



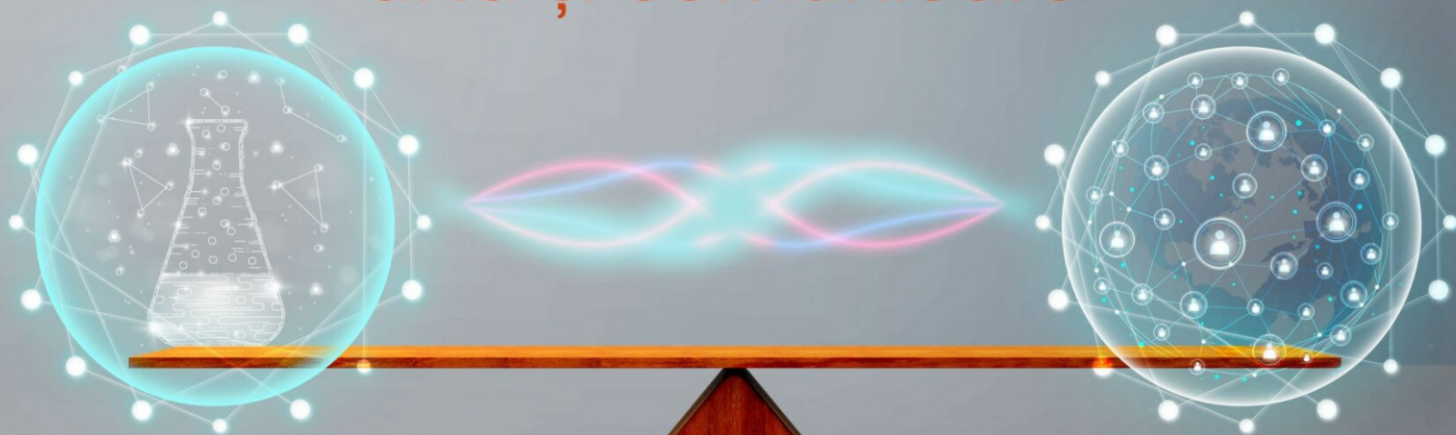
Asociația
Medicilor de Familie
București - Ilfov

Ediția a XVIII-a

Conferința de Medicina Familiei

cu participare internațională

Echilibrul delicat între știință,
artă și comunicare



www.conferintemf.ro

CONFERINȚĂ
ONLINE



23-26
martie
2022

27 martie
cursuri post conferință

VOLUM
DE
REZUMATE

1. MIT ȘI ADEVĂR ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ ȘI ANTICOAGULARE

RODICA TĂNĂSESCU, TEREZA CRAUS, MIHAELA DANIELA BALȚĂ

Fibrilația atrială este una dintre cele mai frecvente aritmii întâlnite în practica medicală.

Din păcate, în ciuda progreselor făcute de știința medicală fibrilația atrială rămâne una dintre cauzele majore de AVC, moarte subită și morbiditate cardiovasculară din lume.

Estimările preconizează că numărul pacienților cu FA va crește progresiv, odată cu creșterea speranței de viață.

Există un număr de pacienți care nu percep modificarea ritmului și un număr uriaș de bolnavi care nu acceptă necesitatea tratamentului permanent, atât al tratamentului ACO, cât și necesitatea tratamentului pentru controlul frecvenței, al controlului comorbidităților.

În 2010 la nivel mondial numărul estimat de bărbați și femei cu fibrilație atrială era de 20,9 milioane, respectiv 12,6 milioane, cu rate de incidență și prevalență mai mari în țările dezvoltate. Unul din patru adulți de vârstă mijlocie din Europa și SUA va dezvolta FA. Până în 2030, sunt anticipați în Uniunea Europeană 14-17 milioane de pacienți, cu 120 000-215 000 pacienți nou diagnosticați pe an. Estimările sugerează o prevalență a FA de aproximativ 3% în rândul adulților de 20 de ani sau peste, cu o prevalență mai mare la vârstnici și la pacienți cu patologii cum ar fi hipertensiunea, insuficiența cardiacă, boală cardiacă ischemică, valvulopatiile, obezitatea, diabetul zaharat sau boala cronică de rinichi (BCR).

Creșterea prevalenței FA poate fi atribuită atât unei mai bune detecții a FA silențioase, cât și creșterii speranței de viață și a condițiilor predispozante pentru FA.

Temerile esențiale legate de FA sunt legate de riscul de AVC, dar și IC, sau moarte subită.

FA este independent asociată cu un risc de 2 ori mai mare de mortalitate din toate cauzele la femei și o creștere de 1,5 ori la bărbați.

Decesul din cauza accidentului vascular cerebral poate fi în mare măsură diminuat de anticoagulare, în timp ce decesele din alte cauze, de exemplu din

cauza insuficienței cardiace sau moarte subită, rămân frecvente chiar și în rândul pacienților cu FA tratați în conformitate cu nivelele de evidență.

Pentru practicieni este esențială depistarea precoce a cazurilor de FA, prin screening EKG, dar și monitorizarea prelungită pentru depistarea episoadelor de FA paroxistică, monitorizarea atentă a patologiei și insistență pentru respectarea tratamentului recomandat.

Tratamentul anticoagulant oral (ACO) poate preveni majoritatea accidentelor vasculare cerebrale (AVC) la pacienții cu FA și poate prelungi supraviețuirea.

Beneficiul clinic net este aproape universal, cu excepția pacienților la risc foarte scăzut de AVC, prin urmare tratamentul ACO ar trebui utilizat la majoritatea pacienților cu FA. AVK (acenocumarol, warfarina) își mențin utilitatea, dar noile anticoagulante (NOAC) și-au dovedit cert superioritatea.

Lucrarea își propune să sublinieze principalele mituri care conduc la o slabă aderență la tratament și la o slabă acceptare a unui stil de viață adecvat, cât și să prezinte instrumentele pe care le putem folosi pentru o informare corectă a pacienților, în scopul de a reduce aceste "mituri" și a îmbunătăți prognosticul acestor pacienți.

Bibliografie

1. Di Carlo A, et al. Europace 2019;pii:euz141. doi:10.1093/europace/euz141.
2. Yao X et al. J Am Heart Assoc 2016;5:e003074; 2. Wilke T et al. Patient 2017;10:17–37;
3. Mueller S et al. Poster prezentat la: Congresul ESC 2019.
4. Bansilal S et al. Am Heart J 2015;170: 675–682.e8;

2. MIT ȘI ADEVĂR ÎN DISLIPIDEMIE

DANIELA MIHAELA BALȚĂ, RODICA TĂNĂȘESCU, TEREZA CRAUS

Dislipidemia este considerată unul dintre cei mai importanți factori de risc cardiovascular, motiv pentru care constituie o preocupare permanentă pentru lumea medicală. Se știe că evenimentul cheie inițial în aterogeneză este reținerea LDL și a altor lipoproteine bogate în colesterol (lipoproteine apo-B) în peretele arterial, dar și faptul că fracțiunile de lipide au rol aterogen diferit. Este

recunoscută așa numita “triadă aterogenică”: nivel crescut al fracțiunii mici și dense a LDL colesterolului și a trigliceridelor și nivel scăzut al HDL colesterolului . În lucrarea de față vom încerca să prezentăm câteva aspecte referitoare la screening-ul și diagnosticarea dislipidemiei, țintele terapeutice în funcție de riscul cardiovascular estimat, mijloace terapeutice de scădere a riscului prin aducerea colesterolului la ținte. Ghidul ESC de prevenție 2021 accentuează importanța non-HDL colesterol, subliniind faptul că studiile au arătat faptul că relația dintre non-HDL-col și riscul cardiovascular este cel puțin la fel de puternică ca și relația dintre LDL-col și riscul de evenimente cardiovasculare, iar estimarea riscului cardiovascular (SCORE2 și SCORE2-OP) utilizează tocmai această fracțiune lipidică. Determinarea profilului lipic după o perioadă de post se pare că nu mai are o importanță atât de mare decât în situația hipertrigliceridemiilor sau în cazul pacienților cu diabet zaharat. Atingerea țintelor terapeutice în 2 etape, reprezintă o altă noutate, indicându-se inițial o terapie mai puțin agresivă pentru creșterea complianței. Aderența pacienților la terapie reprezintă o problemă în întreaga lume, existând tendința pacienților de a opri medicația când laboratorul arată valori scăzute ale colesterolului. Cât de frecvente sunt în realitate reacțiile adverse la terapia hipolipemiantă, cum procedăm cu pacientul cu steatoză hepatică, diabet zaharat, boală cronică de rinichi sunt întrebări la care căutăm răspunsuri. Dislipidemia la extremele de vârstă (copii și vârstnicul de peste 70 de ani) sau la femei sunt alte aspecte care ridică uneori probleme în cabinetele noastre . Nu este necesară monitorizarea în exces a profilului lipidic, a funcției hepatice, renale sau enzimelor de citoliză musculară la pacientul aflat la echilibru și la valorile țintă stabilite. Este cazul să ne temem de valorile prea scăzute ale colesterolului? Favorizează statinele demența, diabetul zaharat, cancerul ? Sunt doar câteva întrebări la care actualele ghiduri și studii au încercat să dea răspunsuri, pe care să se bazeze apoi practica noastră medicală.

1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Vol. 140, Circulation. 2019. 596–646 p.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC

Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227–337.

3. Webappendix for “Efficacy and safety of intensive statin therapy_ meta-analysis of individual participant data from 144 000 in _ Enhanced Reader.

4. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111–88.

3. MIT ȘI ADEVĂR ÎN HIPOTENSIUNE

TEREZA CRAUS, RODICA TĂNĂSESCU, DANIELA MIHAELA BALTĂ

Cât de importantă este hipotensiunea în viața pacienților și în practica noastră curentă. Simptome.

Cât de frecventă este hipotensiunea între afecțiunile medicale, este diagnosticată corect sau nu.

Cum stabilim etiologia, investigațiile, tratamentul, monitorizarea pacienților cu hipotensiune din diferite cauze.

Ce spun ghidurile.

Pacientul și așteptările comune în managementul hipotensiunii.

Referinte:

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/low-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20355465>

2. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/159609.php>

3. <https://www.healthline.com/health/hypotension>

4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/319506.php>

5. <https://www.healthline.com/health/pregnancy/low-blood-pressure-during-pregnancy#blood-pressure-and-pregnancy>

6. <https://www.healthline.com/health/low-blood-pressure-diet#what-to-eat>

4. MATERNITATEA DUPĂ 35 DE ANI

ANA-AURELIA CHIȘ-ȘERBAN, ELENA POPA

Introducere: Tendința actuală în toată lumea este prelungirea vârstei la care se planifică o sarcină, astfel încât sarcina la peste 35 de ani a devenit regula, nu excepția. Sarcina geriatrică are avantaje și dezavantaje.

Scopul lucrării: Sunt identificate cauzele care generează acest comportament demografic (acum ne confruntăm cu sarcină timpurie, sarcină târzie, dar foarte rar, sarcină la vârstă optimă 20-24 de ani).

Sunt identificate dezavantajele, complicațiile, dar și avantajele unei sarcini la peste 35 de ani.

Material și metodă: Am analizat 30 de articole din literatura de specialitate și le-am comparat cu experiența a 10 cabinete de medicină de familie din județul Hunedoara.

Rezultate și discuții: Sarcina la vârstă înaintată, este strict decizia cuplului. Noi ca medici de familie, avem datoria să-i informăm despre efectele sarcinii asupra mamei și asupra copilului, să-i informăm asupra avantajelor și dezavantajelor.

Cuvinte cheie: maternitate târzie, medic de familie, cauze, avantaje și dezavantaje

5. CONSULTAȚIA PRECONCEPȚIONALĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE

ELENA POPA, ANA-AURELIA CHIȘ ȘERBAN, TEODORA TETIA, DAN PLETEA, ADORATA COMAN

Introducere. La nivel global, conștientizarea comunității cu privire la sănătatea preconcepțională este scăzută. Aproape jumătate din sarcini sunt considerate neintenționate, ceea ce arată că angajamentul profesioniștilor, dar și interesul populației pentru acest segment de asistență medicală sunt insuficiente.

Scopul lucrării. Acest studiu își propune să prezinte obiectivele, modalitățile de realizare a consultației preconceptionale și problemele medicului de familie în efortul de constientizare a importanței acesteia.

Material si metoda. Am realizat o sinteză a cunoștințelor și intervențiilor posibile în medicina primară în domeniul a sănătății preconcepționale și intercolecționale publicate în ultimii 5 ani în literatura medicală.

Rezultate si discutii. Consultatia preconcepțională ar trebui considerată drept parte integrantă a asistentei medicale primare. Fiecare femeie de vârstă reproductivă care este capabilă să rămână însărcinată este o candidată pentru consultatia preconcepțională, indiferent dacă intenționează sau nu să rămână însărcinată. Consultația preconcepțională are ca scop identificarea și modificarea riscurilor biomedicale, comportamentale și sociale prin intervenții eficiente preventive și de management. Componentele cheie includ evaluarea riscurilor, promovarea sănătății, intervenții medicale și psihosociale. Problemele comune includ planificarea familială, intervenții asupra stilului de viață (ex. greutatea corporală, consum de alcool, tutun, droguri), screening-ul și tratamentul bolilor infecțioase, actualizarea imunizărilor, controlul afecțiunilor cronice (diabet zaharat, hipertensiune arterială, epilepsie, etc) și revizuirea medicației preexistente sarcinii pentru posibilele efecte teratogene. Pacienții ar trebui să formuleze un plan de viață reproductivă (varsta anticipată a primei sarcini, număr de copii) pe baza valorilor și resurselor disponibile. Consultatia preconcepțională poate fi oferită în cabinetul medicului de familie sau al obstetricianului și poate fi completată de activități în rețeaua școlară, cabinete de medicina muncii și comunitate.

Concluzii. Stabilirea politicii de sănătate preconcepțională, cercetarea și asistența medicală sunt esențiale pentru sănătatea populației. Implementarea consultației preconcepționale în medicina de familie reprezintă o strategie promițătoare pentru îmbunătățirea sănătății materne și fetale.

6. MATERNITATEA TIMPURIE

DAN PLETEA, ANCA DELEANU, ELENA POPA

Introducere: România ocupă locul 2 în statistica nivelului adolescentelor însărcinate din Europa. Maternitatea timpurie este un fenomen demografic ce face parte din domeniul sănătății reproducerii. Comportamentele în populația adolescentă română nu sunt suficient cunoscute.

Obiective: 1. Sunt identificate cauzele care generate de acest comportament demografic, se descriu problemele medico-sociale și etice generate. 2. Autorii descriu propuneri și posibile soluții medico-sociale și educaționale

Material și metodă: Autorii prezintă propuneri generate în două ateliere educaționale organizate pentru medicii de familie pe subiecte de sănătate a reproducerii. Autorii propun îmbunătățirea comunicării cu adolescenții în serviciile medicilor de familie, soluții pentru schimbări comportamentale, îmbunătățirea educației sexuale oferite adolescenților, noi servicii propuse a fi decontate prin sistemul nostru de asigurări medicale.

Rezultate: Autorii au descris și identificat probleme de etică, de responsabilități, propuneri de diversificări și îmbunătățiri ale serviciilor medicilor de familie în rețea cu alte servicii medicale și comunitare

Concluzii: Noi tendințe în comportamente demografice actuale la adolescent impun mai multă educație și noi servicii. Autorii propun finanțarea unor noi servicii, o mai bună colaborare între medicii de familie, alte servicii medicale și comunitare în special pentru populația română, utilizarea responsabilă a educației adolescenților.

7. MANAGEMENTUL SARCINII- PROVOCĂRI

TOTH CSONGOR

Scop și Obiective. Lucrarea reprezintă o analiză a legislației și a literaturii de specialitate pentru managementul unui caz mai special - gravida care are asociat și patologie psihiatrică.

Rezultate. S-au studiat reglementările legislative în domeniul sarcinii, al pandemiei SARS-COV-2 și cel psihiatric. S-a urmărit traseul pe care l-a urmat gravida cu patologie psihiatrică.

Concluzii. Lucrarea nu prezintă o eroare medicală ci un caz atipic în care datorită lipsei unor reglementări fără echivoc, putem concluziona că indiferent cine și-ar modifica decizia, nu va exista vreo problemă de ordin legal și totuși gravida a născut alături de sora ei la domiciliu.

Impactul în practica de zi cu zi

Sarcina este o stare fiziologică normală, care nu trebuie percepută ca și o patologie de către medicul curant. În România, în ultimii 15 ani, în ceea ce privește monitorizarea sarcinii există o tendință în creștere de a elimina medicul de familie din cadrul echipei medicale. Oare acest lucru tinde să se schimbe? Provocările acestui caz țin de faptul că gravida asociază și o patologie psihiatrică, alături de măsurile impuse de condițiile de pandemie pentru infecția cu SARS-COV-2.

8. PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICUL ASTMULUI BRONȘIC LA COPIL, ÎN CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE

COMISEL GABRIELA, MAXIM OANA MARIA

Ne-am propus să evidențiem care sunt problemele care pot apare în diagnosticul astmului bronșic la copil în cadrul cabinetului medicului de familie, identificarea precoce a factorilor favorizanți și de risc ai astmului bronșic.

Variabilitatea factorilor de risc pentru apariția astmului bronșic reprezintă o provocare pentru medicul de familie, în vederea identificării acestora, a diagnosticului precoce și instituirii tratamentului. Medicul de familie are un rol deosebit în conștientizarea factorilor declanșatori atât de către familie, cât și de către copil.

Diagnosticul astmului la copiii sub 5 ani reprezintă o problemă foarte dificilă. Explicația constă în faptul că simptomele sugestive pentru astm (wheezing, tuse nocturnă) se întâlnesc și în alte afecțiuni respiratorii, mai ales la copiii cu vârstă sub 3 ani. Wheezing este frecvent asociat cu infecții virale respiratorii (virus

sincital respirator la copiii sub 2 ani), alte virusuri la copii mai mari.

Rolul medicului de familie constă și în identificarea simptomelor sugestive pentru diagnosticul de astm la copii : episoade frecvente de wheezing (mai mult de 1 episod/lună), tuse ± wheezing induse de activități fizice, tuse nocturnă în afara perioadelor de infecții virale , absența variațiilor sezoniere a wheezing, simptome care persistă după vârsta de 3 ani.

Medicul de familie evaluează semnele predictive pentru astmul în copilărie (preșcolar, școlar): wheezing înainte de 3 ani, antecedente familiale de astm, eozinofilie, wheezing fără tuse, rinită alergică.

9. COMORBIDITĂȚI ȘI CONDIȚII ASOCIATE SINDROMULUI DE APNEE ÎN SOMN

MIHAELA ADELA IANCU, CARMEN BUȘNEAG

Tulburările respiratorii obstructive din timpul somnului sunt frecvent întâlnite în rândul bărbaților, dar poate afecta și femeile și copiii. Polisomnografia cardio-respiratorie este investigația considerată metoda standard pentru diagnosticarea sindromului de apnee în somn la orice vârstă. Cercetările raportate în ultima perioadă se referă la impactul pe care comorbiditățile asociate tulburărilor obstructive respiratorii din timpul somnului îl au asupra diverselor sisteme și organe. Acestea pot să devină factor declanșator, pot să susțină sau să accentueze patologia sindromului de apnee în somn. Pacienții cu sindrom de apnee în somn, în special atunci când afecțiunea este moderată sau severă, dar mai ales netratată, prezintă un risc crescut de hipertensiune arterială sistemică cu valori tensionale greu de controlat terapeutic, boală coronariană, aritmii cardiace, insuficiență cardiacă și accident vascular cerebral. De remarcat faptul că pacienții cu sindrom de apnee în somn au o prevalență crescută de două până la trei ori de steatoză hepatică non-alcoolică, prevalență independentă de factorii de risc comun, cum ar fi obezitatea. Studiile publicate în literatura de specialitate arată că prevalența SASO în rândul populației pediatrice cu obezitate este crescută, iar creșterea este direct proporțională cu gradul obezității, scăderea ponderală ameliorează și sindromul de apnee în somn și sindromul metabolic

asociat.

Rolul echipelor multidisciplinare în cazul pacienților cu sindrom de apnee în somn se referă în principal la înțelegerea mecanismelor care stau la baza acestei patologii, la aprecierea comorbidităților, în vederea realizării unui plan individualizat de tratament, dar și pentru găsirea unor noi modalități de prevenție.

10. SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ A LUCRĂTORILOR DUPĂ ÎNCETAREA EXPUNERII PROFESIONALE LA AGENȚI CANCERIGENI

CLAUDIA-MARIANA HANDRA, EUGENIA NAGHI, AGRIPINA RAȘCU

Cancerul profesional reprezintă prima cauză a mortalității profesionale în Uniunea Europeană, în condițiile în care 22 milioane de lucrători (15,8% din angajați) au fost expuși în anii '90 la 120 de agenți cu acțiune carcinogenă dovedită la om. Cele mai frecvente forme de cancer profesional sunt: cancerul pulmonar, mezoteliomul malign, cancerul de vezică urinară.

Recunoașterea etiologiei profesionale întâmpină de cele mai multe ori dificultăți, astfel că în ultimii 4 ani în România nu a fost declarat niciun caz nou de cancer profesional. Cauzele subdiagnosticării pot fi multiple: asocierea cancerului cu factori de risc cunoscuți, cu ignorarea expunerii profesionale la agenți cancerigeni; interval semnificativ de timp de la prima expunere la agentul cancerigen până la apariția tumorii; procese tehnologice și substanțe noi; expuneri neașteptate la noxe cancerigene.

Medicul de medicina muncii asigură monitorizarea stării de sănătate a lucrătorilor expuși la agenți cancerigeni pe perioada activă profesională. Însă supravegherea medicală trebuie continuată și după încetarea expunerii la un agent cancerigen, având în vedere timpul de latență mare între expunere și apariția cancerului. În acest context, medicul de familie este specialistul care monitorizează pacientul pe tot parcursul vieții și poate contribui esențial la depistarea precoce a unei afecțiuni oncologice, dacă în cadrul unei anamneze atente ia în considerare și trecutul profesional al pacientului.

Semnalarea cancerului profesional are implicații importante atât pentru pacient,

cât și pentru ceilalți lucrători sau foști lucrători de la același loc de muncă, care pot fi luați în evidență și monitorizați prin programe de screening. Colaborarea interdisciplinară a medicului de familie cu medicul de medicina muncii crește foarte mult șansa unui diagnostic precoce, cu consecințe benefice pentru pacient

11. COVID-19 – BOALĂ PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE ȘI A PERSONALULUI DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

CARMEN BUȘNEAG, MIHAELA ADELA IANCU

Pandemia Covid 19 a reprezentat o perioadă extrem de dificilă și plină de încercări pentru întregul sistem medical din România și, desigur, pentru asistența medicală primară.

Un fapt mai puțin cunoscut este cel al noii încadrări a virusului SARS-CoV2 în clasa agenților biologici care pot produce îmbolnăviri profesionale la personalul expus (personalul medical) și deci al posibilității semnalării și declarării îmbolnăvirii Covid 19 ca boală profesională a lucrătorilor din domeniul sănătății. De altfel, infecția cu virusul Sars-Cov2 este trecută acum în tabelul de boli profesionale ce se găsește în legislația privind supravegherea sănătății și securității la locul de muncă.

Lucrarea trece în revistă situația acestui subiect "fierbinte", al cazurilor de Covid 19 profesional în lume dar și în țara noastră, legislația specifică referitoare la semnalarea/declararea acestei boli profesionale precum și modalitatea practică de a realiza acest necesar act de recunoaștere a eforturilor și sacrificiilor personalului medical în "lupta" pentru gestionarea pandemiei.

De cea mai mare importanță este conștientizarea necesității ca orice medic, de orice specialitate, să semnaleze orice suspiciune de îmbolnăvire profesională cu acest agent infecțios! Considerăm că este un act de normalitate și de subliniere și în acest mod a rolului esențial jucat de medicii de familie pe durata pandemiei Covid 19! În același timp este un modest omagiu adus medicilor și asistentelor din asistența medicală primară care au fost răpuși de către noul coronavirus datorită exercitării activității lor profesionale.

12. VACCINAREA PACIENȚILOR CU SCLEROZĂ MULTIPLĂ ÎMPOTRIVA COVID-19: PROVOCĂRI ȘI OPORTUNITĂȚI

*MIHĂILESCU GABRIELA, ILIE DUMITRIȚA-MIRELA, GHEORGHISSENCO ELENA, BÂRGĂU
ANA MARIA, NICA SANDA MARIA*

Introducere: Pandemia de COVID-19 a reprezentat o provocare atât pentru medici, cât și pentru pacienți, debutând cu incertitudini majore legate de atitudinea terapeutică în cazul pacienților cu scleroză multiplă (SM), o boală autoimună, neuroinflamatorie, tratată cu terapii imunomodulatoare sau imunosupresoare. Timpul și studiile efectuate au demonstrat că SM, ca și boală în sine, nu crește riscul de infectare cu virusul SARS CoV-2, dar anumite terapii ar putea avea acest efect. Cu toate acestea, s-a recomandat continuarea terapiei modificatoare ale evoluției bolii, așezând în prim plan SM și potențialul ei evolutiv și apoi COVID-19. Toate vaccinurile aprobate împotriva COVID-19 sunt recomandate în SM, indiferent de tratamentul specific urmat, nefiind niciunul dintre ele cu virusuri vii sau vii atenuate. Astfel teama a fost învinsă de știință, iar comunicarea intensă cu pacienții a scăzut riscul de îmbolnăvire, prin vaccinarea împotriva COVID-19. **Scop și metode:** Studiul retrospectiv a cuprins un lot de 37 de pacienți cu SM, 28 femei și 9 bărbați, cu vârsta medie de 41, 43 ani, aflați în evidența noastră la Spitalul Clinic Colentina, sub tratamente specifice (imunomodulatoare 28 de pacienți și imunosupresoare 9 pacienți). S-au urmărit: procentul de pacienți vaccinați împotriva COVID-19, efectele vaccinării, procentul de pacienți infectați și evoluția SM în asociere cu COVID-19. **Rezultate:** Dintre cei 37 de pacienți, 21 au fost diagnosticați cu COVID-19 până la data de 12.02.2022, iar 28 de pacienți s-au vaccinat împotriva COVID-19 (25 cu vaccinul Pfizer BioNTech, 2 cu Astra Zeneca și 1 cu Johnson & Johnson), iar 9 nu s-au vaccinat. Din grupul celor 28 de pacienți vaccinați, 17 au fost diagnosticați cu COVID-19, dintre care 10 înainte de vaccinare, 8 după vaccinare (cu mențiunea că un pacient s-a infectat de 2 ori atât înainte cât și după vaccinare), iar dintre cei 9 pacienți nevaccinați numai 4 pacienți au contactat boala. Doi pacienți au fost spitalizați la începutul pandemiei, având însă forme ușoare, ceilalți au fost tratați la domiciliu cu tratamente simptomatice, recomandate de medicii de familie sau de către neurologul curant. Niciun pacient

nu a întrerupt tratamentul specific pentru SM. S-au realizat 8 switch-uri și 1 inițiere de tratament pe parcursul pandemiei. **Concluzii:** Vaccinarea pacienților cu SM împotriva COVID-19 este permisă, fiind chiar recomandată, ca și vaccinarea antigripală, atât asociată terapiilor imunomodulatoare, cât și celor imunosupresoare, ținând cont de studiile internaționale privind răspunsul imun umoral și celular sub diferite terapii specifice. Vaccinarea anti COVID-19 nu a agravat SM, nu a indus pusee, iar efectele secundare, rare și ușoare, au fost identice cu cele prezente la populația generală. Terapiile specifice SM trebuie inițiate, continuate sau schimbate, în funcție de forma clinică și de evoluția bolii, fără a fi influențate de potențialul risc de infectare cu virusul SARS CoV-2.

13. ASPECTELE MEDICO-SOCIALE ALE GERIATRIEI PALIATIVE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

SOFRONIE LILIANA

Fenomenul îmbătrânirii populației reprezintă o problemă globală actuală, condiționată de procesele demografice negative. În România situația este agravată și de migrarea masivă a persoanelor tinere. Îmbătrânirea societății impune implicarea activă a MF în problemele geriatriei paliative. Studiul efectuat în cadrul unui CM MF din Timișoara – este un studiu epidemiologic, analitic, observațional, de tip cohortă cu urmărire prospectivă, în care au fost incluse persoanele înregistrate pe lista de îngrijire a mf și care la data de 01.01.2019 aveau împliniți 65 ani: 410 persoane (169B și 241F). Pacienții au fost evaluați și monitorizați în perioada 01.01.2019 – 31.12.2019. Scopul studiului realizat a fost analiza spectrului nevoilor și problemelor cu care se confruntă seniorii – potențialii beneficiari ai îngrijirilor paliative în cadrul asistenței medicale primare autohtone. La vârstnicii din lotul de studiu predomină maladiile cardiovasculare, urmate de sindromul metabolic, maladiile degenerative osteoarticulare și alt. Majoritatea seniorilor suferă concomitent de peste 3 afecțiuni cronice și consumă zilnic mai mult de 3 medicamente. Datorită faptului că numărul pacienților cu administrarea zilnică de peste 9 remedii medicamentoase este în creștere, trebuie luată în calcul

polipragmazia ca o varietate de suferință cronică a vârstnicului și consumul necontrolat al medicamentelor, condiționat inclusiv și de marketingul agresiv al campaniilor farmaceutice. Studiul a demonstrat prezența semnelor depresive la 78% seniori și faptul că fiecare al doilea dintre ei nu realizează sau subestimează prezența acestor simptome la propria persoană. Jumătate din ei suferă de singurătate. Rezultatele obținute sunt impresionante, mai ales că au fost obținute în anul predecesor pandemiei SARS-COV-2, când ritmul de viață a seniorilor nu a fost afectat de restricțiile epidemiologice. Din studiu rezultă că peste 7% din totalul seniorilor bolnavi sunt eligibili pentru ÎP. După 80 de ani majoritatea vârstnicilor au nevoie de ajutor permanent sau periodic în efectuarea activităților zilnice. La problemele medicale existente se adaugă problemele socio-economice, juridice, psiho-spirituale, existențiale, ce necesită și altfel de intervenții decât cele farmaco-medicale. Starea socio-economică a seniorilor români este ambiguă – pe de o parte majoritatea covârșitoare sunt proprietari de imobiliare, iar pe de altă parte veniturile lor lunare sunt modeste comparativ cu cheltuielile principale, esențiale pentru acoperirea necesităților vitale. De la AMP nu se cere o supraspecializare nouă, ci o schimbare de viziune și valori. Cunoașterea entităților nozologice invalidante permite elaborarea și implementarea companiilor sanitare de prevenție autohtone cu specific românesc. Nu ne putem raporta la indicii statistici din alte țări, în alte perioade de timp, în alte condiții de dezvoltare socio-culturală, pentru că acești indici nu sunt concludenți pentru România de astăzi!

14. DIABETUL ZAHARAT TIP 1 LA COPIL – PROVOCĂRI LA DEBUT

BOCEC ANA SIMONA, CARMEN OLTEAN, ANTON PĂDURARU DANA TEODORA

Introducere: Diabetul zaharat tip 1 reprezintă o boală metabolică cauzată de un deficit relativ sau absolut de insulină, un hormon anabolic care determină incapacitatea organismului de a utiliza glucidele ca sursă de energie. În diabetul zaharat tip 1 apare un proces autoimun dirijat împotriva celulelor beta ale insulelor Langerhans, declanșat prin acțiunea combinată a factorilor genetici și a factorilor

de mediu sub controlul unor gene din zona HLA. Distrucția a peste 80% dintre celulele beta va determina apariția primelor semne clinice ale bolii. Totodată pot fi asociate și alte boli cu mecanism autoimun. **Prezentare de caz :** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 15 ani diagnosticată cu Diabet zaharat tip 1 în Clinica III Pediatrie, Spitalul de Urgență pentru copii "Sf. Maria" Iași, în urmă cu 2 ani, unde s-a prezentat inițial pentru poliurie cu nicturie, polidipsie, scădere ponderală, astenie și senzație de sufocare. Examenul clinic a evidențiat stare generală mediocră, semne de deshidratare, halenă acetonemică, hipertrofia glandei tiroide, hipotrofie ponderală marcată. Investigațiile biologice au confirmat diagnosticul de Diabet zaharat tip 1. Inițial s-a ridicat suspiciunea asocierii Tiroiditei autoimune (infirmitate: Ac anti TPO- în limite normale), dar creșterea în dinamică a enzimelor hepatice a condus la investigarea unei hepatite virale sau autoimune (infirmitate imunologic), ulterior fiind confirmată cu Tireotoxicoză la 6 luni de la debutul bolii asociată cu hepatocitoliză importantă (TGP 488 U/L și TGO 380 U/L). Pacienta urmează o dietă cu 2000 calorii și 300 g glucide/zi (repartizate în 3 mese principale și 3 gustări), concomitent cu dieta de protecție hepatică, insulinoterapie, Thyrozol și hepatoprotectoare cu evoluție favorabilă. **Concluzii:** Apariția Diabetului zaharat tip 1 la copil în România este în creștere, fapt care pledează semnificativ pentru factorii de mediu. Asocierea Tireotoxicozei cu sindrom de colestază poate face dificil obținerea unui control glicemic satisfăcător.

15. CONSTIPAȚIA PSIHOGENĂ LA COPIL; PREZENTARE DE CAZ

RÎȘNIȚĂ-ILIEȘIU ADELINA, VESA MĂDĂLINA GEOGETA

INTRODUCERE: În cadrul cabinetului MF există o frecvență sporită a copiilor care se prezintă cu constipație cronică. Prevalența pediatrică raportată este de 30%(1); întâlnindu-se la toate grupele de vârstă, având raportul pe sexe =1:1(2). Din totalitatea vizitelor de specialitate, în ambulatorul de pediatrie se prezintă 3-5%, iar 35% solicită un consult gastroenterologic.(3) Există mai multe forme clinice de constipație cronică: funcțională (96%) și organică (4%)(4). Patologia constipației

este caracterizată de un cerc vicios, debutează printr-un factor trigger (durere/frică), continuată de episoade acute, urmate de faza cronică caracterizată prin: constipație (impactare scaun, distensie rectală, pierderea contractilității musculaturii anale, creșterea consistenței scaunului); durere (efectul psihologic al durerii cronice intensifică frica, refuzul defecării); reținere (în timp se pierde sensibilitatea receptorilor care contractă sfincterul anal. Acest ciclu, trebuie întrerupt cât mai repede posibil, deoarece în timp apar complicații, precum: inapetență, ecorezis, fisuri anale, hemoroizi, cistită.)(5) **PREZENTARE DE**

CAZ: Copil în vârstă de 2 ani și 8 luni, sex M, fără APF/APP; prezintă episoade de constipație funcțională recidivantă, agravată progresiv, cu simptomatologie dramatică debutată la vârsta de 1 an și 2 luni. În ciuda tuturor investigațiilor clinice, paraclinice, de specialitate și a tratamentelor, după o ușoară ameliorare simptomatologia recidivă. În urma unui consult psihiatric, s-a încercat metoda recompensei pozitive alături de întreținere cu laxative, care au reușit să soluționeze pe termen lung patologia. **CONCLUZII:** Constipația este un simptom comun la nivelul populației pediatrice. Cheia unui management de succes este reprezentat de nevoia de a înțelege ciclul vicios al constipației cronice la copil, fiind esențială educarea și înțierea parintilor. Surprinzător, în acest caz, a fost ușurința cu care s-a reușit obținerea remisiei prin recompensă pozitivă, în ciuda faptului că timp de 1 an și 6 luni s-au încercat multe tratamente, însă fără succes. O particularitate remarcabilă este reprezentată de încercarea unei varietăți de recompense, dintre care doar una a funcționat. Este important ca tratamentul să dureze la fel de mult ca și durata totală a constipației, pentru a minimaliza recidivele. Această prezentare trage un semnal de alarmă și evidențiază faptul că un medic de familie ar putea gestiona cazurile de constipație cronică, prin atenție sporită asupra factorilor de risc, a diagnosticului și tratamentului corect, fără ca pacientul să mai facă alte investigații costisitoare, invazive sau traumatice. Bibliografie: 1. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2006;101:2401–9. [PubMed] [Google Scholar] 2. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, et al. Precipitants of constipation during early childhood. J Am Board Fam Pract. 2003 May–Jun. 16(3):213–8. [MEDLINE] 3. Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et al. Treatment of

childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics*. 2005 Apr. 115(4):873–7. [MEDLINE] 4. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr*. 2005;146:359–63. [PubMed] [Google Scholar] 5. Chiou FK, How CH, Ong C. Recurrent abdominal pain in childhood. *Singapore Med J*. 2013;54:195–9. quiz 200. [PubMed] [Google Scholar]

16. IMPORTANȚA CONSULTULUI PRECONCEPȚIONAL PENTRU PREGĂTIREA SARCINII *PANAITESCU ANCA M.*

Pregătirea unei sarcinii are o importanță deosebită atât pentru cuplurile în care partenerii sunt sănătoși, dar mai ales, în situațiile în care există riscuri cum ar fi patologii preexistente sau afecțiuni genetice. Consultul preconcepțional oferă posibilitatea consilierii cu privire la modificarea unor factori de risc ce ar putea impacta evoluția unei sarcini cum ar fi fumatul, obezitatea, consumul de alcool. De asemenea, este un prilej bun pentru a discuta suplimentarea cu acid folic conform recomandărilor. Alte componente importante sunt cele legate de monitorizarea paraclinică: analizele uzuale, cunoașterea grupului de sânge și RH-ului ambilor parteneri, testarea pentru infecțiile HIV, sifilis, hepatita B și C dar și pentru Rubella și Varicella și recomandarea vaccinurilor acolo unde este cazul. Consultul preconcepțional este o oportunitate bună pentru a discuta vaccinarea antigripală și anti-COVID, în contextul pandemiei actuale. Examinarea clinică preconcepțională împreună cu anamneza pot oferi indicii pentru depistarea unor afecțiuni frecvente la femeia de vârstă reproductivă și care pot impacta negativ evoluția unei sarcini cum ar fi afecțiunile tiroidiene, diabetul zaharat de tip 2, unele afecțiuni autoimune și hipertensiunea arterială. Consultul preconcepțional este cu atât mai important pentru femeile cu afecțiuni cronice, oferind posibilitatea pregătirii adecvate în vederea sarcinii. În unele cazuri este necesară modificarea schemelor terapeutice pentru a evita folosirea în sarcină a unor eventuale medicamente cu potențial teratogen. De asemenea, la femeile cu afecțiuni cronice este importantă obținerea unui control adecvat al afecțiunii

pentru a avea cel mai bun start în sarcina și în evoluția acesteia. O valoare deosebită o are consultul preconceptional la cuplurile cu risc genetic. Unele afecțiuni genetice destul de frecvente, precum fibroza chistică, se moștenesc autozomal recesiv. Se pot discuta în cadrul acestui consult opțiunile legate de testarea produsului de concepție și urmărirea specializată a sarcinii. Consultul preconceptional este un deziderat necesar pentru evoluția adecvată a sarcinii.

17. OBSTACOLE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PACIENTULUI CU CANCER DE COLON

BOICEA ADINA ZORITA

Am examinat pacienta MR, 67 ani, sex feminin, mediu urban care s-a prezentat pentru două episoade de rectoragii, cantitate medie. Din APP reținem intervenția chirurgicală pentru sarcină extrauterină (1994), HTA st II risc adițional înalt, DZ tip II ADO, Dislipidemie mixtă și Hipotiroidie subclinică. AHC nesemnificative. Fostă fumatoare 30PA, sistat de 8 ani. Neagă consumul de alcool sau tutun. Examenul clinic pe aparate și sisteme evidențiază patologic abdomen destins de volum, prin paniculul adipos. În urma primei colonoscopii nu s-au putut decela informații datorită pregătirii incomplete. La a doua colonoscopie s-a prelevat cantitate minimă de material patologic. La a treia colonoscopie s-a prelevat material patologic care a demonstrat tumoră malignă a colonului. Radiografia pulmonară evidențiază opacitate de intensitate medie omogenă, net conturată la baza pulmonară dreaptă, amprentând scizura oblică, cu minim efect de masă la acest nivel, vizibil în incidența de profil. La ecografia abdominală ficatul prezintă cel puțin trei noduli tumorali sugerând determinări secundare. EDS ne arată o HGTH cu prolaps important de mucoasă și prezenta de lichid biliar în cantitate mică. Biologic prezintă o anemie importantă (Hb 7,7 g/dl) motiv pentru care i se face transfuzie sanguină, hiposideremie, ușoară leucocitoză (12200/uL) cu neutrofilie, PCR 251,8 mg/dl. S-a intervenit chirurgical făcându-se prolaps important de mucoasă și prezenta de lichid biliar în cantitate mică. Biologic prezintă o anemie importantă (Hb 7,7 g/dl) motiv pentru care i se face transfuzie sanguină,

hiposideremie, usoara leucocitoza (12200/uL) cu neutrofilie, PCR 251,8 mg /dl. S-a intervenit chirurgical facandu-se hemicolectomie dreapta cu ileoanastomoza . Postoperator a treia zi pacienta dezvolta infectie Covid 19,iar a saptea zi prezinta evacuarea prin plaga a unei secretii cu caracter enteral, motiv pentru care se reintervine chirurgical. Cancerul de colon este a treia afectiune oncologica dupa cancerul pulmonar si cel mamar si pe locul doi ca mortalitate dupa cel pulmonar dupa cum arata Institutul National de Statistica in 2019. Notabil e faptul ca o treime din aceste cazuri pot fi prevenite prin controale de rutina la pacientii peste 45 de ani, indepartarea polipilor precancerosi, prin activitate fizica regulata,dieta adecvata si nu in ultimul rand testarea genetica.

18. LIMFATIC ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN ABORDAREA EDEMULUI LIMFATIC

PITULEA RENATA-MARIA

Prezentarea urmărește sublinierea rolului important al medicilor de familie în managementul edemului limfatic, în special în prevenție. Lucrarea prezintă următoarele: 1. Definiție edem limfatic: edemul limfatic este acel tip de edem care este cauzat de afectarea morfo-funcțională a vaselor limfatice. 2. Clasificare: edem limfatic primar sau secundar, latent sau manifest, reversibil sau ireversibil spontan. 3. Cauze - factori determinanți=factori agravanți: factorii declanșatori și factorii agravanți sunt aceiași, rolul lor schimbându-se în funcție de momentul implicării lor în apariția și dezvoltarea edemului limfatic. Factorii acționează prin suprasolicitarea vaselor limfatice și/sau prin lezarea vaselor limfatice. 4. Complicații: acestea scad calitatea vieții pacientului și, foarte rar, pot ajunge până la situații amenințătoare de viață. 5. Tratamentul edemului limfatic: obligatoriu fizioterapeutic intens inițial și apoi de întreținere pe termen lung și stil de viață adaptat. Tratament fizioterapeutic înseamnă drenaj limfatic manual și kinetoterapie, urmate întotdeauna de bandajare corectă. 6. Prevenția edemului limfatic și a complicațiilor lui: identificarea pacienților cu risc și consilierea imediată privind factorii declanșatori și diagnosticarea rapidă a edemului

manifest pentru combaterea în stadiile incipiente, când recuperarea se poate face integral. Conștientizarea pacienților privind posibilitățile de evoluție ale edemului limfatic, și că, odată apărut, edemul limfatic poate fi doar tratat, nu și vindecat. 7. Pacientul oncologic este pacientul cel mai frecvent expus riscului de apariție a unui edem limfatic. Aceasta este cea mai frecvent identificată formă de edem limfatic. 8. Concluzii – rolul medicului de familie în prevenirea apariției și a complicațiilor edemului limfatic: medicul de familie cunoaște cel mai bine și sub toate aspectele starea de sănătate și stilul de viață al unui pacient, deci este primul care poate identifica riscul de apariție sau apariția unui edem limfatic și are rolul principal în: A) identificarea pacienților cu risc de a dezvolta edem limfatic, B) diagnosticarea edemului limfatic manifest în stadii incipiente, C) consilierea pacienților cu risc de a dezvolta edem limfatic pentru prevenirea apariției edemului și a celor cu edem limfatic manifest pentru ameliorarea lui și îndrumarea acestor pacienți către terapii specializate, D) urmărirea și încurajarea pacienților să respecte stilul de viață recomandat și să urmeze terapii specializate. Bibliografie: · <https://www.limfologie.ro/edemul-limfatic/factorii-precipitanti-in-aparitia-edemului-limfatic.php> · <https://www.limfologie.ro/edemul-limfatic/tratamentul-fizioterapeutic-complex.php> · <https://www.nhs.uk/conditions/lymphoedema/> · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537239/> · <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/lymphedema/symptoms-causes/syc-20374682> Cuvinte cheie: edem limfatic, vase limfatice, drenaj limfatic

19. PROIECTUL "OXIGEN PENTRU BACĂU"

LOGHINĂ CRISTINA

Introducere Cele cinci valuri succesive ale pandemiei SARS COV-2 au confruntat omenirea cu aproape jumătate de miliard de îmbolnăviri și pierderea a aproximativ 6 milioane de vieți. În strategia de limitare a răspândirii pandemiei, Organizația Mondială a Sănătății și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) au inclus și recomandarea de a testa intensiv și precoce, recomandare implementată diferit în diverse țări. În România, Metodologia

elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică prevede testarea ambulatorie gratuită RT PCR și cu teste antigen rapide prin intermediul Direcțiilor de Sănătate Publică, a Serviciilor de Ambulanță sau prin farmacii. Abia la începutul anului 2022, medicii de familie, care aveau experiența testării în regim privat în cabinetele lor, au fost incluși în rândul celor care pot testa gratuit și raporta pe platforma CORONAFORMS testele efectuate. **Scop.** Experiența practică a demonstrat că, odată cu escaladarea incidenței cazurilor, serviciile de ambulanță nu făceau față valului de solicitări, cumulând întârzieri de 5-7 zile. Această situație critică, identificată în valul patru, m-a determinat să caut o soluție pentru a reduce timpii de așteptare la testare a pacienților și a sprijini efortul medicilor de familie implicați în monitorizarea pacienților pozitivi asimptomatici sau cu simptome ușoare, izolați la domiciliu. Cu sprijinul Primăriei Bacău, Asociația Medicilor de Familie Bacău a format un parteneriat cu Spitalul de Pneumoftiziologie , SAJ , Crucea Roșie și DSP, concretizat în Proiectul \ "Oxygen Pentru Bacău \ ". Proiectul a inclus o componentă legată de monitorizarea pacienților pozitivi și o componentă de testare, utilizând teste antigen rapide, aceasta din urmă constituind obiectul studiului de față. Mi-am propus să analizez impactul activității de testare în care s-au implicat ca voluntari 29 de medici de familie, în perioada 22.10.2021-28.02.2022. **Metoda.** În lucrare, am realizat o analiză calitativă a oportunităților, dar și a barierelor identificate în cursul derulării proiectului, precum și a soluțiilor identificate pentru a le surmona. Analiza cantitativă a datelor furnizate de medicii de familie participanți la proiect, a urmărit rata de pozitivizare și compararea datelor colectate cu situația raportată în aceeași perioadă la nivelul județului Bacău, al României, al Europei și chiar global. Concluzii. Efortul medicilor de familie, incluși în proiect pe componenta de testare, a ajutat la reducerea timpului de așteptare la testare de la 5-7 zile la 1-2 zile, o contribuție importantă pentru pacienții noștri și pentru practica noastră.

20. MONITORIZAREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI HEPATICE ÎN PANDEMIE, LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE. STUDIU PERSONAL*DĂSCĂLESCU CRISTINA ANCA*

INTRODUCERE: izolarea fizică și socială din pandemie afectează echilibrul somatopsihic al pacienților noștri, realizând o schimbare fortuită a programului de somn, dar și a locației de lucru, conducând de cele mai multe ori la suferință fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situația nouă, provizorie sau definitivă.

MOTIVAȚIA LUCRĂRII: Stilul de viață, sanogen, protectiv, poate fi un aliat prețios în prevenția primară și secundară a bolii. Simptomatologia digestivă inițială sau asociată din perioada de izolare, modificarea constantelor biologice conferită de virusul SARS-Cov-2, sunt monitorizate de către medicul de familie, mai ales în cazul categoriilor vulnerabile. **STUDIUL** Lucrarea prezintă principalele ghiduri și protocoale utile medicului de familie pentru monitorizarea pacientului cu patologie hepatică cronică, acum, în pandemie. Studiul personal cuprinde 110 pacienți covid pozitivi, de vârste între 35-75 de ani, cu formă ușoară și medie, evaluați în perioada de izolare imagistic și biochimic. **REZULTATE** Evaluarea simptomatologiei digestive de debut sau asociate ulterior bolii dar și a evoluției constantelor biochimice, a funcției pulmonare și a stilului de viață din perioada de izolare arată o creștere tranzitorie a enzimelor hepatice, care este asociată la unii pacienți cu trombocitopenii și creșterea markerilor de inflamație. Pacienții cu afecțiuni cronice hepatice, dar și cei supraponderali, cu steatoză hepatică și/sau DZ II, au necesitat o supraveghere mai atentă. **CONCLUZIE** Izolarea fizică întârzie prezentarea pacientului cu afecțiune hepatică cronică la medicul de familie și la celelalte specialități și limitează accesul la un consult clinic. Monitorizarea efectelor virusului SARS Cov-2 asupra pacientului vulnerabil va fi continuată în cadrul consultului interdisciplinar, conform protocoalelor medicale naționale și internaționale. Identificarea pacienților la risc, monitorizarea biochimică regulată, a evoluției pacienților în izolare, dar și post-covid, tratarea eficientă dar și protejarea pacienților cu afecțiuni hepatice cronice, a celor imunodeprimați sunt esențiale pentru prevenirea apariției complicațiilor. **CUVINTE CHEIE** afectare hepatică, monitorizare, pandemie.

21. RECUPERAREA PSIHO-EMOȚIONALĂ ÎN POST COVID-19*DĂSCĂLESCU MARIUS ADRIAN ALBERTI*

Introducere. De la începutul pandemiei de Covid-19 și până în prezent, personalul medical oferă sfaturi competente tuturor pacienților vindecați, care să-i ajute în recuperarea fizică, pulmonară, cardiovasculară și psiho-emoțională. Unii pacienții au dezvoltat simptome specifice post sau long Covid, la care se adaugă diverse traume psiho-emoționale pentru faptul că nu mai au avut un loc de muncă sau că au pierdut pe cineva drag și sunt încă în perioada de doliu. Aceste situații au generat panică, resentimente, anxietate, depresie, stres. **Prezentare de caz.** Anul trecut, un bărbat de 37 ani, necăsătorit, se îmbolnăvește de Covid-19, este internat în spital, de urgență, la ATI, cu o formă gravă. Este externat după 21 de zile, cu sechele respiratorii, astenie, depresie secundară, atac de panică și anxietate. Scopul prezentării este de a ajuta echipa multidisciplinară să identifice pacienții ce necesită și recuperare psiho-emoțională în post Covid-19. Obiectivele cercetării sunt bazate pe răspunsurile la întrebările următoare: Care este algoritmul consilierii psihologice în post Covid-19? Cât de necesară este recuperarea psiho-emoțională în post sau long Covid-19? Cum putem preveni amânarea, recăderile și abandonul în recuperarea post Covid-19? Fie că este vorba de obiectivele SMART, de testele psihologice pentru anxietate, depresie și stres, de Scala Stresului, de evaluarea nivelului de reziliență, toate acestea sunt argumente pentru alegerea subiectului prezentat. Orice dezechilibru emoțional, ne face vulnerabili în fața bolii. Recuperarea psiho-emoțională în post Covid-19, implică un efort de voință din partea pacientului, pentru a reveni la o viață normală. Pentru binele pacientului, este necesar să identificăm existența traumei de orice tip, pentru tratarea sau diminuarea ei. Respirația corectă, hidratarea, alimentația sănătoasă, exercițiul fizic susținut, somnul de calitate, stimularea secreției endogene de melatonină, serotonină și glutatation, împreună cu detoxifierea digitală, sunt pași esențiali în recuperarea pacientului post Covid-19. Consilierea psihologică va preveni amânarea, recăderile și abandonul. **Concluzii.** Algoritmul consilierii se bazează pe anamneză, pe testele psihologice specifice și pe programul de recuperare psiho-emoțională, pentru creșterea imunității

psihologice. Bibliografie. Dafinoiu Ion, Evaluarea psihologică, Iași, Editura Polirom, 2017; Dicționar de psihologie clinică, Gary VandenBos, București, Editura Trei, 2020; DSM-5, Ed. a 5-a, București, Editura Medicală Callisto, 2016; Enea Violeta și Dafinoiu Ion, Evaluarea psihologică – Manualul psihologului clinician, Iași, Polirom, 2017; Marele dicționar al psihologiei Larousse, București, Editura Trei, 2006; Mate Gabor, Când corpul spune nu – Costul stresului ascuns, București, Curtea Veche, 2021.

22. MEDICINA STILULUI DE VIAȚĂ

IOAN HORAȚIU IOANI

În Uniunea Europeană, bolile cronice netransmisibile reprezintă o cauză majoră în ceea ce privește invaliditatea, starea de sănătate precară, pensionarea pe caz de boală și moarte prematură, acest lucru având consecințe sociale și economice considerabile. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, 80% dintre bolile cardiovasculare, accidentele vasculare cerebrale și cazurile de diabet zaharat, precum și 40% din cancere ar putea fi prevenite, în primul rând, prin îmbunătățirea stilului de viață.

Medicina stilului de viață este dovedit eficientă în prevenirea unor patologii, dar și în tratamentul acestora, prin completarea abordării terapeutice clasice. Temele propuse pentru această sesiune vin în sprijinul acestei afirmații și se constituie într-un argument suplimentar pentru integrarea principiilor medicinei stilului de viață în activitatea medicală curentă.

1) Influența modului de viață în fertilitatea masculină

Dr. Ioan Hanes, sexolog și medic nutriționist, practician lifestyle medicine, coordonatorul serviciului de obezitate MeNuFit, Spitalul Militar, Bruxelles, Belgia
Secretar General al European Lifestyle Medicine Organization, Director al European Lifestyle Medicine Certificate

2) Ingrediente și abilități pentru sănătatea mintală

Dr. Cristina Isar, medic primar medicină de familie, formator medicina familiei și medicina stilului de viață, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

3) Performanța este mai mare când predomină stresul sau plictiseala?

Dr. Adriana Antohe, medic primar medicină de familie, medic specialist medicina muncii, formator medicina familiei și medicina stilului de viață, Asociația Medicilor de Familie București - Ilfov

4) Minimalismul digital

Dr. Cătălina Panaitescu, medic primar medicină de familie, formator medicina familiei și medicina stilului de viață, Asociația Medicilor de Familie București - Ilfov

5) Coloana degenerată sau boala omului modern: opțiuni terapeutice

Dr. Ioan Horațiu Ioani, medic primar neurochirurgie, Șef Secție Spitalul Colentina

23. SISTEMUL BI-RADS ÎN ECOGRAFIE. STANDARDIZARE ȘI LIMBAJ COMUN ÎN ULTRASONOGRAFIA MAMARĂ

ELENA CLAUDIA TEODORESCU

Introducere: Colegiul American de Radiologie a dezvoltat un Sistem de date și raportare în Imagistica Sânelui BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) – un lexicon pentru Mamografie, Ecografie mamară și Imagistică prin Rezonanță Magnetică pentru sâni, sistem care a fost adoptat ulterior de toate societățile naționale europene și internaționale, inclusiv de Societatea de Imagistica Sânelui din România. Apariția acestui sistem a fost necesară pentru a uniformiza termenii utilizați în imagistica sânelui, pentru a defini încadrarea diferitelor modificări în anumite categorii, categorii ce impun o anumită conduită și recomandări.

Acest sistem a determinat astfel utilizarea unui limbaj comun între medici și pacienți și între toate categoriile de medici implicați: medici de familie, radiologi, chirurghi, oncologi, anatomo-patologi, radioterapeuți etc.

Ultima ediție, din 2013, dedicată și ecografiei mamare, vine cu clarificări și introduce pentru prima dată noțiuni de sonoelastografie și Doppler în ecografia mamară.

Scop și obiective: Scopul introducerii și utilizării sistemului BI-RADS este de a reduce ambiguitățile din rapoartele medicale, de a organiza modul de redactare

a raportului medical, ce trebuie să se încheie cu o evaluare finală și o recomandare a conduitei ulterioare (urmărire de rutină, control la interval scurt – 6 luni, verificare histo-patologică). Acest mod de redactare a raportului scris este atât în beneficiul pacienților, care vor înțelege concluzia finală și ce au de făcut mai departe, cât și în beneficiul medicilor la care pacienta va merge în continuare. Mai mult decât atât, acest sistem permite medicilor care efectuează ecografiile mamare să își facă propriul audit al activității.

Material și metodă: Lucrarea de față dorește să facă o trecere în revistă a ultimei ediții a BI-RADS în Ecografie, editată în 2013. Această ultimă ediție a făcut câteva modificări comparativ cu edițiile precedente: include acum sau dezvoltă noțiuni de anatomie, calitatea imaginii, structura sânului și adnotări pe imagini; a introdus pentru prima dată noțiuni de Sonoelastografie și Doppler color în Ecografia mamară.

Ilustrarea și exemplificarea lucrării este realizată exclusiv cu imagini din arhiva personală, obținută pe echipamente performante și cu cazuistică urmarită minim 2 ani sau cu examene anatomo-patologice obținute prin puncție biopsie sau postoperator.

Rezultate: Ultima ediție BI-RADS în ecografie 2013 prezintă următoarele capitole, cu exemplificări: Considerații generale (calitatea imaginii, măsurători, documentare), Lexiconul în Ecografia mamară (tip de structură a sânului, mase, calcificări, modificări asociate, cazuri speciale: chisturi, formațiuni cutanate, corpi străini, limfonoduli intramamari, limfonoduli axilari, anomalii vasculare, colecții postchirurgicale, necroze grăsoase), Raportare și Evaluare (organizarea raportului, categorii de evaluare, recomandări).

Utilizarea sistemului BI-RADS duce astfel la o standardizare a terminologiei, a organizării raportului, a structurii evaluării și clasificării leziunilor în ecografia mamară. Acest sistem permite un audit medical, o monitorizare mai bună a evoluției pacienților și în același timp o monitorizare a calității actului medical, ceea ce duce în final la creșterea calității îngrijirii pacientului. Standardizarea rezultatelor permite colectarea și analiza datelor, inclusiv a celor demografice și a evoluției cazurilor.

Concluzii: Lexiconul BI-RADS este conceput pentru utilizarea zilnică în practica

medicală și duce la elaborarea unor rapoarte (rezultate scrise ale ecografiei mamare) clare și concise. Aceste lucruri vor duce la îmbunătățirea activității medicale și la posibilitatea comparării rezultatelor noastre personale cu ale altor medici sau centre medicale din țară sau străinătate.

Sistemul BI-RADS este un standard care trebuie cunoscut și utilizat nu numai de radiologi, ci de toate specialitățile implicate. În ceea ce privește BI-RADS în ecografie, acesta trebuie cunoscut și utilizat de către toți medicii care efectuează ecografii mamare, inclusiv de către medicii de familie.

Referințe bibliografice: BI-RADS editia a 5-a, 2013

Mendelson EB, Böhm-Vélez M, Berg WA, et al. ACR BI-RADS® Ultrasound. In: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA, American College of Radiology; 2013.

Sickles, EA, D'Orsi CJ. ACR BI-RADS® Follow-up and Outcome Monitoring. In: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA, American College of Radiology; 2013.

24. TRANSFORMAREA ÎNGRIJITORULUI PRINCIPAL AL PACIENTULUI CU NEVOI PALIATIVE, ÎN PACIENT REAL AL MEDICULUI DE FAMILIE

SORINA POP

Introducere. Îngrijitorul principal reprezintă acea persoană aflată în proximitatea pacientului și care se implică în mod activ și direct în îngrijirea unui pacient, fără a fi plătit. De obicei sunt persoane neinstruite în procesul de îngrijire, ceea ce face ca impactul negativ să fie mult mai evident decât aspectele pozitive. Povara de îngrijire este experiența negativă percepută de îngrijitorul principal sub greutatea multiplelor responsabilități care au apărut în cursul procesului de îngrijire a celui drag.

Scopul studiului. Studiul și-a propus să evalueze povara îngrijitorului principal al pacientului cu nevoi paliative și să identifice aspectele acesteia.

Obiectivele studiului

1. Măsurarea poverii îngrijitorului principal al unui pacient cu nevoi paliative

2. Identificarea aspectelor psihoemoționale ale poverii îngrijitorului principal
3. Identificarea aspectelor componente ale calității vieții îngrijitorului principal
4. Compararea poverii îngrijitorului pacientului oncologic versus celui non-oncologic.

Material și metodă. Este un studiu prospectiv longitudinal care s-a derulat pe parcursul a 12 luni. Îngrijitorii pacienților cu nevoi paliative au fost evaluați lunar pe parcursul a 3 luni cu ajutorul a trei instrumente validate în limba română: MOS-SF36 pentru evaluarea calității vieții, BSFC pentru evaluarea poverii îngrijitorului principal și HADS pentru evaluarea anxietății și depresiei.

Rezultate. Au fost înrolați 140 de pacienți care au fost împărțiți în două grupuri: 63 de îngrijitori ai pacienților cu boală non-malignă (PrC1) și 77 de îngrijitori ai pacienților cu cancer (PrC2). În ambele situații pacienții au întrunit criterii de includere în îngrijire de paliativă. Vârsta medie a fost de 54,77 ani în grupul PrC1 și 58,33 ani în grupul PrC2. În aproximativ jumătate de cazuri rolul de îngrijitor este luat de generația *următoare* (fiul sau fiica pacientului) iar într-un sfert din cazuri partenerul de viață își asumă rolul de îngrijitor. Aproape 9 din 10 pacienți sunt îngrijiți de un membru de familie iar 2/3 din cazuri persoanele de sex feminin se implică mai des.

Evaluarea în dinamică arată creșterea semnificativ statistică a poverii ($p=0,001$) cu valoare semnificativ statistic mai mare la cei care îngrijesc un pacient cu boală non-oncologică.

Anxietatea și depresia au valori mai mari cu semnificație statistică în ambele grupuri ($p=0,01$). Corelația între povara de îngrijire și apariția anxietății și depresiei au fost semnificativ statistic ($p=0,001$)

La momentul inițial, în grupul oncologic s-au observat valori crescute la aspecte ce țin de limitarea rolului datorat problemelor emoționale ($p=0,007$) și percepția asupra stării de sănătate generale ($p=0,02$).

În cazul pacienților non-oncologici, toți parametrii calității vieții au valori în scădere, cu semnificație statistică în ce privește percepția pacienților asupra stării lor de sănătate ($p=0,07$).

Evaluarea efectuată la 2 luni după decesul pacientului evidențiază faptul că aspectele fizice, emoționale și sociale se îmbunătățesc dar rămân la 2/3 din

valoarea maximă ceea ce arată amprenta pe care povara o lasă asupra stării de sănătate a îngrijitorului.

Concluzii: Studiul dovedește că îngrijitorul principal este profund afectat de responsabilitățile pe care și le asumă în îngrijirea persoanei dragi, de perioada lungă de îngrijire în cazul pacienților cu boală nononcologică și de impactul psihoemoțional în cazul pacientului cu cancer. Ulterior el devine pacientul medicului de familie dezvoltând « sindromul îngrijitorului principal » descris în literatura medicală ca o combinație dintre oboseală, pierderea energiei și epuizare. Importanța studiului rezidă din necesitatea atenției pe care trebuie să o acordăm identificării pacientului ascuns pentru a anticipa afecțiunile posibile prin epuizarea fizică și emoțională a acestuia.

25. BAROMETRUL MEDICILOR DE FAMILIE DIN ROMÂNIA 2022

SANDRA ALEXIU

Obiectivul Barometrului Medicilor de Familie din România este să identifice nevoile specifice resimțite de medicii de familie din România în raport cu performanța sistemului de sănătate românesc.

Studiul va fi implementat de Centrul de Cercetare și Politici pentru Resurse Umane în Sănătate, Departamentul de Sănătate Publică, Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării, Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, sub coordonarea Lector Univ. Dr. Marius-Ionuț Ungureanu.

Rezultatele obținute vor fi transpuse într-un brief de cercetare care va sta la baza unor consultări cu stakeholderii relevanți, în cadrul unor evenimente publice moderate de Prof. Univ. Dr. Răzvan Mircea Cherecheș.

Domeniile identificate de medicii de familie participanți la studiu vor fi folosite pentru elaborarea de recomandări privind (1) îmbunătățirea politicilor și practicilor curente din sistemul de sănătate românesc; (2) dezvoltarea și implementarea de noi politici.

Studiul este finanțat de Banca Comercială Română iar datele vor fi culese de către Daedalus Online prin intermediul panelului de medici Daedalus Medical.

26. INVERSAREA PIRAMIDEI – DUPĂ MUNCĂ ȘI RĂSPLATĂ!

SANDRA ALEXIU

Dezvoltarea colaborativă a unui nou model de Contract-cadru, care să pună în centru definirea, măsurarea și răsplătirea performanței, atât în promovarea sănătății cât și în tratarea bolii, sunt deziderate ale întregului sistem medical românesc, enunțate de foarte mulți ani de toți actorii sistemului.

În exact această formulare, le-am regăsit și în raportul anual de activitate al CNAS publicat anul trecut, atunci când conducerea Ministerului Sănătății și CNAS și-au asumat demararea, organizarea și coordonarea dezvoltării unui nou model de Contract-cadru, inclusiv ca țintă în Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), având ca termen limită 30 iunie 2023. Alte ținte similare, reformatoare, care trebuie atinse în următorii ani au fost asumate de Ministerul Finanțelor și Banca Mondială prin Programul pe bază de rezultate în sectorul de sănătate, având ca termen limită 31 decembrie 2023.

Conferința de Medicina Familiei a fost și continuă să fie locul unde reprezentanții autorităților, ai furnizorilor din asistența medicală primară și experții independenți se întâlnesc și dezbat public pe tot parcursul acestui proces reformativ. Un proces care a fost demarat în anul 2017 cu "săbiile scoase" de ambele părți ale Contractului-cadru, a continuat cu apariția acordului pentru Programul pe bază de rezultate în anul 2019 și aprobarea PNRR în anul 2021, și va fi finalizat în 2023 printr-un Contract-cadru dezvoltat colaborativ, finanțarea asistenței medicale primare cu 10% din bugetul alocat Sănătății, și o piramidă a serviciilor inversată.