele compuse, în exclusivitate sau în marea majoritate, doar din copii și altele exclusiv din adulți, lucru care nu se întimplă în rural.

Tot din acest moment au apărut și situațiile "conflictuale", fals determinate de numărul de pacienți înscriși în liste. Cei din rural erau blamați pentru liste mari, cu mulți pacienți și, în consecință, cu sume mari încasate pe capitație, în detrimentul celor din urban cu liste mai mici și cu încasări pe măsură. Totuși, această stare conflictuală este falsă. Așa cum am prezentat mai sus, mulți din medicii care activau în mediul rural au plecat spre urban, atunci când s-a dat posibilitatea participării la diferite examene de specialitate, precum și faptul că, după rezidentiat, au făcut tot posibilul să rămână într-un oraș, în loc să meragă în rural. În aceste condiții, cei 4.500 medicii de familie din rural, au înscriși în liste populația din cele peste 2.000 de comune, cu o populație medie, pe comună, de 2.500-3.500 locuitori.

Toți acești medici de familie din mediul rural au și alte probleme de rezolvat. Mediul ambiental ridică probleme de acces către populația deservită. Exemple sunt destule: Delta Dunării, Munții Apuseni și alte regiuni muntoase, zonele colinare unde densitatea populației este mică și foarte mică, sub 75 de locuitori/km², iar căile de acces sunt impracticabile în sezonul ploios sau pe timp de iarnă.

Unii spun că medicii din rural nu trebuie să se plângă pentru că sunt "recompensați" cu așa-zisul "spor de rural", numai că, din cei 4.500 de medici din rural, doar aproximativ 2.000 primesc acest spor, în diferite procente care, în medie, reprezintă 5 -10% din valoarea capitației realizate într-o lună, excepție făcând cei din Delta Dunării care primesc un spor de 100% și cei din zonele montane care primesc sporuri mai mari decât media dar, aceștia sunt foarte puțini, câteva zeci de medici de familie.

 © Mediadomexpress.srl

O altă problemă a medicilor care activează în rural o reprezintă condițiile oferite membrilor de familie ai acestora, mai ales copiilor, privind nivelul de școlarizare, precum și accesibilitatea la diferite surse de școlarizare sau socializare. Medicul, în general, trebuie să aibă un anumit statut în societate, iar acest statut trebuie respectat dacă nu de cei din jur, măcar de el însuși.

Dacă un medic acceptă să lucreze în mediul rural, iar soțul sau soția acestuia nu este tot medic de familie, nu-și găsește loc de muncă în localitate. Nivelul de pregătire în școlile din mediul rural este foarte scăzut. În aceste condiții, marea majoritate preferă să facă o navetă de zeci sau sute de kilometri pentru a fi împreună cu familia și a asigura condițiile socio-economice și culturale, atât soțului/soției, cât și nivelul de pregătire școlară copiilor. Pentru acest lucru, autoritățile blamează “medicii navetiști”, cum că populația deservită de aceștia nu ar beneficia în permanență de servicii medicale.

Totuși, atât în cabinetele din urban, cât și în cele din ambulatoriile de specialitate, precum și în spitale, programul de lucru pentru medici, în general, este de 7 ore/zi, iar în weekend și în zilele de sărbători legale sunt liberi. În aceste condiții și medicii din rural au aceleași drepturi ca și cei din urban și nu trebuie blamați.

Cu toate acestea, o parte din aceste cerințe s-au realizat prin apariția legislației care permite înființarea Centrelor de permanență care asigură continuitatea serviciilor medicale în afara orelor de program, pentru populația deservită de medicii de familie din mediul rural. Aceste Centre de permanență asigură servicii medicale pentru aproximativ 25% din populația țării. Și în aceste cazuri, cu toate că există o plată suplimentară pentru gărzile efectuate, medicii de familie sunt cei care își sacrifică din timpul alocat familiei, cel de odihnă sau din timpul liber personal ce poate fi alocat pentru diferite alte activități

Aparentele venituri mai mari ale celor din rural, se diminuează pe costuri pe care cei din urban nu le au: navetă, trimiterea la școlile din urban a copiilor care, de cele mai multe ori implică costuri suplimentare cu cazarea acestora.

Pentru cei care nu fac naveta, costurile sunt doar cu școlarizarea copiilor și naveta acestora, precum și cazarea. Și la țară este nevoie de o locuințaă decentă, de condiții de confort, cel puțin similare celor din urban. Confortul climatic, inclusiv cel din cabinet, este o mare problemă în mediul rural. Aici intră procurarea lemnelor de foc care reprezintă o problemă pentru toate cabinetele, spre deosebire de cei din urban care beneficiază de gaze sau centrale de cartier și este mai ușor de montat o centrală, în timp ce în rural, costurile ridicate ale unei centrale pe lemne sau una electrică, îi determină să funcționeze, încă, cu sobe mai puțin performante din punct de vedere al climatului ambiental.

Nu în ultimul rând, cei din rural au multe probleme cu autoritățile locale în ceea ce privește asigurarea spațiilor de desfășurare a activitații medicale. Unele autorități au vândut aceste spații cabinetelor medicale dar, marea majoritate au refuzat acest lucru și nici nu s-au implicat în renovarea și consolidarea acestora, unele cu vechime de peste 50-70 de ani, deși legea obligă aceste autorități, proprietare ale acestor spatii, la renovarea și consolidarea acestor spații. În aceste condiții, marea majoritate a medicilor de familie din mediul rural, au investit în renovarea acestor spații din banii proprii, iar aceste costuri au fost mult mai mari, comparativ cu colegii din urban, pentru că în rural un singur medic investește singur într-o clădire care este de câteva ori mai mare, ca suprafață, decât un cabinet medical din urban unde, în marea majoritate a cazurilor, sunt mai mulți medici la un loc, în aceeași clădire, deci costurile au fost împărțite.

În concluzie

‘’Viața la țară’’ a medicilor de familie, comparativ cu cea a medicilor din urban este mult mai grea, mai costisitoare și lipsită de facilitați socio-culturale, atât pentru medici, cât și pentru familiile lor. Toate acestea, cumulate, au dus la exodul multora către țările și sistemele medicale din occident unde, chiar dacă lucrează tot în mediul rural, condițiile sunt mult mai bune atât din punctul de vedere al câștigurilor, cât și din cel al respectului arătat de autoritățile locale. Cu toate acestea, statistica “oficială” prin care se vehiculează că 500 de localități din mediul rural sunt fără medic de familie, este falsă. Dacă ar fi așa, ar însemna că un sfert din comunele din România nu au medic de familie, ceea ce nu este real. Autorităților le place să creadă că sunt necesari medici de familie în fiecare sat, chiar dacă un sat are 30-50 de locuitori, așa cum sunt cele din Delta Dunării sau din zonele montane. Autoritățile decidente nu țin cont de faptul că un cabinet de medicină de familie nu poate funcționa corespunzător cu 200-300-500 de pacienți și totuși se încearcă, an de an, ca numărul minim de pacienți cu care se poate intra în sistem, într-o relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, să fie diminuat, în timp ce modalitatea de plată, din punct de vedere tarifar, nu crește semnificativ.

În încheiere, aș dori să spun că viața la țară este frumoasă doar când ești în vacanță, motiv pentru care, mulți orășeni doresc să-și petreacă vacanțele de inrnă sau cele de vară undeva, la tară dar, să lucrezi zi de zi, să locuiești la țară este dificil, chiar și pentru medicii de familie. Totuși, pentru cei care doresc să experimenteze “independența” profesională, ca medic de familie care este nevoit să facă mult mai mult decât un medic din urban, pentru că în rural accesul la servicii medicale este mult mai redus, poate să încerce acest lucru dar să fie conștient că sacrificiile și costurile sunt mult mai mari, iar satisfacțiile profesionale, pe măsură, uneori.

Conflict de interese: nu există

 © Mediadomexpress.srl

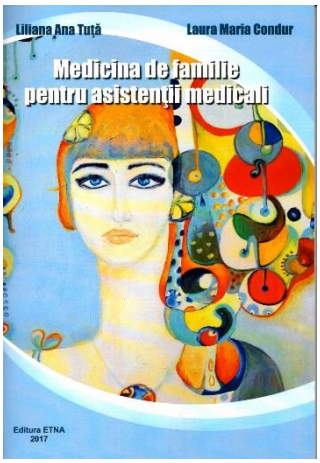
Vol 1 / Nr 2 / Iunie 2018 https://www.revmedfam.ro

RECENZII

Medicină de familie pentru asistenții medicali

Autori: Prof. univ. Dr. Liliana Ana Tuță, Asist. univ. Dr. Laura Maria Condur
Bucureşti: Editura Etna, 2017

A scrie o carte despre medicină de familie nu este deloc ușor. A încerca să concepi un manual care să ajute studenții să descopere, să înțeleagă și să învețe tainele specialității de medicină de familie este și mai greu. Dar, iată că, cele două autoare cadre didactice de la Universitatea “Ovidius” din Constanța, au realizat un astfel de manual care, pe cât de concis, pe atât de profund, a reușit să abordeze toate problemele pe care medicina de familie (MF) trebuie să le rezolve în societatea contemporană.



Cartea este structurată în 15 capitole care reușesc să treacă în revistă aproape toate aspectele specifice medicinei de familie. Începând cu o serie de noțiuni introductive, absolut necesare (definiție, principii, conținutul și rolul asistenței medicale primare, date despre ce reprezintă medicul de familie și echipa sa, drepturile pacientului). Sunt apoi prezentate date care definesc starea de sănătate și elementele care realizează promovarea ei.

Un accent deosebit trebuie pus pe relația medic-pacient în medicină de familie, care este o relație specială ce necesită calități pe care trebuie să le aibă medicul de familie dar și asistentul medical generalist, împreună formând o echipă. Aceasta trebuie să răspundă nevoilor pacientului și familiei sale. Rezultatul va depinde, în final, de modul în care fiecare actor își va îndeplini funcția și rolul său.

Starea de sănătate a populației depinde în foarte mare măsură, de felul în care medicină de familie se dezvoltă. De aceea, este important să se cunoască particularitățile MF și posibilitățile pe care le poate oferi pentru rezolvarea problemelor de sănătate ale pacienților. Sinteza de diagnostic și tratament oferă un specific aparte MF și care necesită foarte multă competență profesională din partea medicului de famiie. De asemenea, abordarea integrală, holistică a pacientului este prima condiție a MF.

Medicul de familie trebuie să știe să abordeze patologia atât a copilului dar și adultului și pacientului vârstnic, fiecare având particularitățile sale. Deși medicul de familie este de multe ori subevaluat, el este singurul specialist din sistemul de sănătate care poate și trebuie să facă sinteză de diagnostic și tratament, ceea ce îi conferă un rol foarte important într-un sistem de sănătate modern.

Medicul de familie și asistenta din echipă să trebuie să știe să abordeze pacientul atât la cabinet, dar și în situații de urgență medicală, inclusiv la domiciliul acestuia, în stări terminale de boală, ceea ce oferă complexitate muncii lor.

Prevenția, prin controlul medical periodic al stării de sănătate pe grupe de vârstă, începând de la nou-născut până la vârstnic. Imunizarea, asistență medicală a gravidei și lehuzei, alături de rezolvarea afecțiunilor intercurente ale pacienților săi, dar și monitorizarea pacienților cu boli cronice și îngrijirea la domiciliu a pacienților cu boli cronice avansate și în stadiul terminal, sunt prezentate în carte de către autroare, realizând un tablou complet a ceea ce înseamnă MF în practică medicală.

Abordarea sociopatiilor, etilismului, tabagismului și drogodependențelor din perspectivă MF constituie ultimul capitol al acestui manual complex.

În încheiere, de remarcat este faptul că valoarea cărții este apreciată în mod deosebit de către domnul profesor Adrian Restian, membru titular al Academiei de Științe Medicale, care a semnat prefața. *”Citind această carte, nu numai studenții sau rezidenții care poate nu au știut precis ce este MF, ci și eu însumi m-am speriat când am revăzut cât de grea și de complicată, dar și de frumoasă este medicină de familie. Dacă vor să devină celebri sau dacă vor să desfășoare o activitate mai limitată, dacă vor să se ocupe de un singur organ, atunci să devină specialiști de profil. Dar dacă vor să privească și să îngrijească un om ca un întreg, cu personalitatea, cu frumusețea, cu bucuriile și cu necazurile lui, atunci să aleagă Medicină de familie, care este foarte grea dar și foarte frumoasă, după cum reiese și din această carte, dacă știi să citești printre rânduri.”*

 © Mediadomexpress.srl