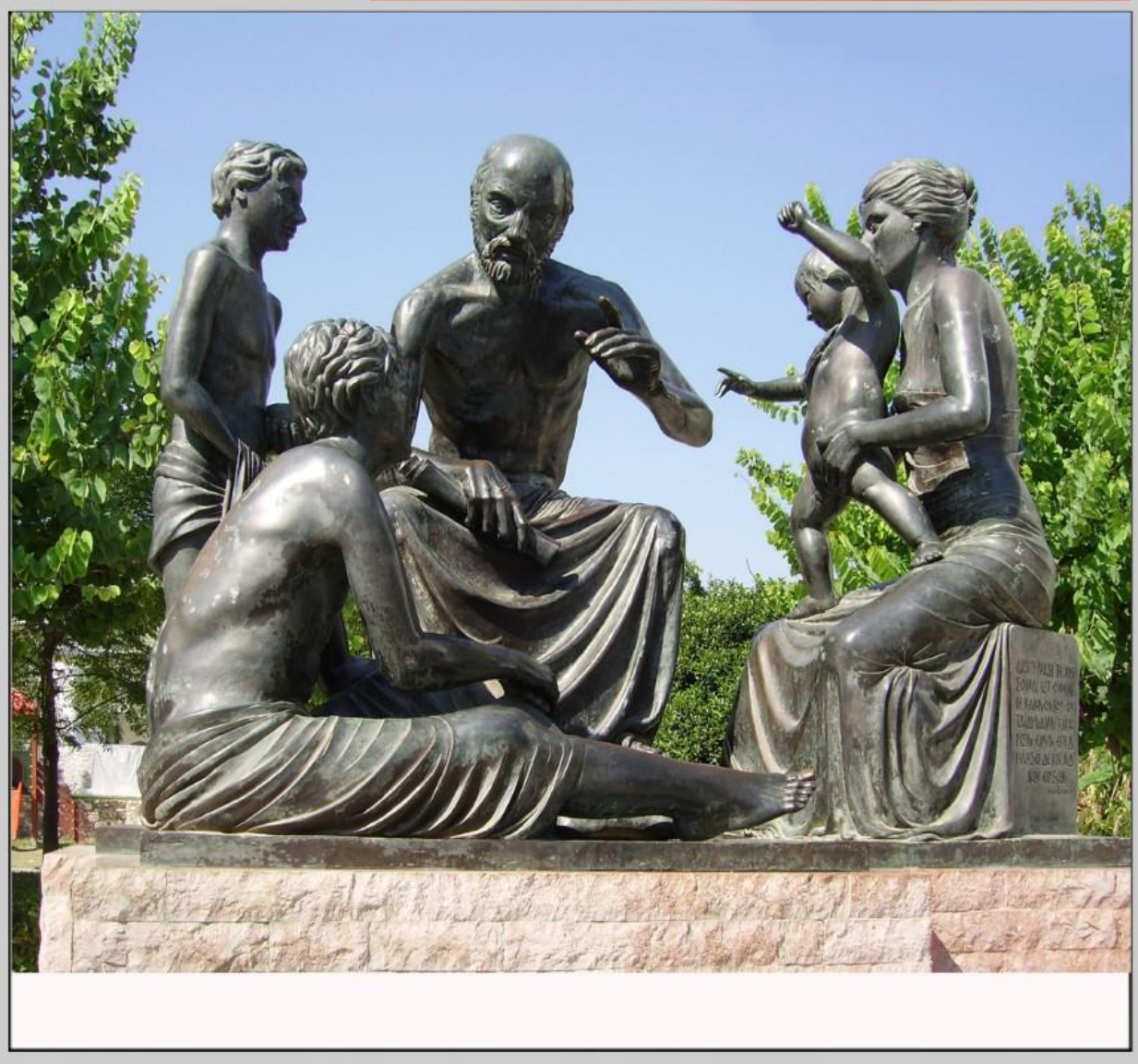
Revista Română de Medicina Familiei

Vol 1, Nr 3, Septembrie 2018 ISSN 2601 – 4874

Romanian Journal of Family Medicine



www.revmedfam.ro

Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

CUPRINS

EDITORIAL

Antivaccinismul și efectul Dunning-Kruger

Dr. Marinela Olăroiu 3-4

PRACTICA MEDICALĂ

Cazuistică

Dificultatea gestionării unui caz de îngrijire paliativă în practica medicului de familie

Asist. univ Dr.. Rodica Sorina Pop, Șef lucr. univ. Dr. Sorina Livia Pop, Șef lucr. univ Dr. Codruţa Mărginean, Șef lucr. univ. Dr. Emil Onaca, Conf. univ. Dr. Mira Florea 5-9

Aspecte ale intervenţiei nutriţionale în hepatita cronică alcoolică

Șef lucr. univ. Dr. Anca Pantea Stoian, Conf. univ. Dr. Camelia Diaconu, Conf. univ. Dr. Andrian Suceveanu, Conf. univ. Dr. Andra Iulia Suceveanu, Prof. univ. Dr. Cristian Serafinceanu 10-13

Copil cu rinoadenoidită cronică, acutizată; prezentare de caz

Dr. Ileana Lucia Brînză 14-17

Legislaţie

Noutăți în domeniul concediilor medicale - cazuri commentate

Șef lucr. univ. Dr. Ioana Soare 18-20

MANAGEMENT

Relația medic geriatru-medic de familie în contextul îmbătrânirii populației

Prof. univ. Dr. Ioana Dana Alexa, Șef lucr. univ. Dr Anca Iuliana Pîslaru, Șef lucr. univ. Conf. Dr. Adina Carmen Ilie, Dr. Carmen Sandu, Dr. Adriana Pancu, Asist. univ. Dr. Ramona Ștefăniu, Asist. univ. Dr. Ioana Alexandra Sandu 21-23

RECENZII

Medicină de familie – Manual de tratament și profilaxie în ambulatoriu.....24

Fotografia de pe copertă: *Monument de bronz, reprezentând pe Hipocrate, înconjurat de unii pacienți sau discipoli,* poate fi văzut în orașul Kos (Grecia), lângă litoral. Pe piedestalul monumentului se pot citi câteva fraze din jurământul lui Hippocrate, în limbile engleză și greacă.

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 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

EDITORIAL

Antivaccinismul și efectul Dunning-Kruger

Dr. Marinela Olăroiu

Redactor-șef Revista Română de Medicina Familiei

Printre marile realizări în medicină și societate sunt descoperirea și aplicarea vaccinurilor, care au avut ca efect prelungirea speranței de viață cu aproximativ 30 de ani mai mult față de acum un secol. Dar, odată cu circulația nestingherită pe internet a informațiilor - uneori de calitate îndoielnică -, s-a intensificat curentul antivaccinist ceea ce a dus la reapariția unor epidemii ținute până acum în frâu, cum este cea de rujeolă.

Experții în politici de sănătate caută explicații pentru atitudinea antivaccinistă și recent s-a stabilit o legătură cu un binecunoscut efect din psihologie. Un studiu efectuat la Universitatea din Pensylvania despre autism și vaccinare (1) a arătat că persoanele care știu cele mai puține fapte despre autism, consideră că știu mai mult despre această patologie decât cercetătorii și medicii. În acest caz este vorba de manifestarea fenomenului psihologic cunoscut sub numele de efectul Dunning-Kruger.

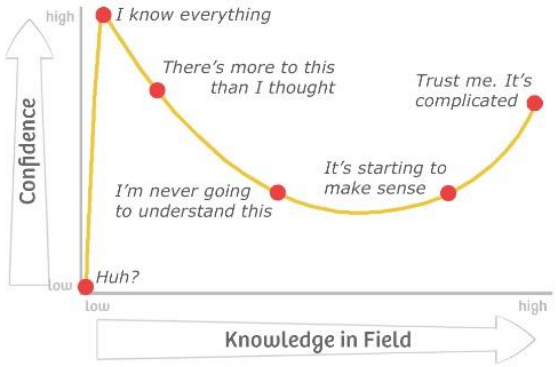
În anii ‘’90, David Dunning și Justin Kruger de la Departmentul de Psihologie al Universității Cornell (USA) au realizat o serie de experimente pentru a-și dovedi ipotezele despre un tip de comportament observat în studii anterioare, și anume despre aprecierea greșită a propriei competențe. După Dunning și Kruger, la persoanele incompetente se observă:

- supraestimarea propriul nivel de competentă;
- nerecunoașterea înaltei competențe a celor competenți în realitate;
- neconștientizarea propriei lor incompetențe;
- nerecunoașterea propriei incompetențe anterioare, nici după ce vor dobândi un nivel înalt de cunoaștere în domeniul repectiv.

Efectul Dunning-Kruger a fost cel mai bine studiat la populația din America, la cei din Asia fiind observat un efect contrariu, deoarece asiaticii au tendința de a-și subestima comptențele.

Pentru studiul intitulat *Unskilled and Unaware of It: How Difficulties în Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments*, Dunning și Kruger au primit în 2000 *Premiul Ig Nobel*, care se acordă celor mai inutile, ciudate sau trăsnite cercetări științifice. Cu toate acestea fenomenul și efectele lui, dar și cum poate fi prevenit, sunt bine cunoscute managerilor și celor din marketing (figura 1).

Figura 1. Reprezentare grafică a efectului Dunning-Kruger



(sursa http://agilecoffee.com/toolkit/dunning-kruger/)

Efectul Dunning-Kruger, sau o abilitate scăzută în a aprecia comptența proprie dar și a altora, este una dintre numeroasele erori sistematice cognitive observate la ființele umane, care le determină comportamentul și deciziile. El nu poate fi asimilat unui IQ scăzut și fiecare dintre noi poate fi expus acestui ‘’sindrom de supra-apreciere, supra-estimare’’. Efectul se poate preveni prin:

- a continua să înveți chiar dacă crezi că ai ajuns să știi foarte multe într-un domeniu;
- a solicita tot timpul feedback de la cei din jur despre ceea ce faci sau despre ideile pe care le ai;
- a te întreba mereu cât de mult știi despre un domeniu.

Autismul este considerat de antivacciniști unul dintre efectele secundare majore ale vaccinurilor. În studiul menționat peste 1/3 din cei 1310 de participanți adulți au declarat că știu mai multe decât medicii și experții despre autism și cauzele lui. Acest nivel ridicat de auto-confidență, de încredere exagerată în propria cunoaștere, este în opinia cercetătorilor asociată cu un nivel ridicat de respingere a vaccinării obligatorii. Persoanele care consideră că știu mai multe decât experții din domeniu, sunt cele care sprijină rolul pe care îl joacă cei fără expertiză (celebrități, asociații, persoane de pe rețele de socializare) în campaniile desfășurate de politicienii din sănătate publică în domeniul vaccinării.

 © Mediadomexpress.srl

Cercetătorii pledează pentru recunoașterea manifestării efectului Dunning-Kruger în explicarea antivaccinismul și mai ales pentru a configura viitoarele cercetări privitor la atitudinile antivaccinare. Ei sfătuiesc pe politicienii din sănătate și pe cei implicații în campanii de sănătate publică să continue să distribuie informații corecte și să facă educație pentru a creștere încrederea populației în știință și efectele ei favorabile.

Dintre toate cele afirmate de-a lungul timpului de filozofi și cercetători despre cunoaștere, am ales ceea ce spunea Confucius: *„Adevărata cunoaștere este a-ți ști dimensiunea ignorantei".* Altfel spus cu cât știi mai mult cu atât ar trebui să fii mai puțin încrezător în ceea ce știi.

Bibliografie

1. Matthew M, Callaghan T, Sylvester S. Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti-vaccine policy attitudes. *Social Science&Medicine*. 2018. Available from: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.032 [Accesed 20th August 2018].

 © Mediadomexpress.srl

Revista Română de Medicina Familiei
Romanian Journal of Family Medicine

Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

PRACTICA MEDICALĂ

Cazuistică

Dificultatea gestionării unui caz de îngrijire paliativă în practica medicului de familie

Asist. univ Dr.. Rodica Sorina Pop[1,3,5], Șef lucr. univ. Dr. Sorina Livia Pop[2,3], Șef lucr. univ Dr. Codruţa Mărginean[1,4], Șef lucr. Univ. Dr. Emil Onaca[1,4], Conf. univ. Dr. Mira Florea[1,4]

[1] Universitatea de Medicină si Farmacie Cluj Napoca, România,[2] Cabinet Medical Individual de Medicina Familiei, Cluj Napoca, România, [3] Medicină de familie, [4] Medicina internă, [5] Geriatrie-gerontologie

Primit: 9.08.2018 • Acceptat pentru publicare: 29.08.2018

Rezumat

În activitatea sa, medicul de familie se confruntă cu activitatea de îngrijire paliativă a pacienților aflați la domiciliu. O bună calitatea a actului medical depinde pe de o parte de pregătirea profesională a medicului de familie cu dobândirea abilităților de abordare paliativă de bază iar pe de alta parte crearea condițiilor sistemului public de sănătate pentru desfășurarea în bune condiții a asistenței primare la domiciliu.

Prezentarea unui caz real gestionat de medicul de familie arată dificultățile cu care se confruntă acesta. Un obiectiv important al asistenței primare trebuie să fie și cea de depistare cât mai precoce a pacienților cu nevoi de îngrijire paliativă iar pentru aceasta este necesară adoptarea de către asistența primară a unui instrument de lucru adecvat.

Cuvinte cheie: *dificultăți, managementul cazului, îngrijire paliativă de bază*

MEDICAL PRACTICE

Clinical lessons

The difficulty of managing a case of palliative care in the practice of a family doctor

Abstract

In their everyday activity, general practitioners have to face palliative care, especially for the patients who need home care. Good quality of medical intervention depends on one hand from professional training in palliative care and on the other hand from the health insurance system which needs to create the proper conditions for a good practice in primary assistance. General practitioners need to know how to make a holistic assessment to identify physical, social, psycho-emotional and spiritual needs of the patient and his family. Such an assessment is needed to prepare a multidisciplinary plan of caring, including prescription of symptomatic treatment, especially opioid treatment for improvement pain or dyspneea.

I present a real case about the management by a general practitioner to show difficulties in assessment and care planning. A important objective in primary medical care is early identification of patients, who need palliative care, to prepare the apropiate plan and instruments.

Keywords: *difficulties, case management, basal palliative care*

 © Mediadomexpress.srl

Introducere

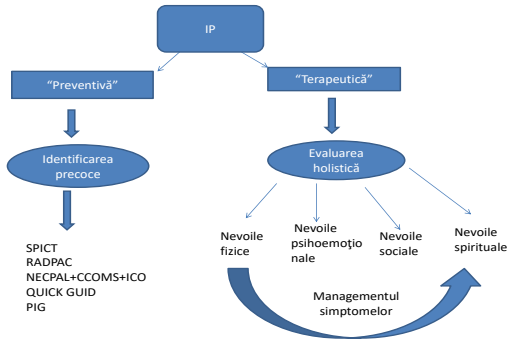
Îngrijirea paliativă este și trebuie sa fie o componentă importantă în pregătirea oricărui medic indiferent de specialitate deoarece pe de o parte există totdeauna pacienți a căror stare clinică sau a căror evoluție a afecțiunii trebuie gestionată corect la sfârșitul vieții iar pe de altă parte datorita faptului ca principiile etice ale actului medical la sfârșitul vieții sunt altele iar activitatea noastră trebuie regândită.

În acest articol se prezintă un caz clinic ilustrativ pentru dificultățile apărute în cursul procesului de îngrijire paliativă a unui pacient cu cancer.

Îngrijirea paliativă, la fel ca orice specialitate, ar trebui să aibă două direcții de acțiune (figura 1): - una "preventivă" care are ca obiectiv identificarea cât mai precoce a pacienților care au nevoie de îngrijire paliativă, şi,

- una " terapeutică" care se ocupă de pacientul identificat prin acțiunea de depistare activă sau de cel care se adresează direct medicului de familie.

Figura 1. Prezentarea direcţiilor ideale de acţiune a îngrijirii paliative



Îngrijirea paliativă „preventivă"

Există mai multe instrumente gândite şi utilizate în diferite ţări care duc la identificarea precoce a pacienţilor cu nevoi paliative.

RADPAC (RADboud indicators for PAlliative Care Needs) este un astfel de instrument folosit în Olanda şi care a dezvoltat criterii pentru trei afecţiuni: cancer, bronhopneumopatie cronică obstructivă şi insuficienţă cardiacă cronică. Aplicând în practica medicală acest instrument, RADPAC s-a dovedit a fi o oportunitate de a putea asigura o îngrijire proactivă care determină o creştere a calităţii îngrijirii paliative primare (1). Într-un studiu efectuat pe medici de familie care au fost instruiţi în folosirea acestui instrument de identificare precoce a nevoii de îngrijire paliativă au arătat ca cei mai mulţi medici au menţionat modificări pozitive în gândirea şi acţiunea lor cu privire la identificarea precoce a nevoii de îngrijire paliativă (2). Criteriile de eligibilitate pentru boala oncologică sunt prezentate în tabelul nr 1 (1).

Familiarizarea medicului de familie şi a oricărui specialist cu un instrument de depistare precoce a pacienţilor care au nevoie de îngrijire paliativă va duce la o asistenţă corectă a cazului, la o planificare a intervenţiilor adecvate fiecărei etape din evoluţia bolii, la gestionarea corectă a nevoilor psihoemoţionale, sociale şi spirituale ale pacientului şi ale familiei acestuia; obiectivul fiind o bună calitate a vieţii pacientului şi prevenţia decompensării îngrijitorului principal sau a altor membrii ai familiei.

Tabelul 1. Criterii de eligibilitate a pacienţilor cu boală oncologică pentru a primi îngrijire paliativă (după RADPAC)

Pacientul are tumoră malignă primară cu prognostic rău
Pacientul are dizabilitate moderată, este dependent, necesită asistenţă considerabilă şi frecventă pentru îngrijire (Indicele Karnofsky ≤50%)
Pacientul prezintă un declin fizic progresiv
Pacientul este ţintuit la pat progresiv
Pacientul are diminuată ingestia de alimente
Pacientul prezintă scadere progresivă în greutate
Pacientul prezintă simdromul anorexie-caşexie caracterizat prin scăderea apetitului,obosealã generală, emaciere,atrofie musculară, etc
Pacientul are diminuată "dorinţa de a trăi"

Un studiu efectuat pe 151 de pacienţi cu cancer de plămân non-small-cell cu metastaze, randomizaţi în două loturi, un lot care a beneficiat de îngrijire paliativă precoce iar celălalt lot a beneficiat de îngrijire paliativă standard, a arătat avantajele nete ale îngrijirii paliative precoce: creşterea calităţii vieţii (p=0,03), scăderea procentului de pacienţi care au avut simptome de depresie (p=0,01), reducerea intervenţiilor agresive în faza terminală a bolii (p=0,05) şi supravieţuirea a fost mai îndelungată la cei din lotul cu îngrijire paliativă precoce (11,6 luni vs 8,9 luni, p=0,02)(3).

Îngrijirea paliativă "terapeutică"

În cadrul acţiunii "terapeutice" trebuie efectuată evaluarea holistică a pacientului pentru a identifica toate nevoile acestuia. Evaluarea se va efectua pe cele patru domenii fizic, psihoemoţional, social şi spiritual. Evaluarea pacientului aflat în îngrijirea paliativă se face utilizând o serie de instrumente care vor obiectiva simptomatologia, care ne ajută să cunatificăm aceste simptome. În felul acesta vom putea lua decizia asupra întocmirii planului multidisciplinar de îngrijire şi vom putea monitoriza toate acţiunile noastre pentru realizarea obiectivelor.

Îngrijirea paliativă în medicina primară este o piatră de încercare în activitatea profesională a medicului de familie. El este singurul care trebuie să asigure asistenţa medicală atât la cabinet cât şi la domiciliul permanent sau rezidenţial al pacientului. Mai mult este singurul specialist care evaluează atât pacientul cât şi familia acestuia astfel incât acţiunile-intervenţiile acestuia se vor îndrepta şi asupra membrilor familiei pacientului şi în special asupra îngrijitorului principal. Un alt aspect al activităţii medicului de familie este greutatea în gestionarea holistică a cazului de îngrijire paliativă deoarece cele mai mulţi pacienţi au o multitudine de nevoi iar pentru

 © Mediadomexpress.srl

aceasta este nevoie de intervenţia unei echipe multidisciplinare formată din mai mulţi profesionişti.

Prezentarea cazului

Pacientul PG în vârstă de 55 ani se prezintă în iunie 2017 la cabinetul medicului de familie apropiat de domiciliul său pentru a fi luat în evidenţă cu boala diagnosticată în serviciul de gastroenterologie şi anume *Formaţiune tumorală proliferativ-exulcerată gastrică. Determinări secundare hepatice. Carcinomatoză peritoneală. Sindrom anemic. Ascită. Hipoproteinemie. Hipoalbuminemie. …".* Examenul histopatologic confirmă că este vorba de un adenocarcinom slab diferenţiat (G3).

S-a efectuat evaluarea pacientului pe cele patru dimensiuni fizic, psihoemoţional, social şi spiritual. Pacientul este caşectic, a prezentat scădere semnificativă în greutate (15 kg în ultimele 2 luni), cu apetit redus, cu uşoară sensibilitate în epigastru. Locuieşte împreună cu mama în vârstă de 80 de ani care la rândul său se află în evidenţa aceluiaşi medic de familie cu multiple comorbidităţi. Pacientul nu are venit fiind neasigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, singurul venit fiind pensia mamei. Este divorţat şi are un fiu plecat în străinătate care îl vizitează foarte rar. La această primă vizită nu se poate evalua integral deoarece pacientul dorea doar trimiterea la medicul oncolog aşa cum s-a recomandat în momentul externării din secţia de gastroenterologie.

Peste 7 zile medicul de familie este solicitat pentru o vizită la domiciliu deoarece pacientul nu se poate deplasa la cabinet după şedinţa de chimioterapie.

Evaluarea fizică arată un pacient caşectic,cu inapetenţă severă, greaţă, sughiţ. Prezintă durere epigastrică, prin invazie tumorală şi prin compresiune datorită ascitei, cu iradiere în zona precordială şi în hipogastru, intensitate moderată (SAV 6/10), cu durere incidentă în clinostatism pe partea stângă, cu ameliorare la tramadol şi piafen. Simptomatologia digestivă este predominantă prin diaree severă, mai mult de 10 scaune apoase zilnic, însoţite de dureri abdominal colicative, ascită moderată.

Pe plan psihoemoţional se confruntă cu suferinţă intensă declanşată de aflarea diagnosticului şi datorată sentimentului de vinovăţie. Temerile privind evoluţia bolii dar mai ales persoana care îl va ajuta sunt tot mai evidente dar refuză să le discute cu medicul de familie (probabil relaţia de încredere nu s-a stabilit având în vedere începutul relaţiei de colaborare).

Starea psihoemoţională este evidenţiată prin depresie severă însoţită de insomnie, agitaţie, anxietate, tulburări de concentrare şi gândire, sentiment de vinovăţie. Cunoaşte diagnosticul, înţelege boala şi îşi face probleme privind locul şi modul în care va fi îngrijit la sfârşitul vieţii. Se simte foarte rău după prima şedinţă de chimioterapie motiv care îl determină să renunţe la acest tratament.

Dificultăţile financiare şi cele legate de starea sa clinică îi determină o exacerbare a anxietăţii. Nevoile sociale ale pacientului sunt şi ele o piatră de încercare: nu are venit, nu se poate deplasa la diferite consulturi, nu are alti membrii de familie care să îl ajute la treburile casnice, procurarea de alimente, medicamente sau care să preia îngrijirea lui.

Pacientul are un număr mare de simptome care de-a lungul evoluţiei bolii duc la o povară accentuată pentru pacient dar şi pentru familia acestuia. Un studiu a arătat că numărul mediu de simptome pe pacient diferă în funcţie de locul de îngrijire. Un pacient aflat în comunitate are un număr mediu de 7,13 simptome (4). În cazul pacientului evaluat numărul simptomelor depăşeşte cu mult media ceea ce arată încărcătura şi complexitatea cazului, dar şi dificultăţile în gestionarea lui (tabelul 2).

Tabelul 2. Inventarul problemelor fizice,psihoemoţionale,sociale şi spirituale cu care se confruntă medicul de familie în cazul evaluărilor repetate ale pacientului

Nevoile fizice	Nevoile psihoemoţionale	Nevoile sociale	Nevoile spirituale
Durere cronică Inapetenţă severă Greaţă Sughiţ Candidoza bucala Diaree (scaune apoase>10/zi), cu colici abdominale Dispnee uşoară Insomnie Agitaţie, Tulburări de concentrare Tulburari de gândire, Sentiment de vinovăţie Suportul nutriţional Ascita	Depresie severă Tulburări de concentrare Tulburari de gândire, Sentiment de vinovăţie Înţelegerea diagnosticului Luarea deciziilor cu privire la tratament Locul unde va avea loc îngrijirea mai ales în perioada de stare terminală Durerea totală	Lipsa asigurării medicale în sistemul social Lipsa venitului Locuinţa Lipsa îngrijitorului principal Locul unde va avea loc îngrijirea	Greu de evaluat Pacientul nu doreşte să discute despre acest subiect

Medicul de familie a efectuat în decursul a 3 luni, perioadă în care a îngrijit pacientul, un număr de 10 vizite la domiciliu cu o durata medie de 1,5 ore /vizită. Evaluările ulterioare au evidenţiat durere cronică tratată cu opioid minor şi care a fost bine controlată în prima perioadă. Ulterior durerea s-a accentuat foarte mult şi medicul a hotărât trecerea pe opioid major. Pentru acest lucru el a avut noţiuni de abordare paliativă dar cu toate acestea nu s-a simţit în siguranţă în timpul prescrierii opioidului major. Nesiguranţa sa a venit din faptul ca a fost singur în coordonaea cazului, nu a avut la dispoziţie un serviciu specializat în îngrijiri palliative cu care să se sfătuiască. Frica de efectele adverse sau de greşelile de administrare au existat, cu atât mai mult cu cât reţeaua familială nu era prezentă.

Evoluţia simptomelor se poate observa pe graficul ataşat (figura 2), acesta fiind un instrument util pentru fişa medicală. Toate celelalte simptome au fost abordate folosind medicaţia adecvată. Dificultatea a apărut în încercările de a controla

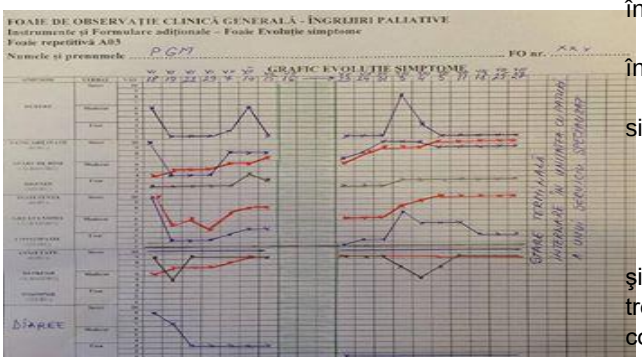
 © Mediadomexpress.srl

simptomele psihoemoţionale deoarece pacientul refuza orice medicaţie antidepresivă sau anxiolitică, iar când aceste simptome au decompensate şi mai mult pacientul, a fost absolute imposibil consultul unui pshihiatru sau psiholog la domiciliu.

Dacă ar fi existat o colaborare cu un serviciu de îngrijire paliativă format dintr-o echipă multisciplinară cu siguranţă gestionarea acestui caz ar fi fost mult mai eficientă.

Graficul din figura 2 reprezintă un instrument util pentru a înregistra obiectiv intensitatea simptomelor astfel incât acţiunile noastre de a schimba doza sau medicamentul utilizat să fie justificat.

Figura 2. Grafic de înregistrare a evaluării simptomelor



Când starea s-a înrăutăţit foarte mult, pacientul si-a exprimat dorinta de a fi îngrijit într-un serviciu hospice ceea ce s-a şi întâmplat.

Discuţii

Prezentarea cazului nu s-a axat pe managementul simptomelor dar am dorit să arăt cât de complex poate fi un pacient care are nevoie de îngrijire paliativă şi că de cele mai multe ori aceste cazuri rămân la domiciliu în grija medicului de familie.

Dificultăţile cu care se confruntă medicul de familie sunt numeroase şi depind de complexitatea cazului pe de o parte dar şi de pregătirea profesională a acestuia pe de altă parte. Colateral vin şi alte limite impuse de sistemul de asigurare a asistenţei medicale: număr limitat de vizite la domiciliu, timpul tot mai redus al medicului de familie deoarece este încărcat cu alte activităţi, distanţe mari, lipsa plăţii adecvate care este în relaţie strânsă cu costul ridicat al asistenţei la domiciliu, lipsa unei echipe multidisciplinare sau a unei asistente medicale comunitare către care medical de familie să delege anumite sarcini.

Unele acţiuni sunt apanajul medicului de familie: întocmirea palnului de tratament, evaluarea eficienţei acestuia, adaptarea lui în funcţie de evoluţia pacientului. Medicul de familie are abilitatea de a efectua managementul celor mai multe simptome, dar este necesară o pregatire suplimentară pentru controlul durerii cronice şi pentru prescrierea de opioide.

Comunicarea veştilor proaste, recunoaşterea şi managementul stării terminale sunt acţiuni care presupun o pregătire suplimentară din partea profesionistului. Având in vedere lipsa pregătirii în îngrijirea paliativă de-a lungul perioadei de rezidenţiat opiniem spre necesitatea introducerii unor cursuri de abordare paliativă de bază pentru medicii de familie.

Pentru ca astfel de pacienţi să poată fi îngrijiţi la domiciliu sunt necesare 3 condiţii importante (5):

- medicul de familie să aibă cunoştinţe, abilităţi de îngrijire paliativă şi să fie pregătit să acorde vizite la domiciliu chiar şi în afara orelor de program;
- să existe o colaborare bună între echipele specializate în îngrijiri paliative şi medicul de familie;
- să existe posibilitatea de internare în cazul pacienţilor cu simptome necontrolate sau pentru perioade de respite.

Concluzii

Activitatea medicului de familie este cea mai frumoasă dar şi cea mai grea dintre toate specialităţile. Medicul de familie trebuie să ştie foarte bine totul despre creşterea şi dezvoltarea copilului, totul despre prevenţie, să trateze afecţiunile acute, să monitorizeze bolile cronice, să urmareasca gravida normală şi cea cu risc, iar în final să ştie să gestioneze un caz de îngrijire paliativă şi să gestioneze corect starea terminală. Cu alte cuvinte este alături de pacientul care se naşte dar şi de pacientul aflat la sfârşitul vieţii.

În plus activitatea medicului de familie se adresează unităţii formate din pacient şi familia acestuia, deoarece în final rămân membrii familiei cu probleme mai mari sau mai mici apărute în urma procesului de îngrijire a celui drag.

Povara pe care membrii familiei o poartă în acest interval trebuie privită ca o problemă de sănătate publică. Cu cât vom aprecia mai corect impactul asupra familiei vom putea acţiona din timp asupra acestuia cu rezultate pozitive asupra societăţii

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toţi autorii au avut contribuţie egală la acest articol.

Bibliografie

1. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Groot M et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for PAlliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract.* 2012;62(602):e625-31.
2. Thoonsen B, Groot M, Verhagen S, van Weel C, Vissers K and Engels Y. Timely identification of palliative patients and anticipatory care planning by GPs: practical application

 © Mediadomexpress.srl

of tools and a training programme. *BMC Palliative.* Available from: doi.org/10.1186/s12904-016-0112-9 [Accesed 15th July 2018].
3. Temel J, Greer J, Muzikansky A, Gallagher E, Admane S, Jackson VA et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2010;363:733-42.
4. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med.* 2003;17(4):310-4.
5. Yuen KJ, Behrndt MM, Jacklyn C, Mitchell GK. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. *Med J Aust.* 2003;15;179(6 Suppl):S38-40.

 © Mediadomexpress.srl

Cazuistică

Aspecte ale intervenţiei nutriţionale în hepatita cronică alcoolică

Șef lucr. univ. Dr. Anca Pantea Stoian[1,3], Conf. univ. Dr Camelia Diaconu[1,4], Conf. univ. Dr Andrian Suceveanu[2,5], Conf. univ. Dr Andra Iulia Suceveanu[2,5], Prof. univ. Dr Cristian Serafinceanu[1,3]

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București, România,[2] Facultatea de Medicină, Universitatea "Ovidius", Constanţa, România, [3] Diabet, nutriţie, boli metabolice, [4] Medicina internă și cardiologie, [5] Gastroenterologie

Primit: 15.07.2018 • Acceptat pentru publicare: 29.08.2018

Rezumat

Bolile hepatice reprezintă în contextul actual o reală problemă de sănătate publică la nivel global. Consumul cronic de alcool poate duce la instalarea hepatitei cronice alcoolice şi în subsidiar la malnutriţie.

Intervenţia nutriţională la pacienţii cu boală hepatică alcoolică are un rol important în prevenirea şi tratarea malnutriţiei, prezenţa acesteia fiind un factor prognostic negativ de morbimortalitate.

Cuvinte cheie: *boală hepatică alcoolică, alcool, nutriţie, ciroză, malnutriţie, evaluare nutriţională*

MEDICAL PRACTICE

Clinical lessons

Aspects of nutritional intervention in chronic alcoholic hepatitis

Abstract

Hepatic diseases represent a real global public health problem in the current context. The chronic alcohol consumption can lead to the occurrence of chronic alcoholic hepatitis and, in turn, to malnutrition.

Nutritional intervention in patients with alcoholic liver disease plays an important role in the prevention and treatment of malnutrition, its presence being a negative prognostic factor of morbidity and mortality.

Keywords: *alcoholic liver disease, alcohol, nutrition, cirrhosis, malnutrition, nutritional assessment*

 © Mediadomexpress.srl

Introducere

În ultimul timp, intervenţia medical nutriţională (MNT) devine din ce în ce mai importantă ca parte integrantă a atitudinii terapeutice atât în patologia acută cât şi în cea cronică. Termenul de MNT este un termen general care în ansamblul lui cuprinde evaluarea statusului nutriţional, elaborarea recomandărilor nutriţionale personalizate în funcţie de fiecare patologie în parte precum şi educaţia nutriţională integrată a pacientului. Aşadar, MNT ocupă poate un loc central în atitudinea terapeutică, de eficacitatea implementării sale poate depinde succesul său eşecul evoluţiei şi prognosticului fiecărei boli în parte. Chiar evaluarea nutriţională este în sine un factor de prognostic, folosit din ce în ce mai mult în evaluarea globală a pacientului şi de apreciere a morbimortalitatii. Evaluarea nutriţională este realizată de specialişti, medici diabetologi dar în aceeaşi măsură poate fi efectuată şi de către medicii de familie, medici de alte specialităţi sau dieteticieni.

Patologia hepatică, acută sau cronică, beneficiază în acest context de evaluarea nutriţională dar şi de implementarea MNT, având obiectiv central malnutriţia. Chiar dacă nutriţia clinică şi intervenţia nutriţională alături de evaluarea metabolică nu sunt în general implementate şi nici nu există standarde precise în acest sens, malnutriţia este un aspect important în practica medicală curentă în ceea ce priveşte patologia hepatică, mai cu seamă cea cronică. Nici studiile clinice efectuate până în acest moment nu au adus date consistente, singurul consens în acest domeniul este cel elaborat de ESPEN (1).

Epidemiologie

Bolile hepatice reprezintă în contextul actual o reală problemă de sănătate publică la nivel global. La nivel mondial, patologia hepatică cronică (CLD) este subevaluată, estimările fiind în jur de 844 milioane de pacienţi cu CLD şi mai mult de 2 milioane dintre ei decedează anual la nivel mondial (2). În Europa, prevalenţa crescută o au hepatitele cronice alcoolice (ALD) -12% şi ficatul gras non alcoolic (NAFLD) 17- 46% şi sunt date care speculează o incidenţă mai mare atât a NAFLD cât şi a steatohepatitei non alcoolice (NASH). Acest aspect se datorează faptului că atât NAFLD cât şi NASH sunt subevaluate, cunoscându-se puţine date din istoricul personal al pacientului în ceea ce priveşte afectarea hepatică şi mai ales, nu există un „gold standard" de screening activ. Transplantul hepatic este o opţiune terapeutică eficientă dar şi costisitoare, în Statele Unite peste 41.000 de pacienţi au beneficiat de transplant hepatic între 1990-2000. Peste 54% dintre aceştia sufereau de ciroză hepatică asociată cu ALD şi 12,5% de ALD (3, 4, 5).

În acest context epidemiologic şi mai ales datorită faptului că această patologie poate fi prevenită şi curabilă (CHB, CHC, ALD, NASH, NAFLD) sunt necesare acţiuni urgente care să vizeze atât prevenţia dar şi diagnosticul precoce şi managementul terapeutic. Principalul deziderat îl reprezintă atât screeningul bolilor hepatice în populaţia generală dar şi a complicaţiilor precoce instalate.

Patofiziologie

Din punct de vedere metabolic, ficatul poate fi considerat una dintre staţiile centrale metabolice, la acest nivel desfăşurându-se peste 500 de procese. Unul din principalele sale roluri metabolice, este integrarea metabolismului carbohidraţilor proteinelor şi grăsimilor. Pe de altă parte, funcţia sa de stocare şi activare a multor vitamine şi minerale, conversia amoniacului în uree, precum şi importanţa sa crucială în metabolismul steroidic, îl face indispensabil în bucla metabolică generală. Substratul metabolic în bolile cronice hepatice au ca element central insulinorezistenţa. Astfel, sunt afectate atât mecanismele de transport ale glucozei dar şi depozitarea sa la nivelul musculaturii scheletice. Turn-overul proteic este normal sau crescut şi este grefat de o creştere a catabolismului iar metabolismul lipidic se caracterizează de o afectare a clereancelui metabolic şi a oxidării lipidice în relaţie strânsă cu gradul afectării hepatice.

La pacienţii cu ALD, malnutriţia este principala expresie a injuriei hepatice datorată consumului excesiv de alcool pe termen lung. Afectarea iniţială, la peste 90% din consumatorii cronici de alcool, este de ficat gras, doar 35% din ei prezintă şi inflamaţia ficatului iar 20% din aceşti pacienţi vor evolua către ciroza hepatica (6). O serie de studii realizate la pacienţii spitalizaţi cu ALD au arătat că severitatea malnutriţiei protein-calorice este asociată cu gradul de afectare hepatică şi se asociază cu risc crescut de mortalitate (7).

Malnutriţia este definită ca o pierdere de masă musculară scheletică şi a ţesutului adipos datorită alterării metabolismului energetic, afectare care poate agrava malnutriţia până la o stare de starvaţie. Sarcopenia reprezintă pierderea exclusivă de masă musculară scheletică şi este parte componentă a malnutriţiei. Malnutriţia este prezentă la 20-90% din pacienţii cu boală cronică de ficat şi 70% dintre aceştia înregistrează sarcopenie.

Principii generale ale intervenţiei medical nutriţionale în bolile hepatice

The Nutrition Care Process (NCP) aşa cum este definită de către American Dietetic Association (ADA) reprezintă un concept global prin care specialiştii în nutriţie evaluează statusul nutriţional, elaborează şi implementează recomandări ce vizează terapia nutriţională în funcţie de patologia existentă, aşa fel încât să asigure siguranţa şi calitatea stării optime de nutriţie a pacienţilor aflaţi atât în suferinţă acută cât şi cronică (8).

NCP este alcătuită din 4 etape: evaluarea nutriţională, diagnosticul nutriţional, intervenţia nutriţională şi monitorizarea nutriţională.

Ficatul deţine un rol important în metabolismul factorilor nutritivi iar dezechilibrele alimentare pot conduce la evoluţia nefavorabilă a bolii de fond. Mai cu seamă, aceste aspecte se agravează în condiţiile în care şi funcţia hepatică este afectată.

Există cel puţin două mari atitudini nutriţionale în ceea ce privesc bolile heaptice (LD). Pe de-o parte, intervenţia nutriţională în bolile hepatice acute (hepatite virale) vizează restabilirea precoce a statusului funcţional hepatic şi evitarea denutriţiei precoce iar pe de altă parte, atitudinea nutriţională în bolile cronice (NAFLD, NASH, ALD, CH) sau în transplantul hepatic, presupune un management pe termen lung al intervenţiei nutriţionale, principalul obiectiv fiind aici corectarea malnutriţiei (9).

Metodele de evaluare nutriţională vor fi subiectul unui alt articol datorită complexităţii acestor manevre. În mod curent însă, evaluarea nutriţională constă în măsurarea circumferinţei braţului, a pliului cutanat, forţa de strângere a pumnului determinată cu dinamometrul, determinarea compoziţiei corporale cu ajutorul bioimpedanţei dar şi determinări biochimice, precum evaluarea balanţei de nitrogen, albumina plasmatică, creatinina, ureea, enzimele hepatice, bilirubina, factorii de coagulare.

Există metode mai sofisticate şi scumpe utilizate în evaluarea masei musculare: absorbţiometria cu raze X duale (DEXA), pletismografia, ultrasonografia, computer-tomografia şi rezonanţa magnetică nucleară.

La pacienţii cu ALD, datorită consumului cronic de alcool care induce malnutriţia, cantitatea aproape integrală de calorii se obţine din consumul de băuturi alcoolice în defavoarea alimentelor.1 g alcool furnizează 7.1 Kcal iar 1 g de carbohidraţi doar 4.1 Kcal. Alcoolul devine aşadar, principala sursă energetică. În afara rolului direct hepato toxic, alcoolul are un efect negativ asupra metabolismului protein-caloric. Alcoolul inhibă sinteza hepatică de proteine, sinteza de proteine destinate musculaturii scheletice, sinteza de proteine cu rol în apărarea imună, creşte permeabilitatea intestinală şi accentuează proteoliza musculară indusă de endotoxine/citokine, înlocuieşte alte surse calorice din dietă, având însă eficienţă energetică redusă comparativ cu acestea. Acesta este şi mecanismul prin care se instalează anorexia, severitatea ei evoluând în funcţie de durată şi cantitatea consumului de alcool precum şi gradul afectării hepatice. În acest context, malabsorbţia şi maldigestia principiilor alimentare acompaniază anorexia.

De cele mai multe ori există şi afectarea pancreasului exocrin (insuficientă pancreatică) concomitent afectării hepatice, aspect ce agravează malabsorbţia, în mod special a aminoacizilor, folatului şi vitaminei B12. Deficitul enzimatic în special a lactazei, afectează digestia şi metabolizarea carbohidraţilor în sensul scăderii absorbţiei lor. Insulinorezistenţa este o consecinţă firească a acestor procese. Metabolismul lipidic este afectat, alterarea proceselor de oxidare a lipidelor, rezultând creşterea depozitelor de ţesut adipos în ţesutul hepatic şi creşterea nivelului seric al trigliceridelor. Sinteza de proteine scade la nivel hepatic şi creşte catabolismul lor la nivel intestinal. Prezenţa steatoreei completează tabloul clinic şi agravează deficitul de micro şi macronutrienţi. Nivelul vitaminelor liposolubile este mod special afectat. Deficitul de vitamina A este cauza de pierdere precoce a vederii nocturne iar cel de tiamină, de instalarea encefalopatiei Wernike. În stadiile avansate, se instalează deficite de vitamina B6, vitamina C, E D, K, zinc, seleniu iar hipocalcemia, hipomagnezemia şi hipopotasemia şi deficitul de zinc însoţesc ALD (10).

În aceste condiţii, au fost studiate beneficiile intervenţiei nutriţionale la aceşti pacienţi.15 studii au fost derulate în acest sens iar concluziile au arătat că o intervenţie nutriţională precoce poate avea beneficii atât asupra statusului nutriţional cât şi asupra îmbunătăţirii parametrilor nutriţionali (11). Desigur, nutriţia optimă şi măsurile recomandate în acest sens nu sunt un panaceu universal de tratament al ALD, dar au demonstrat însă că există beneficii în mod direct în prevenţia malnutriţiei.

NCP va urma, în cazul pacienţilor cu ALD, managementul NCP, respectând cele 4 etape. *Evaluarea nutriţională este extrem de importantă.*

Diagnosticul de malnutriţie dictează ulterior atitudinea terapeutică dar şi cea nutriţională. Intervenţia nutriţională în ALD urmăreşte suplimentarea cantităţii de nutrienţi, administrarea de substraturi de nitrogen cum ar fi spre exemplu aminoacizi cu catenă ramificată (BCAA), minerale şi vitamine deficitare. Beneficiul administrării pe termen scurt a suplimentelor cu BCAA este pozitivarea balanţei de nitrogen; pe termen lung nu sunt clare aceste beneficii. (1, 12).

Din punct de vedere al *raţiei calorice zilnice*, necesarul este recomandat între 35-45 Kcal/kg, cu o repartiţie a principiilor nutritive: proteine 1.5-2.0 g/Kg, suplimentarea cu 0.3-0.5 g/Kg BCAA mai ales în cazul intoleranţei la proteine, carbohidraţi 2.5-4.5 g/Kg şi lipide 1.5-5 g/Kg cu cel puţin 50% acizi graşi cu lanţ mediu (MCFA). Restricţia de lichide la 2 l/zi şi restricţia de sodiu, între 1-1.5 g/zi, se recomandă doar în cazul prezenţei cirozei avansate. Un loc aparte îl are şi suplimentarea de micronutrienti, vitamine şi minerale, în sensul corectării deficitelor, dacă acestea sunt prezente. Repartiţia meselor este dictată de prezenţa anorexiei, se recomandă în acest sens mesele mici şi dese, la distanţă de 2 ore, compusă din mese principale şi gustări, dense caloric eventual suplimentate cu soluţii orale îmbunătăţite cu principii nutritive (tabel 1)(13, 14).

La pacienţii cu afectare severă a ALD, *nutriţia enterală* poate fi luată în considerare, mai cu seamă atunci când statusul nutriţional este grav afectat sau alimentaţia pe cale orală nu poate fi realizată. S-a demonstrat că alimentaţia artificială cu soluţii prestabilite este mult mai eficientă decât alimentaţia „ad lib”, îmbunătăţind prognosticul de supravieţuire şi funcţia hepatică. Datele arată ca un necesar caloric optim se

încadrează între 30 – 40 kcal/kg, cu o raţie proteică de 1.5g/Kg/zi. Deşi această atitudine nutriţională nu este pe deplin acceptată, mai ales în situaţia prezenţei varicelor esofagiene, totuşi nu au fost studii care să demonstreze că sonda nazogastrica este contraindicate (15, 16). Formula enterală recomandată este hipercalorică cu 1.5 -2.4 Kcal/ml, hiposodată (40 mmol/d) şi îmbogăţită cu BCAA (40-45%). Restricţia proteică la pacienţii cu ALD şi ciroză nu numai că nu este recomandată dar poate avea efecte negative precipitând episoadele de encefalopatie.

Tabel 1. Necesarul caloric, micro şi macronutrienţi la pacienţii cu afectare hepatică alcoolică. (preluat şi adaptat după Srinivasan D.)(17)

Gradul afectării hepatice în ALD	Recomandări generale	Număr calorii (Kcal/Kg corp/zi)	Carbohidraţi (g/Kg corp/zi)
Ficat gras alcoolic	Reducerea consumului de alcool/abstinenţa	30-35	4.5-5.5
Hepatită alcoolică	Abstinenţa la alcool Prevenţia malnutriţiei protein calorice Prevenţia hiperglicemiilor, hiperinsulinismului, encefalopatiei, statusului inflamator	40	4.0-5.0
Ciroză hepatică alcoolică fără malnutriţie clinic instalată	Abstinenţa la alcool Prevenţia malnutriţiei protein calorice	35-40	4.0-5.0
Ciroză hepatică alcoolică cu malnutriţie clinic instalată	Abstinenţa la alcool Corectarea malnutriţiei Prevenţia decompensării	35-40	3.0-5.0
Intoleranţă la proteine	Corectarea malnutriţiei, intervenţie activă nutriţională, evaluare şi reevaluare malnutriţie	25-35	2.5-3.5
Prezenţa edeme/ascita	Corectarea malnutriţiei, intervenţie activă nutriţională, evaluare şi reevaluare malnutriţie Prevenţia infecţiilor	25-35 chiar 40	2.5-3.5

Gradul afectării hepatice în ALD	Proteine (g/Kg corp/zi)	Lipide (g/Kg corp/zi)	Lichide	Vitamine/ Minerale	Restricţie de sodiu
Ficat gras alcoolic	1.0-1.5	2.0-3.0	33 ml/kg corp /zi	Complex de minerale şi vitamine Pre şi probiotice	2-4g/zi
Hepatită alcoolică	1.5-2.0	1.0-2.0	33 ml/kg corp /zi	Suplimentarea deficitelor de minerale şi vitamine	2-4g/zi
Ciroză hepatică alcoolică fără malnutriţie clinic instalată	1.3-1.5	1.0-1.5	33 ml/kg corp /zi	Suplimentarea deficitelor de minerale şi vitamine	2-4g/zi
Ciroză hepatică alcoolică cu malnutriţie clinic instalată	1.5-2.0	2.0-2.5	Restricţie la 2.0-2.5 L/zi	Vitamine din grupul B, folaţi, thiamina Vitamina C şi K	2 g/zi
Intoleranţă la proteine	0.3-0.5 +BCAA	1.0-1.5	2L/zi	Vitamine din grupul B, folaţi, thiamina,vitamin a B 12	2g/zi
Prezenţa edeme/ascita	0.3-0.5 +BCAA	1.0-1.5	1.0-1.5 L/zi	Vitamine liposolubile (A, D, E, K)	1.0-1.5g/zi

Concluzii

Aşa cum au arătat o serie de studii, intervenţia nutriţională la pacienţii cu boală hepatică alcoolică are un rol important în prevenirea şi tratarea malnutriţiei. În marea majoritate a cazurilor se optează pentru nutriţia orală, doar în situaţii critice său decompensări, nutriţia enterală sau parenterală este recomandată.

Cel mai important aspect este evaluarea nutriţională şi intervenţia precoce pentru a limita instalarea malnutriţiei, prezenţa acesteia fiind un factor prognostic negativ de morbimortalitate.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toţi autorii au avut contribuţie egală la acest articol.

Bibliografie

1. Plauth M, Merli M, Kondrup J, Weimann A, Ferenci P, Muller MJ. Espen guidlines for nutrition in liver disease and transplantation –Consensus Statement. *Clinical Nutrition.* 1997; 16:43-45.
2. Marcellin P, Kutala BK. *Liver diseases:* A major, neglected global public health problem requiring urgent actions and large-scale screening. *Liver Int*. 2018;38(Suppl. 1):2–6. Available from: https://doi.org/10.1111/liv.13682 [Accessed 20th June 2018].
3. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators.Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 2017;390:1211-1259.
4. Hoge VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. *Epidemiol Infect.* 2014;142:270-286.
5. Kim WR, Lake JR, Smith JM, et al. OPTN/SRTR 2015 Annual Data Report: liver. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg.* 2017;17(Suppl 1):174-251.
6. McCullough AJ, O'Connor JF. Alcoholic liver disease: Proposed recommendations for the American College of Gastroenterology. *American Journal of Gastroenterology*. 1998;93(11):2022– 2036.
7. Mendenhall CL, Anderson S, Weesner RE, Goldberg SJ, Crolic KA. Protein calorie malnutrition associated with alcoholic hepatitis. Am J Med. 1984;76:211-221.
8. Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts roadmap to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(8):1061-72.
9. Mincu I. *Dietoterapia la inceputul mileniului II*. Bucuresti: Ed.Fundatiei Romania de Maine; 2004.
10. Leevy CM, Moroianu SA. Nutritional aspects of alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis*. 2005; 9(1): 67-81.
11. Christopher G, Steven S. The Role of Nutritional Therapy in Alcoholic Liver Disease. *Alcohol Research & Health.* 2006;29(4) :296-306.
12. Mahan LK, Esott Stump S, Raymond J. *Krause's Food and Nutrition Care Process*.13th ed. Elsevier; 2012.
13. Silva M, Gomes S, Peixoto A, et al. Nutrition in Chronic Liver Disease. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2015;22(6):268-276. Available from: doi:10.1016/j.jpge.2015.06.004 [Accessed 20th June 2018].
14. Christopher G, Schenker S. The Role of Nutritional Therapy in Alcoholic Liver Disease. *Alcohol Research & Health*. 2006; 29(4):296-306.
15. Chao A, Waitzberg D, de Jesus RP, Bueno AA, Kha V, Allen K, et al. Malnutrition and Nutritional Support in Alcoholic Liver Disease: a Review. *Curr Gastroenterol Rep.* 2016; 18(12):65.
16. Kearns PJ, Young H, Garcia G et al. Accelerated improvement of alcoholoc liver disease with enteral nutrition. *Gastroenterology*. 1992;102:200-2005.
17. Dasarathy S. Nutrition and Alcoholic Liver Disease: Effects of alcoholism on nutrition, Effects of nutrition on ALD and Nutritional therapies for ALD. *Clin Liver Dis.* 2016; 20(3): 535–550. Available from: doi:10.1016/j.cld.2016.02.010 [Accessed 20th June 2018].

Revista Română de Medicina Familiei
Romanian Journal of Family Medicine

Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

Cazuistică

Copil cu rinoadenoidită cronică, acutizată; prezentare de caz

Dr. Ileana Lucia Brînză

Medicină de familie, Brăila, România

Primit: 15.01.2018 • Acceptat pentru publicare: 26.02.2018

Rezumat

Rinoadenoidită cronică care se acutizează frecvent, poate duce la complicații care să modifice prognosticul pe termen lung al pacientului.

Managementul febrei și instruirea familiei cu privire la importanța măsurilor de îngrijire (nu doar a tratamentului antibiotic) sunt teme constant prezentate de medicul de familie în practica curentă.

Cuvinte cheie: *rinoadenoidită cronică acutizată, copil, managementul febrei*

MEDICAL PRACTICE

Clinical lessons

Child with aggravated chronic rhino adenoiditis: case presentation

Abstract

Chronic rhino adenoiditis, which has frequently acute episodes, can lead to complications that alter the long-term prognosis of the patient.

Fever management and family training on the importance of care (not just for the treatment with antibiotic) are constantly presented by the family doctor in current practice.

Keywords: *chronic rhino adenoiditis, child, fever management*

 © Mediadomexpress.srl

Date generale

Copilul, o fetiță, 5 ani, de 21 Kg, este adusă la cabinet pentru consultație, fără să aibă programare.

Motivele prezentării au fost: nas înfundat, durere în gât, respiraţie dificilă, tuse predominant nocturnă.

Anamneza

Copilul, aflat pe lista mea de la vârsta de 3 ani, a prezentat anual, 7-8 infecții ale căilor aeriene superioare sau inferioare pentru care s-a prezentat de fiecare dată la consultație, cu tatăl sau bunica paternă. Mama a părăsit domiciliul de doi ani.

Simptomatologia prezentată a debutat în ultimile 24 de ore.

În mod obișnuit, tatăl se prezintă cu copilul la consultație din primul moment, fără să-i administreze nici un fel de medicație simptomatică. Dacă apar probleme de sănătate în afara programului de lucru al medicului de familie, tatăl se duce cu copilul direct la spital.

Antecedente

Copila afost de cinci internată la Pediatrie în ultimii doi ani, unde a fost diagnosticată cu Sinuzită și Otită de doua ori, Amigdalită pultacee, Pneumopatie.

Sindromul hiperkinetic, confirmat de medicul psihiatru, este un diagnostic neacceptat de tată, deci fără tratament.

Examen clinic obiectiv

La examinarea clinică se constată:
- temperatura; 37,9°C;
- copil, discret palid, respiră cu gura deschisă;
- secreții uscate ale mucoasei nazale, rinoree sero-mucoasă;
- secreții mucoase pe peretele posterior faringian și hipertrofia amigdalelor palatine;
- puncte sinusale și otice discret sensibile la palpare;
- ganglionii limfatici occipitali, submandibulari, laterocervicali și supraclaviculari nepalpabili, cei retroauriculari și cel retrofaringian/tonsilar sensibili la palpare;
- pulmonar: clinic normal.

Investigații paraclinice: Nu au fost indicate.

Diagnosticul pozitiv: Rinoadenoidită cronică, acutizată (conform antecedentelor, simptomelor și examenului clinic obiectiv)

Diagnosticul diferențial

Se poate face, în cazuri selecționate, cu alte forme de angine.

Clasificarea anginelor este relativ dificilă, criteriile fiind diferite:

1) Angine eritematoase virale

2) Angine eritemo-pultacee inițial virale, ulterior bacteriene cu: Haeomophilus influenzae, Pneumococ, Streptococ, Stafilococ, Moraxella catharalis

3) Angine cu false membrane: Corynebacterium diphtheriae, Pneumococ, Streptococ, Stafilococ

4) Angine cu ulcerații superficiale, date de: virusul Herpes simplex, virusul Coxackie, angina aftoasă, angina buloasă

5) Angine cu ulceratii profunde: Plaut-Vincent, Moore, din bolile de sânge; din bolile infecto-contagioase

6) Anginele cronice cu etiologie specifică: TBC faringian, lupus faringian, sifilis faringian, SIDA cu debut deseori în sfera ORL

Evoluția

Sub tratament, simptomatologia se ameliorează și se vindecă.

Evolutia spontană, netratată sau incorect tratată, poate duce la complicatii.

Complicațiile posibile ar fi:
1) Local, prin obstrucția trompei lui Eustachio, otite seroase, seromucoase și otite supurate cu perforarea timpanului și afectarea auzului.
2) Infectarea țesutului adenoidian determină:
- rinoadenoidite acute, infectii descendente cum ar fi amigdalitele acute sau traheobronșitele acute
- dezvoltarea masivului facial (nas îngust, bărbie retractată), implantarea defectuoasă a dinților, modificari ale toracelui și coloanei vertebrale
- întârzierea dezvoltării staturoponderale.

Prognosticul

Este influențat de mecanismul fiziopatologic. Inelul limfatic Waldeyer este alcătuit din amigdalele palatine, lingual și faringiană (Lushka). Țesutul adenoidian, situat în spatele foselor nazale, există încă de la naștere, când este foarte mic și continuă să crească în primii cinci ani de viață, cauzând astfel frecvent obstrucție nazală de diverse grade.

Un rol important în procesul imunobiologic de apărare a organismului (sinteza imunoglobulinelor) îl are țesutul limfoid faringian.

Nou-născuții sunt agamaglobulinici cu excepția Ig G obținute de la mamă. După naștere, datorită colonizării mucoasei rinofaringiene cu bacterii și ca urmare a expunerii la acțiunea altor antigeni, sistemul imunitar începe să se matureze rapid, mai ales pentru Ig M și Ig G. Sistemul Ig A, principalul factor de apărare local, se maturează mult mai tarziu, la câțiva ani de la naștere.

 © Mediadomexpress.srl

Prin localizarea lor, amigdalele constituie o primă linie de apărare împotriva agenților patogeni, cu poartă de intrare nazo-faringiană.

Suferința inflamatorie și infectioasă indelungată a acestui țesut duce la diminuarea sintezei de Ig A și creștere locală de Ig M și Ig G. În funcție de amploarea acestor perturbări, patologia inelului limfatic cervical poate da modificări locale sau generale.

Există o corelatie între apariția unor afecțiuni inflamatorii acute pe fondul unor afecțiuni cronice respiratorii (amigdalită palatină cronică, bronșiectazii, rinotraheobronșite cronice recidivante, astm bronșic) și prezența deficitelor de Ig A. Astfel, amigdalectomia se va efectua doar când amigdalele devin incompetente imunologic sau când, prin dimensiuni, natura infecției și influențarea negativă a diverselor organe, devine o cauză etiologică în suferința acestora (articulații, cord, țesut renal).

Tratamentul

I. Profilactic: decongestionarea cât mai eficientă a foselor nazale atât în cursul cât și post infecţie acută de căi respiratorii superioare.

II. Curativ:

1. Măsuri igienico-dietetice

- decongestionante nazale
- dietă bogată în vitamine și hidratare adecvată.

2. Tratament medicamentos

- antibioterapie: Claritromicină 7,5 ml la 12 ore (eradicarea infecţiei, reducerea duratei de evoluţie a afecţiunii, prevenirea recurenţelor) timp de 5 zile
- antipiretic: Ibuprofen 20mg/ml câte 5ml x 2-3/zi.

……

! Consilierea părinților cu privire la tratamentul antipiretic poate fi, uneori, o adevărată provocare.

Sunt trei aspecte care se repetă frecvent în dialogul cu părintele:

1) Clasificarea febrei (după Clinical Pediatrics 2011):

Vârsta	Interval temperatură corporală normal	Febră	Febră înaltă
0-3 luni	36,3-37,9°C	> 38,0°C	> 38,0°C
3-36 luni	35,9-38,0°C	38,1-39,0°C	> 39,0°C
>36 luni	35,4-37,7°C	37,8-39,4°C	> 39,5°C

2) Managementul febrei - argumente:

- Febra nu reprezintă o afecţiune în sine. Este un mecanism fiziologic cu efecte benefice în lupta organismului împotriva infecţiilor. Febra întârzie multiplicarea bacteriilor şi virusurilor, creşte producţia neutrofilelor şi proliferarea limfocitelor T, ajutând organismul să reacţioneze în faza acută a infecţiei.
- În consecinţă, scopul principal al tratamentului ar trebui să fie reprezentat de reducerea disconfortului şi îmbunătăţirea stării generale (1).
- Tratamentul antipiretic la copii este recomandat doar când febra se asociază cu disconfort evident: plâns prelungit, iritabilitate, reducerea activităţii obişnuite, reducerea apetitului, perturbarea somnului (2).
- Tratamentul antipiretic la copii trebuie iniţiat începând cu valoarea de 39,0 C (recomandare a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii).
- Ibuprofenul şi paracetamolul sunt medicamente antipiretice aprobate şi recomandate la copii (3).

3) Tratamentul febrei nu se face cu antibiotic!

.....

- antihistaminic: Rupatadină 2,5ml/zi, timp de10 zile
- mucolitic: Erdosteină 5ml x 2/zi (anti-adeziv bacterian, mucomodulator, antioxidant, anti-inflamator), timp de 10 zile
- dezinfecție nazofaringiană.

3. Tratamentul chirurgical, este exclusiv recomandarea specialistului ORL și constă în îndepărtarea țesutului limfatic hipertrofiat din rinofaringe. Intervenția se practică în plină stare de sănătate, după tratarea în prealabil a eventualelor infecții nazofaringiene asociate. Este în general bine tolerată, lăsând o ușoară jenă retronazală, amendată rapid cu un antalgic obișnuit, permițând reintrarea în colectivitate după 7 zile.

Metoda care se practică este o excizie clasică sau prin coblație, metodă nouă ce reduce sângerarea intraoperatorie și asigură o vindecare mai rapidă.

Indicații absolute:

- Obstrucţia căilor respiratorii superioare datorată hipertrofiei adenoidiene şi/sau tonsilare cu evidentă hipoventilaţie alveolară (Adenotosilectomie)
- Evidentă tulburare în alimentaţie şi deglutiţie datorată hipertrofiei tonsilare (Tonsilectomie)
- Obstrucţie nazală gravă datorată hipertrofiei adenoidiene cu tulburări de respiraţie şi somn evidente: Adenoidectomie + tonsilectomie (dacă coexistă hipertrofie tonsilară accentuată)

Indicații relative:

- Otită medie recurentă catarală sau supurată, în care a fost efectuată cel puţin o dată paracenteza.
- Obstrucţie nazală persistentă:
  - cu respiraţie stertoroasă sau orală şi cu demonstrarea radiologică a hipertrofiei adenoidiene
  - sinuzită sau rinofaringită cronică
  - infecţii recurente.

Recomandările la sfârșitul vizitei au fost:

- Respectarea indicațiilor igieno-dietetice (administrarea ibuprofenului se face doar la persoanele care se hidratează corect) și terapeutice.
- Revenire după 5 zile de administrare a tratamentului antibiotic pentru control și trimitere la laborator în vederea unei evaluări a stării de sănătate și a stabilirii conduitei terapeutice pe termen lung.
- După vindecare, progamare la consult ORL pentru reevaluarea oportunității tratamentului chirurgical.
- Consiliere psihologică.

Particularitățile cazului

Tatăl, ca de obicei, nu mai revine cu copilul la control. Consideră că prezentarea promptă la consultație pentru rezolvarea simptomatologiei acute este suficientă.

În restul timpului copilul *„este sănătos, n-are nimic, de ce să mai vin?*

Etalonarea trebuie repetată dacă temperatura se schimbă semnificativ pe parcursul unei zile. În unele situații (de exemplu: testarea angajaților din fabricile industriale), calibrarea trebuie efectuată de două ori pe zi. Trebuie păstrat cel puțin un jurnal de calibrare și întreținere, respectiv copii electronice sau tipărite ale spirometriilor efectuate, astfel încât să se poată verifica acuratețea și precizia testelor anterioare. Măsurile suplimentare pentru controlul calității echipamentului reprezintă instalarea actualizărilor software și calibrarea trimestrială a ceasului.

În ceea ce priveste *igiena și prevenția infecțiilor*, scopul principal este de a evita contaminarea personalului sau pacienților în cursul explorării: transmisie prin contact direct cu materialul utilizat (prin piesa bucală, valve, site, conducte și care pot determina infecții de căi respiratorii înalte, infecții digestive, infecții transmise prin sînge sau dacă există o plagă la nivelul mucoasei bucale, respectiv prin sângerare gingivală) sau transmise prin contact indirect, cu aerosolii produși de un pacient bolnav de tuberculoză, infecții virale, infecții oportiniste, pneumonii nosocomiale). Soluția este igiena riguroasă a tuturor dispozitivelor reutilizabile prin dezinfecție și sterilizare înaltă, spălarea pe mâini a personalului după fiecare manevră dar și purtarea de mănuși.

Frecvența optimă a dezinfecției și sterilizării nu este statuată, dar orice aparat a cărui suprafață vine în contact cu condensatul expirului unui bolnav de tuberculoză, trebuie sterilizat înainte de o nouă utilizare. In cazul explorării unui pacient purtător de o boală infecțioasă transmisibilă, se cer precauții suplimentare și anume dedicarea unor materiale exclusive pentru pacientul infectat, testarea acelui pacient la sfârșitul programului cu demontarea și sterilizarea aparaturii, cu testarea acelor pacienți în camera de izolare și obligatoriu port de protecție pentru technician.

În laboratorul de explorări funcționale, *ordinea executării testelor* este: spirometrie simplă; determinarea volumelor pulmonare statice; determinarea TLCO (factor de transfer gazos); spirometrie cu test de bronhodilatație.

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. American Academy of Pediatrics. Clinical Report-Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics*. 2011;127;580-587.
2. Chiappini E et al. Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. Management of fever in children: Summary of the Italian pediatric society guidelines. *Clinical Therapeutics.* 2009;31(8); 1826 – 1843. Available from: DOI: https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.08.006 [Accesed 15th June 2018].
3. *Lista Medicamentelor Esențiale*. OMS 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93143/EMLc_4_eng.pdf;jsessionid=67A0C808D6D3DE8C1B019061CBA1BDF7?sequence=1 [Accesed 10th July 2018].

 © Mediadomexpress.srl

Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

Legislaţie

Noutăți în domeniul concediilor medicale - cazuri comentate

Șef lucr. univ. Dr. Ioana Soare

Universitatea ‘’Titu Maiorescu’’ București România, Expertiză medicală

Primit: 16.08.2018 • Acceptat pentru publicare: 1.09.2018

Rezumat

Concediile medicale se acordă în prezent doar dacă pacientul are 6 luni lucrate în ultimele 12 luni. Pentru angajații transfrontalieri în Uniunea Europeană se utilizează formularul E112. A apărut un nou contract de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate, pentru Persoană Fizică Autorizată (avocați, medici, etc.) care se încheie cu Casa de Asigurări de Sănătate de domiciliu.

Discuțiile de caz introduse în articol exemplifică schimbările aduse de noua ordonanță privind concediul medical.

Cuvinte cheie: *concediu medical, indemnizație, avocat, accident de muncă, boală profesională*

MEDICAL PRACTICE

Legislation

News in the field of short term sick leave - commented cases

Abstract

Short term sick leave is currently granted only if the patient has worked 6 months in the last 12 months. For cross-border workers in the European Union, form E112 is used. We have a new contract for sick leave and sickness insurance for certain professions (lawyers, doctors, etc.).

This article will exemplify case-by-case the changes brought by the new ordinance on short term sick leave.

Keywords: *short term sick leave, benefits, lawyer, workplace accidents, occupational disease*

 © Mediadomexpress.srl

Introducere

În decembrie 2017 a apărut **o nouă ordonanță privind concediul medical, OUG 99/2017**.

Normele de aplicare au apărut în ianuarie 2018 (**Ordinul comun** al Ministrului Sănătății și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate **nr.15/1311/2018**) și încă sunt incomplet aplicate și necunoscute de către medici.

Concediul medical este denumit de legiuitor incapacitate temporară de muncă (short term sick leave). Reprezintă o formă de asigurare socială, obligatorie, de înlocuire a salariului, respectiv a veniturilor persoanei asigurate pe perioada în care nu poate lucra sau nu se poate prezenta la serviciu (ex. copil bolnav, carantină, perioadă de acomodare pentru adopție copil). Banii primiți se numesc indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă. În Marea Britanie, unde termenii se aleg pe motive psihologice, acești bani se numesc benefit (beneficiu).

Fondurile provin de la Casa de asigurări de sănătate, respectiv **Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate**, în România.

Unele drepturi de protecție socială se exportă între țările Uniunii Europene (UE). Pentru angajații transfrontalieri se utilizează formularul E112 pentru drepturile de concediu medical.

Un medic poate acorda concedii medicale numai dacă a încheiat o convenție cu o Casă de sănătate. **Doar cu o singură casă de sănătate, la fel ca pentru rețete.**

Certificatul de concediu medical este un act medical, un act medico-legal și un act contabil.

Concediul medical se ACORDĂ DE CATRE MEDIC NUMĂRÂNDU-SE ZILELE CALENDARISTICE (și sâmbăta și duminica, alte zile libere oficiale) DAR SE PLĂTEȘTE DOAR PENTRU ZILE LUCRATOARE.

Ce aduce nou OUG 99?

1. Stagiul de cotizare trebuie să fie de minim 6 luni în ultimele 12 luni, nu o lună ca până acum.

2. Cine are dreptul să obțină certificat de concediu medical?

Până acum aveau dreptul la concediu medical salariații, șomerii (Art. 1 alin 1 punctul d), **acum și soţia/soţul** titularului intreprinderii individuale/ persoanei fizice autorizate (Art. 1 alin 2). Au dreptul la concediu medical și persoanele care sunt angajate cu contract de muncă pe durată determinată, timp parţial - 2 sau 4 ore/zi, pensionarii de invaliditate gradul III, DAR NU pensionarii de limită de vârstă reangajaţi.

Persoanele fizice, care nu lucrează sau au PFA se pot asigura prin contract cu Casa de sănătate, ca până acum, plătind 5,5 sau 10%. Vor avea astfel dreptul la îngrijiri de sănătate. **Ca să aibă dreptul la concediu medical, trebuie să încheie încă un contract (Anexa 2 din ordinul 15/2018) cu casa de sănătate, prin care să se oblige să plătească încă 1% pe lună.**

Discuție de caz

O doamnă avocat, care suferea de o boală neurologică de mai mulți ani, a cerut un certificat de concediu medical. Doamna era asigurată de peste 10 ani la Casa de Asigurări a Municipiului București (CASMB) si de peste 15 ani la Casa de Asigurări a Avocaților.

Pacienta a obținut certificatul de concediu medical, cu care s-a prezentat la Casa de Asigurări a Avocaților.

Nu a putut prezenta duplicatul la CASMB, pentru că nu avea încheiat CONTRACT de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate, și nu plătise 1% contribuție suplimentar în 6 luni din ultimele 12 luni.

Dacă ar fi știut și ar fi plătit, ar fi putut obține bani de la ambele case de asigurări.

Duplicatul certificatului de concediu medical în acest caz ar fi trebuit emis la fel ca în cazul persoanelor care lucrează cu 2-3 contracte de muncă - se eliberează un al doilea certificat pentru aceeași perioadă și medicul scrie pe el ”Duplicat”.

Pacientul este obligat să ducă certificatul de concediu medical în același timp la toate locurile de muncă - nu are voie să ducă certificatul doar la un loc de muncă și să lucreze în continuare la celălalt loc de muncă.

Discuție de caz

O pacientă care era angajată economist, dar preda și la o facultate, a luat un certificat de concediu medical pentru un puseu de tensiune și angină pectorală, pe o perioadă scurtă, de 14 zile. A prezentat certificatul doar la angajator, nu și la facultate, unde era vacanța studenților.

Conform legii, ar fi fost obligată să prezinte duplicatul și la facultate.

3. O problemă foarte interesantă este: Cui aparține certificatul de concediu medical?

Din punct de vedere juridic, certificatul aparține pacientului. Deci acesta poate decide dacă îl va depune la angajator sau nu. Pacientul poate decide să se prezinte la muncă mai devreme, caz în care certificatul va fi returnat medicului pentru a fi modificat.

4. Ce modificăm?

Certificatul fiind un act contabil, poate fi modificat timp de 5 ani, la fel și sumele aferente. **Putem modifica** aproape orice pe el - adresa, CNP-ul, perioada, codul de boală sau codul de indemnizație.

Ce nu putem modifica - NUMELE, data acordării, unitatea emitentă, parafa și semnătura medicului emitent.

De exemplu, dacă se declară cu întârziere sau prin proces un accident de muncă sau o boală profesională, pacientul poate cere retroactiv modificarea certificatului, respectiv modificarea codului.

 © Mediadomexpress.srl

Discuție de caz

O pacientă a căzut pe scări la locul de muncă. S-a dus după câteva zile la medic și a fost tratată pentru o fractură de gleznă. A primit concediu medical pentru boală obișnuită. După două luni a fost declarat accidentul de muncă, iar pacienta a trebuit să vină la medic și să modifice certificatele de concediu medical.

În cazul bolilor profesionale, orice medic are voie să semnaleze un caz, completând fișa BP1. Dar declararea bolii profesionale se face după ce se măsoară noxele la locul de muncă și după ce se eliberează fișa BP2, de confirmare a bolii profesionale. Având în vedere faptul că aceste confirmări vin după câteva luni, abia atunci avem voie să modificăm certificatul de concediu medical.

Doar medicul care a dat certificatul are dreptul de a-l modifica, timp de 5 ani de la data emiterii - se taie cu o linie, se scrie deasupra, se semnează și se parafează.

Conflict de interese: nu există

 © Mediadomexpress.srl

Revista Română de Medicina Familiei
Romanian Journal of Family Medicine

Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

MANAGEMENT

Relația medic geriatru-medic de familie în contextul îmbătrânirii populației

Prof. univ. Dr. Ioana Dana Alexa[1,4,5], Șef lucr. univ. Dr Anca Iuliana Pîslaru[1,5], Șef lucr. univ. Conf. Dr. Adina Carmen Ilie[2,6], Dr. Carmen Sandu[3,6], Dr. Adriana Pancu[3,5], Asist. univ. Dr. Ramona Ștefăniu[1,5] Asist. univ. Dr. Ioana Alexandra Sandu[1,5]

[1]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa" Iaşi, România, [2]Cabinet Medical Individual C. Medis Iași, România, [3]Cabinet Medical Individual Nicolina Iași, România, [4] Medicină internă, [5]Geriatrie-gerontologie, [6]Medicină de familie

Primit: 21.08.2018 • Acceptat pentru publicare: 9.09.2018

Rezumat

Populația mondială îmbătrânește, iar lumea medicală este obligată să reconsidere abordarea pacienților în vârstă și să promoveze strategii pentru a asigura îmbătrânirea sănătoasă cât mai mult posibil. Aceste aspecte sunt de obicei gestionate de o echipă multidisciplinară unde liderii sun medicul generalist/de familie și geriatrul. Pacientul în vârstă are o serie de particularități (comorbidități multiple, polifarmacie, risc crescut de iatrogenitate, manifestări atipice ale bolii, scăderea gradului de complianță), ceea ce face mai dificilă gestionarea pe termen scurt și lung și de aceea este atât de important ca medicul generalist/de familie și medicul geriatric să colaboreze.

Medicul geriatru, ca șef al echipei multidisciplinare, este responsabil pentru evaluarea pacientului și este persoana care ar trebui să adreseze planul terapeutic individualizat medicului generalist/de familie, care va fi apoi responsabil pentru supravegherea implementării și supravegherii lui. Deși în prezent în România rețelele geriatrice sunt slab dezvoltate, ar trebui să continuăm să militățm pentru crearea unei relații solide între medicii generaliști/de familie și geriatri în beneficiul pacienților vârstnici.

Cuvinte cheie: *medic generalist/de familie, populație în vârstă, medic geriatru*

MANAGEMENT

Relationship between general practitioner and geriatricians in the aging population era

Abstract

The world population is getting older and the medical world is forced to reconsider the approach of elderly patients, and to promote strategies to ensure healthy aging as long as possible. These aspects are usually managed by a multidisciplinary team where the general practitioner/family physician and the geriatrician are the leaders. The elderly patient has a number of particularities (multiple comorbidities, polypharmacy, increased risk of iatrogenity, atypical manifestations of illness, low compliance) which makes it more difficult to manage in the short and long term, and this is why it is so important that the general practitioner and the geriatrician should work together.

The geriatrician, as head of the multidisciplinary team, is responsible for the evaluation of the patient and is the person who should refer the individualized therapeutic plan to the general practitioner. The general practitioner will be then responsible for the supervision of the implementation and surveillance of this plan, and is the one who refers back the patient to the geriatrician or other specialists when there are new developments in the patient's life. Although geriatric networks are poorly developed in Romania in these days, we should continue to militate for the creation of a solid relationship between general practitioners and geriatricians for the benefit of their elderly patients.

Keywords: *general practitioner, family physician, elderly population, geriatrician*

 © Mediadomexpress.srl

Medicul de familie este pilonul principal în asistența medicală primară și este liantul între pacient și medicul specialist; astfel el are rolul de a supraveghea pacientul, de a-l menţine într-o stare de sănătate optimă, de a promova un stil de viaţă sănătos, de a preveni sau depista o boala cronică în fază incipientă, de a trata complicaţiile unei afecţiuni, dar cel mai important rol este cel de a reorienta asistența medicală țintit pe nevoile pacientului.

Medicul de familie este un coordonator medical pentru pacient și la nevoie un "manager de caz", întrucât cunoaște tot istoricul său medical şi îl poate ghida către cele mai bune soluţii de tratament, în funcţie de recomandarea specialiştilor şi de situaţia sa specifică, dar şi de preferinţele sale.

Dacă ar fi să analizăm în ansamblu pachetul de servicii ce sunt oferite în sistemul public de sănătate din România vom constata că, practic, medicina de familie acoperă o bună parte din asistenţa medicală primară (profilaxia primordială şi primară), secundară (depistare precoce), terţiară (supravegherea activă a bolnavului cronic) şi urgenţa prespitalicească (prin centrele de permanență).

În ultimele decenii medicul de familie se confruntă cu o creștere numerică a populației vârstnice aflate în îngrijirea sa. La nivel mondial se înregistrează o îmbătrânire demografică, fenomen mai accentuat în țările dezvoltate economic sau în curs de dezvoltare, cum este și cazul țării noastre. Pentru România se preconizează o creștere procentuală a populației vârstnice de la 18%, în 1996, la 23%, până în 2025.

Particularități în îngrijirea vârstnicului

Preluarea în îngrijire a unui pacient vârstnic reprezintă o provocare pentru medicul de familie. Vârstnicul are, de obicei, numeroase boli cronice concomitente, fiind astfel un mare consumator de servicii medicale (consulturi dese la diverși medici specialiști – cardiologi, pneumologi, gastroenterologi, reumatologi, oncologi, oftalmologi etc) și fiind deseori expus polimedicației și iatrogeniei. Concomitent, pacientul vârstnic este victima deficitelor funcționale, cognitive și senzoriale specifice înaintării în vârstă, ceea ce va duce la o comunicare mai dificilă și durata consultației mai lungă. În plus, un astfel de pacient va avea motive numeroase să nu respecte indicațiile terapeutice, atât cele non-farmacologice cât și tratamentele medicamentoase (care, de obicei sunt complicate și confuze).

Pacientul vârstnic impune întotdeauna o atenție sporită, punând medicul de familie într-o situație diferită de cea a examinării unui pacient tânăr/adult, unde boala pot fi deseori mai ușor de identificat, și anume aceea de a diferenția normalul de patologic. Percepția persoanei vârstnice despre starea de normalitate poate diferi semnificativ față de realitate, ceea ce va duce la minimalizarea unor simptome/semne, cu neidentificarea corectă a diagnosticului. De exemplu, vârstnicul consideră constipația recent instalată ca o consecință directă a procesului de îmbătrânire și nu ca pe un semn relevant pentru neoplasmul de colon sau scăderea memoriei ca un semn relevant pentru boala Alzheimer. La aceasta se adaugă faptul că pacientul vârstnic relatează/prezintă de cele mai multe ori manifestări atipice ale bolilor, ceea ce face dificil de apreciat caracterul primar al unei urgențe.

Rețeaua de geriatrie din România

În țări dezvoltate economic și cu un grad accelerat de îmbătrânire a populației precum Franța, Olanda, Anglia, Italia, Japonia sau Statele Unite ale Americii se acordă o atenție deosebită menținerii, cât mai mult timp cu putință, a persoanelor vârstnice active, independente, inserate social și cu o calitate a vieții cât mai aproape de așteptările acestora. Acest fenomen, numit și *îmbătrânirea reușită*, se realizează cu ajutorul echipei multidisciplinare geriatrice, în care medicul de familie deține un rol proeminent.

În România, specialitatea de Geriatrie și Gerontologie a fost creată și promovată de prof.dr. Ana Aslan încă de la începutul anilor 1960. Este o ramură a medicinei care cercetează aspectele patologice ale îmbătrânirii tuturor organelor și sistemelor. Din acest motiv, această specialitate presupune ample cunoștințe, în primul rând din domeniul medical dar și din alte domenii, precum: psihologie, nutriție, recuperare medicală, asistență socială etc. Astfel, geriatria devine o disciplină cu un grad ridicat de interdisciplinaritate, ceea ce o recomandă ca o stiință de sine stătătoare.

Deși recunoscută ca o necesitate de primă mână în toată Europa, rețeaua de geriatrie din România este practic inexistentă în prezent. Există cabinete individuale de geriatrie în regim privat dar și în contract cu CAS pe care medicii de familie nu le cunosc și, din acest motiv, relația constructivă, bilaterală și benefică pentru pacient care ar trebui să existe între medicul de familie și medicul geriatru este practic inexistentă.

Evaluarea geriatrică şi serviciile oferite de medicul geriatru

Utilitatea stabilirii unei astfel de relații se vede în momentul în care este necesară *evaluarea geriatrică*, proces complex și consumator de timp care trebuie realizat la fiecare pacient odată cu împlinirea vârstei de 65 de ani, adică pragul de la care devine vârstnic. Trimiterea acestor persoane către cabinetele de Geriatrie sau Ambulatoriile din spitalele regionale se soldează cu o inventariere a tuturor aspectelor - fiziologice și patologice - ale vieții vârstnicului în cauză și cu elaborarea, în colaborare cu medicul de familie, a unui plan terapeutic adaptat nevoilor și posibilităților vârstnicului, care să poată fi implementat și supravegheat de medicul de familie/asistenta de teren și care să asigure o calitate a vieții cât mai aproape de așteptările persoanei vârstnice. Medicul geriatru și echipa multidisciplinară geriatrică are calitatea și resursele

necesare pentru a face acest profil patologic, psihologic, nutrițional, emoțional, social al vârstnicului, profil pe care îl transmite, prin scrisoare medicală detailată, medicului de familie.

O parte din serviciile oferite de medicul geriatru sunt decontate de CAS, lista completă fiind prezentată mai jos:

- consiliere geriatrică, promovare măsuri antiaging
- consult medic specialist
- electrocardiogramă (ECG)
- evaluare clinico-biologică
- evaluare diagnostică și tratament la pacienții cu tulburări de memorie
- evaluare funcţională (stabilirea gradului de independenţă)
- evaluare psiho-geriatrică
- monitorizarea tensiunii arteriale
- managementul bolilor cronice
- managementul bolilor intercurente
- managementul medicației
- oscilometrie
- plan personal de investigații pentru evaluarea stării de sănătate, a riscului pentru diverse afecțiuni, precum și a depistării posibilelor afecțiuni în stadiu incipient
- profil anti-aging
- screening deficit cognitiv
- teste de nutriție.

Care este profilul pacientului care ar beneficia de o evaluare geriatrică?

Orice vârstnic peste 60 ani este bine să fie îndrumat către medicul geriatru pentru o evaluare complexă care să permită o prevenție eficientă. Exemplu: depistarea fragilității în stadii timpurii, evaluarea statusului cognitiv si nutrițional, evaluarea riscului de cădere etc. Mai mult, evaluarea geriatrică vizează informarea suplimentară a medicului de familie despre patologiile asociate și care, eventual, vor necesita consult de specialitate.

În majoritatea țărilor europene medicii de familie sunt instruiți în îngrijirea pacienților vârstnici; în România medicii de familie nu au nici măcar mijloacele de specializare (cursuri, studii) care să îi ajute să ofere pacientului geriatric îngrijirea necesară și să poată face diferenţa între efectele normale ale înaintării în vârstă şi afecţiunile medicale.

În Franța, spre exemplu, medicul generalist (de familie) poate avea Geriatria ca supraspecializare, cu atât mai recomandată având în vedere indicele demografic crescut al populației peste 60 de ani. Rolul medicului geriatru în sistemul francez este mult mai complex decât în România. În situațiile în care este necesară internarea într-un cămin de bătrâni (EHPAD), medicul de familie, uneori împreună cu familia pacientului, se adresează medicului geriatru care va decide nevoia de internare continuă într-un centru specializat pentru asistență permanentă. De asemenea, sunt centre de recuperare (cardiologică, pulmonară, ortopedică, etc) unde, după episoade acute majore sau intervenții chirurgicale se decide împreună cu medicul geriatru internarea. După perioada de convalescență și recăpătarea independenței necesare pentru a se întoarce la domiciu, tot geriatrul va decide la externare dacă pacientul necesită asistență medicală la domiciliu, kinetoterapie sau consiliere nutrițională. Altfel spus, el face parte din echipa multidisciplinară care evaluează și stabilește planul terapeutic individualizat al pacientului. În caz de intervenții chirurgicale importante, inițierea de chimio/radioterapie, se va apela din nou la medicul geriatru care în urma evaluării geriatrice decide dacă beneficiază sau nu acel pacient de respectivul tratament.

În sistemul medical francez există centre de scurtă și lungă durată. De exemplu, în centrele de scurtă durată pacienții vârstnici pot fi urmăriți, reeducați funcțional, urmând ca ulterior să se întoarcă la activitățile zilnice, recăpătându-și condiția necesară traiului independent. Toate aceste centre au în echipa medicală și un medic geriatru, acesta luând decizii în ceea ce privește ajustarea medicației, urmărește evoluția în timp a pacientului, necesitatea anumitor manevre, terapii, intervenții, etc.

În concluzie

Considerăm că este strict necesară promovarea unei bune relaţionări între medicii de familie şi medicii geriatri.

În plus, trebuie conștientizat faptul că împlinirea medicului, indiferent de specialitate sau de locul în care își desfășoară activitatea, în mediul privat sau la stat, în mediul rural sau urban, vine atunci când terapia oferită unui pacient a avut rezultatele cele mai bune, ceea ce indică faptul că o bună colaborare între medicul de familie și cel geriatru oferă cele mai bune soluții la problemele de sănătate ale pacientului vârstnic.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toţi autorii au avut contribuţie egală la acest articol.

 © Mediadomexpress.srl

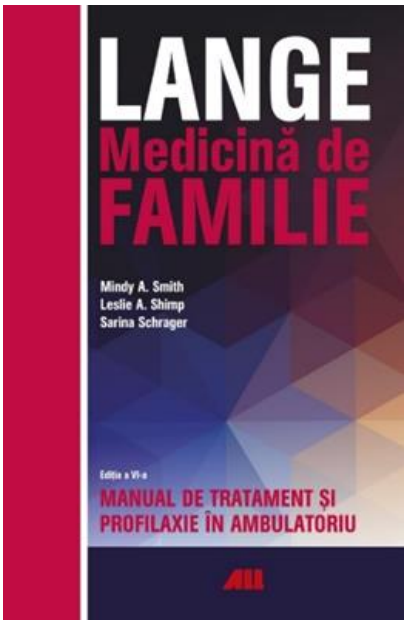
Vol 1 / Nr 3 / Septembrie 2018 https://www.revmedfam.ro

RECENZII

Medicină de familie – Manual de tratament și profilaxie în ambulatoriu

Autori: Mindy A. Smith, Leslie A. Shimp, Sarina Schrager
Bucureşti: Editura All, 2018

Această lucrare complexă, dar foarte ușor de utilizat, prezintă cele mai frecvente simptome, probleme și boli întâlnite în ambulatoriu de medicii de familie, internişti, pediatri, dar și de alți furnizori de asistență medicală primară.



Inițiativa realizării manualului a pornit de la convingerea că nu există boli, ci bolnavi. Fiecare pacient este un caz unic, pe care boala îl afectează într-un mod diferit.

Această carte este concepută ca o sinteză și abordează suferințele în forma în care se prezintă ele în viața reală, adică neclar, inconsistent și, deci, cu riscul de a induce confuzii în mintea medicului. Suprapunerile și mimarea acelorași simptome de către boli diverse necesită o judecată clară și o atenție susținută din partea medicului. Așadar, diagnosticul diferențial rămâne instrumentul cel mai eficient al medicului.

De cele mai multe ori, cărțile medicale sunt organizate pe baza sistemelor de organe, dar lucrarea de față este structurată în funcție de prezentările tipice ale pacientului la cabinetul medicului de familie.

Cuprinde cinci secțiuni, în cadrul cărora afecțiunile sunt prezentate în ordine alfabetică:

- Secțiunea 1 conține informații referitoare la problemele acute întâlnite cel mai frecvent;

- Secțiunea a 2-a oferă date despre tratamentul pacienților cu boli cronice comune;

- Secțiunea a 3-a este dedicată strategiilor de diagnostic și tratament în cazul afecțiunilor psihice;

- Secțiunea a 4-a abordează problemele de sănătate reproductivă;

- Secțiunea a 5-a este utilă medicilor de familie în prevenirea bolilor importante și promovarea sănătății.

Algoritmii de diagnostic și tratament pot fi accesați rapid. Datele de tratament prezentate sunt practice, specifice, inclusiv dozarea medicamentelor, efectele secundare și interacțiunile importante cu alte medicamente.

Lucrarea se adresează medicilor de familie studenților, medicinişti, medicilor rezidenți, dar și altor profesioniști din domeniul asistenței medicale în ambulatoriu.

 © Mediadomexpress.srl