

PARTICULARITĂȚI ȘI PERSPECTIVE DE MONITORIZARE A PACIENȚILOR CU RISC CARDIOVASCULAR ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

**Vetrilă Snejana – dr. șt. med, conf. univ.,
Mazur-Nicorici Lucia – dr. șt. med, conf. univ.,
Grib Liviu – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Mazur Minodora – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Spinei Larisa – dr. hab. șt. med., prof. univ.**

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",
Departamentul Medicină internă, Disciplina de cardiologie, Catedra Medicină internă –
semiologie, Catedra de management și psihologie.**

Rezumat

Bolile cardiovasculare prin mortalitate în Republica Moldova depășesc nivelul mediu global aproape de două ori pe parcursul ultimilor 10 ani. Prevenția primară include identificarea persoanelor cu risc crescut prin depistarea factorilor biologici de risc și cei asociați cu stilul de viață. Scopul cercetării: Evaluarea particularităților și barierelor în monitorizarea pacienților cu risc cardiovascular înalt de către medicul de familie. Material și metode: Am desfășurat un studiu, transversal prin chestionarea unui eșantion compus din 207 medici de familie. Rezultate: Peste ½ din medicii de familie activează în zona urbană – 134 (64,7%), în zona rurală – 67 (32,4%) și 6 (2,9%) – în suburbii. Am constatat, că ¾ din eșantion desfășoară activitatea în instituții medicale publice – 158 (76,3%), 45 (21,7%) - în centre medicale autonome și 4 (1,9%) medici sunt angajați în instituții medicale private. Experiența profesională a relevat o medie de 25,8±1,05 (i.v. 1,0-55,0) ani, iar media pacienților examinați a constituit 161,0±17,0 (i.v. 100-200) pacienți pe săptămână. Concluzii: Rezultatele studiului au conturat un decalaj între ceea ce medicii cunosc și ce întreprind în supravegherea pacienților cu risc cardiovascular - cunosc măsurile de identificare și evaluare a riscului prin instrumente 99,4% medici, știu să interpreteze rezultatele - 92,2%, au demonstrat abilități în acest sens- 61,3%, iar acționează conform recomandărilor actuale numai 60,9% din eșantionul de cercetare. Barierele în implementarea unei prevenții în funcție de gradul de risc sunt multiple - pe de o parte timpul este insuficient pentru promovarea stilului de viață sănătos, pe de altă parte non complianța pacienților la sfaturile medicale.

Cuvinte-cheie: risc cardiovascular, asistența medicală primară, prevenție, competențe.

Summary. Particularities and perspectives of monitoring patients with cardiovascular risk in the primary medical assistance.

Cardiovascular mortality in the Republic of Moldova exceeded the global average level almost twice over the last 10 years. Primary prevention includes identification of high-risk individuals by assessment of biological and lifestyle risk factors. Purpose: Evaluation of the particularities and barriers in the monitoring of patients with cardiovascular risk by family doctors. Materials and methods: We conducted a selective transversal study by questioning a sample of 207 family doctors. Results: Over ½ of family doctors activates in the urban area - 134 (64.7%), in rural areas - 67 (32.4%) and 6 (2.9%) - in suburbs. We found that ¾ of the sample are performing activity in public medical institutions - 158 (76.3%), 45 (21.7%) - in autonomous medical centers and 4 (1.9%) doctors are employed in private medical institutions. The professional experience revealed an average of 25.8 ± 1.05 (1.0-55.0) years, and the average of the examined patients was 161,0 ± 17,0 (100-200) patients per week. Conclusion: Family doctors in 99.4% know the measures for identifying

and assessing the cardiovascular risk by tools, know to interpret the results - 92.2%, demonstrated skills in this sense of 61.3% doctors and act according to the current recommendations 60.9% of the research sample. Was identified multiple barriers in the cardiovascular prevention - not enough time for the promotion of healthy life style, on the other hand –non adherence of patients to medical advice.

Key words: cardiovascular risk, primary medical assistance, prevention, skills.

Резюме. Особенности и перспективы наблюдения пациентов с сердечно-сосудистым риском на этапе первичной медицинской помощи.

Смертность связанная с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Молдова за последние 10 лет превысила средний мировой показатель почти в два раза. Первичная профилактика включает своевременную идентификацию факторов риска, связанных с образом жизни и биологическими изменениями, с целью выявления лиц с повышенным риском. Цель исследования: Оценка особенностей и барьеров в наблюдении за пациентами с сердечно-сосудистым риском со стороны семейных врачей. Методы и материалы: Мы провели выборочное трансверсальное исследование, опросив 207 семейных врачей. Результаты: Более ½ семейных врачей работают в городской местности - 134 (64,7%), в сельской местности - 67 (32,4%) и 6 (2,9%) - в пригородах. Было обнаружено, что ¾ опрошенных осуществляют деятельность в государственных медицинских учреждениях - 158 (76,3%), 45 (21,7%) - в автономных медицинских центрах, а 4 (1,9%) врачей работают в частных медицинских учреждениях. Профессиональный опыт в среднем составляет $25,8 \pm 1,05$ (1,0-55,0) года, а среднее количество обследуемых составило $161,0 \pm 17,0$ (100-200) пациентов в неделю. Выводы: Знают меры по выявлению риска и его оценку с помощью инструментов - 99,4% врачей, знают интерпретировать результаты - 92,2%, продемонстрировали навыки в этом отношении - 61,3% врачей и действуют согласно данным рекомендациям 60,9% опрошенных. Препятствия на пути предотвращения риска в зависимости от его степени – множественны, с одной стороны, времени недостаточно для рекомендации по здоровому образу жизни, с другой стороны пациенты недостаточно соблюдают врачебные рекомендации.

Ключевые слова: сердечно-сосудистый риск, первичная медицинская помощь, профилактика, навыки.

Introducere. Bolile cardiovasculare reprezintă o problemă stringentă atât medicală, cât și socio-economică, întrucât acestea se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces în populație[1]. Mortalitatea prin boli cardiovasculare în Republica Moldova depășește nivelul mediu global aproape de două ori pe parcursul ultimilor 10 ani [2]. Factorii de risc cardiovascular reprezintă variabile asociate care invocă un risc crescut de boală, iar cunoașterea, identificarea timpurie și controlul lor asigură succesul programelor de prevenție, atât la nivel individual, cât și populațional. Dislipidemia și hipertensiunea arterială rămân cei mai răspândiți factori modificabili de risc, iar reducerea lor sporește prevenția cardiovasculară [8].

Obiectivele generale ale prevenției cardiovasculare primare prevăd reducerea mortalității și morbidității printre persoanele cu risc absolut crescut și instruirea persoanelor cu risc scăzut pentru promovarea modului de viață sănătos. Pentru aceasta sunt necesare instrumente precise și adecvate de evaluare a riscului cardiovascular disponibile de rutină, accesibilitate la consiliere și tratament, asigurarea continuității îngrijirilor și accesul pacienților la tratament indiferent de statutul social sau economic. Prevenția la nivel individual cuprinde depistarea oportună a factorilor biologici de risc și cei asociați cu stilul de viață în scopul identificării persoanelor cu risc cardiovascular înalt [9].

Scopul cercetării. Evaluarea particularităților și

barierelor în monitorizarea pacienților cu risc cardiovascular înalt de către medicul de familie.

Material și metode. Am desfășurat un studiu descriptiv selectiv, transversal pe un eșantion compus din 207 medici de familie, vârsta medie a subiecților constituind $51,2 \pm 0,93$ (i.v. 27-72) ani, raportul F: B de 6:1, cu predominarea femeilor. Instrumentul de cercetare a constituit un chestionar compus din 25 de itemi, inclusiv 18 – referitor atitudinea și abilitățile medicilor în domeniul managementului pacienților cu risc cardiovascular, 3 întrebări sunt în baza studiului de caz clinic și 7 - de ordin general. Pentru prelucrarea datelor am utilizat programul statistic SPSS 20.

Rezultate. Prin analiza datelor obținute am constatat, că peste jumătate din lotul de studiu activează în zona urbană – 134 (64,7%), urmați de cei din zona rurală – 67 (32,4%) și doar 6 (2,9%) de medici activează în regiunile suburbane. Referitor la experiența profesională am determinat o medie de $25,8 \pm 1,05$ (i.v. 1,0-55,0) ani și examinează în mediu $161,0 \pm 17,0$ pacienți pe săptămână.

Prin analiza răspunsurilor am constatat, că fiecare medic deține informație privitor la ponderea pacienților hipertensivi și cu devieri în lipidogramă din populația adultă din circumscripția pe care o supraveghează. Am redat datele despre dislipidemii și HTA în dependență de locul practicii medicale în figura 1.

Din imagine desprindem, că ponderea pacienților aflați la evidență cu HTA este nesemnificativ mai

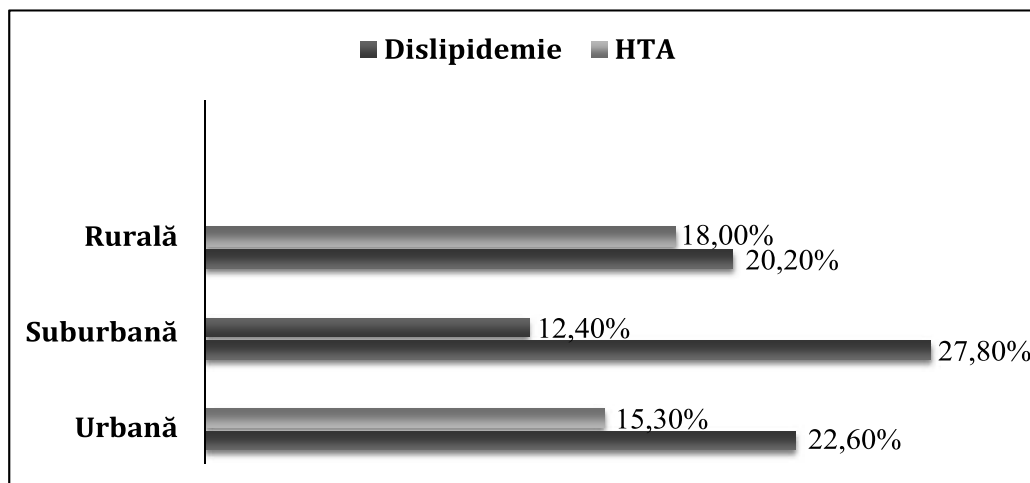


Fig. 1. Valoarea medie a pacienților cu HTA și dislipidemie aflați la supravegherea medicilor de familie în dependență de locul practicii (%).

mare în zona suburbană - 27,8%, urmată de cea urbană - 22,6% și rurală - 20,2% pacienți pe lista de circumscripția medicilor de familie.

În aceeași ordine de idei am continuat cercetarea cu evaluarea supravegherii unui alt factor de risc - hipercolesterolemia. În țara noastră circa o treime din populație (29,4%) are colesterolul total ridicat (≥ 5 mmol/l). Din analiza figurii 1 reiese, că la evidența medicilor se află între 12,4% și 18,0% persoane cu dislipidemie, cu diferențe între zonele urbane, suburbane și rurale ($p > 0,005$). Se pare, că medicii din zona rurală sunt mai vigilenți cu acest factor de risc, deoarece datele furnizate sunt mai aproape de numărul persoanelor cu această problemă de sănătate.

Am propus medicilor de familie spre rezolvare un caz clinic - pacient cu risc cardiovascular înalt, iar rezultatele au fost prelucrate și analizate prin prisma competențelor în controlul factorilor de risc cardiovascular.

Fiind ghidați de celebra ilustrare a competențelor medicale într-o piramidă am decis să contrapunem rezultatele cercetării proprii cu principiul propus de Miller [5] (figura 2).

Așa cum conceptualizează imaginea aspectele esențiale ale competenței clinice, am utilizat rezultatele obținute prin rezolvarea cazului clinic de către medici. La baza piramidei „cunosc” am plasat proporția medicilor care au cunoștințe despre evaluarea riscului prin instrumente - 99,4%, „a ști cum” necesită mai multă competență clinică decât cunoașterea singură și este reprezentată de 92,2% medici, care au demonstrat, că știu să interpreteze rezultatele. „Arătați cum” reprezintă mai mult o funcție comportamentală decât o funcție cognitivă și a constituit 61,3% din eșantion, iar evaluarea la nivelul „acționez” a demonstrat o competență clinică - 60,9% cazuri.

Pentru a urmări gradul respectării ghidurilor de

către medicii de familie în dependență de experiența în domeniu, am divizat lotul de studiu în două subgrupe: cu experiența până la 5 ani și ≥ 5 ani și am analizat rezultatele (figura 3).

Rata medicilor care au selectat conduita diagnostică conform recomandărilor actuale a fost mai mare în grupul cu experiența < 5 ani - 87,5% versus 57,1% medici care practică medicina ≥ 5 ani. Se urmărește diferență în selectarea tratamentului optimal: ponderea celor cu experiență < 5 ani este mai mare 81,3% versus 57,1% medici care practică medicina mai mult de 5 ani.

Analizând obstacolele în aplicarea practică a cunoștințelor medicilor am evidențiat factori responsabili de acest fenomen, o problemă comună în atingerea scopurilor la supravegherea pacienților cu risc CV, atât la noi în țară, cât și în studiile altor țări, fiind

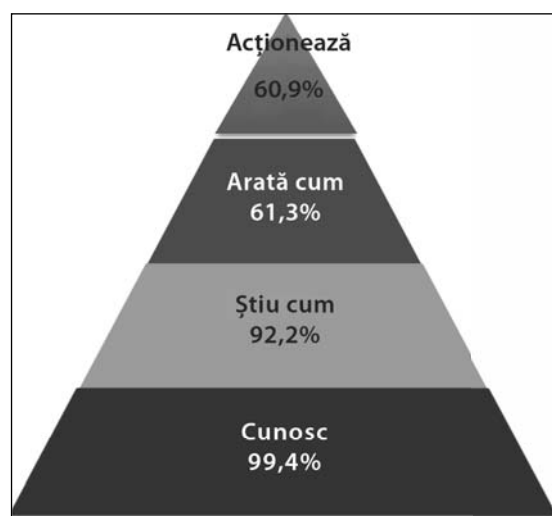


Fig. 2. Interpretarea abilităților medicilor de familie în supravegherea pacienților cu risc cardiovascular pe baza piramidei lui Miller (%).

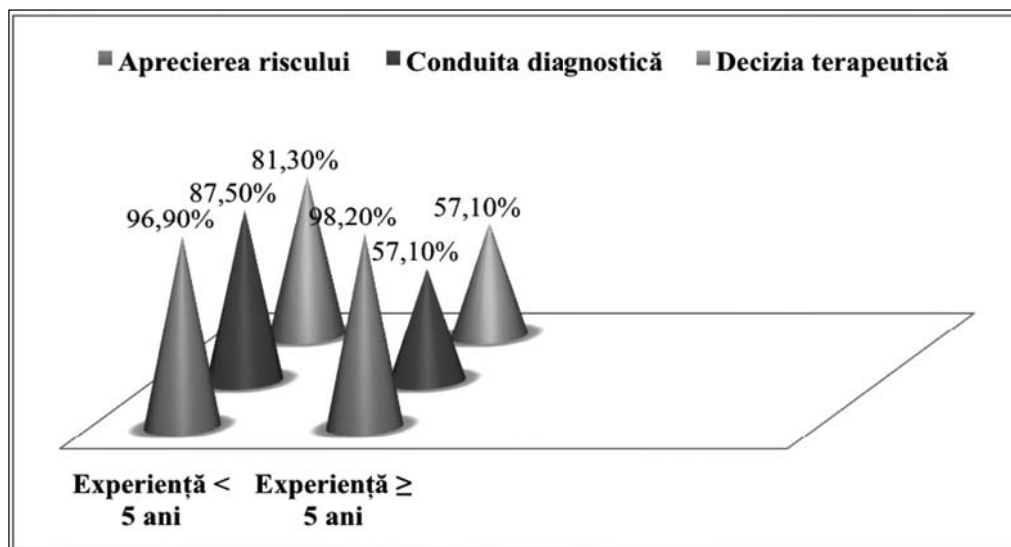


Fig. 3. Distribuția conduitei optime a medicilor în dependență de anii de experiență medicală (%).

timpul insuficient pentru a oferi recomandări pacienților (figura 4). Medicii de familie din țara noastră percep deficitul de timp în 59,9% cazuri, date apropiate cu studiul SUA – 52,2%, însă semnificativ mai evident comparativ cu datele emise de studiul ESC – 23,0% medici.

O dificultate importantă în realizarea măsurilor de control al factorilor de risc cardiovascular este complianța joasă la recomandări (figura 5). Datele din diagramă demonstrează că indiferent de aria geografică problema complianței este declarată de medici ca o barieră, iar situația în țara noastră este asemănătoare cu SUA 70,1% și 73,3% medici, respectiv, comparativ cu UE unde doar 36,6% de medici percep ca un obstacol în supravegherea pacienților cu risc CV.

Există o serie de condiții, care ar putea crește complianța pacienților: medicamente compensate, administrarea într-o singură priză, reducerea numărului

de medicamente, emiterea notițelor pentru pacient, consilierea pacientului și a membrilor familiei acestora, distribuirea materialelor ilustrative privind modul sănătos de viață etc.[4]. O soluție medicală care vizează acest compartiment este și terapia ”polypill”, un preparat, care conține doze fixe de diferite medicamente, care au ca scop reducerea factorilor de risc [3]. Aceste rezultate sunt promițătoare pentru Republica Moldova, unde bariere principale sunt atât costul relatat de 64,8% respondenți, cât și complexitatea utilizării – notat de 63,2% medici de familie.

Discuții.

Asamblarea Organizației Mondiale a Sănătății a adoptat în 2013 un cadru global comprehensiv pentru accelerarea eforturilor naționale de abordare a bolilor netransmisibile, care include 25 de indicatori și 9 ținte globale, una dintre ele fiind reducerea relativă cu 25% a prevalenței tensiunii arteriale crescute. Rezultatele

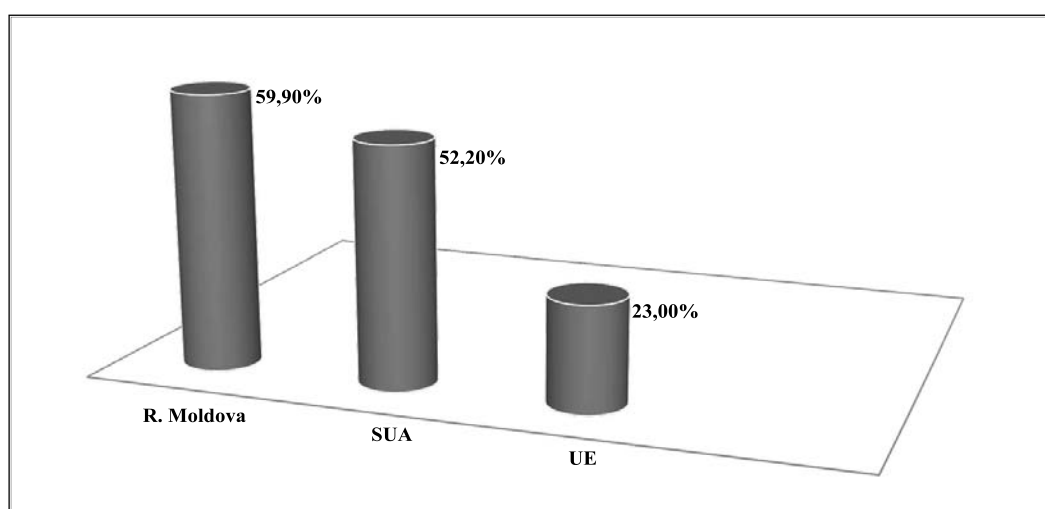


Fig. 4. Deficitul de timp pentru promovarea modului sănătos în diferite țări.

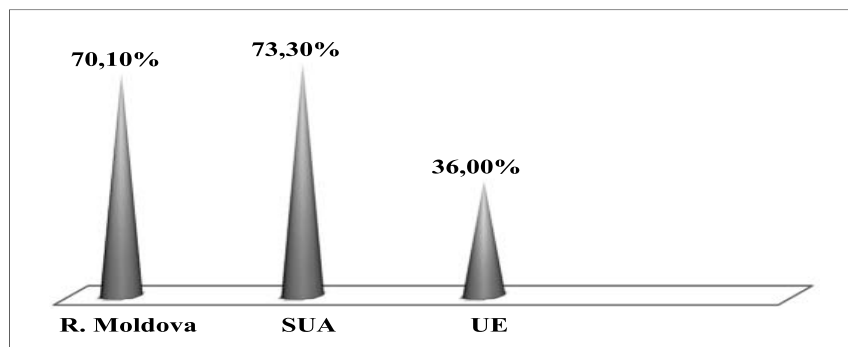


Fig. 5. Rata medicilor care consideră complianța la tratament o barieră importantă în controlul riscului CV în diferite arii geografice (%).

studiului propriu a profilat un tablou, care redă o multitudine de aspecte ce vizează supravegherea pacienților cu risc cardiovascular de către medicii de familie în țara noastră. Este de remarcă, că medicii de familie au demonstrat, că prestează un volum mare de servicii îndreptate spre identificarea și evidența persoanelor cu risc cardiovascular, totuși controlul lor este tergiversat de o serie de bariere [4]. Astfel am pus în evidență obstacole relaționate cu organizarea serviciului medical, unele deficiențe în abilitățile medicilor și bariere condiționate de pacienți.

Concluzii:

1. Rezultatele studiului au conturat un decalaj între ceea ce medicii cunosc și ce întreprind în supravegherea pacienților cu risc cardiovascular - cunosc măsurile de identificare și evaluare a riscului prin instrumente în 99,4%, știu să interpreteze rezultatele - 92,2%, au demonstrat abilități în acest sens- 61,3%, iar acționează conform recomandărilor actuale numai 60,9% din eșantionul de cercetare.

2. Barierele în implementarea unei prevenții în funcție de gradul de risc sunt multiple -pe de o parte timpul este insuficient pentru promovarea stilului de viață sănătos, pe de altă parte pacienții sunt non complianți la sfaturile medicale.

Bibliografie:

1. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M., Leal L., Luengo Fernandez R., Gray: European Cardiovascular Disease Statistics, 2008.

2. Republic of Moldova: Profile of Health and Well-being, 2016.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/republic-of-moldova-profile-of-health-and-well-being-2016>.

3. Castellano J., Fuster V., Jennings C. et. al. *Role of the polypill for secondary prevention in ischemic heart disease*. European Journal of Preventive Cardiology, 2017.

4. Cortes-Beringola A., Fitzsimons D., Pelliccia A. et. al. *Planning secondary prevention: Room for improvement*. European Journal of Preventive Cardiology, 2017.

5. Neil Jackson, Alex Jamieson, Anwar Khan. *Assessment in Medical Education and Training*. A practical guide, 2007.

6. Fernando Rodríguez-Artalej, Eliseo Guallar, Claudio Borghi et. al. *Rationale and methods of the European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA)*. BMC Public Health, 2010, 10, p. 382.

7. Graham I. M., Stewart M., Hertog M. G. *Cardiovascular Round Table Task Force: Factors impeding the implementation of cardiovascular prevention guidelines: findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil., 2006, 13, pp. 839-845.

8. Haynes R. B. *Improving patient adherence: state of the art, with special focus on medication taking for cardiovascular disorders*. Burke L. E., Okene I. S., eds. Patient Compliance in Health Care Research: American Heart Association Monographs Series.

9. Jennings Catriona, Astin Felicity. *A multidisciplinary approach to prevention*. European Journal of Preventive Cardiology, 2017.