

Decizie de indexare a faptei de plagiat la poziția **00109 / 01.07.2014** și pentru admitere la publicare în volum tipărit

care se bazează pe:

A. Nota de constatare și confirmare a indiciilor de plagiat prin fișa suspiciunii inclusă în decizie.

| Fișa suspiciunii de plagiat / Sheet of plagiarism's suspicion | |
|--|--|
| Opera suspicionată (OS) Suspicious work | Opera autentică (OA) Authentic work |
| OS | BEURAN, Mircea și POPA, Gerald. eds. <i>Ghidul medicului de gardă</i> . București: Scripta . 1997. |
| OA | GILLIES, J.H., MARSHALL, S.A., and RUEDY, J. <i>On call: Principles and protocols</i> . Philadelphia: W.B. Saunders, 1989. |
| Incidența minimă a suspiciunii / Minimum incidence of suspicion | |
| p.161: 01 - p.168: 27 | p.54: 01 - p.60: 40 |
| p.166: Fig.5.1-1 | p.58: Figure 7-1 |
| Fișa întocmită pentru includerea suspiciunii în Indexul Operelor Plagiate în România de la Sheet drawn up for including the suspicion in the Index of Plagiarized Works in Romania at www.plagiate.ro | |

Notă: Prin „p.72:00” se înțelege paragraful care se termină la finele pag.72. Notația „p.00:00” semnifică până la ultima pagină a capitolului curent, în întregime de la punctul inițial al preluării.

Note: By „p.72:00” one understands the text ending with the end of the page 72. By „p.00:00” one understands the taking over from the initial point till the last page of the current chapter, entirely.

B. Fișa de argumentare a calificării de plagiat alăturată, fișă care la rândul său este parte a deciziei.

Echipa Indexului Operelor Plagiate în România

Fișa de argumentare a calificării

| Nr. crt. | Descrierea situației care este încadrată drept plagiat | Se confirmă |
|----------|---|-------------|
| 1. | Preluarea identică a unor pasaje (piese de creație de tip text) dintr-o operă autentică publicată, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | ✓ |
| 2. | Preluarea a unor pasaje (piese de creație de tip text) dintr-o operă autentică publicată, care sunt rezumate ale unor opere anterioare operei autentice, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | |
| 3. | Preluarea identică a unor figuri (piese de creație de tip grafic) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | ✓ |
| 4. | Preluarea identică a unor tabele (piese de creație de tip structură de informație) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | |
| 5. | Republicarea unei opere anterioare publicate, prin includerea unui nou autor sau de noi autori fără contribuție explicită în lista de autori | |
| 6. | Republicarea unei opere anterioare publicate, prin excluderea unui autor sau a unor autori din lista inițială de autori. | |
| 7. | Preluarea identică de pasaje (piese de creație) dintr-o operă autentică publicată, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței, fără nici o intervenție personală care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | ✓ |
| 8. | Preluarea identică de figuri sau reprezentări grafice (piese de creație de tip grafic) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | |
| 9. | Preluarea identică de tabele (piese de creație de tip structură de informație) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | |
| 10. | Preluarea identică a unor fragmente de demonstrație sau de deducere a unor relații matematice care nu se justifică în regăsirea unei relații matematice finale necesare aplicării efective dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice. | |
| 11. | Preluarea identică a textului (piese de creație de tip text) unei lucrări publicate anterior sau simultan, cu același titlu sau cu titlu similar, de un același autor / un același grup de autori, în publicații sau edituri diferite. | |
| 12. | Preluarea identică de pasaje (piese de creație de tip text) ale unui cuvânt înainte sau ale unei prefețe care se referă la două opere, diferite, publicate în două momente diferite de timp. | |

Notă:

a) Prin „proveniență” se înțelege informația din care se pot identifica cel puțin numele autorului / autorilor, titlul operei, anul apariției.

b) Plagiatul este definit prin textul legii¹.

„...plagiatul – expunerea într-o operă scrisă sau o comunicare orală, inclusiv în format electronic, a unor texte, idei, demonstrații, date, ipoteze, teorii, rezultate ori metode științifice extrase din opere scrise, inclusiv în format electronic, ale altor autori, fără a menționa acest lucru și fără a face trimitere la operele originale...”.

Tehnic, plagiatul are la bază conceptul de **piesă de creație** care²:

„...este un element de comunicare prezentat în formă scrisă, ca text, imagine sau combinat, care posedă un subiect, o organizare sau o construcție logică și de argumentare care presupune niște premise, un raționament și o concluzie. Piesa de creație presupune în mod necesar o formă de exprimare specifică unei persoane. Piesa de creație se poate asocia cu întreaga operă autentică sau cu o parte a acesteia...”

cu care se poate face identificarea operei plagiate sau suspicioase de plagiat³:

„...O operă de creație se găsește în poziția de operă plagiată sau operă suspicioasă de plagiat în raport cu o altă operă considerată autentică dacă:

- i) Cele două opere tratează același subiect sau subiecte înrudite.
- ii) Opera autentică a fost făcută publică anterior operei suspicioase.
- iii) Cele două opere conțin piese de creație identificabile comune care posedă, fiecare în parte, un subiect și o formă de prezentare bine definită.
- iv) Pentru piesele de creație comune, adică prezente în opera autentică și în opera suspicioasă, nu există o menționare explicită a provenienței. Menționarea provenienței se face printr-o citare care permite identificarea piesei de creație preluate din opera autentică.
- v) Simpla menționare a titlului unei opere autentice într-un capitol de bibliografie sau similar acestuia fără delimitarea întinderii preluării nu este de natură să evite punerea în discuție a suspiciunii de plagiat.
- vi) Piesele de creație preluate din opera autentică se utilizează la construcții realizate prin juxtapunere fără ca acestea să fie tratate de autorul operei suspicioase prin poziția sa explicită.
- vii) În opera suspicioasă se identifică un fir sau mai multe fire logice de argumentare și tratare care leagă aceleași premise cu aceleași concluzii ca în opera autentică...”

¹ Legea nr. 206/2004 privind buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 505 din 4 iunie 2004

² ISOC, D. Ghid de acțiune împotriva plagiatului: bună-conduită, prevenire, combatere. Cluj-Napoca: Ecou Transilvan, 2012.

³ ISOC, D. Prevenitor de plagiat. Cluj-Napoca: Ecou Transilvan, 2014.

1

MIRCEA BEURAN GERALD POPA

GHIDUL MEDICULUI DE GARDĂ

COLECȚIA MEDICULUI REZIDENT

SCRIPTA



COLECȚIA MEDICULUI REZIDENT

GHIDUL MEDICULUI DE GARDĂ

GHIDUL MEDICULUI DE GARDĂ

ES **SCRIPTA**
București, 1997

Coperta:
Lavinia Dima

MEDICULUI DE GARDĂ
GHIDUL

© Editura SCRIPTA, 1997
București, Calea Victoriei 39A
ISBN 973-9161-58-8

GHIDUL MEDICULUI DE GARDĂ

Coordonatori:

Dr. Mircea Beuran medic primar
Şef lucrări UMF „Carol Davila”
Spitalul Clinic de Urgență „Flo-
reasca”, București

Dr. Gerald Popa medic specialist chirurg

Colaboratori:

Dr. Daniela Bartoș medic primar boli interne
Şef lucrări UMF „Carol Davila”
Spitalul Clinic de Urgență „Flo-
reasca”, București

Prof. Dr. Constantin Popa medic primar neurologie
doctor în medicină
Profesor UMF „Carol Davila”
Şeful Clinicii Neurologie
Spitalul Clinic „Bagdasar”, București

Conf. Dr. Ionel Sinescu medic primar urologie
doctor în medicină
Conferențiar UMF „Carol Davila”
Spitalul Clinic Fundeni, București

Conf. Dr. Dan Tulbure medic primar ATI
doctor în medicină
Conferențiar UMF „Carol Davila”
Şeful Clinicii ATI
Spitalul Clinic Fundeni, București

Dr. Mihaela Vartic medic specialist ATI
asistent-cercetător
Spitalul Clinic de Urgență „Flo-
reasca”, București

Dr. Jenica Zamfir medic specialist hematologie
Departament transfuziologie
Spitalul Clinic de Urgență „Flo-
reasca”, București

5.1 SCĂDEREA DEBITULUI URINAR

Scăderea debitului urinar este o problemă frecvent întâlnită, atât în serviciile de medicină internă, cât și de chirurgie. Tratarea corectă a acestor pacienți solicită cunoștințele dumneavoastră în evaluarea status-ului volemic (Cap. 7.4).

APELUL TELEFONIC

ÎNTREBĂRI adresate asistentei care v-a chemat:

1. Care a fost diureza în ultimele 24 de ore?

Dacă debitul urinar a fost mai mic de 400ml/zi (<20ml/h) = oligurie.

2. Care sunt semnele vitale?

3. Care a fost motivul internării?

4. Se plânge pacientul de dureri abdominale?

Durerea abdominală este un indiciu al posibilei prezențe a unui glob vezical, așa cum se întâmplă în disectazia de col vezical.

5. Pacientul este anuric?

Anuria sugerează o obstrucție mecanică a vezicii sau o sondă vezicală obstruată.

6. Pacientul este cateterizat vezical?

Dacă pacientul este cateterizat, atunci puteți presupune că evaluarea debitului urinar este corectă. Dacă nu, trebuie să vă asigurați că a fost colectat și măsurat volumul total de urină.

INDICAȚII

1. Dacă bolnavul este sondat și anuric, rugați asistenta să spele sonda cu 20-30 ml de SF, pentru a fi sigur că sonda nu este obstruată. Sondele vezicale se colmatează frecvent cu sediment și este primul lucru la care trebuie să ne gândim înainte de a investiga un bolnav oligo-anuric.
2. Dozarea electroliților, ureei și creatininei serice. Un potasiu seric >5,5 mEq/l indică prezența unei hiperkaliemii. Aceasta este complicația cea mai gravă a unei insuficiențe renale. Un bicarbonat seric <20 mEq/l sugerează o acidoză metabolică secundară insuficienței renale. Un bicarbonat seric <15 mEq/l impune determinarea pH-ului arterial. Creșterea ureei și creatininei serice pot servi ca ghid al gradului de insuficiență renală.

ANUNȚAȚI ASISTENTA care v-a chemat;

„Voi sosi la bolnav peste..... minute”.

Dacă pacientul nu are dureri, iar la ultima determinare potasiul seric nu este crescut, evaluarea scăderii debitului urinar poate aștepta 1-2 ore, dacă trebuie să faceți față altor probleme mai urgente.

PROBLEME DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL luate în considerare în drum spre bolnav (Care este cauza scăderii debitului urinar?)

CAUZE PRERENALE

- depleție volemică
- ICC
- AINS
- sindrom hepatorenal

CAUZE RENALE

- Afecțiuni glomerulare
 - sindroame nefritice (LES, Wegener, Good-pasture, vasculita)
 - sindroame nefrotice (LES, amiloidoza, DZID)
- Afecțiuni tubulo-interstițiale
 - necroza tubulară acută prin hipotensiune
 - nefrita interstițială acută datorită penicilinelor, AINS, sau diureticelor
 - afecțiune interstițială cronică (hipertensiune, DZID)
 - nefrotoxine
 - exogene (aminoglicozide, substanțe de contrast IV, chemoterapie cancer)
 - endogene (mioglobină, acid uric, oxalat, amiloid, proteine Bence Jones)
 - probleme vasculare
 - embolie ateromatoasă
 - tromboza arterei renale

CAUZE POST-RENALE

- obstrucție ureterală bilaterală (calculi, cheaguri, papile renale necrozate și eliminate, fibroză retroperitoneală, tumori retroperitoneale); disec-tazie de col vezical (hipertrofie de prostată), calculi, cheaguri, stricturi uretrale
- sondă vezicală obstruată

AFECTIUNI CU RISC VITAL MAJOR

- insuficiență renală
- hiperkaliemie

Oliguria, oricare ar fi etiologia acestora, poate duce la, sau

este o manifestare a unei insuficiențe renale progresive, cu o eventuală evoluție spre stadiul ireversibil. Dintre complicațiile insuficienței renale, hiperkaliemia este cea mai gravă, cu risc vital maxim, deoarece poate duce rapid la aritmii cardiace potențial fatale.

LA PATUL BOLNAVULUI

Evaluare vizuală rapidă

Starea generală a pacientului este bună, alterată sau critică?

Un pacient cu starea generală alterată sau critică sugerează o insuficiență renală avansată; un pacient neliniștit sugerează prezența durerii cauzate de o vezică destinsă. Cu toate acestea, ambele condiții pot fi prezente la un pacient ce arată înșelător de bine.

Căi aeriene și semne vitale.

Controlați schimbările posturale. O creștere posturală a AV > 15 bătă/min. și o scădere a TA sistolice > 15 mmHg, sau orice scădere în TA diastolică indică o hipovolemie importantă. **ATENȚIE!** o tahicardie de repaus poate indica un volum intravascular scăzut.

Febra sugerează o infecție urinară concomitentă.

Examen obiectiv selectiv

Luați în considerare cauzele *pre-renale* (status volemic), *renale* sau *post-renale* (ocluzive) ce determină scăderea debitului urinar.

| | | |
|--------------|---|--------------|
| SEMNE VITALE | măsurați-le din nou | |
| COUNG | icter (sindrom hepatorenal) | |
| | purpura facială | } amiloidoză |
| | limba mărită de volum | |
| RESP | crepitații, revărsat pleural (ICC) | |
| SCV | volumul pulsului, PVJ | |
| ABD | temperatura și culoarea tegumentului | |
| | rinichi măriți de volum (hidronefroză secundară ocluziei, boală polichistică renală) | |
| | vezica urinară mărită de volum (disectazie de col vezical, vezică neurogenă, sondă urinară colmatată) | |
| RECTAL | prostată mărită de volum (disectazie de col vezical) | |
| TV | mase cervicale sau anexiale (obstrucție urinară secundară unui cancer cervical sau ovarian) | |

TEGUMENT rash morbiliform (nefrită acută interstițială) livedo reticularis la extremitățile inferioare (insuficiență renală prin embolie ateromatoasă)

Explorări paraclinice selective

Reluați anamneza bolnavului și evoluția în cursul internării, căutând în mod special factori ce predispun la cauze prerenale, renale, și postrenale de oligo-anurie (vezi Probleme de diagnostic diferențial...). Căutați valori recente ale ureei și creatininei. Un raport uree/creatinină > 12 sugerează o cauză pre-renală.

TRATAMENT I

Munca vă este mult ușurată dacă veți găsi o cauză pre-renală sau post-renală a oligo-anuriei.

Pre-renal

Asigurați-vă mai întâi că volumul intravascular este normal. Dacă bolnavul este în ICC, inițiați diureza așa cum se arată în Cap 2.5. Dacă pacientul prezintă hipovolemie, refaceți volumul circulant cu SF. NU adăugați potasiu suplimentar până când bolnavul nu își reia diureza. Nu trebuie administrată soluție Ringer Lactat, deoarece conține potasiu.

Post-renal

Obstrucția tractului urinar inferior poate fi exclusă numai după introducerea unei sonde Foley în vezică.

1. Dacă pacientul a prezentat obstrucție la nivelul colului vezical, volumul inițial urinar va fi mai mare de 400 ml, iar starea pacientului se va ameliora imediat. Aduceți-vă aminte să auscultați zgomotele cardiace înainte de a cateteriza pacientul. Dacă aveți dovada unei anomalii cardiace valvulare, trebuie realizată profilaxia endocarditei bacteriene așa cum se arată în Cap. 5.2. Urmăriți diureza în următoarele zile.
2. Dacă o sondă Foley se afla deja în vezică, asigurați-vă că nu este colmatată prin introducerea pe sondă a 20-30 ml SF. Această manevră va exclude existența unui obstacol intraluminal ca o cauză a obstrucției post-renale.
3. Prezența unei sonde Foley exclude doar obstrucția tractului urinar inferior. Dacă cei doi pași anteriori nu corectează debitul urinar, bolnavul trebuie programat la o ecografie renală pentru a exclude o ocluzie a tractului urinar superior, pentru a documenta prezența ambilor rinichi și pentru a estima mărimea rinichilor.

Renal

Dacă factorii pre-renali și post-renali nu sunt responsabili de scăderea debitului urinar, trebuie să băjbăiți în apele tulburi ale cauzelor renale de oligo-anurie. Însă, înainte de a identifica aceste cauze, trebuie să răspundem unor întrebări mult mai importante (vezi Tratament II).

TRATAMENT II**1. Prezintă bolnavul vreuna din următoarele complicații cu risc vital major ale insuficienței renale?**

- hiperkaliemie
- ICC
- acidoza metabolică severă
- encefalopatia uremică
- pericardita uremică

Dintre acestea, **hiperkaliemia** este cea mai gravă și mai urgentă complicație.

- dozați imediat potasemia
- căutați ultima dozare a potasemiei
- dacă există suspiciunea de hiperkaliemie, efectuați imediat o ECG. Undele T ascuțite sunt semne ECG precoce de hiperkaliemie (Fig. 5.1-1). Manifestări tardive ECG includ segmente ST subdenvelate, interval PR prelungit, unde P absente și complexe QRS lărgite
- întrerupeți orice administrare suplimentară de potasiu
- tratați hiperpotasemia, așa cum se arată în Cap. 7.2.

Acidoza metabolică este sugerată de prezența hiperventilației (compensatorii) și confirmată de măsurarea GSA. Explorarea trebuie să se desfășoare așa cum se arată în Anexă.

Encefalopatia uremică se manifestă prin confuzie, somnolență sau crize comițiale și este tratată prin hemodializă. Dacă apar crize comițiale, trebuie tratate așa cum se arată în Cap 3.3 până când se poate realiza dializa.

Pericardita uremică este sugerată de prezența durerii de tip pleuritic, a frecăturii pericardice sau de supradenivelarea segmentului ST pe ECG. Este cel mai bine tratată prin hemodializă.

2. Pacientul i se administrează medicamente ce ar putea înrăutăți starea sa?

- potasiu suplimentar
- diuretice care nu elimină potasiul (spironolactona, triamteren, amilorid)

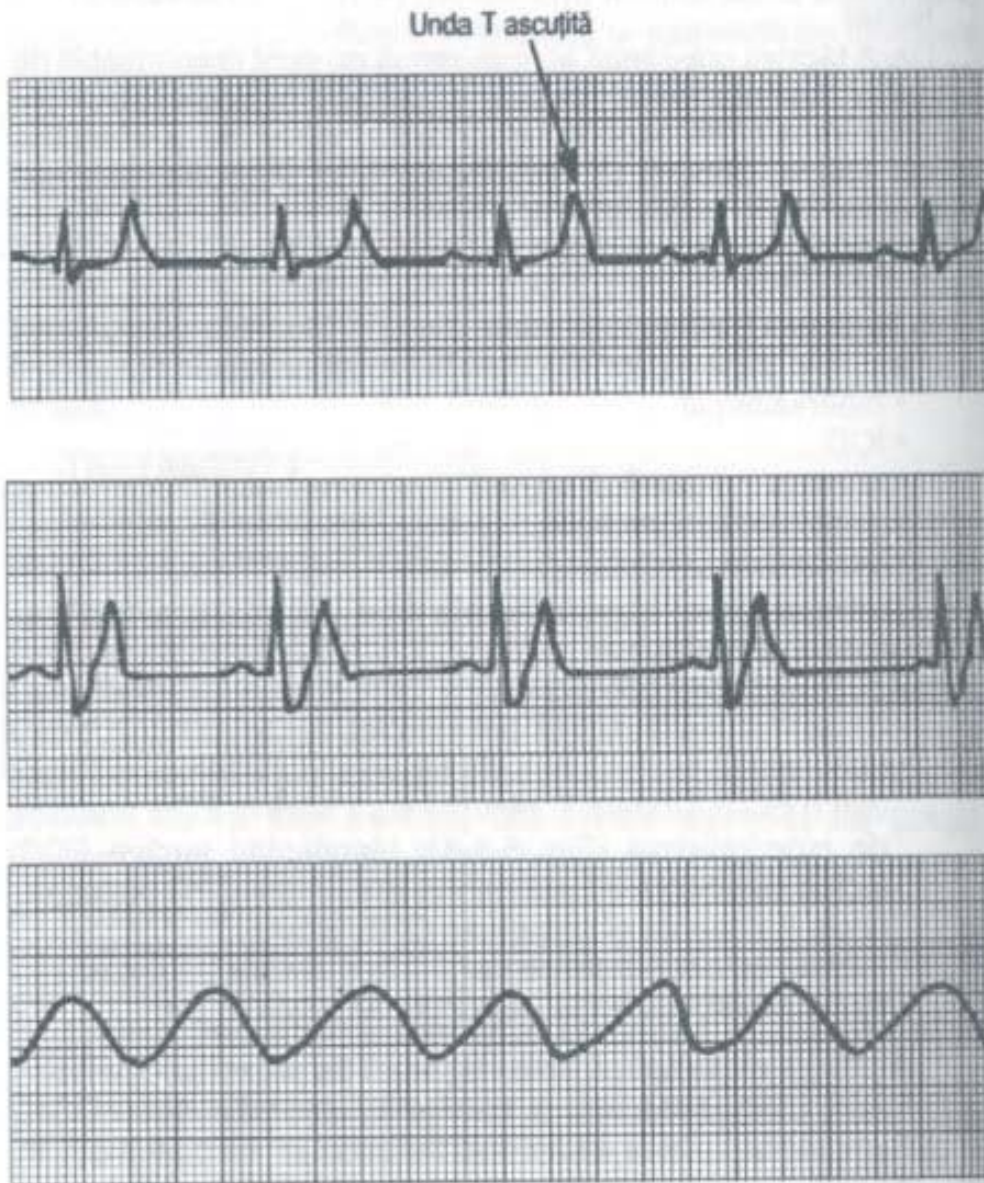


Fig. 5.1.-1 Caracteristici ECG progresive ale hiperkaliemiei

- aminoglicozide (gentamicina, netilmicina, tobramicina, amikacin)

Prelevați sânge pentru dozarea nivelului seric al aminoglicozidelor și ajustați intervalele de administrare în funcție de clearance-ul la creatinină (vezi Anexa).

3. Se află pacientul în insuficiență renală oligurică?

Dacă debitul urinar este <400 ml/zi (<20 ml/h), pacientul are insuficiență renală oligurică. Pentru a îmbunătăți starea pacientului, ar fi bine dacă ați transforma insuficiența renală oligurică într-o insuficiență renală non-oligurică, ce are un prognostic mult mai bun.

- corectați cauzele pre-renale și post-renale.

- administrați diuretice pentru a corecta debitul urinar. Furosemid 40 mg IV administrat în decurs de 2-5 minute. Dacă nu obțineți nici un răspuns, dublați doza la fiecare oră, (de ex. 40, 80, 160 mg) până la un total de 400 mg. Dozele de furosemid > 100 mg trebuie perfuzate la o rată mai mică sau egală cu 4 mg/min. pentru a evita ototoxicitatea. Pentru pacienții vârstnici, fragili, sunt de ajuns doze inițiale mai mici (10 mg).
- dacă furosemidul este ineficient, încercați acid etacnic – diuretic de ansa- (ATENȚIE! efect ototoxic mai mare) 50 mg IV la fiecare 60 min. și 2 doze de bumetanid –diuretic de ansă-1 mg până la maxim 10 mg IV în decurs de 1-2 minute. În aceste situații este necesară prezența intravezicală a unei sonde Foley pentru a monitoriza debitul urinar.

4. Pacientul are nevoie de dializă?

În cazul în care pacientul nu are diureză, în ciuda dozelor mari de diuretice, indicațiile de dializă urgentă sunt următoarele:

- hiperkaliemie
- ICC
- acidoză metabolică ($\text{pH} < 7.2$)
- uremie severă (uree > 100 mg/dl; creatinină > 9 mg/dl) +/- crize comițiale uremice.
- pericardită uremică

Dacă pacientul este în insuficiență renală și una sau mai multe din aceste condiții este prezentă, cereți un consult nefrologic urgent în vederea dializei. În timp ce așteptați sosirea nefrologului, tratați pacientul prin măsuri non-dializă:

- *hiperkaliemia*: perfuzii cu glucoză și insulină, bicarbonat de sodiu, calciu, sulfonat de sodiu-polistiren (vezi Cap 7.2)
- *ICC*: măsuri de reducere a pre-sarcinii (pacientul să stea în șezut, morfină, nitroglicerină unguent). Administrați oxigen (vezi Cap 2.5)
- *acidoza metabolică*: bicarbonat de sodiu. (vezi Anexa)
- pacienții cu *encefalopatie uremică* trebuie calmați și menținuți în repaus la pat până se poate recurge la dializă
- pacienții cu *pericardită uremică* trebuie tratați simptomatic cu AINS pentru durere până se poate recurge la dializă.

De îndată ce aceste probleme au fost rezolvate, vă puteți gândi la posibilele cauze renale de oligo-anurie. Majoritatea cauzelor renale sunt diagnosticate prin anamneză, examen obiectiv, și explorări paraclinice. Câteodată este nevoie și de o biopsie renală. Un simplu examen sumar de urină poate oferi indicii valoroase pentru diagnostic.

- testul rapid (dipstick). Hematuria și proteinuria sugerează glomerulonefrita. Un test cu ortotoluidină (pentru sânge), pozitiv sugerează hematurie, prezența hemoglobinei libere sau a mioglobinei. Suspectați rhabdomyoliza, dacă testul rapid cu ortotoluidină este pozitiv, dar la examenul sumar de urină nu apar eritrocite. (În acest caz, dozați nivelul seric al CPK, calciul și fosforul și prezența mioglobinei în urină).

Prezența izolată a albuminei în urină impune dozarea albuminei serice și colectarea urinei pe 24h pentru calcularea clearance-ului pentru proteine și creatinină, în așa fel încât să se poată, eventual, diagnostica sindromul nefrotic.

- examen microscopic al urinei (frotiu). Cilindrii eritrocitari sunt patognomonici pentru glomerulonefrită. Prezența corpiilor lipidici ovali sugerează sindromul nefrotic.
- identificarea eozinofilelor în urină. Cereți această examinare dacă există suspiciunea nefritei acute interstițiale.

În cele mai multe cazuri, în afara acestor teste simple nu sunt necesare și alte examinări în cursul gărzii.