

**Centrul
National
de Studii
pentru
Medicina
Familiei**



**Conferința națională cu
participare internațională**

**CALITATEA EUROPEANĂ
ÎN MEDICINA FAMILIEI**

**7-8
noiembrie
2008**

**București
Grand Hotel Rin Conference Center**

Conferința națională de medicina familiei
cu participare internațională
"Calitatea europeană în medicina familiei"
7 - 8 noiembrie 2008
Grand Hotel Rin Conference Center
București

COMITETUL DE ORGANIZARE

Dr. Cristina Isar, Președinte
Prof. Elvira Chirilă
Dr. Mirela Oniceanu
Dr. Daciana Toma
Dr. Monica Bătăiosu
Dr. Ion-Petru Miloș
Dr. Carmen Alexandra Căra

COMITETUL ȘTIINȚIFIC

Dr. Marius Mărginean, Președinte
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Germania
Dr. Tina Eriksson, Danemarca
Conf. Dr. Mădălina Manea
ȘL. Dr. Mădălina Dumitrescu
Dr. Andrea Neculau
Dr. Cristina Isar
Dr. Răzvan Miftode
Dr. Iuliana Popa
Dr. Cristian Sever Oană

Operator conferință:

CongressMaster SRL
Dr. Ioan Cuculescu
E-mail: office@congress-master.ro

<http://www.cnsmf.ro/conf2008>

Dragi colegi,

Într-un fel sau altul, direct sau pe ocolite, CALITATEA este cea care ne preocupă pe toți, în fiecare minut. Calitatea în profesie, în viața de zi cu zi, calitatea educației și a valorilor transmise etc.

Puțini dintre noi au însă energia și știința de a provoca schimbări, atât de necesare atingerii calității. Și mai puțini fac din urmărirea calității un proces sistematic.

În 7-8 Noiembrie 2008, aveți ocazia să participați la un ALTFEL de dezbateri pe tema calității în medicina de familie. De la buna practică în prescrierea medicamentelor, la soluții pentru evaluarea și ameliorarea managementului cabinetului; de la provocarea abordării sistematice a bolilor cronice, la cum putem aprecia și folosi, în folosul pacienților noștri, oportunitățile educaționale oferite de campanile preventive.

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei vă invită să întâlniți colegi din țară și străinătate la un *Lunch-Conference* despre ce înseamnă *Calitate Europeană în Medicina Familiei*.

Noi vă oferim cadrul SPECIAL, pentru ca alături de invitații noștri, să putem găsi soluții practice pentru îmbunătățirea calității serviciilor noastre.

Dacă X% dintre cei prezenți vor descoperi în acest eveniment o sursă de inspirație pentru îmbunătățirea activității lor, misiunea noastră a fost îndeplinită !

CNSMF

**Conferința cu participare internațională
"Calitatea europeană în medicina de familie"
Rin Grand Hotel Conference Center, București
7 - 8 Noiembrie 2008**

Vineri, 7 noiembrie 2008

**9,30 – 11,00 Buna practică în prescrierea
medicamentelor**

**Erorile în prescriere: Medicamente careucid?
Principiile unei bune practici în prescrierea
medicamentelor**

Dr. Cristina Isar, Dr. Eduard Armeanu

**Infecțiile cutanate - terapie optimă și limite de intervenție
în asistența medicală primară**

Dr. Răzvan Miftode, Conf.dr. Egidia Miftode

Abordarea terapeutică a cefaleei tip migrenă

Dr.Valeriu Dan Sandu, Dr. Crisanda Valciu

Vârstnicul - o provocare pentru medicul prescriptor

Dr. Andrea Neculau

Managementul insuficienței venoase cronice

Simpozion Servier

Conf. Dr. Daciana Brănișteanu

11,00 - 11,30 Pauză

**11,30 – 13,30 Buna practică în prescrierea
medicamentelor**

**Particularități terapeutice ale nevralgiei post herpetice
(NPH)**

Dr.Valeriu Dan Sandu, Dr. Crisanda Valciu

**Actualități în tratamentul diabetului zaharat tip 2 -
ADVANCE cel mai mare studiu în diabetul zaharat tip 2.
Simpozion Servier**

Dr. Ovidiu Marius Brădescu, Institutul N. Paulescu

Inhibitorii de pompă protonică și protecția gastrică

Conf. Dr. Mădălina Manea

**De la hipertensiune, la insuficiența cardiacă - Locul
sartanilor. Simpozion Astra Zeneca**

Dr. Virgil Petrescu

**Strategia inițierii și conducerii tratamentului
anticoagulant**

Dr. Adina Darabanțiu

Riscul beta-blocantelor în HTA

Dr. Sever Cristian Oană

13,30-14,00 Pauză

**14,00 – 16,00 Calitatea managementului în cabinetul de
medicina familiei**

**Managementul calității în asistența medicală primară.
Rolul European Practice Assessment (EPA).**

*Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Universitatea de Medicina
Heidelberg, Germania*

**Vizita evaluatorului la cabinetul de medicina familiei -
cum se face?**

Petra Wippenbeck, Institutul AQUA Gottingen, Germania

**Strategia belgiană de creștere a calității în medicina
familiei.**

Dr. Piet van den Bussche, Domus Medica, Belgia

**Cum să identificăm bunele practici medicale în asistența
primară? - Analiza activității cabinetului MF cu ajutorul
instrumentului EPA**

Dr. Marius Mărginean, Dr. Andrea Elena Neculau

Implementarea EPA la nivel național în Germania

Prof.Dr. Joachim Szecsenyi, Universitatea de Medicina Heidelberg, Germania

Realizarea rețelei pentru calitate de către medicii de familie din Finlanda

Dr. Klas Winell, Finlanda

16,00 – 16,20 Pauză

16,20 – 18,00 Masă rotundă privind strategia de creștere a calității în medicina familiei,

cu participarea unor reprezentanți ai Ministerului Sanatatii Publice, Casa de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor, Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală.

Sâmbătă, 8 noiembrie 2008

9,30 – 11,30 - Managementul bolilor cronice

Diagnosticul depresiei adultului

Iuliana Picioreanu, Aurel Condrea, Iuliana Popa, Maria Ioniță, Dana Ștefana Popescu

Tratamentul depresiei adultului

Aurel Condrea, Iuliana Picioreanu, Iuliana Popa, Maria Ioniță, Dana Ștefana Popescu

Terapia cognitiv-comportamentală în depresie: parteneriatul medic de familie – psihoterapeut

Psiholog clinician Domnica Petrovai

O analiză a rolului și contribuției sistemului primar în monitorizarea Diabetului Zaharat în Europa (2008)

Dr. Dan Pletea

Explorarea termografică a piciorului diabetic

Dr. Gheorghe Șerbu, Dr. Maria Livia Suhastru, Dr. Carmen Pîrjol, As. Ovidiu Acatrinei

11,30-12,00 Pauză

12,00-13,45 Managementul bolilor cronice

Prevalența bolilor respiratorii cronice în populația României

Dr. Ioana Dărămuș, Prof. Dr. Florin Mihălțan, Dr. Irina Strâmbu, Dr. Ioana Munteanu, Dr. Mihaela Mihailovici, Dr. Dana Fărcășanu

Implementarea strategiei PAL

Dr. Ioana Dărămuș, Dr. Mihaela Mihailovici, Dr. Dana Fărcășanu

Abordarea sindromică a pacienților cu simptome respiratorii

Dr. Cristina Isar, Dr. Dragoș Bumbăcea

Aspecte clinice și terapia de lungă durată în îngrijirea pacientului cu astm bronșic

Dr. Cristina Isar, Dr. Monica Bătăiosu, Dr. Alexandra Căra, Dr. Dragoș Bumbăcea,

Managementul astmului bronșic - ghid de practică pentru medicul de familie

Dr. Monica Bătăiosu, Dr. Dragos Bumbăcea, Dr. Alexandra Căra, Dr. Elena Mădălina Dumitrescu, Dr. Cristina Isar, Dr. Cristina Lupascu, Dr. Daciana Toma

13,45 – 14,15 Pauză

14,15 – 15,45

**Intervenții naturiste în astmul bronșic la copil -
Prezentare de caz**

Dr. Gabriela Comișel, Conf.Univ.Dr. Mădălina Manea

Parteneriatul în îngrijirea pacientului cu BPOC

Dr. Irina Strâmbu

Aspecte problematice legate de terapia în bolile pulmonare obstructive- astmul bronșic și BPOC.

Simpozion GlaxoSmithKline

Sef lucrari Dr. Dragoș Bumbăcea

15,45 – 16,15 Pauză

16,15-18,30 Prevenția și campaniile de promovarea sănătății

ICMed - mai mult decât un soft medical de cabinet

Andreas Kuglis, Szonic

Campania de informare, educare, schimbare de comportamente - nutriție sănătoasă și exercițiu fizic la adolescenți - parte a componentei de prevenție primară din cadrul Strategiei naționale de abordare a bolilor netransmisibile

Psiholog Mihaiță Lupu, Dr. Ioana Veștemean, Ing. Adriana Gălan

Campania de informare, educare, schimbare de comportamente din cadrul programului de screening organizat pentru depistarea cancerului de col uterin - parte a componentei de prevenție secundară din cadrul Planului Național de Cancer

Dr. Constantina Albu, Dr. Mihaela Bardos, Dr. Ofelia Șuteu, Dr. Cristina Vladu

Campanie de informare, educare, schimbare de comportamente din cadrul Planului Național de Boli Rare

Dorica Dan, Conf. Dr. Maria Puiu, Dr. Luminita Russen

18,30 – Eliberarea diplomelor de participare

7 Noiembrie 2008

Erorile în prescriere: Medicamente careucid? Principiile unei bune practici în prescrierea medicamentelor

Dr. Cristina Isar, medic primar de medicina familiei, CNSMF

Dr. Eduard Armeanu, medic specialist de medicina familiei, avocat

Un raport medical din 1998 arată că medicamentele omoară în medie 160.000 de americani, adică aproximativ de 3 ori mai mulți decât cei decedați în accidente rutiere. Altfel spus, medicamentul reprezintă a 4-a cauză de deces în SUA, după bolile coronariene, cancer și accidente cerebro-vasculare. În România, astfel de statistici lipsesc, dar în absența unor mecanisme de înregistrare și monitorizare a erorilor de prescriere a medicamentelor, nu ne așteptăm ca lucrurile să stea mai bine.

În această prezentare, autorii abordează principalele cauze de eroare în prescripția de medicamente, într-o încercare de a atrage atenția asupra importanței unui fapt, devenit banal pentru medic și problematic pentru pacient, cum este prescrierea unui medicament, care fie, poate salva fie, poate deveni un asasin periculos.

În contrapondere, se enunță principiile de care medicul ar trebui să țină cont în permanență, atunci când alege un medicament sau altul.

Infecțiile cutanate - terapie optimă și limite de intervenție în asistența medicală primară

Dr. Razvan Miftode, Conf.dr. Egidia Miftode**,*

**) medic primar MF, CNSMF, SMF Iași*

***) Facultatea de Medicină, UMF "Gr.T.Popa" Iași, Disciplina de Boli Infecțioase*

Abordarea diagnostică și terapeutică a infecțiilor cutanate prezintă elemente de dificultate pentru orice specialitate clinică, datorită 1) diagnosticului dificil în numeroase situații, 2) varietății manifestărilor cutanate, 3) datelor precare privind natura agenților implicați și 4) bolilor asociate. În plus, germenii implicați au suferit și suferă mutații în mecanismele de rezistență împotriva antibioticelor/ chimioterapicelor, ceea ce determină noi bariere în instituirea unei terapii eficiente.

Lucrarea de față intenționează să prezinte aspecte practice, orientative pentru diagnosticul și atitudinea terapeutică față de infecțiile cutanate comune cel mai des întâlnite în practica medicală primară. De asemenea sunt propuse sau re-amintite opțiuni terapeutice de primă intenție și măsurile de prevenție în cazul leziunilor produse de insecte/ animale precum și limitele intervenției medicului de familie în această patologie.

Abordarea terapeutică a cefaleei tip migrenă

Dr. Valeriu Dan Sandu medic primar MG, Dr. Crisanda Vâlcu medic primar neurolog, Asistent Univ. Spital Clinic Fundeni

Limbajul comun confundă migrena și cefaleea. Recunoașterea migrenei este importantă datorită frecvenței și tratamentului specific. Cefaleea simptomatică cronică este mai rară, dar e și o capcană diagnostică. Cefaleea tensională este și ea frecventă, solicitând un demers diagnostic și terapeutic particular.

Diagnosticul de cefalee se bazează în special pe anamneză ce precizează: caracterul, evolutivitatea, semnele însoțitoare și terenul. Examenul clinic aduce date specifice. Examenele complementare se fac în funcție de ipoteza diagnostică.

Migrena este o afecțiune benignă și complicațiile sunt excepționale. Gravitatea funcțională este dată de frecvența crizelor și răsunetul lor pe activitatea subiectului. Frecvența e

variabilă de la un individ la altul și chiar la același individ în funcție de perioadă.

Natura migrenoasă e confirmată de negativitatea examenelor complementare scanner, RMN și arteriografie, iar în unele cazuri și de factorul genetic.

Aceste motive fac ca (în momentul stabilirii diagnosticului) demersul terapeutic, să fie la îndemana medicului de familie care poate recomanda mai multe variante de tratament pentru migrena.

Vârstnicul - o provocare pentru medicul prescriptor

Dr. Andrea Neculau, medic primar medicina familiei

Vârsta înaintată se însoțește de modificări farmacocinetice și farmacodinamice care determină o sensibilitate particulară la anumite clase de medicamente. De asemenea, datorită coexistenței mai multor boli și a polipragmăziei, crește și riscul de efecte adverse.

În ciuda faptului că se cunosc aceste particularități, translația în practică a recomandărilor de bună prescriere la persoanele vârstnice rămâne deficitară, în așa fel încât polipragmăzia este încă frecvent întâlnită.

La aceasta adăugăm și asocierea de diferite medicamente fără prescripție medicală, care nu fac decât să crească riscul de efecte adverse.

Scopul lucrării este să pună la dispoziția medicului practician, folosind pretextul unor cazuri clinice, câteva instrumente de sprijin pentru buna practică în prescriere.

În literatură sunt citate diferite strategii și instrumente de identificare a pacienților la risc pentru efecte adverse care sunt mai puțin cunoscute medicului prescriptor din România : Screening Tool of Older Person Prescription (STOPP) și Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START).

Acestea sunt prezentate în adaptare pentru uzul medicului de familie. De asemenea sunt enumerate recomandări pentru prescriere la persoanele vârstnice.

Simpozion Servier – Managementul insuficienței venoase cronice

Conf. Dr. Daciana Brănișteanu

Insuficiența Venosă Cronică este o patologie frecventă la nivel mondial. Conform studiilor epidemiologice desfășurate până la acest moment, femeile sunt mai frecvent afectate decât bărbații.

Insuficiența Venosă Cronică este o boală evolutivă, care în lipsa tratamentului progresează către stadiile avansate sau către complicații.

În România, la ora actuală, 1 din 3 adulți suferă de această boală, dar cei mai mulți dintre ei nu sunt conștienți de prezența bolii. Debutul bolii este insidios, pacienții prezentând simptome nespecifice precum senzație de picior greu, de picior obosit, senzație de umflare, crampe musculare - simptome care se accentuează în a doua parte a zilei și care dispar după repaosul nocturn. Ulterior la nivelul gambelor apar mici venule dilatate, izolate sau grupate. Acestea sunt primele semne ale bolii, dar nefiind însoțite de dureri sunt ignorate. Primele semne la care pacienții reacționează, și în special femeile, datorită aspectului inestetic, sunt dilatațiile varicoase. Stadiile avansate ale bolii sunt caracterizate de prezența edemului, a tulburărilor trofice cutanate și a ulcerului venos activ sau vindecat.

Ce putem face pentru a reduce cât mai mult impactul negativ al acestei boli. Prima și cea mai simplă soluție este un diagnostic clinic cât mai precoce. Cum de cele mai multe ori pacientul nu descrie simptomele sugestive pentru această boală, singura soluție este întrebarea proactivă a pacientului: „Aveți senzație de picior greu?”, „Vă dor uneori picioarele seara?”. Conform celui mai recent studiu epidemiologic din România, întrebarea pacienților despre simptomele sau semnele bolii conduce la o dublare a pacienților diagnosticați cu IVC. Mai mult, tratată din stadiul de simptome, boala poate fi oprită din evoluție și pot fi evitate stadiile avansate sau complicate. Singurul medicament care a dovedit eficiență în

blocarea evoluției bolii este DETRALEX (fracțiune flavonoidică purificată micronizată).

Particularități terapeutice ale nevralgiei post-herpetice (NPH)

Dr. Valeriu Dan Sandu medic primar MG, Dr. Crisanda Vâlcu medic primar neurologie, asistent univ. Spital Clinic Fundeni

Nevralgia post-herpetică (NPH) este o complicație a zonei zoster, care se manifestă în special la vârstnici. NPH, ce atinge o morbiditate semnificativă, poate determina insomnie, oboseală, depresie și poate să interfere cu activitatea zilnică la pacienții afectați. Tratamentul NPH începe încă din faza de herpes acut și se face cu antivirale. Acyclovir (Zovirax), valaciclovir (Valtrex) sau famciclovir (Famvir). Toate s-au dovedit a reduce atât perioada de evoluție a erupției cât și durerea asociată. Aceste antivirale sunt mai eficiente când sunt utilizate în primele 72h de la debutul erupției.

Efectele adverse sunt mici și constau în senzație de greutate, vărsături, dureri abdominale și cefalee. Alte opțiuni de tratament pt. NPH includ analgezice cu acțiune locală, anagezice opioide, antidepressive triciclice și gabapentin.

Datorită complexității, la mulți pacienți, NPH necesită tratamente combinate pentru controlul adecvat al durerii.

Simpozion Servier

Actualități în tratamentul diabetului zaharat tip 2- ADVANCE cel mai mare studiu în diabetul zaharat tip 2

Dr. Ovidiu Marius Brădescu, Institutul N. Paulescu

Rezultatele celui mai mare studiu desfășurat în diabetul zaharat au fost prezentate în premieră în data de 6 iunie 2008, la San Francisco, în cadrul Congresului Asociației Americane de Diabet (ADA). Acest studiu internațional,

randomizat, dublu orb, a fost inițiat, condus, monitorizat, analizat și prezentat de către George Institute for International Health din Australia și a fost realizat independent de orice companie farmaceutică.

Principalele obiective ale studiului au fost reprezentate de evaluarea, la pacientul diabetic, a riscului compozit macro-și microvascular, cât și o evaluare separată a acestora. După o perioadă de urmărire de circa 5 ani de zile, studiul ADVANCE a demonstrat că un control intensiv al valorilor glicemiei nu conduce la o creștere a riscului de deces (așa după cum s-a arătat în studiul ACCORD, aceasta fiind și principala cauză care a dus la oprirea acestuia).

În grupul supus unui control intensiv al valorilor glicemice (realizat prin administrarea a 1-4 tablete Diaprel MR zilnic) a fost atinsă o valoare a HbA1c de 6.5% comparativ cu 7.3 % înregistrată în lotul controlat standart, diferența medie pe tot parcursul studiului fiind de 0.8% între cele două loturi.

Strategia inițierii și conducerii tratamentului anticoagulant

Dr. Adina Darabanțiu, CNSMF Timișoara

Tratamentul anticoagulant oral cu antagoniști ai vitaminei K este tot mai frecvent folosit în ambulator la pacienții aflați în grija medicului de familie. Antagoniștii vitaminei K inhibă sinteza hepatică a factorilor coagulării dependenți de vitamina K (II, V, VII și IX), acționând asupra căii intrinseci și comune a cascadei coagulării. În România acenocumarolul este anticoagulantul oral utilizat. Indicațiile anticoagulării orale sunt variate (atât profilactice cât și curative), cuprinzând tromboza venoasă profundă, tromboembolismul pulmonar, fibrilația și flutterul atrial, protezele valvulare, postinfarct miocardic, embolii cerebrale sau periferice. Intensitatea anticoagulării depinde de condițiile pentru care se administrează și este urmarită prin

determinarea INR (international normalised ratio). Inițierea tratamentului anticoagulant poate fi făcută în ambulator, la pacienții stabili, cu o doză inițială de încărcare, urmată de doza de întreținere stabilită în funcție de INR. Urmărirea pacienților, frecvența determinării INR, ajustarea dozelor se poate face ținând cont de doza săptămânală de acenocumarol și de anumite recomandări din ghiduri. Este important ca pacienții să fie educați privitor la tratamentul anticoagulant, la necesitatea și riscurile lui, la modul de urmărire prin determinarea periodică a INR. Există numeroși factori ce pot interacționa cu acenocumarolul, alimentari sau medicamentoși, boli asociate, de aceea este necesară cunoașterea acestor factori și urmărirea corectă a pacienților. De asemenea, este util a fi cunoscute măsurile necesare în caz de supradozaj cumarinic. Tratamentul anticoagulant oral nu trebuie administrat dacă nu se poate asigura un control al INR cel puțin lunar, în caz contrar utilizarea sa putând fi periculoasă. Pe viitor, Rivaroxaban, prima heparină cu administrare orală, va reprezenta o alternativă a dicumariniceilor.

Tratamentul anticoagulant oral este indispensabil pacienților cu indicații pentru acesta, dar trebuie cunoscute dozele, modul de urmărire, interacțiunile și măsurile în caz de supradozaj, pentru a asigura un raport optim risc-beneficiu.

Riscul beta-blocantelor în HTA

Dr. Sever Cristian Oană, Medic primar, SCM Sf. Mina, București

Recent, cercetători și clinicieni de la Universitatea Columbia din New York, au demonstrat creșterea riscului de evenimente cardiovasculare la pacienții hipertensivi tratați cu beta-blocante. Având în vedere că toate ghidurile recomandă beta-blocantele ca tratament de primă linie în HTA, ce facem? Pe deoparte este ne-etic să ascundem acest lucru pacienților, pe de altă parte ghidurile nu s-au modificat.

Întrebarea mai generală este cum integrăm rezultatele ultimelor cercetări în practica clinică curentă?

Prezentarea va încerca să sugereze un model de abordare pornind de la acest caz.

Calitatea managementului în cabinetul de medicina familiei

Managementul calității în asistența primară - Rolul instrumentului EPA (European Practice Assessment)

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Dept. de Medicina Generala și Servicii de Cercetare în sănătate, Universitatea Heidelberg, Germania

Ec. Petra Wippenbeck, Institutul pentru Îmbunătățirea Calității și Cercetare în Sănătate (AQUA) Göttingen, Germania

Scop: EPA este o metodă bazată pe indicatori, în scopul creșterii bunei organizări în practica MG, într-un mod sistematic. Metoda a fost dezvoltată și validată de un grup de lucru internațional format din MG și experți din șase țări europene, în care metoda a fost testată pe o gamă largă de unități medicale. După acest studiu pilot, EPA se implementează în momentul de față în patru țări europene.

Metoda: evaluarea practicii se bazează pe indicatori măsurați multidimensional și pe evaluarea autoadministrată de MG, pacienți și personalul unității precum și pe evaluarea făcută de un evaluator extern. Procesul de evaluare cât și acțiunile de creștere a calității în practică sunt sprijinite de programul online "Visotool".

Rezultate: fezabile, ușor de realizat în practică

Concluzii: instrumental EPA oferă feed-back unităților medicale, ajutând la creșterea calității. Folosind EPA se pot compara rezultatele unităților din asistența primară la nivel național și internațional. Instrumentul oferă informații concrete asupra punctelor tari și slabe ale practicii, contribuie la implementarea cercurilor de calitate, la constituirea echipei

de lucru și la crearea unei practici cu spirit de reflecție și învățare.

Instrumentul EPA: Experiența belgiană

Piet Vanden Bussche (Domus Medica Belgium)

“The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)” este o organizație semi-guvernamentală cu misiunea de a face analize și studii în diferite domenii de cercetare pentru care se simte nevoia unor decizii: colectarea și diseminarea informațiilor obiective bazate pe dovezi, din datele existente, din literatura și practica zilnică, precum și dezvoltarea competenței științifice de înalt nivel.

În luna martie 2008, KCE în cooperare cu colegii și universități din Anvers și Liege, a publicat un raport al stării de fapt privind calitatea în medicina familiei.

(http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10792)

Raportul conține patru mari capitole:

Capitolul 1: Creșterea calității în general și în special în Belgia

Cităm concluzia: “...activitățile referitoare la calitate în Belgia sunt lipsite de eficiență. Ele nu acoperă în mod comprehensiv toate activitățile din medicina generală. Impactul activităților din domeniul calității asupra procesului și a rezultatelor în îngrijirile de sănătate este fie inexistent, fie neevaluat. În cele din urmă este important să observăm că accentul principal al tuturor inițiativelor se pune pe medicul generalist. Pînă acum, dezvoltarea calității practicii și interacțiunile dintre echipele din asistență primară au fost neglijate. Provocarea în ziua de azi este să dezvoltăm un cadru comprehensiv pentru creșterea calității în medicina generală din Belgia, care să pună în valoare natura holistică și unică a acestei discipline. Raportul oferă elemente esențiale pentru dezvoltarea acestui cadru”.

Capitolul 2: Concluzii ale recenziilor din literatură asupra sistemului de calitate în alte țări

- Un cadru comprehensiv, ținut pe recompensă, ca în Marea Britanie sau formativ, ca în Australia, este o condiție preexistentă a unui sistem de calitate dezvoltat.
 - Leadershipul și colaborarea cu guvernele, un sistem de sprijinire puternic (național sau regional), sprijinirea unităților medicale individuale și inserția financiară sunt deosebit de importante.
 - Țările care reușesc crearea unui sistem de calitate eficient sunt țările care au performanțe în sistemul informatic pentru culegerea de date de rutină și date de management.
 - Există o lipsă de date evaluative despre eficiența rezultatelor la pacienți. Evaluările oricărui sistem se bazează pe rezultatul final, adică satisfacția pacientului și opinia medicului.
 - Există o lipsă de date asupra raportului cost-beneficiu a tuturor sistemelor de calitate.

Capitolul 3: Instrumentul EPA în Belgia

Elemente cheie din proiectul EPA:

- Rata participării spontane a medicilor a fost scăzută
- Medicii au apreciat feedbackul asupra practicii lor
- EPA trebuie adaptat la contextual belgian
- Datele trebuie folosite și interpretate cu mare atenție
- Medicii accentuează nevoia de instruire asistată pentru ridicarea calității practicii
- Costurile per practică pot fi estimate la aprox. 1000 Euro/practică/an.
- Medicii consideră că implementarea instrumentului pe scară largă cere adaptarea acestuia: implementarea pe baza de voluntariat, cu date anonime, ar permite o comparație între practici.

Capitolul 4: Elemente pentru un cadru al calității în Belgia

4.1 Din studiul literaturii, au rezultat următoarele concluzii:

- Până acum, schema de acreditare din Belgia nu a arătat creșterea nici unui indicator măsurabil de ameliorare a calității.
- În Belgia lipsește un sistem de creștere a calității la nivelul practicii MG
- Țările de succes în acest domeniu au o abordare ușor modelată (ex. combinarea diferitelor elemente, legislație, decidenți politici diverși, implicarea profesională)
- O bună organizare a practicii (ex. Infrastructura IT, personalul) este o cerință obligatorie pentru o implementare a inițiativelor din calitate.
- Exemplele din Olanda și Australia oferă o estimare de buget minimal, necesar unei practici bazată pe un sistem de creștere a calității: de la 1 la 5 Euro per locuitor/an.
- Un sistem de dezvoltare a calității comportă o bună vizibilitate și mai multă răspundere din partea medicinei generale față de populație și de decidenții politici.

4.2. 10 elemente de luat în considerare în dezvoltarea cadrului de ameliorare a calității

- Nevoia unei culturi a profesioniștilor în medicina generală, orientată către calitate
- Rolul major al autorităților din sănătate, în special în dezvoltarea politicilor de calitate, definirea obiectivelor din sănătate, legislația, crearea și susținerea unui organism independent de încredere, standardizarea sistemului de IT și finanțarea necesară.
- Implicarea tuturor decidenților
- Contribuția din partea organizațiilor științifice de MG și a departamentelor academice, de exemplu pentru definirea inițiativelor în calitate și dezvoltarea setului de indicatori.
- Dezvoltarea de indicatori valizi clinici și nonclinici care să acopere gama largă a medicinei generale.
- Definirea unei balanțe optime între stimulenții interni și externi care i-ar face pe medicii generalisti să dezvolte inițiative de calitate în practicile proprii.

- Un accent deosebit pus pe practica MG.
- Îmbunătățirea organizării practicii MG în domeniul personalului și a infrastructurii IT
- Importanța unui organism independent de încredere care să fie interfața majoră pentru analiza și feedbackul datelor către MG și decidenți.
- Suport financiar care să ia în calcul structura necesară pentru colectarea datelor, producerea de instrumente selectate pentru dezvoltarea calității și stimularea MG.

Domus Medica este o organizație a medicilor generaliști flamanzi, având departamente de cercetare, de calitate, de servicii orientate către membrii săi și un departament de reprezentare către guvern și alte autorități. În cadrul departamentului de calitate, sprijinit de întreaga organizație și în cooperare cu universitățile, am studiat raportul KCE și am dezvoltat un program de susținere a practicii. Programul presupune semnarea unui contract între unitatea medicală și Domus Medica conform căruia unitatea medicală primește asistență pentru trei ani.

În primul an unitatea este supusă metodei de vizitarea EPA, după care se pot identifica prioritățile în calitate. În următorii ani, cu ajutorul instructorului care îi oferă asistență, unitatea începe derularea unor proiecte de ameliorare a calității. Anual se raportează asupra rezultatelor și se primește feed back. După trei ani dorim să oferim unității medicale certificat EPA.

Acest program a fost prezentat tuturor autorităților și partenerilor în luna mai 2008.

Douăsprezece unități medicale au intrat deja în program și alte douăzeci vor intra în ianuarie.

Ne propunem evaluarea și monitorizarea programului, recrutarea mai multor unități și obținerea susținerii financiare necesare.

Cum să identificăm bunele practici medicale în asistența primară? - Analiza activității cabinetului MF cu ajutorul instrumentului EPA

Dr Marius Mărginean, Dr. Andrea Elena Neculau

Scopul lucrării îl reprezintă analiza modului de implementare a unui sistem de evaluare a calității într-un cabinet de medicină de familie, cu ajutorul instrumentului European Practice Assesment (EPA), în încercarea de a demonstra utilitatea extinderii acestui sistem de evaluare a calității, la cabinetele din România.

S-a analizat activitatea unui cabinet individual în toate dimensiunile organizatorice (infrastructură, finanțe, personal, calitate și securitate, informații) și s-a arătat cum rezultatele obținute pot fi folosite în structurarea de planuri de management pentru creșterea calității. S-au analizat chestionarele pentru pacienți pentru identificarea satisfacției acestora în comparație cu media cabinetelor.

Rezultatele obținute au creionat un profil organizațional al cabinetului de medicina familiei din România, dar au și subliniat utilitatea unui instrument de evaluare a managementului practicii.

Instrumentul EPA susține în primul rând ideea că evaluarea medicilor ar trebui să fie întâi de toate formativă. Acesta oferă medicilor și echipei acestuia informații despre cum funcționează în comparație cu colegii și feed-back-ul individual despre măsurile de întreprins în legătură cu ameliorarea calității. În acest fel se întărește procesul de învățare. Evaluarea EPA poate fi folosită și în scop certificativ, cu condiția ca baremul minim să fie îndeplinit.

Constituirea unei rețele de calitate în medicina familiei – experiența finlandeză

Klas Winell, MD, Domus Medica, Belgia

Dezvoltarea calității în mod susținut în Finlanda a început în 1994, în câteva centre de sănătate, pe bază de voluntariat. Medicii generaliști doreau să-și organizeze munca pentru a avea rezultate eficiente în prevenție și în îngrijirea bolilor vasculare.

În acest scop au început să urmărească indicatori.

Curând a apărut nevoia comparării rezultatelor între centrele medicale.

Acest demers a condus mai departe la cerința unei coordonări a activităților între centre privind crearea unui standard pentru compararea rezultatelor. Coordonarea a devenit o parte esențială a dezvoltării continue în calitate, dată fiind creșterea numărului de centre intrate în program.

Coordonarea constă în organizarea de întâlniri, măsurarea calității, anunțarea rezultatelor acțiunii de comparare între centre, instruire și consultanță pentru centre și păstrarea bazei de date.

Rețelele de calitate pentru prevenirea bolilor vasculare continuă să se mărească având acum 61 de centre. Acest număr acoperă două treimi din populația Finlandei, numărul MG participanți fiind de aprox. 1800. Rezultatele bune au condus la formarea de noi rețele. Există acum rețele de renunțare la fumat, abuz de alcool, osteoporoză și prevenirea fracturilor.

Centrele participante sunt supuse anual unei măsurări a calității care are loc pe site. Fiecare MG și asistent înregistrează informații despre pacienții lor cu diabet, hipertensiune sau boli coronariene timp de două săptămâni. Se analizează situația și rezultatele se trimit centrelor unde medicii fac schimbările necesare în unitățile lor. Dacă doresc, pot avea sprijinul coordonatorilor naționali în interpretarea rezultatelor și în ajustarea procesului de îngrijiri.

Sâmbătă, 8 Noiembrie 2008

Diagnosticul depresiei adultului

Iuliana Picioreanu, Aurel Condrea, Iuliana Popa, Maria Ioniță, Dana Ștefana Popescu – Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Scop: Elaborarea unor recomandări bazate pe dovezi privind diagnosticul depresiei adultului.

Material și metoda: Capitolul de diagnostic este parte integrantă a ghidului privind depresia adultului.

În realizarea acestui ghid se respectă metodologia elaborată de către Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei pe baza căruia au fost realizate și precedentele ghiduri de practică. În sumar, metodologia presupune transpunerea conținutului activității de diagnostic și tratament a depresiei adultului într-o suită de întrebări care constituie planul de bază al ghidului. Fiecare întrebare generează cuvinte-cheie ce stau la baza căutării sistematice a literaturii științifice în bibliotecile reale și virtuale. Este selectată literatura publicată în ultimii 10 ani. Studiile identificate sunt stocate în fișiere corespunzătoare fiecărei întrebări, alcătuind baza de date. Fiecare articol este recenzat critic de către doi membri ai echipei care lucrează independent. Concluziile articolelor valide și relevante stau la baza formulării recomandărilor ghidului.

Rezultate și concluzii: în diagnosticul tulburării depresive, se recomandă utilizarea algoritmului OMS care cuprinde următoarele etape: screening în populația generală, chestionar autoadministrat și confirmarea diagnosticului prin interviu realizat de medic. Anamneza, examenul clinic și investigațiile paraclinice sunt necesare diagnosticului diferențial.

Tratamentul depresiei adultului

Aurel Condrea, Iuliana Piciooreanu, Iuliana Popa, Maria Ioniță, Dana Ștefana Popescu – Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Scop: Elaborarea unor recomandări bazate pe dovezi privind managementul depresiei adultului.

Material și metoda: Capitolul privind managementul depresiei este parte integrantă a ghidului privind depresia adultului.

În realizarea acestui ghid se respectă metodologia elaborată de către Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei (prezentată anterior în sumar).

Rezultate: Ghidul de practica aflat în faza de document de lucru este supus recenzării critice efectuată de medici de familie, de psihiatri, psihologi și pacienți.

Concluzii: Mesajele cheie privind tratamentul depresiei adultului sunt:

1. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei reprezintă prima linie a tratamentului farmacologic în depresia moderată.
2. Intervențiile psihologice reprezintă o alternativă eficientă în tratamentul depresiei ușoare și moderate.
3. Se recomandă trimiterea la specialistul psihiatru a formelor severe de depresie ca și a celor care nu răspund la medicație.

În monitorizarea tulburării depresive, se recomandă urmărirea pacientului săptămânal până la ameliorarea clinică. Ulterior vizitele pot fi spațiate la o lună sau mai rar în funcție de particularitățile individuale. La fiecare vizită se vor evalua: răspunsul la intervenția terapeutică (pe baza chestionarului OMS), apariția și intensitatea efectelor secundare, riscul suicidar, prezența și evoluția comor-bidităților.

**Terapia cognitiv-comportamentală în depresie:
parteneriatul medic de familie – psihoterapeut**

*Domnica Petrovai, psiholog clinician, psihoterapeut
cognitiv-comportamental*

Depresia afectează 1 din 6 femei din Europa și are o prevalență de 13% la nivelul populației generale. De asemenea, depresia afectează semnificativ recuperarea și tratamentul persoanelor cu angină, artrită sau diabet. Persoanele cu depresie solicită mult mai frecvent zile de concediu decât persoanele cu orice altă tulburare de sănătate mentală sau cu tulburări cardiace sau diabet. Depresia însă poate fi prevenită sau tratată prin serviciile oferite de către medicul de familie în parteneriat cu psihologi clinicieni. Oferirea serviciilor de intervenție cognitiv-comportamentală de către medicul de familie și psihoterapeut reprezintă o alternativă eficientă în tratamentul depresiilor ușoare și moderate. Studiile și ghidurile internaționale prezintă intervențiile psihologice care sunt accesibile medicului de familie și colaborare cu psihologul clinician și psihoterapeutul. Prezentarea de față vă propune o analiză a acestor studii și o alternativă de parteneriat medic de familie – psiholog/psihoterapeut în depresie.

**O analiză a rolului și contribuției sistemului primar în
monitorizarea Diabetului Zaharat în Europa (2008)**

Dr. Dan Pletea, medic primar instructor MF

Autorul prezintă experiența redactării materialului *Position Paper (2008): "Diabetes in Europe: role and contribution of Primary Care"*. Materialul a fost redactat de un grupul de lucru în cadrul EFPC (European Forum for Primary Care), grup condus de profesorul Manfred Maier, Department of General Practice and Family Medicine, Medical University of Vienna.

Sunt comentate rolul și necesitatea redactării acestui material (Position Paper) pentru medicii de familie, impactul diabetului zaharat ca boală cronică cu multiple complicații în Europa, date epidemiologice recente, importanța, rolul și necesitatea implicării sistemului primar, a medicilor de familie în depistarea precoce și monitorizarea bolii și complicațiilor.

Documentul recomandă linii directoare legate de: implicarea pacienților în supravegherea bolii, rolul echipei interdisciplinare, îmbunătățirea calității supravegerii, îmbunătățirea sistemelor de evidență electronică, prevenția și detecția timpurie a bolii. Sunt prezentate experiențele și practicile din 15 țări ale Europei, strategiile naționale, echipele de îngrijiri și implicarea pacienților în urmarirea bolii, indicatori de calitate în monitorizarea diabetului, cercetarea legata de acesta patologie. Sunt rezumate experiențele legate de practicile de succes existente în Europa. În final sunt listate recomandările generale și recomandari specifice de bună practică.

Explorarea termografică a piciorului diabetic

Dr. Gheorghe Șerbu, Dr. Maria Livia Suhastru, Dr. Carmen Pîrjol, As. Ovidiu Acatrinei

În etiopatogenia «piciorului diabetic», tulburările circulatorii (arteriopatie, microangiopatie și cele induse de neuropatie) sunt considerate ca fiind factori primordiali; ele induc tulburări subtile ale temperaturii cutanate care pot fi explorate prin termografia în infraroșu.

Autorii prezintă rezultatele unui studiu efectuat pe un număr de 42 de pacienți diabetici examinați clinic și termografic.

Termografia se impune la ora actuală ca instrument de elecție în explorarea piciorului diabetic.

Ca urmare a introducerii termografiei pe lista de competențe accesibile medicului de familie, această

modalitate de investigație va sta la îndemâna colegilor care se confruntă tot mai frecvent cu aceasta patologie.

Prevalența bolilor respiratorii cronice în populația României

*Dr. Ioana Dărămuș**, *Prof. Dr. Florin Mihălțan***, *Dr. Irina Strâmbu***, *Dr. Ioana Munteanu***, *Dr. Mihaela Mihailovici**, *Dr. Dana Fărcășanu**

** Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate*

*** Institutul Marius Nasta / Societatea Română de Pneumologie*

Bolile respiratorii cronice, precum astmul sau bolile pulmonare obstructive cronice, sunt responsabile, anual, la nivel mondial, de mai bine de 4 milioane de decese, dar și de îmbolnăvirea altor sute de milioane de persoane. Acestea determină o diminuare a stării de sănătate și a capacității de muncă a celor afectați și au un impact negativ asupra familiilor acestora precum și asupra societății în ansamblul ei.

Conform OMS se estimează că bolile netransmisibile vor deține locul 3 în rândul cauzelor de deces în populație până în anul 2020, fiind responsabile de 80% din decese, față de mai puțin de 50% în acest moment, necesitând o atenție deosebită din partea autorităților de sănătate publică. Între bolile netransmisibile – care cel mai adesea au aceeași factori de risc precum fumatul, alcoolul, obezitatea și dieta neadecvată, tensiunea arterială crescută și lipsa exercițiului fizic - bolile respiratorii cronice sunt, cel mai adesea, frecvent nerecunoscute, subdiagnosticate și subtratate, conducând în timp la decese prevenibile și la alterarea capacității de muncă a populației active.

Date statistice și studii la nivel național cu privire la prevalența bolilor respiratorii cronice în România sunt puține. Prezentul studiu încearcă, prin utilizarea ca model a unui chestionar folosit și în alte țări pentru studii similare, să obțină, pe lângă date relevante cu privire la prevalența

acestor boli în țara noastră și comparabilitatea acestor date cu cele raportate la nivel mondial.

Studiul național a folosit un model de eșantionare probabilistică, multistadial stratificată, ancheta de teren având loc în perioada august-septembrie 2008. Eșantionul a cuprins un număr 1214 persoane. Din cele 1214 persoane un număr de 560 persoane au îndeplinit criteriile de includere în studiul privind bolile respiratorii cronice. Eșantionul rezultat este reprezentativ pentru populația cu vârste peste 18 ani din România (o eroare de $\pm 3\%$ la un nivel de încredere de 95%).

Acest studiu a fost posibil datorită colaborării dintre Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și Societatea Română de Pneumologie și realizat cu sprijinul financiar al Fondului Global de Luptă Împotriva HIV/SIDA, Malariei și Tuberculozei runda a 6-a prin intermediul Romanian Angel Appeal, în cadrul proiectului „Implementarea Strategiei PAL”.

Implementarea strategiei PAL

Dr. Ioana Dărămuș, Dr. Mihaela Mihailovici, Dr. Dana Fărcășanu. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate

“Strategia PAL (practical approach to lung health)” - strategie practică de adresare a sănătății respiratorii - este o strategie propusă și promovată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) care se adaptează la politicile și prioritățile de sănătate naționale cât și la resursele disponibile în fiecare țară.

Prin această strategie se propune dezvoltarea și implementarea unei abordări cuprinzătoare și sistematice pentru tratarea pacienților cu simptome respiratorii la nivelul asistenței medicale primare (AMP/PHC) care poate îmbunătăți calitatea asistenței medicale în cazul bolilor respiratorii și, ulterior, poate crea condițiile optime creșterii depistării cazurilor noi de tuberculoză și îmbunătățirii calității diagnosticării acestora.

Strategia PAL include două componente:

Standardizarea practicii medicale prin adaptarea și dezvoltarea de ghiduri de practică medicală referitoare la tratarea afecțiunilor respiratorii cu frecvență mare la nivelul asistenței primare și având ca scop în special îmbunătățirea depistării cazurilor de tuberculoză cât și a calității diagnosticării tuberculozei la nivelul PHC. Aceste ghiduri se bazează pe principiul utilizării semnelor și simptomelor principale ce conduc la determinarea diagnosticului, a gradului de severitate și ghidează decizia adecvată de tratament.

Coordonarea pe baza colaborării între personalul medical la același nivel și la niveluri diferite ale sistemului, cât și în cadrul și între diverse categorii de personal medical pentru a utiliza cât mai eficient resursele disponibile. Coordonarea implică de asemenea o definire clară a rolului fiecărei categorii de personal medical și a fiecărui nivel de asistență medicală în tratarea afecțiunilor respiratorii. Acest lucru contribuie la stabilirea unui sistem eficient de urmărire și trimitere către nivele superioare de asistență pentru cazurile de afecțiuni respiratorii în general și pentru suspexții de tuberculoză și cazurile de tuberculoză în special.

În țara noastră, proiectul de implementare a strategiei PAL a apărut ca urmare a sugestiilor de îmbunătățire a Programului Național de Control al Tuberculozei făcute de misiunea de evaluare a Organizației Mondiale a Sănătății din 2005 și este implementat în parteneriat de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, cu finanțarea Fondului Global de Luptă Împotriva HIV/SIDA, Malariei și Tuberculozei runda a 6-a prin Romanian Angel Appeal.

Abordarea sindromică a pacienților cu simptome respiratorii

Dr. Cristina Isar, medic primar de medicina familiei, CNSMF

Dr. Dragoș Bumbăcea, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumologie M. Nasta, UMF Carol Davila, București

Volumul îngrijirilor acordate pacienților cu boli respiratorii, pe plan internațional, este foarte important. În România, conform înregistrărilor făcute de Rețeaua de Dispensare Santinelă a Centrului Național de Studii pentru Medicina Familiei, în anul 2001, o cincime dintre consultațiile oferite de către medicii de familie, sunt pentru boli respiratorii. 14 % din totalul diagnosticelor, respectiv 19,7% din diagnosticile noi, stabilite de un medic de familie, sunt pentru o boală respiratorie.

Statisticile privind succesul în abordarea bolilor respiratorii, pe plan internațional, relevă o serie de probleme: nediagnosticarea sau diagnosticarea tardivă a unor boli precum TB, astm bronșic, BPOC; exces în prescripția de antibiotice pentru infecții respiratorii; subutilizarea unor tratamente dovedite utile (ex.CSI).

Prezentarea de față propune un algoritm sindromic de abordare a pacientului cu simptome respiratorii, o posibilă soluție pentru managementul standardizat al bolilor respiratorii de către medicii de familie, în colaborare cu celelalte specialități. Materialul reprezintă rezultatul discuțiilor avute în cadrul Grupului Tehnic de Lucru al Proiectului PAL (*Pulmonary Approach of Lung Health*), vizând adaptarea strategiei OMS privind bolile respiratorii, în România.

Aspecte clinice și terapia de lungă durată în îngrijirea pacientului cu astm bronșic

Dr. Cristina Isar, medic primar de medicina familiei, CNSMF

Dr. Monica Bătăiosu, medic primar de medicina familiei, CNSMF

Dr. Alexandra Căra, medic primar de medicina familiei, CNSMF

Dr. Dragoș Bumbăcea, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumologie M. Nasta & UMF Carol Davila

În ciuda unei înțelegeri din ce în ce mai profunde a naturii bolii astmatice și a existenței unor mijloace eficiente de diagnostic și tratament, astmaticii rămân subdiagnosticați și insuficient tratați.

Cazul clinic al unui pacient cu astm bronșic oferă autorilor prilejul de a aduce în discuție cele mai importante aspecte legate de recunoașterea simptomelor și stabilirea unui diagnostic clinic prezumtiv de astm, de rolul explorărilor funcționale respiratorii (peak-flowmetria și spirometria) în diagnosticarea bolii și evaluarea răspunsului la tratament, precum și de importanța formulării unui plan terapeutic pe termen lung, a educării pacientului și familiei, implicarea acestora ca parteneri în managementul propriei boli.

Prezentarea de caz este interactivă, auditoriul având posibilitatea să participe activ, să răspundă la întrebări, să-și argumenteze poziția.

Concluziile formulate pentru fiecare capitol sunt mesaje cheie, bazate pe dovezi și promovate de ghidurile de bună practică elaborate de CNSMF.

Managementul astmului bronșic – ghid de practica pentru medicina de familie

Dr. Monica Bătăiosu, Dr. Alexandra Căra, Dr. Elena Mădălina Dumitrescu, Dr. Cristina Isar, Dr. Daciana Toma - medici primari de medicina familiei, Dr. Cristina Lupascu - medic rezident de medicina familiei,

Dr. Dragos Bumbăcea, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumologie M. Nasta & UMF Carol Davila

Astmul, problemă globală de sănătate publică, are și în România o prevalență în creștere, de la 5 % în 1994-1995, la 7% în 2000-2001. Numai în București cca. 10% dintre elevi au astm.

Studiile arată că doar o parte dintre pacienții cu astm sunt cunoscuți, și o și mai mică parte sunt tratați în mod adecvat. Un numar redus de pacienti au acces la servicii

specializate de pneumologie, în ambulator sau spital, sau la explorări funcționale de calitate.

Prin poziția lor în relație cu pacientul astmatic și familia acestuia, în condițiile unei practici mai structurate, medicii de familie ar putea juca un rol mult mai important în îngrijirea astmaticilor (cum dealtfel joacă și în alte țări).

Am elaborat acest ghid din dorința de a furniza colegilor noștri acele instrumente care să-i ajute să-și redefiniească unele aspecte ale practicii lor, să devină mai sistematici și mai eficienți.

Recomandările formulate, bazate pe dovezi, țin cont de realitățile din practica medicului de familie din România și de nevoile sale educaționale și operaționale specifice.

Metoda de elaborare, referințele bibliografice, experiența grupului de lucru în elaborare de ghiduri de practică medicală, formulările aplicabile, recomandă acest ghid ca instrument util, de a răspunde provocării unei practici medicale de calitate în medicina familiei.

Intervenții naturiste în astmul bronșic la copil – Prezentare de caz

Dr. Gabriela Comișel, Conf.Univ.Dr. Mădălina Manea

Datele din literatură susțin că predispoziția genetică, care are un aport de 80% în declanșarea bolii, nu duce la astm bronșic în lipsa participării factorilor externi.

Intervenția am realizat-o la un copil mic de 8 ani diagnosticat cu astm bronșic persistent, rino-conjunctivită alergică și dermatită atopică având în antecedente teren atopic la ambii părinți, cu determinarea alergiei la păr de pisică, praf de casă și polen de graminee de toamnă. Pacientul este din Craiova, România, a fost examinat în perioada iunie 2007-octombrie 2008.

Tratamentul medicamentos prescris de medicul specialist alergolog era de aproximativ 12 luni cu corticoizi inhalatori, inhibitor al receptorilor de leucotriene,

antihistaminice per os, corticoizi intranazali. Deoarece corticoizii intranazali se asociau frecvent cu sângerări intranazale au fost eliminați după 2 luni de tratament.

Am îmbunătățit calitatea alimentației și nivelul imunității copilului prin administrarea în alimentație a unor suplimente nutritive naturale (o dată pe zi) care conțineau: vitamina E și vitamina A (beta caroten) (din ulei de soia, pulbere de rozmarin, morcovi, roșcove, L selenometionină), vitamina C impregnată pe tărâțe de ovăz (din portocale, papaya), clorofilă din grâu verde, orz încolțit și lucernă, multivitamine din legume, fructe și zarzavaturi (din mere, brocoli, varză, morcov, citrice, spanac, roșii, afine roșii, acerola), aloe vera cu afine roșii și mere, aminoacizi esențiali (din proteină de soia, cazeinat de calciu, zer), citrat de calciu, vitamina D, oxid de magneziu, usturoi, cimbru, propolis, hidratare externă la nivelul buzelor cu aloe și jojoba.

După 8 săptămâni de la asocierea suplimentelor naturale, întreg tratamentul medicamentos a fost scos complet. Simptomatologia astmului bronșic, a conjunctivitei, dermatitei nu a apărut de 3 luni de la încetarea administrării tratamentului medicamentos. S-a menținut pruritul nazal și rinoreea redusă (care nu a putut fi controlată nici medicamentos).

Ce este important de menționat că nu au mai apărut în această perioadă infecții respiratorii și oftalmice. Infecțiile la nivelul buzelor s-au redus în frecvență și gravitate.

Costul tratamentului medicamentos este asemanator cu tratamentul naturist.

Prezentarea de caz arată necesitatea studierii mai detaliat, pe loturi extinse de pacienți a efectului schimbării modului de alimentație la copilul cu astm bronșic precum și a importanței creșterii puterii de apărare a organismului. Se ridică întrebarea care sunt cele mai eficiente alimente ce trebuie recomandate în astmul bronșic și cât timp este nevoie pentru remedierea proceselor patologice instalate la nivelul arborelui bronșic? Remedierile sunt persistente în

timp? Care este explicația fiziopatologică completă a efectelor observate?

Parteneriatul în îngrijirea pacientului cu BPOC

Irina Strâmbu, medic primar pneumolog, Institutul "Marius Nasta", Bucuresti

Bronhopneumopatia cronică obstructivă, maladie cu mortalitate în creștere, legată de cele mai multe ori de fumat, cu o prevalență mult subevaluată, pune probleme de diagnostic și de îngrijire atât medicului de familie cât și specialistului. BPOC implică o povară importantă pentru pacient, familie, sistemul sanitar și societate. Abordarea corectă, pe termen lung, a pacientului cu BPOC presupune parteneriatul între medicul de familie, pneumolog, pacient și familia lui în toate fazele managementului: diagnostic, prescripție terapeutică, monitorizare, managementul exacerbărilor, tratamentul complicațiilor. Se discută interactiv cazul unui pacient cu BPOC din momentul primei prezentări la medic până la etapele managementului complex al bolii (terapie medicamentoasă, kineziterapie, oxigenoterapie, recuperare, abord psihologic, implicarea familiei, tratamentul exacerbărilor). Se discută atribuțiile medicului de familie, respectiv ale pneumologului, în îngrijirea acestor pacienți.

Aspecte problematice legate de terapia în bolile pulmonare obstructive - astmul bronșic și BPOC Simpozion GlaxoSmithKline

Dr. Dragoș Bumbăcea, medic primar pneumolog, Institutul Marius Nasta, UMF Carol Davila, București

Autorul identifică și supune dezbaterii cele mai frecvente probleme legate de buna prescriere a medicamentelor în bolile pulmonare obstructive.

Simpozionul oferă prilejul detalierii unor aspecte de interes pentru medicii de familie privind tratamentul astmului bronșic și al BPOC.

ICMed – mai mult decat un soft medical de cabinet

Andreas Kuglis, Managing Partner Syonic Timisoara

ICMed este prima platforma de software on-line de medicina primara din Romania care implementeaza dosarul unic al pacientului la nivel national. O baza de date centrala, ce cuprinde peste 500.000 de fise, un mare potential pentru cercetare. Faptul ca se poate accesa fisa electronica a pacientului de catre fiecare furnizor de servicii medicale are o mare contributie la cresterea calitatii actului medical.

In ICMed sunt folosite si integrate concepte moderne de instruire a medicilor bazate pe platforma Syonic de instruire, platforma ce are si rolul de liant intre medicii de familie, prin posibilitatea de comunicare a informatiilor importante in timp real.

Campania de informare, educare, schimbare de comportamente - nutriție sănătoasă și exercițiu fizic la adolescenți – parte a componentei de prevenție primară, din cadrul Strategiei naționale de abordare a bolilor netransmisibile

Psiholog Mihaiță Lupu, consilier afaceri europene Ministerul Sănătății Publice,

Dr. Ioana Veștemean, Centrul de Sănătate Publică Sibiu

Ing. Adriana Gălan, Institutul de Sănătate Publică București

Partenerii care au inițiat proiectul: Ministerul Sănătății Publice, Institutul de Sănătate Publică București, Centrul de Sănătate Publică Sibiu, Ministerul Educației și Cercetării, Autoritatea Națională Sanitar Veterinară pentru Protecția

Alimentului, Asociația de Psihologie a Sănătății, Fundația Tineri pentru Tineri.

Campania este planificată pe o durată de trei ani și se dorește a fi în primul rând un model de bună practică în ceea ce privește metodologia de a defini un concept de campanie, de elaborare de mesaje, de loggo-uri, de susținere în timp a mesajelor prin evaluări succesive a comportamentelor în populația țintă, de creare a unor mecanisme instituționale care să asigure sustenabilitatea proceselor.

Campania de informare, educare, schimbare de comportamente din cadrul programului de screening organizat pentru depistarea cancerului de col uterin – parte a componentei de prevenție secundară din cadrul Planului National de Cancer

Dr. Constantina Albu, Ministerul Sănătății Publice

Dr. Mihaela Bardoș, Ministerul Sănătății Publice

Dr. Ofelia Șuteu, Institutul Oncologic Cluj

Dr. Cristina Vladu, Ministerul Sănătății Publice

Pentru a putea atinge eficacitatea dorită în implementarea programelor de screening, echipa MSP și-a propus realizarea unei treceri radicale de la programe de screening oportunist, la programe de screening organizat. Această trecere presupune un mare efort de organizare, de implementare a unor metodologii de control al calității serviciilor la nivelul fiecărei verigi și mai ales de comunicare externă și internă. Această din urmă componentă, cea de comunicare, va avea un rol crucial pentru buna înțelegere a importanței fiecărui pas - atât la nivelul fiecărui practician, dar și la nivelul fiecărei persoane din populația țintă - pentru atingerea unui rezultat de înaltă performanță.

Campania de informare, educare, schimbare de comportamente din cadrul Planului Național de Boli Rare
Dorica Dan, Președinte, Alianța Națională pentru Boli Rare în România

Conf. Dr. Maria Puiu, Universitatea de Medicină Timișoara, Genetică Medicală, Vicepreședinte, Alianța Națională pentru Boli Rare în România

Dr. Luminița Russen, Institutul de Hematologie București

Se estimează că în prezent există între 5.000 și 8.000 de boli rare, afectând între 6 și 8% din populația totală, ceea ce la nivelul Uniunii Europene se traduce printr-un număr de persoane afectate cuprins între 29 și 36 de milioane de persoane.

Circa 80% din afecțiunile rare au cauze genetice identificate, implicând una sau mai multe gene sau anomalii cromozomiale. Ele pot fi moștenite sau pot să apară în urma unei mutații genice „de novo” sau a unei anomalii cromozomiale. Pot să apară la 3-4% dintre nașteri.

Asociația Prader Willi din Romania – APWR s-a înființat în mai 2003 din dorința de a reuni eforturile pacienților, familiilor și specialiștilor pentru a asigura o viață mai bună celor afectați de boli rare în țara noastră. În 2005 a deschis primul Centru de Informare pentru Boli Genetice Rare.

În 2007, printr-un proiect finanțat de CEE Trust, APWR a inițiat Alianța Națională pentru Boli Rare din România – ANBRaRo, având 32 de membrii fondatori.

La 29 februarie 2008 – Prima Zi Europeană a Bolilor Rare, datorită unei colaborări eficiente în cadrul grupurilor de lucru și workshopurilor organizate pentru elaborarea unui Plan Național de Boli Rare, la finalul unei campanii de informare în toată țara, s-a semnat un Acord de Parteneriat între Ministerul Sănătății și ANBRaRo pentru implementarea acestei strategii în România.

Alte boli rare sunt cauzate de o combinație de factori genetici și de mediu. Totuși, există încă multe afecțiuni rare ale căror mecanisme etiologice sunt necunoscute datorită

absenței cercetărilor științifice pentru identificarea fiziopatologiei lor.

Bolile rare diferă foarte mult în ceea ce privește severitatea, dar în medie speranța de viață a acestor pacienți este semnificativ redusă. Unele afecțiuni produc decesul imediat după naștere, altele sunt degenerative sau pun viața în pericol, în timp ce altele permit supraviețuirea dacă sunt diagnosticate la timp și pacienții sunt îngrijiți corespunzător.

Pacienții și familiile lor se confruntă cu o serie de dificultăți legate de raritatea acestei patologii precum lipsa accesului la un diagnostic corect, lipsa informațiilor, a unor îngrijiri medicale de calitate sau prețul ridicat al puținelor medicamente existente și al îngrijirilor.

În lupta cu bolile rare, cele mai eficiente organizații se dovedesc a fi asociațiile de pacienți, lucrând în parteneriat cu cele ale medicilor din prima linie, medicii de familie. Acest parteneriat poate crește eficacitatea intervențiilor în toate fazele bolilor: prevenție primară, prevenție secundară, tratament, reabilitare.

Astfel, medicul de familie poate sprijini întocmirea registrelor de boli rare, inventaria maladiile genetice ale pacienților de pe lista proprie și poate face consilierea/trimiterea acestora către cabinete de genetica, etc.

Să identificăm împreună ce căi de intervenție pot fi mai eficiente: poate că este nevoie de lansarea a câte unei campanii pe an calendaristic (ex anul 2009, anul hemofilicului sau a hemocromatozei).

SPONSORI



Life through Discovery



PARTENERI MEDIA



Pentru că...

3 din 10
9 din 10

pacienți hipertensivi au tensiunea arterială controlată la nivel mondial¹

pacienți hipertensivi primesc 2 sau mai multe medicamente antihipertensive pentru a atinge TA țintă²

Ghidul European ESH-ESC 2007¹ pentru Managementul Hipertensiunii Arteriale recomandă ca strategie de inițiere în hipertensiune combinația în doze reduse a două medicamente din clase diferite pentru:

- ✓ Atingerea țintelor terapeutice mai rapid decât cu monoterapie
- ✓ Control tensional mai bun
- ✓ Simplificarea tratamentului cu optimizarea complianței
- ✓ Efecte adverse mai puține

Nou

Noliprel® Arg

PERINDOPRIL ARGININĂ 2.5 mg + INDAPAMIDĂ 0.625 mg

CEA MAI BUNĂ STRATEGIE DE ÎNȚIERE ÎN HIPERTENSIUNE³

Formularea farmaceutică superioară⁴

- ✓ Scade eficient TA, superior strategiilor clasice de inițiere în HTA³
- ✓ Control tensional mai bun³
- ✓ Dovezi proprii de reducere a morbidității³
- ✓ Stabilitate optimizată^{4,7}



1. Waeber B. Achieving Blood Pressure Targets in the Management of Hypertension. Blood Pressure. 2001; 10:62-73. 2. Mercus G. et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J of Hypertens 2007; 25:1105-1167. 3. Mourad JJ, Waeber B. et al. Comparison of different therapeutic strategies in hypertension: a low-dose combination of perindopril/indapamide versus a sequential monotherapy or a stepped-care approach. J of Hypertens 2004; 22:2379-2386. 4. Telega E. Perindopril arginine: benefits of a new salt of the ACE inhibitor perindopril. Current Medical Research and Opinion. Vol. 23, No. 5, 2007, 963-969. 5. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2007; 370:829-840. 6. Banker G S, Rhodes C T. Modern Pharmaceuticals. Third edition. New York, 1996:212. 7. Sandell E. Industrial Aspects of Pharmaceutics. Swedish Pharmaceutical Press, Sweden 1992:374-375.

Compoziție calitativă și cantitativă: Un comprimat filmat de Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg conține perindopril 1,6975 mg corespunzând la perindopril arginină 2.5 mg și indapamidă 0.625 mg. Un comprimat filmat de Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg conține perindopril 3,395 mg corespunzând la perindopril arginină 5 mg și indapamidă 1,25 mg. **Forma farmaceutică:** Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg: comprimate filmate albe, de formă alungită, marcate cu o linie pe ambele fețe. Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg: comprimate filmate albe, de formă alungită. **Proprietăți farmacodinamice:** Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg și Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg sunt asocieri de perindopril sare de arginină, un inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) și indapamidă, un diuretic osmo-sulfamidic. **Proprietăți farmacologice:** derivă din cele ale fiecărui component luat separat, alături de cele datorate acțiunii sinergice aditive ale celor două substanțe active. **Indicații terapeutice:** Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg: hipertensiune arterială esențială Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg: tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale. **Indicații terapeutice:** Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg: hipertensiune arterială esențială Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg: tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale. **Doze și mod de administrare:** Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg: un comprimat filmat, pe zi, administrat în priză unică, de preferat dimineața și înainte de masă. Dacă tensiunea arterială nu este controlată după o lună de tratament, doza poate fi dublată la Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg. **Vârăstric:** tratamentul trebuie inițiat cu doza normală de un comprimat Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg pe zi. Pacienți cu insuficiență renală severă (clearance-ul creatininei >60ml/min): nu este necesară ajustarea dozei; clearance-ul creatininei 30-60 ml/min: doza maximă trebuie să fie de un comprimat Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg pe zi; insuficiență renală severă (clearance-ul creatininei <30ml/min): tratamentul este contraindicat. **Contraindicații:** Datorate perindoprilului: hipersensibilitate la perindopril sau la oricare alt IECA, antecedente de edem angioneurotic (edem Quincke) asociat cu terapia anterioră cu IECA, edem angioneurotic ereditar/idiopatic, trimestrul al doilea și al treilea de sarcină. Datorate indapamidă: hipersensibilitate la indapamidă sau orice altă sulfonamidă, insuficiență renală severă (clearance-ul creatininei <30ml/min), encefalopatie hepatică, insuficiență hepatică severă, hipokaliemie, alăptare. Nu se recomandă utilizarea acestui medicament în combinație cu medicamente non-antiaritmice care determină torsada vârfului. Datorate Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg și Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg: hipersensibilitate la oricare dintre excipienți. Datorită experienței terapeutice insuficiente, Noliprel Arg® 2.5 mg/0.625 mg și Noliprel Arg Forte® 5mg/1.25 mg nu trebuie utilizat la pacienți tratați prin dializă, pacienți cu insuficiență cardiacă decompensată, netratată. **Reacții adverse:** pot apărea cefalee, astenie, senzație de amețală, tulburări ale stării de dispoziție și/sau tulburări de somn, hipotensiune arterială sau hipertensiune arterială ortostatică, tuse nereproductivă care dispăre la întreruperea tratamentului, constipație, uscăciunea guri, greață, dureri epigastrice, anorexie, dureri abdominale, tulburări ale gustului; reacții de hipersensibilitate în special cutanate, la pacienți cu predispoziție la reacții alergice sau astmatice, erupții cutanate tranzitorii, edem angioneurotic (foarte rar), crampe musculare.

Data revizuirii textului: ianuarie 2008.

Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală P-6L.

Acest material promoțional este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.

Pentru informații suplimentare consultați rezumatul caracteristicilor produsului.

Servier Pharma

Str. Tipografilor nr. 11-15, S-Park, corp A, etaj 3, sector 1, București

Tel.: 021.528.52 80; Fax: 021.528.52 81; www.servier.com

**SERVIER**
Life through Discovery