

- Statements from the Eleventh Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI).* In: *Contrib. Nephrol.*, 2013; nr. 182, p. 117-36. doi: 10.1159/000349968.
3. Damman K. *Renal impairment, worsening renal function, and outcome in patients with heart failure: an updated meta-analysis.* In: *European Heart Journal*, 2014, nr. 35, p. 455-469. doi:10.1093/eurheartj/eh386.
 4. De Vecchis R. *Cardiorenal syndrome type 2: from diagnosis to optimal management.* In: *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2014, nr. 10, p. 949-961.
 5. Ronco C. et al. *Cardio-renal syndromes: report from the Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative.* In: *European Heart Journal*, 2010, nr. 31, p. 703-711 doi:10.1093/eurheartj/ehp507.

Elena Bivol, doctorandă,
Departamentul Medicină Internă,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
Telefon: 069152453,
e-mail: bivol.e@gmail.com

CZU 616.24-002-08-035

RAȚIONAMENTUL SPITALIZĂRII PACIENȚILOR CU PNEUMONII COMUNITARE CU RISC SCĂZUT (SCOR CURB-65 0-1 PUNCTE)

Victoria BROCOVSCHII^{1,2},
Victor BOTNARU¹, **Doina RUSU**^{1,2},

¹Departamentul Medicină Internă,
IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

The rationality of the spitalisation of patients with low risk community pneumonia (CURB-65 score 0-1 points)

This study investigates the reasons for hospitalization in patients with low-risk (CRB-65/CURB-65 score 0-1) community-acquired pneumonia (CAP), with a view to identifying the potential for improving outpatient management. 1052 patients had low-risk CAP and 726 of these were admitted. Additional markers of severity justifying admission were comorbidities in 45,4-59,6% cases, ranges between 4,5-39,9% were patients with severe CAP (≥ 2 severity criteria), no data about social circumstances for justifying admission. Pneumonia severity scores should be used as an adjunct to clinical judgement, when deciding on hospitalization.

Introducere

Scorurile prognostice sunt instrumente pentru evaluarea promptă a severității pneumoniilor, în vederea deciderii condițiilor optime de îngrijire medicală, și constituie unul dintre elementele-cheie ale managementului eficient. Au fost propuse mai multe scoruri, de o complexitate diferită, unele fiind foarte simple, accesibile și la nivelul asistenței

medicale primare (CURB-65, CRB-65, unde C – confuziile, U – ureea serică majorată, R – respirații pe minut > 30, B – tensiunea arterială < 90/60 mmHg, 65 – vârsta) [1-3].

Parametrii evaluați sunt date ale examenului clinic obligatoriu al pacienților cu pneumonii, și nu numai, care furnizează date importante și chiar unele dintre criteriile de severitate, fiind de un real ajutor în triajul pacienților [2]. Astfel, pacienții care nu acumulează nici un punct au risc minor de deces din cauza complicațiilor pneumoniei și pot fi tratați la domiciliu, însă doar după evaluarea altor criterii ce indică spitalizarea (nereflectate în scorul CURB-65/CRB-65), cum ar fi comorbiditățile, complicațiile posibile sau condițiile sociale.

Internarea este recomandată pentru pacienții cu un scor CURB-65 ≥ 2 puncte, deși unii autori recomandă internarea bolnavilor care acumulează un scor ≥ 1 [1, 2, 4, 5]. Acest scor, deși este sensibil și ușor de calculat, la nivel de asistență medicală primară nu este întotdeauna posibilă evaluarea ureei serice. Pentru astfel de situații există varianta simplificată: scorul CRB-65 (nu include nivelul ureei serice), care este la fel de sensibil în predicția decesului. Ghidurile recomandă tratament ambulatoriu, pentru pacienții cu pneumonii care acumulează 0 puncte conform scorului CURB-65 [3, 6-10]. Nu trebuie însă neglijate condițiile clinice asociate, sau criteriile sociale, factori de care nu ține cont scorul CURB-65, factori importanți, care pot influența evoluția bolii. Cu predilecție la pacienții tineri, scorul CURB-65 are limite în aplicare, pot fi bolnavi cu comorbidități sau complicații nereflectate în variabilele scorului [11].

Scopul studiului a fost evaluarea raționamentului pentru internarea în spital a pacienților cu pneumonii comunitare, cu risc scăzut de deces, scor CRB-65/CURB-65 0-1 puncte.

Material și metode

În studiu au fost incluși 726 de pacienți internați cu pneumonii comunitare (PC), cu scorul CURB-65 0-1 puncte, dar și 326 de pacienți cu PC cu scor CRB-65 0-1 puncte, tratați ambulatoriu.

Rezultate și discuții

În tabelul prezentat se pot vedea condițiile clinice asociate, înregistrate în lotul de pacienți internați în spital, cu 0-1 puncte conform scorului CURB-65. Acești pacienți prezentau comorbidități importante, care nu sunt reflectate în scorul CURB-65. În acest lot au fost înregistrate inclusiv decesuri 7,4% (54/726) cazuri, scorul CURB-65 mic fiind posibil de explicat prin lipsa înregistrării datelor în foaia de observație a pacientului, ceea ce face dificil de apreciat variabilele incluse în acest scor. Conform severității pneumoniei,

putem observa că majoritatea (75,7%) au fost cu PC de gravitate medie, cu pneumonii severe au fost 4,5%, iar cu PC ușoare – 19,7% din pacienți. Și bolnavii cu scor mic (CRB-65 0-1 puncte) tratați ambulatoriu, la fel ca și cei internați în spital, aveau condiții clinice asociate, care ar fi dictat internarea.

Caracteristicile clinice ale pacienților cu PC cu scor CRB-65/CURB-65 0-1 puncte

Caracteristici	Pacienți cu risc scăzut		p
	Tratați ambulatoriu, CRB-65 0-1 p.	Internați în spital, CURB-65 0-1 p.	
Subiecți total	326	726	
Vârsta, ani	51,14 ± 0,5 ani	56,5 ± 0,5 ani	< 0,001
≥ 65 ani	27/326 (8,2%)	207/726 (28,5%)	< 0,001
Patologie cardiacă cronică (ICC, CPI)	82/326 (25,2%)	236/726 (32,5%)	> 0,001
Patologie hepatică cronică	37/326 (11,3%)	62/726 (8,5%)	< 0,001
IRC, SN	3/326 (0,9%)	12/726 (1,6%)	< 0,001
Diabet zaharat	24/326 (7,4%)	74/726 (10,2%)	> 0,05
Patologie pulmonară cronică (BPCO, AB)	55/326 (16,9%)	207/726 (28,5%)	< 0,001
Tumori	4/326 (1,2%)	22/726 (3%)	< 0,05
Comorbidități ≥ 2	148/326 (45,4%)	433/726 (59,6%)	< 0,001
	70/148 (47,3%)	154/433 (35,5%)	< 0,05
PCU	89/326 (27,3%)	143/726 (19,7%)	< 0,01
PCGM	107/326 (32,8%)	550/726 (75,7%)	< 0,001
PCS	130/326 (39,9%)	33/726 (4,5%)	< 0,001
Deces	52/326 (16%)	54/726 (7,4%)	< 0,001

Putem remarca modificări atât în examenul clinic general (relatate în criteriile de severitate ale pneumoniilor comunitare [3]), cât și în parametrii de laborator. Febră > 38°C sau hipotermie < 36°C au prezentat 39,5% (287/726) din subiecții internați, tahicardie ≥ 125/min au prezentat 1,6% (12/726) din cei spitalizați. Manifestări neurologice (confuzii, somnolență) au avut 2,9% (21/726) din bolnavii.

Jumătate (50,5%) din pacienții cu scor 0-1 au dezvoltat complicații. Extinderea multilobară a fost la 14% din cei cu scor CURB-65 mic. Oligoanurie a fost înregistrată la doar 3,7% din cei internați. Printre pacienții cu scor 0-1 au mai fost evidențiați și pacienți cu leucocitoză sau leucopenie, hiperglicemii sau hipoxemie.

Așadar, ar fi greșit să se evalueze necesitatea internării unui pacient cu pneumonie, doar după scorul CURB-65. Este obligatoriu să fie evaluați toți parametrii, atât cei clinici, cât și cei paraclinici, care

pot fi modificați și astfel să influențeze evoluția bolii.

Menționăm că la pacienții lotului de studiu nu au fost menționate în foaia de observație date referitor la condițiile sociale, dar și de performanță fizică (posibilitatea de a se deservi), care pot, la rândul lor, influența aderența la tratament și, prin urmare, influențează evoluția bolii.

Discuții

Justificarea internării pacienților cu scor CURB-65 mic (0-1 puncte) a fost subiectul mai multor studii [11-14]. Pacienții peste 65 de ani au șanse mai mici să intre în cohortele cu risc scăzut, vârsta contribuie cu 1 punct la scorul CURB-65, astfel, ei mai au nevoie doar de o variabilă modificată ca să fie deja candidați pentru internare (bolnavii cu risc mediu, conform scorului CURB-65). Astfel se explică media de vârstă relativ tânără a cohortelor incluse în studiile care evaluează pacienții cu risc scăzut conform scorurilor CURB-65 și PSI.

Cercetătorii britanici au evaluat justificarea internării în spital a pacienților cu PC ușoare, demonstrând că în 39,3% cazuri au existat și alți factori ce justificau internarea, omiși de criteriile incluse în scorul CURB-65. Mortalitatea la 30 de zile (determinată de patologia cardiacă, acidoză, hipoxie, infiltrații multilobare) a fost semnificativ crescută la pacienții cu factori adiționali de severitate, comparativ cu cei care nu au necesitat investigații suplimentare sau nu aveau indicații clare pentru internare [11].

Cilloniz și colegii, într-un studiu efectuat pe un lot de 568 de pacienți adulți cu PC tratați ambulatoriu, vin cu precizări importante referitor la riscul de deces al bolnavilor cu scor mic (CURB-65 și PSI), dependent fiind de condițiile clinice importante, risc subestimat uneori la pacienții din clasele de risc scăzut conform scorurilor de severitate [12]. Statusul de performanță sau starea de bine a pacienților uneori poate favoriza o eventuală evoluție negativă a bolii, având în vedere imposibilitatea de a se deservi sau integrarea socială deficitară [12].

În studiul efectuat de Aujesky și colab. [13] pe o cohortă de pacienți internați cu risc scăzut conform scorurilor de severitate, adică candidați pentru tratament la domiciliu, criteriul cel mai important pentru spitalizare a fost legat de comorbidități în 71,5% cazuri și doar în 29,3% cazuri spitalizarea a fost argumentată de alte condiții clinice. Arnold și colegii au observat că bolnavii internați cu scorul PSI I-II aveau alte circumstanțe atenuante care ar justifica spitalizarea, cele mai importante fiind la fel comorbiditățile (43%) și condițiile sociale nefavorabile (în 18% cazuri) [11, 15].

Concluzii

Pacienții cu scor CRB-65/CURB-65 mic (0-1) pot avea alte condiții clinice asociate, care să periclitizeze succesul tratamentului și să dicteze necesitatea de internare.

Raționamentul clinic trebuie să primeze în luarea deciziei de spitalizare a unui pacient cu pneumonie din grupul cu risc scăzut; scorurile pot avea doar rol secundar.

Bibliografie

1. Lim W.S., Van der Eerden M.M., Laing R. et al. *Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study*. In: Thorax, 2003, nr. 58, p. 377-382.
2. Lim W.S., Baudouin S.V., George R.C. et al. *British Thoracic Society Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults - update 2009*. In: Thorax, 2009, nr. 64, p. iii1-55.
3. Botnaru V., Rusu D. *Pneumonia comunitară la adult. Protocolul Clinic Național*. 2008, update 2012, 2014, p. 44.
4. Welte T., Marre R., Suttrop N. *Competence network "community acquired pneumonia" (CAPNETZ). A first interim report in German*. In: Internist (Berl), 2004, nr. 45, p. 393e401.
5. Hoffken G., Kern W. et al. *S3-guideline on ambulant acquired pneumonia and deep airway infections in German*. In: Pneumologie, 2005, nr. 59, p. 612e64.
6. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. et al. *Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults*. In: Clin. Infect. Dis., 2000, nr. 31, p. 347-82.
7. Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al. *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. In: Clin. Infect. Dis., 2007, nr. 44, p. s27-72.
8. Mandell L.A., Grossman R.F. et al. *Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society*. In: Clin. Infect. Dis., 2000, nr. 31, p. 383-421.
9. Menéndez R., Torres A., Zalacain R. *Guidelines for the treatment of Community-acquired Pneumonia: predictors of adherence and outcome*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2005, nr. 172(6), p. 757-62.
10. Niederman M.S., Anzueto A. et al. *Guidelines for management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy, and prevention*. In: Amer. J. Respir. Crit. Care Med., 2001, nr. 163, p. 1730-1754.
11. Choudhury G., Chalmers J.D., Mandal P. *Physician judgement is a crucial adjunct to pneumonia severity scores in low-risk patients*. In: Eur. Respir. J., 2011, nr. 38(3), p. 643-648.
12. Cilloniz C., Ewig S., Polverino E. *Community-acquired pneumonia in outpatients: aetiology and outcomes*. In: Eur. Respir. J., 2012, nr. 40, p. 931-938.
13. Aujesky D., Whittle J. et al. *Reasons why emergency department providers do not rely on the pneumonia severity index to determine the initial site of treatment*

for patients with pneumonia. In: Clin. Infect. Dis., 2009, nr. 49, p. e100-e108.

14. Chalmers J.D., Akram A.R., Hill A.T. *Increasing outpatient treatment of mild community-acquired pneumonia: systematic review and meta-analysis*. In: Eur. Respir. J., 2011, nr. 37, p. 858-864.
15. Arnold F.W., Ramirez J.A., McDonald L.C. *Hospitalization for community-acquired pneumonia: the Pneumonia Severity Index vs clinical judgement*. In: Chest, 2003, nr. 124, p. 121-124.

Victoria Brocovschi,

tel.: +373 22 205507,

e-mail: victoria.brocovschi@usmf.md

CZU 616.379-008.64:616.37-002-036.12

DIABETUL ZAHARAT TIP 3C LA PACIENȚII CU PANCREATITĂ CRONICĂ, FORMA LATENTĂ

Rodica BUGAI, Ion ȚÎBÎRNĂ,

Departamentul Medicină Internă,

USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Type 3c diabetes mellitus in the patients with chronic pancreatitis latent form

According to the American Diabetes Association, type 3c diabetes mellitus (DM), is considered DM due to pancreatic diseases (chronic pancreatitis, trauma/pancreatectomy, neoplasia, cystic fibrosis, hemochromatosis, fibro-calculus pancreatopathy, other pancreatic pathologies). Studies show that this severe pathology is often underestimated or misdiagnosed, despite the fact that it has a high prevalence, evolutionary and treatment features. Endocrine function disorders was confirmed in 65,79% of the patients with latent chronic pancreatitis in the present study, which warns of the strict monitoring of all patients with chronic pancreatitis for early and accurate diagnosis of type 3c DM.

Introducere

Pancreatita cronică (PC) este o afecțiune inflamatorie-destructivă a pancreasului de diversă genă, cu evoluție cronică progresivă în faze, caracterizată prin schimbări morfologice ireversibile ale țesutului pancreatic, cu sindrom dolo specific și insuficiență exocrină și/sau endocrină [1].

Diabet zaharat (DZ) tip 3c, conform Asociației Americane a Diabetului [2], este considerat DZ apărut în rezultatul afecțiunilor pancreatice (pancreatită cronică, traumă/pancreatectomie, neoplazie, fibroză chistică, hemocromatoză, pancreatopatie fibrocalculoasă, alte patologii ale pancreasului). Orice proces care afectează difuz pancreasul poate provoca diabet. Studiile demonstrează că această patologie severă este deseori subestimată sau diagnosticată incorect, în pofida faptului că are o prevalență înaltă și particularități de evoluție și tratament.