

MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

about the “new geriatric approaches” is obvious, as patients 65 and older currently comprise 28% of the physician workload in primary care.

The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) differs from a standard medical evaluation in three general ways: it focuses on elderly individuals with complex problems, it emphasizes functional status and quality of life, and it frequently takes advantage of an interdisciplinary team of providers. It can be effective only if there is a process for identifying elderly patients who may benefit from it. In the most of cases, they are elderly individuals who are frail and disabled or who have multiple interacting comorbidities, as opposed to relatively healthy older people whose health conditions are addressable by usual medical approaches, and those with serious focal chronic conditions, for whose disease management by primary care with input by other subspecialists is appropriate.

Material and methods

The educational needs assessment is going to be done, in order to help primary care team with introduction of CGA, by using an evaluation of the competence level of 50 family physicians and nurses through case study methodology. At the same time the number of medical records will be examined to determine the lack of knowledge in the field of Geriatric Care.

Results

The proposed activities and collaboration, will allow the “Scientific Perspective”, which is a non-commercial organization of researches on health care, from Sainkt-Petersburg, Russia (www.crystalproject.ru), to share its experience on CGA with primary care providers from our country. Our common goal is to disseminate more widely the good practice in Elderly Care and to act for the benefit of aged persons in Moldova.

Evaluable cunoștințelor medicilor de familie din sectorul Botanica, Chișinău cu privire la activitatea asistenței medicale primare și cunoașterea prevederilor Protocoalelor clinice naționale pentru adulți

*N. Zarbailov¹, V. Puiu², T. Codrean², A. Bivol²

¹ Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
165, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

² Territorial Medical Association Botanica, Chisinau
5/2, Dacia avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322503970. E-mail: zarbailovnatalia@gmail.com

Manuscript received March 23, 2012; revised April 30, 2012

The knowledge assessment of the family physicians from Botanica district of Chisinau on primary health care activities and content of National clinical protocols for adults

The quality of the primary health care is largely determined by the level of the professional training of family doctors. With the purpose of the quality improvement and standardization of the medical services rendered to the population of the Republic of Moldova, there have been developed the National clinical protocols for adults, which are designed as basis for the institutional protocols. There are more than 160 protocols in the process of implementation in clinical practice. The aim of the study was to assess the level of knowledge on primary health care activities and on the content of a number of National Clinical Protocols for adults, at the family physicians from Botanica district, mun. Chisinau. The results showed a higher level of knowledge of those National Clinical Protocols, for which implementation, doctors took some training programs and spent more time using them in clinical practice. The system of the survey of knowledge is an accessible method for estimating the degree of the implementation of the National Clinical Protocols. In order to accelerate their implementation, the topics of the National clinical protocols should be included in the post-graduate medical education programs.

Key words: family physicians, primary care, knowledge, and the National clinical protocols for adults.

Оценка знаний семейных врачей сектора Ботаника, муниципия Кишинэу о деятельности первичной медицинской помощи и содержании Национальных Клинических Протоколов для взрослых

Качество первичной медицинской помощи во многом определяется уровнем профессиональной подготовки семейных врачей. С этой целью и для стандартизации медицинских услуг оказываемых населению Республики Молдова были разработаны Национальные клинические протоколы для взрослых, на основании которых разработаны учрежденческие протоколы. В процессе внедрения в клиническую практику находятся более 160 протоколов. Цель данного исследования: оценка уровня знаний семейных врачей сектора Ботаника, муниципия Кишинэу о деятельности первичной медицинской помощи и содержании ряда Национальных клинических протоколов для взрослых. Результаты

продемонстрировали более высокий уровень знания Национальных клинических протоколов, по внедрению которых врачи проходили какие-либо обучающие программы, и которым уделялось больше времени в клинической практике. Система опроса знаний – доступный метод оценки степени внедрения Национальных клинических протоколов. В программах постуниверситетского образования врачей следует продолжить изучение Национальных клинических протоколов для ускорения процесса их внедрения.

Ключевые слова: семейные врачи, первичная медицинская помощь, знания, клинические протоколы.

Introducere

Asistența medicală primară în Republica Moldova este acor- dată prin intermediul echipelor constituite din medici și asistenți medicali de familie. Calitatea serviciilor prestate de către aceștia este alcătuită din mai multe componente, un rol important revinându-i competenței și profesionalismului cadrelor medicale.

În țările cu medicină avansată toate manevrele și întreaga conduită medicală se desfășoară conform unor criterii clare și detaliate, ceea ce permite asigurarea calității echitabile a serviciilor prestate în diferite instituții medicale [1]. În Republica Moldova Protocoalele clinice naționale(PCN) sunt elaborate în baza Ghidurilor internaționale bazate pe dovezi ale eficacității clinice și, în același timp, economice. Ele sunt instrumente pentru luarea deciziilor clinice, ultimele fiind deseori destul de dificile, în special, la nivel de asistență medicală primară. Protocoalele clinice naționale urmăresc stabilirea unui nivel de calitate optim în condițiile sistemului de sănătate existent în țară, care ar ghida medicii cu diferit grad de competență profesională spre o mai bună practică medicală. Din 2008 și până în prezent, în țară au fost elaborate și sunt în proces de implementare 162 de Protocoale clinice naționale, unele fiind deja reactualizate.

Elaborarea protocoalelor naționale este un proces ce necesită implicarea experților din țară și consultări largi ale publicațiilor medicale moderne pentru a fi bazate pe dovezi și practici-model. În baza protocoalelor, instituțiile medico-sanitare elaborează Protocoale clinice instituționale și Protocoale clinice ale locului de lucru. Totodată, implementarea integrală a protocoalelor cere timp, instruire și efort, atât din partea medicilor practici, cât și din partea managerilor instituțiilor medico-sanitare și a cadrelor didactice. Pentru menținerea consecutivității pașilor de implementare a protocoalelor clinice naționale noi am considerat necesară evaluarea cunoștințelor medicilor de familie în vederea cunoașterii conținutului protocoalelor clinice, consacrate maladiilor frecvent înregistrate cu impact major asupra sănătății, care sunt considerate prioritare pentru implementarea clinică, contribuind astfel la asigurarea unei vieți active, calitative și durabile.

Material și metode

Studiul prezent a fost realizat în anul 2011 în cadrul Asociației Medicale Teritoriale (AMT) Botanica, municipiul Chișinău. Scopul studiului este îmbunătățirea calității serviciilor medicale prestate populației în sectorul primar prin evaluarea și lichidarea lacunelor în cunoștințele medicilor de familie (MF) prin instruirea lor ulterioară conform necesităților educaționale. Medicilor de familie li s-a propus completarea unui chestionar, elaborat de autori, în scopul evaluării cunoștințelor lor în domeniul activității asistenței medicale primare și conținutului PCN. În studiu au fost incluși 88 de medici de familie. Toți medicii au completat chestionarul, în același timp, în toate trei Centre ale Medicilor de Familie care fac parte din AMT nominalizată. Chestionarul reflectă principiile de activitate ale asistenței medicale primare și recomandările PCN pentru adulți. Datele colectate au fost prelucrate statistic cu ajutorul Componentei Excel a suitei Microsoft Office.

Rezultate obținute

Mai jos sunt prezentate rezultatele chestionarelor completate de către medicii de familie (MF) la capitolul activitatea asistenței medicale primare. Prima întrebare a fost despre funcțiile de bază ale medicului de familie. Medicii respondenți, în marea majoritate, au enumerat printre funcțiile de bază ale MF: "Identificarea persoanelor din grupurile de risc" – 98,9 ± 1,14%, "Supravegherea sănătății" – 96,6 ± 1,95%, "Promovarea sănătății" – 95,5 ± 2,23%. Asigurarea accesibilității populației la asistența medicală a fost menționată de 90,9 ± 3,08%, și 86,4 ± 3,68% au ales răspunsul "Prevenție primară, secundară, terțiară". Cea mai mică rată a răspunsurilor pozitive a fost la poziția „Prevenție specifică” – 53,4 ± 5,35%. La întrebarea despre principiul de finanțare a asistenței medicale primare de către Compania Națională de Asigurare Medicală au fost obținute următoarele rezultate: „per capita” – 73,9 ± 4,71%, „per serviciu” – 5,7 ± 2,48%, „per capita” și „per serviciu” – 30,7 ± 4,94%. Programarea activităților instituției de asistență medicală primară are ca scop asigurarea accesului populației la asistență medicală – 88,6 ± 3,40% răspunsuri, și creșterea calității actului medical – 65,9 ± 5,08% răspunsuri. Atât fișa medicală, cât și rezultatele investigațiilor, tratamentelor, îngrijirilor medicale primite reprezintă documentația instituției în opinia a 98,9 ± 1,14% MF, și proprietatea pacientului conform răspunsurilor oferite de către 6 medici sau 6,8 ± 2,70%. Medicii au fost rugați să bifeze intervențiile medicale care necesită perfectarea acordului informat al pacientului. Au fost primite următoarele răspunsuri: intervențiile chirurgicale – 98,9 ± 1,14%, endoscopia de diagnostic – 97,7 ± 1,60%, teste intradermale – 90,9 ± 3,08%, extracția de corp străin – 89,8 ± 3,25%, electrofizioterapie – 86,4 ± 3,68%, auscultația și percuția plămânilor – 13,6 ± 3,68%.

Următorul compartiment de întrebări reflectă conținutul și recomandările PCN privind maladiile nontransmisibile larg răspândite la adulți.

Hipertensiunea arterială sistolică izolată este: creșterea tensiunii arteriale (TA) sistolice la pacienții tineri – 34,1 ± 5,08% răspunsuri, creșterea TA sistolice la bătrâni – 72,7 ± 4,77% răspunsuri, creșterea TA sistolice și diastolice la bătrâni 3,4 ± 1,95% răspunsuri. Următoarele criterii au fost considerate criterii ale urgenței hipertensive extreme: forma severă a TA care se asociază cu afectarea acută sau progresivă a organelor „țintă” – 80,7 ± 4,23%, creșterea severă a TA sistolice peste 180-220 mm Hg și diastolice peste 120-130 mm Hg, fără semne de afectare acută a organelor „țintă” – 51,1 ± 5,36%, elevația bruscă a TA cu cefalee severă – 34,1 ± 5,08%. Referitor la managementul urgenței hipertensive comune au fost primite următoarele răspunsuri: scăderea TA lentă timp de 24 de ore cu administrarea medicației orale – 87,5 ± 3,55%, reducerea TA sistolice rapidă cu 20-25% în primele 2 ore cu administrarea medicației intravenoase – 20,5 ± 4,32%, terapia antihipertensivă nu este obligatorie – 1,1 ± 1,14%. Care tratament va administra medicul de familie în urgența hipertensivă comună? Mai mult de jumătate din medicii de familie au menționat următoarele preparate medicamentoase: Captopril – 98,9 ± 1,14%, Nifedipin – 86,4 ± 3,68%, Metoprolol – 71,6 ± 4,84%, Furosemid – 64,8 ± 5,12%; 40,9

± 5,27% de respondenți au numit Clonidina și restul răspunsurilor au fost pentru spray „Nitromint” – 11,4 ± 3,40%, sol. Magneziu sulfat – 8,0 ± 2,90%, sol. Dibazol și sol. Papaverină 4,5 ± 2,23%, egal pentru ambele, Diazepam – 3,4 ± 1,95%.

Tratamentul de urgență în Infarctul Miocardic Acut include: tab. Nitroglicerina și solicitarea ambulanței, câte 95,5 ± 2,23%, regim la pat în 92,0 ± 2,90%, analgezie în 79,5 ± 4,32%, tab. Aspirină în 68,2 ± 4,99%, Aspirină 75 mg în 31,8 ± 4,99%, Captopril în 20,5 ± 4,32%. Când nu se va administra nitroglicerina în infarct miocardic acut? Răspunsurile s-au repartizat în următorul mod: 83,0 ± 4,03% au selectat “Tensiunea Arterială sistolică mai mică de 90 mm Hg”, 44,3 ± 5,33% – răspunsul “Glucom”, și 4 medici 4,5 ± 2,23% au selectat răspunsul “Tensiunea Arterială sistolică mai mare de 120 mm Hg”.

Care este contraindicația absolută pentru folosirea diureticelor tiazide? Răspunsurile s-au repartizat în următorul mod: guta – 85,2 ± 3,80%, sarcina – 52,3 ± 5,36%, astmul bronșic 5,7 ± 2,48%, intoleranța la glucoză – 2,3 ± 1,60%. Care sunt contraindicațiile absolute la folosirea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotenzinei II (IECA): sarcina – 54,5 ± 5,34%, stenoza bilaterală a arterei renale – 43,2 ± 5,31%, edem angioneurotic 28,4 ± 4,84%, hipercaliemie 18,2 ± 4,14%, toate cele enumerate mai sus 53,4 ± 5,35%. 88,5 ± 3,40% de medici sunt de acord cu administrarea obligatorie a aspirinei în doza de 75 mg pe zi la pacienți cu HTA, iar 12,5 ± 3,55% și-au exprimat dezacordul.

Printre simptomele de debut ale accidentului vascular cerebral ischemic se enumeră: senzație bruscă de slăbiciune sau amorțeală în regiunea feței, braț, picior, în special, lateralizată pe o parte a corpului – 96,6 ± 1,95%; confuzie subită, tulburări de vorbire – 94,3 ± 2,48%; dificultate subită de deplasare, tulburări de coordonare – 83,0 ± 4,03%; deteriorarea subită a vederii la unul sau ambii ochi – 71,6 ± 4,84%; cefalee subită severă fără cauză evidentă – 55,7 ± 5,33%; sughiț persistent – 30,7 ± 4,94%. Printre factorii de risc ai accidentului vascular cerebral ischemic au fost selectate următoarele: hipertensiunea arterială – 97,7 ± 1,60%; atac ischemic tranzitor în anamneză – 90,9 ± 3,08%; diabet zaharat – 89,8 ± 3,25%; boală cardiacă – 70,5 ± 4,89%; stenoza carotidiană – 58,0 ± 5,29%; hipertiroidism – 21,6 ± 4,41%; hiperhomocisteinemie – 9,1 ± 3,08%.

Care este periodicitatea efectuării glicemiei la persoanele din grupul de risc? La această întrebare au răspuns corect 13,6 ± 3,68% medici pentru vârsta pacientului până la 40 de ani, și 46,6 ± 5,35% medici pentru pacienții peste 45 de ani. Efectuarea toleranței la glucoză este indicată în cazul când: glucoza bazală este normală, dar sunt prezenți factori de risc – 59,1 ± 5,27%; glucoza bazală este mai mare decât normală, dar sub 7 mmol/l – 47,7 ± 5,36%; glucoza bazală este mai mare decât normală, dar peste 7 mmol/l – 28,4 ± 4,84%.

Manifestările clinice ale hipotireoidiei sunt următoarele: somnolența, scăderea memoriei, cefalee – 96,6 ± 1,95%; îngroșarea vocii, hipoacuzie – 63,6 ± 5,16%; labilitatea emoțională – 70,5 ± 4,89%; constipații, scăderea apetitului – 52,3 ± 5,36%; palme umede, reci – 42,0 ± 5,29%; artralgiile, parestezii – 25,0 ± 4,64%; scădere în greutate – 17,0 ± 4,03%. Factorii de risc ai tireotoxicozei sunt: prezența patologiei glandei tiroide în familie – 88,6 ± 3,40%; stres repetat – 83,04,03%; administrarea medicamentelor care conțin iod – 58,0 ± 5,29%; hipocaliemie și nivel sporit al fosfatazei alcaline câte – 23,9 ± 4,57%, și 11,49 ± 3,40% pentru vitiligo.

Diagnosticul astmului bronșic (AB) poate fi presupus în baza următoarelor simptome: weezing – 87,59 ± 3,55%; episoade de dispnee – 80,79 ± 4,23%; dispnee inspiratorie – 15,99 ± 3,92%; tuse

și senzație de presiune toracică – 51,15,36%; dispnee expiratorie – 75,09 ± 4,64%; stres – 9,19 ± 3,08%; obstrucție nazală – 14,89 ± 3,80%; modificări în analiza generală a sângelui: eozinofile 7-9 c/v – 38,69 ± 5,22%, eozinofile 15-25 c/v 39,89 ± 5,25%. Printre factorii de risc în apariția astmului bronșic au fost enumerați: alergeni profesionali – 95,59 ± 2,23%, alergeni din blana animalelor – 94,39 ± 2,48%, fumul de țigară – 93,29 ± 2,70%, polen și mucegai – 92,09 ± 2,90%, alergeni ai insectelor – 72,79 ± 4,77%, antecedente eredocolaterale – 62,59 ± 5,19%, activități fizice – 18,29 ± 4,14%, răs puternic – 8,09 ± 2,90%. Au mai fost enumerate oboseala 2,39 ± 1,60% și promiscuitatea – 1,19 ± 1,14%.

În tratamentul intermitent al astmului bronșic la copii și adulți se vor folosi Flexotide și Ventolin în 64,89 ± 5,12% cazuri, Serevent în 48,99 ± 5,36%, Teofilină sau Eufilină în 26,19 ± 4,71% și Berotec în 22,79 ± 4,49% cazuri. Printre preparatele care cupează accesul de astm bronșic la copii se utilizează inhalatorul Salbutamol – 95,59 ± 2,23% răspunsuri; inhalatorul Ventolin – 68,29 ± 4,99% răspunsuri; sol. Dexametazon intramuscular și intravenos în 51,19 ± 5,36% și 26,19 ± 4,71%, respectiv. Inhalatorul Berotec și inhalatorul Berodual au fost menționate în 17,09 ± 4,03% și 9,19 ± 3,08% cazuri, respectiv, iar inhalatorul Flexotide în 14,89 ± 3,80%. Un număr de medici au selectat sol. Aminofilină intravenos – 11,49 ± 3,40%, sau intramuscular – 2,39 ± 1,60%.

Printre contraindicațiile temporare la testarea tuberculinică au fost menționate următoarele stări: boli infecțioase acute – 98,99 ± 1,14%; stări alergice – 93,29 ± 2,70%; boli cronice în fază de acutizare – 90,99 ± 3,08%; erupții cutanate – 88,69 ± 3,40%; subfebrilitatea și perioada de o lună de zile după orice vaccinare câte 73,99 ± 4,71%; perioada de convalescență – 33,09 ± 5,04%. În grupul de risc pentru tuberculoză la adulți sunt incluse: persoane infectate cu HIV, persoane cu etilism cronic și utilizatori de droguri în 87,59 ± 3,55% cazuri; 86,49 ± 3,68% – persoane ce au suportat TBC în antecedente, persoane social dezavantajate (boschetari, șomeri, migranți); 85,29 ± 3,80% – contacti familiari, îndepărtați; 84,19 ± 3,92% – persoane cu supresiune imunologică (radioterapie, corticosteroizi, diabet zaharat, ulcer gastric), foști deținuți, persoane din penitenciare; 79,59 ± 4,32% – persoane cu deficit de masă corporală. Toate variantele de răspuns au fost considerate corecte de 85,29 ± 3,80% respondenți, ceea ce corespunde prevederilor protocolului. Printre semnele suspecte la tuberculoză sunt enumerate următoarele categorii: tusea cu durată mai mare de 3 săptămâni – 97,79 ± 1,60%; scăderea progresivă a ponderii corporale – 96,69 ± 1,95%; transpirații abundente – 89,89 ± 3,25%; febră – 86,49 ± 3,68%; inapetență – 84,19 ± 3,92%; dispnee – 61,49 ± 5,22%; expectorații purulente cu miros – 54,59 ± 5,34%; fenomene dispeptice și tuse cu durată de o săptămână au fost menționate în 11,49 ± 3,40% și 6,89 ± 2,70%, respectiv.

Criteriile de spitalizare în pneumonia comunitară la adulți sunt: vârsta tânără cu comorbidități – 96,69 ± 1,95%; vârsta mai mare de 60 de ani – 93,29 ± 2,70%; ineficiența tratamentului ambulator – 85,29 ± 3,80%; etilism cronic – 76,19 ± 4,57%; focar infiltrativ extins radiologic – 73,99 ± 4,71%; temperatura peste 38,0 C° timp de 3 zile, simptome de intoxicație moderată, tahicardie, hipotensiune – 72,79 ± 4,77%; leucopenie și deficit ponderal semnificativ – 58,09 ± 5,29%.

Discuții

Funcțiile de bază ale medicului de familie conform profesiogramei includ: asigurarea accesibilității populației la asistența medicală; prevenția primară, secundară, terțiară; prevenția spe-

cifică; promovarea sănătății; supravegherea sănătății; identificarea persoanelor din grupurile de risc [2]. Medicii respondenți au recunoscut majoritatea acestora, însă doar jumătate dintre ei au menționat printre funcțiile lor de bază prevenția specifică, care include: vaccinări, prevenirea rahitismului, a gutei endemice, a anemiei feriprive etc.

Doar doi din trei medici de familie conștientizează că programarea activităților instituției de asistență medicală primară contribuie la creșterea calității actului medical [3]. Unul din zece medici intervievați nu consideră că planificarea activităților duce la un acces mai bun al populației la serviciile acordate de către medicul de familie. Unii medici – 13,6%, au nevoie de acordul informat al pacientului pentru a efectua percuția și auscultația plămânilor.

Subiectul studiului prezent a fost evaluarea cunoștințelor medicilor de familie cu privire la prevederile protocolului clinic, consacrat unei din cele mai răspândite maladii nontransmisibile în populația adultă, cum ar fi tensiunea arterială. O treime dintre medicii participanți în studiu (37,5%), nu au putut defini corect noțiunea de “Tensiune arterială sistolică izolată” [4].

Forma severă a TA, care se asociază cu afectarea acută sau progresivă a organelor „țintă”, nu a fost considerată drept urgență hipertensivă extremă de 19,3% medici [5, 6]. Majoritatea medicilor respondenți au selectat o strategie incorectă privind managementul urgenței hipertensive comune cum ar fi: scăderea TA lentă timp de 24 de ore cu medicația per orală – 87,5% sau neaplicarea terapiei antihipertensive – 1,1%, ceea ce nu corespunde prevederilor Protocolului național: “Această stare clinică necesită reducerea imediată (maxim timp de o oră) a TA cu remedii administrate intravenos” [7, 8].

Un compartiment considerabil din chestionar a avut ca obiectiv testarea cunoștințelor medicilor în domeniul administrării preparatelor farmacologice medicamentoase. Care tratament va administra medicul de familie în urgență hipertensivă comună? Toți medicii au numit varietatea largă a medicamentelor recomandate, inclusiv Nifedipina, Clonidina, Metoprololul, Furosemida, Magneziu sulfat, Dibazol, Papaverină, Diazepam. Totodată, menționăm că 99% dintre medici au numit Captoprilul ca preparat de elecție pentru tratamentul urgenței hipertensive comune [3]. Circa 85% dintre medici sunt informați despre contraindicația absolută pentru utilizarea diureticilor tiazide, însă fiecare al doilea medic a considerat de rând cu guta și sarcina drept asemenea contraindicație [4]. Contraindicațiile absolute la folosirea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotenzinei II sunt cunoscute și mai puțin – doar 53,4% medici au prezentat răspunsul corect [4]. Administrarea Aspirinei în doză de 75 mg este considerată obligatorie la pacienții cu hipertensiune de către 88,6% medici de familie intervievați, ceea ce reprezintă un răspuns greșit [4].

Cunoștințele medicilor de familie sunt mai vaste la capitolul Infarct Miocardic Acut (IMA). Majoritatea MF cunosc componentele de bază ale tratamentului de urgență în IMA: administrarea nitroglicerinei și chemarea ambulanței – 96%, regim de pat – 92%, administrarea analgezicilor – 80% și a Aspirinei 325 mg – 68% [9]. Este îmbucurător faptul că 83% dintre medici nu vor administra nitroglicerina în cazul tensiunii arteriale sistolice mai mică de 90 mm Hg.

Următorul grup de întrebări a avut ca obiectiv depistarea lacunelor în cunoașterea Accidentului Vascular Cerebral (AVC), conform protocolului clinic [10]. Medicii intervievați cunosc semnele

clasice de debut ale AVC, care sunt: senzație bruscă de slăbiciune sau amorțeală în regiunea feței, braț, picior, în special, lateralizată pe o parte a corpului – 97% răspunsuri corecte; confuzie subită, tulburări de vorbire – 94%; dificultate subită de deplasare, tulburări de coordonare – 83%; deteriorarea subită a vederii la unul sau ambii ochi – 72%. Doar unul din doi medici a menționat cefaleea subită severă fără cauză evidentă – 56%. Un semn incorect numit de către 31% medici a fost sughițul persistent. Printre factorii de risc ai AVC ischemic au fost selectate corect următoarele: hipertensiunea arterială – 98%; atac ischemic tranzitor în anamneză – 91%; diabet zaharat – 90%; boala cardiacă – 71%; stenoza carotidiană – 58%. Hiperhomocisteinemia a fost marcată doar în 9% cazuri. Fiecare al cincilea medic a considerat greșit hipertiroidismul drept factor de risc al AVC – 22%.

La compartimentul Diabet zaharat [11] medicii au rezerve evidente în cunoașterea subiectului – majoritatea nu cunosc periodicitatea efectuării glicemiei la persoanele din grupul de risc sub 40 de ani (86%) și 53% pentru pacienții peste 45 de ani. Doar jumătate din respondenți au numit corect indicațiile pentru efectuarea toleranței la glucoză. Metodologia completă a testului oral la toleranță la glucoză au fost capabili s-o descrie doar unii medici.

Printre maladiile endocrine au fost testate hipotireoidia și tireotoxicoza. De rând cu semnele clinice veridice ale hipotireoidiei: somnolență, scădere a memoriei, cefalee 97%, îngroșarea vocii, hipoacuzie – 64%, constipații, scăderea apetitului – 52%, palme umede, reci – 42%, artralgiile, parestezii – 25%, au fost menționate și alte semne greșite, ca de exemplu, labilitate emoțională – 71%, scăderea în greutate – 17% [12]. Hipocaliemia, nivelul sporit al fosfatazei alcaline, vitiligo nu sunt bine cunoscute ca factori de risc ai tireotoxicozei [13], totodată 83% dintre medici au menționat stresurile repetate ca fiind un factor de risc al maladii nominalizate, ceea ce nu corespunde adevărului.

La capitolul astm bronșic (AB) la adult [14], medicii au enumerat în aproximativ 80% de cazuri așa semne ale maladii ca weezing-ul și episoade de dispnee expiratorie, fiecare al doilea a menționat tusea și senzația de presiune toracică. Mai puțin sunt cunoscute semnele de laborator, ceea ce confirmă boala. Totodată, marea majoritate a medicilor a menționat corect factorii de risc în apariția astmului bronșic la copii și adulți. Unii medici au numit preparatele care au un efect mai lent în timp pentru cuparea accesului de AB la copii [15], de exemplu inhalatorul Flexotide, și mai puțin s-au bazat pe acțiunea remediilor parenterale cum ar fi sol. Dexametazon i/v și i/m, și sol. Aminofilină i/v. În test au fost expuse șase remedii diverse pentru tratamentul intermitent al astmului bronșic la copii și adulți, însă, doar 65% dintre medici au selectat răspunsul corect.

Destul de bine sunt cunoscute contraindicațiile temporare la testarea tuberculinică, cu excepția perioadei de convalescență – doar 33% răspunsuri. Subfebrilitatea a fost evaluată greșit ca contraindicație în 74% cazuri. Au numit corect și amplu grupul de risc la tuberculoză la adulți 85% medici de familie [16]. Ceea ce ține de persoanele suspecte la tuberculoză, s-a constatat o supraapreciere a semnului “expectorații purulente cu miros” – 54,5% și subapreciere a tusei cu durată de cel puțin o săptămână – 6,8%. Aproape toți medicii au demonstrat o bună cunoaștere a criteriilor de spitalizare în pneumonia comunitară la adulți, o importanță mai mică a fost acordată semnelor clinice ale leucopeniei și deficitului ponderal semnificativ – 59% răspunsuri [17]. Rezultatele evaluării

cunoștințelor medicilor de familie au indus autorilor idea necesității evaluării managementului cazurilor de boală incluse în PCN întru eliminarea discrepanței între resursele disponibile și necesare pentru prioritizarea implementării și/ori elaborarea ulterioară a protocoalelor clinice instituționale. Procesul de implementare a protocoalelor clinice naționale este un proces continuu, în care realizarea sarcinii se produce simultan cu acumularea experienței medicilor de a asigura managementul cazurilor de boală în baza protocolului.

Autorii sunt dispuși să evalueze resursele necesare pentru implementarea în volum deplin în IMSP Asociația Medicală Teritorială Botanică a PCN "Hipertensiunea arterială". Totodată, pentru a delimita competențele și responsabilitățile în procesul implementării protocolului clinic este important de evaluat cunoștințele și implicarea asistenților medicali ai medicilor de familie.

Concluzii

1. Evaluarea cunoștințelor medicilor vizavi de subiectele protocoalelor clinice naționale reprezintă o metodă accesibilă de supraveghere a gradului de implementare a acestora.
2. Rezultatele studiului demonstrează un nivel satisfăcător de cunoaștere de către medicii de familie a prevederilor unor Protocoalelor clinice naționale. Ținând cont de capacitățile limitate de asimilare a medicilor de familie este rațional de a prioritiza protocoalele pentru implementarea timpurie a celor ce reflectă maladiile larg răspândite și cu impact major asupra sănătății, acest pas având ca urmare reducerea dizabilității și mortalității populației apte de muncă.
3. Maladiile și stările patologice, incluse în diferite programe de instruire a medicilor de familie sunt cunoscute mai bine în vederea respectării protocolului clinic național. Este important ca protocoalele clinice naționale să fie incluse și în continuare în programele de educație medicală continuă pe principiul priorității și gradului de competență a medicilor.
4. De rând cu protocoalele clinice naționale este necesară studierea concomitentă și aprofundată a conținutului directivelor în vigoare, care reglementează activitatea medicului de familie.

Bibliografie

1. Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 2002(81):iii-vi,1-72.
2. Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova. Ordinul MS Nr.695 din 13.10.2010.
3. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău: Epigraf, 2006;154-156.
4. Hipertensiunea Arterială la adulți. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;9.
5. Urgențe hipertensive la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;8,31.
6. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (SEH) and of the European Society of Cardiology (SEC). *European Heart Journal Advance Access published June 11, 2007. European Heart Journal.* 2007;28(12):1462-1536. doi:10.1093/eurheartj/ehm236.
7. Kaplan N. Kaplan's Clinical Hipertension. 9th Edition. Copyright Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
8. National Heart, Lung, and Blood Institute. Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (CNU VI). <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/CNU6.pdf>. Accessed November 18, 2002.
9. Infarct Miocardic Acut. Protocol clinic național. Chișinău, 2011;20.
10. Accidentul cerebral vascular ischemic. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;28.
11. Diabet zaharat necomplicat. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;34,52.
12. Hipotiroidia. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;33.
13. Tireotoxicoză. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;23.
14. Astmul bronșic la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;22.
15. Astmul bronșic la copil. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;27.
16. Tuberculoza la adulți. Protocol clinic național. Chișinău, 2010;17,32.
17. Pneumonia comunitară la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2008;16.



Compoziția preparatului:

200 ml sirop conține:

- complex de hidroxid de fier (Fe³⁺) cu polimaltoză – 3,5 g
- extract de semințe de viță de vie – 0,7 g
- sirop din suc de viță de vie – până la 200ml.

1 ml de Hemoglovit conține 17,5 mg (Fe³⁺).**Proprietăți farmacologice:**

- stimulează formarea globinei, ceea ce în final contribuie la creșterea nivelului hemoglobinei.
- este o sursă bogată de antioxidanți naturali polifenoli, care interacționează cu radicalii liberi și îi neutralizează.

Indicații terapeutice:

- tratamentul și profilaxia carenței de fier de diversă etiologie, inclusiv la femei în timpul sarcinii și perioadei de alăptare;
- tratamentul anemiei feriprive la copii și maturi.

Doze și mod de administrare:

Adulți și copii peste 12 ani: doza zilnică constituie 10-15 ml sirop pe zi.

Copii cu vârsta între 1 an și 12 ani: câte 5-6 mg fier/kg corp/zi sau câte 2,5-5 ml sirop pe zi.

Cura de tratament constituie 1-3 luni, până la normalizarea nivelului hemoglobinei.

HEMOGLOVIT

Sirop 200ml

Tratamentul anemiei feriprive



Se eliberează fără prescripție medicală

Produs de origine naturală

HEPATOVIT

Silymarinum

Rezultat sigur!

**Compoziția preparatului:**

extract din *Silybium Marianum*
(cu conținutul de silimarină 65%) – 140 mg.

Indicații terapeutice:

- hepatitele acute și cronice;
- steatoza și ciroza hepatică;
- distrofiile hepatice toxico-metabolice;
- afecțiunile provocate de medicamente, iradiație, toxine, alcool etc.

Doze și mod de administrare:

cîte 1 capsulă 2 ori/ zi
(cura de tratament 1-2 luni).

Compania Farmaceutică
ÎM moldo-americană "VitaPharm-Corn" SRL
MD-2012, Republica Moldova,
mun. Chișinău, str. V. Micle, 1/1
tel./fax: (+373 22) 26-03-87; 26-03-88
e-mail: office@vitapharm.md

www.vitapharm.md

VitaPharm[®]com