



O nouă pagină de istorie medicală - a XIII-a ediție a Zilelor Medicale ale Spitalului

În perioada 28-30 iunie 2018, în cartea medicinei băcăuane, pentru a XIII-a oară s-a rescris o pagină de istorie medicală: Zilele Medicale ale Spitalului Municipal de Urgență Moinești - o nouă ediție, o nouă provocare, noi așteptări și frumoase realizări.

Derulată sub patronajul Societății Române de Chirurgie, Academiei de Științe Medicale, Uniunii Medical Balcanice, Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași și Universității "Vasile Alecsandri" Bacău, manifestarea Zilele Medicale ale Spitalului Municipal de Urgență Moinești s-a desfășurat pe parcursul a trei zile, fiecare cu un anumit specific, cuprinzând atât evenimente cu caracter științific, cât și cu caracter aplicativ, adresată asistenților medicali, medicilor de diferite specialități medicale, kinetoterapeuților, specialiștilor din domeniul Managementului Calității. Au fost derulate activități cu tradiție în cadrul acestor ediții, dar și acțiuni în premieră pentru Spitalul Municipal de Urgență Moinești.

Și în acest an, ne-au onorat cu prezența peste 800 de participanți, invitați din țară și străinătate, din centre universitare de renume, oameni de seamă ai sistemului de sănătate din România medici, manageri de la unele spitale din țară, dar și din județul Bacău, colaboratori, primari din comune limitrofe, reprezentanți ai autorităților locale și județene, parlamentari și europarlamentari. De asemenea, au onorat invitația medici din Franța, Spania, Italia, Republica Moldova, Ucraina, Israel, de la clinici și spitale precum Hadassah Medical Center, Spitalul Clinic Municipal "Sf. Arhanghel Mihail și Gavril" Chișinău, Spitalul Raional Edineț sau Spitalul Raional din Noua Suliță (Ucraina, Regiunea Cernăuți).

Anul acesta, subiectul principal al tuturor lucrărilor prezentate a fost: **cercetarea medicală**. Iată, o noutate despre care vorbeam. Am ales această temă pentru că, este una de mare actualitate "Pentru că cercetarea în medicină trebuie să existe, este mai mult decât facem noi, medicii, este ceea ce facem în plus, ceea ce depășește standardul meseriei noastre și dă calitatea atribuțiilor noastre profesionale. Performanțele în cercetare duc de fapt la performanțe în activitatea medicală de zi cu zi", a afirmat unul dintre invitații speciali ai noștri, vechi prieten al spitalului Moinești, prof. univ. dr. Dan Ungureanu, șef Clinica Chirurgie Generală la Spitalul Universitar CF Witting București, președintele Senatului Universității „Titu Maiorescu”, București.

Cu acceptul doamnei doctor, Camelia Diaconu, Președinte Uniunii Medical Balcanice am urmărit drept scop expuneră unor prezentări științifice de înaltă calitate, care ulterior își vor găsi locul sub formă de articole în paginile revistei oficiale a Uniunii Medicale Balcanice – Archives of the Balkan Medical Union – o revistă internațională distribuită pe toate continentele lumii.

De un real succes s-au bucurat și secțiunile dedicate asistenților medicali și kinetoterapeuților. Meticulos concepute și ambicioș derulate, pot spune, la finalul acestora că, sunt deosebit de bucurios pentru interesul manifestat de specialiștii din cele două domenii, respectiv asistenți medicali, kinetoterapeuți; apreciez calitatea activităților derulate, mă onorează și mă motivează interesul acestora pentru perfecționare și formare profesională continuă și îmi exprim plăcerea de a le fi mereu un partener de încredere.

Pe parcursul a două zile, respectiv 28 și 29 iunie, s-au efectuat și 21 de **intervenții chirurgicale** demonstrative, transmise live, la pacienți cu vârste cuprinse între 17 și 88 de ani, diagnosticăți cu probleme medicale complexe din specialitățile chirurgie generală, chirurgie oncologică, chirurgie laparoscopică, ginecologie, ortopedie-artroscopie și oftalmologie. 6 dintre aceste operații s-au făcut în colaborare cu Clubul "Rotary", care a oferit sprijin financiar pentru pacienții cu o situație materială precară și care au fost supuși intervențiilor de chirurgie laparoscopică și operațiilor de cataractă.

Un punct important pe agenda de organizare a evenimentului nostru a constituit-o Masa Rotundă cu tema "Dezvoltarea Turismului medical în România", dar și cea cu tema "Strategia Națională 2017-2020 în Sănătate" a Asociației Spitalelor din România, la care au participat peste 80 de manageri de spital din țară, dar și organizarea (în premieră) a workshop-ului "Implementarea sistemului de management al calității și al conceptului de calitate în spitale/ambulatorii". De asemenea, am continuat tradiția anilor precedenți, organizând sesiunea dedicată medicilor rezidenți, unde lucrarea „Diselectolitemie iatrogenă la pacienta cu acromegalie” a fost premiată în mod festiv (este vorba de lucrarea medicului rezident de medicină internă Diana Belciu, de la Spitalul Clinic de Urgență Floreasca București. Tot la ceas festiv au fost premiați doi medici ai Spitalului Municipal de Urgență Moinești, aflați în prag de pensiune, pentru dăruirea lor în activitatea medicală de peste 35 de ani în această unitate sanitată de renume, respectiv dr. Marian Stănescu – medic specialist Radiologie și dr. Adrian Purcărin – medic primar Balneofizioterapie.

Ne bucurăm că și la această ediție am fost onorați de prezență unor oameni deosebiți din medicina românească, dar și din medicina de pește hotare. Ne bucurăm că am fost la înălțimea așteptărilor oaspeților noștri, unii dintre ei pentru prima oară veniți aici, la spital, în Moinești.

C U P R I N S :

O nouă pagină de istorie medicală - a XIII-a ediție a Zilelor Medicale ale Spitalului 1

Importanța comunicării în cazul pacienților aflați în stare critică 2

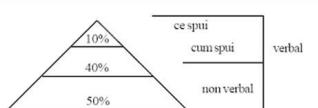
**Boala osoasă renală
Aspecte interdisciplinare 3**

Urticaria la copil 4

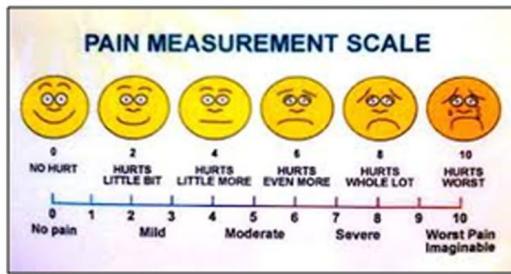
IMPORTANTĂ COMUNICĂRII ÎN CAZUL PACIENTILOR AFLAȚI ÎN STARE CRITICĂ



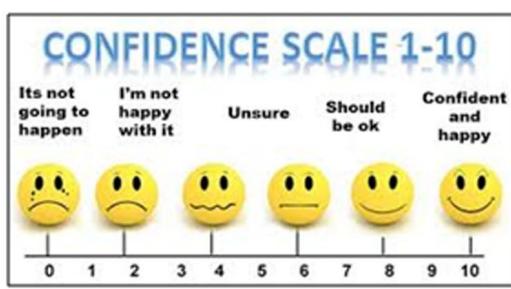
Transmitem:



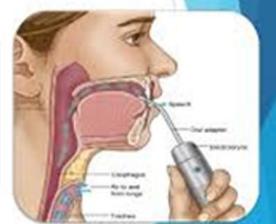
Pacientul aflat în stare critică este un pacient cu funcțiile vitale instabile, cu afecțiuni care pot avea complicații și care pot fi reversibile necesitând investigații, intervenții și îngrijiri medicale speciale acordate de către o echipă complexă, pluridisciplinară, într-o clinică sau secție de terapie intensivă generală sau specializată. Comunicarea cu pacientul critic este dificilă fiind legată de supraviețuirea imediată și riscul imminent de deces. Pacientul aflat în stare critică are un nivel ridicat de anxietate, frustrare, depresie și stres iar personalul medical este insuficient, supus unui nivel ridicat de disconfort legat de starea critică a pacienților, de echipamentul medical de suport al funcțiilor vitale (aparate de ventilație mecanică, dializă acută, pompe de administrare a medicamentelor), de medicația administrată la ore fixe, după protocoale standardizate secției ATI. Studiile efectuate au arătat faptul că doar 5% din timp este acordat comunicării personalului medical cu pacientul aflat în stare critică.



Ar trebui să comunicăm mai mult cu pacienții noștri, indiferent de nivelul de conștiență al acestora și capacitatea de a ne răspunde (majoritatea pacienților comatoși au potențiale evocate auditive normale deci aud ce se vorbește în jurul lor), folosind orice mijloc de comunicare-verbală sau non-verbală (gestuală sau alternativă) pentru a scădea durata de spitalizare și riscul de apariție a sindromului post-terapie intensivă. La pacienții intubați pot fi folosite dispozitivele vizuale (fișe de lucru vizuale cu literele alfabetului pentru a forma cuvinte sau fișele de exprimare a gradului de satisfacție, aplicațiile iPhone prin care pacientul se poate exprima cu mai multă ușurință sau VOCAs-dispozitivele ajutătoare electronice de transmisie a vocii).



Electrolarynx



Pacientul aflat în stare critică are nevoie crescută de atenție, informare, exprimare astfel că posibilitatea de a comunica devine terapeutică. Personalul medical trebuie să dea dovadă de empatie, să respecte armonia între aspectele verbale și non verbale în comunicare, să aibă o expresie facială plăcută, să folosească un limbaj simplu și un ton vocal adaptat, să exprime credibilitate și încredere și mai ales, să respecte intimitatea și confidențialitatea fiecărui act medical.

Comunicarea cu pacientul din secția ATI presupune: atmosferă de siguranță în salon, interes față de pacient din partea personalului (se prezintă pe sine și rolul său), evaluarea disponibilității pacientului pentru comunicare, evaluarea unei posibile dezamăgiri, supărări, crearea unui confort pacientului prin demonstrarea grijii, respectului și interesului pentru acesta. Familiile pacienților au nevoie de informații. Personalul medical trebuie să prezinte clar, cât de des posibil, unui membru desemnat al familiei: diagnosticul, tratamentul instaurat, persoanele implicate în acordarea îngrijirilor, eventual prognosticul medical al pacientului.

S-a demonstrat că informațiile comunicate sunt neînțelese în proporție de 50% datorită timpului acordat, limbajul folosit, precum și datorită statusului emoțional marcat de anxietate și depresie. Comunicarea evoluțiilor dificile trebuie făcută rapid, într-un mod clar și la obiect arătând respect și compasiune, încurajând familiile să pună întrebări despre evoluția și complicațiile ce pot apărea (cu cât sunt mai implicați în discuție cu atât gradul de satisfacție este mai mare). Trebuie să asigurăm de fiecare dată familiile că pacientul nu va suferi și că nu va fi abandonat.

Comunicarea interdisciplinară în cazul pacienților critici reprezintă piatra de temelie a funcționării unei secții de terapie intensivă. "Echipa este ca o orchestră ai căror membri își integrează talentele și abilitățile pentru ameliorarea stării pacientului critic". Critical Care Medicine Society

Concluzie: o bună comunicare nu este greu de obținut. Ea poate fi definită de următorii termeni: oferă siguranță, scade morbiditatea și mortalitatea, este accesibilă și eficientă (înbunătățește munca de echipă și poate fi salvatoare de bani și timp).

**Dr Duca Florina
Medic Spec. ATI**

Boala osoasă renală – Aspecte interdisciplinare

Homeostasia minerală, metabolismul osos și funcția renală sunt strâns corelate, rinichiul reglând fluxul de calciu și fosfor. Atunci când funcția renală este afectată se produc o serie de tulburări cunoscute drept osteodistrofia renală, boala osoasă renală (BOR) sau chronic kidney disease mineral bone disorder (CKD-MBD). Această patologie practic vulnerabilizează populația renală cronică generând durere cronică, inflamație sau fracturi pe os patologic.

Calciul (Ca) – se găsește 99% în oase, restul de 1% avându-și locul în lichidul extracelular (legat de proteine, ionic, complexe solubile). Calciul ionic (Ca), fracția activă, interacționează direct cu receptorii de Ca (CaSR), aflați din abundență în țesutul paratiroidian. Prin intermediul CaSR, orice scădere/creștere a nivelului de Ca se însوșește de o creștere/scădere a parathormonului (PTH). Aportul zilnic de Ca este de 1000mg, absorbția acestuia realizându-se în porțiunea proximală (în funcție de concentrația plasmatică a calcitriolului) și distală (în funcție de diferența dintre Ca din lumenul intestinal și plasmă) a intestinului subțire în raport de 2:1.

Fosforul ($X_3[PO_4]_n$) – la fel ca și calciul se găsește predominant în oase sub formă de cristale de hidroxi-apatită. O cantitate de 125-150mg fosfor intră șiiese din fluidul extracelular zilnic ca urmare a remodelării osoase. La adulți, balanța fosforului osos este aproape de 0. Datorită capacitatei mari de excreție renală a fosforului, traficul acestui element nu afectează semnificativ nivelul său plasmatic dacă RFG $\geq 40\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$. Aproximativ 60-70% din aportul de fosfor este absorbit de tractul gastrointestinal. Cantitatea de fosfor ce ajunge în lichidul extracelular este de aproximativ 600-800mg/zi, cea mai mare parte fiind ultrafiltrabilă (60-70%), reabsorbția la nivelul tubului contort proximal fiind relativă de către PTH în sensul scăderii reabsorbției.

Fibroblast growth factor 23 (FGF-23) – este o citokină implicată în metabolismul fosforului, fiind principalul hormon fosfaturic. Este o proteină codificată de cromozomul 23 și produsă în principal de osteoblaști, dar se găsește și în alte țesuturi. Receptorii FGF-23 sunt localizați în tubul proximal, determinând inhibarea reabsorbției de fosfor și scăderea producției de calcitriol. La pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR), nivelul FGF-23 crește pe măsură de funcția renală se deteriorează, consecința fiind scăderea titrului de vitamina D activă și creșterea PTH.

Vitamina D – în forma activată acționează sinergic cu PTH pentru reabsorbția Ca în ramul ascendent al ansei Henle și în tubul contort distal. Stimulează direct activitatea osteoblastelor și indirect absorția intestinală de Ca și fosfor necesară mineralizării. Calcitriolul este un determinant important al markerilor diferențierii osteoblaștilor (fosfataza alcalină, colagenul de tip I, osteopontina, osteocalcina).

Hiperparatiroidismul secundar – apare încă din stadiile incipiente ale BCR și avansează spre stadiul terminal.

Factorii ce contribuie la dezvoltarea sa sunt: deficitul de calcitriol, hiperfosfatemie, hipocalcemia, reglarea anormală a secreției de PTH Ca-dependentă, rezistență osoasă la PTH, hiperplazia glandelor paratiroid, inhibarea receptorilor periferici de PTH de către serum uremic.

Boala osoasă renală (CKD-MBD) – descrie sindroamele clinice cuprinzând anormalități minerale, osoase și calcificări cardio-vasculare, dezvoltate ca o complicație a BCR.

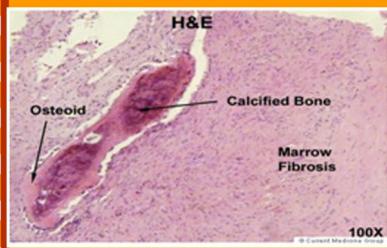
Clasificarea CKD-MBD

1. Turnover crescut – osteită fibroasă – creșterea resorbției osoase, dezorganizarea depozitelor de colagen non-lamelar, creșterea depozitelor de osteoid, fibroza măduvei osoase – o consecință a hiperparatiroidismului.
2. Turnover scăzut – osteomalacia – de obicei o consecință a excesului de aluminiu se manifestă prin scăderea depozitelor de osteoid, acumulare de aluminiu, scăderea ratei de formare osoasă; osul adinamic – rare arii de remodelare, rată de formare scăzută, scăderea depozitelor de osteoid.
3. Boala osoasă mixtă – îmbină trăsături ale tipurilor precedente.

Manifestări clinice – durerea osoasă – poate fi difuză sau localizată (regiunea dorsală, călcâi, genunchi sau cot); miopatia – localizată tipic la musculatura proximală – nivelul enzimelor musculare este adesea normal, modificările EMG sunt de obicei absente sau nespecifice; calcificările extrascheletale – metastatică sau vasculară sunt asociate cu prognostic nefavorabil.

Diagnostic – se bazează pe metode imagistice (ultrasونografie, scintigrafie, CT, RMN), care dau informații despre localizarea glandelor paratiroid sau a țesutului ectopic și au rol în pregătirea preoperatorie; biopsia osoasă – recomandată doar în caz de fracturi inexplicabile, niveluri scăzute ale PTH cu hipercalcemie sau activitate crescută a fosfatazei alcaline, suspicionarea toxicității la aluminiu.

Tratament – constă în restricția de fosfat din alimentație (produse lactate, conserve, pește, colă, etc.), chelatorii de fosfat cu Ca (Ca acetat, Ca carbonat, OsavaRen, Dicarbocalm) – de primă linie, eficienți, administrare în timpul meselor principale, limitată de riscul supraîncărcării cu Ca, chelatorii de fosfat non-calcici - se pot administra la pacienții cu risc de hipercalcemie (Renvela, Renagel) – preț de cost prohibitiv, carbonatul de lantan (Fosrenol), sărurile de Al (administrare limitată de toxicitatea osoasă a Al), vitamina D, Paricalcitol (analog de vitamina D), Cincalcet – inhibă eficient secreția de PTH, paratiroidectomia (în cazul hiperparatiroidismului terțiar).



Dr. Adelina Moței - Medic Spec. Reumatolog ie

Dr. Adrian – Eustațiu Leancă - Medic Spec. Nefrologie



INFOMED
Publicație a Spitalului
Municipal de Urgență
Moinești

Director de Publicație

- Prof. Univ. Dr. Adrian Cotîrleț

Au participat la acest număr:

- Dr. Florina Duca
- Dr. Adelina Moței
- Dr. Adrian Eustațiu Leancă
- Dr. Denisa Rușinou
- Psih. Ecaterina Mititelu

Urticaria acută, este o afecțiune frecventă, produsă de factori mulți, caracterizată printr-o erupție brusc instalată, formată din papule și plăci eritemato-edematoase, fugace și mobile, prurigoase, ce persistă sub 6 săptămâni. Urticaria reprezintă cea mai frecventă afecțiune cutanată, tratată în serviciile de urgență ale spitalelor din lume. La 50% din cazurile de urticarie acută, cauza poate fi identificată.

Cele mai frecvente cauze sunt - infectiile virale de tract respirator superior, agenți infecțioși viralii (virusuri herpetice, virusuri hepatitice A, B, C), agenți infecțioși bacterieni, fungici, parazitari. Medicamentele pot determina urticarie acută, cele mai frecvent implicate fiind: antibioticele, antialgicele, sedativele, tranzilizantele, diureticele, vitaminele, laxativele, picături de uz oftalmic sau otic. Unele urticarii medicamentoase la copil pot apărea la intervale de timp destul de lungi față de administrarea medicamentului, făcând recunoașterea acestuia (drept cauză, a urticariei) destul de dificilă (urticaria la Penicilină poate să apară și la 14 zile de la încheierea administrării). Înțepăturile de insecte pot determina apariția urticariei acute papuloase.

La apariția urticariei pot participa mecanisme alergice sau nonalergice. Leziunile sunt datorate eliberării de histamină și alti compuși din mastocite și bazofile. Acești compuși vor determina extravazarea de fluid în derm cu apariția edemului.

Histamina este mediatorul-cheie, responsabil de multe din trăsăturile clinice și histologice din urticarie. Prin legare de receptorii specifici – H₁ și H₂ prezenți pe numeroase celule, histamina își poate exercita efectele specifice.

Principalele trei trăsături ale leziunii urticariene au ca substrat patogenic:

- **Edemul** – transudarea plasmei datorită permeabilității vasculare crescute;
- **Eritemul** – vasodilatația rezultată prin stimularea structurilor nervoase cutanate și eliberarea de mediatori neurali;
- **Pruritul** – stimularea terminațiilor nervoase libere de către mediatorii chimici.

Leziunile urticariene se prezintă ca arii de edem ale dermului superficial, evanescente, circumscrise, supradenivelate, eritematoase, de regulă, prurigoase.

Leziunile au culori diferite (de la roz la roșu aprins, dar pot fi și purpurice sau albe), forme sunt variabile. Au o suprafață catifelată, cu margini curbe, polliciclike și nu prezintă scoame. În general sunt prurigoase, altelei senzația descrisă este de durere, arsură sau tensiune cutanată mai ales în cazul leziunilor asociate cu angioedem.

Leziunile individuale dispar complet, fără cicatrici, de regulă în mai puțin de 24 de ore, dar noi leziuni apar continuu, în ansamblu erupția fiind descrisă ca fiind migratoare și fugace. Leziunile de urticarie vasculitică dispar mai lent, în câteva zile și pot lăsa o hiperpigmentare reziduală. Leziunile cutanate perioculare, peribucale sau genitale pot evolua cu edem tisular masiv, care dispar de regulă în mai puțin de 24 de ore, de la apariție.

În cazul unui pacient cu urticarie și/sau angioedem, următoarele simptome și semne trebuie să atragă atenția asupra unei posibile reacții anafilactice, amenințătoare de viață: **tumefacția feței, limbii și laringelui; respirația suerătoare; respirația dificilă; deglutiția dificilă; senzația de constrictie toracică sau laringiană; bătăi cardiace rapide sau neregulate; ameteală sau senzație de slăbiciune; pierderea stării de conștiință; scădere tensiunii arteriale; dureri abdominale, vărsături, diaree.** Diagnosticul de urticarie acută este de regulă facil, aspectul clinic fiind în majoritatea cazurilor foarte sugestiv. Anamneza, istoricul sunt foarte importante și vor urmări în detaliu posibilele cauze alergice și non alergice de urticarie. Testele de laborator sunt utile doar când se suspectează o cauză internă sau când există o afecțiune cronică. Testele cutanate alergologice au o valoare limitată și se efectuează doar în cazuri particulare, întotdeauna în afara episodului urticarian și în absența medicației antialergice. Biopsia cutanată va fi luată în considerare doar în urticaria acută ce nu răspunde la tratament și în urticaria cu trăsături atipice (vasculitică, buloasă). Cea mai importantă măsură de tratament în cazul urticariei acute o reprezintă identificarea agentului cauzal și eliminarea sa. Este recomandată evitarea administrării antiinflamatoarelor nesteroidiene, aspirinei și a opiateelor, un rol important în controlul urticariei avându-l dieta. Se consideră că un aliment este cu adevărat responsabil de o erupție urticariană, atunci când ingerarea sa este urmată de apariția leziunilor cutanate tipice în maxim 2 ore. Majoritatea cazurilor de urticarie acută răspund la farmacoterapie. Principala clasă de medicamente folosite este reprezentată de antihistaminele H₁. Acestea blochează receptorii H₁ de pe suprafața celulelor întări pentru histamină și asigură astfel controlul pruritului și diminuarea gradului de disconfort al copilului cu urticarie. De primă intenție sunt antihistaminele H₁ de primă generație (difenhidramină, hidroxizin, clorfeniramină, ciproheptadina) sau de generația a două (loratadina, desloratadina, cetirizina, levocetirizina, fexofenadina). Unele urticarii nu răspund la antihistamine, necesitând terapie cortizonică (prednison sau metilprednisolon) de scurtă durată (5-7 zile). Cazurile severe de angioedem sau șoc anafilactic se tratează injectabil de urgență cu adrenalină, hidrocortizon și antihistamine. Tratamentul topical are o valoare limitată. Se recomandă utilizarea compreselor cu apă rece, administrare de mixturi antiprurigoase pe bază de mentol, calamine, eventual dermatocorticoizi slabii.

Prognosticul urticariei acute, per ansamblu este foarte bun, majoritatea cazurilor având o evoluție favorabilă, autolimitată. Mulți copii vor suferi un singur episod de urticarie acută, alții vor prezenta mai multe episoade la intervale de timp variabile, de luni sau ani. Evitarea factorului declanșator va asigura lipsa recidivelor urticariene.

Dr. Rusinou Denisa
Medic Specialist Pediatrie