
COLABORAREA NEONATOLOG, PEDIATRU, MEDIC DE FAMILIE

NICOLAE MIU¹, BIANCA SIMIONESCU²

^{1,2} UMF “Iuliu Hațieganu” Cluj- Napoca, Clinica Pediatrie 2

Rezumat

Cu toate progresele mari realizate în neonatologie, dar și în pediatrie, colaborarea neonatolog- pediatru-medic de familie, necesită o urgentă modificare de concept. Se impune creerea a unei rețele naționale, care să aibă obiective clare în cea ce privește asistența în perioada de nou-născut și apoi în primii 6-8 ani de viață.

Cuvinte: cheie: neonatologie, medicina de familie, obstetrică, copil, rețea

COLLABORATION BETWEEN NEONATOLOGIST, PEDIATRITION, GENERAL PRACTITIONER

Abstract

Although the great progress made in neonatology, but also in pediatrics, the pediatrician-neonatologist- general practitioner collaboration in our country requires an urgent change of concept. The creation of a national follow-up pediatric network, with definite objectives, to support the children starting from the newborn period until at least the first 6-8 years of life, is mandatory.

Keywords: neonatology, general practice, obstetrics, child, network

Cu toate progresele mari realizate în neonatologie, dar și în pediatrie (specializări pe domenii), colaborarea neonatolog- pediatru, având frecvent ca “releu” extrem de important medicul de familie, necesită o urgentă modificare de concept și de creere practică a unei rețele naționale, care să aibă obiective clare în cea ce privește asistența în prima lună de viață și în timp, mai cu seamă în primii 6-8 ani, dar și după această vârstă, în cursul procesului de învățământ și de recuperare profesională, respectiv recuperare somatico- psiho- socială.

Este vorba de nou născuții cu risc, a căror problemă ar trebui mai bine cunoscută și a căror urmărire ar trebui să fie mai temeinică.

Din acest grup fac parte:

Prematurii, cu subgrupele: vârstă gestațională sub

- 29 săptămâni de gestație; între 29 și 32 săptămâni de gestație și cuprinsă între 32-36 săptămâni de gestație
- Nou născuții cu retard de creștere intrauterină (cu peste două deviații standard)
- Nou născuții la termen cu anoxie perinatală severă (severitate apreciată clinic și/ sau electroencefalografic)
- Tripleții
- Gemenii, cu deosebire când unul a decedat
- Nou-născuții cu malformații: anomalii ale feței și/ sau SNC, rinichilor, cordului, etc.
- Nou născuții cu fetopatie infecțioasă, alcoolică, toxică, etc
- Nou născuții cu handicap senzorial (vizual și/sau auditiv)
- Anomaliile genetice și metabolice (în special fenilketonuria, hipotiroidismul, hiperplazia cerebriformă a corticosuprarenalei, fibroza chistică de pancreas și altele).

Acceptat în data de: 15.04.2010

Adresa de corespondență: pedi2cj@hotmail.com

La acest prim grup se adaugă, după părăsirea secțiilor de nou-născuți:

- O parte din infecțiile materno- fetale și nozocomiale
- Insuficiența cardiacă cu suferință a cordului fără sufluri, alte anomalii congenitale cardiace
- Icterele (+/- anemiile), hepatopatiile (frecvent cu probleme de diagnostic).
- Boala hemoragică cu debut tardiv
- Erorile înnăscute de metabolism, cu manifestări mai “tardive” (de exemplu anomaliile ciclului ureei, etc)
- Copiii care prezintă manifestări “ tardive” neuro- psihice după reanimarea neonatală

O atenție deosebită trebuie acordată următoarelor aspecte:

- Predării nou- născuților, nu numai medicului de familie, dar și specialistului pediatru
- Stabilirii criteriilor de vulnerabilitate și a riscurilor în timp, în vederea urmăririi atente a unui nou născut care a făcut parte din categoria celor cu risc, având scop final o bună calitate a vieții. Criteriile vor fi stabilite de către neonatolog, pediatru, medic de familie și alți specialiști (neurologi, psihiatri, psihologi)

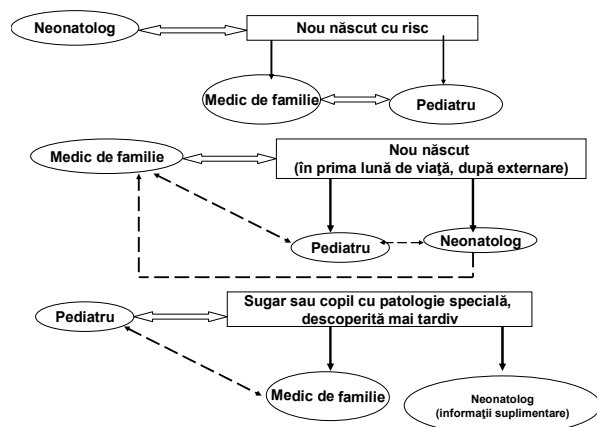


Fig.1

Evident, un accent ar trebui pus pe colaborarea: obstetrician- ecografist . De asemenea, antenatal pot fi necesare investigații suplimentare” fetale”, “țintite” (genetice, cariograma, etc.). Apoi intervine rolul neonatologului. În paralel, în interiorul centrului din care face parte secția de nou născuți este necesară o

bună comunicare între neonatolog și partenerii lui direcți: obstetricianul, pediatru, chirurgul pediatru, parteneriat care se înscrie în conceptul de perinatologie. Acesta ar constitui un exemplu de rețea de sănătate. Programul RoNeonat ,coerent și consistent, desfășurat între 2002 și 2006, la inițiativa Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare în parteneriat cu Ministerul Sănătății din România în două centre pilot de neonatologie din două regiuni din țară a fost un bun exemplu de aducere la standardele actuale a serviciilor de neonatologie, atât în ceea ce privește îngrijirile propriu-zise, cât și organizarea.(1) Regionalizarea centrelor de neonatologie , inițiată concomitent cu desfășurarea proiectului sus menționat și-a dovedit eficacitatea.(2)

Rețelele de sănătate au ca obiectiv favorizarea accesului la sănătate , coordonarea, continuitatea, interdisciplinaritatea asistenței, cu specificitate:

- pentru anumite activități profilactice și preventive
- pentru diferitele categorii de populație
- pentru patologii cu răsunet populațional

Cu alte cuvinte, astfel de rețele asigură o asistență adaptată necesităților persoanei, atât ca prevenție, diagnostic exact și precoce, terapie, cât și pe plan educațional de sănătate (a individului și societății), motiv pentru care intră în discuție și organizațiile cu vocație sanitară și socială.

O astfel de rețea este definită de o “convenție constitutivă”, care în cazul nostru ar cuprinde neonatologii, pediatrii specializați într-un domeniu de patologie vizând vârsta de sugar mic sau patologia descoperită la patologia la vârsta “mare”, legată însă și de cauzele prenatale, intranatale sau imediat după naștere (necunoscute sau neglijate) și medicii de familie, care trebuie în mod obligatoriu să respecte vizitele active și să posede cunoștințe temeinice de puericultură :

Apresiasi stării de sănătate este un element care pretinde foarte multă exactitate:

Trebuie să existe criterii unice ale evaluării clinice pediatrice, cu respectarea unor ghiduri, cu norme clar stabilite de evaluare, chiar la copilul sănătos, care după preluarea din maternitate este recomandat de a fi examinat la: 2 săptămâni, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 și 24 luni, anual între 3 - 6 ani și la 2 ani după această vârstă.

Acțiunile unei rețele regionale pe care noi o punem acum în discuție vizează următoarele aspecte:

-
- Depistarea precoce a bolilor, pornind de la maternități- secțiile de neonatologie, pediatrie, medicină de familie. E nevoie de un laborator bine organizat și cu posibilitatea existenței unor centre de genetică. Util ar fi ca pentru mai multe județe să existe un “centru” de genetică.
 - Diagnosticul ar trebui girat de un medic clinician-referent regional- specializat în boala depistată, în colaborare cu specialiștii de vârf în metodele care aduc aport diagnostic (biologie, inclusiv biologie moleculară, medicină nucleară, imagistică) și medicul de familie.
 - Stabilirea protocolului tratamentului de urmat, individualizat se face de către specialist (sau specialiști), în colaborare strânsă pe plan al aprecierii evoluției cu medicul de familie și/sau a unui specialist “local”, care face parte din rețea.

Este nevoie, deci, de stabilirea unor protocoale de evaluare și de organizare.

Bibliografie

1. R.E. Pfister E, Stanescu A, Fota N, Berner M E. RoNeonat – Proiect suisse pour la néonatalogie roumaine. Rev Med Suisse 2006 ; 2 :71-4
2. Zahorka M. Health care reform in Romania : Reorganisation of neonatology services. Bulletin von Medicus Mundi Schweiz 2003;88:30-2.