

## Ghidurile clinice – algoritmi naționali pentru medicina de urgență

Dr. Dan Marinescu<sup>a</sup>

a. Medic primar Medicină de Urgență, Departamentul UPU-SMURD, Spitalul Clinic de Urgență București

Deși preocupările existau încă din antichitatea timpurie (papyrusul egiptean Edwin Smith cca. 1600 î. Hr. ), apariția ghidurilor clinice în practica medicală modernă datează din anii '70 și se datorează multiplelor probleme cu care au fost confruntate sistemele medicale, în perioada de după război: creșterea cererii de îngrijiri medicale, a costurilor îngrijirii medicale (apariția tehnologiilor moderne, îmbătrânirea populației), diferențele de servicii furnizate, folosirea insuficientă / suprasolicitarea serviciilor medicale și dorința, atât a furnizorilor de a folosi, cât și a pacienților de a primi, cele mai bune îngrijiri posibile [1].

Ghidurile clinice sunt „afirmații dezvoltate sistematic, create pentru clinicieni și pacienți ca aceștia să ia decizii potrivite cu privire la îngrijiri de sănătate, adresate unei circumstanțe clinice specifice” [1], potrivit unei definiții redactate într-un inevitabil și indigest, specific limbaj de lemn.

Începând cu anii '90, dezvoltarea ghidurilor clinice a început să fie legată de apariția unui nou concept: medicină bazată pe dovezi, dovezi care sunt produse prin analiza studiilor clinice, dintre care cele dublu orb și randomizate (randomized controlled trial - RCT) ar fi standardul de aur.

Medicina bazată pe dovezi susține ideea că dovezile (date medicale obținute prin metode științifice, de obicei sprijinite prin argumente statistice) la zi pot fi folosite și aplicate în practica clinică, în combinație cu experiența individuală a clinicienilor și cu propriile preferințe și așteptări ale pacienților, pentru a obține cele mai bune rezultate posibile [2].

Beneficiile pentru pacienți ale ghidurilor clinice sunt numeroase, așa cum afirmă susținătorii lor: uniformitatea tratamentului indiferent de tipul de spital sau zona geografică (în condiții clinice identice), evitarea unor proceduri/tratamente ineficiente sau chiar dăunătoare oferă informații care permit pacienților opțiuni de tratament și, în final, influențarea politicilor de sănătate publică (identifică riscuri noi, determină apariția de servicii noi, redistribuie eficient resurse financiare limitate [1].

Avantajele pe care le poate avea personalul medical ar fi: abolirea unor practici depășite, puțin eficiente, oferirea de soluții atunci când clinicianul este în impas, sau protecția medicului în situații medico-legale sau în relația sa cu administrația care poate să nu fie de acord cu anumite abordări diagnostice sau terapeutice [1].

În ciuda unor avantaje ce par să plaseze aceste ghiduri pe niște poziții inatacabile, există numeroase limitări, chiar efecte dăunătoare, și, nu în ultimul rând, dificultăți în aplicarea recomandărilor.

Dogmatismul cu care medicina bazată pe dovezi consideră RCT unica paradigmă capabilă să rezolve o problemă clinică este, paradoxal, una dintre sursele slăbiciunii ghidurilor clinice. RCT pot oferi răspunsuri bune în ceea ce privește eficacitatea sau efectul de prevenție al unei intervenții terapeutice, dar nu întotdeauna poate da răspunsuri privitoare la efectele adverse, prognostic sau diagnostic [2]. Ca punct de plecare, este evident că practica medicală este mult mai complexă decât studiile clinice. Este evident că studiile clinice se fac pe eșantioane omogene și nu răspund decât unor probleme specifice care se adresează unei cohorte predefinite, pe când, în practica medicală obișnuită, pacienții au doar rareori o singură condiție patologică (așa cum au pacienții recrutați pentru un studiu clinic) fiind deseori cu diverse comorbidități asociate unei boli de bază [3]. Deseori ghidurile extrapolează pentru o populație mult mai largă recomandări care au fost făcute inițial pentru una țintită, mult mai omogenă, ceea ce face ca aceste recomandări să nu se potrivească unor pacienți chiar dacă aceștia au și boala căreia i se adresează respectivul ghid. Recomandările de tratament pot fi diferite pentru aceeași condiție patologică în ghiduri diferite, uneori chiar când acestea derivă din același RCT, deoarece validarea internă (în cadrul specific al studiului respectiv) nu este dublată de validarea externă [4].

O dublă metaforă a editorului JACC Barry Greenberg asemuiește condițiile strict controlate ale unui studiu clinic cu „Muzak” (acea muzică monotonă din lifturi sau tonul de așteptare al unor telefoane), în timp ce practica clinică de zi cu zi

\* Autor pentru corespondență : Dr. Luisa - Corina Simion  
Departamentul UPU-SMURD, Calea Floreasca nr. 8, Sector 1, București  
E-mail: simion.luisa@gmail.com

(pacienți cu grade diferite de boală și diferite comorbidități) ar semăna prin comparație cu muzica lui Mozart, plină de culoare și armonii diverse [5].

Distanța dintre apariția unui ghid și aplicarea lui în practică este uneori de mari dimensiuni, iar obstacolele cu care este presărată fac încă și mai dificilă transpunerea recomandărilor în practica aplicată la pacienți. Problemele organizatorice locale, lipsa conștientizării existenței ghidurilor, forma lor stufoasă și dificil de urmărit, lipsa de timp a medicilor, inerția în modificarea atitudinii și comportamentului medical, costurile nerezonabile pentru pacient, sunt doar câteva din multitudinea de motive care fac aplicarea ghidurilor în practica reală de zi cu zi dificilă și improbabilă la scară largă [6].

### **Algoritmii naționali din România elaborați pentru medicina de urgență**

În 2016 în România a apărut un corp de algoritmi naționali pentru practica medicinei de urgență ca rod al colaborării diverselor colective de specialiști din domeniu, din centrele mari de formare din toată țara, finanțat printr-un grant de către Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare, în colaborare cu guvernul României și implementat de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate. S-a publicat un număr de 28 de algoritmi, dintre care unul aparte, derivat din Ghidul Consiliului European de Resuscitare din 2015 conținând recomandări pentru 14 situații distincte.

Referindu-ne la formă, autorii au ales varianta fericită a prezentării unor rezumate a algoritmilor, cel mai ades schematic, care se întind pe 1-2 pagini, din care informația utilă se extrage rapid. O poziție aparte din toate punctele de vedere o are ghidul de antibioterapie în serviciile de urgență (disponibil la adresa <http://medicinadeurgenta.ro/wp-content/uploads/2016/12/28.-Antibioterapie-1.pdf>). Dacă se exclud algoritmi din ghidul European de Resuscitare (cu 14 pagini pentru tot atâtea situații) și recomandările pentru sedarea procedurală (cu 4 pagini, dintre care una anexă și alta bibliografie), ghidul amintit are în volum mai mult de jumătate din restul algoritmilor la un loc. Răspunzătoare de acest volum este structura redundantă a materialului, precum și informațiile puțin necesare într-un serviciu de urgență, cel puțin unul din țara noastră. O altă posibilitate o poate avea originea materialului, probabil un text mult mai stufoș, ineficient comprimat (sunt prezenți indici bibliografici din materialul anterior, cu o bibliografie voluminoasă, neregăsiți în bibliografia finală). Utile ar fi fost recomandările de terapie agresivă ne-antibiotică a șocului septic (fluide, vasopresoare, produse de sânge) prezente în materialul de la primul indice bibliografic (eventual o variantă actualizată) sau criteriile de recoltare a

hemoculturilor. Jumătate din spațiul alocat se referă la endocardita bacteriană, cu diversele etiologii, clasificări, tabele cu frecvența diverselor semne clinice și simptome, detalii pe care cardiologii le caută în voluminoasele lor tomuri conținând numeroasele ghiduri specifice, sau apelând la sfatul colegilor infecționiști. Un cititor malițios ar putea considera umor involuntar formulări ca: „Se va iniția tratamentul cu antibiotice pe cale i.v. imediat după obținerea rezultatelor culturilor (inclusiv hemocultura) microbiene.” Sunt omise antibiotice folosite la germenii cu mare rezistență – Colistinul (multe tulpini de *Acinetobacter baumannii* nu mai sunt sensibile la altceva) sau Tigecilina (indicată în pneumoniile nosocomiale), în timp ce pentru altele sunt amintite denumiri comerciale și doze disponibile doar în SUA, nu și la noi (Piperacilină / Tazobactam – Zosyn de 3,375 g) pentru un produs antipseudomonas extrem de util și folosit în spitalele noastre.

Menționarea unor medicamente care nu sunt disponibile pe piața românească poate fi considerată o aspirație și un îndemn către autorități pentru reglementarea situației (Labetalolul, Clorfeniraminul injectabil, Nitroprusiatul de sodiu), deși tratarea hipertensiunii la pacienții cu AVC ischemic candidați la tromboliză menționează trei produse indisponibile în România dintr-un total de patru.

În încheiere, se poate trage concluzia că medicina de urgență din țara noastră a primit prin acești algoritmi naționali un instrument puternic și util care, dacă va ajunge să fie cunoscut și folosit corespunzător, va avea efectele scontate – îmbunătățirea practicii medicale, a calității actului medical, creșterea siguranței atât pentru pacient cât și pentru medicii curanți - fără ca acestora din urmă să li se îngrădească libertatea judecării clinice, „impusă de specificul fiecărui caz”.

**Bibliografie**

1. Wolf SH, Grol R Hutchinson A et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 1999, 318 : 527-530.
2. Croft P, Malmivaara A and von Tulder M. The pros and cons of evidence-based medicine. *Spine* (Phila Pa 1976) 2011 Aug 1;36(17):E1121-5.
3. Gelleris P and Boudalas H. Problems Related to the Application of Guidelines in Clinical Practice: A Critical Analysis *Hellenic J Cardiol* 2011; 52: 97-102.
4. McAlister FA, van Diepen S, Padwal RS et al. How Evidence-Based Are the Recommendations in Evidence-Based Guidelines? *PLoS Med.* 2007 Aug; 4(8): e250.
5. DeMaria AN. Clinical trial and clinical judgement. *Journal of the American College of Cardiology*, 2008 Vol. 51, No. 11, 2008: 1120-2.
6. Hoensing H. Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice. 2016. Joint Commission International 1-11. A White Paper by Joint Commission International. Available at [https://www.elsevier.com/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/190177/JCI-Whitepaper\\_cpgs-closing-the-gap.pdf](https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/190177/JCI-Whitepaper_cpgs-closing-the-gap.pdf). Accessed at 01.04.2018

