



CUVÂNTUL MANAGERULUI

Onoarea de a reprezenta Spitalul Municipal vicii de sănătate prin intervenția medicală în timp util, realizăde Urgență Moinești este pentru mine o oportunitate de a fi deopotrivă vocea pacienților, dar și a colegilor mei. Poate o să vă întrebați de ce țin să reprezint, într-o măsură egală, cele două categorii; de pe poziția de medic-dezvoltarea culturii siguranței pacientului este în centrul preocupărilor mele cu tot ceea ce înseamnă act medical corect și complet, realizat cu mult profesionalism și cu multă dăruire. Această viziune nu poate fi nicio-dată statică, ci trebuie adaptată contextului actual în care bolnavii sunt din ce în ce mai mulți, patologii acestora sunt mult mai complexe și mult mai numeroase. Misiunea și viziunea mea în acest sens este de a satisface într-o măsură cât mai mare necesitățile actuale și aşteptările viitoare ale pacienților, de a le furniza servicii medicale de calitate și o siguranță adecvată (âtât din punct de vedere al corectitudinii diagnosticului, cât și al condițiilor de spitalizare, inclusiv echipamente medicale performante, adaptate fiecărei patologii).

Din perspectiva managerului, angajamentele mele vizează: o bună comunicare cu personalul angajat al spitalului pentru o orientare directă către pacient; stabilirea și implementarea politicii în vederea asigurării respectării și realizării obiectivelor calității; supervizarea managementului spitalicesc, și nu în ultimul rând asigurarea fixării unor planuri eficiente de acțiune, disponibilitatea resurselor și tot sprijinul în vederea îmbunătățirii continue a sistemului medical intraspitalicesc.

A fi manager într-un spital din România înseamnă să ai o coordonare extraordinară, să știi tot, să fii prezent în toate activitățile echipei tale.

Un manager reprezintă mai mult decât o simplă autoritate într-o instituție. Am cresut de la început

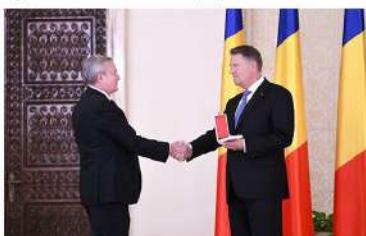
în munca în echipă, am aspirat la proiecte mărețe, m-au definit rezultatele concrete. Latura umană nu am abondonat-o niciodată; pentru mine conțea enorm: cum interacționez cu pacienții, cum răspund la nevoile și aşteptările lor, cum gestionez problemele medicale ale acestora. Aprecierea, încrederea și loialitatea lor au fost baza motivațională care m-a ajutat și m-a obligat, în același timp să acced la performanțe. Motivația nu trebuie să dispară niciodată, precum și provocările.

Creșterea nivelului de pregătire profesională este dezideratul de zi cu zi, completat de creșterea eficacității actului medical, fapt ce presupune schimbarea radicală a modului de abordare a cererilor formulate de către consumatorii de ser-

vicii de sănătate prin intervenția medicală în timp util, realizătă în spații corespunzătoare și dotate la standardele de actua-

Continuăm să ne orientăm atenția pentru derularea și finalizarea obiectivelor propuse la început de an 2019, prin desfășurarea de activități medicale și științifice, lărgind poate și mai mult, portofoliul subiectelor științifice medicale de referință națională. Mă gândesc, în primul rând, la cea de-a XIV-a ediție a Zilelor Medicale ale Spitalului Municipal de Urgență Moinești, manifestare care va avea loc în perioada 27-29 iunie 2019, la care vă invit pe toți cei interesați să participați. Va fi o reunire a profesionistilor din domeniul medical de un amplu ecou, unde ne propunem să împărtăşim din activitatea noastră profesională, dar în același timp ne vom axa pe schimburi de experiență cu reprezentanți din marile clinici universitare de la nivel național și internațional.

Ne propunem, deci, să promovăm o deschidere pentru tot ceea ce înseamnă eficiență, participare și realizare în domeniul sănătății individuale și de grup, reușind să perfectăm serviciile medicale adresate populației, acces nediscriminatoriu și lărgit al acesteia la toată gama de metode și procedee de diagnostic și tratament.



Și pentru a concretiza toate acestea, țin să amintesc că în data de 16.04.2019, la Palatul Cotroceni a avut loc festivitatea de premiere a spitalelor care au primit, cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății, prin decret prezidențial, însemne de apreciere, pentru importanța activitate de asistență medicală, precum și pentru rezultatele obținute în perfecționarea actului medical.

Printre aceste instituții prestigioase din domeniul medical, s-a aflat și SMU Moinești, căruia i s-a oferit Ordinul "meritul sanitar" în grad de comandor.

Această distincție ne onorează și ne așează pe aceeași linie, privind rezultatele medicale, cu Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Tîrgu Mureș, cu Institutul Clinic Fundeni sau Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca (și aceste instituții fiind decorate în cadrul festivității, alături de Spitalul Municipal Orșova, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava).

Decretul de decorare este pentru mine, ca manager, o distincție ce mă onorează; el întrunește eforturile întregii echipe medicale a spitalului, dar în același timp ne obligă să avem în continuare cât mai multe realizări pe plan profesional și să continuăm să satisfacem toate nevoile pacienților ce se adresează spitalului nostru.

Prof. Univ. Dr. Cotîrlăt Adrian

C U P R I N S :

CUVANTUL MANAGERULUI..... 1

Vârstnicul și recuperarea medicală cardiovasculară 2

Infecții ale protezelor articulare - abordare interdisciplinară 3

Criterii de diagnostic CT ale maselor tumorale hepatice - hemangiromul hepatic 4

VÂRSTNICUL ȘI RECUPERAREA MEDICALĂ CARDIOVASCULARĂ

Îmbătrânia este un eveniment complex cu impact major asupra aparatului cardiovascular, iar modificările legate de vîrstă sunt influențate de alte sisteme și de sex. Statistici numeroase au arătat că prevalența bolilor cardiovasculare crește odată cu înaintarea în vîrstă, fiind cea mai importantă cauză de morbiditate și mortalitate în rândul vârstnicilor. Din trei adulți, cel puțin unul are o boală cardiovasculară, iar jumătate din decesele survenite prin boală cardiacă apar la vîrste cuprinse între 65 și 74 de ani. Boala coronariană sau cardiopatia ischemică reprezintă suferința miocardului datorită aportului insufficient de oxigen și nutrienți. Poate fi: acută (infarctul miocadic acut) sau cronică, cu limitarea tranzitorie a capacitatii contractile (angina pectorală stabilă).

Etiologia este reprezentată în 95% din cazuri de ateroscleroză și constă în afectarea coronarelor mari epicardice. Prezentarea clinică a pacienților vârstnici cu boală coronariană ischemică (angină pectorală stabilă, infarctul miocadic cu și fără supradenivelare de segment ST) variază considerabil, simptomele atipice fiind frecvente ca de exemplu: dispnee, confuzie, greață, vărsături, transpirații profuze, durere epigastrică, sincopă alături de durerea retrosternală cu iradiere în brațe, mandibulară sau interscapulovertebral.

Tratamentul în cardiopatia ischemică cronică cuprinde alături de măsuri generale (ameliorarea durerii, oxigenoterapie, anxiolitice), medicație antitrombotică (dublă antiagregare și medicație anticoagulantă), de stabilizare a plăcii de aterom, vasodilatație, terapie de reperfuzie prin fibrinoliză și tehnici de revascularizare miocadică percutană (PCI) sau chirurgicală. Bypass-ul aortocoronarian efectuat la vârstnici se asociază cu riscuri importante determinate de intubația prelungită, dependența de suportul inotrop, fibrilația atrială perioperatorie, insuficiența renală, infecții, sângerări. Unele studii care au inclus octogenari ce au beneficiat de terapie de revascularizare miocadică, au arătat rezultate similare pentru angioplastia coronariană percutanată (PTCA), respectiv bypass aortocoronarian din punct de vedere al mortalității la 30 zile și la un an.



Recuperarea cardiacă este definită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind suma activităților și intervențiilor necesare pentru a asigura cele mai bune condiții fizice, mentale și sociale, astfel încât pacienții cu patologie cardiovasculară cronică sau imediat după un episod acut să își poată păstra, prin propriile eforturi, locul lor în societate și să poată avea o viață activă. Recuperarea cardiovasculară are drept scopuri: prevenirea dizabilităților ce decurg din prezența afecțiunii cardiaice, mai ales la persoanele vârstnice și cele care desfășurau activitate fizică profesională, cât și prevenirea altor evenimente cardiovasculare, a spitalizărilor și a deceselor de cauză cardiacă.

Componentele recuperării cardiaice se axează atât pe modificarea stilului de viață, cât și pe terapia comportamentală și farmacologică, și cuprinde: - oprirea fumatului și a consumului de alcool, prin consiliere psihologică de suport, terapie farmacologică;

- consiliere dietetică având ca scop controlul greutății, reducerea dislipidemiei și valorii glicemice (PTCA), respectiv bypass aortocoronarian din punct normale;

- consiliere privind activitatea fizică prin testarea la efort, prescrierea tipului de efort fizic, efectuarea de antrenament instituționalizat sau în ambulatoriu;

- terapie comportamentală prin tratarea depresiei, a anxietății, ostilității, la care contribuie suportul familial și terapia de grup;

- terapie farmacologică: antiagregantă, antiischemică, antihipertensivă, hipolipemiantă, antidiabetică și eventual a altor patologii asociate (disfuncții tiroidiene, afecțiuni urologice).



Dr. Nicoleta Dăscăleanu
Medic Spec. Cardiologie

INFECȚII ALE PROTEZELOR ARTICULARE

- abordare multidisciplinară -

Deși tehniciile medico-chirurgicale au evoluat în ultima perioadă, infecțiile protetice articulare (IPA) încă reprezintă o complicație de temut, atât prin tratamentul de durată, cu asocierea antibioticelor locale și sistemice, dar și prin evoluția grefată de evenimente neprevăzute, ce pot culmina cu amputația membrului afectat. Pentru o bună diagnosticare și tratare a pacientului, colaborarea multidisciplinară dintre specialiști de boli infecțioase, microbiologi și chirurgi ortopezi trebuie să existe.

Artroplastia este considerată una dintre cele mai reușite proceduri ortopedice, care poate duce la ameliorarea durerii, restabilirea funcției articulare, cât și îmbunătățirea calității vieții a multor pacienți cu artrită. Riscul de a dezvolta infecție pe proteză articulară poate fi influențat de mai mulți factori, cum ar fi caracteristicile pacientului, tehnica chirurgicală, precum și îngrijirea postoperatorie.

Bacteriile implicate în patogeneza infecțiilor protetice pot ajunge în organism prin una din următoarele căi: direct, în urma intervenției chirurgicale, prin diseminare hematogenă, prin contiguitate sau pe cale limfatică. La baza procesului fizioterapeutic stă biofilmul, un agregat de microorganisme care aderă la nivelul materialului inert al protezei, prin intermediul unei matrici extracelulare formate din substanțe polimerice.

Infecțiile protetice articulare (IPA) pot fi clasificate în funcție de debutul semnelor și al simptomelor, astfel: timpurii (precoce) – apar în termen de 3 luni de la implant, întârziate – apar în termen de 3-12 luni de la implant, și târzii – apar după 12 luni de la implant. Infecțiile timpurii pot fi cauzate de organisme care sunt introduse în plagă la momentul intervenției chirurgicale, iar cele tardive sunt, de obicei, dobândite pe cale hematogenă.

Manifestările clinice în cadrul infecțiilor protetice pot varia, în funcție de răspunsul imun al gazdei, de microorganismul implicat, de structura țesutului moale din jurul implantului precum și de articulația implicată. Simptomele clinice pot include durere, semne de infecție locală (eritem, edem, căldură) și semne de infecție sistemică (febră și frisoane). Pacienții cu manifestări mai întârziate pot prezenta semne de durere neobișnuită, de instabilitate a implantului, sau ambele. Uneori, poate fi doar o fistulă de mici dimensiuni, ce se deschide și, ulterior, se închide în cursul infecției, fără alte manifestări clinice asociate.

Societatea de Boli Infecțioase din America definește IPA ca fiind: a) prezența unei fistule de comunicare cu proteza; b) prezența purulenței care înconjoară proteza fără alte cauze identificabile; c) prezența inflamației acute la examenul histopatologic în momentul intervenției chirurgicale; sau d) cel puțin două culturi prelevate intraoperator cu rezultate pozitive, sau a unei combinații de aspirat și cultură intraoperatorie, izolând același organism. IPA poate fi prezentă și în cazul în care nu este prezent niciunul dintre criteriile enunțate.

Cele mai frecvente microorganisme întâlnite

sunt *Staphylococcus aureus* și *stafilococci coagulazo-negativi*, fiind implicate în aproximativ 50-60% din cazuri, iar *streptococci* și *enterococci* împreună reprezintă doar 10% din cazuri. Dintre bacili gram negativi aerobi, cei mai frecvenți întâlniți sunt *Escherichia coli* și *Pseudomonas aeruginosa*, fiind urmași de alte bacterii anaerobe (*Propionibacterium acnes*, *Clostridium*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus spp*, *Actinomyces spp*). *Mycobacterium tuberculosis* și fungii sunt mai puțin întâlniți în cadrul IPA.

Diagnosticul se bazează pe coroborarea datelor clinice, microbiologice, histopatologice, precum și a rezultatelor investigațiilor imagistice. Examenul clinic este primul pas în diagnosticarea IPA, fiind urmat de celelalte investigații.

Selecția pentru opțiunea corespunzătoare de tratament se bazează pe criterii bine stabilite, precum și pe abordare multidisciplinară. Opțiunile de tratament includ antibioterapia, debridare cu antibiotice, reconstrucție chirurgicală într-o etapă, două, artrodeza și amputația. În cazul în care chirurgia este contraindicată, este indicat tratamentul cu antibiotic.

Tratamentul medicamentos este indicat pacienților care nu pot suporta o intervenție chirurgicală, când sunt implicate microorganisme cu virulență scăzută și sensibile la agenții antimicrobieni, și implant bine fixat, după prelevarea probelor biologice, inițial empiric. Ulterior tratamentul se va schimba în funcție de agentul etiologic identificat. Este indicat pe o perioadă de 2-6 săptămâni i.v., iar când sunt implicate și țesuturile moi din jur, perioada este mai mare.

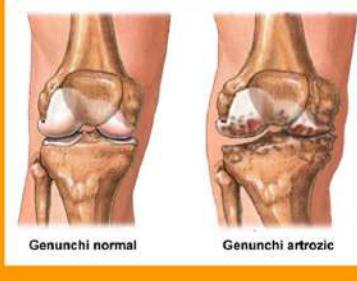
S-a dovedit a avea o rată de succes Rifampicină în asociere cu fluorochinolone; de asemenea Rifampicina s-a dovedit a fi eficientă și împotriva *Propionibacterium acnes* și *Enterococcus spp* în vitro.

În cazul în care în IPA este implicat *Mycobacterium tuberculosis*, este recomandat îndepărtarea protezei în asociere cu terapie antituberculoasă pe o perioadă de 12-24 luni. În cazul în care sunt implicate microorganisme multidrogrezistente (rifampicina, izoniazida, fluorochinolone), se recomandă cel puțin 4 antituberculoase la care *Mycobacterium tuberculosis* izolat este relativ sensibil, dintre care unul trebuie injectabil pentru a preveni rezistența.

Tratament chirurgical: durata simptomelor, organisme cauzale și sensibilitatea acestora la agenții antimicrobieni, stabilitatea protezei, opțiuni pentru intervenție chirurgicală reconstructivă, comorbidități, expertiza chirurgului și, nu în ultimul rând, preferința pacientului.

Diagnosticarea precoce a IPA și tratamentul adecvat pentru fiecare pacient în parte, ar putea rezolva complicațiile, fără a lăsa sechele.

Dr. Ioana Măgirescu
Medic Specialist Boli Infecțioase



Criterii de diagnostic CT ale maselor tumorale hepatice – Hemangioul hepatic –

Se disting patru mase tumorale hepatice importante: mase tumorale hepatice congenitale; mase tumorale hepatice neoplastice; mase hepatice de natură inflamatorie; mase hepatice de natură post-traumatică.

Masa tumorală hepatică reprezintă o noțiune pur geometrică de existență a unui volum suplimentar patologic, care poate să exerce efect de masă (de împingere) asupra organelor învecinate.

Ca mase hepatice tumorale de natură congenitală avem chistul unifocal și boala polichistică hepatică.

În cadrul maselor tumorale neoplastice deosebim mase tumorale primitive benigne/maligne și secundare.

Ca mase tumorale neoplastice benigne trebuie amintite chistele (cu conținut lichidian) și procesele cu conținut solid, precum hemangioul hepatic, adenomul hepatic, hiperplazia nodulară focală și tumora mezodermală.

În grupa maselor neoplastice maligne pe primul loc se situează carcinomul hepatocelular, apoi colangiocarcinomul, limfomul hepatic și tumora mezodermală.

Ca procese expansive secundare la nivel hepatic, metastazele hepatice cu punct de plecare diferit, reprezintă cele mai frecvente mase tumorale.

În grupa maselor hepatice de natură inflamatorie sunt incluse abcesele piogene, parazitare și micotice.

Traumatismele pot cauza unele mase hepatice post-traumaticice precum hematoamele, bilioamele, fistulele arterio-venoase și pseudoanevrisme.

În privința criteriilor de diagnostic, acestea sunt difierite, în funcție de natura masei hepatice.

Astfel pentru chiste, criteriile de diagnostic cuprind: densitate de tip lichidian; contur regulat; perete subțire; iodofilie absentă postcontrast i.v. (dacă imaginea este tipică și există concordanță cu explorarea ecografică, nu este necesară administrarea de contrast i.v.).

Pentru masele hepatice cu valori de densitate de tip țesut solid, criteriile de diagnostic sunt: densitate de tip țesut solid; contur neregulat, cu/fără perete propriu; iodofilie postcontrast variabilă, dar prezantă.

Hemangioul cavernos

Hemangioul este o tumoră benignă, cu localizare hepatică, cel mai frecvent, cu evoluție și prognostic favorabile.

Hemangieliomul copilăriei poate fi demarat de hemangioul cavernos obișnuit (cavernom). Cavernoamele sunt malformații vasculare și apar cu o frecvență mai mare la femeile în vîrstă (multipare). Ele au tendința de a determina tromboze, hialinizări și calcificări, având o structură radiară. Simptomele apar doar când tumora crește și dislocă organele adiacente.

Hemangieliomul copilăriei este deseori asociat și cu implicarea altor organe. Alte trăsături sunt calcificarea sub formă amorfă, artere nutritive dilatate, șunturi arterio-venoase cu aranjament multicentric.

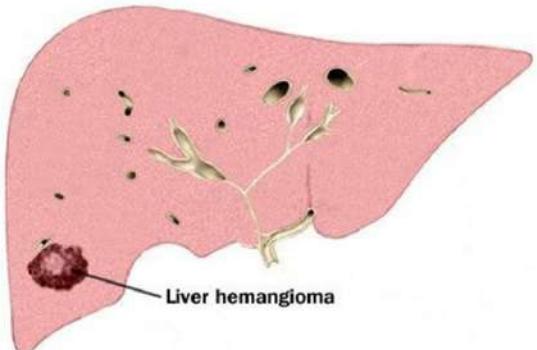
Angiografia reprezintă metoda de elecție pentru explorare, care evidențiază coroana de vase peritumorale, lacuri de vase, artere și vene normale.

Pentru un diagnostic de certitudine, în majoritatea cazurilor, este necesar examen CT, foarte rare fiind cazurile când se impune examen IRM. Puncția percutanată în vederea diagnosticului histologic, este periculoasă și, deci, nerecomandată.

Semiologie CT.

Examinarea computer tomografică a cavernoamelor mari relevă o zonă hipodensă, omogenă, bine delimitată care arată intensificare sub formă de inel de la periferia masei spre centru la 1-2 minute după administrarea substanței de contrast.

Administrarea contrastului în bolus de la început, în ritm de 3-6 ml/sec, 100 ml, prinde timpii arterali. La 30-60 de secunde de la injectare se opacifiează parenchimul (prin aport de sânge portal). Totodată se poate evidenția sursa arterială sau venoasă privind hemangioul.



După 7-12 minute densitatea centrului leziunii este egală cu cea a țesutului hepatic înconjurător, dar o poate depăși în funcție de cantitatea de substanță de contrast administrată. Această caracteristică kinetică se poate explica prin acumularea substanței de contrast în spațiile cavernoase datorită circulației mai lente și amestecării permanente a săngelui. Spălarea se face lent, iar în fazele tardive se pot constata noduli hiperdensi față de parenchimul înconjurător.

Aceste procese nu pot fi descrise de obicei în cazul hemangoamelor mici cu diametrul de 1-2 cm, deoarece spațiile lor sanguine nu sunt destul de mari și ele apar izodense în majoritatea cazurilor. Modificările regresive (trombozele) în interiorul hemangoamelor nu se intensifică.

Dr. Răzvan Diticu - Chirvase
Medic Primar Radiologie



INFOMED
Publicație a Spitalului
Municipal de Urgență
Moinești

Director de Publicație

- Prof. Univ. Dr. Adrian Cotîrlă

Au participat la acest număr:

- Dr. Nicoleta Dăscăleanu
- Dr. Ioana Măgirescu
- As. Răzvan Diticu-Chirvase
- Psih. Ecaterina Mititelu

Această publicație
este creditată
EMC de către
Colegiul Medicilor