

COORDONATORI: ALEXANDRA CUCU, ADRIANA GALAN

Iceland
Liechtenstein
Norway grants



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
„Alessandrescu-Rusescu” București



Norwegian Institute of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization

Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv **populație vulnerabilă**)



MANUAL

PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

BUCUREȘTI, 2023

Coordonatori: Alexandra Cucu, Adriana Galan

MANUAL

PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

ISBN 978-973-0-39610-2

București
2023



**Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate
pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv populație vulnerabilă)**

MANUAL PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

Coordonatorii manualului:

Alexandra Cucu

Adriana Galan

Autorii raportului:

Eugenia Bratu

Camelia Truică

Daniela Marcoci

Dana Fărcășanu

Narciza Dinică

Priya Miriam Lerberg

Ingeborg Berg-Olstad

Edle Fuglset Buer

Astrid Hernes Kvalnes

Hilde Erlandsen

Erle Breimo Morstad Willard

Mihaela Lazăr

Tino Marti

Daniel Ciurea

**Acest document este realizat în cadrul proiectului
”Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”,
finanțat prin Mecanismul Financiar EEA 2014 - 2021.**

***Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Mecanismului Financiar EEA
2014 - 2021.***

CUPRINS

CAPITOLUL 1

Diagnosticul comunitar din perspectiva nevoilor de sănătate și acces la servicii de sănătate a populației vulnerabile (Eugenia Bratu) 5

- 1.1. Definirea populației vulnerabile; vulnerabilități de sănătate și medico-sociale 5
- 1.2. Identificarea priorităților de sănătate la nivel local - metode 6
- 1.3. Cadrul normativ referitor la accesul la servicii de sănătate 8
 - al populației vulnerabile..... 8
 - 1.3.1. Pachetul minim și pachetul de baza de servicii/ asigurați și neasigurați 8
 - 1.3.2. Programe naționale de sănătate 10
 - 1.3.3. Rolul asistenței medicale comunitare: atribuții, reglementări 11
 - 1.3.4. Continuitatea serviciilor medicale, parcursul pacientului în sistemul de sănătate (medic de familie, ambulatoriu, spital) și rolul asistenței medicale comunitare..... 13
- 1.4 Metode de catagrafiere a populației 13

CAPITOLUL 2

Intervenții de sănătate publică la nivel de comunitate (Eugenia Bratu, Camelia Truică, Daniela Marcoci, Dana Fărcășanu, Narciza Dinică, Priya Miriam Lerberg, Ingeborg Berg-Olstad, Edle Fuglset Buer, Astrid Hernes Kvalnes, Hilde Erlandsen, Erle Breimo Morstad Willard) 14

- 2.1 Igiena și sănătatea comunitară (Eugenia Bratu) 14
 - 2.1.1 Igiena mediului (rolul factorilor de mediu în etiologia îmbolnăvirilor; riscul și evaluarea riscului de mediu) 14
 - 2.1.2 Igiena și siguranța locuinței/gospodăriei 16
 - 2.1.3. Igiena alimentației și nutriției – principii de bază 19
 - 2.1.4. Igiena colectivităților de copii și adolescenți 20
- 2.2 Intervenții pentru prevenirea și controlul bolilor infecțioase (Camelia Truică, Daniela Florina Marcoci) 22
 - 2.2.1 Prevenirea și controlul bolilor infecțioase 22
 - 2.2.2 Ancheta epidemiologică și intervenția în focar 45
 - 2.2.3 Urgențe epidemiologice; epidemia SARS CoV2, boala COVID-19 48
 - 2.2.4 Triajul epidemiologic în școli..... 50
- 2.3 Intervenții pentru schimbarea comportamentelor (Dana Otilia Fărcășanu, Narciza Dinică, Priya Miriam Lerberg, Ingeborg Berg-Olstad, Edle Fuglset Buer, Astrid Hernes Kvalnes, Hilde Erlandsen, Erle Breimo Morstad Willard) 51
 - 2.3.1 Intervenții scurte pentru identificarea și promovarea comportamentelor sănătoase 51

2.3.2 Screening	56
2.3.3 Sănătatea reproducerii și sexualității	57
2.3.4 Sănătatea oro-dentară	65

CAPITOLUL 3

Sănătatea grupurilor populaționale vulnerabile medical (Mihaela Lazăr, Narciza Dinică, Tino Marti)	67
3.1 Sănătatea femeii (Mihaela Lazăr)	67
3.1.1 Starea de graviditate. Monitorizarea gravidei	67
3.1.2 Identificarea semnelor de pericol în cazul unei sarcini patologice	68
3.1.3 Lehuzia fiziologica și lehuzia patologică	68
3.2 Sănătatea copilului și adolescentului vulnerabil (Narciza Dinică)..	70
3.2.1 Particularitățile nou-născutului și copilului prematur	70
3.2.2. Alăptarea și alimentația copilului mic	71
3.2.3. Monitorizarea dezvoltării copilului	74
3.2.4 Semne de pericol în bolile copilăriei	75
3.2.5 Acordarea primului ajutor și abordarea urgențelor la copii și adolescenți	79
3.3 Sănătatea adultului și vârstnicului vulnerabil (Mihaela Lazăr, Tino Marti)	87
3.3.1 Problemele acute de sănătate la adultul și vârstnicul vulnerabil	87
3.3.2 Monitorizare bolilor cronice prioritare la adulți și vârstnici vulnerabili	104

CAPITOLUL 4

Instrumente de monitorizare la nivel comunitar (Daniel Ciurea)	112
4.1 Monitorizarea stării de sănătate a populației	112
4.1.1 Date raportate de medicii de familie	112
4.1.2 Date raportate de asistenții medicali comunitari în aplicația AMCMSR.gov.ro	112
4.1.3 Date raportate de lucrătorii comunitari în aplicația AURORA	113
4.1.4 Studii specifice de evaluare a stării de sănătate și de nevoi de sănătate ale populației vulnerabile (inclusiv populația romă)	113
4.1.5 Registrul Electronic Național privind Persoanele cu Handicap	114
4.1.6 Monitorizarea resurselor umane din asistența medicală comunitară	114
4.2 Monitorizarea activității personalului din asistența medicală comunitară	114
4.3 Monitorizarea satisfacției asistenților medicali comunitari	116
4.4 Instrumente de raportare: AMCMSR.GOV.RO	117
4.5 Direcții de dezvoltare	118

CAPITOLUL 1

Diagnosticul comunitar din perspectiva nevoilor de sănătate și acces la servicii de sănătate a populației vulnerabile (Eugenia Bratu)

1.1. Definirea populației vulnerabile; vulnerabilități de sănătate și medico-sociale

DEFINIȚIE

Populație vulnerabilă: populație la risc pentru o stare precară de sănătate datorită factorilor socio-economici, culturali sau altor caracteristici personale (factori biologici, genetici).

Factorii care determină starea de sănătate sunt numeroși și se influențează reciproc.

Pentru a îmbunătăți sănătatea unei comunități este nevoie de cunoașterea și îmbunătățirea factorilor determinanți ai stării de sănătate.

Genul, vârsta sau venitul pot influența sănătatea unei persoane și riscul de a face anumite boli. La fel este și pentru un grup de oameni.

O schemă generală a factorilor determinanți ai stării de sănătate este prezentată alăturat.

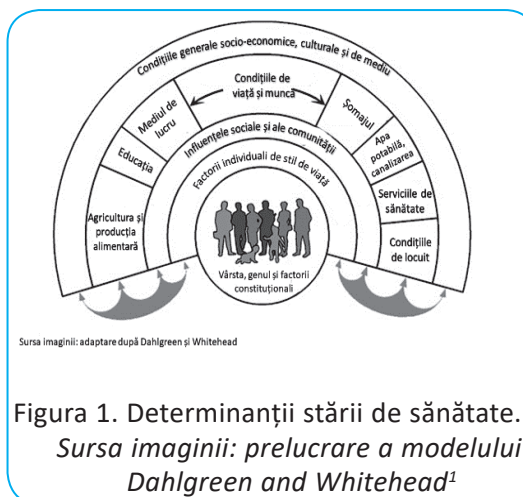


Figura 1. Determinanții stării de sănătate.
Sursa imaginii: prelucrare a modelului Dahlgren and Whitehead¹

EXEMPLE DE POPULAȚII VULNERABILE

- Persoane cu statut socio-economic scăzut²: lipsa unei locuințe, lipsa unui minim de condiții de trai, fără venituri sau cu venituri mici - nivel economic sub pragul sărăciei, fără școală (nivel de educație scăzut)
- Copiii din familii cu statut socio-economic scăzut, cei cu părinți plecați la lucru în străinătate și aflați în îngrijirea rudelor
- Pacienți care aparțin unor minorități etnice cu statut socio-economic scăzut (romi, tătari, slovaci, etc) Persoane care nu au asigurare de sănătate
- Persoane cu boli cronice (de exemplu cu diabet, artrita, hipertensiune arterială)³
- Persoane cu dizabilități⁴
- Persoane cu boli în faze terminale cu necesități de tratament paliativ
- Copiii și persoanele în vârstă⁵

Persoanele care fac parte din grupuri vulnerabile suferă adesea de boli care se agravează prin lipsa accesului la servicii de sănătate. Deși nevoia de servicii de îngrijire este mai mare pentru persoanele din grupuri vulnerabile, acestea le accesează într-o măsură mai mică decât restul populației.

1 Göran Dahlgren, Margaret Whitehead. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2, Studies on social and economic determinants of population health*, no.3. Copenhagen : WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, 2006.

2 Joszt, Laura. 5 vulnerable populations in healthcare. *The American Journal of Managed Care*. 2 Clarke Drive : MJH Life Sciences™ and Clinical Care Targeted Communications, 2018. <https://www.ajmc.com/view/5-vulnerable-populations-in-healthcare>.

3 Ibid 2

4 Ibid 2

5 Ibid 2

ACCESUL LA ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE ESTE DETERMINAT DE⁶:

Oferta de îngrijiri de sănătate	Cererea de îngrijiri de sănătate
- Existența informațiilor despre îngrijirile de sănătate (programe de screening, programe de prevenție desfășurate în comunitate) - Disponibilitatea îngrijirilor de sănătate (localizarea serviciilor, programul de funcționare, sistemul de programare a pacienților) - Costurile directe și indirecte ale îngrijirilor de sănătate - Adecvarea îngrijirilor la nevoile comunității (dacă există o bună coordonare, continuitate a îngrijirii)	- Capacitatea persoanei de a percepe nevoia de sănătate - Capacitatea persoanei de a căuta îngrijirile de sănătate de care are nevoie - Capacitatea persoanei de a ajunge la locul în care se acordă îngrijirile de sănătate - Capacitatea persoanei de a plăti pentru îngrijirile de sănătate/ de a avea asigurare de sănătate - Capacitatea persoanei de a se informa, de a urma tratamentul, de a dezvolta o relație de comunicare cu asistentul medical/medicul.

Înțelegerea și cunoașterea caracteristicilor și vulnerabilităților populației deservite de către asistenții medicali comunitari este esențială pentru a reuși să planifice acțiuni de îmbunătățire a sănătății comunității.

1.2. Identificarea priorităților de sănătate la nivel local - metode

Asistenții medicali comunitari vor participa la identificarea și prioritizarea problemelor de sănătate ale comunității în care lucrează, alături de alte persoane cu rol de decizie sau cu responsabilități legate de factorii care determină starea de sănătate din localitate. Aceste persoane pot fi: primarul localității, consilierii locali, medicii de familie din localitate, asistenții medicali din cabinetele de medicină de familie, asistenții sociali, mediatorii sanitari, învățători și profesori, mediator școlar, preot, dar și membri ai comunității interesați de aspectele de sănătate (de exemplu, persoane active civic, persoane din organizații non-guvernamentale).

Prioritățile pot fi selectate ca parte dintr-un proces planificat la care pot să contribuie pe lângă categoriile menționate mai sus și reprezentanții direcțiilor județene de sănătate publică, reprezentanți ai spitalelor din zonă, reprezentanți ai direcțiilor județene de asistență socială, politicieni.

Exercițiul de a prioritiza este un pas important în planificare, oferind posibilitatea de intervenție la nivel local, iar intervențiile pot să ajute la creșterea accesului populațiilor vulnerabile la serviciile de sănătate și pot contribui la protecția financiară a persoanelor aflate în sărăcie.

ACȚIUNI PENTRU A PRIORITIZA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE⁷

- Selectarea unui comitet de stabilire a priorităților (vedeți categoriile de profesioniști amintite mai sus) - Discuție pe marginea datelor existente de la nivelul comunității: date de tip cantitativ și calitativ - Trecerea în revistă a resurselor existente la nivel de comunitate care pot fi utilizate pentru a rezolva problemele - Selectarea priorităților utilizând o tehnică de prioritizare (sunt descrise mai jos diverse tehnici de prioritizare pe care le puteți avea în vedere) - Obțineți consensul privind prioritizarea. Justificați prin discutarea consecințelor în cazul în care nu s-ar lua măsuri pentru a rezolva problema respectivă.

6 Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. Richard, L., Furler, J., Densley, K. et al. 64, s.l. : Int J Equity Health, 2016, Vol. 15. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7>.

7 American Hospital Association. Community Health Assessment Toolkit. [Interactiv] 2017. [Citat: 29 December 2021.] <https://www.healthycommunities.org/resources/toolkit/files/step5-select-priority>.

TEHNICI DE PRIORITIZARE	
Tehnica	Descriere
Listă strategică	Stabiliți pentru fiecare problemă existentă pe listă dacă este "de importanță mare" sau "de importanță mică", punând accent pe problemele pentru care soluțiile ar avea impactul maxim, dar cu resurse minime.
Tehnica grupului nominal	Dați o notă pentru fiecare problemă listată prin discuții de grup

TEHNICA GRUPULUI NOMINAL⁸

Tehnica grupului nominal constă în discuții în grup mic pentru a obține consensul. Se culeg informații de la participanți prin adresarea de întrebări și colectarea răspunsurilor de la fiecare participant, apoi se ierarhizează prin vot ideile prezentate prin contribuția tuturor participanților.

Materiale necesare: o cameră suficient de mare pentru un grup de 5-9 participanți, coală de hârtie/ tablă, pixuri și câteva bilețele de hârtie pentru fiecare participant.

Etape de realizare:

- Generarea de idei:** moderatorul prezintă participanților o situație, o problemă, pune o întrebare, fiecare participant trebuind să lucreze în liniște, independent pentru a genera idei, răspunsuri la întrebarea moderatorului în scris.
- Înregistrarea ideilor participanților** – moderatorul scrie ideile generate de fiecare participant pe o coală de flipchart/tabla și pregătește o lista de teme, probleme sau soluții din care trebuie să se prioritizeze.
- Discutarea ideilor:** fiecare idee/ problemă listată este discutată, pentru că oferă oportunitatea ca fiecare participant să înțeleagă mai bine fiecare situație particulară.
- Votarea ideilor:** Fiecare participant scrie pe câte un bilețel problema și îi alocă un număr de puncte de la 1 (minim) la 5 (maxim) în ordinea importanței. Se însumează pentru fiecare problemă punctajul acordat de fiecare participant.

Se ia în considerare problema pentru care suma punctajelor este cea mai mare.

Exemplu:

Punctajul acordat	Medic	Consilier	AMC	Asistent social	Suma punctajelor
Problema A	4	3	4	2	13
Problema B	2	4	3	3	12
Problema C	3	2	2	4	11

ABORDAREA INFORMATORILOR CHEIE

Principiu și caracteristici

Specialiștii pot fi persoane care locuiesc/muncesc în comunitate și îi cunosc foarte bine problemele. Cunoștințele grupului selectat ajută la identificarea și ierarhizarea problemelor

Etape de realizare:

- Stabilire obiective
- Identificare probleme de interes, stabilire întrebări, formulare întrebări

⁸ Center for Disease Control and Prevention. Gaining Consensus Among Stakeholders Through. [Interactiv] 16 November 2018. [Citat: 5 January 2022.] <https://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief7.pdf>. C296013-E

- Se face o listă de persoane eligibile
- Se aleg de pe lista 10 -15 -25 persoane
- Au loc întrevederi separate cu fiecare persoană
- Datele se prelucrează
- Se redactează raportul

Avantajele și dezavantajele metodei

Unul dintre avantajele metodei este acela că, dacă s-au ales persoane din domenii diferite, se obține un set cuprinzător al problemelor comunității. Metoda este simplă și ieftină.

Principalele dezavantaje sunt: se bazează pe percepții și pe situația prezentă, e influențată de disponibilitatea persoanelor alese (de timp, de participare la studiu, etc.).

1.3. Cadrul normativ referitor la accesul la servicii de sănătate al populației vulnerabile

Persoanele care au nevoi de sănătate pot și trebuie să beneficieze de servicii de îngrijiri de sănătate. Serviciile de îngrijiri de sănătate au costuri care trebuie să fie acoperite.

În țara noastră principală modalitate de asigurare a finanțării în sănătate este asigurarea socială de sănătate. Toate persoanele care au venituri trebuie să plătească obligatoriu cota de contribuție de asigurări sociale de sănătate (direct sau prin angajator) calculată ca procent din venit (10%), fără să se țină cont de riscul de boală, devenind în acest mod asigurați (cu drepturi și obligații care rezultă din această asigurare).

Finanțarea anumitor servicii de sănătate se face și prin bugetul Ministerului Sănătății din bugetul de stat, de exemplu finanțarea serviciilor medicale de urgență și a unor programe naționale de sănătate.

1.3.1. Pachetul minim și pachetul de baza de servicii/ asigurați și neasigurați

➡ Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul mecanism de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, în schimbul plății unei contribuții la Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate.

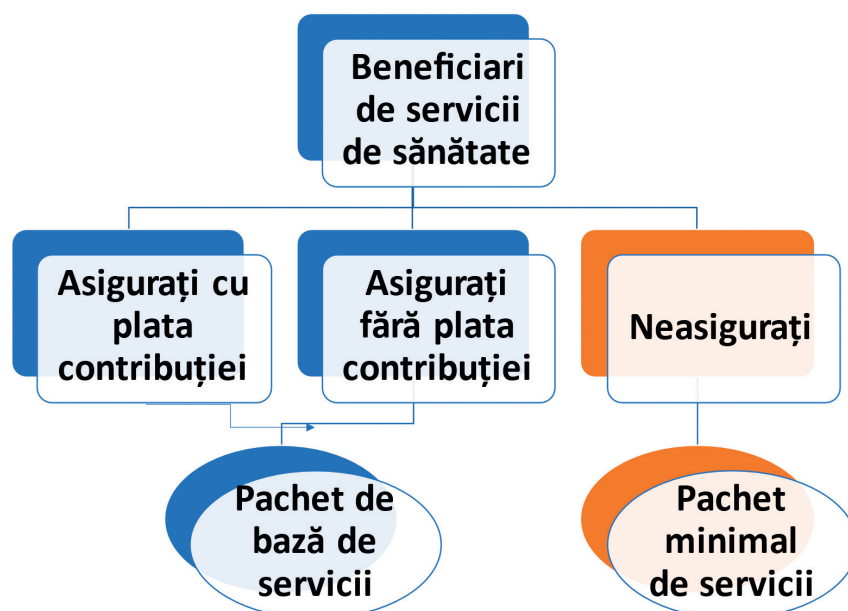


Figura 2. Tipuri de beneficiari de servicii de sănătate și pachetele de servicii primite

ASIGURAȚI FĂRĂ PLATA CONTRIBUȚIEI

Pentru a crește șansele ca persoanele vulnerabile să beneficieze de servicii de sănătate atunci când au nevoie, legislația permite anumitor categorii de persoane să beneficieze de servicii de sănătate fără a fi obligate să plătească asigurarea socială de sănătate.

- copiii până la vârsta de 18 ani,
- tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, dacă nu realizează venituri peste valoarea salariului de bază minim brut,
- soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate,
- persoanele cu handicap (pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006),
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni,
- femeile însărcinate și lăuzele;
- pensionari,
- persoanele aflate în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă,
- persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj,
- persoanele care adoptă un copil și se află în concediu de acomodare, sau în concediu pentru creșterea copilului;
- persoanele care beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat,
- personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte;
- victime ale traficului de persoane (pentru o perioadă de cel mult 12 luni);
- persoane care activează ca voluntari pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea.
- Categoriile de persoane asigurate fără plata contribuției sunt specificate în Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal cu completările și modificările ulterioare.

Pachete de servicii medicale		
Pachetul de bază		Pachetul minimal de servicii
Medicul de familie	- servicii medicale curative, - servicii medicale de prevenție, - consultații la domiciliu pentru persoane nedeplasabile, - administrare de medicamente, - o serie de servicii adiționale, pe care medicul de familie le poate furniza dacă are pregătirea și aparatura necesară (de exemplu, ecografie generală de abdomen și pelvis)	- servicii medicale pentru situații de urgență, - consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, - consultații de planificare familială, - supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, - servicii de prevenție. <i>Pentru analizele de laborator, investigațiile imagistice sau tratamentul recomandat de medicul de familie, persoanele neasigurate suportă integral costurile, fără a beneficia de rețete compensate.</i>
Medicul specialist – asistență medicală ambulatorie	- servicii medicale pentru situații de urgență, - servicii medicale curative pentru afecțiuni acute, - consultații pentru boli cronice, - depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, - consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială, - servicii de îngrijiri paliative, - servicii diagnostice și terapeutice, - servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei, - servicii medicale în scop diagnostic (acestea din urmă sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic)	- urgențe medicale, - servicii pentru supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemoepidemic, - consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei. <i>Pentru analizele de laborator și investigațiile imagistice recomandate și pentru tratamentul prescris, persoanele neasigurate vor suporta integral costurile.</i>

1.3.2. Programe naționale de sănătate

Programele naționale sunt un ansamblu de acțiuni multianuale orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică și se adresează în egală măsură persoanelor asigurate și neasigurate.

Sunt două categorii de programe naționale:

- programele de sănătate publică și
- programele curative

Programele sunt finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul statului, din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări.

Programele naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății au drept scop:

- prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile;
- monitorizarea stării de sănătate a populației;
- promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos;
- monitorizarea factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- asigurarea serviciilor de sănătate publică specifice;
- asigurarea tratamentului specific pentru TBC și HIV/SIDA;
- realizarea procedurilor de transplant de organe, țesuturi sau celule;

Programele naționale de sănătate curative, derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule.

PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

I. Programul național de vaccinare

II. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și rezistenței microbiene, precum și de monitorizarea utilizării antibioticelor

Subprogramul național de testare NAAT/RT-PCR și de secvențiere

III. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA

IV. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei

V. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă

VI. Programul național de securitate transfuzională

VII. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice

VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică

IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

X. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc

XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului

PROGRAMELE NAȚIONALE CURATIVE

1. Programul național de boli cardiovasculare
2. Programul național de oncologie
3. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile
4. Programul național de diabet zaharat
5. Programul național de tratament al bolilor neurologice
6. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei
7. Programul național de tratament pentru boli rare
8. Programul național de sănătate mintală
9. Programul național de boli endocrine
10. Programul național de ortopedie
11. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană
12. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică
13. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice
14. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță
15. Programul național de PET-CT

1.3.3. Rolul asistenței medicale comunitare: atribuții, reglementări

Pentru a veni în întâmpinarea nevoilor anumitor grupuri vulnerabile și a le facilita accesul la serviciile de bază, încă din anul 2002 Ministerul Sănătății a finanțat două categorii profesionale cu atribuții de sănătate comunitară: asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari. Ambele categorii profesionale sunt personal angajat al autorităților publice locale, dar cu salarii finanțate prin transferuri de la Ministerul Sănătății.

Reglementările legislative aplicabile asistenței medicale comunitare sunt prevăzute în:

- Ordonanță de urgență nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară, publicată în Monitorul Oficial nr. 154 din 1 martie 2017

- Hotărârea de Guvern nr.324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

Activitățile desfășurate în domeniul asistenței medicale comunitare conform reglementărilor în vigoare

1. Identificarea persoanelor și a grupurilor vulnerabile din comunitate
2. Desfășurarea de programe și acțiuni destinate protejării sănătății, promovării sănătății și efectuarea de activități de educație pentru sănătate
3. Participarea la desfășurarea diferitelor acțiuni colective de pe teritoriul comunității: vaccinări, programe de screening populațional și implementarea programelor naționale de sănătate, mobilizarea populației pentru participarea la programele de vaccinări și controalele medicale profilactice
4. Semnalarea medicului de familie a cazurilor suspecte de boli transmisibile, participarea la aplicarea măsurilor de prevenire și combatere a eventualelor focare de infecții
5. Identificarea persoanelor neînscrise pe listele medicilor de familie și suport în scopul obținerii calității de asigurat de sănătate și a asigurării accesului acestora la servicii medicale
6. Supravegherea în mod activ a stării de sănătate a sugarului și a copilului mic și promovarea alăptării și practicilor corecte de nutriție; efectuarea de vizite la domiciliul sugarilor cu risc medical sau social și urmărirea aplicării măsurilor terapeutice recomandate de medic;
7. Identificarea, urmărirea și supravegherea medicală a gravidelor cu risc medical sau social
8. Identificarea femeilor de vârstă fertilă vulnerabile și informarea și sprijin pentru accesarea serviciilor de planificare familială și contracepție
9. Monitorizarea și supravegherea în mod activ a bolnavilor din evidența specială, (ex:tuberculoza, HIV/SIDA, boli rare, prematuri, anemici, persoane cu tulburări mintale și de comportament, consumatori de substanțe psihotrope, alte categorii)
10. Efectuarea de vizite la domiciliu pentru asistența medicală a pacientului cronic sau în stare de dependență și a vârstnicului
11. Consilierea medicală și socială, în limita competențelor profesionale legale
12. Furnizarea de servicii de asistență medicală de urgență în limita competențelor profesionale legale
13. Direcționarea persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile către serviciile medicale și sociale și monitorizarea accesului
14. Organizarea și desfășurarea de acțiuni în comun cu serviciile sociale din primărie și personal din alte structuri de la nivel local sau județean, în cazul problemelor sociale care pot afecta starea de sănătate sau accesul la servicii medicale ale persoanei vulnerabile
15. Identificarea și notificarea autorităților competente a cazurilor de violență domestică, a cazurilor de abuz, a persoanelor cu handicap, a altor situații care necesită intervenția altor servicii decât cele care sunt de competența asistenței medicale comunitare;
16. Colaborarea cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizații neguvernamentale pentru realizarea de programe, proiecte și acțiuni care se adresează persoanelor sau grupurilor vulnerabile
17. Alte activități, servicii și acțiuni de sănătate publică adaptate nevoilor specifice ale comunității și persoanelor din comunitate aparținând grupurilor vulnerabile;
18. Întocmirea evidențelor și documentelor utilizate în exercitarea activității, cu respectarea normelor eticii profesionale și păstrării confidențialității în exercitarea profesiei.

1.3.4. Continuitatea serviciilor medicale, parcursul pacientului în sistemul de sănătate (medic de familie, ambulatoriu, spital) și rolul asistenței medicale comunitare

Nivelul asistenței primare a sistemului de sănătate este primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate. Activitatea de asistență medicală comunitară trebuie să fie de colaborare și complementară activității medicului de familie, adresându-se atât asiguraților, cât și neasiguraților.

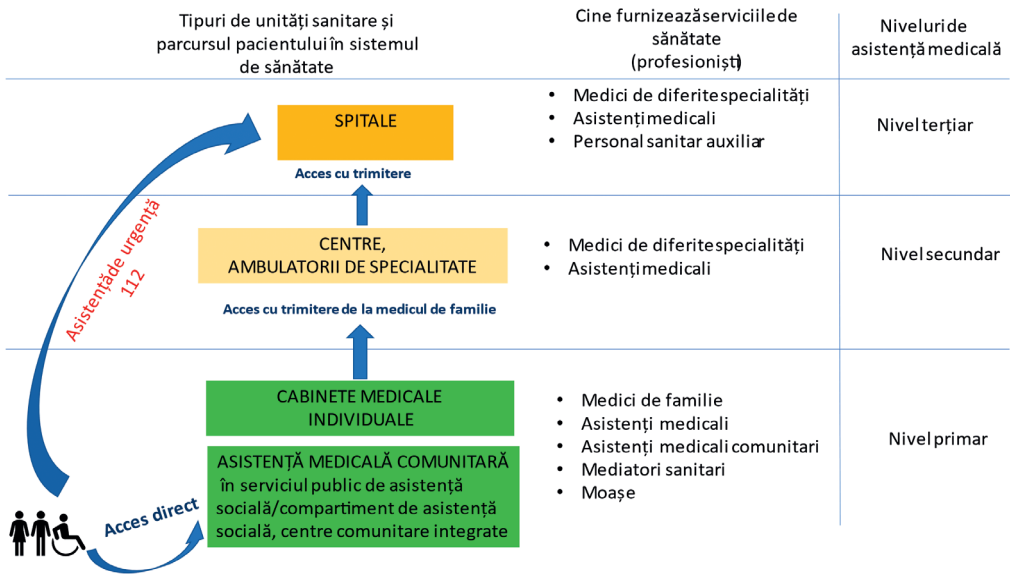


Figura 3. Furnizori de servicii de sănătate și parcursul pacientului în sistemul de sănătate

1.4 Metode de catagrafiere a populației

Catagrafierea populației reprezintă procesul de identificare și înregistrare, inventariere a persoanelor din comunitate în vederea evidențierii vulnerabilităților și evaluării de nevoi de servicii de asistență medicală comunitară.

Model de catagrafie a adulților din comunitate
Date colectate: - Nume și prenume - Data și locul nașterii - Act de identitate: serie, număr, data de expirare - Domiciliu: stradă, număr - Stare civilă - Nivel de studii: absolvite și calificare - Loc de muncă actual: - Medic de familie: - Status privind asigurarea medicală - Sursa de venit - Boli cronice - Probleme sociale – factori de risc prezenți

CAPITOLUL 2

Intervenții de sănătate publică la nivel de comunitate (Eugenia Bratu, Camelia Truică, Daniela Marcoci, Dana Fărcășanu, Narciza Dinică, Priya Miriam Lerberg, Ingeborg Berg-Olstad, Edle Fuglset Buer, Astrid Hernes Kvalnes, Hilde Erlandsen, Erle Breimo Morstad Willard)

2.1 Igiena și sănătatea comunitară (Eugenia Bratu)

2.1.1 Igiena mediului (rolul factorilor de mediu în etiologia îmbolnăvirilor; riscul și evaluarea riscului de mediu)

Mediul în care oamenii se nasc și trăiesc (cresc, se joacă, învață, muncesc, se relaxează) este un factor care influențează riscul de îmbolnăvire, putând fi o sursă de factori de stres: poluarea atmosferică, zgomotul, substanțele chimice periculoase, lipsa de acces la apă curată și articole de igienă, riscurile profesionale au un impact negativ asupra sănătății.

IMPACTUL CONDIȚIILOR DE MEDIU ASUPRA SĂNĂTĂȚII⁹

- *Poluarea aerului* este unul dintre cele mai mari riscuri legate de mediu pentru sănătatea omului. Se asociază cu patologia cardiovasculară, accidente vasculare cerebrale, boli pulmonare și cancer pulmonar
- *Expunerea la zgomotul* produs de mijloacele de transport și de industrie poate produce disconfort, tulburări de somn și creșteri ale riscului de hipertensiune și de boli cardiovasculare
- *Expunerea la substanțe chimice periculoase* este în creștere dat fiind utilizarea din ce în ce mai largă a diferitelor substanțe chimice, oamenii fiind expuși la o gamă largă de substanțe chimice prin aer și apă poluată și prin produse de consum și alimentație.
- *Temperaturile extreme* reprezintă de asemenea un factor de risc pentru sănătate, valurile de căldură, incendiile și inundațiile duc la pierderea de vieți omenești, dar au și impact pe termen lung
- *Apa de fântână* poate fi contaminată cu nitriți/nitrați proveniți din compoziția naturală a solului, din folosirea fertilizantelor azotoase și din dejecții animale și umane bogate în substanțe azotate care ajung în pânza freatică și apoi în apa fântânilor și cu alți agenți patogeni.¹⁰ Riscul contaminării apei este mai mare dacă sunt inundații.¹¹ Consumul de apă contaminată cu nitriți determină methemoglobinemie, fiind periculoasă mai ales în cazul copiilor (intoxicație acută cu nitrați sau "boala albastră a sugarului", mergând până la asfixie și deces). Copiii sub trei ani, femeile însărcinate și persoane cu anumite deficiențe genetice au un risc mai mare de asfixie și deces, în comparație cu adulții și copii mai mari.¹²

S-a constatat expunerea disproporționată a grupurilor cu statut socio-economic dezavantajat la aer poluat, zgomot și temperaturi înalte în mediile urbane din țările europene.¹³

⁹ Agenția Europeană de Mediu, Mediu și sănătate, 23 Nov 2020 accesat la <https://www.eea.europa.eu/ro/themes/human/intro>

¹⁰ Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Oana Iacob, Anca Tudor, Andra Neamțu, Anca Cristea, Apa de fântână: contaminarea cu nitrați și methemoglobinemia. Ghid pentru medici de familie, medici igienişti DSP și populație, Editura Universitară "Carol Davila" București", 2012

¹¹ Mihai, C., Stoicescu, M., Balasa, A. et al. 868 E.Coli Infection and Nitrate Poisoning From Drinking Water in Infants From Constanta County. *Pediatr Res* 68, 436 (2010). <https://doi.org/10.1203/00006450-201011001-00868>

¹² Ibid

¹³ European Environment Agency, Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe, EEA Report No 22/2018, ISSN 1977-8449, doi:10.2800/324183

Copiii, persoanele în vârstă, persoanele care suferă deja de anumite afecțiuni, persoanele care au comportamente nesănătoase (fumat, consum de alcool, alimentație nesănătoasă) pot să aibă o sensibilitate mai mare la factorii de stres din mediu, astfel încât acțiunea acestora să aibă un impact mai mare asupra lor, în comparație cu persoanele adulte, sănătoase.

Locurile unde trăiesc oamenii – în particular densitatea ariilor construite și concentrarea traficului și a industriei sunt principalii factori care explică expunerea mai mare a grupurilor socio-economice dezavantajate la aer poluat, zgomot și temperaturi ridicate.

Semne de alertă pentru intoxicația acută cu nitrați - Apelați 112!	
- Cianoza buzelor și nasului și/sau a extremităților (mâini, picioare) - Agitație - Greutate în respirație - Episod diareic sau constipație - Semne de insuficiență cardiacă – tahicardie, hepatomegalie, jugulare turgescențe - Tulburări de conștiență	Dacă este vorba de un sugar, viața sa este în pericol - sună la 112!

Acțiuni ale asistentului medical comunitar pentru scăderea riscurilor intoxicației acute cu nitrați
- Recomandați mamelor nou-născuților alăptarea bebelușilor exclusiv la sân, nu le dați apă. - Dacă nu există posibilitatea hrănirii la sân a nou-născutului, recomandați (sau ajutați) testarea conținutului de nitrați din apa de fântână la laboratorul din cadrul Direcției Județene de Sănătate Publică. - În cazul utilizării alimentației artificiale și concentrația de nitrați este peste concentrația maximă admisă, recomandați mamelor să folosească apa plată sau apă de masă necarbogazoasă pentru prepararea laptelui, ceaiului sau mâncării. - Acordați atenție amplasării fântânilor și posibilelor surse de poluare din jurul acestora (WC, grajduri, depozite de gunoi/cotețe), dacă fântâna are pereții amenajați pentru a preveni contaminarea exterioară. - Informați proprietarul fântânii – dacă este o fântână individuală despre posibilele riscuri. - Informați proprietarii de fântâni despre necesitatea de curățare și dezinfectare cel puțin odată pe an și obligatoriu ori de câte ori apa a fost impurificată (cadavrul unui animal, apă murdară de la suprafață) sau consumul apei respective a dus la îmbolnăvire. - Luați legătura cu medicul de igienă din cadrul Direcției de Sănătate Publică dacă suspectați posibila contaminare a apei de fântână de folosință publică. - Informați-vă asupra calității apei din buletinele informative ale Direcției Județene de Sănătate Publică. - La recomandarea Direcției de Sănătate Publică, în colaborare cu autoritatea locală, asigurați avertizarea populației prin afișarea la loc vizibil și protejat a înscrisurilor "Apa este bună de băut", " Apa nu este bună de băut", " Apa nu este bună de folosit pentru sugari și copii mici"

2.1.2 Igiena și siguranța locuinței/gospodăriei

Condițiile de locuit sunt un determinant major al sănătății¹⁴ având implicații atât asupra sănătății fizice, cât și asupra sănătății psihice.

IMPACTUL CONDIȚIILOR DE LOCUIT ASUPRA SĂNĂTĂȚII^{15,16}

- Umiditatea crescută din locuință determină apariția mucegaiurilor, ambele situații fiind asociate cu patologie alergică și respiratorie.
 - Supraaglomerarea locuinței, locuințele care nu sunt aerisite și în care nu se efectuează corespunzător curățenia se asociază cu patologie infecțioasă respiratorie și gastro-intestinală.
 - O izolare necorespunzătoare a locuinței aduce imposibilitatea controlului temperaturilor extreme și se asociază cu patologie cardio-vasculară pentru temperaturile mari și patologie respiratorie, patologie cardiovasculară și cerebro-vasculară (accidente vasculare cerebrale) și patologie endocrină (decompensări pentru diabetici și pentru cei cu patologie a glandei tiroide).
 - Expunerea la radon în locuință (provenit din radiațiile solului) se asociază cu neoplasmul pulmonar.
 - Expunerea la azbest se asociază de asemenea cu azbestoză, neoplasm pulmonar, cancer de laringe și ovar, posibil și de faringe, stomac și colorectal.
 - Degradarea condițiilor de locuit se poate să influențeze sănătatea mintală.
 - Degradarea condițiilor de locuit poate să determine accidente casnice:
 - defectarea sistemelor electrice crește riscul de electrocutare și incendiu,
 - deteriorarea podelelor, a rampelor sau balustrăzilor cresc riscul de cădere
 - defectarea sistemelor de încălzire poate crește riscul de arsură, intoxicație cu dioxid de carbon
 - prezența unor materiale, substanțe chimice prezente în locuință (expunerea la vopseliuri cu plumb) pot să prezinte, de asemenea riscuri pentru sănătate.
- Fumatul în locuință poate să crească riscul de patologie respiratorie, mai ales la copii

➡ Acțiuni ale asistentului medical comunitar pentru scăderea riscurilor prezente în locuințe

Informații/ Sfaturi pentru scăderea umidității în locuință

- Aerisiți foarte bine locuința, în special spațiile în care sunt condiții care favorizează apariția mucegaiurilor (bucătărie, baie), deschideți ușile și ferestrele pe cât de mult posibil, puteți lăsa o perioadă de timp o fereastră întredeschisă.
- Utilizați ventilatoare de aer, acestea circulă aerul în încăpere și pot îndepărta excesul de umiditate.
- Faceți dușuri mai scurte și mai reci, lăsați fereastra la baie deschisă o perioadă de timp mai lungă după ce faceți duș, sau lăsați ventilatorul pornit o perioadă mai lungă de timp după ce ieșiți de la baie.
- Nu uscați hainele în casă, dacă este posibil.

Informații/ sfaturi pentru persoanele care sunt expuse la azbest

- Efectuarea unor controale medicale regulate
- Vaccinarea antigripală
- Renunțarea la fumat
- Înlocuirea materialelor de construcție din azbest, dacă este posibil

Informații /sfaturi pentru a scădea riscurile legate de cădere (atenție specială la persoanele în vârstă și la persoanele care au boli cronice)¹⁷

- Menținerea unei condiții fizice adecvate a persoanei – sfaturi legate de efectuarea de activități fizice corelate cu starea de sănătate.
- Îndepărtarea obiectelor de care se pot împiedica în casă (cutii, cabluri întinse în locuință).
- Îndepărtarea obiectelor din zonele de trecere din locuință unde este traficul mai intens.
- Reparația podelelor care sunt stricate.
- Plasarea obiectelor de care este nevoie zilnică (haine, farfurii, vase, alimente, etc) la îndemână.
- Curățarea imediată a petelor cauzate de scurgerea întâmplătoare de lichide, grăsimi sau alimente.
- Utilizarea de covorașe antiderapante în baie, la duș.

¹⁴ Anne-Claire Colleville, Florence Kermarec, Le logement droit fondamental et determinant majeur de la sante globale des population, La Sante en action, Septembre 2021, Numero 457, Sante publique France

¹⁵ Ibid

¹⁶ Stephanie Vandertorren, Pascale Giry, Julie Jan, Sylvie Nguyen, Impact du logement sur la sante physique

¹⁷ Healthy Lifestyle, Health Aging, fall prevention. Simple tips to prevent falls, Mayo Clinic staff, <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/healthy-aging/in-depth/fall-prevention/art-20047358>

Risc de boli infecțioase și măsuri de igienă pentru reducerea riscului la nivelul locuințelor	
1. Echipamentele utilizate la curățenie (cârpe, mopuri, halate) sunt considerate sursă de germeni care pot fi împrăștiați prin intermediul lor pentru că: – sunt utilizate la îndepărtarea mizeriei (praf, materii organice), – sunt atinse cu mâinile care devin la rândul lor contaminate.	De câte ori este posibil să se folosească articole de unică folosință, pentru a scădea riscul de contaminare. Cârpele și echipamentele utilizate în curățenie trebuie igienizate, spălate la jet de apă sau la mașina de spălat cu apă fierbinte imediat după utilizare. Dacă sunt lăsate umede câteva ore, bacteriile rămase se vor multiplica și vor intra în fibra materialelor, de aceea se recomandă uscarea rapidă după igienizarea lor și păstrarea lor uscate. Mâinile trebuie spălate după utilizarea echipamentelor de curățenie.
2. Suprafețele atinse frecvent sunt la risc de a fi contaminate cu agenți patogeni: – Robinete – Capace de toaletă și scaunele de toaletă – Mânerele de la dulapuri, cuptor, frigider – Suprafețele utilizate pentru pregătirea cărnii crude – Telefoane, tastatura și mouse-ul de la computer – Jucăriile Suprafețele de lucru au un risc suplimentar de a fi contaminate de la alimente crude, animale de companie, cârpe, etc.	– Curățarea suprafețelor de contact în mod regulat și atunci când se murdăresc, urmată de dezinfecție. Suprafața trebuie lăsată uscată. – Frecvența curățării depinde de situație. Jucăriile trebuie curățate mult mai frecvent, dacă se joacă mai mulți copii cu ele sau dacă are copilul o infecție. – Mânerele sunt atinse foarte frecvent și într-o casă este dificil să ții aceste suprafețe igienizate tot timpul, de aceea este foarte importantă spălarea frecventă a mâinilor, în special înainte de pregătirea alimentelor și așezarea la masă
3. Toalete, olițe, scutece, tampoane și saltelele de înfășat – ajung să fie contaminate cu urme de excremente și oferă condiții de dezvoltare a microbilor. Agenții patogeni pot fi luați direct sau prin intermediul mâinilor. – Riscul este mai mare atunci când una dintre persoanele din locuință suferă de o infecție gastro-intestinală, mai ales când persoana este un bebeluș, sau o persoană care nu se poate îngriji singură și necesită ajutor.	– Curățarea obiectelor se face prin îndepărtarea fizică a oricărei materii organice și dezinfectare pentru a distruge microbii rămași

Copiii, în mod particular, au anumite riscuri legate de siguranța în casă, diferite sau mai mari decât ale adulților.

Riscuri pentru copii	
Accidente frecvente	Situație de urgență
• Cădere • Arsuri • Înecare • Otrăvire	• Dacă accidentele sunt grave și este pusă în pericol viața copilului sună la 112.

Acțiuni ale asistentului medical comunitar pentru scăderea riscurilor de accidentare a copiilor

- Învățați părinții cum să acorde primul ajutor.
- Oferiți părinților informații scrise, adaptând informațiile la vârsta, situația, nivelul lor de înțelegere.
- Informațiile oferite părinților trebuie să țină cont de mediul în care trăiește copilul și de informațiile pe care le-au mai primit anterior.
- Repetați cu răbdare informațiile pe care le oferiți.
- Întrebați de fiecare părinții dacă au aplicat recomandările pe care le-ați făcut, dacă au întâmpinat dificultăți și de ce a fost nevoie pentru a reuși. Dacă părinții doresc, puteți să le explicați/arătați cum pot să depășească respectivele bariere. Fiți răbdători și arătați înțelegere și în situațiile în care recomandările dumneavoastră nu au fost puse în practică.

➤ Informații despre siguranța copiilor în locuință

Riscul de accidente este mare atunci când copiii trec de la o etapă de dezvoltare la alta. Momentul de timp când copiii trec dintr-o etapă de dezvoltare în alta poate să fie diferit de la copil la copil.

Odată ce copilul începe să se miște și tinde să ajungă în arii mai mari din casă, trebuie luate măsuri pentru ca el să fie în siguranță. Copiii se dezvoltă rapid de la naștere până la vârsta de un an.

De la dormitul liniștit în pătuțul/leagănul lor, încep să se rostogolească, să se târască, se ridică în picioare și încep să pășească. Ei învață să se cațare și în timp pot să ajungă rapid pe obiecte din ce în ce mai înalte.

Au tendința să ducă orice obiect la gură, indiferent că este sau nu ceva comestibil, chiar dacă acel obiect este periculos (e fierbinte, murdar, otrăvitor).

Informații pe care asistentul medical comunitar trebuie să le transmită părinților pentru a preveni

Căderile periculoase ale copiilor

- Nu vă lăsați niciodată bebelușul nesupravegheat pe masa de înfășat/în locul pe care-l folosiți pentru înfășat dacă acesta este mai înalt, deoarece poate să facă mișcări bruște și mai rapide decât ne-am aștepta.
- Blocați accesul bebelușului la scări.
- Ferestrele trebuie să aibă închizători sigure pentru copii, astfel încât aceștia să nu le poată deschide și să fie în pericol să cadă.
- Asigurați-vă că balcoanele și terasele au balustrade care nu permit trecerea copilului. Nu lăsați niciodată un copil nesupravegheat în balcoane sau terase.
- Nu lăsați niciodată copilul singur într-un scaun înalt, chiar dacă este prins în centuri de siguranță. Copiii pot topăi în scaun și scaunul se mișcă.
- Puneți leagănul bebelușului direct pe podea, nu pe masă sau o canapea, deoarece poate aluneca.

Arsurile copiilor

- Temperatura apei de îmbăiat trebuie să fie de maxim 37° C. Pielea unui bebeluș este foarte sensibilă și se poate arde chiar la o temperatură de 40 ° C. Încercați temperatura apei cu un termometru de baie sau punând cotul dumneavoastră în apă.
- Nu țineți niciodată copilul în brațe atunci când beți sau mâncați un aliment foarte fierbinte (de exemplu: ceai, supă, ciorbă, mămăligă). Asigurați-vă că el nu poate să ajungă la alimentele sau obiectele fierbinți de pe masă.
- Evitați să puneți fețe de masă lungi pe masă, copilul poate să se apuce de margini, să tragă și să verse mâncarea fierbinte peste el.
- Nu lăsați cabluri electrice atârând sau la îndemâna copiilor.
- Blocați prizele din perete cu apărători, protecții pentru copii.
- Blocați accesul copiilor la sobă, calorifer dacă acestea sunt foarte fierbinți.

Sufocarea cu mâncare sau cu alte obiecte mici

- Atunci când hrăniți bebelușul, asigurați-vă că alimentele sunt potrivite vârstei, ca textură și mărime.
- Supravegheați-vă întotdeauna bebelușii și copiii mici atunci când mănâncă și atunci când beau din sticlă pentru a putea să interveniți imediat, în caz de înec.
- Verificați suzeta, verificați ca partea mai moale a acesteia să fie atașată bine de partea care rămâne în afara gurii, astfel încât să nu existe riscul să se rupă în bucăți mai mici care pot fi înghițite.
- Asigurați-vă că nu există obiecte mici lăsate la îndemâna copilului.
- Asigurați-vă că jucăriile sunt dintr-o bucată, fără părți sau piese mici care se pot detașa și nu au margini ascuțite.
- Nu lăsați cabluri atârâte.
- Nu acoperiți deschiderea căruciorului cu pături groase sau țesute strâns.
- Nu lăsați copilul să se joace cu pungi de plastic, deoarece ar putea fi trase peste cap.
- Puneți bebelușul să doarmă întotdeauna pe spate pentru a minimiza riscul apariției sindromului morții subite a sugarului. De asemenea, este important ca salteaua să fie tare (nu prea moale).
- Păstrați obiectele moi, cum ar fi perne și animale de pluș, departe de patul bebelușului.

Intoxicațiile acute la copii (otrăviri) și alte riscuri

- Păstrați medicamentele, detergenții, substanțele chimice și produsele de tutun în locuri care nu sunt la îndemâna copiilor.
- Lichidele și materialele chimice și otrăvitoare trebuie păstrate în ambalajul original, astfel încât copilul să nu le confunde cu ceva inofensiv (de exemplu, nu depozitați produse toxice în sticle vechi de băuturi răcoritoare).
- Imediat după utilizare, se pune capacul recipientului și se depozitează în locuri unde copiii nu au acces.
- Nu puneți plante otrăvitoare la îndemâna copiilor.
- Depozitați uneltele periculoase, cuțitele, foarfecele și alte obiecte ascuțite într-un loc în care copiii nu pot ajunge.
- Depozitați obiectele periculoase deasupra înălțimii copilului, pe rafturi sau dulapuri sus.
- Nu spuneți copiilor că medicamentele sunt bomboane.

2.1.3. Igiena alimentației și nutriției – principii de bază

Problemele de sănătate legate de igiena precară a alimentației sunt în marea lor majoritate prevenibile prin aplicarea măsurilor practice de igienă. Este esențială aplicarea măsurilor de igienă atunci când se prepară alimentele, pentru că astfel acestea sunt bune și sigure pentru a fi consumate.

Cele mai frecvente cauze ale toxiinfecțiilor alimentare se datorează încălzirii insuficiente sau răcirii prea lente a alimentelor, depozitării alimentelor la temperatură prea ridicată și curățării necorespunzătoare.

Informații pe care asistentul medical comunitar trebuie să le transmită părinților pentru a preveni toxiinfecțiile alimentare

- Spălați-vă mâinile înainte de a găti.
- Spălați des cuțitele și plăcile de tăiat și păstrați masa din bucătărie curată.
- Alimentele care trebuie păstrate la rece, trebuie păstrate la frigider.
- Dacă doriți să păstrați mâncarea caldă o perioadă înainte de servire, mâncarea trebuie păstrată fierbinte. Dacă mâncarea devine caldă, bacteriile pot crește și pot favoriza îmbolnăvirea. Dacă este o așteptare lungă până când mâncarea va fi consumată, este mai bine să răciți rapid mâncarea și să o reîncălziți. Puneți cratita în apă rece și amestecați. Dacă împărțiți mâncarea în porții mai mici, răcirea merge mai repede.
- Când alimentele sunt încălzite la temperaturi de peste 70 de grade timp de câteva minute, majoritatea bacteriilor sunt distruse.
- Clătiți legumele și fructele în apă curată.
- Clătiți cârpa de bucătărie în apă curată după fiecare utilizare. Schimbați des cârpa. Spălați în mașină de spălat la cel puțin 65 de grade.
- Nu folosiți niciodată aceeași cârpă pe masă și pe alte suprafețe murdare, cum ar fi podeaua.

2.1.4. Igiena colectivităților de copii și adolescenți

Microorganisme precum bacterii, virusuri, paraziți și fungi se află pretutindeni, dar nu toate provoacă infecții, totuși o parte pot să afecteze omul determinând apariția unor simptome precum febra și starea generală de rău. Infecțiile în rândul copiilor sunt destul de frecvent întâlnite, deoarece copiii se joacă în comun, fac schimb de obiecte, nu au atitudinile și comportamentul încă formate astfel încât să păstreze o bună igienă, uneori nu sunt vaccinați.¹⁸

Modalități de prevenție și control al bolilor infecțioase în colectivitățile de copii

- Promovarea vaccinării copiilor.
- Scoaterea din colectivitate a copiilor sau personalului bolnav
- Verificarea regulată și monitorizarea condițiilor de igienă

Curățenia și dezinfecția în unitățile școlare sunt esențiale pentru a se preveni răspândirea unor boli.¹⁹

Curățenia în unități școlare

- Curățenia implică îndepărtarea fizică a murdăriei, prafului, germenilor, impurităților de pe suprafețe și obiecte utilizând apa și săpun/ detergent.
- Acest proces nu omoară germenii, ci îi îndepărtează și scade riscul de răspândire a infecției.
- Trebuie acordată o atenție specială curățării toaletelor, este necesar să fie apă la dispoziție pentru curățare și pentru spălarea mâinilor după utilizarea toaletei de către elevi.
- Pentru a încuraja păstrarea curățeniei, puteți organiza mici concursuri în care să se premieze cea mai curată clasă, sau se pot organiza mici evenimente dedicate curățeniei.

¹⁸ Public health England, Guidance Introductions and infections in childcare settings, <https://www.gov.uk/government/publications/health-protection-in-schools-and-other-childcare-facilities/chapters-1-and-2-introduction-and-infections-in-childcare-settings>

¹⁹ Centers for Disease Control and Prevention, Cleaning, Disinfection & Hand Hygiene- A toolkit for School administrators, [Cleaning, Disinfection, and Hand Hygiene in Schools – a Toolkit for School Administrators | CDC](#)

Dezinfecția în unități școlare

- Dezinfecția distruge germenii de pe suprafețe sau obiecte. Pentru dezinfecție se utilizează produse chimice.
- Prin distrugerea unor agenți patogeni, după efectuarea curățeniei scade riscul transmiterii acelor agenți patogeni.
- Prioritizați suprafețele care necesită dezinfecție după curățare: în general obiectele și suprafețele atinse frecvent de elevi sunt cele care necesită dezinfecție.

Promovarea igienei mâinilor în unitățile școlare

- Curățarea frecventă a mâinilor cu apă și săpun pentru cel puțin 20 de secunde este esențială. Discutați cu profesorii și elevii despre acest aspect. Această măsură necesită asigurarea disponibilității apei și săpunului.
- Afișați informații despre cum se păstrează igiena mainilor, adecvate pentru vârsta elevilor
- Informați elevii că utilizarea dezinfectanților nu înlocuiește spălarea mâinilor cu apă și săpun. Aceștia trebuie utilizați când nu sunt disponibile apa și săpunul.
- Copiii mici trebuie supravegheați atunci când utilizează dezinfectantele pentru mâini.

2.2 Intervenții pentru prevenirea și controlul bolilor infecțioase (Camelia Trucă, Daniela Florina Marcoci)

2.2.1 Prevenirea și controlul bolilor infecțioase

Boli prevenibile prin vaccinare

RUJEOLA sau POJARUL^{20,21}

DEFINIȚIE

Rujeola este o boală acută infecțioasă, extrem de contagioasă, specific umană, provocată de virusul rujeolic, caracterizată printr-o evoluție autolimitantă, cu febră, exantem și enantem caracteristice, manifestări prodromale catarale respiratorii, complicații frecvente, severe și imunitate durabilă după boală.

MANIFESTĂRI CLINICE

– *Incubația* medie este de 10 zile (7-18 zile). Administrarea de imunoglobuline poate prelungi perioada de incubație.

– *Faza prodromală* (anterioară erupției):

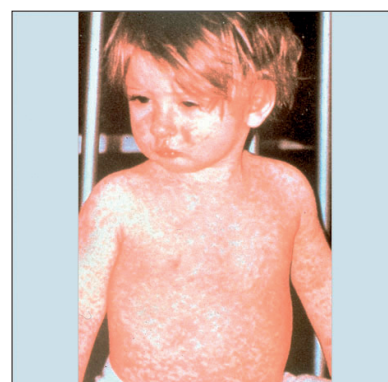
Boala debutează cu febră, coriză (inflamarea mucoasei nazale), conjunctivită, tuse și *semnul Koplick*.

- *Perioada eruptivă* (de stare) durează 4-6 zile. Se anunță de obicei printr-o nouă ascensiune febrilă (39-40°C), cu alterarea stării generale. Persistă fenomenele catarale și chiar se accentuează. Exantemul are de obicei o apariție nocturnă. Elementele eruptive – *maculo-papuloase* – apar inițial retroauricular, la liziera părului, se extind apoi pe părțile laterale ale gâtului, pe frunte, obraji, aripile nasului și gât. În ziua a doua apare pe torace și la rădăcina membrelor pentru ca în ziua a treia să se generalizeze.

Erupția este etapizată (generalizarea durează în medie 3 zile), *centrifugă și descendentă*, uneori pruriginoasă.

Când apare pe extremități începe să pălească pe față, erupția dispărând în ordinea în care a apărut, elementele eruptive fiind floride 2-3 zile. Erupția lasă în urmă o pigmentație arămie care durează încă 3-4 zile, permițând diagnosticul retrospectiv.

Erupție în rujeolă



Centers for Disease Control and Prevention,
Public Health Image Library

EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală
- temperatura
- Prezenta semnelor de boala: febră, erupție maculo-papuloasă

MOTIVE DE ALERTARE

- febră înaltă/persistentă
- convulsii febrile
- tuse frecventă/productivă
- tulburări neurologice

20 Formarea profesională în domeniul epidemiologiei și promovarea utilizării noilor tehnologii pentru personalul din sectorul sănătății POSDRU/81/3.2/S/59337, Manual de curs pentru medici epidemiologi, Editura Dobrogea Constanța, 2011

21 Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.1009-1014

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Scăderea temperaturii. • Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	• Trimiterea cazului la medicul de familie.

TETANOSUL²²

DEFINIȚIE
Tetanosul este boală bacteriană acută, produsă de <i>Clostridium tetani</i> , bacil anaerob, care pătrunde în organism prin plăgi (inclusiv plaga ombilicală) și produce toxina tetanică responsabilă de manifestările clinice: spasme (contractii) ale mușchilor scheletici și tulburări neurologice.

MANIFESTĂRI CLINICE	
– <i>Incubație</i>: variabilă, între 3 și 30 zile. Cu cât perioada de incubație este mai scurtă, cu atât severitatea bolii este mai mare. – <i>Faza prodromală</i>: sensibilitate la frig, paretezii și dureri sub formă de arsură la nivelul plăgii, tresăriri musculare, anxietate, iritabilitate, insomnie. - <i>Perioada de stare</i>: <i>trismusul</i> (imposibilitatea de a deschide gura din cauza contracturii mușchilor maseteri), contractura tonică a musculaturii scheletice (predominant la ceafă, trunchi, mușchii spatelui, ai abdomenului și membrelor, lăsând însă puțin afectate extremitățile acestora). Contractura musculaturii faciale dă o expresie caracteristică feței (<i>risus sardonicus</i>), caracterizată prin: încrețirea frunții, pleoapele pe jumătate închise și colțurile gurii trase, ca un râs silit, grotesc („rânjet”). Atenție! La nou născut- dificultăți la supt!	Risus sardonicus și contracturi musculare la un copil cu tetanos 

EVALUAREA PACIENTULUI
• Stare generală • Respirație • Tegumente • Prezența unei plăgi cu risc tetanigen

MOTIVE DE ALERTARE
• instalarea semnelor și simptomelor la interval scurt de timp după producerea leziunii • Prezența: trismus, risus sardonicus, contracturi musculare. • Dificultăți la supt pentru nou născut

²² Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.467-470

INTERVENȚII	TRIMITERE
• În cazul plăgilor superficiale se va proceda la toaleta (curățirea) plăgii prin spălarea cu apă timp de 10 minute și ulterior cu ser fiziologic și aseptizarea plăgii cu apă oxigenată sau soluție de hipermanganat de K 1/4000 • Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	• Apel la 112 dacă sunt instalate motivele de alertare • Trimitere la medicul de familie a oricărui pacient cu plagă tetanigenă*

* **Plăgi cu risc tetanigen**²³ (îndeplinesc cele două condiții obligatorii: contaminarea plăgii și existența condițiilor de anaerobioză):

- Plăgi (aparente/inaparente, minore/majore) murdărite cu pământ, bălegar sau praf de stradă
- Plăgi înțepate cu așchii, spini, cuie, corn de vită, altele (chiar și după închiderea spontană a plăgii)
- Plăgi prin mușcături de animale;
- Plăgi cu retenție de corpi străini în țesuturi;
- Plăgi anfractuoase cu zdobiri de țesuturi;
- Plăgi cu țesuturi devitalizate;
- Plăgi survenite în cursul accidentelor de circulație;
- Plăgi infectate;
- Plăgi ale cordonului ombilical survenite în urma folosirii de instrumente nesterile sau aplicarea de pansamente improvizate (nesterile) pe plaga ombilicală;
- Fracturi deschise
- Avort empiric
- După unele proceduri chirurgicale: circumcizie
- Arsuri de gradul II sau III

23 <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-supraveghere-si-control-al-bolilor-transmisibile-cnscbt/metodologii/> Metodologia de supraveghere a tetanosului si a tetanosului neonatal

TUSEA CONVULSIVĂ sau TUSEA MĂGĂREASCĂ²⁴

DEFINIȚIE
Tusea convulsivă este o boală foarte contagioasă determinată de cocobacilul <i>Bordetella pertussis</i> , care se caracterizează prin accese paroxistice de tuse spasmodică, emetizantă, predominant nocturnă, precedate de o inspirație șuierătoare, afectarea variabilă a stării generale, modificări hematologice caracteristice și risc mare de complicații. În mod greșit este considerată boală a copilăriei, putând afecta persoane de orice vârstă.

MANIFESTĂRI CLINICE
- <i>Incubație</i>: 7-10 zile. - <i>Faza prodromală</i>: coriză, hiperlăcrimare, tuse discretă, febră mică, stare generală de rău. - <i>Perioada de stare</i>: accese paroxistice de tuse spasmodică, precedate de inspir șuierător și care frecvent sunt urmate de evacuarea unui dop mucos sau de vărsături. În timpul acceselor poate să apară distensia marcată a venelor jugulare, exoftalmie tranzitorie, protruzia limbii, cianoză. Complicații: hemoragii subconjunctivale, hernii abdominale sau inghinale, peteșii la nivelul trunchiului și al feței, pneumotorax, fracturi costale, anevrisme, sincopă.

Acces de tuse la sugar



Coaliția de Acțiune pentru Imunizare

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Stare generală • prezența acceselor paroxistice de tuse spasmodică și frecvența acestora • respirație • pierderea în greutate • integritatea țesuturilor (hernii, fracturi, hemoragii subconjunctivale, peteșii)	• accese frecvente (dificultăți de somn, alimentare, hidratare) • fracturi • hernii • tulburări respiratorii în pneumotorax - junghi toracic unilateral cu debut brusc, dispnee amplificată de efort, tuse iritativă, cianoză și insuficiență respiratorie în cazurile grave
INTERVENȚII	TRIMITERE
• Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	• Apel la 112 dacă sunt instalate motivele de alertare • Trimiterea cazului la medicul de familie

24 Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.525-531

DEFINIȚIE

Este produsă de infecția cu virusul hepatitei B (VHB), un virus AND din familia *Hepadnaviridae*, care se se caracterizează prin latența infecției și risc de evoluție spre hepatită cronică, ciroză și hepatocarcinom.

MANIFESTĂRI CLINICE

- *Incubație* :45-180 de zile

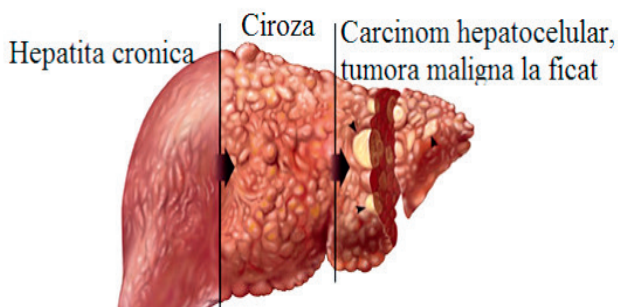
- *Faza preicterică* :scăderea apetitului, disconfort abdominal, greață, vărsături, uneori artralгии, erupții

- *Faza icterică*:se accentuează simptomele din faza preicterică și apar *icterul* (îngălbenirea tegumentelor și sclerelor), urini hiperchrome, scaune decolorate, hepatomegalie, uneori splenomegalie, adenopatii.

Severitatea variază de la cazuri inaparente la cazuri fulminate cu necroză hepatică și deces. Evoluția fulminantă este mai frecvent întâlnită la gravide și la nou-născuții din mame infectate cu VHB.

Infecția acută cu virus hepatic B evoluează spre o afecțiune hepatică cronică (**hepatită cronică, ciroză, cancer hepatic**) la 90 % din nou născuții proveniți din mame infectate cu virus hepatic B, la 30 % din copiii care se infectează înainte de 5 ani și la 2-10 % dintre adulții infectați.

Riscuri de evoluție infecție cu virus hepatic B



EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
- Stare generală - prezența icterului, urinelor hiperchrome, scaunelor decolorate Atenție ! Nou-născut și gravidă	<i>Risc de evoluție fulminantă:</i> - hepatită acută B la nou născut sau la gravidă - agravarea bruscă a simptomelor
INTERVENȚII	TRIMITERE
Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	Trimiterea cazului la medicul de familie

INFECȚIA CU HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIP B²⁶

DEFINIȚIE

Infecțiile produse de *Haemophilus influenzae tip b (Hib)* pot evolua de la cazuri asimptomatice (majoritatea), la forme simptomatice : pneumonie (a 2-a cauză la copil), otită acută medie, sinuzită, bronșită, conjunctivită, infecții urinare, până la formele invazive (meningită, septicemie) . 28% din meningitele Hib sunt urmate de sechele: pierderea auzului (20%), dislalie (15 %), retard mintal (11 %), afectare motorie (7%). Mortalitatea este de 3 - 8 %.

MANIFESTĂRI CLINICE

Pneumonie :

Febră și frisoane, tuse, dificultăți de respirație, transpirație, dureri în piept, durere de cap, dureri musculare, oboseală excesivă

Febră și frisoane

Septicemie:

Oboseală excesivă, durere abdominală, greață cu sau fără vărsături, diaree, anxietate

Dificultăți de respirație , Alterarea stării mentale (confuzie)

Meningită

Febră, durere de cap

Redoare de ceafă, greață cu sau fără vărsături, fotofobie (ochii fiind mai sensibili la lumină)

Alterarea stării mentale (confuzie)

Bebelușii cu meningită pot fi iritabili, vomită, se pot hrăni prost sau par a fi lenți sau inactivi

Celulita brațului cu *Haemophilus influenzae tip b*, dovedită prin hemocultură



Sursa: Coaliția de Acțiune pentru Imunizare

EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală
- Temperatura, respirație, sensibilitate otică, reacția la lumină, alimentație
- Prezența semnelor de boală

MOTIVE DE ALERTARE

- febră, convulsii febrile, dificultăți de respirație, fotofobie, confuzie

INTERVENȚII

- scăderea febrei

TRIMITERE

- Apel la 112 dacă prezintă motive de alertă
- Trimiterea cazului (insotire) la medicul de familie

26 Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.508-515

DEFINIȚIE

Poliomielita este infecție virală acută severă, produsă de virusurile poliomielitice, care poate evolua de la forme asimptomatice până la forme severe de poliomielită paralizică. Din 100 de copii cu poliomielită, între 5 și 10 mor, 25 rămân cu paralizii ușoare-moderate, 15 rămân toată viața cu paralizii severe.

MANIFESTĂRI CLINICE

Manifestari clinice:

- *Incubație*: în medie 7-14 zile (între 3 și 21 de zile)
- Forma cea mai comună este de *infecție asimptomatică* (~95%),
- *Meningită* aseptică (1-5%): febră, redoare de ceafă, fotofobie, vărsături
- Sub 1% *poliomielită paralizică*: paralizie flască, hipotonă, asimetrică, cu reducerea până la abolire a reflexelor osteotendinoase (ROT) care sunt asimetrice, inegale și predomină la rădăcinile membrelor. Dacă sunt afectați mușchii respiratori, în absența respirației artificiale, poate surveni decesul.

Un copil cu o deformare a piciorului drept cauzată de infecția cu poliovirus



Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Image Library.

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Stare generală • Semne vitale (temperatură, respirație) • Prezența paraliziei acute flasce	• Paralizia flască (moale, lipsită de rezistență la mișcarea de flexie) apărută în mod brusc, instalată în curs de câteva zile, la un copil de până la 15 ani sau la orice persoană de orice vârstă dacă se suspectează poliomielița. febră, convulsii febrile, dificultăți de respirație, fotofobie, confuzie
INTERVENȚII	TRIMITERE
• scăderea febrei • Verificare antecedente vaccinale la copiii din familie și comunitate și trimiterea la vaccinare a celor sub 13 ani nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	• Apel la 112 dacă prezintă motive de alertă • Trimiterea cazului (însoțire) la medicul de familie

DEFINIȚIE
Rubeola este o boală infecto-contagioasă, specific umană, provocată de <i>virusul rubeolic</i> caracterizată prin febra, poliadenopatie și exantem de aspect maculo-papulos care apare la nivelul feței și se extinde rapid pe trunchi și extremități și are o durată medie 3 zile.

MANIFESTĂRI CLINICE
- <i>Incubația</i> medie este de 14 zile (12-23 zile). - <i>Faza prodromală</i> (anterioară erupției, 1-5 zile): subfebrilitate, stare generală modificată, tuse. - <i>Perioada eruptivă</i> (de stare): febra, poliadenopatie și exantem de aspect maculo-papulos care apare la nivelul feței și se extinde rapid pe trunchi și extremități și are o durată medie 3 zile. Sindromul de rubeolă congenitală : - manifestări permanente: deficit de auz/surditate, defecte oculare (cataractă, cornee opacă, microftalmie, retinopatie pigmentară, glaucom congenital), defecte cardiace, microcefalie, sechele sistem nervos. - manifestări pasagere: hepatosplenomegalie, pneumonie interstițială, trombocitopenie cu purpură/peteșii, anemie hemolitică, radiotransparență osoasă, retard de creștere intrauterină, adenopatii, meningoencefalită.

Copil cu cataractă congenitală



EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Stare generală • Semne vitale (temperatură, respirație) • Prezența febrei, erupția, adenopatiile	• sarcină la femeia infectată • sarcină la o persoană din familia cazului infectat

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Verificare antecedente vaccinale la copiii din familie și comunitate și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.	• Trimiterea cazului (însotire) la medicul de familie

28 Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.1015-1018

INFECȚIA URLIANĂ sau OREIONUL sau PAROTIDITA EPIDEMICĂ²⁹

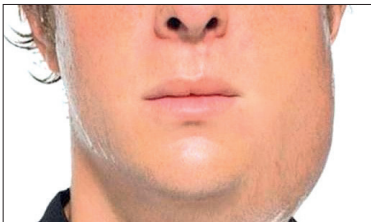
DEFINIȚIE

Oreionul (parotidita epidemică) este o infecție virală acută, sistemică, asociată în mod clasic cu tumefacția uneia sau a ambelor glande parotide.

MANIFESTĂRI CLINICE

- *Incubația* medie este de 19 zile (7-23 zile).
 - *Faza prodromală* (anterioară erupției, 1-5 zile): subfebrilitate, stare generală modificată, cefalee, anorexie.
 - *Perioada de stare*: tumefacție unilaterală sau bilaterală a glandei parotide, cu durată de peste 2 zile, dureroasă, însoțită de otalgia (durerea de ureche), disfagie (dificultate de înghițire), dificultate de vorbire.
- Virusul poate afecta și alte glande și țesuturi: glandele salivare, pancreasul (pancreatită urliană), sistemul nervos (meningită/encefalită urliană), organele genitale (orhită, orhiepididimită, ovarită).

Tânăr cu parotidită urliană



EVALUAREA PACIENTULUI

- stare generală
- temperatura
- prezenta semnelor de boala
- prezența semnelor/simptomelor de afectare a sistemului nervos central
- prezența simptomelor de afectare pancreatică

MOTIVE DE ALERTARE

- Risc afectare sistem nervos central*
- febră mare, alterarea stării de conștiență, convulsii, modificări neurologice
 - pareze și paralizii
 - cefalee, redoare de ceafă, vertij
- Risc afectare pancreatică*
- durere abdominală persistentă

INTERVENȚII

- scăderea febrei
- Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.

TRIMITERE

- Apel la 112 dacă bolnavul cu oreion prezintă motive de alertare
 - Trimiterea cazului la medicul de familie.

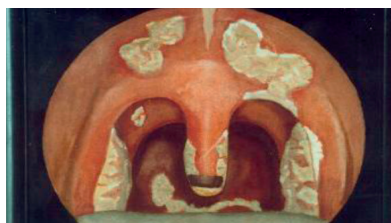
²⁹ Harrison, Boli Infecțioase, Editura All, București, 2020, pag.1019-1023

DEFINIȚIE

Difteria este o boală infecțioasă acută, transmisibilă, provocată de bacilul Gram pozitiv *Corynebacterium diphtheriae*, bacterie care rămâne la poarta de intrare, se multiplică și determină fenomene locale (edem și false membrane) și elaborează o toxină care difuzează în organism, determinând fenomene toxice la distanță, în diferite organe. La locul infecției poate apărea o pseudomembrană caracteristică.

MANIFESTĂRI CLINICE

- *Incubația* medie este 2-5 zile.
- *Perioada de stare difteria respiratorie*: dureri în gât, false membrane aderente tonsilare, faringeele, nazale și subfebrilitate.
- *Perioada de stare difteria cutanată*: leziuni ulcerative cu aspect de perforații, cu țesut necrotic care se desprinde sau cu pseudomembrane.

Difterie respiratorie**Difterie cutanată**

Abordarea în
comunitate a
principalelor
boli
infecțioase

EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală
- prezența falselor membrane/leziunilor cutanate ulcerative
- respirație (falsele membrane pot produce obstrucția căilor respiratorii)
- cardiac (toxina difterică poate produce miocardită)
- neurologic (toxina difterică poate produce polineuropatii)

MOTIVE DE ALERTARE

- tulburări respiratorii
- tulburări de ritm cardiac
- tulburări neurologice

INTERVENȚII

- Verificare antecedente vaccinale la membri de familie și trimiterea la vaccinare a celor nevaccinați conform Programului Național de Vaccinare.

TRIMITERE

- Apel la 112 dacă bolnavul nu are medic de familie sau medicul de familie este indisponibil în orele următoare
- Trimiterea cazului la medicul de familie.

TUBERCULOZA³¹

DEFINIȚIE

Tuberculoza este boală infectocontagioasă produsă de bacilul Koch, care poate afecta orice organ sau țesut, dar în marea majoritate a cazurilor afectează plămânii.

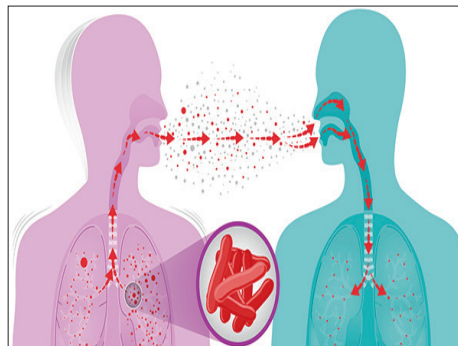
MANIFESTĂRI CLINICE

Suspiciunea de tuberculoză se ridică la pacienții care prezintă următoarea simptomatologie clinică persistentă mai mult de 3 săptămâni: tuse, subfebrilitate, astenie fizică, inapetență, scădere ponderală, transpirații nocturne, hemoptizii.

EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală, alimentație, greutate
- Semne vitale (temperatură, respirație)
- Prezența semnelor de boala

Cum se transmite Tuberculoza



Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention,
[Division of Tuberculosis Elimination, National Centers for Disease Control and Prevention](#)

MOTIVE DE ALERTARE

- hemoptizie
- tulburări respiratorii accentuate
- scădere ponderală importantă
- necompliance la tratament
- consumul de alcool

INTERVENȚII

- monitorizarea administrării tratamentului tuberculostatic/chimioprofilaxiei la contacti

TRIMITERE

- Trimitere (însotire) la medicul de familie
 - Trimitere (însotire) la medicul pneumoftiziolog

31 <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>

HEPATITA

DEFINIȚIE

Hepatita este o inflamație a ficatului, acută sau cronică. Ficatul este un organ unic. Este singurul organ care se regenerează, putându-se regenera chiar complet.
Ciroza hepatică este stadiul final al bolilor hepatice, fiind urmată de obicei de apariția complicațiilor.

Tipuri

Hepatitele acute - sunt cele care evoluează în mai puțin de 3 luni

- Hepatitele virale:

Hepatita virală a (hepatita epidemică)

Hepatita virală b

Hepatita virală c

Hepatitele cronice - o hepatită este numită cronică atunci când evoluează pe o durată mai mare de 6 luni.

Hepatita cronică cu virus b

Hepatita cronică cu virus c

Hepatitele toxice și medicamentoase:

Hepatita toxică

Hepatita alcoolică

Hepatita autoimună

Hepatita A simptome, tratament și prevenire

Hepatita A, numită și hepatita infecțioasă sau hepatita virală de tip A, este o inflamație a ficatului cauzată de virusul hepatitei A.

CAUZE, CAI DE TRANSMITERE	SIMPTOME
- Hepatita A este cea mai inofensivă și frecventă hepatită virală. Transmiterea bolii se face în general prin consumul alimentelor infestate sau prin contactul direct cu lichide poluate cu fecalele persoanelor infectate ori cu obiecte ce conțin cantități microscopice de materii fecale provenite de la un bolnav. - Apropierea de o persoană cu hepatita A crește șansele contactării infecției. Actele sexuale neprotejate cu un purtător al virusului A este de asemenea o cale posibilă de transmitere a bolii.	Primele semne ale hepatitei A sunt similare cu cele ale unei gripe obișnuite, cu febră, astenie marcată, cefalee și stare de curbură. Alte simptome întâlnite la debutul bolii sunt: - oboseala accentuată - greața și vărsăturile - durerile, disconfortul abdominal, în special în regiunea ficatului - pierderea apetitului alimentar <u>urina închisă la culoare</u> <u>durerile musculare</u> După aproximativ o săptămână de la finalul perioadei de incubație, apare colorația galbenă a pielii și a albului ochilor, ce poartă numele de icter. Scaunele bolnavului încep să fie anormal de deschise la culoare. Simptomele și semnele hepatitei A pot persista mai puțin de două luni, însă există și cazuri în care ele continuă să se manifeste până la 6 luni. În plus, nu toți cei care contactează virusul A dezvoltă simptomele specifice bolii.

PREVENIRE

Cea mai eficientă cale de prevenire a hepatitei A este vaccinarea, prin doua injecții administrate la un interval de o lună, cu rapel după 6 luni și după un an, apoi la fiecare 10 ani. Medicii recomandă vaccinarea împotriva hepatitei A următoarelor categorii de populație:

- copiii care au împlinit un an sau copiii care nu au fost vaccinați la împlinirea a 12 luni de viață.
- persoanele care călătoresc în regiuni cu risc de infectare.
- persoanele care folosesc droguri ilicite, atât injectate cât și administrate pe alte căi.
- persoanele cu boli hepatice cronice.

Alte măsuri de prevenire a infectării cu virusul hepatitei A și care pot fi recomandate de asistentul medical comunitar sunt:

- spălarea frecventă a mâinilor cu apă și săpun din abundență, în special după folosirea toaletei și înaintea preparării alimentelor.
- consumul exclusiv de apă potabilă din surse sigure.
- consumul de fructe și legume foarte bine spălate, precum și de carne gătită la temperaturi ridicate.

Hepatita virală B

Hepatita virală B este o boală severă, cauzată de infecția cu virusul hepatitic B.

CAUZE, CAI DE TRANSMITERE	SIMPTOME
• Virusul hepatitei B se găsește în sângele infectat sau alte lichide infectate ale organismului uman, ca de exemplu sperma sau secrețiile vaginale; transmiterea se poate face pe cale percutană (prin <u>transfuzii sanguine</u> cu sânge infectat, prin utilizarea seringilor și a acelor contaminate, manevre sângerânde la stomatologie, manichiura, pedichiura, piercing etc.), pe cale sexuala (contact sexual neprotejat cu o persoana purtătoare a <u>AgHBs</u>) și perinatală (de la mama infectata la nou-născut).	Simptomele hepatitei acute B includ: <u>icter</u> (îngălbenirea pielii sau a scleroticelor - partea alba a ochilor și/sau colorarea în maro sau portocaliu a urinei) decolorarea scaunului (fecalelor) <u>oboseala</u> inexplicabilă care persistă săptămâni sau luni de zile simptome asemănătoare celor date de <u>gripă</u> , cum ar fi <u>febra</u> , inapetența (lipsa poftei de mâncare), <u>greața și vărsături</u> dureri abdominale.

PREVENIRE

Măsurile de prevenire a infectării cu virusul hepatitei B și care pot fi recomandate de asistentul medical comunitar sunt:

- vaccinarea, în cazul în care persoana nu este deja infectată
- folosirea prezervativului la fiecare contact sexual
-
- bandajarea tuturor rănilor deschise
-
- nu se împrumută periutele de dinți, aparatele de ras, de epilat, cerceii, forfecuțele de manichiură, pedichiură
-
- nu se mestecă bolul alimentar (mâncarea) în locul copilului

DEFINIȚIE

Sunt determinate de *Streptococcus pneumoniae* (pneumococ) care poate provoca multe tipuri de infecții: pneumonie, otită, meningită la copilul mic. Unele dintre aceste infecții pot pune viața în pericol. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că *Streptococcus pneumoniae* ucide aproape o jumătate de milion de copii sub 5 ani în întreaga lume în fiecare an. Majoritatea acestor decese au loc în țările în curs de dezvoltare.

Streptococcus pneumoniae este cauza principală a mortalității prin pneumonie la nivel global.

MANIFESTĂRI CLINICE

- Incubația bolii este variabilă, în general 1-3 zile.
 - **Simptomele meningitei** includ debutul brusc, febră, durere de cap, redoare de ceafă.
- Există adesea alte simptome, cum ar fi: greață, vărsături, fotofobie (ochii fiind mai sensibili la lumină), alterarea stării mentale (confuzie).
- Nou-născuții și bebelușii pot să nu aibă sau poate fi dificil de observat simptomele clasice enumerate mai sus.
- În schimb, bebelușii pot prezenta: lentoare sau inactivitate, iritabilitate, vărsături, refuzul alimentației, bombarea fontanelei frontale („punctul moale” de pe capul unui copil), reflexe anormale.

Un clinician examinează o radiografie toracică a unui pacient cu pneumonie pneumococică



EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Stare general • Semne vitale (temperatură, respirație, alimentație) • Prezența semnelor de meningită.	• prezența semnelor de meningită, îndeosebi la sugar și copilul mic
INTERVENȚII	TRIMITERE
• scăderea febrei	• Apel la 112 dacă există semne de meningită

32 Harrison, Boli Infecțioase,Editura All, București, 2020, pag.429-441

DEFINIȚIE

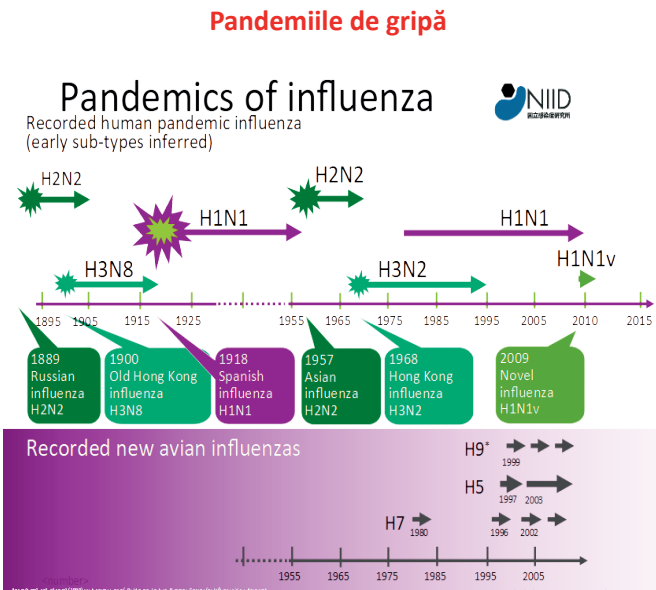
Gripa este o boala infecțioasă acută cu un potențial epidemic crescut, produsă de virusurile gripale, virusuri caracterizate prin variabilitate antigenică crescută, ceea ce implică vaccinarea anuală a grupelor populaționale la risc.

MANIFESTĂRI CLINICE

- *Incubația* bolii este în general de 2-3 zile(se poate prelungi până la 7 zile).

Debut brusc cu febră, cefalee, transpirații, frisoane, mialgii, astenie, stare de rău general , la care se adaugă semne de afectare a tractului respirator precum tuse și durere în gât.

Există totuși o mare varietate de manifestare a bolii, simptomele generale pot predomina, se pot îmbina cu cele respiratorii sau pot fi de intensitate redusă, îmbolnăvirile variind de la ușoare la cazuri severe .



EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală
- Semne vitale (temperatură, respirație)
- Prezenta semnelor de boala (febră,tuse, mialgii, atralgii)

MOTIVE DE ALERTARE

- tuse frecventă, disfuncție respiratorie
- febră persistentă

INTERVENȚII

- scăderea febrei

TRIMITERE

- trimitere (însoțire) la medicul de familie

33 Harrison, Boli Infecțioase,Editura All, București, 2020, pag.833-842

INFECȚIA CU HPV³⁴

Infecțiile cu HPV sunt foarte frecvente, aproape toată lumea făcând o infecție HPV la un moment dat de-a lungul vieții. Majoritatea infecțiilor cu HPV (9 din 10) dispar de la sine în decurs de 2 ani. Dar uneori, infecțiile cu HPV vor dura mai mult și pot provoca unele tipuri de cancer.

Aproape toate cazurile de cancer de col uterin (99%) sunt legate de infecția cu papilomavirusuri umane (HPV) cu risc ridicat, un virus extrem de comun transmis prin contact sexual.

Deși majoritatea infecțiilor cu HPV se rezolvă spontan și nu provoacă simptome, infecția persistentă poate provoca cancer de col uterin la femei. Când este diagnosticat, cancerul de col uterin este una dintre formele de cancer cel mai bine tratabile, atâta timp cât este detectat precoce și gestionat eficient. Cancerelor diagnosticate în stadii avansate pot fi, de asemenea, controlate cu tratament adecvat și îngrijiri paliative.

Cu o abordare cuprinzătoare de prevenire, screening și tratare, cancerul de col uterin poate fi eliminat ca o problemă de sănătate publică în decurs de o generație.

Infecțiile cu HPV pot provoca cancer de:

Col uterin, vagin și vulvă la femei
Penis la bărbați
Anus atât la femei, cât și la bărbați
Orofaringe atât la bărbați, cât și la femei.

Abordările eficiente de prevenire primară (vaccinarea HPV) și secundară (screening și tratarea leziunilor precanceroase) vor preveni majoritatea cazurilor de cancer de col uterin.

În România, cancerul de col uterin este principala cauză de mortalitate prin cancer la femeile cu vârste între 15 și 44 de ani .

Intervenții

- Încurajați părinții să își vaccineze HPV fetele
- Încurajați femeile să acceseze programul de screening de cancer uterin.

Beneficiază de **vaccinare HPV gratuită, toate fetele între 11 și 18 ani, pentru care părinții depun solicitare de vaccinare la medicul de familie!**

Beneficiază de **screening de cancer de col uterin gratuit**, toate femeile în vârstă de 25-64 ani care au calitatea de asigurat, precum și femeile care au domiciliul în România și care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse și care îndeplinesc următoarele condiții:

- nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
- sunt asimptomatice;
- nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

Nu sunt eligibile femeile care:

- prezintă absența congenitală a colului uterin;
- prezintă histerectomie totală pentru afecțiuni benigne;
- au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
- au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital

Programul național de vaccinare³⁵

DEFINIȚII

VACCIN = produs biologic care conține suspensii (antigene) de virusuri sau bacterii vii atenuate, inactivate (omorâte) sau fracțiuni din acestea și care se administrează cu scopul de a induce un răspuns imun protector specific.

VACCINARE= manevra prin care se administrează un vaccin

PROGRAM NAȚIONAL DE VACCINARE= program oficial al unui stat, recomandat pentru administrarea vaccinurilor tuturor persoanelor eligibile, în funcție de vârstă .

³⁴ <https://www.cdc.gov/hpv/>

³⁵ Formarea profesională în domeniul epidemiologiei și promovarea utilizării noilor tehnologii pentru personalul din sectorul sănătății POSDRU/81/3.2/S/59337, Manual de curs pentru medici epidemiologi , Editura Dobrogea Constanța, 2011

Programul Național de Vaccinare(P.N.V.) din România³⁶ are 3 componente :

Pentru boli transmisibile ce au potențial mare de severitate și/sau răspândire, se asigură prevenția prin vaccinare gratuită și sistematică a tuturor persoanelor eligibile , împotriva următoarelor boli:	Pentru boli transmisibile ce au potențial mare de severitate și/sau răspândire pentru anumite categorii populaționale , se asigură prevenția prin vaccinare gratuită a categoriilor la risc :	Pentru controlul unor epidemii :
- tuberculoza - difteria - tetanosul - tusea convulsivă (tuse măgărească) - poliomielite (paralizie infantilă) - infecții cu Haemophilus tip b - infecții pneumococice - hepatita B - rujeola (pojar) - rubeola - parotidita epidemică (oreion)	- infecțiile HPV- se asigură pe baza solicitărilor efectuate de părinți, vaccinarea fetelor între 11-18 ani - infecțiile gripale- se asigură pe baza catagrafiilor efectuate de medicii de familie, vaccinarea persoanelor din grupele populaționale la risc stabilite de Organizația Mondială a Sănătății - vaccinarea dT a gravidelor- se asigură pe baza catagrafiilor efectuate de medicii de familie, vaccinarea gravidelor eligibile	- vaccinarea împotriva infecției SARS CoV 2 - rujeolă , - hepatită A, - febra tifoidă, - dizenterie, - holeră

ALTE VACCINURI

Există și vaccinuri împotriva unor boli transmisibile, neincluse la data prezentă în Programul Național de Vaccinări, care se pot procura contra cost și pot fi administrate la recomandarea medicului (împotriva hepatitei A, varicelei, infecțiilor rotavirale, infecțiilor meningococice).

TIPURI DE VACCINURI

Unele vaccinuri se adresează unui singur agent patogen, **vaccinuri monovalente**, cum sunt vaccinul BCG (împotriva tuberculozei), vaccinul hepatic B (împotriva infecției cu virus hepatic B), altele sunt **vaccinuri combinate**, printr-o singură injecție administrându-se vaccin care protejează împotriva mai multor agenți patogeni, cum este vaccinul hexavalent DTP-IPV-HepB-Hib (împotriva difteriei, tetanosului, tusei convulsive, poliomielitei, hepatitei B, infecțiilor cu haemophilus tip B) .

Dintre vaccinurile administrate în PNV, cu excepția vaccinului BCG, pentru toate celelalte vaccinuri sunt prevăzute mai multe doze, care se administrează la anumite intervale de timp, pentru asigurarea consolidării răspunsului imun.

Calendarul vaccinărilor ce se adresează tuturor copiilor în România

Vârsta recomandată	Vaccinuri	Comentarii
Primele 24 de ore	Hep B	În maternitate
2 – 7 zile	BCG	În maternitate
2 luni	DTPa-VPI-Hib-Hep B Pneumococic	Medicul de familie
4 luni	DTPa-VPI-Hib-Hep B Pneumococic	Medicul de familie
11 luni	DTPa-VPI-Hib-Hep B Pneumococic	Medicul de familie
12 luni	RRO	Medicul de familie
5 ani	RRO	Medicul de familie
6 ani	DTPa-VPI	Medicul de familie
14 ani	dt	Medicul de familie

Abrevieri:

BCG = vaccin de tip Calmette Guérin

Hep B = vaccin hepatic B

DTPa-VPI-Hib-Hep B = vaccin diftero-tetano-pertusis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatic B

RRO = vaccin rujeolic-rubeolic-oreion

DTPa-VPI = vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic

dT = vaccin diftero-tetanic pentru adulți

36 Ordinul MS nr. 377 din 30 martie 2017 privind aprobarea **NORMELOR TEHNICE** de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 223 din 31 martie 2017, cu modificările ulterioare

CONTRAINDICAȚII

Singura contraindicație definitivă reală³⁷ pentru un vaccin este *Reacția alergică severă după o vaccinare anterioară cu același vaccin sau cu un vaccin care conținea aceleași componente.*

Există contraindicații temporare la vaccinare, dar numai medicul poate stabili aceste contraindicații ale vaccinării, precum și momentul când va putea fi făcută următoarea vaccinare.

REAȚII ADVERSE³⁸

Unele vaccinuri pot produce, la anumiți copii, mici reacții locale, manifestate cel mai frecvent prin înroșirea pielii și durere moderată, precum și reacții generale, respectiv febră până la 38-38,5 grade Celsius. În aceste condiții se pun comprese reci la locul administrării, se administrează antitermice orale sau supozitoare și se monitorizează în continuare copilul.

În cazul apariției altor fenomene mai serioase: febră crescută, vărsături, somnolență, stare generală modificată, copilul trebuie să fie examinat de către medic.

TIPURI DE REACȚII ADVERSE³⁹

REAȚIILE LOCALE	REAȚIILE DE TIP SISTEMIC	REAȚIILE ALERGICE
- Sunt cele mai frecvente, dar mai puțin severe: durere, edem, roșeață la locul de administrare. - În general, apar la câteva ore de la administrare și sunt de obicei autolimitate. - Pot apare până la 80% din dozele de vaccin, în funcție de tipul vaccinului: – Sunt mai des întâlnite la vaccinurile inactivate, mai ales la cele care conțin adjuvanți (ex. vaccinul diftero-tetano-pertussis)	- Sunt manifestări generalizate care includ febră, mialgii, cefalee, artralgii, stare de rău etc. - Pot apare după administrarea vaccinurilor vii atenuate și sunt determinate de replicarea virală. - Sunt similare unei forme ușoare a bolii naturale. Erau relativ frecvente după administrarea vaccinului DTP, datorită componentei pertussis (celulare).	- Sunt cel mai puțin frecvente (< 1 caz la 1 milion de doze), dar cele mai severe; pot pune în pericol viața. - Pot fi cauzate de antigenul vaccinal sau de o altă componentă a vaccinului (antibiotic, conservant, stabilizatori, substanțe din mediul de cultură celulară etc). - Șocul anafilactic este una dintre cele mai grave reacții care pot apare după o vaccinare, de aceea trebuie recunoscut și intervenit imediat. La fiecare punct de vaccinare trebuie să existe protocolul de management al șocului anafilactic și trusa de urgență !

Principalele activități în realizarea unei vaccinări, la care asistentul medical comunitar poate avea o contribuție majoră

1. Catagrafia persoanelor vaccinabile, înregistrarea corectă a tuturor celor ce trebuie vaccinați.
2. Informarea și mobilizarea populației la vaccinare.
3. Recuperarea restanțierilor – a celor cu contraindicații temporare dar și a celor care din alte motive nu au fost vaccinați (neprezentare, nu s-au aflat în localitate, etc).

Urmărirea reacțiilor postvaccinale.

Pentru administrarea tuturor vaccinurilor menționate se utilizează numai seringi de unică folosință (NU se folosesc apoi la alți copii)!

Toate vaccinurile și rapelurile aferente prevăzute în Programul Național de Imunizare sunt gratuite și toți copiii născuți în România au dreptul să beneficieze de acest program.

În maternitate mama primește CARNETUL DE VACCINARI pe care îl va prezenta la fiecare prezentare a copilului la o unitate medicală ! (nu numai când urmează să fie vaccinat)

Părinții, ca tutori legali ai copilului, au responsabilitatea să se informeze din surse legitime despre beneficiile și riscurile vaccinării și să își dea consimțământul informat pentru toate vaccinurile administrate copilului lor.

37 Stanley Plotkin, Walter Orenstein, Paul Offit, Vaccines, fifth edition, Saunders Elsevier, 2008, pag. 101-106

38 Stanley Plotkin, Walter Orenstein, Paul Offit, Vaccines, fifth edition, Saunders Elsevier, 2008, pag. 1554-1555

39 Formarea profesională în domeniul epidemiologiei și promovarea utilizării noilor tehnologii pentru personalul din sectorul sănătății POSDRU/81/3.2/S/59337, Manual de curs pentru medicii epidemiologi, Editura Dobrogea Constanța, 2011, pag. 24

Reguli generale pentru activitatea de vaccinare, importante la stabilirea catagrafiilor de vaccinare a eligibililor și restanțierilor⁴⁰

- Pentru obținerea unui răspuns optim vaccinurile ar trebui să fie administrate la vârsta și la intervalele recomandate.
- Când acestea nu pot fi respectate se va ține seama de următoarele aspecte:
 - ☐ Un vaccin inactivat poate fi administrat simultan sau în orice moment, înainte sau după administrarea unui alt vaccin inactivat sau viu
 - ☐ Între dozele succesive ale aceluiași vaccin sau între vaccinuri diferite se vor respecta intervalele minime recomandate
- Întreruperea schemei de vaccinare, nu impune reluarea întregii serii de administrări sau administrarea unor doze suplimentare.
- Un interval mai lung între doze nu reduce concentrația finală de anticorpi, dar întârzie instalarea imunității
- Protecția optimă se obține după ce se administrează numărul total de doze recomandate
- **Un interval mai scurt decât intervalul minim recomandat între dozele de vaccin poate influența răspunsul imun cu scăderea nivelului de protecție.**

Catagrafiere eligibili și recuperare restanțieri⁴¹:

VACCIN BCG :

- Eligibili - vaccinare în Maternitate , la vârsta de 2-7 zile.
- Recuperare:
 - până la 2 luni, fără testare IDR la PPD.
 - 3 luni-4 ani, numai după testare IDR la PPD⁴², numai a celor cu rezultat negativ.

VACCIN HEPATIC B :

- Eligibili - vaccinare în Maternitate, în primele ore după naștere.
- Doza nu se recuperează!
- Nou-născuții din mame AgHBs pozitive și AgHBe pozitiv ± Ac anti-HBe pozitivi ar trebui să primească HIGB (Imunoglobulina umană specifică anti-VHB) în primele 12 ore după naștere gravidele să fie testate!

VACCIN DTPa-VPI-Hib-Hep B (vaccin hexavalent)

Lot de bază	Restanțieri
• Doza 1 - toți copiii de 2 luni la data vaccinării • Doza 2-toți copiii de 4 luni la data vaccinării și OBLIGATORIU 1 dz vaccin • Doza 3- copii cu vârsta de 11 luni la data vaccinării si OBLIGATORIU 2 dz vaccin	• Doza 1- toți copiii cu vârsta mai mare de 2 luni (până la 24 luni) la data vaccinării și 0 dz vaccin . • Doza 2 - toți copiii cu vârsta mai mare de 4 luni (până la 24 luni) la data vaccinării și OBLIGATORIU 1 dz vaccin • Atenție! respectarea intervalului de minim 1 lună între dz I și dz II . • Doza 3 - toți copiii cu vârsta mai mare de 11 luni (până la 24 luni) la data vaccinării și OBLIGATORIU 2 dz vaccin • Atenție! respectarea intervalului de minim 6 luni între dz II și dz III .
Produsul HEXACIMA nu se administrează peste vârsta de 24 luni	
Produsul INFANRIX HEXA nu se administrează peste vârsta de 36 luni!	

40 Formarea profesională în domeniul epidemiologiei și promovarea utilizării noilor tehnologii pentru personalul din sectorul sănătății POSDRU/81/3.2/S/59337, Manual de curs pentru medicii epidemiologi , Editura Dobrogea Constanța, 2011 , pag.22-23
41 Stanley Plotkin, Walter Orenstein, Paul Offit, Vaccines, fifth edition, Saunders Elsevier, 2008, pag.88-96

42 <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-supraveghere-si-control-al-bolilor-transmisibile-cnsb/ghiduri-si-protocoale/>
Scrisoare metodologica privind vaccinarea BCG, citirea cicatricii vaccinale BCG si recuperarea restanțierilor Actualizare 27.06.2017

VACCIN PNEUMOCOCIC

Lot de bază	Restanțieri
- Doza 1- toți copiii de 2 luni la data vaccinării - Doza 2 - toți copiii de 4 luni la data vaccinării și OBLIGATORIU 1 dz vaccin - Doza 3 - copiii cu vârsta de 11 luni la data vaccinării și OBLIGATORIU 2 dz vaccin	- Doza 1 - toți copiii cu vârsta mai mare de 2 luni la data vaccinării , născuți după 1 august 2017, și 0 dz vaccin . - Doza 2- toți copiii cu vârsta mai mare de 4 luni la data vaccinării, născuți după 1 august 2017 și OBLIGATORIU 1 dz vaccin . Atenție Recuperare: Sugari cu vârsta cuprinsă între 7 și 11 luni - Două doze a câte 0,5 ml, cu un interval de cel puțin 1 lună între doze. Administrarea unei a treia doze este recomandată în cel de-al doilea an de viață. Copii cu vârsta cuprinsă între 12 și 23 luni - Două doze a câte 0,5 ml, cu un interval de cel puțin 2 luni între doze . Copiii peste 2 ani - O singură doză, de 0,5 ml. - Dacă au boli cronice (cardiace, pulmonare, diabet, implant cohlear, siclemie, hemoglobinopatii, splenectomie, infecție HIV, etc) - 2 doze a câte 0,5 ml, cu un interval de cel puțin 2 luni între doze.

VACCIN ROR

Lot de bază	Restanțieri
- Doza 1-toți copiii care împlinesc 12 luni la data vaccinării - Doza 2-toți copiii care împlinesc 5 ani în luna vaccinării și OBLIGATORIU 1 dz vaccin administrată peste 12 luni	- Doza 1- toți copiii cu vârsta mai mare de 12 luni (până 9 ani) la data vaccinării și 0 dz vaccin administrate peste 12 luni. - Doza 2- toți copiii cu vârsta între 5 și 9 ani în luna vaccinării și OBLIGATORIU 1 dz vaccin administrată peste 12 luni
Atenție ! În focar se administrează tuturor contactilor direcți, fără limită superioară de vârstă! Copiii care au făcut una dintre boli (rujeolă/rubeolă/oreion) vor fi vaccinați ROR pentru a fi protejați împotriva celorlate boli pentru care vaccinul conține antigene!	

VACCIN DTPa-VPI

Lot de bază	Restanțieri
Copiii care împlinesc 6 ani în luna vaccinării.	Copiii nevaccinați cu vârste între 6 ani și 1 lună și 7 ani fără 1 zi.
Atenție ! Se poate utiliza pentru recuperarea dozelor restante la vaccinul DTPa-VPI-Hib-Hep B (vaccin hexavalent). Se recuperează numai doza/dozele restante, nu se reia vaccinarea! Se respectă intervalul de minim 6 luni între dz II și dz III între vaccinuri pentru antigenele DTPa-VPI. Se respectă intervalul de minim 6 luni între dz III și dz IV între vaccinuri pentru antigenele DTPa-VPI. Se administrează numai până la 13 ani !!	

Grupele populaționale considerate la risc și pentru care Organizația Mondială a Sănătății recomandă vaccinarea antigripală⁴³ :

1. Persoane cu vârsta cuprinsă între 6 luni – 64 ani în evidență cu afecțiuni medicale cronice pulmonare, cardiovasculare, metabolice, renale, hepatice, neurologice, diabet zaharat, obezitate, astm sau cu virusul imunodeficienței umane;
2. Copii cu vârsta cuprinsă între 6 luni – 59 luni;
3. Gravide;
4. Medici, cadre sanitare medii și personal auxiliar, atât din spitale, cât și din unitățile sanitare ambulatorii, inclusiv salariați ai instituțiilor de ocrotire (copii sau bătrâni) și ai unităților de bolnavi cronici, care prin natura activității vin în contact respirator cu pacienții sau asistații;
5. Persoane, adulți și copii, rezidente în instituții de ocrotire socială, precum și persoane care acordă asistență medicală, socială și îngrijiri la domiciliul persoanelor la risc înalt;
6. Persoanele cu vârsta egală sau peste 65 de ani.

43 https://insp.gov.ro/download/CNSCBT/docman-files/Metodologii/gripa_infectii_acute_respiratorii_si_sari/Metodologia%20de%20supraveghere%20gripa%20infectii%20respiratorii%20acute%20si%20SARI%202019-2020.pdf

Informarea și mobilizarea populației la vaccinare

Informații și sfaturi pentru asistentele medicale comunitare

- Informați-vă dinainte și asigurați-vă că știți care sunt vaccinurile incluse în Programul Național de Vaccinare, care sunt vârstele eligibile, care sunt regulile de recuperare, ce boli previn, care sunt riscurile legate de nevaccinare.
- Verificați pentru ce vaccin este chemat fiecare copil și ce boli sunt prevenite prin acel vaccin, care sunt riscurile nevaccinării și informați corect părinții
- Stabiliți cu medicul de familie și informați părinții în ce zile, la ce ore se pot prezenta cu copilul, notați ziua pentru care au fost mobilizați
- Verificați dacă părinții au înțeles informațiile
- Mențineți-le încrederea pentru a-i stimula să vorbească despre vaccinuri, arătați interes pentru fiecare persoană, pentru a afla dacă au ezitări și pentru a vă putea pregăti cu "contrargumente"
- Să vă asigurați că aveți telefoanele părinților/adresele copiilor și reamintiți-le părinților în prezența în care ar trebui să se prezinte la vaccinare
- Încurajați părinții și, dacă îi simțiți ezitanți, empatizați cu ei și încercați să le răspundeți tuturor întrebărilor, iar pentru întrebările dificile încurajați-i să întrebe medicul de familie
- Ascultați-i fără să-i judecați și explicați-le cu calm că miturile despre vaccin nu sunt reale
- Asigurați-i că toate vaccinurile din PNV sunt vaccinuri sigure, care au fost verificate
- Spuneți-le că în practica dumneavoastră de vaccinare nu ați înregistrat reacții severe la vaccin
- Dați-le numărul de telefon de la cabinet pentru a suna dacă mai au întrebări
- Dacă nu s-au prezentat, sunați-i pentru a verifica ce s-a întâmplat și pentru a planifica o nouă zi pentru prezentare
- Fiți răbdători și amabili

Mesaje importante de transmis părinților:

- ❖ Vaccinarea este cea mai eficientă și sigură măsură de prevenire a bolilor transmisibile, toate vaccinurile utilizate fiind vaccinuri ce pot fi utilizate în siguranță pentru persoana vaccinată.
- ❖ Vaccinarea protejează împotriva unor boli foarte grave. Un copil nevaccinat este expus la riscul de îmbolnăvire, poate căpăta sechele pe viață sau poate muri prin boli foarte grave care astăzi pot fi prevenite cu ușurință prin aceasta procedură.
- ❖ Poate fi vaccinat orice copil, chiar dacă are o boală ușoară.
- ❖ Medicul care consultă copilul decide dacă poate fi vaccinat. Răcelile minore, diareea ușoară, febra scăzută nu reprezintă o contraindicație pentru vaccinare.
- ❖ Absența vaccinării sau neefectuarea la timp pot produce mai mult rău decât vaccinarea în aceste condiții.
- ❖ Pentru fiecare vaccinare se folosește o seringă de unică folosință.
- ❖ Bolile se răspândesc rapid în cazul aglomerărilor populaționale. Copiii care trăiesc în colectivități sunt mult mai expuși la infecții și le pot transmite apoi colegilor dar și membrilor de familie boli infecțioase grave.

Miturile cele mai frecvente despre vaccinuri. Cum le puteți dărâma⁴⁴ !

❖ **Vaccinurile conțin multe ingrediente dăunătoare**

De fapt: *Vaccinurile conțin ingrediente care permit administrarea în siguranță a produsului.*

- Orice substanță poate fi dăunătoare consumată în doze mari, chiar și apă.
- Ingredientele dintr-o doză de vaccin sunt în cantitate chiar mai mică decât cantitatea la care suntem expuși în mediul nostru natural.
- Tiomersal, un compus care conține mercur, este un conservant utilizat pe scară largă pentru vaccinurile fabricate în flacoane cu doze multiple. Suntem natural expuși la mercur în lapte, fructe de mare și soluții de lentile de contact. Nu există dovezi care să sugereze că doza de thimerosal utilizată în vaccinuri prezintă un risc pentru sănătate, dar în România se utilizează acum exclusiv fiole cu doză unică, *fără tiomersal*.
- Formaldehida, un alt ingredient al vaccinului, se găsește în gazele de eșapament, în produse de uz casnic și mobilier, cum ar fi covoare, tapițerii, cosmetice, vopsea, etc inclusiv în produse de sănătate, cum ar fi antihistaminice, picături de tuse și apa de gură. Doza din vaccinuri este mult mai mică decât cantitatea în care suntem expuși în viața de zi cu zi.
- Nu toate vaccinurile conțin aluminiu, dar cele care conțin au circa 0,125 mg până la 0,625 mg pe doză. Și aceasta este mult mai mică decât ceea ce consumă o persoană obișnuită într-o zi. Se estimează că aproximativ 30 până la 50 mg de aluminiu este consumat zilnic în medie de o persoană, în principal din alimente, apă potabilă și medicamente.

❖ **Vaccinurile provoacă autismul și sindromul de moarte subită (SIDS)**

De fapt: *Vaccinurile sunt foarte sigure.*

- Cele mai multe reacții ale vaccinului sunt, de obicei, temporare și minore, cum ar fi febra sau inflamație.
- Este foarte rar un eveniment de sănătate foarte grav în urma unei vaccinări, dar aceste evenimente sunt monitorizate și investigate cu atenție.
- Este mult mai probabil să fiți grav afectați de o boală care poate fi prevenită de vaccin decât de un vaccin.
- De exemplu, poliomielita poate provoca paralizie, rujeola poate provoca encefalită (inflamația creierului) și orbire, iar unele boli care pot fi prevenite de vaccin pot duce chiar la moarte.
- Beneficiile vaccinării depășesc cu mult riscul și, fără vaccinuri, vor apărea mult mai multe îmbolnăviri și decese.
- Știința încă nu a stabilit cauzele pentru autism și SIDS.
- Nu există dovezi, nici un studiu nu a stabilit vreo legătură între vaccinuri și autism sau SIDS.

❖ **Bolile prevenibile prin vaccinare sunt boli obișnuite ale copilăriei, este mai bine să devină imun prin boală decât prin vaccinare**

De fapt: *Bolile care pot fi prevenite prin vaccin au multe complicații grave care pot fi evitate prin vaccinare.*

- Vaccinurile stimulează sistemul imunitar pentru a produce un răspuns imun similar cu cel al infecției naturale, dar ele nu provoacă boala sau nu pun în pericol persoanele vaccinate.
- Trecerea prin boala naturală poate lăsa sechele grave:
 - paralizie
 - leziuni permanente ale creierului
 - insuficiență hepatică
 - cancer de ficat
 - surditate
 - orbire
 - moarte

❖ **Nu trebuie să-mi vaccinez copilul deoarece toți ceilalți copii din jurul lui sunt deja imuni**

De fapt: Imunitatea de grup/colectivitate apare atunci când o populație mare dintr-o comunitate este imunizată împotriva unei boli contagioase, reducând șansele de apariție a unui focar.

- Sugarii mici-incomplet vaccinați, femeile însărcinate și persoanele imunocompromise care nu pot primi anumite vaccinuri, depind de acest tip de protecție.
- Dacă un număr suficient de persoane se bazează pe imunitatea de efectiv/colectivitate ca metodă de prevenire a infecțiilor cauzate de bolile care pot fi prevenite prin vaccinare, imunitatea grupului va dispărea în curând.

44 Să vorbim despre protecție prin vaccinare ,Ghid practic pentru furnizorii de servicii de îngrijire medicală , INSP, august 2013

❖ Copilul poate să facă boala de la vaccin

De fapt: un vaccin nu provoacă boala completă .

- Cele mai multe vaccinuri sunt vaccinuri inactivate (ucise) și nu este posibil să se contracteze boala din vaccin.
- Câteva vaccinuri conțin organisme vii atenuate și, atunci când sunt vaccinate, acestea pot mima un caz ușor de boală. Acest lucru nu este dăunător și poate dovedi că vaccinul funcționează.
- O excepție a fost vaccinul polio oral, care putea foarte rar să provoace poliomielită. *Vaccinul polio oral nu mai este administrat în România.*

❖ Oferirea de vaccinuri multiple pentru sugari poate copleși sistemul imunitar

- Bebelușii încep să fie expuși la provocări imunologice imediat la momentul nașterii. Pe măsură ce bebelușii trec canalul de naștere și respiră, sunt imediat colonizați cu trilioane de bacterii, dar nu sunt infectați.
- Copiii sănătoși fac în mod constant anticorpi împotriva acestor bacterii și virusuri.
- Vaccinurile folosesc doar o proporție mică din capacitatea sistemului imunitar al copilului.
- Deși copiii primesc mai multe vaccinuri decât în trecut, vaccinurile de astăzi conțin mult mai puține antigene decât vaccinurile anterioare.
- Vaccinul împotriva variolei a avut 200 de proteine; vaccinurile de rutină recomandate în prezent conțin mai puține de 150 de componente imunologice.

2.2.2 Ancheta epidemiologică și intervenția în focar

DEFINIȚIE

Ancheta epidemiologică⁴⁵ este o metodă complexă de studiu și practică ce cuprinde totalitatea investigațiilor desfășurate cu scopul descoperirii cauzelor apariției și răspândirii într-o populație umană definită a unei boli transmisibile, cu scopul identificării măsurilor necesare pentru limitarea extinderii/eliminarea ei.

ETAPELE ANCHETEI EPIDEMIOLOGICE⁴⁶

ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ PRELIMINARĂ	ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ DEFINITIVĂ
Se poate efectua de medici de familie și/sau asistenți medicali și urmărește trei obiective majore : 1. stabilirea diagnosticului (suspect, probabil, confirmat) pe baza datelor epidemiologice, clinice și uneori de laborator, 2. stabilirea datelor preliminare privind posibilitățile de extindere bolii la contactii din familie/colectivitate/comunitate în care se găsește bolnavul sau suspectul, prin contact direct sau pe una/mai multe din căile de transmitere(obiecte, apă, alimente,vectori, etc), 3. instituirea unor măsuri antiepidemice, cu caracter general care aplicate de urgență, să contribuie la limitarea posibilităților de extindere a bolii și la îngrijirea cât mai adecvată a suspectului sau bolnavului: izolare suspect /bolnav, evidența contacti, monitorizare suspect /bolnav, măsuri față de contacti (antibioprofilaxie, vaccinoprofilaxie), educație pentru sănătate, măsuri de dezinfecție/dezinsecție.	Ancheta epidemiologică definitivă se finalizează după stingerea focarului, iar datele obținute sunt înregistrate în "fișa de anchetă epidemiologică a focarului". De regulă se efectuează de medic.

45 Emil Măgureanu, Carmen Busuioc, Ghid de Epidemiologie Practică, Editura Medicală, 1985, pag.114-124

46 Ioan Bocșan, Cunoștințe fundamentale pentru manageri în sănătate publică, Cluj-Napoca, Alma Mater 200, pag.118-128

Recomandări pentru asistentul medical implicat în realizarea unei anchete epidemiologice preliminare

- anterior demarării anchetei epidemiologice trebuie să-și împrăspăteze cunoștințele privind boala transmisibilă pentru care se efectuează ancheta epidemiologică (sursa de infecție, manifestări clinice principale, cale de transmitere, receptivitate, măsuri față de calea de transmitere,
- să abordeze toate obiectivele anchetei epidemiologice preliminare,
- să culeagă toate datele necesare,
- datele reținute să fie reale și obiective,
- datele să fie interpretate corect și concluziile să se bazeze pe rezultate certe, verificabile
- să aibă în vedere că ancheta epidemiologică constituie un act medico-sanitar și poate fi folosită ulterior atât pe linie medicală, ca sursă de informații științifice, dar și pe linie administrativ-judiciară
- să demareze ancheta cât mai aproape de momentul notificării sau depistării cazului/suspectului

Anamneza epidemiologică (colectarea informațiilor epidemiologice) prin :

- **Convorbiri cu bolnavul**, sau cu o persoană din familia/anturajul bolnavului care poate furniza informațiile, stabilind :
 - datele de identitate ale bolnavului (nume, prenume, data nașterii, adresa), profesia, locul de muncă
 - data și locul în care se afla la instalarea primelor semne de boală
 - care au fost primele semne de boală, ordinea cronologică a semnelor și simptomelor de boală, semnele și simptomele de boală la data și ora convorbirii
 - dacă a sesizat în perioada maximă de incubație a bolii pentru care se efectuează ancheta, persoane bolnave, printre persoanele cu care a venit în contact
 - în funcție de calea de transmitere a infecției pentru care se efectuează ancheta, informații privind posibila cale de transmitere (exemple: care a fost alimentația în perioada maximă de incubație/ sursa alimentelor, care este sursa de apă, unde a călătorit, dacă a fost în areal cu /mușcat de căpușe, țânțari, etc)
 - care sunt persoanele cu care a venit în contact în perioada maximă de incubație a bolii
 - dacă a mai suferit de boli infecțioase (inclusiv cea prezentă), de ce boli și când
 - dacă ancheta se adresează unei boli prevenibile prin Programul Național de Vaccinări, care sunt antecedentele vaccinale ale cazului și ale membrilor familiei

• Convorbiri cu contactii:

- date de identitate și date de contact
- informații privind starea lor de sănătate prezentă și în perioada maximă de incubație
- dacă ancheta se adresează unei boli prevenibile prin Programul Național de Vaccinări, care sunt antecedentele lor vaccinale

• **Constatarea condițiilor igienico-sanitare:** privind bolnavul și familia sa, folosind metoda observației și consemnarea constatărilor importante :

- starea de igienă a bolnavului și a membrilor familiei, a tegumentelor (expuse), a lenjeriei/ vestimentației, a locuinței/gospodăriei,
- modul de alimentare cu apă și starea de igienă a sursei de apă în cazul sursei individuale (fântână)
- prezența vectorilor în locuință/gospodărie,
- prezența rozătoarelor în locuință/gospodărie,
- prezența unor animale domestice în locuință/gospodărie (păsări, pisici, câini, porcine, etc),
- prezența deșeurilor animaliere,
- construcția și starea de curățenie a latrinei, grajdurilor și cotețelor, modul de depozitare a deșeurilor, starea de salubritate a gospodăriei,
- modul de aprovizionare cu alimente, modul de păstrare și consum al acestora

La final, toate informațiile și observațiile colectate de asistentul medical trebuie consemnate și înaintate medicului sub coordonarea căruia le-a colectat.

DEFINIȚIE

Totalitatea măsurilor care aplicate într-un focar de boală transmisibilă duc la limitarea extinderii acesteia și/sau la eliminarea infecției.

Rolul asistentului medical în aplicarea măsurilor de limitare a extinderii/eliminarea a infecției

Măsurile de stabilire de medicul de familie în colaborare/sub coordonarea medicului epidemiolog și asistentul medical aplică măsurile stabilite, care în funcție de boala infecțioasă pot fi :

- furnizarea informațiilor privind cauza îmbolnăvirii, pericolul pe care îl reprezintă, atât pentru bolnav cât și pentru contacti, măsurile pe care aceștia trebuie să le respecte și riscurile în cazul în care nu sunt respectate
- verificarea respectării măsurii de izolare la domiciliu, pentru persoana pentru care s-a decis această măsură, cu verificarea periodică a stării de sănătate a bolnavului
- informarea bolnavului și a contactilor privind semnele/simptomele pe care trebuie să le semnaleze medicului/asistentului imediat ce apar și verificarea periodică a stării de sănătate a acestora și informarea imediată a medicului
- verificarea antecedentelor privind vaccinarea a persoanelor contacte, stabilirea cu medicul de familie a zilelor de vaccinare a celor ce nu sunt vaccinați și mobilizarea acestora la vaccinare
- îndrumarea și supravegherea efectuării dezinfecției sursei de apă, a latrinei, veselei, tacâmurilor, lenjeriei, etc
- îndrumarea și verificarea efectuării operațiunilor de salubritate a gospodăriei, grajdurilor, cotețelor , a deratizării și a curățării locuinței
- îndrumarea și administrarea antibioprolaxiei stabilite/prescrise de medic pentru contacti
- îndrumarea și verificarea efectuării de către bolnav a investigațiilor de laborator stabilite pentru anumite etologii

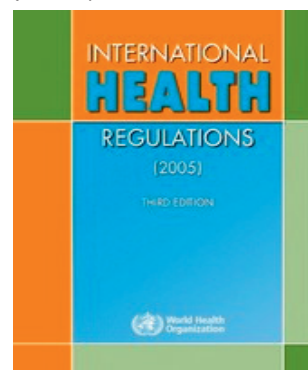
2.2.3 Urgențe epidemiologice; epidemia SARS CoV2, boala COVID-19

Urgențele epidemiologice reprezintă urgențele de sănătate publică de cauză infecțioasă „a căror amploare, desfășurare în timp sau imprevizibilitate amenință să depășească capacitățile de rutină”

Reglementări internaționale

Articolul 6 din **Regulamentul Internațional de Sănătate (2005)**⁴⁷ (RSI) impune țărilor obligația să notifice OMS, prin Punctul Focal Național RSI, despre „toate evenimentele de pe teritoriul lor care pot constitui o **urgență de**

sănătate publică de interes internațional pe teritoriul său”.



INFECȚIA COVID-19/VIRUSUL SARS COV2

DEFINIȚIE

INFECȚIA COVID-19⁴⁸ este dată de virusul SARS CoV2, coronavirus identificat la sfârșitul anului 2019.

MANIFESTĂRI CLINICE :

Este suspectă de sindromul respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19)^{49, 50} orice persoană care prezintă cel puțin unul din următoarele semne și simptome

- tuse
- febră
- scurtarea respirației

Notă Pentru copiii cu vârsta până la 16 ani care prezintă manifestări gastro-intestinale (vărsături, diaree) neasociate cu alimentația, se poate suspecta infecția cu SARS-CoV-2.

Transmiterea virusului SARS CoV2⁵¹

Calea de transmitere de la persoană la persoană — Transmiterea respiratorie directă de la persoană la persoană este mijlocul principal de transmitere a virusului SARS CoV 2. Se crede că apare în principal prin contact la distanță apropiată (adică la aproximativ doi metri) prin intermediul particulelor respiratorii; virusul eliberat în secrețiile respiratorii atunci când o persoană cu infecție tușește, strănută sau vorbește poate infecta o altă persoană dacă este inhalat sau contactează direct mucoasele. Infecția poate apărea și prin atingerea suprafețelor contaminate cu secrețiile unei persoane infectate, prin atingerea ulterioară a ochilor, nasului sau gurii, deși suprafețele contaminate nu sunt considerate a fi o cale majoră de transmitere.

47 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

48 https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

49 https://insp.gov.ro/download/CNSCBT/docman-files/Metodologii/covid-19/Metodologia-de-supraveghere-a-COVID-19_Actualizare_11.01.2022.pdf

50 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical>

51 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/transmission>

Măsuri personale de prevenire

Dacă transmiterea comunitară a sindromului respirator acut sever coronavirus 2 (SARS-CoV-2) este prezentă, rezidenții sunt, în general, încurajați să practice **distanțarea socială**, evitând aglomerația și menținând o distanță de doi metri față de ceilalți atunci când se află în public. Persoanele ar trebui **să evite mai ales contactul apropiat cu persoanele bolnave**. De asemenea, persoanele sunt încurajate să poarte **măști** atunci când sunt în public.

În plus, sunt recomandate următoarele măsuri generale pentru a reduce transmiterea infecției:

- Spălarea corectă a mâinilor cu apă caldă și săpun, în special după atingerea suprafețelor în public. Utilizarea unui dezinfectant pentru mâini care conține cel puțin 60% alcool este o alternativă rezonabilă dacă mâinile nu sunt vizibil murdare.
- Evitarea atingerii feței (în special ochii, nasul și gura).

Alte măsuri de sănătate publică

- Distanțare socială/fizică
- Comenzi de acasă
- Interzicerea adunărilor publice
- Închiderea școlii, a locațiilor și a afacerilor neesențiale
- Restricție de călătorie cu screening de ieșire și/sau intrare
- Identificarea și izolarea cazurilor (separarea persoanelor infectate de ceilalți)
- Urmărirea contactilor și carantină (separând de ceilalți persoanele care au fost expuse)

VACCINURILE ÎMPOTRIVA COVID-19 ADMINISTRATE ÎN ROMÂNIA⁵⁴

Vaccinuri de tip ARN mesager	COMIRNATY- PFIZER
	MODERNA
Vaccinuri cu vector viral nereplicativ	VAXZEVRIA-ASTRA ZENECA
	JANSSEN-JOHNSON&JOHNSON

VACCINURILE ÎMPOTRIVA COVID-19 ADMINISTRATE ÎN ROMÂNIA

VACCINUL	CUI	CUM	CÂTE DOZE	Intravale optime
COMIRNATY-PFIZER	persoanelor peste 5 ani	Intramuscular în braț	- 2 doze (3 doze pentru cei cu indicație de doză suplimentară) - rapel	21 zile între dozele primei vaccinări 6 luni între ultima doză a primei vaccinări și rapel
MODERNA	persoanelor peste 12 ani	Intramuscular în braț	- 2 doze (3 doze pentru cei cu indicație de doză suplimentară) -rapel	28 zile între dozele primei vaccinări 6 luni între ultima doză a primei vaccinări și rapel
VAXZEVRIA-ASTRAZENECA	persoanelor peste 18 ani	Intramuscular în braț	- 2 doze	4-8 săptămâni între doze rapel la 6 luni după doza a 2-a, cu un vaccin ARNm
JANSSEN-JOHNSON&JOHNSON	persoanelor peste 18 ani	Intramuscular în braț	- doză unică	rapel la 6 luni după doza a 2-a, cu un vaccin ARNm

52 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/index.html>

53 <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/e-learning-covid-19-infection-prevention-and-control>

54 <https://vaccinare-covid.gov.ro/vaccinuri-autorizate/>

2.2.4 Triajul epidemiologic în școli⁵⁵

DEFINIȚIE

Este o metodă de supraveghere activă a stării de sănătate a cohortelor de populație dintr-o colectivitate, cu scopul depistării cât mai precoce a persoanelor suspecte de boli infecțioase, pentru a evita pătrunderea acestora în colectivitate și a preveni infectarea celorlalți membri ai colectivității.

TIPURI DE TRIAJ EPIDEMIOLOGIC

Triajul epidemiologic se poate efectua **profilactic în orice colectivitate** în care după pătrunderea unei persoane infectate-sursă de infecție, infecția se poate disemina și poate afecta membrii colectivității și ulterior se poate disemina în comunitatea din care colectivitatea face parte, în mod clasic fiind cunoscute și reglementate:

- **triajul epidemiologic al preșcolarilor și elevilor după fiecare vacanță școlară,**
- **triajul epidemiologic în tabere și colonii pentru copii și tineri,**
- triajul personalului medical din unitățile sanitare la fiecare început de tură în sezonul gripal,
- triajul personalului din blocurile alimentare la fiecare început de tură

ROLUL TRIAJULUI EPIDEMIOLOGIC

De a identifica potențialii suspecți de boli transmisibile pentru a evita intrarea acestora în colectivitate.

CUM SE FACE TRIAJUL EPIDEMIOLOGIC

• interogarea persoanelor privind starea de sănătate proprie și a persoanelor cu care locuiesc	• dacă sunt contactați ai unor cazuri de boli infecțioase transmisibile, în perioada de incubație, cu ce boală, cu cine au venit în contact și data ultimului contact • dacă au avut modificări ale stării de sănătate în ultimele zile și ce anume au prezentat
• interogarea și observarea persoanelor	• tuse, lăcrimare, rinoree, strănut, modificări ale vocii, facies vultuos – ridică suspiciunea unei infecții cu transmitere respiratorii (se recomandă și termometrizare) • acuză dureri abdominale, scaune diareice, grețuri, stări de vomă-ridică suspiciunea unei infecții digestive
• interogarea și examinarea tegumentelor, cavității buco-faringiene, conjunctivelor	• oboseală, tegumente icterice, conjunctive icterice-ridică suspiciunea unei hepatite virale • erupții cu sau fără febră -ridică suspiciunea unei boli eruptive (rujeolă, rubeolă, varicelă, scarlatină) • faringe hiperemic cu amigdale mărite cu elemente pultacee- -ridică suspiciunea unei angine streptococice • leziuni ale tegumentelor mâinilor pentru personalul blocurilor alimentare – există riscul contaminării stafilococice a produselor alimentare

Toate informațiile și observațiile privind fiecare persoană se consemnează în registrul de triaj epidemiologic și sunt puse la dispoziția medicului unității/responsabilului cu sănătatea persoanelor triate.

În cazul triajului în focar, toate informațiile și observațiile privind fiecare persoană vor fi anexate fișei de supraveghere a focarului de boală transmisibilă.

CONDUITA POST TRIAJ EPIDEMIOLOGIC

Copiilor și tinerilor suspicionați de o boală transmisibilă la triajul epidemiologic:

- nu li se va permite intrarea în contact cu ceilalți copii/tineri,
- vor fi supravegheați în izolatorul unității de învățământ,
- vor fi contactați părinții/apartinătorii, informați asupra semnelor/simptomelor pe care le prezintă, îndrumați să se adreseze medicului de familie/unui medic specialist și să revină după ce sunt examinați clinic și eventual cu laboratorul și au un aviz favorabil pentru reluarea activității.

Persoanelor adulte suspecte de o boală transmisibilă :

- nu li se va permite intrarea în activitate decât după ce sunt examinați clinic, eventual cu laboratorul de medicul de medicina muncii/medicul de familie/un medic specialist și fac dovada că nu au fost diagnosticați cu o boală transmisibilă.

⁵⁵ Emil Măgureanu, Carmen Busuioc, Ghid de Epidemiologie Practică, Editura Medicală, 1985, pag.25-26

2.3 Intervenții pentru schimbarea comportamentelor (Dana Otilia Fărcășanu, Narciza Dinică, Priya Miriam Lerberg, Ingeborg Berg-Olstad, Edle Fuglset Buer, Astrid Hernes Kvalnes, Hilde Erlandsen, Erle Breimo Morstad Willard)

2.3.1 Intervenții scurte pentru identificarea și promovarea comportamentelor sănătoase

ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ

DEFINIȚIE

Alimentația sănătoasă este reprezentată de o alimentație diversificată și echilibrată, adaptată vârstei și gradului de activitate fizică, dar și contextului. Dieta nesănătoasă și lipsa activității fizice reprezintă riscuri globale pentru sănătate. (OMS, 2020)

Principiile de bază ale unei diete sănătoase includ un aport de nutrienți care influențează pozitiv sănătatea și promovează prevenirea bolilor netransmisibile. Este o alimentație bogată în fructe și legume proaspete, cereale integrale, semințe și nuci, cu un aport mai scăzut de alimente de origine animală, în special carne grasă și procesată. Un stil de viață sănătos include o hidratare adecvată (apă sau ceai/infuzii de plante), activitate fizică regulată (exerciții fizice adaptate vârstei și stării de sănătate), somn adecvat și socializare⁵⁶.

PRINCIPII ALIMENTARE SĂNĂTOASE⁵⁷

O dietă sănătoasă previne bolile netransmisibile precum diabetul, bolile cardiovasculare, cancerul. Practicile alimentare sănătoase încep devreme în viață și se mențin pe tot parcursul vieții.

- Aportul total de grăsimi nu trebuie să depășească 30% din necesarul caloric. Aportul de grăsimi saturate trebuie să fie mai mic de 10% din aportul total de energie, iar aportul de grăsimi trans⁵⁸ mai puțin de 1%, cu o schimbare a consumului de grăsimi de la grăsimi saturate și grăsimi trans la grăsimi nesaturate, și eliminarea grăsimilor trans produse industrial.
- Menținerea aportului de sare la mai puțin de 5 g pe zi (echivalent cu un aport de sodiu mai mic de 2 g pe zi) ajută la prevenirea hipertensiunii arteriale și reduce riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral la populația adultă.
- Limitarea aportului de zaharuri libere la mai puțin de 10% din aportul caloric total face parte dintr-o dietă sănătoasă. O reducere suplimentară la mai puțin de 5% din aportul total de energie este sugerată pentru beneficii suplimentare pentru sănătate.
- Alăptarea exclusivă la sân până la șase luni și continuarea alăptării împreună cu diversificarea alimentației la șase luni favorizează creșterea sănătoasă fizică, dezvoltarea cognitivă, cu beneficii pe termen lung pentru sănătate (reduce riscul de a deveni supraponderal sau obez și de a dezvolta mai târziu o boală netransmisibilă).
- Copiii trebuie educați / încurajați de mici să limiteze alimentele dulci și băuturile îndulcite sau acide. Între mese, sunt de preferat gustări "sănătoase" (de exemplu fructe întregi și nu suc de fructe). Este important de menționat și că unele produse comercializate ca fiind „sănătoase” conțin cantități mari de zahăr.
- Este importantă cunoașterea și identificarea zaharurilor ascunse din alimente. Multe alimente procesate (inclusiv unele iaurturi și cereale) conțin zaharuri libere adăugate. Verificarea etichetelor în magazin este importantă. Un conținut ridicat de zahăr este > 22.5g / 100g în alimente și > 11.25g/100 ml în băuturi. Un conținut scăzut de zahăr este ≤5.0g /100g în alimente și ≤2.5 g / 100 ml în băuturi⁵⁹.

56 Cena H, Calder PC. Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*. 2020;12(2):334. Published 2020 Jan 27. doi:10.3390/nu12020334

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7071223/>

57 Organizația Mondială a Sănătății, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

58 Grăsimile trans (acizi grași trans) se găsesc în două forme: naturale (în unele produse de origine animală, considerate nedăunătoare, și artificiale -uleiuri vegetale hidrogenate, cu consecințe severe asupra sănătății dacă sunt consumate frecvent).

59 World Health Organization (WHO) (2015) Guideline: Sugars intake for adults and children.

Intervențiile asistentului medical comunitar

- Identificarea comportamentelor alimentare nesănătoase în timpul vizitelor efectuate la domiciliu, în particular a persoanelor supraponderale, obeze sau cu boli cronice (boli cardiovasculare, diabet, etc).
- Promovarea alimentației sănătoase prin consiliere individuală, cu referire la bolile pe care consumul excesiv de zaharuri, bauturi carbogazoase, sare sau grăsimi le provoacă sau le agravează.
- Îndrumarea către medicul de familie și/sau medicul de specialitate, după caz.
- Monitorizarea schimbării comportamentelor și încurajarea continuă a alimentației sănătoase și mișcării.
- Sesiuni de informare educare comunicare (IEC) în comunitate, cu referire la afecțiunile pe care alimentația nesănătoasă le cauzează sau le agravează.
- Intervenții precoc pentru promovarea alimentației sănătoase și mișcării în școli.
- Participarea la campaniile de promovare a sănătății /comportament alimentar sănătos ale DSP, autorități locale, alte organizații publice sau nonguvernamentale.

În toate intervențiile privind promovarea alimentației sănătoase asistentul medical comunitar utilizează Ghidul de practică aferent temei.⁶⁰

FUMATUL

Definiție. Riscurile consumului de tutun

Consumul de tutun este definit ca utilizarea oricărui tip de tutun. Consumul de tutun este principala cauză a bolilor, dizabilităților și decesului care pot fi prevenite.

Consumul de tutun este un factor de risc major pentru bolile cardiovasculare și respiratorii, peste 20 de tipuri sau subtipuri diferite de cancer și multe alte afecțiuni severe. Tutunul poate fi, de asemenea, mortal pentru nefumători, prin expunerea la fumul pasiv cu efecte negative asupra sănătății. Fumatul în timpul sarcinii poate conduce la mai multe probleme de sănătate care vor afecta copiii pe tot parcursul vieții.

Produsele din tutun încălzit conțin tutun și expun utilizatorii la emisii toxice, dintre care multe provoacă cancer și sunt dăunătoare sănătății. *Țigările electronice cu sau fără nicotină* nu conțin tutun, dar sunt dăunătoare sănătății și nesigure. Este prea devreme pentru a oferi un răspuns clar cu privire la impactul pe termen lung asupra sănătății a produselor din tutun încălzit și/sau al utilizării țigărilor electronice⁶¹.

⁶⁰ <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Nutritie.pdf>

⁶¹ Organizația Mondială a Sănătății https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

Beneficiile renunțării la fumat

Nicotina conținută în tutun creează o dependență ridicată. Educarea în special a copiilor și tinerilor cu privire la riscurile pe termen lung asupra sănătății asociate consumului oricărei variante de tutun sau a țăgărilor electronice este o prioritate de sănătate publică. Renunțarea la fumat este una dintre cele mai importante decizii pe care o persoană o poate lua pentru a-și îmbunătăți sănătatea, indiferent de vârsta lor sau de cât timp fumează. Renunțarea la fumat⁶²:

- îmbunătățește starea de sănătate și îmbunătățește calitatea vieții.
- reduce riscul de deces prematur și poate adăuga până la 10 ani la speranța de viață.
- reduce riscul unor afecțiuni (boli cardiovasculare, boala pulmonară obstructivă cronică/ BPOC, diabet, cancer, sănătatea reproducerii, alte afecțiuni precum sănătatea mentală).
- reduce riscul agravării unor afecțiuni precum bolile cardiovasculare, BPOC.
- menține sănătatea gravidei, fetoșilor și bebelușilor acestora.
- reduce povara financiară asociată fumatului, și cheltuielile sistemului de sănătate.

Educarea copiilor să nu se apuce de fumat și renunțarea precoce la consumul de tutun aduce beneficii maxime pentru sănătate. Totuși, renunțarea la fumat este benefică pentru sănătate la orice vârstă. Chiar și persoanele care au fumat de mulți ani sau au fumat intens vor beneficia de renunțarea la fumat.

Renunțarea la fumat este cea mai bună modalitate de a proteja membrii familiei, în particular copiii, colegii de muncă, prietenii și orice altă persoană de riscurile pentru sănătate asociate fumatului pasiv.

Intervențiile asistentului medical comunitar

- Identificarea în timpul vizitelor efectuate la domiciliu a persoanelor fumătoare, în particular a persoanelor cu boli cronice (boli cardiovasculare, diabet, etc).
- Promovarea renunțării la fumat prin consiliere individuală, cu referire la bolile pe care consumul de tutun le cauzează sau le agravează.
- Monitorizarea schimbării comportamentelor și încurajarea renunțării la fumat.
- Îndrumarea fumătorilor care decid să renunțe către programul “Stop Fumat” (Programul Ministerului Sănătății/Institutul de pneumoftizologie Marius Nasta
- Sesiuni de informare educare comunicare (IEC) în comunitate, cu referire la afecțiunile pe care consumul de tutun le cauzează sau le agravează.
- Intervenții în școli pentru avertizarea precoce a copiilor privind riscurile consumului oricărei forme de tutun.
- Participarea la campaniile de renunțare la fumat ale DSP, autorităților locale, altor organizații publice sau nonguvernamentale.

În toate intervențiile privind promovarea renunțării la fumat asistentul medical comunitar utilizează Ghidul de practică aferent temei.⁶³

62 CDC Atlanta https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm

63 <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Fumat.pdf>

Resurse utile

Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, **Programul Național Stop Fumat** include:

- (1) linie telefonică cu apel gratuit (cunoscută sub numele de **TelVerde: 0800 878 673**) – orice persoană interesată de renunțarea la fumat poate apela această linie și intra în legătură cu un specialist pentru a primi mai multe detalii;
- (2) consiliere psihologică privind renunțarea la fumat, sub forma unor întâlniri periodice cu un psiholog, dar și online sau telefonic;
- (3) acces la medicamente gratuite ce ușurează procesul de renunțare la fumat, sub atenta observație a medicului specialist.

Resurse online (în limba română)

<https://marius-nasta.ro/proiecte-si-programe/programe/dependenta-de-tutun-si-programul-stop-fumat/>

<https://stopfumat.eu/>; <https://www.facebook.com/programul.stopfumat>

<https://stopfumat.eu/cele-mai-frecvente-intrebari-despre-fumat/>

<https://stopfumat.eu/raspunsuri-la-intrebarile-tale-despre-fumat/>

<https://europeanlung.org/wp-content/uploads/2021/01/smoking-when-you-have-a-romanian.pdf>

<https://stopsmokinglondon.com/romanian/benefits>

https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Stopping_smoking_made_easier_Romanian_FINAL_0.pdf

Consumul dăunător de alcool

DEFINIȚIE

Alcoolul este o substanță toxică și psihoactivă cu proprietăți de producere a dependenței. Populația săracă, dezavantajată, persoanele vulnerabile au cel mai mare risc de deces și spitalizare legat de consumul dăunător de alcool. Regiunea Europeană a OMS are cea mai mare proporție de băutori și cel mai mare consum de alcool din lume⁶⁴.

Institutul Național pentru Abuzul de Alcool și Alcoolism din Statele Unite definește consumul excesiv de alcool ca un tipar de consum de alcool care aduce concentrația de alcool în sânge la minimum 0.08% (0.08 grame de alcool pe decilitru). Pentru un adult obișnuit, acest model de consum dăunător de alcool corespunde consumului a 4 sau mai multe băuturi (femei) sau a 5 sau mai multe băuturi (bărbați) în aproximativ 2 ore. La tineri cantitatea de băutură în același interval de timp de 2 ore care conduce la o concentrație de alcool în sânge de 0.08% este mai mică (3 băuturi pentru fete și 3 până la 5 băuturi pentru băieți, în funcție de vârstă și greutate)⁶⁵.

Riscuri asociate consumului dăunător de alcool

Consumul dăunător de alcool reprezintă o problemă gravă de sănătate publică, cu efecte negative asupra sănătății fizice și psihice, reprezentând unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru sănătate prin morbiditate excesivă, invaliditate, violență, deces.

Conform OMS, consumul dăunător de alcool poate provoca decese premature și peste 200 de boli (tulburări neuropsihice, boli cardiovasculare, ciroză hepatică, cancer, mai multe boli infecțioase). Abuzul de alcool persistent sau episoade repetate de consum excesiv de alcool, contribuie în timp la creșterea riscului de apariție a mai multor tipuri de cancer (șapte tipuri de cancer, inclusiv cancerul de cap și gât, esofagian, hepatic, sân și colorectal).

Alcoolul afectează practic toate țesuturile din organism. Datele sugerează că și un episod de consum excesiv de alcool poate compromite funcția sistemului imunitar și poate duce la pancreatită acută la persoanele cu leziuni pancreatice preexistente.

Expunerea la alcool în perioada prenatală (în timpul sarcinii), poate duce la tulburări de spectru fetal (o serie de defecte congenitale care includ dizabilități fizice, mentale, comportamentale și/ sau de învățare cu posibile implicații pe tot parcursul vieții) și care, spre deosebire de multe alte dizabilități, pot fi prevenite 100%⁶⁶.

64 Organizația Mondială a Sănătății, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>

65 <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking#:~:text=The%20National%20Institute%20on%20Alcohol,alcohol%20per%20deciliter%E2%80%94or%20higher>

66 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/415774/RC69-Technical-Briefing-CAH-Factsheet-10.pdf

Consumul dăunător de alcool afectează semnificativ și adolescenții. Dezvoltarea creierului intră într-o fază unică în anii adolescenței. Cercetările indică faptul că episoadele repetate de consum excesiv de alcool în timpul adolescenței pot modifica dezvoltarea creierului adolescentului și pot cauza deficite persistente ale funcțiilor cognitive, de memorie, atenție, emoționale, sau sociale⁶⁷.

Intervențiile asistentului medical comunitar

- Identificarea existenței în familie a unuia sau mai multi membri ai familiei cu consum dăunător de alcool sau alcoolism.
- Identificarea riscului de violență domestică și/sau abuz (identificarea precoce a semnelor) și alertarea autorităților competente, alături de informare și educare privind riscurile.
- Îndrumarea către medicul de familie și/sau medicul de specialitate, după caz.
- Promovarea renunțării la consumul dăunător de alcool prin consiliere individuală, cu referire la afecțiunile pe care consumul dăunător de alcool le cauzează sau le agravează.
- Monitorizarea schimbării comportamentelor.
- Sesiuni de informare educare comunicare (IEC) în comunitate, cu referire la afecțiunile pe care consumul dăunător de alcool le cauzează sau le agravează.
- Intervenții în școli pentru avertizarea precoce a copiilor privind riscurile consumului de alcool.
- Participarea la campaniile de renunțare la dăunător de alcool ale DSP, autorităților locale, altor organizații publice sau nonguvernamentale.

În toate intervențiile privind consumul dăunător de alcool, asistentul medical comunitar utilizează Ghidul de practică aferent temei.⁶⁸

67 Jones, S.A.; Lueras, J.M.; and Nagel, B.J. Effects of binge drinking on the developing brain: Studies in humans. Alcohol Research: Current Reviews 39(1):87–96, 2018. PMID: 30557151

68 <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Alcool.pdf>

2.3.2 Screening

DEFINIȚIE

Screening-ul este examinarea populațională ("de masă") inițială, care constă în aplicarea unui ansamblu de procedee și tehnici de investigație unei populații în scopul identificării prezumtive a unei boli, anomalii sau a unor factori de risc^{69,70}.

Screening-ul este diferit de diagnosticul precoce. Screening-ul se adresează persoanelor care NU prezintă simptome de boală. Diagnosticarea precoce are scopul de a detecta afecțiunile cât mai devreme posibil în rândul persoanelor simptomatice⁷¹. Programele de screening testează un număr mare de persoane. Acest lucru necesită investiții considerabile în echipamente, personal și tehnologii, care pot pune sub presiune un sistem de sănătate. În schimb, diagnosticarea precoce este o strategie care se concentrează doar pe persoanele cu simptome, care este un număr mult mai mic și, prin urmare, utilizează mai puține resurse și poate fi mai cost-eficace (OMS, 2020).

Scop. Beneficii și riscuri

Scopul screening-ului este identificarea persoanelor dintr-o populație aparent sănătoasă care prezintă un risc mai mare de a dezvolta o problemă de sănătate sau o boală, care pot astfel beneficia de o intervenție sau un tratament precoce. În unele cazuri, cum ar fi screening-ul prenatal, scopul screening-ului este de a oferi informații despre un risc crescut al nou-născutului de a dezvolta o afecțiune, pentru instituirea unui tratament precoce și pentru ca părinții să ia o decizie informată⁷².

Beneficii: programele de screening bazate pe dovezi pot îmbunătăți indicatorii de sănătate, preveni bolile, pot reduce dizabilitatea și/sau mortalitatea.

Riscuri: supradiagnosticul, persoanele fals-pozitive sau fals-negative, resurse semnificative

Provocarea pentru decidenți este balanța între beneficii și riscuri și să decidă, în contextul sistemului de sănătate, dacă programul de screening va aduce beneficii la un cost rezonabil.

Afecțiuni care pot fi depistate prin screening. Abordare⁷³

- Cancerul de col uterin: test Babes-Papanicolau, inițial la 3 ani de la începerea vieții sexuale, nu mai târziu de 25 ani, cu o frecvență de testare între 1-3 ani, în medie la 2 ani sau cum recomandă medicul.

- Cancerul de sân: efectuarea unei mamografii după vârsta de 50 ani la fiecare 2 ani sau cum recomandă medicul; efectuarea unei mamografii începând cu vârsta de 40 ani la femeile cu risc crescut (factori genetici, antecedente familiale, menarha precoce, menopauza tardivă).

- Cancerul colo-rectal: în general, se recomandă persoanelor peste 50 de ani; mai devreme dacă există antecedente familiale de cancer colo-rectal, cu reevaluare frecventă, se efectuează test hemocult anal)

- Cancerul de prostată: bărbați după vârsta de 50 ani; efectuarea unui tușeu rectal, dozarea serică a PSA-ului; la bărbații cu istoric familial de cancer de prostată, dozarea PSA poate începe de la 45 de ani, cu reevaluare frecventă (anuală).

Programe de screening se pot institui și pentru:

- hepatite virale (dozare antigen, anticorpi specifici)

- tuberculoză pulmonară (radiologie)

- boli cardiovasculare se evaluează istoricul medical cardiovascular, profilul lipidic, dozarea markerilor specifici pentru risc cardiovascular, testarea funcțiilor cardiovasculare în regim de stress, monitorizare permanentă timp de 24 ore Holter)

- diabet zaharat (persoanele supraponderale sau obeze (indicele de masă corporală cu factori de risc)

Screening în unități medicale specializate:

- screening prenatal

- screening neonatal

69 Noțiunea de screening este utilizată atât în sănătatea publică, cât și în medicina clinică. Există dezbateri privind definiția și tipurile de screening (1. OMS, 2020; 2. Speechley &all (2017). Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR, 11(3), LE01–LE04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24811.9419>. Pentru asistentul medical comunitar screening-ul populațional.)

70 Catedra de Sănătate Publică și Management UMF „Carol Davila” București, “Screening. Strategii Preventive”. Curs pentru Studenți Anul V, Disciplina de Sănătate Publică și Management, an universitar 2017-2018, pag. 8,9,11, 12,25-27

71 Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf>

72 Raffles A, Mackie A, Muir Gray JA. Screening: evidence and practice. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.

73 Programele naționale de sănătate

Intervențiile asistentului medical comunitar

Începând cu anul 2022, în cadrul programelor naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății s-a introdus Programul național de screening, cu următoarele subprograme: cancerul de col uterin; cancerul de sân; cancerul colorectal.

Alte programe de screening în România se derulează în regim pilot și/sau finanțate din fonduri externe nerambursabile: depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatitice B/C/D, depistarea tuberculozei, programul de screening pentru boli cardiovasculare.

Rolul asistentului medical comunitar în programele de screening constă în:

- informarea populației eligibile despre afecțiunile pentru care se efectuează / se solicită participarea la programul de screening;
- informarea despre existența programului, beneficiile și pașii de urmat;
- mobilizarea la acțiunile de screening din comunitate a populației eligibile.

2.3.3 Sănătatea reproducerii și sexualității

Planificarea familială

Accesul la servicii și informații de sănătate sexuală și reproductivă de înaltă calitate, la prețuri accesibile, inclusiv la o gamă completă de metode contraceptive, este fundamental pentru respectarea drepturilor și bunăstării femeilor și fetelor, bărbaților și băieților.

Accesul universal la o contracepție eficientă asigură că toți adulții și adolescenții pot evita consecințele negative de sănătate și socio-economice ale unei sarcinii neplanificate și pot avea o viață sexuală satisfăcătoare.

Inițiativele globale cheie, inclusiv Obiectivele de Dezvoltare Durabilă și Strategia globală pentru sănătatea femeilor, copiilor și a adolescenților, prevăd acces universal la serviciile de planificare familială ca drept al femeilor și fetelor, crucial pentru o viață sănătoasă⁷⁴.

Consecințe pentru sănătate⁷⁵

Sarcinile timpurii în rândul adolescentelor au consecințe majore asupra sănătății mamelor adolescente și a bebelușilor acestora.

Mamele adolescente (cu vârste între 10 și 19 ani) au risc mai mare de

- ❖ Eclampsie
- ❖ Endometrita puerperală
- ❖ Infecții sistemice

Bebeluşii mamelor adolescente au riscuri mai mari de

- ❖ Greutate redusă la naștere
- ❖ Naștere prematură
- ❖ Boli neonatale severe

Consecințe sociale. Este mai probabil ca fetele care rămân însărcinate înainte de 18 ani să:

- ❖ Se confrunte cu violență în cadrul căsătoriei sau relației cu partenerul.
- ❖ Abandoneze școala, ceea ce poate pune în pericol educația și angajarea viitoare a fetelor.

⁷⁴World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018, <https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>

⁷⁵ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Contracepție. Metode contraceptive⁷⁶

1. **Contracepție non-hormonală.** Nu afectează ovulația, deci nu vă modifică ciclul menstrual obișnuit

a. **Prezervative.** Te protejează împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală și nu are efecte secundare.

b. **Dispozitiv intrauterin (Sterilet) din cupru.** Poate provoca sângerări mai abundente și crampe menstruale mai grave decât înainte. DIU de cupru este eficient timp de 5 ani, dar poate fi îndepărtat mai devreme dacă se dorește.

Toate tipurile de DIU pot fi folosite de femeile care nu au născut. DIU-urile sunt fabricate din plastic moale. DIU de cupru are un strat subțire de cupru în jurul plasticului. DIU are aproximativ 3 cm lungime și se află în interiorul uterului. Cele două fire ale dispozitivului atârnă prin colul uterin. Ele pot fi simțite prin introducerea unui deget în vagin. Firele sunt acolo pentru a se asigura că DIU este în poziția corectă și pentru a putea fi scos mai târziu.

2. **Contraceptivele hormonale care conțin numai progesteron.** Progesteronul îngreunează pătrunderea spermatozoizilor în uter, prevenind adesea ovulația și nu crește riscul de cheaguri de sânge, boli cardiovasculare sau cancer de sân.

a. **DIU hormonal.** Multe femei nu au menstruație sau au menstruație redusă cantitativ cu DIU hormonal, dar unele pot prezenta sângerări regulate sau neregulate. Deși acest lucru poate fi deranjant, este inofensiv. Eficient timp de 3-5 ani.

b. **Implantul de contraceptive** este introdus drept sub pielea brațului. Eficient timp de trei ani, dar poate fi eliminat mai devreme dacă se dorește.

c. **Injectii contraceptive.** Previne ovulația. Se injectează în partea superioară a brațului sau în fesă, la fiecare 12 săptămâni. După un timp, majoritatea femeilor care folosesc vaccinuri contraceptive nu vor mai avea menstruație. Prezintă un risc ușor crescut de reacții adverse care nu sunt asociate cu alte contraceptive. Necesită consult medical.

d. **Contraceptive pe bază de progesteron.** Previne ovulația, multe dintre cele care folosesc pastile numai cu progesteron vor opri complet sângerarea după un timp.

3. **Contraceptive hormonale combinate - conțin estrogen și progesteron.** Conțin estrogeni, nu toată lumea le poate folosi, deoarece prezintă un risc ușor mai mare de reacții adverse. Necesită declarație de sănătate. Adesea, oferă un control bun al menstruației, cu menstră la fiecare 4 săptămâni.

a. **Inele contraceptive vaginale.** Un inel de cauciuc moale de introdus în vagin. Previne ovulația. Lăsați inelul vaginal în vagin timp de 3 săptămâni, apoi îl scoateți și rămâneți fără inel timp de 1 săptămână.

b. **Plasturi contraceptivi.** Plasturi pe piele cu dimensiunea de 4,5 x 4,5 cm. Previne ovulația. Puteți pune plasturi pe multe părți ale corpului, cu excepția sânilor.

c. **Pilule contraceptive.** Previne ovulația. Există multe tipuri diferite de pilule contraceptive, fiecare cu diferite niveluri și tipuri de hormoni, iar efectele secundare pot varia de la o marcă la alta.

b. **Plasturi contraceptivi.** Plasturi pe piele cu dimensiunea de 4,5 x 4,5 cm. Previne ovulația. Puteți pune plasturi pe multe părți ale corpului, cu excepția sânilor.

c. **Pilule contraceptive.** Previne ovulația. Există multe tipuri diferite de pilule contraceptive, fiecare cu diferite niveluri și tipuri de hormoni, iar efectele secundare pot varia de la o marcă la alta.

76 <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/11/Contraception-guide-March-2018.pdf>

Resurse suplimentare

Informații despre sănătatea sexuală și reproductivă pe diferite teme, de utilizat ca instrument de creștere a cunoștințelor populației

Corp <https://zanzu.no/en/body>

Planificare familială și sarcină <https://zanzu.no/en/family-planning-and-pregnancy>

Contracepție <https://zanzu.no/en/family-planning-and-pregnancy/contraception>

Relații și emoții <https://zanzu.no/en/relationships-and-feelings>

Contracepția de urgență

Contracepția de urgență poate constitui o bună idee dacă ați avut contact sexual neprotejat (fără o metodă contraceptivă) sau dacă prezervativul s-a rupt sau a alunecat. Există două metode principale de contracepție de urgență (cea care nu este utilizată în mod obișnuit): contracepția hormonală de urgență (pilule) și DIU cu eliberare de cupru.⁷⁷

1. **Contracepția hormonală de urgență.** Este eficace atunci când iei pilula cât mai curând posibil după contactul neprotejat sau în perioada de 72-120 ore după contact (depinde de pilulă)

2. **DIU cu eliberare de cupru.** Cea mai sigură metodă contraceptive de urgență. Pot fi inserate până la 5 zile după contactul neprotejat.

Infecții cu transmitere sexuală

DEFINIȚIE

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS), sunt infecții transmise în principal prin contact sexual neprotejat (vaginal, anal, oral), dar unele se pot transmite și în timpul sarcinii, nașterii și alăptării și prin sânge sau produse din sânge infectate. ITS sunt foarte frecvente și au un impact profund asupra sănătății. Dacă nu sunt tratate, acestea pot duce la consecințe grave, inclusiv boli neurologice și cardiovasculare, infertilitate, sarcină ectopică, nașcuți morți și risc crescut de virus al imunodeficienței umane (HIV). Ele sunt, de asemenea, asociate cu stigmatizarea, violența domestică și afectează calitatea vieții.

Cele mai frecvente și mai vindecabile ITS sunt **trichomonas**, **chlamydia**, **gonoreea** și **sifilisul**. Creșterea rapidă a rezistenței antimicrobiene este o amenințare tot mai mare pentru gonoreea netratabilă.

ITS virale, inclusiv **HIV**, **virusul herpes simplex genital (HSV)**, **hepatitele virale B și C**, **virusul papiloma uman (HPV)** și **virusul limfotrop T uman de tip 1 (HTLV-1)** nu au sau au opțiuni de tratament limitate. Sunt disponibile vaccinuri pentru hepatita B pentru a preveni infecția care poate duce la cancer de ficat și pentru HPV pentru a preveni cancerul de col uterin.

⁷⁷<https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/11/Contraception-guide-March-2018.pdf>

MANIFESTĂRI CLINICE

Majoritatea ITS nu au simptome. Când sunt prezente, simptomele comune ale ITS sunt scurgerile vaginale sau uretrale, ulcerul genital și durerea abdominală inferioară.

Gonoree și infecție cu chlamydia

Aceste ITS provoacă cervicita la femei, uretrita la bărbați și infecții extragenitale, inclusiv manifestări rectale și orofaringiene. Simptomele comune includ secreții vaginale sau penisului și arsuri la urinare. Copiii mamelor infectate pot contracta conjunctivită neonatală (ochi roșii) din cauza expunerii la ITS în timpul nașterii vaginale. Infecțiile rectale și faringiene pot fi asimptomatice.

Sifilis

Sifilisul este adesea asimptomatic, când apar simptome, sifilisul primar se prezintă ca un ulcer solitar, nedureros ("șancru"). Sifilisul secundar se poate manifesta ca leziuni generalizate care afectează pielea, membranele mucoase și ganglionii limfatici, inclusiv o erupție cutanată clasică pe palmele mâinilor și tălpile picioarelor. Sifilisul latent este asimptomatic și se caracterizează printr-o serologie pozitivă pentru sifilis.

Trichomonioza

Simptomele predominante includ scurgeri vaginale anormale cu roșeață a vulvei, mâncărime și act sexual dureros.

Virusul herpes simplex genital (HSV)

HSV se prezintă cel mai frecvent ca răni dureroase, vezicule sau ulceratii pe organele genitale externe și pe gură. HSV genital simptomatic este o afecțiune pe tot parcursul vieții care poate fi caracterizată prin recidive simptomatice frecvente.

Virusul T-limfotrop uman de tip 1 (HTLV-1)

În general asimptomatică, forma cronică a HTLV-1 poate provoca boli severe, inclusiv leucemie/limfom cu celule T la adulți (ATL) și o afecțiune progresivă a sistemului nervos cunoscută sub numele de mielopatie asociată cu HTLV-1 sau parapareză spastică tropicală (HAM/TSP).

DEFINIȚIE

Sifilisul este o ITS produsă de bacteria *Treponema pallidum*, care poate provoca sechele grave de sănătate dacă nu este tratată corespunzător.

MANIFESTĂRI CLINICE

Sifilisul urmează de obicei o progresie a etapelor care poate dura săptămâni, luni sau chiar ani:

Etapă primară

Apariția unui singur **șancru** marchează prima etapă a simptomelor sifilisului, dar pot exista mai multe răni. Șancrul este de obicei (dar nu întotdeauna) ferm, rotund și nedureros. Apare în locul în care sifilisul a intrat în organism. Aceste șancru nedureroase pot apărea în locații care le fac dificil de observat (de exemplu, vaginul sau anusul). Durează între 3 și 6 săptămâni și se vindecă indiferent dacă o persoană este sau nu tratată. Totuși, dacă persoana infectată nu primește un tratament adecvat, infecția trece la stadiul secundar.

Etapă secundară

Erupțiile cutanate și/sau leziunile membranelor mucoase (răni în gură, vagin sau anus) marchează a doua etapă a simptomelor. Această etapă începe de obicei cu dezvoltarea unei erupții pe una sau mai multe zone ale corpului. Erupțiile cutanate asociate cu sifilisul secundar pot apărea atunci când șancrul primar se vindecă sau la câteva săptămâni după vindecarea șancrului. De obicei, erupția nu provoacă mâncărime. Erupția caracteristică a sifilisului secundar poate apărea ca pete aspre, roșii sau maronii roșiatice atât pe palmele mâinilor, cât și pe tălpi. Cu toate acestea, erupțiile cutanate cu aspect diferit pot apărea pe alte părți ale corpului, uneori asemănătoare erupțiilor cutanate cauzate de alte boli. Uneori, erupțiile cutanate asociate cu sifilisul secundar sunt atât de slabe încât nu sunt observate. Leziunile mari, ridicate, cenușii sau albe, cunoscute sub numele de condiloma lata, se pot dezvolta în zone calde și umede, cum ar fi gura, subrațul sau regiunea inghinală. În plus față de erupții cutanate, simptomele sifilisului secundar pot include febră, glandele limfatice umflate, dureri în gât, căderea netedă a părului, dureri de cap, scădere în greutate, dureri musculare și oboseală. Simptomele sifilisului secundar vor dispărea cu sau fără tratament. Cu toate acestea, fără tratament, infecția va progresa la stadiul latent și, eventual, terțiar al bolii.

Sifilisul terțiar

Sifilisul terțiar este rar, apare la cazurile de sifilis netratate; poate apărea la 10-30 de ani de la prima dobândire a infecției și poate fi fatal ; **poate afecta mai multe sisteme de organe, inclusiv creierul (neurosifilis), nervii, ochii, inima, vasele de sânge, ficatul, oasele și articulațiile**. Simptomele sifilisului terțiar variază în funcție de sistemul de organe afectat.

National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention,

<https://www.cdc.gov/std/syphilis/images/palmar-1.jpg>

Leziuni palmare de sifilis secundar

Șancru penian



⁷⁸ Centers for Disease Control and Prevention. [Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2019](#). Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; April 2021.

Sifilisul congenital⁷⁹

Sifilisul congenital

Când o femeie însărcinată are sifilis, infecția se poate transmite copilului ei nenăscut.

Toate femeile însărcinate trebuie testate pentru sifilis la prima vizită prenatală. Unele femei trebuie să fie testate din nou în timpul celui de-al treilea trimestru (28 de săptămâni de gestație) și la naștere. Acestea includ femeile care locuiesc în zone cu morbiditate ridicată la sifilis, care nu au fost testate anterior, au avut un test de screening pozitiv în primul trimestru sau care prezintă un risc mai mare de apariție a sifilisului (adică, parteneri sexuali multipli, consumul de droguri, sexul comercial, încarcerarea lor sau a partenerilor sexuali, locuințe instabile sau lipsă de adăpost).

Orice femeie care naște un copil mort după 20 de săptămâni de gestație ar trebui, de asemenea, să fie testată pentru sifilis.

În funcție de cât timp a fost infectată o femeie însărcinată, ea poate avea un risc mare de a naște un **copil mort** sau de a naște un **copil care moare la scurt timp după naștere**. Sifilisul netratat la femeile gravide duce la moartea sugarilor în cel mult 40% din cazuri.

Un copil infectat născut viu poate să nu aibă semne sau simptome de boală. Cu toate acestea, dacă nu este tratat imediat, copilul poate dezvolta probleme grave în câteva săptămâni. Bebelușii netratați pot avea **întârziere în dezvoltare**, pot avea **convulsii** sau pot muri. Toți bebelușii născuți din mame care au fost testați pozitiv pentru sifilis în timpul sarcinii ar trebui să fie testați pentru sifilis și examinați amănunțit pentru dovezi de sifilis congenital.

GONOREEA

DEFINIȚIE

Gonoreea este o infecție cu transmitere sexuală (ITS) cauzată de infecția cu bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. *N. gonorrhoeae* infectează membranele mucoase ale tractului reproducător, inclusiv colul uterin, uterul și trompele uterine la femei și uretra la femei și bărbați și poate infecta, de asemenea, membranele mucoase ale gurii, gâtului, ochilor și rectului.

MANIFESTĂRI CLINICE

Cei mai mulți **bărbați** cu gonoree sunt asimptomatici⁸⁰. Când sunt prezente, semnele și simptomele infecției uretrale la bărbați includ **disurie** sau o **scurgere** albă, galbenă sau verde, care apare de obicei la 1-14 zile după infecție. În cazurile în care infecția uretrală este complicată de epididimită, bărbații cu gonoree se pot plânge și de dureri testiculare sau scrotale.

Majoritatea **femeilor** cu gonoree sunt asimptomatice⁸¹. Chiar și atunci când o femeie are simptome, acestea sunt adesea atât de ușoare și nespecifice încât sunt confundate cu o infecție a vezicii urinare sau vaginale. Simptomele și semnele inițiale la femei includ **disurie**, **creșterea secreției vaginale**, **scurgeri sau sângerare vaginală între menstruații**. Femeile cu gonoree sunt expuse riscului de a dezvolta complicații grave în urma infecției, indiferent de prezența sau severitatea simptomelor. Simptomele infecției rectale atât la bărbați, cât și la femei pot include scurgeri, mâncărimi anale, dureri, sângerări sau dureri ale intestinului. Infecția rectală poate fi, de asemenea, asimptomatică. Infecția faringiană poate provoca o durere în gât, dar de obicei este asimptomatică.

Riscuri pentru nou născut⁸²

Dacă o femeie însărcinată are gonoree, poate da infecția copilului ei în timpul nașterii naturale.

Infecția gonococică la nou născut poate provoca orbire, infecție articulară sau o infecție a sângelui care pune viața în pericol la copil.

Tratamentul gonoreei de îndată ce este detectată la femeile însărcinate va reduce riscul acestor complicații.

79 Centers for Disease Control and Prevention. [Congenital Syphilis: Preliminary 2020 Data](#). Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; September 16, 2021

80 Handsfield HH, Lipman TO, Harnisch JP, Tronca E, Holmes KK. Asymptomatic gonorrhea in men. *N Engl J Med*, 290(3), 117–123 (1974)

81 McCormack WM, Johnson K, Stumacher RJ, Donner A, Rychwalski R. Clinical spectrum of gonococcal infection in women. *Lancet*, 1(8023), 1182–1185 (1977)

82 <https://www.cdc.gov/std/gonorrhea/stdfact-gonorrhea-detailed.htm>

INFECȚIA CU CHLAMYDIA

DEFINIȚIE

Infecția cu Chlamydia este o ITS comună, produsă de *Chlamydia trachomatis* care poate infecta atât bărbații, cât și femeile. La femei poate provoca leziuni grave și permanente sistemului reproducător care pot face ca mai târziu să fie dificil sau imposibil să rămână însărcinată. Chlamydia poate provoca, de asemenea, o sarcină extrauterină cu potențial fatal (sarcină care are loc în afara uterului)⁸³.

MANIFESTĂRI CLINICE

Majoritatea persoanelor care au chlamydia nu au simptome. La cazurile simptomatice, primele simptome apar la câteva săptămâni după contactul sexual cu un partener infectat. Chiar și atunci când chlamydia nu provoacă simptome, poate afecta sistemul reproducător.

Femeile cu simptome pot observa: scurgere vaginală anormală, senzație de arsură la urinare.

Simptomele la **bărbați** pot include: scurgere din uretră, senzație de arsură la urinare, durere și umflare la unul sau ambele testicule (deși acest lucru este mai puțin frecvent).

Bărbații și femeile se pot infecta și în rect cu chlamydia, și dacă adesea aceste infecții nu cauzează simptome, uneori pot provoca: durere rectală, scurgeri, sângerare.

Chiar dacă infecția inițială este asimptomatică sau ușoară și trece adesea neobservată, la femei **chlamydia poate duce la probleme grave de sănătate**.

La femeie, chlamydia netratată se poate răspândi în uter și trompele uterine (tuburi care transportă ovulele fertilizate de la ovare la uter). Acest lucru poate cauza boli inflamatorii pelvine (BIP), adesea fără simptome (unele femei pot avea dureri abdominale și pelvine) care pot provoca afectarea permanentă a sistemului reproducător, incapacitatea de a rămâne însărcinată și o sarcină extrauterină potențial mortală (sarcină în afara uterului). Bărbații au rareori probleme de sănătate pe termen lung legate de chlamydia.

HERPESUL GENITAL

DEFINIȚIE

Herpesul genital este o infecție cu transmitere sexuală cauzată de virusul herpes simplex de tip 1 (HSV-1) sau de tip 2 (HSV-2)⁸⁴.

MANIFESTĂRI CLINICE

Majoritatea persoanelor infectate cu HSV sunt asimptomatice sau au simptome foarte ușoare care trec neobservate sau sunt confundate cu o altă afecțiune a pielii.

Când apar simptome, leziunile de herpes apar de obicei **ca una sau mai multe vezicule mici, pe sau în jurul organelor genitale, rectului sau gurii**. Perioada medie de incubație pentru o infecție inițială cu herpes este de 4 zile (interval, 2 până la 12) după expunere. Veziculele se sparg și lasă **ulcere dureroase** care pot dura două până la patru săptămâni până la vindecare. Experimentarea acestor simptome este denumită apariția unui prim „focar” sau episod de herpes. De regulă, primul episod este urmat de episoade recurente.

Manifestările clinice ale herpesului genital diferă între primul și recurentul (adică, ulterioare). Primul episod de herpes este adesea asociat cu o durată mai lungă a leziunilor herpetice, și simptome sistemice, inclusiv febră, dureri corporale, ganglioni măriți de volum sau cefalee.

Episoadele recurente de herpes genital sunt frecvente, iar mulți pacienți care recunosc recidivele au simptome prodromale, fie dureri genitale localizate, fie furnicături sau dureri la nivelul picioarelor, șoldurilor sau feselor, care apar cu câteva ore până la zile înainte de erupția leziunilor herpetice. Simptomele episoadelor recurente sunt de obicei mai scurte ca durată și mai puțin severe decât primul focar de herpes genital. Studiile pe termen lung au indicat că numărul de focare recurente simptomatice poate scădea în timp.

Center for Disease Control and Prevention

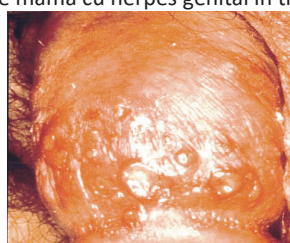
[Details - Public Health Image Library\(PHIL\) \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/publichealthlibrary/phil/phil.html)

Herpes genital cu localizare peniană



[Details - Public Health Image Library\(PHIL\) \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/publichealthlibrary/phil/phil.html)

Nou născut de mamă cu herpes genital în timpul sarcinii



⁸³ <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia.htm>

⁸⁴ Corey L, Wald A. Genital Herpes. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al. (editors). *Sexually Transmitted Diseases*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008: 399–437

Herpesul neonatal⁸⁵

Herpesul neonatal este una dintre cele mai grave complicații ale herpesului genital.

Toate femeile însărcinate trebuie întrebate dacă au antecedente de herpes genital.

Infecția cu herpes poate fi transmisă de la mamă la copil în timpul sarcinii sau al nașterii, sau bebelușii pot fi infectați la scurt timp după naștere, ducând la o infecție cu herpes neonatal potențial fatală. Sugarii născuți de femei care dobândesc herpes genital aproape de momentul nașterii și elimină virusul la naștere prezintă un risc mult mai mare de a dezvolta herpes neonatal, în comparație cu femeile care au herpes genital recurent.

Este important ca femeile să evite contractarea herpesului în timpul sarcinii. Femeile trebuie sfătuite să se abțină de la actul sexual în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină cu parteneri despre care se știe că au sau sunt suspectați că au herpes genital.^{86,87}

TRICHOMONIAZA

DEFINIȚIE

Trichomonioza este o ITS foarte frecventă, cauzată de infecția cu un parazit protozoar numit *Trichomonas vaginalis*.

MANIFESTĂRI CLINICE⁸⁸

Aproximativ 70% dintre persoanele infectate nu prezintă semne sau simptome.

Atunci când trichomonioza provoacă simptome, acestea pot varia de la iritație ușoară până la inflamație severă. La unele persoane simptomele apar în decurs de 5 până la 28 de zile de la infectare. Alții nu dezvoltă simptome decât mult mai târziu. Simptomele pot apărea și dispărea.

Bărbații cu trichomonioză pot observa:

- Mâncărime sau iritație în interiorul penisului;
- Arsuri după urinare sau ejaculare;
- Secreție din penis.

Femeile cu trichomonioză pot observa:

- Mâncărime, arsură, înroșire sau durere la nivelul organelor genitale;
- Disconfort la urinare;
- modificare a secreției vaginale, care poate fi limpede, albă, gălbuie sau verzuie, cu un miros neobișnuit de pește.

Trichomonioza poate face să se simtă neplăcut să faci sex. Fără tratament, infecția poate dura luni sau chiar ani.

Femeile însărcinate cu trichomonioză au risc mai crescut de naștere prematură, iar bebelușii născuți din mame infectate au risc mai mare să aibă o greutate mică la naștere.

85 Brown ZA, Selke S, Zeh J, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med*, 1997;**337**(8): 509–15.

86 Brown ZA, Vontver LA, Benedetti J, et al. Effects on infants of a first episode of genital herpes during pregnancy. *N Engl J Med*, 1987;**317**(20):1246–51

87 Kimberlin DW. Herpes simplex virus infections in the newborn. *Semin Perinatol*, 2007;**31**(2): 19–25.

88 <https://www.cdc.gov/std/trichomonas/stdfact-trichomoniasis.htm>

Alte infecții virale cu transmitere sexuală

INFECȚIA CU VIRUS HEPATIC B⁸⁹ - factorii de risc principali asociați cu infecția în rândul adolescenților și adulților sunt: sexul neprotejat cu un partener infectat, partenerii multipli, bărbații care fac sex cu bărbați, antecedentele de alte ITS și consumul de droguri injectabile.

INFECȚIA CU VIRUS HEPATIC C⁹⁰ - transmiterea pe cale sexuală este mult mai redusă decât în cazul virusului hepatic B.

INFECȚIA CU HPV⁹¹ - este cea mai frecventă ITS. Există multe tipuri diferite de HPV. Unele tipuri pot cauza probleme de sănătate, inclusiv veruci genitale și cancere.

INFECȚIA HIV⁹² - se transmite în principal prin relații sexuale sau prin folosirea în comun a seringilor sau a altor obiecte tăietoare/înțepătoare (exp: lame de ras) cu cineva care este infectat cu HIV.

EVALUAREA PACIENTULUI	
• Stare generală • Tegumente, mucoase, secreții genitale • Prezența leziunilor, secrețiilor genitale, disurie, dureri abdominale	
MOTIVE DE ALERTARE	
• În cazul confirmării oricărei alte infecții cu transmitere sexuală, persoana trebuie să fie consiliată și testată HIV. • Prezența semnelor și simptomelor de infecții cu transmitere sexuală la gravidă. • Prezența semnelor și simptomelor de infecții cu transmitere sexuală la partenerul unei femei gravide.	
INTERVENȚII	TRIMITERE
• Educație sexuală și educație contraceptivă. • Monitorizare gravide și informare privind ITS și riscurile asupra sarcinii și a fătului. • Încurajare părinți pentru vaccinarea HPV a fetelor 11-18 ani.	• Trimitere la medicul de familie a oricărei gravide pentru luare în evidență și investigare cu laboratorul. • Trimitere la medicul de familie a oricărui caz suspect ITS

2.3.4 Sănătatea oro-dentară

DEFINIȚIE

Sănătatea orală se referă la sănătatea dinților, a gingiilor și a întregului sistem oro-facial. Include capacitatea de a vorbi, zâmbi, mirosi, gusta, atinge, mesteca, înghiți și transmite o serie de emoții prin expresii faciale, fără durere sau disconfort, și fără afecțiuni oro-faciale⁹³.

Afecțiunile cavității bucale sunt corelate cu boli cardiovasculare, diabet, cancer, pneumonie și naștere prematură, sănătatea orală contribuind major la starea generală de sănătate. Sănătatea orală este un indicator cheie al sănătății generale, al bunăstării și al calității vieții (Organizația Mondială a Sănătății).

89 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/hbv.htm>

90 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/hcv.htm>

91 <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>

92 <https://www.cdc.gov/hiv/risk/index.html>

93 Adaptată după FDI World Dental Federation <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>

MANIFESTĂRI CLINICE

Cele mai frecvente afecțiuni orodentare sunt:

- Caria dentară: cavitate apărută prin afectarea smalțului dentar. Netratată, caria superficială avansează la carie profundă și posibil pierderea dintelui.
- Gingivita și parodontita: boală care afectează țesuturile care înconjoară și susțin dintele. Gingiile se pot inflama, umfla, pot sângera la periatul dentar, pot fi dureroase; poate apărea halena/halitoza (respirație urât mirositoare). Netratată, gingivita poate duce la parodontită (popular “parodontoză”) și pierderea dinților.

Stomatita: inflamația mucoasei bucale de cauze multiple (infecții - herpes simplex, Candida albicans, infecții bacteriene, igienă orală precară); favorizată de imunitate scăzută. Stomatita herpetică și stomatita aftoasă sunt cele mai frecvente forme.

Cancerul oral: poate apare la nivelul buzelor, în țesuturile cavității bucale sau orofaringe.

CAUZE	MOTIVE DE ALERTARE
• igienă orală deficitară • alimentație nesănătoasă bogată în zaharuri sau consumul de băuturi cu zahăr sau acidulate • consumul de tutun • consumul nociv de alcool	• Copii din familii sărace, defavorizate sau cu un nivel redus de educație • Persoane în vârstă singure sau persoane cu dizabilități

INTERVENȚIILE ASISTENTULUI MEDICAL COMUNITAR

Afecțiunile cavității bucale afectează oamenii pe tot parcursul vieții, deși în mare parte pot fi prevenite și pot fi tratate în stadii incipiente. Promovarea sănătății orodentare, prevenirea riscurilor și depistarea precoce a afecțiunilor cavității bucale este esențială.

- activități regulate de educare, informare, comunicare pentru prevenirea afecțiunilor cavității bucale, privind igiena dentară corectă, obiceiurile alimentare, renunțarea la fumat, consumul nociv de alcool, bolile cronice asociate afecțiunilor orodentare
- evaluarea riscului de carii dentare prin examinarea periodică a cavității bucale la copii (în particular la copiii sub șase ani) din familii defavorizate, sărace, cu nivel redus de educație
- identificarea celor mai apropiate cabinete stomatologice care furnizează servicii stomatologice și prin sistemul de asigurări de sănătate. EXISTĂ unele servicii stomatologice gratuite pentru copii și adulți neasigurați.
- trimiterea/referirea (sau după caz însoțirea) către medicul stomatolog a persoanelor cu afecțiuni ale cavității bucale incipiente sau severe.
- acordarea de sprijin unor categorii speciale de beneficiari: persoane în vârstă singure, purtătoare de proteze dentare sau care necesită proteze dentare și persoane cu dizabilități.

În toate intervențiile privind promovarea sănătății orodentare, asistentul medical comunitar utilizează Ghidul de practică aferent temei.⁹⁴

⁹⁴ <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Sanatate-oral.pdf>

CAPITOLUL 3

Sănătatea grupurilor populaționale vulnerabile medical (Mihaela Lazăr, Narciza Dinică, Tino Marti)

3.1 Sănătatea femeii (Mihaela Lazăr)

3.1.1 Starea de graviditate. Monitorizarea gravidei

Starea de graviditate, graviditatea sau sarcina reprezintă modificările care se produc în organismul femeii între fecundație și naștere, în timpul cărora embrionul și, ulterior, fătul se dezvoltă în uterul matern.^{95,96,97}

Sarcina normală durează 9 luni, grupate în 3 trimestre:

- trimestrul I – de la momentul concepției până în săptămâna 12 de sarcină,
- trimestrul II – între săptămânile 12 și 24,
- trimestrul III – între săptămânile 24 și 40 de sarcină.

Asistenta medicală comunitară are un rol important în identificarea femeii gravide și a condițiilor legate de sarcină, promovarea sănătății și prevenirea bolilor în cazul femeilor însărcinate.

Intervenții AMC

- **Recunoașterea semnelor specifice unei sarcini-** Absența ciclului menstrual și/sau a semnelor precoce de graviditate (emotivitate și iritabilitate anormale, grețuri matinale, poftă sau dezgust pentru anumite alimente, umflare sau sensibilitate a sânilor, nevoia frecventă de a urina) sunt semne ale stării de graviditate pe care asistenta medicală comunitară le poate recunoaște cu ușurință.
- **Asistarea femeii în efectuarea unui test de sarcină.**
- **Îndrumarea femeii însărcinate către medicul de familie pentru luarea în evidență.**

Pentru confirmarea sarcinii, asistenta medicală comunitară poate ajuta femeia în efectuarea unui test de sarcină și să recomande un consult de specialitate, respectiv, luarea în evidență a gravidei de către medicul de familie/medicul specialist ginecolog.

Asistenta medicală comunitară trebuie să informeze gravida despre necesitatea luării în evidență de către medicul de familie și despre programarea consultațiilor prenatale (din timpul sarcinii):

- Luarea în evidență la medicul de familie și prima consultație prenatală se efectuează în primele 3 luni de sarcină.
- Consultațiile medicale periodice și efectuarea analizelor de laborator și examenelor ecografice:
 - de regulă, câte o consultație pentru fiecare lună de sarcină, pentru o sarcină ce se dezvoltă normal și câte consultații sunt necesare pentru gravidele cu probleme de sănătate (la recomandarea medicului)
 - 2 consultații în ultima lună de sarcină pentru o sarcină ce se dezvoltă normal și câte consultații sunt necesare pentru gravidele cu probleme de sănătate
 - efectuarea examenelor de laborator în primul și al treilea trimestru de sarcină
 - efectuarea examenelor ecografice

• **Identificarea unei sarcini la risc** - Asistenta medicală comunitară, pe baza istoricului medical al femeii însărcinate, poate identifica o sarcină la risc, atunci când gravida este diagnosticată cu diabet zaharat, hipertensiune arterială, epilepsie, etc.

• **Promovarea sănătății pe timpul sarcinii:**

- alimentația echilibrată,
- hidratarea corespunzătoare,
- igiena personală, inclusiv igiena buco-dentară,
- practicarea exercițiilor fizice de intensitate ușoară-moderată,
- oprirea fumatului, consumului de alcool și cafea, etc.
- menținerea unui echilibru între muncă și repaus pentru evoluția normală a sarcinii,

• **Importanța monitorizării evoluției sarcinii:**

- necesitatea și utilitatea examenelor obligatorii (glicemie, hemoleucogramă, grup sanguin și Rh) și/sau a examenelor recomandate de medic,
- recunoașterea unor semne amenințătoare de avort (sângerări, dureri în abdomenul inferior),
- modul de percepție a primelor mișcări fetale,
- semnele de declanșare a nașterii la termen și premature.

95 <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/pregnancy-week-by-week#conception>

96 Olaniran A, et al. BMJ Global Health 2019;4:e001388, <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/4/e001388.full.pdf>

97 <https://dspalba.ro/wp-content/uploads/2019/03/ghid-pactic-as.-med.-comunitara-I.pdf>

3.1.2 Identificarea semnelor de pericol în cazul unei sarcini patologice

Prin sarcină patologică sau sarcină cu risc se înțelege o sarcină în care femeia gravidă prezintă o afecțiune care poate afecta dezvoltarea fătului și/sau procesul nașterii sau, pe parcursul sarcinii, apar evenimente, situații, factori, care pot reprezenta un risc pentru mamă și/sau pentru făt, declanșând apariția unei sarcini patologice.

Intervenții AMC

- **Identificarea factorilor care pot determina o sarcină patologică:**
 - afecțiuni cronice preexistente: diabet zaharat, afecțiuni cardiovasculare, neurologice (epilepsie, scleroza multiplă, schizofrenie, etc), respiratorii (astmul bronșic), lupus eritematos sistemic, neoplazii,
 - obezitatea,
 - consumul excesiv de alcool,
 - consum de droguri,
 - fumatul,
 - sarcina gemelară,
 - muncă fizică de intensitate mare.
- **Educația gravidei cu privire la consecințele expunerii la diferiți factori de risc (alcool, fumat, noxe chimice în gospodărie/la locul de muncă).**
- **Identificarea unor semne de amenințare de avort:**
 - sângerări,
 - dureri în abdomenul inferior,
 - disurie (dificultatea de a urina).
- **Consilierea gravidei în legătură cu importanța și respectarea controalelor medicale regulate pe parcursul sarcinii, și a efectuării investigațiilor recomandate de medic.**

3.1.3 Lehuzia fiziologică și lehuzia patologică

Lehuzia reprezintă perioada de timp cuprinsă între naștere și reapariția ciclului menstrual.^{98,99}

În general, **lehuzia fiziologică** durează aproximativ 40 de zile după naștere, dar poate avea o durată mai mare la femeile care alăptează; în această perioadă dispar fenomenele generale și locale induse de starea de graviditate.

Lehuzia imediată urmează imediat după expulzia fătului și a placentei și durează aproximativ 4 ore. Se produce contracția uterului ce determină pensarea vaselor sanguine care erau deschise după eliminarea placentei.

Lehuzia precoce durează 7 – 12 zile după naștere.

Lohiile reprezintă secreția plăgii uterine (locul de inserție placentară); au aspect – sanguinolent în primele 3 zile după naștere, serosanguinolent în următoarele 3 zile, seros până la sfârșitul lehuziei propriu-zise. Modificarea culorii sau mirosului lohiilor poate indica începutul unei infecții uterine.

Secreția lactată este cel mai important fenomen al perioadei. În primele 2 – 3 zile postpartum, crește secreția de colostru. În a 3 - 4 a zi postpartum poate apare secreția lactată, sub forma numită "furia laptelui" (congestia mamară: sânii sunt măriți de volum, angorjați, duri, dureroși spontan și

98 <https://www.spitalul-cantacuzino.ro/uploads/pocu2cursuri/lauzia.pdf>

99 <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/11.-Lehuzia-patologic%C4%83.pdf>

la palpare). Uneori se asociază și alte fenomene (febră până la 39°C, cefalee, amețeli) care cedează după 24- 48 ore, odată cu instalarea definitivă a secreției lactate.

Lehuzia tardivă durează următoarele 30 de zile. Au loc modificări sistemice:

- involuția uterină continuă, astfel că la sfârșitul acestei perioade ajunge la dimensiunile anterioare sarcinii
- lohiile au aspect seros și cantitatea lor scade progresiv
- secreția lactată este întreținută de suptul frecvent al copilului
- sistemul hipotalamo-hipofizar își reia funcția ciclică

Lehuzia patologică cuprinde toate complicațiile ce apar în starea de lehoz:

- patologia infecțioasă în lehoz:
 - febra puerperală (temperatură de peste 38°C, apărută în primele 10 zile de lehoz (exceptând primele 24 de ore) și care se menține minim 48 de ore).
 - infecțiile plăgilor după operație cezariană.
- boala tromboembolică în lehoz
- situații particulare:
 - depresia postpartum - un sindrom depresiv (cu diferite grade de intensitate) manifestat prin apatie, astenie, anorexie, tristețe, insomnie, plâns facil, sentimente de vinovăție față de noul-născut. Există, de asemenea, tendința de agravare a unei suferințe psihiatrice preexistente.
 - hemoragiile uterine tardive în lehoz (hemoragiile tardive postpartum) - pot avea drept cauză o involuție anormală a zonei de inserție a placentei, retenția de resturi placentare, sau formarea de polip placentar.
 - infecție a sânului - mastita
 -

Intervenții AMC

- **Cunoașterea complicațiilor caracteristice lehozei patologice, recunoașterea/identificarea semnelor și simptomelor asociate acestora** (de ex. febră, frison, puls accelerat, dureri abdominale, semne inflamatorii prezente la nivelul plăgii (edem, eritem, durere), secreție sero-sanguinolentă/purulentă la nivelul plăgii), **și referențierea lehozei către medicul de familie/medicul specialist ginecolog.**
- **Educarea lehozei despre importanța igienei personale și a copilului.**
- **Educarea lehozei cu privire la îngrijirea copilului.**
- **Solicită sprijinul familiei pentru susținerea lehozei (mai ales în cazul depresiei postpartum) și a copilului.**

3.2 Sănătatea copilului și adolescentului vulnerabil (Narciza Dinică)

3.2.1 Particularitățile nou-născutului și copilului prematur

DEFINIȚIE

Nou-născutul prezintă unele particularități morfologice și funcționale, determinate de trecerea de la viața intrauterină la cea extrauterină, care solicită adaptarea funcțiilor organelor și sistemelor la noile condiții.¹⁰⁰

PARTICULARITĂȚI ALE NOU NĂSCUTULUI

Greutatea la naștere este cuprinsă între 2.500-4.500 g, cu o medie de 3.000 g. **Lungimea** corporală este între 48-55 cm, cu o medie de 50 cm, iar circumferința craniană măsoară între 34,5-35 cm.

Capul este mare și reprezintă 1/4 din talie. Fața este mică.

Fontanela anterioară este deschisă și are o formă rombică.

Fontanela posterioară are o formă triunghiulară și este de obicei închisă la naștere. Atunci când este deschisă, măsoară 6-8 mm și se închide după o perioadă de 6-8 săptămâni.

Alte particularități:

- Nasul este scurt, concav, iar nările sunt îndreptate înainte;
- Pavilioanele urechilor sunt normal situate și conformate;
- Gâtul este scurt;
- Toracele este aproape cilindric;
- Abdomenul este mare, iar peretele abdominal are tonus muscular scăzut;
- Ombilicul se află sub linia care împarte corpul în două jumătăți egale;
- Membrele inferioare sunt scurte.

Cordonul ombilical trece prin **faza de mumificare**, formează un șanț de eliminare, apoi, între zilele 6-10 ale nou-născutului, cade. **Plaga ombilicală** trece treptat prin procesul de epidermizare, de la periferie spre centru. Cicatrizarea se încheie către a-3-a săptămână. Pe baza refracției vaselor, plaga ombilicală se înfundă.



PARTICULARITĂȚI ALE COPILULUI PREMATUR

Prematurul este nou-născutul cu vârsta gestatională mai mică de 37 săptămâni, cu greutatea mai mică de 2.500g și talia mai mică de 47cm. Prematurul are greutatea corespunzătoare vârstei gestationale.

Conform noii Clasificări Internaționale a Bolilor (ICD-10) prematurii se împart în:

Nou născut	Varsta gestatională	Greutatea la naștere
<u>Prematur</u>	VG < 37 sapt. (259 zile)	Gn < 2.500g
Prematur mic	VG < 32 sapt. (154-224 zile)	Gn < 1.500g
Prematur foarte mic	VG < 28 sapt. (154-196 zile)	Gn < 1.000g

¹⁰⁰ <https://www.romedic.ro/particularitatile-nou-nascutului-0C431>

Caracteristici:

- Capul mare, reprezintă 1/3 din talie, fontanele larg deschise, părul rar. Fața este mică, triunghiulară, gura mare, bărbia ascuțită, gâtul subțire. Pavilioanele urechilor lipite de cap, cu slaba dezvoltare a cartilajelor.
- Toracele este mic, slab dezvoltat, contrastează cu abdomenul voluminos. Perimetrul toracic variază între 25-31 cm.
- Membrele sunt scurte și subțiri.
- Tegumentele sunt subțiri, de culoare rosie la naștere și devin palide după o săptămână.
- Sistemul muscular este redus și hipoton.



INCIDENTE FIZIOLOGICE ÎN PERIOADA DE NOU-NĂSCUT

- 1) **Scăderea fiziologică în greutate.** Are loc între prima și a cincea zi de viață. Greutatea inițială se recuperează până la a 10-15 zi;
- 2) **Icterul fiziologic.** În a 2-a zi, a 3-a zi de viață poate apărea o îngălbenire a pielii și a mucoaselor care se accentuează până în ziua a 4-a, a 5-a și dispare în 1-3 săptămâni;
- 4) **Descuamarea fiziologică.** Poate fi discretă sau pronunțată, mai ales pe trunchi, palmă și tălpi;
- 5) **Eritemul alergic.** Apare în primele zile de viață la unii dintre copii și dispare spontan fără tratament în câteva ore sau zile;
- 6) **Febra de sete.** Corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutății, durează 24-48 de ore și dispare prin administrarea corectă de lichide;
- 7) **Scaunele de tranziție.** Apar între a 3-a și a 5-a zi de viață și sunt în număr de 5-6 în 24 ore de culoare verzuie, uneori cu mucus, grunjoase și explozive;

3.2.2. Alăptarea și alimentația copilului mic

Sfaturi pentru părinți

Laptele matern este cel mai natural și bun aliment care se poate oferi nou-născuților. Dacă copilul dumneavoastră nu poate fi alăptat sau are nevoie de un supliment de lapte, trebuie să-i oferiți formula de lapte pentru sugari. În acest caz, se recomandă mamei să și alăpteze pe lângă formula de lapte aleasă. Alăptarea corectă, la sân sau la biberon este foarte importantă în dezvoltarea unei relații puternice între sugar și părinții săi.

Laptele matern sau formula de lapte este cel mai important aliment în primul an de viață.

Sfaturi pentru asistentul medical comunitar

Fiecare sugar sau familie sunt diferite și, de aceea, sfaturile privind alăptarea și utilizarea altor alimente trebuie adaptate individual pentru fiecare copil și mamă.

Recomandările alimentare se aplică sugariilor și copiilor sănătoși. În cazul unor probleme medicale, alergii sau probleme nutriționale, se aplică recomandări diferite și adaptate.

Atunci când sugarul mănâncă, mediul din jurul său trebuie să se caracterizeze prin apropiere, calm și contact vizual între părinți și copil. În timpul mesei copilul trebuie să aibă contact fizic cu un adult, preferabil contact piele pe piele.

Sugarul trebuie să fie poziționat astfel încât

Repere importante

Criteriul cheie pentru evaluarea balanței energetice este acela dacă sugarul crește în greutate și crește satisfăcător.

În primele 6 luni laptele matern va oferi toate elementele nutritive și lichidele de care are nevoie sugarul, în cazul în care crește satisfăcător în greutate.

Alimente solide nu trebuie oferite înaintea vârstei de 4 luni. Până la această vârstă sistemul digestiv și rinichii sugarului nu sunt suficient maturizate pentru a digera altceva decât laptele matern sau formula de lapte.

Când copilul ajunge la 6 luni, acesta va avea nevoie și de altceva decât numai lapte matern/formula de lapte pentru a-și satisface nevoile energetice și nutriționale.

Alte alimente trebuie introduse gradual ca supliment la laptele matern/formula de lapte, iar cantitatea trebuie crescută în funcție de nevoile copilului și a semnelor date de acesta. De la un an în sus: practic aceeași dietă ca și restul familiei.

Observații:

Apetitul copilului poate varia în termeni de cantitate, frecvență și numărul de mese. Fără a ține seama de faptul că mama alăptează sau că îi oferă formula de lapte, copilul trebuie să decidă în mod normal când dorește să fie hrănit.

Dacă copilul sugă de cel puțin 8-10 ori pe zi și produce o mulțime de scutece ude și are scaune regulate, acestea sunt semne că sugarul primește lapte suficient.

- ❖ Urmăriți semnele că unui sugar îi este foame:
- ❖ Mișcare rapidă a ochilor atunci când aceștia sunt închiși
- ❖ Mișcări de aspirație cu gura și limba
- ❖ Deschide iar gura și scoate limba afară
- ❖ Mișcări ale mâinilor și picioarelor
- ❖ Caută cu gura
- ❖ Semne că un copil poate avea nevoie și de alte alimente după vârsta de 4 luni:
- ❖ Creștere insuficientă în greutate
- ❖ Copilul pare flămând și după ce sugă mult
- ❖ Frecvență mare a suptului mai ales noaptea
- ❖ Copilul manifestă interes pentru alte alimente.

Informații referitoare la alăptare:

Alăptarea oferă multe beneficii pentru sănătate atât copilului cât și mamei. Mamei trebuie să i se ofere sprijin practic și să fie încurajată să inițieze alăptarea cât de curând posibil după naștere.

Dacă o mamă bine informată și căreia i s-au oferit sfaturi practice nu dorește totuși să alăpteze, aceasta trebuie tratată cu respect și înțelegere. Furnizați informațiile necesare pentru folosirea corectă a formulei de lapte.

Dacă mama reușește să alăpteze, încurajați alăptarea exclusivă, cu nimic altceva în afară de picăturile de vitamina D. Nici apă, nici altceva nu este necesar.

Consumul de alimente și băuturi ale mamei îi afectează laptele. Reduceți consumul de cofeină și atenție la alimentele care pot avea concentrații mari de poluanți. Discutați întotdeauna cu medical despre utilizarea medicamentelor. Mamele care alăptează trebuie să evite consumul de alcool, droguri și nicotina, deoarece acestea au consecințe serioase asupra sănătății copilului.

Informații referitoare la introducerea alimentelor solide

- A obișnui copilul cu alimente solide este un proces lent și gradual. Cantitatea de alimente pe care i le oferiți copilului trebuie să crească în funcție de nevoile și semnalele copilului.
- Incepeți cu porții mici. Primele mese pot să însemne numai câteva lingurițe. Cantitatea poate fi gradual crescută.
- Permiteți copilului să guste tipuri diferite de mâncare.

- După 6 luni, două sau trei mese cu alimente solide pot fi oferite pe zi.
- Alimentele trebuie făcute la început piure, aproape lichide. Unele mame încep cu o budincă, altele cu piure de cartofi sau legume.
- Laptele matern sau formula de lapte pot fi amestecate cu budinca sau cu piureul de cartofi sau legume.
- Adăugați la piureul de cartofi/legume în mod gradual: fasole, linte, mazăre, pește, pui, carne. Astfel, veți crește cantitatea de protein din alimentație.
- Copiii sub 1 an nu trebuie să mănânce sare. Nu puneți sare în mâncarea copilului.
- Lăsați copilul să guste diferite tipuri de alimente. Puteți să le oferiți boabe moi de fructe sau chiar bucățele de fructe, conopidă fiartă, bucăți mărunte de morcov și bucăți mici de pâine.
- Permiteți copilului să participe activ la masă și să-și folosească simțurile: să vadă, să miroase și să guste mâncarea.
- Permiteți copilului să mănânce singur și să ia singur cu lingura. Cu asta ne asigurăm că nevoile copilului sunt satisfăcute.
- Incercați să mâncați odată cu copilul astfel încât acesta să participe la mesele zilnice ale familiei.

Informații referitoare la formula de lapte pentru sugari

- Dacă copilul dumneavoastră nu poate fi alăptat sau are nevoie de un supliment de lapte, trebuie să-i oferiți formula de lapte pentru sugari. În acest caz, se recomandă mamelor să și alăpteze pe lângă formula de lapte aleasă.
- Igiena corectă, spălarea și fierberea biberoanelor și sticlelor înainte de masa sunt vitale în prevenirea oricărui risc de infectare a sugarului.
- Fierbeți apa rece amestecați /adăugați formula atunci când apa are 70°C.
- Laptele poate fi oferit sugarului atunci când acesta are temperatură de 37°C.
- Nu pregătiți niciodată singuri formula din lapte obișnuit, lapte de capră sau produse similare. O compoziție greșită poate distruge rinichii sugarului sau afecta în mod negativ creșterea.

Suplimentarea cu micro-nutrienți (Fe, Vit. D)101

Profilaxia rahitismului

Rahitismul se datorează carenței de **vitamina D**.

Aportul alimentar de vitamina D este foarte slab. Majoritatea vitaminei D este sintetizată la nivelul pielii, unde anumiți steroizi inactivi (pre-vitamina D) sunt activați prin razele ultraviolete ale soarelui.

Vitamina D permite absorbția intestinală activă a calciului, iar pe de altă parte mineralizarea osului (fixarea calciului în oase) și eliminarea urinară a calciului.

Semnele clinice apar între 3 luni și 2 ani:

- Cranio-tabesul – înmuierea boltei craniene în zona parieto-occipitală;
- Brațări – la nivelul pumnilor apar bureleți epifizari, vizibili și palpabili;
- Torace – semnul caracteristic vizibil și palpabil se cheamă „mătăanii costale”, apar sub forma de nodozități costale de ambele părți și simetrice; pot să mai apară: șanț submamelonar, evizarea marginilor coastelor și „înfundarea sternului” ;
- Membre inferioare – picioare în X sau O;
- Întârzierea închiderii fontanelei și a erupției dentare.

Profilaxia constă în administrarea zilnică de vitamina D.

Profilaxia rahitismului se face: zilnic de la vârsta de 2 săptămâni până la 18 luni; în anii următori în toate lunile cu litera R (septembrie, octombrie, noiembrie, decembrie, ianuarie, februarie, martie, aprilie).

Prevenirea anemiei carentiale feriprive

Anemia carentială feriprivă este o boală datorată scăderii concentrației de hemoglobină sub **11 g/decilitrul** de sânge, produs de **deficitul de fier**.

101 E. Capraru, H. Capraru, Mama și Copilul, Editia a - VI – a (revizuita), Editura Medicala, București, 2017, pag. 336, 337, 338

Tratamentul profilactic la copil:

- a) Alimentația la sân cât mai îndelungată;
- b) Diversificarea alimentației;
- c) La prematuri, dismaturi, gemeni, sugari cu rată de creștere în greutate mai mare se introduc preparate de fier.

3.2.3. Monitorizarea dezvoltării copilului

Standarde de dezvoltare neuropsihică și fizică a copilului

Abilități precum primii pași, primul zâmbet sau fluturarea mâinii pentru a spune “la revedere” sunt denumite repere de dezvoltare. Copiii ating aceste repere prin modul cum se joacă, învață, vorbesc, se comportă și se mișcă (de exemplu se târăsc sau merg în picioare).¹⁰²

Fiecare copil se dezvoltă în ritmul său și de aceea este practic imposibil să spui cu exactitate când va dobândi copilul o anumită abilitate. Cu toate acestea, reperele de dezvoltare pot oferi o idee generală asupra schimbărilor la care te poți aștepta la un copil pe măsură ce crește.

Până la vârsta de 5 ani, reperele de dezvoltare trebuie monitorizate la următoarele vârste:

Până la 1 an:	După 1 an:
• 2 luni • 4 luni • 6 luni • 9 luni • 1 an	• 15 luni • 18 luni • 2 ani • 30 luni • 3 ani • 4 ani • 5 ani

Pe lângă dezvoltarea fizică, la fel de importantă de urmărit este și dezvoltarea neuropsihică a copilului. Ariile de dezvoltare neuropsihică urmărite sunt: M=comportamentul motor (mișcări ample, mișcări fine), C=comportamentul cognitiv (de cunoaștere, învățare, gândire, rezolvare de probleme), V=comportamentul verbal (de comunicare, limbaj), S=comportamentul social-afectiv (relaționare afectivă, activitatea de joc cu adultul și copiii).¹⁰³

În cadrul **comportamentului motor (M)** se urmăresc:

- motricitatea în decubit dorsal (culcat pe spate) a segmentelor corpului - cap, trunchi, membre
- motricitatea în decubit ventral (culcat pe burtă) a segmentelor corpului - cap, trunchi, membre
- poziția șezând, postura de echilibru
- ortostatismul (poziția în picioare), mersul, alergarea
- controlul vertical, deplasarea pe vertical (urcat – coborât scara)
- motricitatea (mișcarea) fină a mâinii.

În cadrul **comportamentului cognitiv (C)** se urmăresc:

- cunoaștere
- învățare
- integrare
- rezolvare de probleme

În cadrul **comportamentului verbal - comunicare (V)** se urmăresc:

- limbajul pasiv: ascultă vocea umană, zâmbește ca răspuns
- limbaj activ: gângurit, emiteri de vocale/consoane

În cadrul **comportamentului social-afectiv (S)** se urmăresc:

- relaționare afectivă
- activitatea de joc cu adultul și copiii
- manifestări de independență (preferințe, opoziție)
- manifestări de autoservire (deprinderi de hrănire, îmbrăcare, igiene).

¹⁰² <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/facts.html>

¹⁰³ Carmen Dumitrache, Camelia Stănescu, Claudia Dima, Ghid Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani, pag. 7, 8 <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Dezvoltare-copil.pdf>

Pentru detalii privind monitorizarea dezvoltării fizice și neuro-psihiice a copilului 0-4 ani consultați Ghidul Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Dezvoltare-copil.pdf>

Examenale profilactice la vârste nodale

Examenalele medicale periodice și de bilanț ale stării de sănătate se efectuează preșcolarilor, elevilor și studenților în vederea cunoașterii nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate, prevenirii apariției unor îmbolnăviri, depistării precoce a unor afecțiuni sau deficiențe, aplicării tratamentului recuperator, orientării școlare și profesionale în funcție de starea de sănătate.¹⁰⁴

Asistența medicală și asistența medicală stomatologică destinată preșcolarilor, elevilor și studenților se asigură în cabinetele medicale și în cabinetele medicale stomatologice din unitățile de învățământ preuniversitar și instituțiile de învățământ superior, acolo unde acestea există.

Conform acestui Ordin, evaluarea stării de sănătate, realizată prin serviciile de asistență medicală și stomatologică școlară (acolo unde există) sau prin asistentul medical comunitar, are următoarele componente: *servicii profilactice* de menținere a stării de sănătate individuale și colective prin: a. efectuarea triajului epidemiologic în unitățile de învățământ preșcolar, înainte de intrarea în colectivitate; b. efectuarea triajului epidemiologic în unitățile de învățământ preuniversitar, după vacanțele școlare și ori de câte ori este nevoie; *activități de educație pentru sănătate*, inclusiv sănătatea reproductivă, sănătatea orală, și de promovare a unui stil de viață sănătos.

Etapalele examinărilor medicale periodice și de bilanț ale stării de sănătate sunt:

- a. examinările medicale periodice și de bilanț ale stării de sănătate efectuate anual pentru toți preșcolarii din colectivități;
- b. examinările medicale periodice ale stării de sănătate efectuate anual pentru toți elevii;
- c. examinările medicale de bilanț ale stării de sănătate efectuate pentru toți elevii din clasele I, a IV-a, a VIII-a, a XII-a/a XIII-a, din ultimul an al școlilor profesionale și anul II de facultate;
- d. examinări medicale în situații de risc epidemiologic.

Planificarea examenelor de bilanț se face de către medic/asistent medical, împreună cu conducerea grădiniței, școlii, care va asigura și mobilizarea la etapele fixate.

3.2.4 Semne de pericol în bolile copilăriei

FEBRA 105 106

DEFINIȚIE
Febra în sine nu este o boală, ci doar un semn sau simptom al unei alte probleme de sănătate. Valorile normale ale temperaturii sunt: dimineața 36,5 - 36,8 grade C și seara 36,8 - 37 grade C. Cea mai ridicată valoare a temperaturii corpului nostru se constată la ora 17,00 și cea mai scăzută după miezul nopții.
Stare subfebrilă = 37-38 grade C
Febra moderată = 38-39 grade C
Febra mare = 39-41 grade C
Hipertermia > 41 grade C

104 ORDIN-privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, ORDIN nr. 438/4.629/2021, publicat în: Monitorul Oficial Nr. 826 din 30 august 2021

105 Marius Georgescu, Semiologie medicală, Ed. Cardinal, 1995, pag. 19-22

106 Prof. Dr. Anca Plesca, Tratat de Pediatrie, Ed. Medichub 2021, pag. 772 – 773, 774-783

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• Infecțioase: <i>bacteriene</i> (streptococ, stafilococ, meningococ) • Virale: (rujeola, rubeola, varicela, mononucleoza infecțioasă, oreion, etc) • Neinfecțioase: anemii hemolitice, talasemii, leucemii acute (anemii hemolitice-Betatalasemia), etc. • Îmbrăcămintea prea groasă - copiii mici, în special nou-născuții pot avea febră dacă poartă prea multe haine sau sunt expuși unui mediu foarte cald.	• Iritabilitate • Frison • Somnolență • Lipsa poftei de mâncare; • Convulsii; • Transpirație; • Dureri de cap; • Greață și vărsături; • Plâns continuu.

EVALUAREA PACIENTULUI
• Măsurarea temperaturii corpului în axilă sau intrarectal (de evitat) sau cu termometru fără contact. • Măsurarea bătăilor inimii: de obicei apare tahicardie (creșterea numărul bătăilor inimii). • Măsurarea frecvenței respiratorii. Normal = 16r/min. În febră, frecvența respiratorie crește (polipnee). • Urmărirea diurezei (de cate ori urinează, culoarea urinei, cantitatea urinei cu aproximatie). Oligoanuria (diminuarea frecvenței sau și cantității urinare) este un semn de deshidratare a copilului.

MOTIVE DE ALERTARE¹⁰⁷

- În cazul în care copilul are sub trei luni;
- Dacă are între trei luni și trei ani, febră de peste 39 de grade Celsius și probleme respiratorii precum rinoree, nas înfundat și strănut;
- Dacă are mai mult de trei ani, iar febra ține de mai mult de 24 de ore și este însoțită de deshidratare, diaree, vărsături, dureri de gât și urechi;

INTERVENȚII	TRIMITERE
Recunoașterea stării de febră (de obicei se determină de 2 ori/zi, dar și ori de câte ori este nevoie), notarea valorii temperaturii și ora determinării valorii pe fișa copilului. Se încearcă să se reducă temperatura corpului prin: • <i>Împachetări</i> - un prim pas este înfășurarea copilului cu un prosop sau cearșaf umezit cu apă caldă, care trebuie să fie ușor mai rece decât temperatura celui mic; • <i>Șosete ude</i> - o altă metodă ușor de pus în aplicare este încălțarea copilului cu șosete umezite cu apă caldă, însă niciodată oțet sau alcool medicinal; • <i>Hidratare</i> - un element esențial pentru a trata febra. Dă-i copilului apă la temperatura camerei, ceaiuri și supe; • <i>Îmbrăcămintea lejeră</i> - este recomandat ca cel mic să poarte haine cât mai lejere din materiale naturale, subțiri. • <i>Antitermice</i> recomandate de medic	• Apel la 112 dacă sunt instalate motivele de alertare • Trimitere la medicul de familie

107 <https://bioclinica.ro/pe-ntru-pacien-ti/articole-medicele/totul-despre-febra-la-copii-cauze-limite-cum-scade>

DEFINIȚIE	
Eliminarea unui număr crescut de scaune (mai mult de 3 scaune eliminate într-un interval de 24 ore) sau modificarea consistenței față de normal , cu apariția scaunelor moi sau apoase definește diareea .	
CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• Infecțioase (virale, bacteriene, parazitare); • Supraalimentația - diversificarea incorectă sau introducerea incorectă a alimentelor noi, • administrarea de antibiotice cu spectru larg, administrarea de preparate de fier • igiena precară (este necesară spălarea corectă a mâinilor)	• Emisia de scaune apoase, numeroase, urât mirositoare; • Prezența în scaun de mucus/ sânge/ puroi; • Colici abdominale, anorexia (lipsa poftei de mâncare), vărsături alimentare; • Eritemul fesier este destul de frecvent; • Febră; • Sete vie; • Mucoase uscate; • Facies încercănat;
EVALUAREA PACIENTULUI	
• evaluarea gradului de deshidratare • Temperatura; • Starea de conștiență; • Greutatea (pierderea în greutate); • Durere; • Mucoase uscate; • Evaluarea diurezei (ce cantitate de urină elimină)-oligoanurie;	
MOTIVE DE ALERTARE	
Semne evidente de deshidratare (fontanela anterioară deprimată), prezența vărsăturilor, febră înaltă, vârsta <6 luni, prematuritatea. Scăderea în greutate; refuzul alimentației; letargia; oligoanuria; prezența de sânge, puroi, aspect de „zaț de cafea” în scaun; durată și frecvența scaunelor (peste 3 zile, peste 6 scaune apoase /zi). Febră peste 39 grade C	
INTERVENȚII	TRIMITERE
• În formele ușoare cu deshidratare de <10% (scădere în greutate de max 10% din greutatea anterioară îmbolnăvirii) și toleranța digestivă păstrată (nu varsă), se poate face reechilibrare hidroelectrolitică în primele 4 ore cu 50-100 ml lichis hiposodat . • Realimentarea se face la sugarul sub 5-6 luni, alimentat exclusiv sau predominant lactat cu mucilagiu de orez 3-5%, morcov, crescând treptat cu 30-40% cantitatea de lapte și în 2-3 zile se ajunge la rația completă. • Realimentarea pentru sugarul peste 6 luni se face cu 2 mese orez pasat +30 g brânză de vaci, +5 % zahăr; 1-2 mese supă de morcov +carne mixată +5% zahăr; 1-2 mese lapte dietetic sau delactozat. • Regim igienico-dietetic compus din mucilagiu de orez 3-5%, pâine prajită, covrigei sărați, supă pasată de legume. • Administrarea de probiotice în doză corespunzătoare vârstei și greutății copilului în funcție de recomandările medicului.	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

108 Dr. Florea Iordachescu, Tratat de pediatrie ed All 2019, pag 743-762

109 Compendiu de Pediatrie Adrian Georgescu – pag 358-367

110 Compendiu de Pediatrie Adrian Georgescu – pag 358-367

VĂRSĂTURI¹¹¹

DEFINIȚIE
Reprezintă eliminarea pe gură a conținutului alimentar prezent la nivelul stomacului sau intestinului subțire. La sugar (< 6 luni de viață) se pot confunda cu regurgitațiile (tot evacuări ale conținutului stomacal, ce apar imediat după masă și conțin lapte nedigerat).

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
De tip periferic - Rău de mișcare, greață; - Apendicita acută, colecistită acută, peritonite acute; - Boli virale, bacteriene sau infecțioase acute; - Boli renale (colică renală, pielonefrită acută). Alte cauze: otrăvirea, intoleranța la lactoză, alergiile alimentare, toxiinfecție alimentară, migrenele.	Apatie, deshidratare, dureri abdominale, tegumente uscate, scăderea apetitului.

EVALUAREA PACIENTULUI
• Starea de conștiență a copilului- conștient/inconștient; • Temperatura; • Pulsul; • Frecvența respiratorie; • Semnele de însoțire ale vărsăturii: febra, tahicardie, agitație sau letargie, dureri abdominale, scaune modificate; • Aspectul conținutului vărsăturii;

MOTIVE DE ALERTARE
Frecvența vărsăturilor; conținutul în „zaț de cafea” semn de hemoragie gastrică; febră înaltă; cefaleea intensă; redoarea de ceafă (se determină prin aplecarea capului spre piept); pliu cutanat leneș sau persistent; fontanela anterioară deprimată sau bombată.

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Evaluarea copilului, acționați conform instrucțiunilor medicului. • Poziție de siguranță pentru prevenirea bronhoaspirației. • Suspendarea alimentației o perioadă de 4-6 ore. Reluarea apoi a alimentației treptat cu mucilagi de orez 3-5% sau covrigei, grisine, ceai sau apă fiartă și răcită cu lingurița la interval de 10 min pentru verificarea toleranței digestive.	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

Dificultăți respiratorii (infecțiile căilor respiratorii superioare, pneumoniile, bronșiolita)^{112 113 114}

DEFINIȚIE
Senzația de respirație incompletă, disconfort în respirație.

111 Compendiu de pediatrie- Georgescu Adrian pag 340-344

112 <http://www.romedic.ro/boli-afectiuni>

113 <http://www.csid.ro/boli-afectiuni>

114 <http://www.reginamaria.ro/utile/dictionar-de-afectiuni>

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• Infecțioase (cele mai multe) • alergice • obstructive cu corp străin • genetice • autoimune • poluarea (inclusiv fumul de țigară)	• tusea seacă sau neproductivă / tusea umedă sau productivă • congestie nazală • respirație șuierătoare • febră și cefalee (uneori) • astenie • somnolență • transpirație

EVALUAREA PACIENTULUI
Măsurarea ratei respirației = frecvența respirațiilor pe minut. Măsurarea ritmului cardiac Observarea culorii pielii (culoarea albastruie observată în jurul gurii, în interiorul cavității bucale sau pe unghii poate să apară atunci când o persoană nu primește suficient oxigen) Murmur prezent (un zgomot poate fi auzit de fiecare dată când persoana expiră)

MOTIVE DE ALERTARE
• 60 respirații pe minut la 0-5 luni; • 50 respirații pe minut la 6-12 luni; • 40 respirații pe minut la 1-5 ani; • 20-30 respirații pe minut la copiii de vârstă școlară;

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Evaluare și îndrumare către medicul de familie, ambulatoriu sau spital dacă există motive de alertare	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

3.2.5 Acordarea primului ajutor și abordarea urgențelor la copii și adolescenți

STOPUL CARDIO-RESPIRATOR

DEFINIȚIE
Stopul cardio-respirator reprezintă oprirea respirației (stopul respirator) și a bătăilor inimii (stopul cardiac), deci încetarea atât a funcției respiratorii, cât și a funcției cardiace, care corespunde cu moartea clinică.

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
La nou-născut: • insuficiența respiratorie; • stopul respirator. La sugar: • sindromul de moarte subită; • afecțiuni respiratorii; • obstrucția căii aeriene cu corpi străini; • malformații cardiace; • afecțiuni neurologice. La copil: • pe lângă afecțiunile nou-născutului și sugarului se adaugă trauma.	• oprirea mișcărilor respiratorii, toracice și abdominale; • încetarea bătăilor inimii (bătăile inimii se cercetează prin auscultare, în partea stângă a toracelui, sub mamelon); • absența pulsului la artera carotidă; • paloarea extremă (sau cianoza) tegumentului; • midriază, cu globii oculari imobili • pierderea cunoștinței; • relaxarea completă a musculaturii, inclusiv a sfincterelor, ceea ce duce la pierderi necontrolate de urină și materii fecale.

EVALUAREA PACIENTULUI
• Evaluarea stării de conștiență; • Verificarea libertatii căilor aeriene; • Evaluarea respirației; • Evaluarea circulației/semnelor care atestă prezența circulației.

MOTIVE DE ALERTARE
• Oprirea mișcărilor respiratorii, toracice și abdominale • Încetarea bătăilor inimii

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Inițierea suportului vital de bază (BLS) (daca are competente); • Poziționarea pacientului astfel: - <i>cu simptome respiratorii</i>: șezând sau poziție confortabilă; - <i>conștient, cu simptome cardiovasculare</i>: întins la orizontală; - <i>inconștient</i>: poziție de siguranță.	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

Șocul anafilactic

DEFINIȚIE
Socul anafilactic sau anafilaxia reprezintă o reacție alergică severă, generalizată, care survine brusc în contactul/apropierea cu un alergen și poate cauza moartea.

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• Alergenii din alimente: lapte, ouă, nucifere, crustacee și produse derivate, cereale care conțin gluten, etc. • Medicamente: antibiotice, antiinflamatoare, etc. • Venin de insecte: albine, viespi, venin de viperă etc.	Reacție alergică ușoară-moderată: • furnicături la nivelul gurii și gâtului; • prurit (mâncărime) locală sau generalizată; • eritemul cutanat (înroșirea pielii); • urticarie (pete roșii pruriginoase) ; • umflarea buzelor/feței; • greață, vărsături; • strănut. Reacție severă: • răgușeala bruscă; • respirație șuierătoare; • dificultăți în respirație; • dificultăți de înghițire; • pierderea stării de conștiență.

EVALUAREA PACIENTULUI¹¹⁵

Evaluarea pacientului se face prin observare directă (stare generală, prin anamneză și declarațiile aparținătorilor, observarea pielii și a mucoaselor.

Verificați dacă: respiră cu greutate (dispnee), are vărsături sau crampe, prezintă edem glotic

MOTIVE DE ALERTARE
• dificultăți în respirație • pierderea stării de conștiență

115 Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud Infancia, Castelldefels Agents de Salut (CASAP)

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Rămâi alături de pacient și sună imediat la 112; - Acționați conform instrucțiunilor medicului	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

CONVULSII

Definiție

Este expresia clinică a unei descărcări neuronale cerebrale excesive care poate produce diverse simptome și semne precum pierderea cunoștinței, mișcări involuntare, fenomene senzoriale sau senzoriale anormale, hiperactivitate autonomă și/sau tulburări de comportament.¹¹⁶

Vârsta la care apar: între 6 luni și 5 ani (cu apariția cea mai frecventă între 6 luni și 3 ani).

CAUZE

- Convulsii febrile: apar în cursul unei afecțiuni febrile
- Convulsii metabolice: hipocalcemie, hipoglicemie, etc.
- Convulsii de cauze infecțioase cerebrale: edem cerebral acut infecțios, meningite, encefalite etc.
- Convulsii din intoxicații acute: medicamentoase, insecticide.

MANIFESTĂRI CLINICE

- Convulsiile la copii se manifestă prin simptome dintre cele mai diferite și depind de tipul de convulsie. Cele mai înspăimântătoare convulsii sunt cele generalizate. Copilul va manifesta mișcări ritmice, spasme musculare și uneori dificultăți respiratorii și mișcare anormală a ochilor. După convulsii, copilul este confuz și somnoros și nu își amintește ce s-a întâmplat.

Mișcările repetate precum mestecatul, lovirea buzelor una de alta sau lovirea palmelor urmate de stare de confuzie sunt specifice convulsiilor parțiale.¹¹⁷

EVALUAREA PACIENTULUI

Foarte important este ca asistenta să poată să primească informații de la familie referitoare la durata și aspectul convulsiei, pentru a stabili modalitatea de intervenție. Se evaluează:

- Starea generală
- Constantele vitale (tensiunea arterială, temperatura)
- Starea post-critică
- Dacă au fost convulsii simple (<15 min) sau complexe (>15 min)

MOTIVE DE ALERTARE

În funcție de gravitatea convulsiei, asistentul comunitar decide dacă poate interveni (are competență) sau solicită medicul de familie sau sună la 112.

¹¹⁶ Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud Infancia, Castelldefels Agents de Salut (CASAP)

¹¹⁷ <https://www.romedic.ro/convulsii-la-copil-ce-trebuie-sa-stii-ca-parinte-0C38589>

INTERVENȚII	TRIMITERE
Este foarte important rolul asistentului medical comunitar în educarea aparținătorilor privind profilaxia crizelor de convulsii și furnizarea unor recomandări practice privind gestionarea de către familie a unor astfel de accese. În cazul apariției unei crize de convulsii, se impun ca măsuri de urgență nespecifice: - asigurarea unui climat ambiental prietenos (îndepărtarea persoanelor straine). - împiedicarea autotraumatizării: poziție culcată, departe de surse de foc, de obiecte tari sau tăioase; va fi supravegheat să nu cadă din pat, - introducerea unei spatule sau batiste între arcadele dentare la copilul cu dinți. - înlăturarea îmbrăcăminții în exces, - menținerea permeabilității căilor respiratorii (copilul va fi așezat în poziție de securitate-decubit lateral, deschis la hainele de la gât). Măsuri specifice: - la cei care au mai prezentat în trecut convulsii, se impune administrarea tratamentului medicamentos recomandat de către medic. - măsuri de scăderea a febrei/antitermice la cei cu febră mare.	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului pentru precizarea diagnosticului și tratamentul etiologic.

Dureri abdominale intense (colici abdominale) ^{118 119}

DEFINIȚIE
Este o durere abdominală puternică, apărută brusc, manifestată prin spasme, contracții, crampe localizate la nivelul abdomenului.

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
Colicile abdominale apar la orice vârstă, dar la copiii 0-1 an sunt provocate de: - tulburări gastro-intestinale: diaree, constipație și vărsături; - intoleranțe alimentare; - malformații la nivel abdominal; - pot să apară și secundar unor inflamații ale mucoasei intestinale sau din cauza alimentației neadecvate a mamei (consumul de cafea, alcool, tutun, medicamente). La copiii mai mari colicile pot fi provocate de: - boala diareică; - toxiinfecții alimentare; - boli digestive: boala de reflux gastro-esofagian, gastrită, dischinezii biliare, ulcere gastro-duodenale, colon iritabil; - infecții urinare; - abdomen acut – apendicită; - imaturitatea funcțională a sistemului digestiv; - enzima „lactaza” care digeră laptele alături de alte enzime implicate în digestie sunt incomplet dezvoltate; - microflora intestinală are nevoie de timp pentru a se dezvolta.	Plâns excesiv, tulburări de somn, spate arcuit, înroșirea feței, facies suferind, regurgitare, distensie abdominală, crampe abdominale, flatulență, borborisme abdominale (zgomote abdominale produse de mișcarea fluidelor și a gazelor), constipație, picioare flexate. Crizele dureroase durează în general 10-20 minute, dar pot să dureze și 1-2 ore și se pot repeta de mai multe ori pe zi. Apar de regulă după mese.

EVALUAREA PACIENTULUI
Asistentul medical comunitar verifică dacă sunt prezente și alte semne de boală: febră, rinoree, tuse.

118 Compendiu de pediatrie- Georgescu Adrian pag 358

119 Curs pentru asistenti -Tulburări digestive funcționale la sugari-Platforma națională de cursuri online a OAMGMAMR

MOTIVE DE ALERTARE
Colicile reprezintă cea mai frecventă cauză de adresabilitate la medic a părinților. Febra, vărsăturile, refuzul sistematic al alimentației, constipația, diareea acută sau cronică.

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Căldură pe burtică, scutec cald sau punguțe cu gel de la farmacie ce se încălzesc înainte, sugarul poate să fie așezat cu burta pe pieptul mamei; - Apariția colicilor are între cauze și interacțiunea între părinți și sugar de aceea asistentul medical comunitar recomandă păstrarea unui climat liniștit și armonios;	Apelarea medicului de familie sau a serviciilor de urgență (112) pentru cazuri mai grave.

Intoxicații¹²⁰

DEFINIȚIE
Intoxicațiile acute sunt stări morbide frecvent întâlnite în practică, provocate de agresiuni chimice, putând fi accidentale, mai frecvent la copilul mic, dar și voluntare, mai ales la adolescent și tânăr. Sunt mai frecvente la sexul feminin și scad progresiv cu vârsta.

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
- medicamente; - ciuperci toxice; - substanțe utilizate în scop gospodăresc: detergenți, caustice, hidrocarburi, pesticide, cosmetice; - insecticide și raticide; - gaze toxice	respiratorii: greutate în respirație până la asfixie; circulatorii: de la bradicardie, până la tulburări de ritm sau chiar oprirea inimii; digestive: disfagie, dureri în gât, greață, vărsături, colici abdominale; renale: modificarea culorii urinei, anurie până la insuficiență renală acută; neuro-psihice: cefalee, insomnie rebelă, iritabilitate, anxietate, pareze, paralizii, tulburări de echilibru; - halena (respirația cu miros neplăcut).

EVALUAREA PACIENTULUI
- starea generală - semnele vitale (tensiune, saturația de oxigen etc) - se verifică starea de conștiență.

MOTIVE DE ALERTARE
Inconștiența, paralizia, modificări pupilare, vărsături.

INTERVENȚII	TRIMITERE
- se cere sfatul medicului de familie - eventual se îndepărtează toxicul în contact cu tegumentul	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

TRAUMATISME ȘI ACCIDENTE DOMESTICE¹²¹

DEFINIȚIE	
Traumatismul este o leziune determinată de factori agresivi externi, care pot fi fizici, chimici, mecanici etc. Se au în vedere entorsele, luxațiile, fracturile, hematoame post cădere sau lovire.	
CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• folosirea diferitelor ustensile în bucătărie sau atelier; • violența domestică; • neatenția în momentul desfășurării diferitelor activități; • nesupraveghere;	• hematom; • hemoragie; • mișcări anormale ale oaselor; • durere locală; • modificări ale T.A.
EVALUAREA PACIENTULUI	
• starea de conștiență; • cantitatea de sânge pierdută; • posibilitatea de deplasare, de mișcare a membrelor; • valoarea T.A.	
MOTIVE DE ALERTARE	
• inconștiență; • hipo sau hipertensiune; • hematemeză, hematurie, melenă.	
INTERVENȚII	TRIMITERE
• nu trebuie mișcat bolnavul în caz de fracturi, lovituri la cap; • așezarea în poziție antalgică; • eliberarea căilor respiratorii; • pansarea rănilor ușoare.	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

ARSURI¹²²

DEFINIȚIE	
Arsura este o boală chirurgicală a întregului organism, determinată direct de amplasarea suprafeței, profunzimii și modul de evoluție a leziunii locale. Boala are o desfășurare în etape, apărând următoarele sindroame majore – deshidratare, hipoxie, anemie, dismetabolism, toxemie, infecție, scăderea imunității.	
CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• termice: lichide fierbinți, vapori supraîncălziți, flacăra, radiație termică; • chimice: acizi, baze, unele săruri medicale; • electrice prin flama electrică.	• grd.I eritem, edem, hipertemie, usturime; • grd.II flictena albă, cu conținut serocitrin, limpede, transparent, edem; • grd.III flictena roșie, cu conținut sanghinolent turbure; • grd.IV escară dermică totală cu distrugere de epiderm, derm, musculatură și chiar vase.
EVALUAREA PACIENTULUI	
Se evaluează cât mai precis suprafața arsă, de la 5% este boală generală, peste 15% generează șoc, iar peste 30% prognosticul este rezervat.	
MOTIVE DE ALERTARE	
• vârstă; • sex; • comorbidități; • <u>suprafața și profunzimea arsurii.</u>	

121 Urgentele medico-chirurgicale, L. Titirica, Ed. Medicala 1994, pag. 313-370

122 Urgentele medico-chirurgicale, L. Titirica, Ed. Medicala 1994, pag. 373-380

INTERVENȚII	TRIMITERE
- scoaterea victimei de sub influența agentului vulnerant; - acordarea primului ajutor în funcție de starea bolnavului; - însoțirea pacientului la spital.	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

MUȘCĂTURA DE ANIMALE, ÎNȚEPĂTURILE DE INSECTE¹²³

DEFINIȚIE
Mușcătura de animal/întepătura de insecte sunt răni de dimensiuni mai mici sau mai mari cauzate de acțiuni agresive asupra organismului provocate de țânțari, albină, viespe, căpușa, șobolan, șarpe, câine, pisică, cal, urs etc. În funcție de originea mușcăturii, vectorul poate transmite diferite infecții. Rețineți că mușcăturile de pisici și de oameni sunt mai predispuse să se infecteze decât mușcăturile de câine.

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
Leziuni provocate de colți, dinți etc.	Local - apare edem perilezional (înroșirea pielii) și, în timp, edem pe suprafață mai mare din cauza reacției alergice. General - durere; - slăbiciune, amețeală, leșin; - grețuri, vărsături; - modificări oculare; - distrugere de țesuturi, fracturi, hemoragii în cazul mușcăturilor de animale mari; - obnubilare până la comă.

EVALUAREA PACIENTULUI
- starea generală; - starea de conștiență; - caracteristicile leziunii (localizare și extindere) - semne de infecție - posibilitatea de deplasare; - modificarea pupilei; - T.A.

MOTIVE DE ALERTARE	
• inconștiență; • Greață și vărsături; • Diaree și dureri abdominale; • Reacție alergică; • Mușcătură de animal veninos	• Răni punctiform profunde; • Răni circulare la mâini sau picioare • hemoragie mare; • prelevare de sânge de la animal dacă există riscul să aibă rabie (turbat).

INTERVENȚII	TRIMITERE
- curățarea plăgilor cu apă și săpun; - oprirea hemoragiilor; - aplicarea de garou pt oprirea difuzării veninului.	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

¹²³ Urgentele medico-chirurgicale, L. Titirica, Ed. Medicala 1994, pag. 390 - 392

INSOLAȚIA / HIPERTERMIA¹²⁴

DEFINIȚIE

Se instalează atunci când corpul este expus la temperaturi extreme sau la exerciții fizice intense. Temperatura corpului poate atinge valori $\geq 40,6\text{ }^{\circ}\text{C}$ și poate provoca tulburări ale sistemului nervos central, cum ar fi dureri de cap, amețeli, letargie, dezorientare, delir, convulsii sau comă. De obicei provoacă anhidroză (piele roșie, fierbinte fără transpirație), șoc, tahicardie și hipertensiune arterială. Mortalitatea este de 15%.¹²⁵

CAUZE	MANIFESTĂRI CLINICE
• Acțiunea directă a razelor solare asupra corpului/capului neprotejat.	• cefalee, amețeli, fotofobie, dureri ale globilor oculari, congestia feței, neliniște; • grețuri, vărsături, inapetență. La scurt timp se pot adăuga: • rigiditatea cefei; • uneori convulsii care preced subcoma; • coma în cazul insolației grave.

EVALUAREA PACIENTULUI
• se verifică starea de conștiență; • se măsoară tensiunea arterială; • se constată suprafața și gravitatea arsurilor.

MOTIVE DE ALERTARE
• înconștiența; • hipotensiune arterială; • apariția convulsiilor.

INTERVENȚII	TRIMITERE
• scoaterea bolnavului de sub acțiunea razelor solare; • poziționarea la umbră sau într-un spațiu ventilat, cu capul ridicat; • comprese reci sau pungă cu gheață pe toată calota craniană.	• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea pacientului într-o unitate de primiri urgențe.

124 Urgentele medico-chirurgicale, L. Titirica, Ed. Medicala 1994, pag. 383-384
125 Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud Infancia, Castelldefels Agents de Salut (CASAP)

3.3 Sănătatea adultului și vârstnicului vulnerabil (Mihaela Lazăr, Tino Marti)

3.3.1 Problemele acute de sănătate la adultul și vârstnicul vulnerabil

STOPUL CARDIORESPIRATOR

DEFINIȚIE
Stopul cardio-respirator este o urgență medicală, caracterizată prin absența respirației și a circulației sangvine spontane.

CAUZE	
• infarct miocardic, • traumatisme, • electrocutare, • medicamente,	• hipotensiune arterială, • hipoxie, • hipotermie, etc.

MANIFESTĂRI CLINICE^{126,127}

Victima aflată în stop cardio-respirator:

- este inconștientă,
- nu respiră,
- nu are puls carotidian,
- are pielea palidă, care devine ulterior cenușie,
- poate avea pupilele dilatate (midriază).



<https://medicaltv.info/primul-ajutor-in-caz-de-stop-cardiac-cum-se-face-resuscitarea-cardio-respiratorie-4658>

EVALUAREA PACIENTULUI¹²⁸

- respiră?
- are puls (carotidian)?

MOTIVE DE ALERTARE

- victimă aflată în stop cardio-respirator de mai mult de 3-5 minute.

INTERVENȚII¹²⁹

- Verificați siguranța mediului/locului.
- Asigurați-vă că sunteți în siguranță înainte de a interveni (dumneavoastră și victima) – atenție la autoturisme, fire de electricitate, emisii de gaze toxice.
- Verificați dacă victima răspunde:
- scuturare umeri
- “sunteți bine / totul e în regulă?”
- Dacă pacientul răspunde:
- se lasă pacientul în poziția găsită
- se reevaluează starea pacientului periodic

126 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d’Atenció Primària (CASAP)

127 Lungu M. P. et. al, Manual de urgențe medico-chirurgicale pentru școlile sanitare postliceale și asistenții medicali, Editura All, 2021

128 Hope R.A. et al, Manual de medicină clinic, Editura Medicală, Oxford University Press, 2019

129 NOILE GHIDURI DE RESUSCITARE CARDIORESPIRATORIE (RCR), Dorel Săndesc, Silviu Opreș, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, Clinica A.T.I. <https://www.hosptm.ro/files/ghiduri/Noile%20ghiduri%20de%20resuscitare%20cardio%20respiratorie.pdf>

- Dacă pacientul nu răspunde:
- strigați după ajutor
- poziționare în decubit dorsal și se eliberează căile aeriene (o mână se poziționează pe fruntea pacientului și se pune capul în hiperextensie, în timp ce cu cealaltă mână se ridică madibula)
- Verificați dacă pacientul respiră:
- privește (se urmăresc mișcările toracelui)
- ascultă (se ascultă cu urechea poziționată în dreptul gurii pacientului)
- simte
 - a) Dacă respiră normal:
 - se așează în poziția de siguranță
 - apel pentru ambulanță
 - evaluare continuă
 - b) Dacă nu respiră:
 - sună la 112
 - masaj cardiac extern
 - se poziționează mâinile în centrul toracelui victimei
 - se comprimă sternul aproximativ 4-5 cm
 - după 30 de compresii toracice se eliberează căile respiratorii și se pensează nasul
 - se execută 2 respirații succesive
 - se continuă cu alternanța compresii: respirații 30:2
 - se întrerupe resuscitarea numai dacă pacientul respiră normal
 - frecvența compresiilor trebuie să fie de 100/min
- Se continuă resuscitarea
- până când sosește personalul calificat
- victima începe să respire normal
- epuizarea persoanei care efectuează resuscitarea. Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

TRIMITERE

- Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

ȘOCUL ANAFILACTIC

DEFINIȚIE¹³⁰

Șocul anafilactic este o reacție alergică severă, potențial amenințătoare de viață.

Se poate produce în câteva secunde sau minute de la expunerea la un alergen, de exemplu consumul de alune sau înțepătura de albine.

CAUZE

¹³⁰ Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

Diversi alergeni, de exemplu:	• înțepături de insecte (ex. albină, viespe), • latexul din unele mănuși, • baloane, • unele mingi.
• alimente (ex. arahide, pește, ouă, lapte, nuci, etc), • medicamente (ex. unele antibiotice, antiinflamatoarele nesteroidiene),	

MANIFESTĂRI CLINICE	
Șocul anafilactic poate debuta cu: • prurit (mâncărime) la nivelul pielii, • înroșirea pielii sau piele palidă, • tensiune arterială scăzută (hipotensiune arterială), • disconfort sau dureri în piept, • tuse,	• dificultăți respiratorii, • greață sau vărsături, • dureri abdominale, • dificultăți la înghițire, • dificultăți în vorbire, • confuzie.  reactie anafilactica - Desprecopii.com https://www.desprecopii.com/info-id-1415-nm-Socul-anafilactic-si-reactia-anafilactica-ce-trebuie-stiut-si-cum-se-procedeaza-de-urgenta.htm

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Evaluează utilizând abordarea ABCDE (cale aeriană, ventilație, circulație, neurologic, expuneri la factori de mediu). • Eliberați și evaluați căile aeriene (A); • Evaluați respirația (B); • Evaluați circulația (C); • Determinați cauza principală a pacientului; • Încercați să identificați alergenul.	Șocul anafilactic sever progresează rapid, iar în lipsa tratamentului imediat, pot apărea simptome precum hipotensiune arterială, slăbiciune fizică și stare de leșin, aritmie, tuse șuierătoare, blocarea căilor respiratorii, umflarea ochilor, a feței și a altor părți ale corpului (de exemplu, umflarea mâinilor, dacă a fost atinsă o substanță alergenă).

INTERVENȚII¹³¹

- Întreruperea contactului cu alergenul, dacă este posibil (eliminarea cauzei).
- Așezarea bolnavului într-o poziție confortabilă – decubit dorsal cu/sau fără ridicarea membrelor inferioare, benefică în caz de hipotensiune arterială, dar contraindicată în prezența dificultăților respiratorii, sau poziție de siguranță în vomă.
- Aplicarea de comprese reci în locul contactului cu alergenul (punga de gheață) pentru 15 minute.
- În cazul în care șocul anafilactic a fost provocat de o injecție sau de o înțepătură la nivelul membrelor superioare sau inferioare, se va aplica proximal, față de locul inoculării, un garou (pentru 25 minute), pentru a bloca întoarcerea venoasă și absorbția alergenului, cu desfacerea la intervale de 10 minute pe o perioadă de 2-3 minute. (Dacă asistenta medicală comunitară nu are la dispoziție un garou, poate utiliza un cordon, o eșarfă, etc.).
- Se monitorizează semnele vitale.

TRIMITERE

- Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

¹³¹ <https://veritasvalentin.wordpress.com/2016/02/10/curs-prim-ajutor-evaluarea-pacientului>

PIERDEREA CONȘTIENȚEI

DEFINIȚIE¹³²

Pierderea conștienței sau sincopa, reprezintă pierderea completă, bruscă și temporară a stării de conștiență, apărută ca urmare a unei insuficiențe circulatorii cerebrale, însoțită de dispariția tonusul postural (cădere) și cu afectarea funcțiilor vitale (puls, respirație, tensiune arterială).

CAUZE	
• Condiții de stres sau emoții puternice. • Ortostatismul prelungit. • Tulburări de ritm cardiac (aritmii). • Infarctul miocardic.	• Efortul fizic major la persoanele cu afecțiuni cardiace (ex. stenoza aortică). • Tusea persistentă. • Modificările vaselor cerebrale (ateroscleroza).

MANIFESTĂRI CLINICE¹³³

- cădere bruscă; în cădere se poate lovi, uneori provocându-și răni, fracturi;
- victima este inertă, areactivă;
- paloarea tegumentelor cu acrocianoză (aspect vânăt-albăstrui, răcirea porțiunilor distale ale degetelor, vârful nasului);
- pot apărea convulsii;
- la 15-20 secunde de la oprirea cordului – relaxarea sfincteriană, cu pierdere de urină și a maselor fecale;
- revenirea este spontană, se face între câteva zeci de secunde și 3-4 minute, direct la starea de veghe;
- amnezia sincopei (nu își amintește ce s-a întâmplat).

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Pacient palid, adinamic, transpirat și hipotensiv, cu extremități reci, puls slab perceptibil și respirație rapidă și superficială.	• Prolungirea sincopei peste 3-4 minute; • Producerea convulsiilor.

INTERVENȚII	TRIMITERE
• dacă este posibil, victima va fi prinsă în brațe, pentru a nu se lovi în cădere; • se va așeza culcat pe spate, cu capul într-o parte; • se vor elibera hainele strâmte, cravata/eșarfa din jurul gâtului; • se vor ridica membrele inferioare mai sus decât trunchiul; • se stropește victima cu apă rece pe față; • se supraveghează până ce-și recapătă conștiența; • se monitorizează semnele vitale; • se solicită ajutorul medical de urgență dacă starea se prelungește.	• În cazul sincopei prelungite sau a producerii convulsiilor - apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

132 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

133 <https://www.medlife.ro/glosar-medical/afectiuni-medicale/sincopa-lesin-cauze-simptome-tratament>

DURERE TORACICĂ

DEFINIȚIE

Durerea toracică sau durerea în piept este un simptom frecvent întâlnit, fiind reflectarea unei afecțiuni toracice sau extratoracice de o gravitate diferită, de la afectări minore până la urgențe care pun viața în pericol.

CAUZE¹³⁴

- afecțiuni cardiace (cauza cea mai frecventă a durerii toracice – angină pectorală, infarct miocardic, disecție de aortă)
- afecțiuni respiratorii (ex. pneumonie, pleurezie, embolie pulmonară, bronhospasm, etc) afectare a esofagului, mușchilor, coastelor, nervilor.

MANIFESTĂRI CLINICE

- durere în partea anterioară a toracelui, care poate iradia în zonele învecinate (în spate, mandibulă, braț)
- în funcție de cauză, durerea toracică se poate manifesta ca o înțepătură, arsură, gheară, constricție

EVALUAREA PACIENTULUI

- Vârsta
- Istoric personal (factori de risc cardiovasculari)
- Alergii
- Se întreabă bolnavul dacă este prima dată când are acest tip de durere
- Evoluția în timp
- Durerea este însoțită de transpirație, greață
- Caracteristicile durerii:
 - ☐ Intensitatea durerii
 - ☐ Localizare
 - ☐ Iradiere
 - ☐ Debut în repaus sau la efort
 - ☐ Compresivă <https://www.stjohn.org.nz/first-aid/first-aid-library/chest-pain/>



MOTIVE DE ALERTARE

- Durere toracică brusc instalată, resimțită de bolnav ca o presiune, gheară, apăsare în piept, care iradiază la nivelul spatului, mandibulei sau brațului stâng.
- Durere care durează mai de 15 minute și crește în intensitate la efort.
- Durere toracică însoțită de dispnee, transpirații reci, amețeală, grețuri, vărsături.

(Acestea sunt simptomele care caracterizează cel mai frecvent o afecțiune cardiacă (angină pectorală, infarct miocardic, etc).

INTERVENȚII¹³⁵

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Asistenta medicală comunitară va ajuta bolnavul să se așeze în poziția cea mai confortabilă, în general într-o poziție șezândă cu sprijin pentru spate și cap.• Va încerca să calmeze bolnavul, deoarece orice stres sau activitate ar putea provoca complicații sau chiar colaps.• Se vor îndepărta obiectele de îmbrăcăminte care ar putea obstrucționa respirația (cravate, eșarfe, curele). <p><i>*Bolnavul nu va fi transportat niciodată cu mașina. Orice efort suplimentar poate duce la deteriorarea stării acestuia, care va fi dificil de gestionat în autoturism.</i></p> | <ul style="list-style-type: none">• Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea bolnavului într-o unitate de primiri urgențe. |
|--|---|

134 <https://www.webmd.com/pain-management/guide/whats-causing-my-chest-pain>

135 <https://www.stjohn.org.nz/first-aid/first-aid-library/chest-pain/>

Convulsiile

DEFINIȚIE

O criză convulsivă poate apărea la orice vârstă și se datorează activității electrice anormale a creierului care are ca rezultat o activitate musculară incontrollabilă și pierderea conștienței. Există multe tipuri de convulsii, unele fiind relativ ușoare (crize convulsive parțiale), iar altele severe și prelungite (crize convulsive generalizate).

CAUZE

• Epilepsia • Valori scăzute ale glicemiei • Infecții acute severe • Consum de alcool sau droguri;	• Afecțiuni ale vaselor de sânge (accidentul vascular cerebral) -cauza frecventă a crizelor după vârsta de 60 de ani; • Tumori și leziuni cerebrale.
---	---

MANIFESTĂRI CLINICE¹³⁶

O criză convulsivă generalizată se poate manifesta prin: • pierderea conștienței, care poate dura între 30 de secunde și 5 minute; • contractură musculară generalizată și rigiditate, care de obicei durează 15-20 secunde; • contracții musculare ritmice, violente și relaxari, care de obicei durează 1-2 minute; • incontinență urinară și/sau de materii fecale; • oprirea respirației sau dificultăți de respirație în timpul crizei; • cianoză.	După criză, bolnavul prezintă: • respirație normală; • somnolență care durează o oră sau mai mult; • amnezia crizei convulsive (nu își amintește ce s-a întâmplat); • cefalee; • amețeli; • confuzie, temporară și ușoară; • slăbiciune musculară pentru 24-48 de ore după criză.
---	--

EVALUAREA PACIENTULUI

- Vârsta
- Istoric personal și familial (epilepsie, tumori, etc)
- Consum de alcool și/sau droguri
- Durata crizei convulsive
- Manifestări clinice

MOTIVE DE ALERTARE

- Durata crizei convulsive peste 5 minute.

INTERVENȚII¹³⁷

• Asigurați-vă că sunteți în siguranță înainte de a interveni (dumneavoastră și victima) și, dacă este posibil îndepărtați pericolele din jur (ex. obiecte care pot să cadă peste bolnav sau de care se poate lovi acesta.) NU mișcați și NU încercați să restrângeți mișcările pacientului, deoarece acest lucru poate duce la o fractură osoasă sau leziuni ale țesuturilor moi. • Stați lângă bolnav până la terminarea crizei convulsive. • De îndată ce criza se termină, rotiți rapid pacientul inconștient pe o parte și deschideți și eliberați căile respiratorii. • Acoperiți ușor pacientul cu o haină sau o pătură. Verificați dacă respirația normală a fost reluată. • Lăsați pacientul să doarmă până când își revine complet, dar monitorizați semnele vitale.	• Dacă criza convulsivă durează mai mult de 5 minute sau dacă pacientul nu se trezește în decurs de 10 minute, nu respiră bine sau este prima sa criză, apălați serviciile de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea bolnavului într-o unitate de primiri urgențe.
---	--

136 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

137 https://www.sfatulmedicului.ro/Epilepsia-si-Convulsiile/convulsiile-sau-crizele-tonico-clonice-generalizate_8513

FEBRA (mai mare de 39°)

DEFINIȚIE

Creșterea temperaturii corporale peste 39°C, reprezentând reacția organismului la un proces patologic.

CAUZE

- Infecții
- Neoplazii (limfoame, mai rar tumori solide)
- Colagenoze (artrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, reumatism articular acut)
- Consum de stupefiante (ex. cocaină)

MANIFESTĂRI CLINICE

- Temperatura corporală peste 39°C
- Posibile erupții cutanate (macule, papule, vezicule, pustule, peteșii).
- Semne de deshidratare.

EVALUAREA PACIENTULUI¹³⁸

EVALUAREA PACIENTULUI ³	MOTIVE DE ALERTARE
• Vârsta • Antecedente personale • Droguri și alergii • Evoluție în timp • Prezența frisoanelor • Consum de stupefiante • Cauze precipitante și recuperare • Starea imunitară și imunizări efectuate  https://doc.ro/sanatate/febra-cand-ar-trebui-sa-ne-ingrijoreze	• Febră prelungită • Pacient deshidratat

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Se vor îndepărta hainele în exces. • Se va recomanda hidratare corespunzătoare. • Se pot folosi comprese reci (ex. câteva prosoape îmbibate în apă rece), așezate în zona extremităților (frunte, încheieturi, glezne). • Se vor administra antitermice (ex. paracetamol). • Se vor monitoriza funcțiile vitale.	• Se va apela medicul de familie sau, în funcție de gravitate, serviciul de urgență 112.

CEFALEE INTENSĂ

DEFINIȚIE

Cefaleea sau durerea de cap este o senzație de durere intensă localizată între regiunea orbitală și sub-occipitală.

Deși de cele mai multe ori cefaleea nu pune viața în pericol, uneori cauza acestei dureri de cap poate fi una extrem de severă (hemoragie cerebrală, tumori la nivel cerebral, accident vascular cerebral).

CAUZE

În cazul cefaleei intense cauzele pot fi cele menționate:

- hemoragie cerebrală,
- tumori la nivel cerebral,
- accident vascular cerebral

MANIFESTĂRI CLINICE

Durere de cap intensă, brusc instalată, de intensitate mare.

EVALUAREA PACIENTULUI¹³⁹

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Vârsta • Antecedente personale (dacă suferă de obicei de cefalee, de la ce vârstă) • Instalarea cefaleei (subit sau treptat) • Localizarea (cuprinde jumătate de cap sau tot capul, sau este localizată frontal) • Tipul durerii (pulsatilă, constrictivă) • Este însoțită de: greață, vărsături, fotofobie, intoleranță la zgomot, hemipareză, diplopie, instabilitate, vertij, confuzie. • Caracteristicile durerii - Intensitatea durerii.	• Apariția recentă cefaleei sau schimbarea caracterului durerii la pacienți cu vârsta de peste 50 de ani. • Caracter fulgerător: durerea atinge rapid intensitatea maximă (secunde– 5 minute). • Cefaleea care se modifică în funcție de poziție. • Cefaleea accentuată de activitatea fizică sau de tuse, râs, strănut. • Tulburări vizuale.

INTERVENȚII¹⁴⁰

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Se vor monitoriza semnele vitale (respirație, puls) • Se va încerca liniștirea (calmarea) bolnavului (suport emoțional); • Bolnavul va fi așezat într-o poziție confortabilă; • Se vor evita mișcările bruște și zgomotele intense.	• În cazul cefaleei intense, brusc instalată, cu intensitatea durerii foarte mare, care cuprinde tot capul și este însoțită de tulburări neurologice și vizuale, apelați serviciile de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea bolnavului într-o unitate de primiri urgențe.

139 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

140 <https://www.atitimisoara.ro/content/ghiduri/2009/Recomandari%20Medicina%20de%20Urgenta%202009/11%20Cefaleea%20-%20Ghid%20de%20diagnostic%20si%20tratament%20structurile%20de%20primire%20urgente.pdf>

Hemoragie gastro-intestinală

DEFINIȚIE

Hemoragia gastro-intestinală reprezintă o sângerare apărută la nivelul aparatului digestiv și care, după localizare, poate avea aspecte diferite și grade diferite de severitate.

Hemoragiile gastrointestinale pot apărea la orice nivel al tractului digestiv, cele mai comune sedii fiind esofagul inferior, stomacul, duodenul și colonul.

Când sângerarea are originea în esofag, stomac sau duoden, se produce hematemeza (vărsătură cu sânge). Când este expus sucurilor gastrice sau intestinale, sângele se „înnegrește” rapid, căpătând aspectul de „zăț de cafea”; cu cât sângerarea este mai masivă și la un nivel mai proximal al tractului digestiv, cu atât mai probabil sângele este mai roșu. Sângele roșu în scaun poate semnifica o hemoragie situată distal (ex. rect, anus).

Hemoptizia (tuse cu sânge) deși iese prin gură, reprezintă o sângerare cu punct de plecare tractul respirator.

CAUZE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ingestie de substanțe toxice (acizi, detergenți), medicamente, corpi străini.• Ulcere de stres, ulcere gastr-duodenale.• Tulburări ale hemostazei.• Ciroză | <ul style="list-style-type: none">• Fisuri anale• Hemoroizi• Tumori la nivelul colonului și rectului.• Etc. |
|---|--|

MANIFESTĂRI CLINICE

În funcție de localizare:

- pe gură – hematemeză
- prin anus – melenă; sânge roșu.

În funcție de gravitatea hemoragiei, bolnavul poate fi palid, tahicardic, cu hipotensiune arterială.

EVALUAREA PACIENTULUI¹⁴¹

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Identificarea sângelui eliminat. • Antecedente personale – digestive sau non-digestive. • Circumstanțe ale apariției hemoragiei – Agresiuni: toxice, medicamente, traumatisme – Stare patologică preexistentă.	• Gravitatea hemoragiei digestive este legată, în mod esențial, de abundența sa și de brutalitatea instalării, de repetiția sa sau de persistența sa eventuală și de terenul pe care survine.

INTERVENȚII¹⁴²

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Monitorizarea semnelor vitale. • Hidratarea bolnavului (dacă este posibil). • Suport emoțional.	Trimitere către medicul de familie. În cazul hemoragiilor masive se va apela serviciul de urgență 112.

141 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

142 Popescu V. Hemoragiile/sângerările gastrointestinale, Jurnalul Medicinii Românești – vol. III, NR. 1-2, an 2005. https://www.maedica.ro/articles/JMR/2005/2005_Vol3_No1-2/2005_Vol3_No1-2_pg30-39.pdf

Reacții alergice

DEFINIȚIE

Reacțiile alergice reprezintă răspunsul organismului la contactul cu anumite substanțe sau alergeni, ce se găsesc în alimente, medicamente, praf, aer etc. Cele mai frecvente reacții alergice se produc la nivelul pielii, mucoaselor, căilor respiratorii și al tubului digestiv.

CAUZE

Reacțiile alergice sunt produse de substanțe provenite din mediul extern care pot intra în contact cu organismul uman pe mai multe căi:

- pe calea aerului – inhalare (polen, fumul de țigară, acarienii din praful de casă, păr de animale, spori de mucegai, poluare atmosferică etc.);
- prin contact fizic, determinând o reacție alergică locală (latex, cosmetice, fibre sintetice, diferite metale – nichel, medicamente, veninuri, aditivi alimentari etc.);
- prin ingestie (medicamente, produse lactate, ouă, pește, scoici, ciocolată, nuci, arahide, grâu, ciuperci, soia etc.).

MANIFESTĂRI CLINICE

Reacțiile alergice afectează în special ochii, mucoasa nazală, plămânii, tegumentul și stomacul. Deși forma de manifestare a diverselor afecțiuni alergice poate fi diferită, toate apar în urma unui răspuns exagerat al sistemului imun la contactul cu alergeni în cazul persoanelor sensibile. Cele mai frecvente manifestări alergice sunt: rinita alergică, astmul bronșic, eczema și urticaria.

Manifestările principale ale rinitei alergice sunt: rinoree cu obstrucție nazală (secrețienazală abundentă cu nas înfundat), prurit nazal (mâncărime la nivelul nasului) și strănut.

Astmul bronșic se manifestă prin: dispnee, wheezing (respirație șuierătoare), tuse și senzația de constricție toracică.

Eczema se manifestă prin: erupție sub formă de placarde roșiatice uscate sau exudativ-zemuinde, localizate la nivelul feței, antebrățelor și în spatulele genunchilor, la copii, sau la nivelul trunchiului, la adult, și care este însoțită de prurit. Are o durată de peste 24 de ore și este recidivantă.

Urticaria este o reacție alergică a organismului, exteriorizată pe tegumente, sub formă de plăci roșii, reliefate (ca placardele provocate de urzică), pruriginoase (dând mâncărime); este însoțită de o stare de neliniște, agitație, insomnie, senzația de arsură la nivelul tegumentelor. Apare de obicei în urma ingestiei de alimente sau medicamente, dar poate apărea și la persoanele non alergice. Durează sub 24 ore.

EVALUAREA PACIENTULU¹⁴³

EVALUAREA PACIENTULUI ⁸	MOTIVE DE ALERTARE
– Vârsta – Istoric personal de alergii – Administrare de medicamente, contact cu alte substanțe alergice – Manifestări clinice – Evoluția în timp a episodului	• Apariția dispneei și a constricției toracice • Tulburări la înghițire

143 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

INTERVENȚII¹⁴⁴

INTERVENȚII	TRIMITERE
Se vor îndepărta obiectele metalice care vin în contact cu tegumentul pacientului (de ex. bijuterii, ceas, curea), În cazul urticariei se pot aplica comprese reci pe tegumentul afectat. Dacă pacientul are istoric personal de rinită alergică sau astm bronșic se încearcă facilitarea accesului la tratamentul recomandat de medic.	Pacientul va fi trimis către medicul de familie. În cazul reacțiilor alergice severe (a se vedea șocul anafilactic) se va apela serviciul de urgență 112.

TRAUMATISME

DEFINIȚIE
Traumatismul reprezintă o leziune determinată de factori agresivi externi, care pot fi: fizici (temperatură crescută, scăzută, apă, raze solare, UV, radiații etc.), chimici (substanțe corozive, acizi, baze etc.), mecanici (lovire, cădere, secționare, înjunghiere etc.) etc. Orice persoană cu o vătămare traumatică care implică în mod semnificativ sau potențial compromiterea funcției respiratorii și/sau cardio-circulatorii, reprezintă un risc major pentru viața victimei.
CAUZE
Factori agresivi externi: - fizici (temperatură crescută, scăzută, apă, raze solare, UV, radiații etc.), - chimici (substanțe corozive, acizi, baze etc.), - mecanici (lovire, cădere, secționare, înjunghiere etc.)
MANIFESTĂRI CLINICE
- leziuni traumatice datorate diversilor factori agresivi externi. - În funcție de severitatea traumatismului, victima poate fi inconștientă sau în șoc post-traumatic. - Leziunile traumatice pot fi însoțite de hemoragii sau constricții severe.

EVALUAREA PACIENTULUI¹⁴⁵

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
Pacientul va fi examinat vizual: - respiră? - vorbește? - ce culoare au tegumentele? - sângerează? Se va obține o anamneză scurtă: - mecanismul leziunilor - când a avut loc incidentul.	Prezența leziunilor care pun în pericol viața victimei: - Obstrucția căilor aeriene - ucide cel mai rapid - poziția capului, sânge, vomismente, corpi străini, compresii externe - Absența respirației - ucide aproape imediat - pneumotorax, hemotorax, leziuni pulmonare - Absența circulației - Hemoragii (interne sau externe), leziuni ale inimii, aritmii - Procese expansive intracraniene.

144 Alergiile – cauze și soluții. Practica Farmaceutică – Vol. 4, Nr. 2, An 2011 https://farma.com.ro/articles/2011.2/PF_Nr-2_2011_Art-11.pdf

145 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Asigurați-vă că sunteți în siguranță înainte de a interveni (dumneavoastră și victima) – atenție la autoturisme, fire de electricitate, emisii de gaze toxice, substanțe chimice. - Identificați și îndepărtează orice cauză de obstrucție a căilor aeriene. - În cazul hemoragiilor externe se va încerca limitarea acestora: - asezarea victimei în poziție de repaus cu segmentul sângerând în poziție ridicată (mai sus decât restul corpului). - aplicarea de pansament compresiv: se acoperă și se comprimă rana cu mai multe comprese sterile sau în lipsa acestora cu bucăți de pânză curată (batiste, haine etc.) - aplicarea unui garou - un cordon elastic cu care se leagă în amonte de leziune (în sensul de unde curge sângele); în lipsa unui garou se poate folosi un fular, curea, cordon, elastic etc. - În cazul victimei inconștiente, începeți cât mai rapid măsurile de resuscitare cardio-respiratorii.	Apelarea rapidă a serviciilor de urgență (112), pentru servicii medicale de urgență specializate și preluarea victimei într-o unitate de primiri urgențe.

Mușcătura de animale

DEFINIȚIE
Mușcătura de animale determină afectarea integrității tegumentului, manifestată prin zgârieturi, plăgi și chiar contuzii. În cazul plăgilor produse de mușcătura de animale este important de reținut că acestea sunt periculoase atât prin leziunile tisulare pe care le produc, cât și prin riscul unor infecții grave, dintre care cele mai cunoscute sunt rabia (turbarea) și tetanosul.

CAUZE
- Animale domestice - Animale sălbatice

MANIFESTĂRI CLINICE
- Zgârieturi. - Plăgi deschise. - Lezarea vaselor de sânge cu hemoragie consecutivă. - Rupturi musculare, etc.

146 Curs de asistență medicală de urgență <https://www.sjagiurgiu.ro/doc/Curs-de-asistenta-medicala-de-urgenta-a-pacientului-traumatizat.pdf>

147 https://www.sfatulmedicului.ro/Prim-ajutor/primul-ajutor-in-caz-de-hemoragie_1732

EVALUAREA PACIENTULUI¹⁴⁸

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Starea generală. • Semnele vitale • Caracteristicile leziunii (localizare, extindere, profunzime) • Sângerări • Durere.	• Reacții alergice • Diaree și durere abdominală • Greața și vărsături • Sângerări abundente.

INTERVENȚII¹⁴⁹

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Se curăță și se dezinfectează tegumentele din jurul plăgii • Se curăță și se dezinfectează plaga (rana), punându-se sub un jet de apă rece • Se aplica comprese sterile.	Victima trebuie să se prezinte la o unitate medicală, pentru examinarea și pansarea plăgii și pentru vaccinare antitetanică sau antirabică, dacă este cazul.

Intoxicații

DEFINIȚIE
Intoxicația reprezintă starea patologică determinată de acțiunea unei substanțe toxice care a pătruns în organism și de reacția organismului la prezența substanței toxice. 70% dintre intoxicații sunt voluntare; aproximativ 60% din cauza medicamentelor, urmate de supradozajul de droguri, accidentele domestice și accidentele de muncă.

CAUZE
• alimente alterate; • medicamente; • droguri • alcool; • monoxid de carbon; • diverse substanțe chimice (pesticide, naftalina), etc.

MANIFESTĂRI CLINICE
Manifestările clinice pot fi diferite în funcție de natura substanței toxice, de cantitate, de modul de expunere la substanța toxică și de timpul scurs de la intoxicație. În general, manifestările clinice includ: grețuri, vărsături, dureri abdominale, dureri de cap, transpirații, până la convulsii și comă.

148 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

149 <https://www.sensiblu.com/articole/ghid-de-prim-ajutor-muscatatura-de-animale>

EVALUAREA PACIENTULUI ¹⁵⁰	MOTIVE DE ALERTARE
- vârsta - starea generală - starea de conștiență - identificarea substanței toxice (dacă este posibil) - modul de expunere la substanța toxică (oral, inhalare, intravenos, etc) - dispnee, amețeli, durere, dureri de cap.	victimă inconștientă sau a cărei stare generală se agravează rapid.

INTERVENȚII ¹⁵¹	TRIMITERE ¹⁵²
- La cea mai mică suspiciune de intoxicație trebuie acționat cât mai repede, deoarece fiecare minut înseamnă o cantitate mai mare de substanță toxică absorbită în organism și consecutiv leziuni mai grave. - Primele măsuri care se iau în cazul unei intoxicații sunt măsuri de prevenire a absorbției substanței toxice: - în cazul intoxicațiilor produse prin înghițire: evacuarea conținutului tubului digestiv fie prin provocarea de vărsături, fie prin administrarea unor purgative - în intoxicațiile prin inhalarea de substanțe gazoase, primul gest va fi scoaterea victimei din mediu - în cazul substanțelor toxice care pătrund prin tegumente, se va spăla tegumentul cu apă și săpun în cantități mari (duș) - prevenirea absorbției substanțelor toxice injectate se face prin aplicarea unei pungi cu gheață pe locul injectării și a unui garou, proximal de locul injectării. Provocarea vărsăturilor este contraindicată la: - victime inconștiente - în caz de convulsii - ingestie de substanțe caustice, volatile sau antiemetice.	În cazul unei posibile intoxicații se va solicita ajutor medical calificat apelând serviciul de urgență 112. De asemenea, există un serviciu telefonic de urgență: TOXAPEL, care funcționează 24 de ore din 24 și acoperă întreg teritoriul țării, putând fi apelat de la orice telefon fix, public sau mobil, și unde se pot solicita informații asupra modului de acordare a primului ajutor în cazul intoxicației, până la sosirea echipei medicale sau ajungerea la spital. Numerele la care specialiștii serviciului TOXAPEL vă stau la dispoziție 24 de ore din 24 sunt : – (021) 210.61.83 – (021) 210.62.82

150 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

151 https://www.sfatulmedicului.ro/Prim-ajutor/primul-ajutor-in-intoxicatii_1745

152 <https://spitalulgrigorealexandrescu.ro/spital/serviciul-toxapel/>

Arsuri

DEFINIȚIE

Leziunea locală de arsură apare ca rezultat al acțiunii căldurii asupra țesuturilor. Căldura devine lezantă pentru țesuturile vii în momentul în care depășește 46°C.

CAUZE

- Arsuri cu lichide fierbinți, vapori supraîncălziți.
- Arsuri cu flacără, gaze inflamabile aprinse, arc electric.
- Arsuri cu obiecte incandescente sau metale topite.
- Arsuri cu corpuri vâscoase topite (smoală, bitum, mase plastice, ceară).
- Arsuri cu raze solare.

MANIFESTĂRI CLINICE

În funcție de severitatea arsurii se pot produce leziuni tisulare grave cu necrozarea tegumentelor, țesutului adipos, mușchilor, tendoanelor, nervilor, vaselor sanguine, oaselor, cu dereglări de homeostază, afectarea organelor interne și dezvoltarea (asocierea) sindromului insuficienței multiorganice acute, complicațiilor septic.

EVALUAREA PACIENTULUI¹⁵³

MOTIVE DE ALERTARE

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• vârsta• starea generală• starea de conștiență• agentul etiologic• suprafața totală a tegumentului ars• gradul de profunzime.• Pentru gradul de profunzime, este necesară să se precizeze că fiecare dintre ele (gradele I – IV) trebuie să fie însoțit de suprafața ocupată exprimată procentual din suprafața totală a tegumentelor arse. | <ul style="list-style-type: none">• Victimă inconștientă sau a cărei stare generală se agravează rapid.• Arsuri ușoare (gradele I și II), dar cu afectarea a peste 25% din suprafața corporală.• Arsurile severe (gradele III-IV), cu afectarea a peste 10% din suprafața corporală.• Arsurile care afectează: palmele, plantele, fața, organele genitale.• Arsurile asociate cu leziuni de inhalare a fumului și altor substanțe toxice.• Arsurile asociate cu alte leziuni: traumatisme, fracturi, plagi, distrugerii masive de țesuturi moi.• Arsurile electrice sau chimice.• Arsurile care depășesc 30% din suprafața arsă, indiferent de gradul de arsură. |
|--|---|

153 Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d’Atenció Primària (CASAP)

INTERVENȚII ¹⁵⁴	TRIMITERE
Măsurile de siguranță pentru asistenta medicală comunitară care intervine, precum și pentru victimă: • se va întrerupe sursa agresiunii: curentul electric, gazul, acoperirea flăcărilor cu materiale textile • se va îndepărta victima din mediu (incendiu) sau din apropierea sursei de căldură • în caz de arsuri electrice asistenta medicală comunitară nu va atinge victima cu mâinile goale, ci va folosi materiale electroizolante • se va îndepărta victima dintr-o zonă cu risc de explozie • focul se stinge cu apă, cu stingătorul de incendiu (dacă este disponibil) sau cu păături, zăpada, pământ etc. • îndepărtarea hainelor fierbinți; dacă acestea aderă de piele, trebuie să fie tăiate în jurul zonelor respective • în cazul unei victime ale cărei haine au luat foc, aceasta va fi oprită să alerge (deși aceasta este de obicei reacția victimelor), se va culca la sol și, eventual, se va acoperi cu o pătură. Se vor evalua funcțiile vitale: căi aeriene libere, dacă respiră, dacă are puls și dacă este nevoie să i se facă resuscitare cardio-respiratorie și abia apoi se vor evalua arsurile. • În cazul arsurilor ușoare (gradul I și II) primul ajutor se limitează la expunerea zonei afectate sub un jet de apă rece (20 minute), după care se pansează cu comprese sterile. Se pot aplica eventual spray-uri speciale pentru arsuri. Este interzisă aplicarea de substanțe grase, ulei, loțiuni sau creme, mai ales dacă acestea conțin parfum. Niciodată nu se utilizează alcool sau apă oxigenată pe arsuri! • În cazul arsurilor determinate de substanțe chimice, primul ajutor constă în limitarea contactului substanței chimice cu țesuturile și diminuarea concentrației substanței. În acest scop: - se îndepărtează rapid hainele îmbibate în substanța nocivă - se spală suprafața afectată cu jet de apă timp de 20-30 minute - excepție face arsura cu varul nestins, pe care nu se pune niciodată apă, deoarece varul se activează în prezența apei. În acest caz se tamponează doar cu un tampon uscat și abia după ce varul a fost îndepărtat se poate spăla cu apă. • În caz de electrocutare: - se va îndepărta sau opri sursa de curent electric înainte de a atinge victima, fie de la întrerupător fie îndepărtând cablul electric cu un obiect nemetalic, din lemn, plastic, cauciuc sau folosind mănuși de cauciuc pentru autoprotecție - nu se va atinge victima sau sursa de curent cu mâinile neprotejate - dacă victima este în stop cardio-respirator se va face masaj cardiac și respirație artificială. • Orice victimă care a suferit o electrotraumă trebuie transportată și internată în spital pentru câteva zile, indiferent de starea victimei, pentru investigații suplimentare.	În funcție de severitatea arsurii, se poate apela sistemul de urgență 112 sau medicul de familie, pentru asistență medicală specializată într-o unitate medicală.

154 https://www.sfatulmedicului.ro/Agresiuni-termice/primul-ajutor-in-cazul-arsurilor_1755

Insolația (hipertermia)

DEFINIȚIE

Insolația este o formă de hipertermie (creșterea temperaturii corporale), care se produce după acțiunea îndelungată și intensă a razelor solare, mai ales la nivelul capului. Debutul este brusc (la 4-6 ore după expunere la soare).

CAUZE

- Expunerea îndelungată la soare puternic.

MANIFESTĂRI CLINICE

Unele din simptome caracteristice includ:

- tegumentele calde, roșii,
- transpirație profuză (abundentă),
- temperatura corporală peste 38°C,
- dureri de cap,
- oboseală extremă,
- epuizare,
- somnolență,
- confuzie,
- stupoare,
- comă,
- fobofobie,
- psihoze,
- halucinații,
- contracții musculare,
- convulsii,
- hipotonie musculară,
- greață,
- vomă,
- diaree,
- frecvența accelerată a respirației până la senzația de lipsă acută de aer,
- palpitații,
- ritm cardiac accelerat și/sau aritmic,
- scăderea tensiunii arteriale până la colaps sau șoc,
- tulburări de coagulare a sângelui,
- etc.

EVALUAREA PACIENTULUI¹⁵⁵

MOTIVE DE ALERTARE

- vârstă
- starea generală
- starea de conștiență
- deshidratare
- dispnee, amețeli, confuzie, halucinații.
- victimă inconștientă sau a cărei stare generală se agravează rapid.

INTERVENȚII

TRIMITERE

- Victima va fi așezată la umbră sau într-o camera răcoroasă, de preferință într-o poziție întinsă, cu picioarele ridicate deasupra nivelului inimii.
 - Se vor îndepărta hainele și se vor aplica comprese reci, chiar cu gheață, pe piele sau victima va fi înfășurată într-un cearșaf umed.
 - Dacă este posibil, se va asigura hidratarea victimei, cu lichide reci (apă, ceai, limonadă), băute frecvent, cu înghițituri mici.
- În cazul insolațiilor severe se va apela sistemul de urgență 112.

¹⁵⁵ Nursing Interventions Guideto Health Problems (Adults) - Can Bou EAP, Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

3.3.2 Monitorizare bolilor cronice prioritare la adulți și vârstnici vulnerabili

Hipertensiunea arterială (HTA)

DEFINIȚIE

Tensiunea arterială ridicată este definită ca o creștere a tensiunii sistolice mmHg. Diagnosticul de hipertensiune arterială este stabilit după efectuarea a cel puțin 2 măsurători consecutive ale valorilor tensiunii în cadrul unei vizite. Determinările trebuie repetate într-o perioadă de 2-3 săptămâni în cadrul a 2-3 consultații și făcută o medie pentru fiecare vizită. Pentru diagnosticul de hipertensiune arterială (HTA), mediile tensiunii măsurate la fiecare dintre cele 3 vizite trebuie să fie ridicate.

CAUZE¹⁵⁶

Orice factor care duce la creșterea presiunii pe pereții arterelor poate conduce la HTA. Depozitele de grăsimi din artere (ateroscleroza) pot declanșa HTA.

În plus față de ateroscleroză, sunt și alte boli care pot conduce la tensiunea arterială ridicată sau HTA:

- Apneea de somn
- Insuficiența renală cronică
- Boala tiroidiană
- Boala glandelor suprarenale

Unele medicamente precum contraceptive, medicamente contra răcelii, decongestionante nazale, antiinflamatoare nesteroidiene, unele pastile pentru slăbit, etc. pot crește temporar tensiunea arterială. Și unele droguri ilicite precum cocaina și amfetaminele pot avea același efect.

Factori de risc:

- Supraponderabilitatea sau obezitatea
- Genul. HTA este mult mai frecventă la bărbați decât la femei până la vârsta de 55 de ani. Femeile au un risc mai mare de a dezvolta HTA după vârsta de 55 de ani.
- Istoricul familial de HTA.
- Lipsa activității fizice.
- O dietă cu consum ridicat de sare sau scăzut în potasiu.
- Fumatul.
- Consumul excesiv de alcool.

MANIFESTĂRI CLINICE

- HTA diagnosticată: tensiunea sistolică ≥ 140 și/sau tensiunea diastolică ≥ 90
- Hipertensiune sistolică izolată: tensiunea sistolică ≥ 140 cu tensiunea diastolică < 90
- Tensiune rezistentă: tensiunea sistolică ≥ 140 sau tensiunea diastolică ≥ 90 chiar dacă pacientul urmează tratamentul prescris

EVALUAREA PACIENTULUI

- Istoricul familial: factori de risc cardiovasculari și boli cardiovasculare
- Istoric personal și anamneza: boli renale, endocrine, sindrom de apnee în somn, factori de risc cardiovasculari asociați
- Evaluarea făcută de asistentul medical
- Examinarea fizică: măsurarea tensiunii arteriale, greutate, înălțime, indicele de masă corporală (IMC)
- Autoevaluarea tensiunii arteriale în cazul suspiciunii de tensiune sistolică ridicată izolată

MOTIVE DE ALERTARE¹⁵⁷

- Ritm cardiac accelerat (tahicardie);
- Letargie, confuzie, halucinații, iluzii și pierderea cunoștinței;
- Amețeală și vorbire neclară;
- Dureri în piept, palpitații și senzație de constricție sau presiune toracică;
- Sângerare nazală care nu se oprește în 5 minute;
- Amorteala sau paralizie pe o parte a corpului;
- Cefalee severă și vedere neclară.

¹⁵⁶ Institut Català de la Salut. Guies de pràctica clínica. Hypertension. (in Catalan)

http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_HTA.pdf

¹⁵⁷ <https://www.spitalul-cantacuzino.ro/news/8/15/Hipertensiunea-arteriala-cauze-si-tratament.php>

INTERVENȚII ¹⁵⁸	TRIMITERE
Multe persoane cu HTA nu știu că au această problemă deoarece această boală nu este întotdeauna acompaniată de simptome sau semnale de alarmă, de aceea se mai numește și ucigașul tăcut. Din acest motiv este foarte important ca tensiunea arterială să fie măsurată regulat iar stilul de viață să se modifice pentru a reduce tensiunea arterială • Pierderea în greutate a cel puțin 4 kg dacă IMC > 27 • Reducerea consumului de sare < 6g/zi • Activitate fizică regulate și moderată 3 zile pe săptămână, cu o durată de 45-60 minute • Reducerea consumului de alcool: < 20 g/zi pentru bărbați, < 10 g/zi pentru femei • Renunțarea la fumat • Dietă bogată în fructe, legume	În funcție de gravitatea simptomelor, se poate apela sistemul de urgență 112 sau la medicul de familie.

Diabet zaharat

DEFINIȚIE
Diabetul zaharat tip 2 este definit ca o tulburare metabolică caracterizată printr-un sindrom complex indus de tulburarea secreției de insulină de către pancreas sau de rezistența celulelor periferice la acțiunea insulinei. Diabetul zaharat tip 1 este definit ca procesul etiologic caracterizat prin distrucția celulelor beta pancreatice (celulele care secretă insulina), ducând la deficiența absolută de insulină cu evoluție spre cetoacidoză și deznodământ fatal dacă nu se corectează prin tratament substitutiv cu insulină. Diabetul zaharat tip 1 este diagnosticat de obicei în copilărie (în medie între 5 și 7 ani). Diagnosticul de diabet zaharat se pune atunci când: • Glicemia –a jeun (pe nemâncate, dimineața) ≥ 126 mg/dl (7 mmol), măsurată de două ori • TTGO (testul de toleranță la glucoză pe cale orală). Testul de toleranță la glucoză se realizează astfel: se măsoară la început glicemia a jeun după o perioadă de repaus alimentar de minimum 8 ore, apoi pacientul bea o soluție ce conține 75 grame de glucoză dizolvată în apă, iar după o oră, respectiv la două ore de la momentul înghițirii glucozei se măsoară din nou glicemia. Diagnosticul de diabet este pus la un nivel al glicemiei la 2 ore ≥ 200 mg/dl. • Glicemia în orice moment al zilei >200 mg/dl plus simptome specifice. • Hemoglobina glicozilată (HbA1c) $\geq 6.5\%$ în 2 ocazii diferite Alterarea metabolismului glucozei sau prediabetul se consideră atunci când: • Intoleranța la glucoză: testul de toleranță la glucoză (TTGO) ≥ 140 mg/dl (7.8 mmol/l) și < 200 mg/dl (11.1 mmol/l), măsurat de 2 ori. • Hemoglobina glicozilată (HbA1c) 5.7-6.4%, măsurată de 2 ori.

CAUZE
• Istoricul familial de HTA. • Obezitatea • Prediabet • Sedentarism • Rezistența la insulină

MANIFESTĂRI CLINICE ¹⁵⁹
De obicei, diabetul de tip 2 nu se manifestă cu semne clinice. În unele cazuri pot să apară: • senzația de sete în exces, • senzația de foame în exces, • urinare frecventă, • starea de somnolență, • oboseala persistentă, • vederea neclară, • răni care se vindecă destul de greu

158 Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing management of hypertension. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension>

159 https://www.edumedical.ro/diabet/?gclid=Cj0KCQjw5-WRBhCKARIsAAId9FkMH9bH1I2J84_ESI-GUGrkRUeLwElf1Jw5DvPqFA5dUZZJaDMKfscArScEALw_wcB

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
- Anamneza: istoricul familial, stilul de viață, nivelul de cunoștințe și de autoîngrijire - Examinare fizică la fiecare 6 luni: greutate, circumferința abdominală, tensiunea arterială și examinarea piciorului (sensibilitate și irigare) - Evaluarea cunoștințelor, complianța la dieta prescrisă, activitate fizică și medicație, evaluare făcută cu ocazia fiecărei vizite - Verificarea vaccinării antigripal și antipneumococice	- Hiperglicemia necontrolată sau slab controlată - Hipoglicemia - Apariția ulcerărilor la extremitățile joase (piciorul diabetic)

INTERVENȚII ^{160,161}	TRIMITERE
Principalul Tratament al diabetului tip 2 este modificarea stilului de viață, adică un stil de viață sănătos. Modificarea obiceiurilor legate de stilul de viață Scopul educației este acela de a oferi pacienților și familiei lor cunoștințele și abilitățile necesare pentru a-și îngriji boala, de a schimba atitudini nepotrivite și de a adopta un stil de viață sănătos. O bună strategie de educație cuprinde: 1. Stabilirea unei bune relații cu pacientul, fiți creativi, motivați și empatici cu pacientul. 2. Obțineți acordul pacientului în atingerea scopului, găsiți alternative pentru a reduce dificultățile. Intervențiile educaționale trebuie să cuprindă cunoștințele necesare și complianța la tratament (dietă, exerciții fizice, medicamente), monitorizarea măsurătorilor (greutate, măsurarea glicemiei) și evaluarea piciorului. Activitatea fizică Minimum 150 minute pe săptămână trebuie efectuată activitate fizică (30 minute zilnic timp de 5 zile sau 50 minute timp de 3 zile) Plimbarea în ritm vioi reprezintă un bun exercițiu fizic, accesibil tuturor. Alte tipuri de activități de intensitate moderată recomandate ar fi gimnastica, ciclismul, înot. Alimentația - O dietă echilibrată - Un program regulat de masă cu o anumită cantitate de carbohidrați. - Carbohidrații (45%-60% din totalul energetic zilnic) trebuie ușor eliminați. - Proteinele (15%-20% din totalul zilnic de calorii) ar trebui să provină din pește și din vegetale. - Grăsimi (20%-30% din totalul zilnic de calorii), consumul de colesterol și de grăsimi saturate trebuie limitate. Lactate degresate sau semi-degresate sunt de preferat. - Consumul de alcool trebuie limitat. - Cantitatea de zahăr din alimentele procesate din comerț trebuie cunoscută.	În funcție de gravitatea simptomelor, se apelează la medicul de familie.

160 Institut Català de la Salut. Guies de pràctica clínica. Abordatge de la diabetes mellitus tipus 2. (in Catalan)

http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_DM2.pdf

161 Royal College of Nurses. Diabetes essentials.

<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/diabetes/diabetes-essentials#typesofdiabetes>

Insuficiența cardiacă cronică

DEFINIȚIE

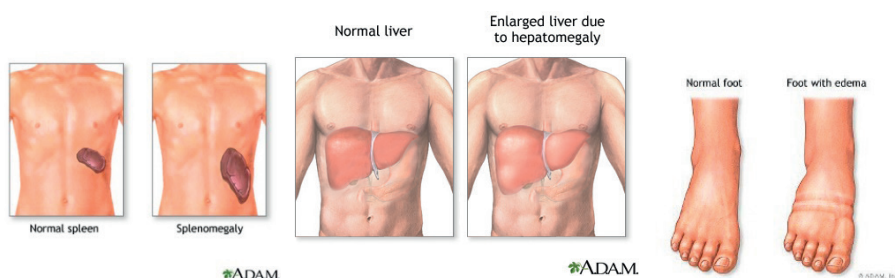
Insuficiența cardiacă este un sindrom clinic complex care reprezintă rezultatul unor schimbări hemodinamice, neurohormonale, moleculare, structurale sau funcționale care scad capacitatea ventriculului de a evacua sângele. Se caracterizează prin incapacitatea de a efectua exerciții fizice, retenția fluidelor și o morbiditate și mortalitate crescute.

CAUZE

Principalele cauze sunt: hipertensiunea, cardiopatia ischemică, boala cardiacă valvulară și aritmia.

MANIFESTĂRI CLINICE

Semne și simptome prin congestie sistemică: splenomegalie, hepatomegalie și edem periferic



Semne și simptome ale congestiei pulmonare: dispneea, dispneea paroxistică nocturnă, ortopnee, angina nocturnă, tuse nocturnă, expectorații de spută cu sânge.



EVALUAREA PACIENTULUI

- Stare generală, semne vitale, apariția edemelor.
- Detectarea precoce a semnelor de alertă
- Diureza zilnică
- Greutate
- Auscultare (examinare stetoscopică)

MOTIVE DE ALERTARE

- Clasă funcțională înaltă (III sau IV) a Asociației Cardiace New York – NYHA¹⁶², ortopnee crescută, episod de dispnee paroxistică nocturnă, oligurie sau diureză scăzută, creștere anormală în greutate (mai mult de 1kg într-o zi sau mai mult de 2kg în 2 zile), instalarea anginei.

162 New York Heart Association. Classes of Heart Failure.

<https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Educație pentru sănătate referitoare la controlul zilnic/săptămânal al greutatei pentru a depista creșteri patologice ale greutății • Promovarea compliancei (aderenței) la tratament • Promovarea cunoștințelor despre semnele de alertă și când trebuie pacientul să solicite îngrijire • Sfaturi pentru o dietă adecvată: limitarea consumului de sare și a consumului de lichide • Sfaturi pentru perioade de odihnă peste zi • Sfaturi pentru imunizarea cu vaccinurile recomandate: antigripal, pneumococic	• Dacă apar semne de alertare, trimitere către medicul de familie pentru ajustarea tratamentului. • Dacă apar edeme sau dispnee în stare de repaus, apel la 112 și trimitere la spital.

Accidentul vascular cerebral

DEFINIȚIE
Accidentul vascular cerebral (AVC) reprezintă consecința alterării circulației cerebrale, ceea ce duce la un deficit tranzitoriu sau permanent în funcționarea uneia sau mai multor zone din creier. În funcție de tipul de leziune, există 2 tipuri principale de AVC: ischemic (85% din cazuri) și hemoragic (15%). Depistarea precoce și tratamentul AVC sunt esențiale pentru a minimiza sechelele asociate.

CAUZE¹⁶³

AVC ischemic se produce atunci când se blochează circulația sângelui din artera care furnizează oxigen către creier. AVC hemoragic se produce atunci când o arteră cerebrală pierde sânge sau se rupe, iar sângele pierdut pune presiune mare pe celulele cerebrale, deteriorându-le.
--

MANIFESTĂRI CLINICE

Semne și simptome care indică suspiciunea de AVC: se utilizează scala pentru AVC pre-spital Cincinnati¹⁶⁴ care constă în evaluarea vorbirii (ex. pronunțării numelui - dacă nu poate pronunța corect sau deloc), zâmbetul (gura strâmbă) și ridicarea brațelor (puneți persoana să închidă ochii și să țină brațele ridicate în față timp de 10 secunde. Dacă un braț nu se mișcă sau unul dintre brațe se ridică sau coboară mult mai jos decât celălalt, acesta poate fi un semn de AVC).

Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale

1. FACIAL DROOP: Have patient show teeth or smile.

Normal: both sides of the face move equally



Abnormal: one side of face does not move as well as the other side



2. ARM DRIFT: Patient closes eyes & holds both arms out for 10 sec.

Normal: both arms move the same or both arms do not move at all



Abnormal: one arm does not move or drifts down compared to the other



3. ABNORMAL SPEECH: Have the patient say "you can't teach an old dog new tricks."

Normal: patient uses correct words with no slurring **Abnormal:** patient slurs words, uses the wrong words, or is unable to speak

INTERPRETATION: If any 1 of these 3 signs is abnormal, the probability of a stroke is 72%.

Sursa: Nurses Zone

Alte semne și simptome pot fi:

- Dificultăți de vorbire și de înțelegere a ceea ce spun ceilalți.
- Paralizia sau amorțirea bruscă a feței, a brațului sau piciorului.
- Tulburări de vedere la unul sau la ambii ochi ori vedere dublă.
- Cefalee bruscă, severă, însoțită de vărsături, amețelă și pierderea cunoștinței.
- Dificultăți de mers, tulburări de echilibru, pierderea coordonării.

¹⁶³ <https://www.reginamaria.ro/utile/dictionar-de-afectiuni/accidentul-vascular-cerebral-avc>

¹⁶⁴ Cincinnati Prehospital Stroke Scale:

<https://thenurseszone.com/cincinnati-pre-hospital-stroke-scale/> ; https://www.brainattackcoalition.org/pdfs/cincinnati_508C.pdf

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
Este esențial să fie vizitat un pacient externat după un AVC pentru a evalua: • Starea generală și nivelul conștienței, semnele vitale • Evaluați gradul de concentrare și complicațiile secundare ale AVC: motorii (paralizie sau pierderea mișcărilor musculare), senzoriale, de vedere și/sau de vorbire • Evaluarea autonomiei în efectuarea activităților zilnice • Identificarea persoanei care îngrijește bolnavul	Agravarea simptomelor descrise mai sus: • Probleme de vorbire, asimetria feței, asimetria mișcării membrelor • Dezorientare • Durere severă de cap • Probleme de vedere

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Evaluarea complexă a persoanei, familiei și mediului de viață • Împreună cu medical de familie să înscrie pacientul într-un program de reabilitare post-AVC • Să verifice compliancea pacientului la tratamentul primit • Să ia măsuri de prevenire a căderilor prin casă. • Evaluare socială pentru a identifica nevoile, evaluarea poverii îngrijitorului și nevoile acestora (suport fizic și psihologic) • Oferirea de informații utile îngrijitorului astfel încât aceștia să poată oferi îngrijirea necesară și să utilizeze resursele disponibile. • Prevenirea escadelor • Utilizarea pampersilor în caz de incontinență urinară. • Să formeze grupuri de ajutor (rude, vecini, prieteni etc.)	• Dacă apar semne de alertare, trimitere de urgență către spital. (apel la 112)

Bronhopneumopatia cronică obstructivă

DEFINIȚIE
Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) este o boală respiratorie caracterizată de îngustarea cronică și ireversibilă a bronhiilor. Este cauzată în special de reacția inflamatorie la consumul de tutun. Este o boală prevenibilă și tratabilă. Diagnosticarea se face cu ajutorul spirometriei.

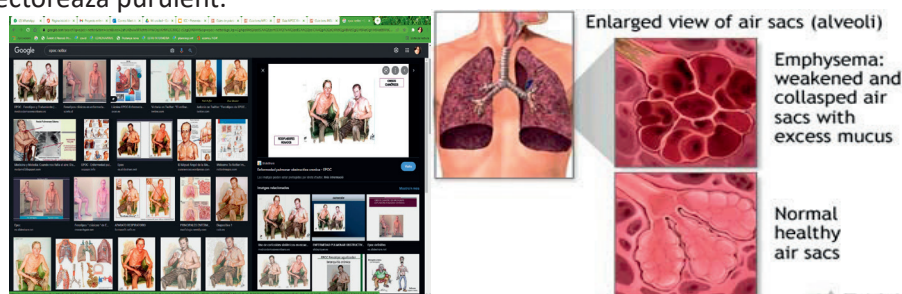
CAUZE

Fumatul reprezintă principalul factor de risc. În afară de fumat, BPOC mai poate fi favorizat de poluarea atmosferică, de fumatul pasiv (la nefumătorii care respiră fumul altora), sau de sistemele de încălzire cu cărbuni.¹⁶⁵

MANIFESTĂRI CLINICE

Tuse cronică (>2 luni/an pentru mai mult de 2 ani), productivă, prezentă mai ales dimineața.

Producție cronică de spută. Pe măsură ce bronhiile se îngustează și capacitatea respiratorie se reduce, bolnavii încep să resimtă o lipsă de aer (dispnee) la eforturi mici. Pe fondul reducerii toleranței la efort pot să apară crize de sufocare și frecvente episoade infecțioase respiratorii, mai ales iarna, când pacientul tușește mai mult și expectorează purulent.¹⁶⁶



¹⁶⁵ Societatea Română de Pneumologie <https://www.srp.ro/bpoc.aspx>

¹⁶⁶ Nurseslabs. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). <https://nurseslabs.com/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/>

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Măsurarea semnelor vitale: temperatură, tensiunea arterială, ritm cardiac, pulsoximetrie • Evaluează prezența edemelor • Verifică dacă utilizează bronhodilatatoare inhalatorii	• Febră, dispnee crescută, volum mărit de spută. Capacitate scăzută pentru exercițiu fizic • Niveluri scăzute de oxigen • Nevoie mai mare de inhalatori • Prezența edemelor crescute la extremitățile inferioare • Manifestări neurologice: somnolență, stare de confuzie, durere de cap

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Sfaturi pentru renunțarea la fumat. • Verifică dacă utilizează corect inhalatorul. • Evaluarea simptomelor. • Sfaturi pentru imunizarea cu vaccinurile recomandate: antigripal, pneumococic. • Sfaturi pentru hidratarea corectă pentru a facilita expectorația. • Verifică dacă pacientul are acasă tub de oxygen și dacă folosește corect dispozitivul.	• Dacă apar semne de alertare, trimitere către medicul de familie pentru examinare și tratament. • Dacă apare dispnee, saturație <90 apel la 112 și trimitere la spital.

Demența

DEFINIȚIE
Demența reprezintă un grup de simptome clinice caracterizate printr-un deficit al funcției cognitive, incluzând memoria, comunicarea și gândirea și care reduce autonomia funcțională. Demența este frecvent descrisă cu simptome comportamentale și psihologice. Unele forme ale demenței sunt progresive, iar altele pot să nu se manifeste până în stadiile avansate.

CAUZE

Demența este cauzată de deteriorarea sau modificări ale creierului.¹⁶⁷

Demența poate fi provocată de o serie de afecțiuni, printre care: boala Alzheimer, demența vasculară (provocată în general de accidente vasculare cerebrale) și demența cu corpi Lewy. Boala Parkinson, degenerarea lobilor frontali și temporali ai creierului sau lovituri severe la cap pot produce de asemenea demența. Unele demențe pot fi genetice (de exemplu la o persoană sub 50 de ani care prezintă simptome de demență).

MANIFESTĂRI CLINICE
Alterarea funcției cognitive: alterarea memoriei și alte tulburări precum apraxia (pierderea abilităților de a executa anumite mișcări), afazia (pierderea abilităților de comunicare) și agnosia (pierderea capacității de a recunoaște obiecte, chipuri, voci, locuri sau întâmplări). Alterarea personalității și a comportamentului social. Alte afecțiuni care apar odată cu demența prezintă alte simptome precum: simptome ale bolii Parkinson (tremor de repaus, rigiditate musculară etc.), semne neuro-motorii, mișcări involuntare, sindrom cerebelos (afectarea echilibrului și mersului). Debutul bolii se caracterizează prin pierderile de memorie la care se adaugă și alte alterări ale funcției cognitive și deteriorarea progresivă în îndeplinirea activităților de zi cu zi.

¹⁶⁷ https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_romanian.pdf

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Evaluarea afectării activităților zilnice de bază. • Stare generală • Întrebați dacă pacientul are episoade de agitație, insomnie. • Identificați principala persoană care îngrijește bolnavul	• Stare confuzională acută • Crize comportamentale • Agitație, insomnie • Semne de abuz

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Evaluare complexă a persoanei, familiei și mediului de viață. • Verificarea complianței la tratamentul prescris. • Depistarea modificărilor, semne de alarmare, complicații, boli concomitente. • Evaluare socială pentru a identifica nevoile, suspiciunea de abuz, evaluarea poverii îngrijitorului și nevoile acestora (suport fizic și psihologic) • Oferirea de informații utile îngrijitorului astfel încât aceștia să poată oferi îngrijirea necesară și să utilizeze resursele disponibile.. • Recomandați o alimentație echilibrată și verificați eventuale semne de malnutriție. • Utilizarea pampersilor în caz de incontinență urinară. • Prevenirea escarelor • Să formeze grupuri de ajutor (rude, vecini, prieteni etc.)	• Solicitați ajutorul medicului de familie pentru pacienții greu de gestionat. • Apelați 112 în situație de criză

CAPITOLUL 4

Instrumente de monitorizare la nivel comunitar

(Daniel Ciurea)

4.1 Monitorizarea stării de sănătate a populației

Monitorizarea stării de sănătate a populației se face prin analiza datelor medicale ale populației, colectate de către furnizorii de servicii de sănătate și raportate pe fluxurile informaționale reglementate. Principalul flux de date este de la furnizori (medici de familie, ambulatorii de specialitate, spitale etc.) către Direcțiile de sănătate publică județeană (DSP), care le centralizează și le trimite către Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) la Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP). După centralizarea acestor date se creează baze de date naționale și se generează seturi de indicatori, precum indicatori demografici, indicatori de morbiditate și mortalitate, indicatori privind determinanții sănătății etc. În urma analizei indicatorilor, INSP publică anual Raportul Național privind Starea de Sănătate a Populației României. Raportul pentru fiecare an poate fi descărcat de pe site-ul instituției (<https://insp.gov.ro/2021/12/29/raportul-national-al-starii-de-sanatate-a-populatiei-2020/>).¹⁶⁸

În continuare vom analiza instrumentele și procesul de colectare de date din perspectivă comunitară, fără să insistăm pe eșaloanele superioare de îngrijiri de sănătate, cum ar fi ambulatoriile de specialitate și spitalele.

Există mai multe fluxuri de colectare și raportare a datelor din comunitate, după cum urmează:

4.1.1 Date raportate de medicii de familie

Medicii de familie sunt principala sursă de date cu privire la sănătatea populației dintr-o anumită comunitate. Medicii de familie utilizează aplicații software specifice pentru gestionarea datelor medicale ale pacienților de pe lista lor. Ei au obligația să raporteze lunar și trimestrial seturi de indicatori către Direcțiile de Sănătate Publică Județene (DSP). Mai departe, DSP-urile trimit bazele de date județene către Institutul Național de Sănătate Publică, care asigură realizarea bazei de date naționale.

Indicatorii raportați de medicii de familie sunt indicatori demografici (număr de gravide, număr de nașteri, număr de decese), indicatori de morbiditate (incidență și prevalență pe grupe de boli și pe grupe de vârstă), indicatori de vaccinare etc.

Medicii de familie colectează datele la nivelul fiecărui pacient, dar la DSP raportează date agregate, indicatori.

Toți medicii de familie au obligația de a raporta către DSP, de aceea, bazele de date sunt cu adevărat reprezentative la nivel național. Pe de altă parte, există o categorie de persoane care nu este cuprinsă în raportare, și anume persoanele neînscrise la medicul de familie, în majoritatea lor fiind persoane neasigurate. Informații despre sănătatea persoanelor neasigurate din comunitate s-ar putea obține din aplicațiile AMCMSR.gov.ro și AURORA, descrise în continuare.

4.1.2 Date raportate de asistenții medicali comunitari în aplicația AMCMSR.gov.ro

Asistenții medicali comunitari raportează date despre pacienți și despre serviciile pe care le furnizează, în aplicația AMCMSR.gov.ro. Aplicația este online și permite catagrafierea populației vulnerabile, înregistrarea vizitelor la domiciliul beneficiarilor de servicii, înregistrarea situației socio-medice a acestora, inclusiv factori de risc pentru sănătate și boli cronice de care suferă, precum și colectarea datelor privind participarea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari la anumite acțiuni de sănătate, servicii profilactice și de promovare a sănătății din comunitate.

¹⁶⁸ Raport Național al Stării de Sănătate a Populației României 2020; Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății

Aplicația, în forma funcțională la data redactării acestui manual, este centrată pe raportarea vizitelor asistenților medicali comunitari, mai degrabă decât pe catagrafia populației și pe monitorizarea stării de sănătate a beneficiarilor. Pe de altă parte, în acest moment, aplicația este într-un proces de restructurare, care o va face să fie mai adaptată pentru catagrafierea și raportarea datelor populației vulnerabile din fiecare comunitate, inclusiv a datelor persoanelor neasigurate.

Aplicația se folosește în toată țara, în toate localitățile în care există un asistent medical comunitar, aceștia având obligația de a completa baza de date la scurt timp după efectuarea unei vizite. Pe de altă parte, doar un număr limitat de localități au asistenți medicali comunitari la această dată, ceea ce face ca aplicația să nu aibă acoperire națională, în fapt.

4.1.3 Date raportate de lucrătorii comunitari în aplicația AURORA

Aplicația Aurora a fost dezvoltată de UNICEF și este folosită de lucrătorii comunitari din domeniile social și medical pentru a face catagrafia populației vulnerabile dintr-o anumită localitate și a înregistra datele fiecărei familii, respectiv ale fiecărui membru al familiei respective, dar mai ales ale copiilor. În aplicație se colectează date despre toate vulnerabilitățile depistate la fiecare copil, atât vulnerabilități sociale, cât și vulnerabilități medicale și educaționale și, pe baza cumulului acestor vulnerabilități, se sugerează recomandări privind serviciile necesare acelui copil, care se pot organiza într-un plan de servicii.

Aplicația AURORA este folosită doar în anumite localități în care au existat proiecte UNICEF și are specificitatea că este folosită pentru catagrafia copiilor vulnerabili și a familiilor lor și nu poate fi folosită pentru adulții vulnerabili. De asemenea, investigarea vulnerabilităților este orientată preponderent către cele sociale și educaționale, fiind mai puțin detaliată pe segmentul de vulnerabilități medicale și serviciile aferente acestora.

La momentul redactării acestui manual, datele colectate în aplicația AURORA sunt centralizate de UNICEF și nu sunt folosite în circuitul raportării datelor în sistemul național social sau medical. Dar se discută realizarea unei versiuni noi de aplicație care să aibă la bază aplicația AURORA și care să fie folosită în toată țara. În această situație, aplicația va fi extrem de valoroasă pentru monitorizarea unor indicatori, în principal riscuri pentru sănătate pentru categoria de vârstă 0-18 ani.

4.1.4 Studii specifice de evaluare a stării de sănătate și de nevoi de sănătate ale populației vulnerabile (inclusiv populația romă)

Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) a realizat în 2015 în cadrul proiectului RO 19.03 "Consolidarea Rețelei Naționale de Mediatori de Sănătate Romi pentru Îmbunătățirea Stării de Sănătate a Populației Roma", implementat prin Granturile Norvegiene 2009-2014, un studiu de cercetare asupra nevoilor de sănătate ale populației Roma și expunerii lor la riscuri legate de stilul de viață și determinanți socio-economici, acest studiu putând fi considerat prima evaluare care oferă informații bazate pe dovezi pentru luarea deciziilor și dezvoltarea de politici. Rezultatele acestui studiu de cercetare se regăsesc la <http://www.reteaua-amc.ro/wp-content/uploads/2015/08/Raport-cercetare-roma-2.pdf>

Utilizând același instrument de cercetare din proiectul RO19.03, INSP a realizat un nou studiu de cercetare la nivel național în 2019, pe populația vulnerabilă deservită de asistenții medicali comunitari, în cadrul programului național V "EVALUARE ȘI PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE", domeniul evaluarea stării de sănătate a populației generale.

https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/starea_de_sanatate/starea_de_sanatate/Raport-cercetare-populatii-vulnerabile.pdf

Al treilea studiu de cercetare bazat pe același instrument a fost realizat în cadrul proiectului de față, PDP1 "Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)", ale cărui rezultate se regăsesc la <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/01/Raport-cercetare-PDP1.pdf>

Având în vedere faptul că există un instrument de cercetare și rezultatele a 3 studii realizate pe baza aceleiași metodologii, se poate considera că există o continuitate a culegerii de date pe baza cărora de poate estima impactul activității de asistență medicală comunitară.

4.1.5 Registrul Electronic Național privind Persoanele cu Handicap

O alta sursă de date cu privire la starea de sănătate a populației din comunități este Registrul Electronic Național privind Persoanele cu Handicap. Acest registru este găzduit de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități și este constituit și actualizat prin colectarea și raportarea datelor de către Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din fiecare județ.

Datele primare se culeg prin anchetele sociale efectuate în teren de către lucrătorii sociali din comunități, în general pe suport de hârtie. Persoanele cu handicap identificate sunt înscrise în registre județene, care apoi sunt centralizate în Registrul Național.

Registrul Electronic Național privind Persoanele cu Handicap cuprinde date cu privire la încadrarea în grad și tip de handicap, precum și date conexe medicale (diagnostic și cod CIM 10) și sociale ale fiecărei persoane cu dizabilități luate în evidență.

4.1.6 Monitorizarea resurselor umane din asistența medicală comunitară

Serviciile medicale de medicină de familie suferă de un deficit de personal și infrastructură, dar și de o distribuție neuniformă în județe, regiuni, cu precădere între mediul rural și cel urban. Astfel, conform datelor Federației Naționale a Patronatelor Medicilor de Familie (<http://www.fnpmf.ro/harta-mf-2020/>), 328 de comune din România nu au nici un medic de familie, 2,5% din populație nu au niciun medic de familie în comuna în care locuiesc, 1414 de localități (comune și orașe) au un deficit de aproximativ 2187 de medici de familie. Doar 1496 de localități (47%) au suficienți medici de familie pentru acoperirea populației. Pe de altă parte, 271 de localități au mai mulți medici de familie decât este necesar pentru populația existentă, cel mai mare excedent fiind în municipiul București, urmat de alte centre universitare.

Conform Raportului Național al Stării de Sănătate a Populației României (INSP), în anul 2020 numărul total al personalului angajat în furnizarea de servicii de îngrijiri comunitare a fost de 1791 de asistenți comunitari și 459 de mediatori sanitari. Conform datelor Ministerului Sănătății, la sfârșitul anului 2021, numărul de asistenți medicali comunitari era de 1858, iar numărul de mediatori sanitari era de 467.

Conform datelor Ministerului Sănătății, distribuția asistenților medicali comunitari pe județe este inegală, aproximativ 50% dintre asistenții medicali comunitari sunt concentrați într-un sfert din județele țării. Conform Raportului Național al Stării de Sănătate a Populației României (INSP), în anul 2019, rata de asigurare a populației cu asistenți comunitari avea o valoare medie de 0,88 la ‰ locuitori, cele mai reduse rate fiind în M. București 0,01‰ locuitori, județul Brașov 0,02‰ locuitori, Caraș-Severin 0,04‰ locuitori, județul Cluj 0,08‰ locuitori. Rate mari au fost înregistrate în Gorj 4,24‰ locuitori, Tulcea 3,67‰ locuitori și Mehedinți 3,37‰ locuitori.

4.2 Monitorizarea activității personalului din asistența medicală comunitară

Activitatea asistenților medicali comunitari este reglementată prin "Hotărârea de Guvern nr. 324/2019 pentru

u aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară". Principalele tipuri de activități reglementate sunt sintetizate mai jos:

- a. realizează catagrafia populației
- b. sprijină înscrierea persoanelor pe listele medicilor de familie
- c. facilitează accesul persoanelor vulnerabile la serviciile medicale
- d. participă la implementarea programelor și acțiunilor de sănătate publică
- e. furnizează servicii de sănătate preventive și de promovare
- f. furnizează servicii medicale de profilaxie primară, secundară și terțiară membrilor comunității
- g. informează, educă și conștientizează membrii colectivității locale cu privire la menținerea unui stil de viață sănătos

- h. administrează tratamente, în limita competențelor profesionale
- i. anunță imediat medicul de familie sau serviciul județean de ambulanță în caz de urgențe medicale
- j. identifică persoanele diagnosticate cu boli pentru care se ține o evidență specială și le îndrumă / însoțesc la medicul de familie sau medici specialiști
- k. supraveghează și participa la administrarea tratamentului bolnavilor din evidențele speciale
- TBC, prematuri, anemici, boli rare etc
- l. realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu boli rare
- m. realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu tulburări psihice
- n. identifică și notifică autorităților competente cazurile de violență domestică, cazurile de abuz
- o. participă la aplicarea măsurilor de prevenire și combatere a eventualelor focare de infecții
- p. efectuează triajul epidemiologic în unitățile școlare
- q. identifică, evaluează și monitorizează riscurile de sănătate publică din comunitate
- r. întocmesc evidențele necesare și completează documentele utilizate în exercitarea atribuțiilor de serviciu
- s. raportează activitatea în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro

Este de remarcat că monitorizarea activității asistenților medicali comunitari nu se face conform cu activitățile de mai sus, doar o mică parte dintre acestea regăsindu-se în nomenclatoarele aplicației AMCMSR. Motivul principal pentru care monitorizarea activității este dificilă este lipsa unei liste standardizate și codificate de servicii corespondentă cu serviciile furnizate de asistenții medicali comunitari (similară listei de proceduri medicale).

Studiul „Opinia asistenților medicali comunitari asupra condițiilor de muncă, activității profesionale și nevoilor de formare”, realizat de UNICEF și Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (CPSS) în anul 2020, (<https://www.unicef.org/romania/media/6736/file/COMMUNITY%20HEALTHCARE%20.pdf>), arată că cele mai frecvente activități raportate de asistenții medicali comunitari sunt legate de catagrafia populației, facilitarea accesului persoanelor vulnerabile la serviciile medicale, implementarea programelor și acțiunilor de sănătate publică, furnizarea de servicii de sănătate preventive și de promovare a sănătății și triajul epidemiologic în școli (în special pe timpul pandemiei cu COVID-19). Pe de altă parte, asistenții medicali comunitari consideră că își petrec o mare parte din timp pentru activități administrative și birocratice, inclusiv raportarea în aplicația AMCMSR, dar și pentru realizarea unor activități care nu sunt cuprinse în fișa lor de post, cum ar fi anchetele sociale în comunitate (în localitățile unde nu există lucrători sociali) sau activități legate de necesități curente ale primăriilor.

Tot din studiul menționat mai sus rezultă că doar aproximativ 30% dintre asistenții medicali comunitari efectuează vizite la pacienți și tratamente în mod coordonat cu medicul de familie, restul având doar “întâlniri periodice” cu medicii de familie.

În legislație, normarea asistenților medicali comunitari este de un asistent la 500 de persoane vulnerabile. Studiul UNICEF – CPSS arată că un asistent medical comunitar îngrijește, în medie: 200 de nou-născuți, copii și adolescenți, 319 adulți și vârstnici cu boli cronice și 16 gravide și lăuze. În funcție de tipul de vulnerabilitate, un asistent medical comunitar îngrijește, în medie: 10 copii cu dizabilități, 12 copii cu boli cronice și 73 de adulți și vârstnici cu dizabilități.

Conform datelor raportate în AMCMSR.gov.ro, numărul total de servicii (vizite) efectuate de asistenții medicali comunitari în toată țara, în 2020, a fost de 1.943.055, ceea ce înseamnă aproximativ 4.5 vizite pe zi per asistent. Numărul de beneficiari nou catagrafiați în anul 2020 a fost de aproximativ 500.000.

4.3 Monitorizarea satisfacției asistenților medicali comunitari

Nu există un mecanism prin care să se monitorizeze regulat satisfacția furnizorilor de servicii de asistență medicală comunitară.

În studiul „Opinia asistenților medicali comunitari asupra condițiilor de muncă, activității profesionale și nevoilor de formare”, realizat de UNICEF și CPSS în 2020 există concluzii referitoare la satisfacția asistenților medicali comunitari cu privire la condițiile de muncă, dotări, relațiile cu angajatorul, relațiile cu alți profesioniști, relațiile cu beneficiarii etc. Prezentăm în continuare câteva dintre cele mai importante concluzii selectate din studiu:

- Marea majoritate a asistenților medicali comunitari (9 din 10 persoane) consideră că pregătirea lor profesională de bază este în concordanță cu cerințele locului de muncă.
- Locația unde asistenții medicali comunitari își desfășoară activitatea de bază atunci când nu se deplasează în teren este diferită, dar marea majoritate (7 din 10 persoane) activează în sediul primăriei. Alternativele sunt reprezentate de cabinetul medicului de familie (8%), centrul comunitar integrat (3%), sau o altă locație neprecizată (12%). Pe de altă parte, 8% dintre ei declară ca nu au un sediu fix, deci nu au acces la un spațiu adecvat, la birou și la aparatura necesară desfășurării în condiții adecvate a muncii de zi cu zi.
- Există asistenți medicali comunitari care au semnalat faptul că își desfășoară efectiv activitatea în afara sediului Primăriei (de exemplu, la sediul medicului de familie), dar că sunt obligați să se deplaseze zilnic la sediul primăriei parcurgând un număr substanțial de kilometri, de două ori pe zi, doar pentru a semna în condica de prezență.
- Un aspect negativ menționat des de către asistenții medicali comunitari este lipsa unui mijloc de transport pentru munca de teren (mașină, bicicleta, etc.) sau nedecontarea cheltuielilor pentru combustibil, pe care le plătesc ei înșiși pentru a putea vizita beneficiarii sau pentru a îi transporta la un consult de specialitate.
- Deși „Hotărârea de Guvern 324/2019, pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară” prevede standarde de dotare pentru birou, echipamente de birou, trusa medicală și consumabile, sunt rare locațiile în care asistenții medicali comunitari dispun de totalitatea dotărilor. De exemplu, birou propriu au doar 85% dintre asistenți, acces la calculator doar 62%, internet permanent doar 29%, etc. De asemenea, trusele medicale și seturile de consumabile sunt, în marea majoritate, descompletate.
- Prin natura muncii, asistenții medicali comunitari sunt expuși unor riscuri ce derivă din interacțiunea cu diferitele tipuri de beneficiari. Printre riscurile profesionale percepute de către asistenții medicali comunitari se regăsesc teama de agresiunea fizică sau verbală, sau contractarea unor boli infecțioase sau parazitare.
- În privința relației cu beneficiarii, asistenții medicali comunitari menționează probleme legate de complianța pacienților la tratamente, cereri de a efectua tratamente în afara indicației medicului, dificultăți în a relaționa eficient cu persoanele violente, alcoolice, recalcitrante, rezolvarea unor cazuri de beneficiari fără acte de identitate sau eșecul în a convinge unele familii să își vaccineze copii.
- Din perspectiva relației cu angajatorul, asistenții medicali comunitari menționează în cea mai mare măsură lipsa asigurării resurselor necesare pentru desfășurarea activității de teren și a unui spațiu de lucru optim, interdicții sau alte sarcini de serviciu suplimentare fisei de post.

Alte bariere de sistem menționate sunt dificultățile întâlnite la facilitarea internării unor cazuri medico-sociale sau a persoanelor vulnerabile, dar neasigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

4.4 Instrumente de raportare: AMCMSR.GOV.RO

Aplicația AMCMSR este un instrument software de tip aplicație web pentru lucrătorii din domeniul de asistență medicală comunitară: asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari. Funcționarea aplicației este coordonată de Ministerul Sănătății. Aplicația este găzduită pe site-ul STS www.amcmsr.gov.ro.

Aplicația își propune să gestioneze în mod unitar, la nivel județean și național, raportarea activității asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari. De asemenea, aplicația ajută la identificarea și gestionarea activă, în colaborare cu serviciul public de asistență socială, a persoanelor cu probleme medico-sociale din comunitate și, în special, a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile.

Funcționarea amcmsr.gov.ro este reglementată prin Ordinul MMJS, MS, MEN nr. 393/630/4236/2017 - aprobarea Protocolului de colaborare în vederea implementării serviciilor comunitare integrate necesare prevenirii excluziunii sociale și combaterii sărăciei, care prevede: "Ministerul Sănătății va asigura accesul la datele furnizate de aplicația online funcțională, cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, înscrisă în REGISTRUL GOV.RO"

Utilizarea aplicației este la nivel național, toți asistenții medicali comunitari având obligația de a înregistra datele lunar.

Colectarea datelor se realizează și se monitorizează pe mai multe paliere:

- la nivel local - de comunitate – colectarea și introducerea datelor se face de către fiecare asistent medical comunitar sau mediator sanitar
- la nivel județean : mobilizarea pentru colectare se realizează de către coordonatorul județean AMC-MSR din DSP județean
- la nivel național: monitorizarea colectării datelor se realizează de către coordonatorul național AMC din Ministerul Sănătății

Datele se colectează zilnic, pe măsură ce se furnizează servicii și se desfășoară activitățile specifice în teren. Aceste date se introduc în aplicație fie zilnic, fie la 2-3 zile, așa încât la sfârșitul lunii să rezulte pentru raportare toată activitatea desfășurată de asistent sau mediator pentru luna care se finalizează. Persoanele dintr-o comunitate devin beneficiari ai activităților/serviciilor de asistență medicală comunitară, fie pentru că ele se adresează autorităților, fie pentru ca asistenții/mediatorii află de vulnerabilitățile acestor persoane și le vizitează activ, fie în contextul catagrafierii active a comunității. Colectarea datelor se realizează zilnic, odată cu desfășurarea intervențiilor în teren. Fiecare lucrător comunitar își înregistrează în aplicație activitatea desfășurată. Introducerea beneficiarilor se realizează prin bifarea informațiilor (indicatorilor) aferenți din fișele de raportare care alcătuiesc macheta AMC.

Aplicația AMCMSR este în curs de a fi restructurată și va cuprinde următoarele funcțiuni noi:

- a. un modul pentru înregistrarea datelor asistenților medicali comunitari, inclusiv parcursul în carieră (CV) și formarea continuă
- b. lista nouă de vulnerabilități medicale, sociale și de educație
- c. listă nouă de servicii specifice
- d. un modul de intervenții/vizite, care cuprinde evaluarea vulnerabilităților beneficiarilor și înregistrarea serviciilor prestate
- e. algoritmi care leagă serviciile necesare de vulnerabilitățile depistate și care pot sugera planuri de management de caz
- f. un modul de informare cu privire la planurile standardizate de management de caz (de exemplu planul de monitorizare a gravidei planul de urmărire a dezvoltării copilului, planul de vaccinare etc.)
- g. un modul pentru realizarea planurilor individualizate de management de caz
- h. un modul de raportare operațională și de generare de statistici

Aplicația va avea mai multe niveluri de utilizatori, cu drepturi diferite: nivel AMC, nivel DSP, nivel MS etc.

4.5 Direcții de dezvoltare

În momentul de față, în România, nu este definit un set de indicatori care să caracterizeze adecvat asistența medicală comunitară și nu există un flux informațional și informatic care să culeagă datele necesare caracterizării acestei activități și a impactului furnizării serviciilor în comunitate. Aplicația AMCMSR este foarte valoroasă pentru crearea unei baze de date cu activitatea asistenților medicali comunitari, dar designul aplicației nu permite catagrafia completă a populației vulnerabile și nici diagnosticul stării de sănătate a populației țintă. Aceste aspecte vor fi îmbunătățite prin actualul proces de remodelare a aplicației AMCMSR.

Pe de altă parte, nici datele raportate de medicii de familie nu caracterizează activitatea asistenților medicali comunitari.

În aceste condiții, principalele acțiuni care trebuie întreprinse pe termen scurt și mediu sunt:

1. Definirea setului de indicatori comunitari în relație directă cu asistența medicală comunitară, care să includă toate fațete ale acestei activități:

- a. monitorizarea stării de sănătate a populației vulnerabile țintă
- b. monitorizarea situației persoanelor neasigurate din comunitățile vulnerabile (stare de sănătate, servicii primite etc.)
- c. monitorizarea înființării și funcționării Centrelor Comunitare Integrate
- d. monitorizarea dezvoltării și publicării manualelor, ghidurilor și a protocoalelor pentru centrele comunitare integrate și pentru asistența medicală comunitară
- e. monitorizarea acoperirii cu resurse umane, furnizori de asistență medicală comunitară
- f. monitorizarea pregătirii de specialitate și continue a asistenților medicali comunitari
- g. monitorizarea activității asistenților medicali comunitari (catagrafiere, promovarea sănătății, tratamente, acțiuni de sănătate, intervenții, vizite etc.)
- h. monitorizarea furnizării serviciilor integrate (integrare cu servicii sociale și educaționale), precum și continuitatea serviciilor, în principal prin colaborarea cu medicul de familie
- i. monitorizarea performanței și a calității serviciilor de asistență medicală comunitară
- j. oferirea și monitorizarea stimulentei pentru performanță în asistența medicală comunitară
- k. monitorizarea satisfacției asistenților medicali comunitari
- l. monitorizarea satisfacției populației beneficiare de servicii comunitare integrate
- m. verificarea încrucișată a raportărilor asistenților comunitari cu raportările medicilor de familie.

2. Adaptarea aplicației AMCMSR pentru colectarea datelor necesare generării sau cogenerării indicatorilor de mai sus (proces în curs de desfășurare la momentul dezvoltării acestui manual)

3. Definirea unor liste standardizate și codificate de vulnerabilități medico-sociale și de servicii medicale comunitare, care să ajute la colectarea standardizată și analiza datelor

4. Integrarea mai multor “date din comunitate” în rapoartele statistice anuale din sistemul de sănătate, prin utilizarea datelor din aplicațiile AMCMSR, AURORA, Registrul Național al persoanelor cu Handicap etc.

5. Realizarea interoperabilității aplicațiilor AMCMSR cu cele ale medicilor de familie și cu cele din domeniul social, atât pentru rațiuni operaționale, cât și pentru verificări încrucișate și integrări la nivel de baze de date de sistemul de sănătate.

Realizarea unui Raport Anual pe domeniul de Asistență Medicală Comunitară, care să fie publicat la finalul fiecărui an.

ISBN 978-973-0-39610-2