

**Autori:**

**Prof. Dr. Matei Dumitru**

**Dr. Baltă Daniela Mihaela**  
Medic primar MF, asistent universitar asociat

**Dr. Bejan Gabriel Cristian**  
Medic specialist MF, asistent universitar

**Dr. Grăjdeanu Ioana Veronica**  
Medic primar MF, șef de lucrări

**Dr. Iancu Adela**  
Medic primar MF, asistent universitar

**Dr. Leru Poliana**  
Medic primar Medicină internă, specialist alergologie,  
șef de lucrări

**Dr. Matei Alexandru**  
Medic specialist Obstetrică, asistent universitar

**Dr. Matei Rodica Steluța**  
Medic primar MF, asistent universitar asociat

**Dr. Mirgorodski Simona**  
Medic specialist MF, asistent universitar asociat

**Dr. Pistol Maria**  
Medic primar MF, asistent universitar asociat

**Dr. Restian Adrian**  
Medic primar MF, profesor asociat

**Dr. Sandu Mihaela Nicoleta**  
Medic specialist MF, asistent universitar

**Tehnoredactare:**

**Dr. Mirgorodski Simona**  
Medic specialist MF

**Coșeru Sanda Iuliana**  
Secretara Disciplinei Medicina de Familie

# ÎNDREPTAR PRACTIC

*de*

## MEDICINĂ DE FAMILIE

Ediția a 2-a

*Sub redacția*

**Prof. Dr. Matei DUMITRU**



Editura Medicală AMALTEA  
www.amaltea.ro

## Cuprins

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României  
MATEI, DUMITRU  
Îndreptar practic de medicină de familie / sub redacția:  
Prof. dr. Matei Dumitru. - București: Amaltea, 2009  
Bibliogr.  
ISBN 978-973-162-054-1

I. Matei, Dumitru (red.)

616  
614.25

ÎNDREPTAR PRACTIC DE MEDICINĂ DE FAMILIE/  
MATEI DUMITRU

978-973-162-054-1

© 2009 - EDITURA AMALTEA

1. Probleme specifice cu care se confruntă medicul de familie .....	11
2. Norme de înființare a cabinetului medical .....	18
3. Structura cabinetului de medicină de familie; dotarea și echipa de lucru .....	23
4. Evidențe primare în medicina de familie .....	27
5. Relațiile medicului de familie cu Casa de Asigurări de Sănătate .....	32
6. Relațiile medicului de familie cu ceilalți specialiști .....	47
7. Serviciile profilactice ale medicului de familie .....	51
8. Identificarea și combaterea factorilor de risc .....	56
9. Îngrijiri profilactice în colectivitate .....	75
10. Catagrafia vaccinărilor .....	78
11. Examenle periodice de bilanț .....	91
12. Planning familial și metode contraceptive .....	97
13. Luarea în evidență și dispensarizarea gravidei .....	129
14. Alimentația gravidei .....	133
15. Preluarea nou-născutului și urmărirea dezvoltării acestuia .....	140
16. Rolul medicului de familie în depistarea și dispensarizarea bolilor transmisibile .....	156
17. Particularitățile consultației în medicina de familie .....	174
18. Posibilitățile de acordare a primului ajutor în medicina de familie .....	179

19. Urgențele în patologia aparatului respirator – diagnostic și atitudine terapeutică .....	190
20. Supravegherea bolnavilor cronici .....	198
21. Întocmirea unui regim pentru bolnavii cu diabet zaharat .....	201
22. Îngrijiri paliative în medicina de familie .....	205
23. Educația terapeutică a pacientului .....	208
24. Modalități de prescriere a medicamentelor conform legislației .....	209
25. Metodologia eliberării scutirilor medicale pentru sport .....	212
26. Metodologia acordării concediului medical .....	229
27. Educația medicală continuă .....	232
Anexe (tipizate medicale) .....	234
Proba practică în condiții de examen .....	256
Bibliografie .....	285

## Cuvânt înainte

„Îndreptarul practic de medicină de familie“ a fost conceput de Colectivul Disciplinei Medicină de Familie – U.M.F. – *Carol Davila* București, pentru a veni în întâmpinarea studenților și rezidenților de medicina de familie care fac stagiul practic la cabinetele medicale, în cadrul modului de medicină de familie.

Am considerat utilă editarea acestui material pentru a reprezenta un suport minimal de pregătire coerentă a studenților, rezidenților și a altor categorii de medici, accesibil tuturor, în efortul de pregătire în domeniul medicinei de familie cu problemele specifice practicii zilnice.

Conținutul lucrării corespunde baremului de cunoștințe practice obligatorii care trebuie însușite de studenții și rezidenții în stagiul de medicină de familie, dar și modele de prezentare de caz, astfel încât examenul practic în condiții de examen să fie mai puțin stresant pentru candidați.

Lucrarea cuprinde un număr de 24 capitole care se referă la particularitățile specialității, la prevederile normative de care trebuie să țină cont medicul de familie în activitatea sa, dar și la o parte din problematica medicală pe care o ridică mai frecvent pacienții în prezentarea lor la medicul de familie.

Lucrarea se încheie cu o anexă în care apar formularele pe care trebuie să le completeze în mod obișnuit medicul.

Sperăm ca lucrarea „Îndreptar practic de medicină de familie“ să constituie un instrument de lucru pentru orice medic practician, prin urmare ar trebui să nu lipsească de la nici un cabinet de medicină de familie.

Suntem conștienți de complexitatea actuală a actului medical care presupune continuarea acestui efort prin elaborarea de ghiduri de diagnostic și tratament pe diverse problematici specifice medicinei de familie, această lucrare fiind doar începutul.

Mulțumim colaboratorilor care și-au adus aportul la această lucrare și celor care au contribuit la transpunerea în format electronic a materialului acestei lucrări, cu mențiuni speciale pentru Dr. Simona Mirgorodski și Sanda Coșeru – secretara disciplinei medicina de familie.

Mulțumim, de asemenea, editorilor care au făcut efortul ca această lucrare să apară în condiții cât mai bune și sponsorilor care au facilitat apariția acestei cărți.

**Prof. Dr. Dumitru Matei**  
Șef Disciplină Medicină de Familie  
U.M.F. Carol Davila București

## Index de prescurtări folosite

Ac	- anticorpi
AHA	- vaccin antihepatite A
APF	- antecedente personale fiziologice
APP	- antecedente personale patologice
AV	- alură ventriculară
BCG	- vaccin antituberculos
BTS	- boli cu transmitere sexuală
C.A.S.	- Casa de Asigurări de Sănătate
CMI	- cabinet medical individual
CMV	- citomegalovirus
CTC	- Comisia Teritorială a Colegiului Medicilor
Dg.	- diagnostic
DSP	- Direcția de Sănătate Publică
DTP	- vaccin diftero-tetano-pertussis
DZ	- diabet zaharat
Hep. B	- hepatită B
Hib	- Haemophilus influenzae
HLG	- hemoleucogramă
HTA	- hipertensiune arterială
IDR	- intradermoreacție
MF	- medic de familie
MRF	- microradiografie
O.U.G.	- ordonanță de urgență a guvernului
RMN	- rezonanță magnetică nucleară
ROR	- rubeolă - rujeolă - oreion
Simpt.	- simptome
TA	- tensiune arterială
TBC	- tuberculoză
VPOT	- vaccin antipoliomielitic oral
VSH	- viteza de sedimentare a hematiilor

## PROBLEME SPECIFICE CU CARE SE CONFRUNTĂ MEDICUL DE FAMILIE

Deoarece medicul de familie (MF) este medicul de prim contact, care asigură o accesibilitate nediscriminatorie la asistență medicală a populației, la el poate veni orice bolnav, cu orice boală.

Spre deosebire de specialiștii de profil, la medicul de familie pot veni bolnavi cu orice boală din orice specialitate, fiind astfel solicitat de o problemă extrem de variată.

Medicina de familie se deosebește de celelalte specialități medicale prin practica sa de medicină de prim contact pe care o ocupă în sistemele de sănătate, prin problemele extrem de variate cu care este confruntată și prin posibilitățile relativ limitate de rezolvare a acestor probleme, ceea ce o obligă să colaboreze mult mai susținut cu toate celelalte specialități medicale.

Realitatea arată că, deși la medicul de familie poate veni orice bolnav, cu orice boală, la el vin mai frecvent anumiți bolnavi, cu anumite boli, iar problemele cu care se confruntă medicul de familie depind de structura colectivității căreia îi acordă asistența medicală.

*Factorii de care depind solicitările medicului de familie*

1.	Structura colectivității respective
2.	Starea de sănătate a colectivității
3.	Incidența diferitelor boli
4.	Prevalența diferitelor boli
5.	Locul medicului de familie în sistemul de sănătate
6.	Funcțiile medicului de familie în sistemul de sănătate
7.	Situația epidemiologică a colectivității
8.	Programele de sănătate ale colectivității
9.	Situația socio-economică a colectivității

În cazul în care populația de bolnavi este vârstnică, atunci medicul de familie va fi confruntat mai ales cu boli cronice și degenerative, spre deosebire de o populație tânără care se va prezenta la medicul de familie cu boli acute, cu accidente, cu traumatisme, cu boli cu transmitere sexuală ș.a.

Problemele cu care este confruntat medicul de familie vor depinde și de starea de sănătate a colectivității respective. În cazul în care colectivitatea are o stare de sănătate mai bună, medicul de familie va avea mai puține solicitări curative. În cazul în care colectivitatea are o stare de sănătate mai precară, medicul de familie va fi mai solicitat cu probleme curative.

Problemele cu care este confruntat medicul de familie depind și de poziția pe care medicul de familie o ocupă și de funcțiile pe care el trebuie să le îndeplinească în sistem. În sistemele în care el ocupă funcția de „gate keeper”, adică de păzitor al funcției de intrare în sistem și pacienții nu pot ajunge la specialist fără trimitere de la medicul de familie, atunci acesta va fi confruntat cu probleme mult mai numeroase decât în sistemele de sănătate în care pacientul se poate duce direct la specialist.

Evident că situația epidemiologică va influența și ea solicitările. În cazul creșterii morbidității prin tuberculoză, medicul de familie va fi mai confruntat cu această boală. De asemenea, în cazul unei epidemii de gripă, el va fi mai confruntat cu cazuri de gripă.

Structura solicitărilor medicului de familie mai poate fi influențată de existența unor programe de sănătate, așa cum ar fi programul de prevenție și combatere a bolilor cardio-vasculare, a bolilor cu transmitere sexuală, programul de vaccinare și de educație sanitară, care necesită intervenția acestuia.

În sfârșit, problemele cu care este confruntat medicul de familie mai depind și de starea socio-economică a colectivității respective. În colectivitățile sărace predomină un anumit tip de boli, cum ar fi bolile carentiale, bolile infecțioase și bolile parazitare, iar în colectivitățile bogate predomină alt tip de boli: metabolice, obezitatea și bolile cardiovasculare.

**CRITERII DE APRECIERE A SOLICITĂRILOR**

Problemele cu care este confruntat medicul de familie pot fi apreciate din foarte multe puncte de vedere.

1.	Numărul de pacienți de care este solicitat
2.	Simptomele pe care le acuză pacienții
3.	Organele și aparatele implicate
4.	Bolile pe care le prezintă
5.	Caracterul preventiv sau curativ al solicitărilor
6.	Caracterul acut, cronic sau de urgență al bolilor
7.	Gravitatea bolilor
8.	Numărul de bolnavi rezolvați
9.	Numărul de bolnavi trimiși la specialiști
10.	Numărul de bolnavi internați în spital

Ele pot fi apreciate cantitativ, privind numărul de pacienți de care este solicitat medicul de familie, care poate depinde de starea de sănătate a colectivității, de situația epidemiologică și de funcția pe care medicul de familie ocupă în sistemul de sănătate.

Solicitările medicului de familie mai pot fi apreciate în funcție de simptomele pe care le acuză pacienții, deoarece la medicul de familie bolnavii nu vin de obicei cu boli cunoscute, ci cu anumite semne sau simptome, în funcție de structura morbidității.

Solicitările medicului de familie mai pot fi apreciate în funcție de organele sau de aparatele afectate. În funcție de structura morbidității, medicul de familie va putea fi confruntat mai mult cu boli respiratorii sau cu boli cardiovasculare.

Solicitările vor mai putea fi apreciate în funcție de natura bolilor acute sau cronice cu care este confruntat, în funcție de gravitatea bolilor, de numărul de bolnavi trimiși la specialiști, de numărul de bolnavi rezolvați și de numărul de bolnavi internați.

## STRUCTURA SOLICITĂRILOR CURATIVE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Trebuie să remarcăm faptul că, deși în Medicina de Familie ar trebui să predomine activitatea preventivă, medicul de familie este confruntat mai ales cu probleme curative. În calitatea lui de medic de prim contact, la medicul de familie pot veni atât bolnavi cu boli acute, cât și bolnavi cu boli cronice și cu urgențe medico-chirurgicale a căror rezolvare nu poate fi amânată. Deși cifrele pot să varieze de la o colectivitate la alta, s-a constatat că aproximativ 40-50% din bolnavii care vin la medicul de familie au o boală acută, 40-50% au o boală cronică și 10-15% au o urgență medico-chirurgicală.

După cum reiese din cercetarea efectuată la Centrul de Studii pentru Medicină de Familie din România, pe un lot de 70.887 de pacienți (cazuri noi) la care s-au acordat 58.015 consultații, 56% dintre pacienți s-au prezentat cu un simptom și nu cu o boală cunoscută.

Un procent de 38% dintre pacienți solicitau diferite proceduri de diagnostic și tratament și doar 1% veneau cu un diagnostic clar, bine cunoscut, în care se vor întâlni desigur bolile care au incidența și prevalența cea mai mare în colectivitatea respectivă. Cele mai frecvente boli diagnosticate în cadrul celor 58.015 consultații au fost: HTA, cardiopatia ischemică fără angină pectorală, IACRS, bronșita acută și bronșiolita, angina pectorală, amigdalita acută, diabetul zaharat tip II, artrozele, infecțiile urinare, durerea lombară, dislipidemiile, pneumonia, colecistita, fibrilația atrială, tulburările gastrice, BPOC, insuficiența cardiacă, arteriopatia obliterantă periferică ș.a.m.d.

Cu alte cuvinte, medicul de familie este confruntat cu o patologie foarte variată din medicină internă, cardiologie, boli de nutriție, gastroenterologie, ORL, neurologie, psihiatrie și ginecologie.

Dintre semnele și simptomele cel mai frecvent acuzate de bolnavi se remarcă: febra, tusea, durerile faringiene, amețelile, durerile articulare, durerile precordiale, durerile abdominale și oboseala generalizată.

### Cele mai frecvente boli cu care este confruntat medicul de familie

1.	HTA	11.	Colecistita și litiaza biliară
2.	Cardiopatia ischemică fără angină	12.	Fibrilația atrială
3.	IACRS	13.	Pneumonia
4.	Bronșita acută și bronșiolita	14.	Tulburări gastrice funcționale
5.	Angina pectorală	15.	BPOC
6.	Amigdalita acută	16.	Insuficiența cardiacă
7.	Diabetul zaharat tip II	17.	Arteriopatia obliterantă periferică
8.	Artrozele	18.	Boala hepatică
9.	Infecțiile urinare	19.	Anemia feriprivă
10.	Dislipidemiile	20.	Tulburări depresive

### Cele mai frecvente motive de prezentare la medicul de familie

1.	Solicitarea unei rețete, a unui tratament	11.	Congestie oculo-nazală
2.	Tuse	12.	Cefalee
3.	Probleme administrative	13.	Proceduri preventive
4.	Proceduri de diagnostic	14.	Amețeli
5.	Rezultate și scrisori de la un specialist	15.	Acuze articulare
6.	Febră	16.	Evaluarea stării de sănătate
7.	Trimiterea la specialist	17.	Dureri precordiale
8.	Semne faringiene	18.	Dureri abdominale
9.	Solicitarea unei consultații	19.	Dureri epigastrice
10.	Rezultatele unor investigații	20.	Oboseală

## STRUCTURA SOLICITĂRILOR PREVENTIVE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Pe lângă problemele curative care îl țin într-o alertă permanentă, medicul de familie mai este confruntat și cu o serie întreagă de probleme preventive, solicitate mai ales de sistemele de sănătate, care îl obligă pe medicul de familie să întreprindă anumite activități profilactice atât asupra mediului, cât și asupra individului. O parte din activitățile preventive privesc prevenția primară, adică prevenirea îmbolnăvirilor prin identificarea și combaterea factorilor de risc, prin intermediul vaccinărilor și prin educația sanitară a populației.

O altă parte din activitățile preventive, pe care trebuie să le desfășoare medicul de familie, privește prevenția secundară, adică depistarea precoce a bolilor, prin intermediul consultațiilor curente, al examenului de bilanț și al screening-ului și prevenția terțiară, de prevenire a complicațiilor.

De aceea, pentru a putea contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, medicul de familie trebuie să îmbine activitatea curativă cu cea preventivă, de identificare

și de combatere a unor factori de risc, de schimbare a stilului de viață, de depistare precoce a unor boli latente și de prevenire a complicațiilor pe care unele boli existente le pot produce.

#### 1. Prevenția primară

- Supravegherea stării de sănătate a populației
- Examenul de bilanț
- Identificarea și combaterea factorilor de risc
- Combaterea factorilor patogeni
- Triajul epidemiologic în colectivități
- Promovarea unui stil de viață sanogen

#### 2. Prevenția secundară

- Depistarea precoce a bolilor în cadrul consultațiilor generale la examenul de bilanț
- Organizarea unor screening-uri

#### 3. Prevenția terțiară

- Supravegherea bolilor cronice
- Instituirea unui tratament corect
- Prevenirea și combaterea complicațiilor
- Evitarea unor evenimente majore
- Educația terapeutică a pacientului

#### 4. Prevenția specifică

- Administrarea unor factori capabili să prevină apariția unor boli
- Vaccinările
- Administrarea de vitamina D, de fier, de iod

#### 5. Promovarea sănătății

- Prevenirea îmbolnăvirilor
- Combaterea unor factori de risc
- Administrarea unor factori protectori
- Educația sanitară
- Promovarea unui stil de viață sanogen.

### SOLICITĂRILE MANAGERIALE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Pe lângă serviciile curative și preventive, medicul de familie este solicitat și de o serie de servicii manageriale. Spre deosebire de specialiștii din spital care nu trebuie să

efectueze decât servicii medicale, medicul de familie este obligat să se îngrijească singur de buna funcționare a cabinetului său.

În acest sens, medicul de familie trebuie să se ocupe de întreținerea și de dotarea cabinetului, de coordonarea echipei de lucru, de colaborarea cu ceilalți specialiști, de coordonarea relațiilor cu Casa de Asigurări de Sănătate, de contabilitatea cabinetului ș.a.m.d.

#### Solicitările manageriale ale medicului de familie

1. *Înființarea cabinetului*
2. *Întreținerea cabinetului*
3. *Coordonarea echipei de lucru*
4. *Coordonarea relațiilor cu ceilalți specialiști*
5. *Coordonarea relațiilor cu Casa de Asigurări*
6. *Coordonarea relațiilor cu alte organe și organizații*
7. *Contabilitatea cabinetului*

Din analiza sumară a problemelor cu care este solicitat medicul de familie reiese că el este confruntat cu boli cronice, cu urgențe din toate specialitățile medicale, precum și cu probleme de prevenție și manageriale, pentru a căror rezolvare trebuie să îndeplinească o serie întreagă de servicii medicale, extrem de variate și de complicate.



## NORME DE ÎNFIINȚARE A CABINETULUI MEDICAL

Cabinetul medical, indiferent de specialitate, este organizat și funcționează în conformitate cu prevederile O.U.G. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare:

### Capitolul I

#### Dispoziții generale

##### Art. 1

(1) Cabinetul medical este unitatea furnizoare de servicii medicale primare de medicină generală, de stomatologie și de specialitate.

(2) Serviciile de sănătate ale cabinetelor medicale se realizează de medici de medicină generală – medici de familie, medici stomatologi, medici specialiști și alte categorii de personal medical acreditat.

(3) Profesia de medic, ca profesie liberală, poate fi exercitată în cadrul cabinetului medical în una din următoarele forme:

A. fără personalitate juridică:

- a. cabinet medical individual
- b. cabinete medicale grupate
- c. cabinete medicale asociate
- d. societate civilă medicală

B. cu personalitate juridică:

- a. societate medicală cu personalitate medicală juridică.

##### Art. 2

(1) În cabinetul medical individual își exercită profesia medicul titular care poate avea ca salariați sau colaboratori medici sau orice altă categorie de personal.

(2) Cabinetele individuale se pot grupa formând cabinete medicale grupate, pentru a-și crea facilități economice comune, păstrându-și individualitatea în relațiile cu terții.

(3) Cabinetele se pot asocia, formând cabinete medicale asociate, în scopul exercitării în comun a activității și al asigurării accesului permanent al pacienților la servicii medicale complete. Medicii titulari ai unor cabinete asociate își păstrează drepturile și responsabilitățile individuale prevăzute de lege.

(4) Societatea civilă medicală este constituită din doi sau mai mulți medici asociați și poate avea ca salariați sau colaboratori, medici sau alte categorii de personal.

(5) Societatea medicală cu personalitate juridică se constituie de către una sau mai multe persoane fizice sau juridice și are ca unic obiect de activitate furnizarea de servicii medicale. Administratorul societății sau cel puțin o treime din membrii consiliului de administrație vor fi medici cu drept de liberă practică.

##### Art. 3

(1) Cabinetele medicale grupate, precum și cabinetele medicale asociate pot avea patrimoniu comun.

(2) Medicul poate schimba oricând forma de exercitare a profesiei, cu înștiințarea autorității care a avizat înființarea și înregistrarea cabinetului medical.

### Capitolul II

#### Înființarea și înregistrarea cabinetului medical

##### Art. 4

Denumirea cabinetului medical va reflecta obligatoriu specificul activităților care se vor desfășura, înscrise în autorizația de liberă practică a medicului, eliberată în condițiile legii.

##### Art. 5

(1) Cabinetele medicale se înființază la cererea medicului sau a altor persoane fizice sau juridice interesate, în funcție de forma de organizare, potrivit art. 1 alin. (3).

(2) Actul de înființare al cabinetelor medicale este certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, care se întocmește și se păstrează de către direcțiile de sănătate publică județene, respectiv, DSPMB. Un exemplar al certificatului se înmânează persoanei care a făcut cererea de înregistrare.

(3) Documentația necesară pentru înregistrarea cabinetului medical se stabilește prin ordin al ministrului sănătății.

### Capitolul III

#### Organizarea, funcționarea și finanțarea cabinetului medical

##### Art. 6

(1) Cabinetele medicale pot desfășura activități de învățământ și cercetare, dacă au aprobarea Ministerului Sănătății și a Ministerului Educației Naționale în acest sens.

(2) Medicul sau personalul medical care desfășoară activitate medicală în cadrul cabinetului medical răspunde, în mod individual, potrivit legii, pentru deciziile profesionale, în cazul prejudiciilor aduse pacienților.

(3) Controlul privind respectarea normelor legale în furnizarea serviciilor de sănătate se exercită de către Ministerul Sănătății, și unitățile sale subordonate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România sau de către alte organe abilitate, în condițiile legii.

(4) Autoritatea națională competentă în domeniul nuclear, care exercită atribuțiile de reglementare, autorizare și control, prevăzută de Legea nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță a activităților nucleare, republicată, poate elibera autorizație cabinetelor medicale înființate potrivit art. 1 alin. 3 care desfășoară activități nucleare necesare diagnosticului și tratamentului uman.

##### Art. 7

Cabinetul medical trebuie să dispună de o dotare minimă, stabilită prin ordin al ministrului sănătății, cu avizul prealabil al Colegiului Medicilor din România, în raport cu specialitatea și profilul de activitate declarate.

##### Art. 8

Cabinetul medical poate realiza venituri din:

- a) servicii medicale prestate în baza contractului încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate Județeană sau a municipiului București ori cu alte persoane fizice sau juridice
- b) servicii medicale cu plată directă din partea beneficiarilor
- c) donații și sponsorizări
- d) activități de consiliere și avizare în domeniul medical
- e) activități contractate cu unitățile care coordonează activitățile de învățământ și cercetare din rețeaua Ministerului Sănătății.
- f) alte surse obținute conform dispozițiilor legale, inclusiv cele provenind din valorificarea aparaturii proprii, uz fizic și moral, precum și a celei excedentare din dotare.

##### Art. 9

(1) Veniturile realizate din activitatea cabinetului medical organizat în formele prevăzute de art. 1 alin. 3 lit. A, impozitează potrivit dispozițiilor legale privind impunerea veniturilor realizate din activitatea desfășurată pe bază de liberă inițiativă.

(2) Cabinetele medicale organizate potrivit art. 1 alin. 3 beneficiază de următoarele facilități:

- a) cheltuielile efectuate pentru investiții, dotări și altele necesare înființării și funcționării se scad din veniturile realizate
- b) scutirea de la plata taxelor vamale pentru aparatură și tehnica medicală importată destinate desfășurării activității proprii.

##### Art. 10

Medicul titular al cabinetului medical, cel delegat de medicul asociat, respectiv administratorul societății reprezintă cabinetul medical în raporturile juridice și profesionale.

##### Art. 11

(1) Angajarea personalului mediu sanitar și a altor categorii de personal se poate face de către medicul titular, medicul delegat sau de către administratorul societății.

(2) În cabinetele medicale în care sunt încadrate persoane cu contract individual de muncă, salariile se stabilesc pe

negociere, cu respectarea nivelurilor minime prevăzute de reglementările legale în vigoare.

#### Art. 12

Cabinetele medicale sunt obligate să întocmească și să transmită situațiile stabilite prin norme ale Ministerului Sănătății privind starea de sănătate și demografică a populației.

#### Capitolul IV

#### Dispoziții tranzitorii și finale

#### Art. 13

(1) Cabinetele medicale se pot înființa în cadrul actualelor dispensare medicale, policlinici sau în alte spații puse la dispoziție de autoritățile administrației centrale sau locale ori în spații private, special amenajate și autorizate legal, cu această destinație.

(2) Bunurile imobile aflate în proprietatea privată a statului sau a unităților administrativ teritoriale, utilizate în prezent pentru activitățile medicale, pot fi date în folosință gratuită, închiriate, concesionate prin negociere directă sau vândute, în vederea înființării de cabinete medicale potrivit dispozițiilor legale.

(3) Condițiile de concesionare sau de vânzare vor fi stabilite prin hotărârea Guvernului.

(4) Bunurile imobile aflate în proprietatea publică a statului sau a unităților administrativ teritoriale, utilizate în prezent pentru activități medicale, pot fi date în folosință gratuită, închiriate, concesionate prin negociere directă medicilor în vederea înființării de cabinete medicale potrivit dispozițiilor legale.

(5) Bunurile mobile proprietate publică sau privată pot fi valorificate sau transmise în regim de leasing, după caz, potrivit dispozițiilor legale.

(6) Medici care, la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, sunt încadrați cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată în unitățile deținătoare ale bunurilor mobile și imobile menționate, beneficiază cu prioritate de prevederile aliniatelor 2, 4, 5.

3

### STRUCTURA CABINETULUI DE MEDICINĂ DE FAMILIE; DOTAREA ȘI ECHIPA DE LUCRU

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească spațiul, dotarea și echipa de lucru sunt reglementate de către Direcția de Sănătate Publică, Colegiul Medicilor și Casa de Asigurări de Sănătate și sunt verificate cu ocazia acreditării cabinetului medical.

#### CONDIȚII LEGATE DE SPAȚIU

1. Cabinetul trebuie semnalizat printr-o firmă care să conțină numele, gradul și specialitatea medicului
2. Trebuie să fie asigurat accesul facil pentru persoanele cu handicap (rampă)
3. Încăperi:
  - a. Cabinet de consultații cu suprafață minimă de 14 mp, prevăzută cu podea lavabilă (gresie sau linoleum) și chiuvetă;
  - b. Sală de tratamente prevăzută cu chiuvetă;
  - c. Cabinet de vaccinare;
  - d. Sală de sterilizare prevăzută cu chiuvetă;
  - e. Fișier;
  - f. Cameră pentru investigații de laborator și explorări funcționale;
  - g. Cameră pentru asistente;

- h. Depozit de materiale;
  - i. Oficiu;
  - j. Grup sanitar
  - k. Sală de așteptare dotată cu scaune, mese, pliante informative, programul de lucru (cabinet și teren), numele și gradul asistentului medical, afișe privind drepturile și obligațiile pacienților, interzicerea fumatului, interzicerea accesului cu animale, programările consultațiilor și ale examenelor de bilanț, lista prețurilor pentru serviciile care nu sunt decontate de către CAS.
  - l. Izolator pentru bolile transmisibile
4. Condițiile igienico-sanitare:
- a. Să fie salubră
  - b. Să aibă lumină naturală
  - c. Să fie racordată la rețeaua de energie electrică
  - d. Să aibă apă curentă
  - e. Să aibă o sursă de încălzire
  - f. Să respecte condițiile de evacuare a reziduurilor biologice (contract cu o firmă de incinerare a deșeurilor biologice, acreditată de CAS)
  - g. Să aibă telefon.

## CONDIȚII LEGATE DE DOTARE

### A. Cabinetul de consultații

1. canapea de consultații
2. masă ginecologică și lampă cu picior
3. masă de consultații pentru sugari
4. măsuță de instrumente
5. dulap de medicamente
  - semnalizat cu „cap de mort“
  - să existe autorizație pentru substanțe toxice cu precizarea persoanelor care au acces
  - caiet pentru descărcarea medicamentelor
  - lista cu medicamentele existente
  - medicamentele să fie în termen.
6. birou, scaune, dulap de haine, cuier
7. cântar pentru adulți și pentru sugari
8. taliometru, pediometru
9. centimetru

10. stetoscop
11. tensiometru
12. ciocănel pentru reflexe
13. facultativ: oscilometru, otoscop, oftalmoscop, EKG ecograf, glucometru
14. trusă de mică chirurgie (casolete, cutii cu instrumente bisturiu, foarfece, ace, portac, ață, pense, valve vaginale, canule rectale, specul auricular)
15. seringi de unică folosință
16. materiale: vată, comprese sterile, feși, leucoplast
17. soluții antiseptice: apă oxigenată, rivanol, alcool sanitar, betadină
18. soluții antiseptice pentru instrumentar: cloramina secusept

### B. Sala de tratamente:

1. canapea de tratamente
2. măsuță de instrumente
3. recipiente pentru deșeuri
4. frigider pentru păstrarea vaccinurilor, termometru pentru frigider și caiet cu evidența zilnică a temperaturii

### C. Sala de sterilizare:

1. pupinel sau autoclav
2. caiet de evidență a sterilizării, zilnic bandeleta de temperatură biochimic, numele persoanei care a efectuat sterilizarea, test biologic lunar efectuat de sanepid.
3. pe cutii și casolete trebuie trecute data și ora sterilizării

## ECHIPA DE LUCRU

1. Medic titular MF (specialist sau primar) aflat în relație contractuală cu CAS
2. Asistent medical generalist angajat obligatoriu cu care de muncă (cu ½ normă pentru cabinetele cu mai puțin de 1.000 de pacienți, cu normă întreagă pentru mai mult de 1.000 de pacienți, doi asistenți pentru mai mult de 2.000 de pacienți)
3. Facultativ:
  - medici MF sau de alte specialități
  - psihologi

- Asistentă de ocrotire
- Asistentă de igienă
- Moașă
- Asistentă socială
- Secretară
- Contabil și administrator
- Informatician
- Personal auxiliar (liftier, portar, fochist, telefonist, șofer, curier)

### PROGRAMUL DE LUCRU

- *medici* – program de 7 ore zilnic dintre care minim 5 ore de cabinet și celelalte de teren
- *asistenți* – program zilnic de 8 ore dintre care minim 5 ore de cabinet. Asistenții medicali au un caiet de evidență zilnică a tratamentelor.
- în perioadele de absență mai mici de 2 luni, MF va organiza preluarea activității de către un alt medic acreditat, iar pentru absențele mai mari de 2 luni CAS va desemna un medic înlocuitor.

Medicul și asistentul medical trebuie să aibă un comportament și o ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală, să respecte confidențialitatea actului medical și să îndeplinească atribuțiile menționate în fișa postului.

4

## EVIDENȚE PRIMARE ÎN MEDICINA DE FAMILIE

### I. EVIDENȚE DE BAZĂ

#### 1. Lista de capitație

- actualizată lunar cu ocazia raportării către Casa de Asigurări
- cuprinde datele de identitate ale pacienților
- categoria din care fac parte asigurații
- data intrării pe lista de capitație a actualului medic de familie.

Asigurările sociale de sănătate funcționează pe principiul solidarității în colectarea și folosirea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului, a unității sanitare și a Casei de Asigurări de Sănătate. Sunt supuși în mod obligatoriu asigurării cetățenii români cu domiciliul în țară și cetățenii străini cu reședință în România.

Sunt scutite de la plată persoanele prevăzute în OUG 150/2002:

- Copii și elevii,
- Ucenicii și studenții cu vârsta sub 26 de ani, care nu realizează venituri proprii,
- Gravidele și lăuzele care nu realizează venituri sau au venituri sub salariul minim brut pe economie
- Persoanele prevăzute în legi speciale: veterani

și văduve de război (Leg. 44), foști deținuți politici (Leg. 118), foști deportați (Leg. 189), foști transmutați (Leg. 309), revoluționari sau urmași ai acestora (Lg. 42), persoane cu handicap (Leg. 519), asistați social (OG 416), șomeri.

- Au calitate de asigurat, fără plata asigurării și soțul, soția sau părinții unui asigurat dacă aceștia nu realizează venituri. Asigurații au dreptul să-și aleagă medicul de familie sau au dreptul să-și schimbe MF după cel puțin 3 luni de la înscrierea la actualul MF.

Lista serviciilor medicale și a medicamentelor, parametrii calității și ai eficienței serviciilor, criteriile și modul de plată al serviciilor, nivelul costurilor, modul de decontare și actele necesare în acest scop sunt reglementate prin contractul-cadru care se aprobă prin OG, anual.

## 2. Fișe de consultație

- cuprind obligatoriu datele de identitate ale pacienților
- dovada calității de asigurat
- dovada dreptului la scutirea plății asigurării de sănătate sau la gratuitate în achiziționarea medicamentelor
- data și locul consultației
- diagnostic și cod de boală
- tratament recomandat
- recomandarea consulturilor de specialitate și a investigațiilor
- rezultatele investigațiilor
- scrisorile medicale primite de la specialiștii din ambulatoriu sau spital.
- biletele de trimitere la specialiștii din ambulatoriu, spital sau pentru investigații.

## 3. Registru de consultații

- data, ora și locul consultației
- datele de identificare ale bolnavului
- diagnostic
- recomandări
- seria și numărul rețetei eliberate
- seria și numărul concediului medical recomandat, după caz

- seria și numărul biletului de trimitere pentru investigații paraclinice
- seria și numărul biletului de trimitere la medic specialist în ambulatoriu
- semnătura pacientului.

## 4. Registru de tratamente

- conține data și ora
- diagnosticul
- tratamentul aplicat
- semnătura pacientului.

## 5. Registru de evidență a gravidelor

- datele pacientei
- data și luna de sarcină în momentul luării în evidență
- data ultimei menstruații și data probabilă a nașterii
- grup sanguin și Rh (și ale soțului)
- rezultatele analizelor obligatorii la luarea în evidență
- data consultațiilor lunare și parametrii de bază urmărit (greutate, circumferință abdominală, înălțimea fundului uterin, tensiune arterială, alura ventriculară și puls)

## 6. Registrul de vaccinări

- datele pacientului
- datele administrării vaccinurilor obligatorii și a celor facultative.

## 7. Registrul de bolnavi cronici

- datele pacienților
- diagnosticele bolilor cronice cu care sunt în evidență
- datele la care s-au eliberat rețetele lunare.

## 8. Registru de evidență a consultațiilor la domiciliu

## 9. Condica aparatului de urgență

## 10. Caietul de evidență a rețetelor cu timbru secret

## II. TIPIZATE (VEZI ANEXELE)

1. Carnete de rețete compensate
2. Certificate prenuptiale
3. Certificate de deces
4. Certificate de concediu medical
5. Adeverințe medicale
6. Bilete de trimitere
7. Bilete de internare
8. Carnete de control al gravidelor
9. Formulare de raportare (CAS, DSP).

### Lista de capitație

Nr. crt.	CNP	Nume	Prenume	Adresa	Categorie	Data intrării

### Registru de consultații

Nr. crt.	Data	Loc	Nume	Vârstă	Sex	Domiciliu	Ocupație	Simpt.	Dg.	Cod	Recomandări	Adm. și elib. gratuit	Semnătură

### Registru de bolnavi cronici

Nr. crt.	Data luării în evidență	Nume și domiciliu	Diagnostic și tratament	Data controlului	Data scoaterii din evidență

### Registru de evidență a consultațiilor la domiciliu

Nr. crt.	Nume	Domiciliu	Diagnostic	Recomandări	Semnătură

### Condica aparatului de urgență

Nr. crt.	Data	Act de proveniență		Forma de plată	Intrări (cant.)	Ieșiri (cant.)	Stoc
		Tip	Serie				

### Caietul de evidență a rețetelor cu timbru sec

Nr. crt.	Nume	Domiciliu	Dg.	Nr. rețetă	Recomandare	Data eliberării	Nr. registru	Observații (nr. autorizație DSP)	Semnătură

## RELAȚIILE MEDICULUI DE FAMILIE CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Medicii de familie acordă servicii medicale primare pe baza contractelor încheiate anual cu Casa de Asigurări de Sănătate.

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor. Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale sunt prevăzute în norme.

În cazul în care furnizorii depun ofertele la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către Casele de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenul stabilit de Casele de Asigurări de Sănătate, furnizorii nu vor mai desfășura activitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate în anul respectiv. Casele de Asigurări de Sănătate au obligația să deconteze în limita și la termenele stabilite în contracte contravaloarea serviciilor medicale.

### ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI CU CASA DE ASIGURĂRI

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale primare,

medicul de familie, și Casa de Asigurări de Sănătate se încheie de către reprezentantul legal al cabinetului medical, pe baza următoarelor documente:

- a. Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale sau actul de înființare, după caz;
- b. Autorizația sanitară;
- c. Contul deschis la bancă;
- d. Codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- e. Certificatul de acreditare a cabinetului medical;
- f. Lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale;
- g. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu Casele de Asigurări de Sănătate;
- h. Autorizația de liberă practică a medicului;
- i. Declarație pe proprie răspundere că nu are un contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate;
- j. Declarație pe proprie răspundere cu programul de lucru în cadrul CMI și cu programul pe care îl are la un alt loc de muncă, dacă este cazul;
- k. Actele asistentului medical (buletin, contract de muncă, autorizație de liberă practică, acreditare, asigurare de malpraxis, declarație pe proprie răspundere cu programele de lucru din cadrul CMI și de la alte locuri de muncă);
- l. Dovada plății la zi a asigurărilor de sănătate pentru medicul titular și angajații acestuia;
- m. Dovada evaluării cabinetului către CNAS;
- n. Contract de incinerare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală.

(2) Numai cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale, în situații în care asigurații de pe lista proprie a medicilor respectiv au răspândire mare în teritoriu.

(3) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medical încheie contract cu o singură Casă de Asigurări de Sănătate



respectiv cu cea în a cărei rază administrativ teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.

(4) Casele de Asigurări de Sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscriși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția asiguratului.

### PROGRAM DE ACTIVITATE

Programul de activitate al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi, de luni până vineri, minim 5 ore la cabinetul medical și 2 ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu.

Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului stabilit de către aceștia. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului de lucru, se organizează de Ministerul Sănătății prin direcțiile de sănătate publică, centrele de permanență.

Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

### SERVICII MEDICALE DECONTATE

#### DE CASA DE ASIGURĂRI

##### A. Servicii profilactice

1. Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:
  - a. La externarea din maternitate;
  - b. La 1 lună;

- c. La 2 luni;
  - d. La 4 luni;
  - e. La 6 luni;
  - f. La 9 luni;
  - g. La 12 luni;
  - h. La 15 luni;
  - i. La 18 luni.
2. Supravegherea etapizată pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0-1 an pe probleme de puericultură, educația mamei, pentru susținerea alimentației naturale și a trecerii la alimentația artificială, urmărirea curbei ponderale, diversificarea alimentației, stabilirea programului de vaccinare și instruirea mamei în vederea respectării acestui program.
  3. Supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății:
    - a. luarea în evidență în primul trimestru;
    - b. supravegherea lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a;
    - c. urmărirea lăuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni;
    - d. consiliere pre- și post-testare pentru HIV a femeii gravide;
  4. Control medical anual al copiilor de la 2 la 18 ani – examene de bilanț.
  5. Controlul medical anual al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate. Controlul medical cuprinde:
    - consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
    - recomandare pentru examene paraclinice în caz de necesitate sau suspiciune atunci când există argumente clinice (microradiografie pulmonară, RPR sau VDRL).
  6. Servicii de planificare familială:
    - consiliere de planificare familială;
    - indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.
  7. Imunizări conform programului național de imunizări:
    - a. antituberculoasă – vaccin BCG;
    - b. revaccinarea BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;
    - c. testarea PPD;
    - d. antihepatitică B;
    - e. antipoliomelitică VPO;

- f. împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive – DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);
  - g. antirujeolică sau antirujeolică-antirubeolică-anti-urliană;
  - h. împotriva difteriei și tetanosului – DT (revaccinare);
  - i. împotriva difteriei și tetanosului la adulți – DT (revaccinare);
  - j. împotriva tetanosului – DT sau VTA;
  - k. antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
  - l. alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății.
8. Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc cardiovascular, oncologic precum și consiliere antidrog.
  9. Controale periodice pentru afecțiunile care necesită dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sănătății.
  10. Bolnav TBC nou descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist.

#### B. Servicii medicale curative

1. Consultație în caz de boală sau accident. Se acordă, la solicitarea asiguratului până la 2 consultații pe lună, cu excepția urgențelor și a controalelor anuale și periodice efectuate la solicitarea medicului de familie, care nu se includ în acest număr.
2. Manevre de mică chirurgie și tratament injectabil, după caz.
3. Prescriere de tratament medical și igienico-dietetic. Monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, conform planului de recuperare propus de medicul specialist și modificarea acestuia în funcție de evoluția parametrilor de monitorizare, cu consultarea medicului specialist atunci când este cazul.
4. Recomandarea de investigații paraclinice pentru stabilirea diagnosticului, prin bilet de trimitere, ca o consecință a actului medical propriu.

5. Eliberarea de bilet de trimitere pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, cu scurt istoric medical al asiguratului, către alte specialități medicale, după caz, fie în sistem ambulatoriu (de preferință), fie la spital. La biletul de trimitere în vederea internării, medicul de familie va atașa rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere în vederea internării și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea.
6. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență. Pentru persoanele care refuză aplicarea tratamentului, medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.
7. Asistență medicală la domiciliu pentru:
  - a. copii în vârstă de până la 1 an aflați în tratament pentru afecțiuni acute grave ce nu permit deplasarea la cabinet;
  - b. urgențe medico-chirurgicale, pentru situațiile care nu permit deplasarea la cabinetul medical;
  - c. asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficiența cardiacă clasa IV NYHA, bolnavi în fază terminală, cu alte afecțiuni grave pentru care, la recomandarea printr-o scrisoare medicală a medicului de specialitate, nu este permisă deplasarea (repaus absolut) și care necesită monitorizare și tratament;
  - d. cunoașterea condițiilor de viață mai ales în familiile cu probleme de sănătate, pentru identificarea factorilor de risc.

#### C. Servicii medicale pentru situațiile de urgență

1. constatarea situațiilor de urgență (anamneză, examen clinic);
2. asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale, în limita competenței medicului de familie și a posibilităților tehnice medicale;

3. trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau pentru internare în spital, după caz.

Asigurații beneficiază de aceste servicii, indiferent de medicul de familie pe lista căruia sunt înscrși.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit, iar în afara acestui program, în centre de permanență.

#### D. Activități de suport

Eliberarea de acte medicale: certificat de concediu medical, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, certificat medical pentru îngrijirea copilului bolnav, conform prevederilor legale, adeverințe medicale pentru copii necesare înscrierii în colectivități, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, adeverințe medicale solicitate de personalul sanitar pentru exercitarea profesiei precum și de celălalt personal angajat în sistemul sanitar și al asigurărilor de sănătate.

E. Activități cuprinse în baremul de activități practice conform curriculei de pregătire în specialitatea „medicină de familie” și în concordanță cu competențele obținute pentru activitatea ce face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Sunt decontate de Casa de Asigurări și serviciile din pachetul minimal de servicii medicale care se acordă persoanelor care nu pot să facă dovada calității de asigurat. Acestea sunt:

#### A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

- constatarea situațiilor de urgență;
- asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale, în limita competenței și a posibilităților tehnice medicale;
- trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către medicul de specialitate sau pentru internare în spital, după caz.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență. Se raportează și se decontează o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență.

B. *Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament)*

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspiciunată și confirmată.

#### VENITURILE CABINETULUI

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

- plata prin tarif pe persoană asigurată: suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul asiguraților înscrși pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială;
- plata per servicii pentru serviciile suportate de Casă și stabilite prin contractul-cadru.

Veniturile realizate reprezintă veniturile furnizorilor de servicii medicale din care se suportă următoarele categorii de cheltuieli:

- cheltuielile de personal pentru angajații cabinetului medical: medici, cadre medii sanitare și alte categorii de personal;
- cheltuielile pentru administrarea și funcționarea cabinetului medical, inclusiv cheltuielile de capital;
- cheltuielile cu medicamente și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

Medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

#### LITIGII

Litigiile dintre furnizori și Casele de Asigurări de Sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj. În cazul în

care contractul dintre furnizori și Casele de Asigurări de Sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi pe o perioadă de 1 an de la data încetării contractului.

Organizarea controlului serviciilor medicale care se acordă asiguraților în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se efectuează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România.

Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate.

Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul de familie împreună cu personalul sanitar, prin cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată cu completările ulterioare, și prin cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai Caselor de Asigurări de Sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București.

În localitățile urbane numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, în cazul medicilor nou veniți este de 1000.

Medicilor de familie al căror număr de asigurați înscriși pe listele proprii scade timp de 3 luni consecutiv, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se reziliază contractul.

Medicii de familie acordă asistență medicală pentru asigurații înscriși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției în fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform pachetului minimal de servicii medicale.

Pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate potrivit legii, se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România și se prevăd în norme.

#### OBLIGAȚIILE FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE

În relațiile contractuale cu Casele de Asigurări de Sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

- a. Să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților înscriși în lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege. Calitatea de asigurat se dovedește cu un act justificativ – adeverință sau carnet de asigurat – eliberat prin grija Caselor de Asigurări de Sănătate la care este înscris asiguratul, până la introducerea cardului electronic de asigurat;
- b. Să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curriculum de pregătire în specialitatea medicină de familie și concordantă cu competențele obținute pentru situații prevăzute în norme. De asemenea, au obligația de interpreta investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;
- c. Să acorde servicii medicale din pachetul minimal de servicii medicale, prevăzut în norme, pentru persoane care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției.

- contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii;
- d. Să acorde servicii medicale din pachetul de servicii prevăzut în norme pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate;
  - e. Să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscriși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților, și să comunice aceste modificări Caselor de Asigurări de Sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de Casele de Asigurări de Sănătate cu privire la asigurații care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare ale persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;
  - f. Să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;
  - g. Să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;
  - h. Să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;
  - i. Să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;
  - j. Să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea

- de către Casa de Asigurări de Sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii ori la primărie, precum și la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;
- k. Să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate și a activității desfășurate la nivelul cabinetelor de medicină primară;
  - l. Să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;
  - m. Să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și denumirea acestora;
  - n. Să factureze lunar, în vederea decontării de către Casele de Asigurări de Sănătate activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale.
  - o. Să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală primară.
  - p. Să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor.
  - q. Să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a medicului și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe lista acestuia.
  - r. Să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.
  - s. Să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor prezentului contract – cadru și ale normelor.
  - t. Să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue în centrele de permanență, acolo unde sunt organizate.
  - u. Să pună la dispoziția asiguraților, la nivelul cabinetului medical, pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale primare în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate.

- v. Să întocmească bilet de trimitere în vederea internării atunci când este cazul și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu.
- x. Să opereze la zi în formularele din sistemul informațional al Ministerului Sănătății – fișe, registre, certificate medicale etc. datele corespunzătoare activității desfășurate.
- y. Să colaboreze cu asistenții medicali comunitari în desfășurarea activității acestora.
- z. Să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Medicul de familie are obligația să prescrie medicamente, cu sau fără contribuție personală, asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu.

Medicul de familie refuză transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu Casele de Asigurări de Sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală.

## DREPTURILE FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE

În relațiile contractuale cu Casele de Asigurări de Sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară au următoarele drepturi:

- a. să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu Casele de Asigurări de Sănătate;
- b. să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;
- c. să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul alocat asistenței medicale primare și decontate de casele de asigurări de sănătate;

- d. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt cuprinse în pachetul de servicii de bază.

## OBLIGAȚIILE CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, Casele de Asigurări de Sănătate au următoarele obligații:

- a. Să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară autorizați și acreditați;
- b. Să controleze activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, conform clauzelor din contractele încheiate cu aceștia;
- c. Să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară;
- d. Să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale;
- e. Să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor contractate și prestate pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind activitatea realizată;
- f. Să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- g. Să utilizeze un sistem informatic unitar și confidențial, corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată fiecărui asigurat;
- h. Să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care și-au pierdut calitatea de asigurat;
- i. Să informeze permanent furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare și să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale;
- j. Să furnizeze la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare ale

persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarație nominală obligatorie;

- k. Să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se afla în relație contractuală;
- l. Să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale.

### ÎNCETAREA CONTRACTULUI

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a. Cabinetul medical se mută din teritoriul de funcționare;
- b. A survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
- c. Medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d. Încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art. 15 din ordonanța Guvernului nr.124/1998, republicată cu completările ulterioare;
- e. Încetarea definitivă a activității Casei de Asigurări de Sănătate;
- f. Acordul de voință al părților;
- g. Denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentatul legal al cabinetului medical sau al Casei de Asigurări de Sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

6

## RELAȚIILE MEDICULUI DE FAMILIE CU CEILALȚI SPECIALIȘTI

Relația medicului de familie cu ceilalți specialiști se supune regulilor impuse prin codul deontologic al profesiei medicale, capitolul V.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a reglementat printr-un ordin al Președintelui CNAS, regulile de decontare a consultațiilor acordate de către medicii specialiști, pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie.

Biletul de trimitere de la medicul de familie către medicul specialist trebuie să conțină datele generale ale pacientului, diagnosticul de suspiciune, diagnostice cunoscute și tratamentul acestora. Dacă pacientul a efectuat și alte investigații paraclinice ce pot ajuta la diagnosticul și tratamentul actual, vor fi trecute.

După consultația medicului specialist, acesta va completa către medicul de familie o scrisoare medicală, care va conține datele generale ale pacientului, locul și data consultației, investigațiile și rezultatele acestora, diagnosticul și tratamentul recomandat.

### SECȚIUNEA A – CONFRATERNITATEA

*Art. 86* – Medicul va trebui să-și trateze confrății așa cum și-ar dori el însuși să fie tratat de ei. În baza spiritului de corp, medicii își datorează

asistență morală. Dacă un medic are neînțelegeri cu un confrate, mai întâi trebuie să prevaleze concilierea, la nevoie prin președintele Consiliului Teritorial al Colegiului. Calomnierea unui confrate sau răspândirea de comentarii ce ar putea să-i prejudicieze reputația profesională sunt condamnabile. Este de dorit ca medicii să își apere un confrate atacat pe nedrept.

*Art. 87* – Este reprobabilă racolarea clientelei unui confrate, precum și tentativa în acest sens.

*Art. 88* – În propriul său cabinet, medicul poate primi orice bolnav. Dacă bolnavul primit are un alt medic curant, cu acordul bolnavului, se va încerca intrarea în contact cu medicul curant, în vederea unui schimb de informații, în interesul bolnavului.

*Art. 89* – Un medic poate fi înlocuit de un confrate înscris în registrul colegiului, cu informarea prealabilă a CTC asupra perioadei de înlocuire și a identității înlocuitorului. Înlocuitorul se va retrage automat odată cu expirarea datei terminus de înlocuire.

*Art. 90* – Este nedorită scăderea onorariului, în scopul concurenței neloiale. Se poate recurge însă la îngrijiri gratuite.

## SECȚIUNEA B – CONSULTUL MEDICAL

*Art. 91* – Ori de câte ori medicul consideră necesar să ceară părerea unui coleg pentru elucidarea diagnosticului, formularea planului terapeutic sau indicația unei intervenții, va propune, de acord cu bolnavul sau aparținătorii lui și ținând cont de preferințele acestuia, un consult cu alți confrăți.

*Art. 92* – Consultul este organizat de medicul curant și este recomandabil să decurgă în felul următor: medicii chemați în consult examinează bolnavul în prezența celorlalți medici. Apoi medicii se retrag pentru a discuta cazul. După ce au căzut de acord, cel mai în vârstă sau medicul curant comunică bolnavului sau aparținătorilor rezultatul consultului. Dacă există divergențe de păreri, se va proceda, după caz, la completarea examinărilor, internarea în spital, lărgirea consultului prin invitarea altor specialiști.

*Art. 93* – În consultul medical se va păstra o atmosferă de stimă și respect reciproc, nu se va manifesta superioritate

față de medicul curant. Discutarea greșelilor, observațiile critice nu se vor face în fața bolnavului sau altor persoane străine, chiar dacă este vorba de subordonați. Greșelile mai grave vor fi anunțate, după caz, superiorilor.

*Art. 94* – În general, este de dorit ca medicul să-și ajute colegii și subordonații cu sfaturi, explicații, observații, împărtășirea cunoștințelor și a experienței proprii, cu condiția să nu-i jignească.

*Art. 95* – Constituie o încălcare a regulilor etice, blamarea și defăimarea colegilor (critica pregătirii sau activității lor medicale) în fața bolnavilor, aparținătorilor, a personalului sanitar, cât și orice expresie sau act capabil să zdruncine încrederea în medicul curant și autoritatea acestuia.

*Art. 96* – Un medic chemat în consult nu trebuie să revadă bolnavul din proprie inițiativă fără aprobarea medicului curant.

*Art. 97* – Un medic care a acceptat să fie consultat, nu poate prelungi îngrijirile, cu excepția unei cereri exprese a bolnavului.

*Art. 98* – În cazul colaborării mai multor medici pentru examinarea sau tratamentul aceluiași bolnav, fiecare practician își asumă responsabilitatea personală.

*Art. 99* – Dacă în urma unui consult, avizul celor chemați diferă de cel al medicului curant, bolnavul trebuie informat. Medicul curant este liber să se retragă, dacă părerea medicilor chemați prevalează în vederile bolnavului sau ale anturajului acestuia.

*Art. 100* – Medicul solicitat de bolnavul altui coleg, trebuie să respecte următoarele reguli:

- în cazul în care bolnavul renunță la serviciile primului său medic, poate să îl asiste din toate punctele de vedere;
- dacă bolnavul a dorit un simplu sfat, fără să dorească schimbarea medicului său curant, i se va propune un consult în comun; dacă bolnavul refuză, i se poate comunica sfatul solicitat, iar în caz de urgență și îngrijirile necesare; cu acordul bolnavului, medicul curant va fi informat,
- dacă medicul curant este absent din localitate, medicul solicitat poate acorda îngrijirile necesare, urmând



dea medicului curant toate informațiile de rigoare, în acord cu bolnavul, îngrijirile trebuind să înceteze odată cu întoarcerea medicului curant.

*Art. 101* – Medicul curant trebuie să propună un consult de îndată ce situația o impune și trebuie să accepte acest lucru, dacă propunerea vine din partea bolnavului sau a anturajului acestuia, având obligația organizării modalității de consult. În cazul în care medicul curant nu este de acord, se poate retrage fără explicații. În urma consultului se va redacta un document semnat de participanți. Dacă documentul nu este redactat, se consideră că participanții la consult susțin punctul de vedere al medicului curant.

7

## SERVICIILE PROFILACTICE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

### SCOPURILE ACTIVITĂȚII PREVENTIVE

1. de a promova și ocroti sănătatea
2. de a preveni apariția îmbolnăvirilor
3. de a depista cât mai precoce bolile apărute
4. de a reduce consecințele bolilor asupra calității vieții individului
5. de a evita decesele premature.

#### Nivelurile de profilaxie

1. Profilaxia primordială – prevenirea apariției riscului de îmbolnăvire.
2. Profilaxia primară – prevenirea apariției bolii prin:
  - creșterea rezistenței specifice și nespecifice a organismului
  - combaterea factorilor de risc și a celor patogeni
  - combaterea vectorilor.
3. Profilaxia secundară – depistarea precoce a bolilor, astfel încât boala să poată fi oprită în evoluție sau cel puțin încetinită prin:
  - *mijloace clinice* – antecedente heredo-cola-terale, factori de risc, semne de boală ignorate, greutate, tensiune arterială, examenul sânilor, examenul tiroidei, examenul pielii, examenul ochilor.

- mijloace paraclinice
- metoda controlului periodic – examenul de bilanț, examenul copilului la intrarea în colectivitate, examenul prenuptial, examenul la angajare, examenul la recrutare, controlul medical al contactilor.
- metoda screening-ului – diferențierea într-o populație a persoanelor aparent sănătoase care sunt bolnave de cele care nu sunt bolnave.

Eficacitatea testului screening este determinată de:

- gravitatea și prevalența bolii
- boala are o perioadă de latență mare
- istoria naturală a bolii este cunoscută
- există mijloace de diagnostic și tratament pentru bolnavii decelați
- testul este acceptabil pentru populație
- să fie un test ieftin
- să fie sensibil și specific.

4. Profilaxia terțiară – prevenirea evolutivității bolii sau a instalării complicațiilor, având ca scop evitarea handicapului, recuperarea medicală, reinsertia socială, creșterea calității vieții.

În medicina de familie serviciile profilactice care pot fi aplicate sunt:

- urmărirea dezvoltării copiilor
- dispensarizarea gravidei și lăuzei
- efectuarea examenelor de bilanț anual
- depistarea bolilor cu transmitere sexuală și a TBC, precum și investigarea contactilor
- efectuarea investigațiilor obligatorii pentru eliberarea diferitelor certificate.

5. Prevenția specifică – administrarea unor factori capabili să prevină apariția unor boli, vaccinările, administrarea de vitamina D, de fier, de iod etc.

1. Conținutul activității de prevenție primară (prenatal, perinatal și postnatal)

### Prenatal

#### Boli genetice

- Sfatul genetic premarital

#### Profilaxia anomaliilor de tub neural

- Administrare de acid folic

#### Izoimunizarea Rh

- Grup sanguin/Rh ale părinților
- Anticorpi anti-Rh

#### Infecții intrauterine

- Sifilis, ITU, TORCH etc.

#### Boli cronice ale mamei

- HTA, DZ, boli organice grave

#### Boli endocrine

- Hipo/hipertiroidism

#### Medicamente și noxe cu efect teratogen

- Selectarea medicamentelor contraindicate în sarcină
- Depistarea unor noxe profesionale

#### Descurajarea consumului de alcool, tutun, droguri

#### Stil de viață sanogen

- Regim alimentar
- Regim de efort fizic
- Activitate sexuală

#### Prevenirea anemiei și rahitismului

- Profilaxia cu fier și vitamina D în ultimul trimestru de sarcină

### Perinatal

#### Prevenirea nașterilor distocice

- Selectarea gravidelor cu risc de naștere prematură/distocică

#### Asistența calificată a nașterilor

- Naștere în unități specializate asistate de personal calificat (doctor/moașă)

#### Supravegherea nou-născutului în maternitate

- Examinarea și supravegherea calificată a tuturor nou-născuților

#### Preluarea nou-născuților de către MF la domiciliu

- Preluarea la timp, în 24 de ore, a nou-născuților de către asistenta de ocrotire sau MF
- Promovarea alimentației la sân

### Postnatal

#### Alimentație

- Alimentație la sân în primele 6-12 luni
- Diversificare corectă a alimentației

*Profilaxia anemiei*

- Cu preparate de fier per os de la 2 luni pentru prematuri și de la 6 luni pentru nou-născutul la termen

*Profilaxia rahitismului*

- Cu preparate orale, după 14 zile

*Vaccinare*

- Conform schemei MS

*Examene de bilanț*

- În perioada de sugar la 1 lună, 2 luni, 4 luni, 6 luni, 9 luni, 12 luni.

**2. Prevenție secundară***Screening antenatal*

- Sindrom Down
- Anomalii de tub neural
- Maladii congenitale de cord
- Morfologie/antropometrie ecografică prenatală
- Alte anomalii genetice

*Screening postnatal*

- Fenilcetonurie
- Hipotiroidism congenital
- Displazie luxantă de șold
- Maladie congenitală de cord
- Retinopatia prematurului
- Hipoacuzie/surditate

*Screening la alte vârste*

- Măsurarea periodică a tensiunii arteriale
- Determinarea nivelului colesterolului
- Determinarea nivelului glicemiei
- Screening periodic pentru testarea vederii și auzului
- Depistarea osteoporozei la femei peste 45 de ani
- Screening pentru neoplazii:
  - Test Babeș-Papanicolau pentru cancerul genital
  - Autoexaminare, ecografie a sânilor, mamografie pentru cancerul sânilor
  - Test hemocult pentru cancerul colorectal
  - Ecografie, markeri tumorali pentru cancerul de prostată

**3. Prevenție terțiară**

- Tratamentul corect al bolii, în funcție de stadiul clinic
- Controlul periodic pentru depistarea timpurie a complicațiilor
- Susținerea psihologică, familială și socială a bolnavului.

## IDENTIFICAREA ȘI COMBATEREA FACTORILOR DE RISC

Definiția clasică a OMS atestă că sănătatea reprezintă „o completă bunăstare fizică, mintală și socială” care nu constă numai în absența bolii sau infirmității.

În această concepție tridimensională sănătatea este considerată ca o calitate a vieții care presupune o interacțiune dinamică și interdependența între condiția fizică a individului, manifestările sale mintale și ambianța socială în care trăiește.

Sfera mai largă a acestei noțiuni cuprinde și capacitatea dinamică de adaptare a organismului la condițiile mediului ambiant în continuă transformare.

Interacțiunile complexe ale mediului fizic, biologic și social cu reacțiile fiziologice și psihologice ale omului determină puternice repercusiuni asupra sănătății individului și a colectivității.

Sănătatea și dezvoltarea armonioasă a organismului, pe de o parte, și boala, pe de altă parte, depind de factori endogeni (biologici) și exogeni, de mediu (mezologici) care la rândul lor se împart în factori naturali și factori sociali.

Agentul sau cauza primară a bolii este un factor fără de care boala nu poate să apară. Pe lângă această cauză primară există numeroase cauze sau factori de asociere care contribuie la

Identificarea și combaterea factorilor de risc

aparitia bolii. Ei țin fie de agent, fie de „gazdă”. În concept actuală au determinism plurifactorial. Epidemiologia modernă a bolilor netransmisibile a impus un nou concept anume acela al **factorilor de risc**.

În concepția actuală bolile au un determinism „plurifactorial” adică, pe lângă agentul cauzal (cauza primară) intervin adesea numeroși factori adjuvanți, care au uneori chiar un rol hotărâtor în declanșarea bolii.

Factorii de risc acționează constant asupra unui individ sau a unei colectivități sau asupra mediului ambiant acestora. Individul poate fi afectat de o infecție latentă, factori de stres, determinanți genetici, condiții de viață de activitate etc.

**Factorii de risc umani** care pot influența apariția bolii sunt mai ales biologici, iar unii derivă din modul de viață fiind acumulați în cursul vieții.

**Factorii biologici individuali** care influențează în mod direct apariția bolilor sunt: vârsta, sexul, caracteristicile genetice, starea generală a organismului (starea fiziologică și stresuri).

**Factorii de risc comportamentali** ca: regimul alimentar, igiena corporală, igiena locuinței, regimul de activitate și odihnă, abuzul de tutun, alcool sau medicamente reprezintă alți factori de risc strâns legați de mediul înconjurător.

Alți factori de risc sunt reprezentați de utilizarea serviciilor medicale, imunizările, nivelul de cultură sanitară, temperament.

Toți acești factori de risc acționează asupra organismului în mod complex, corelat, aflându-se în strânse interacțiuni.

În studiul cauzelor bolilor, contribuția factorilor cauzali sau de risc este greu de evaluat din următoarele motive: multiplicitatea lor, concomitența și interrelațiile în acțiunile lor, acțiunea indirectă și de durată, cu efecte îndepărtate. Acțiunea lor variază ca timp și intensitate.

Aici intervine rolul medicului de familie, care cunoaște pacientul în integralitate și toate mediile lui de viață și activitate. Cunoscând, de asemenea, factorii de risc care declanșează în timp anumite boli, poate informa corect pacientul.

despre riscul la care este supus sau la care se expune în anumite condiții la un moment dat.

Îndepărtând factorii de risc, medicul de familie joacă un rol important atât în prevenirea primară a unor boli, cât și în prevenția secundară.

Factorul de risc incriminat într-o anumită boală nu este capabil să ducă singur la îmbolnavire, după cum nu întotdeauna este un participant obligatoriu la declanșarea bolii.

De exemplu este cunoscut faptul că fumatul reprezintă un factor de risc pentru cancerul bronho-pulmonar, deoarece frecvența acestei boli pentru fumători este semnificativ mai mare decât pentru nefumători. Totuși există mari fumători care nu devin canceroși, așa cum există canceroși care nu au fost fumători. Metodele epidemiologice, în majoritatea lor, se folosesc cu bune rezultate la studiul riscurilor ce pot determina o boală.

Noțiunea de risc crescut de îmbolnăvire implică: identificarea, depistarea sistematică, înregistrarea grupurilor profesionale și ocupaționale expuse riscului, controlul ulterior, supravegherea.

Factorii de risc, adică factorii care măresc susceptibilitatea organismului la îmbolnăvire sunt factori heterogeni:

- unele obiceiuri: fumatul, lipsa de activitate fizică, modul de alimentație neadecvată;
- modificarea unor parametri biologici: creșterea TA, a glicemiei, a colesterolului, a trigliceridelor;
- anumite caracteristici ale personalității individului sub aspect comportamental;
- influențe ale mediului ambiant (tensiuni psihosociale, microelemente din apă și alimente, poluarea mediului cu substanțe chimice etc.).

Natura factorilor de risc diferă după boală, deși unii dintre ei sunt comuni mai multor boli.

Statistica epidemiologică a elaborat metode de apreciere cantitativă cu un grad ridicat de probabilitate, a valorii predictive a factorilor de risc.

Influența combinată a mai multor factori de risc este superioară unuia singur dintre ei, efectul nefiind de tip aditiv, ci de tip exponențial.

După Tibblin prezența a trei factori de risc major ai aterosclerozei (hipercolesterolemia, hipertensiunea, fumatul) crește riscul de apariție prematură a bolii de 4-10 ori, în comparație cu oricare dintre factorii citați luați separat.

Există unele combinații de factori care au o valoare predictivă crescută, de exemplu: HTA + hipercolesterolemia prezintă un risc mai mare decât asociația HTA + fumatul.

Screening-urile unuia sau mai mulți factori pot furniza date importante cu privire la natura, semnificația etiopatogenică a asociației dintre unele tulburări, factorii individuali și susceptibilitatea subiecților examinați pentru o anumită boală în colectivitățile cu incidență și prevalență crescută a acestor boli.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC CARDIOVASCULARI

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari este obligatorie la toți bolnavii hipertensivi. Factorii care prin prezența lor contribuie la creșterea riscului cardiovascular al bolnavului hipertensiv sunt prezentați în tabelul următor:

<b>Factori de risc majori</b>
- Fumatul
- Dislipidemia
- Diabetul zaharat
- Vârsta peste 60 ani
- Obezitate centrală
- Sex (femei postmenopauză sau bărbați)
- Istoric familial de boli cardiovasculare la femei sub 55 ani și la bărbați sub 55 ani
<b>Afectarea organelor țintă/boală cardiovasculară manifestări clinice</b>
- Afectare cardiacă
- HVS
- Angina pectorală sau antecedente de IM
- Revascularizație anterioară
- Insuficiența cardiacă
- AVC sau AIT
- Boala vasculară periferică
- Retinopatie

Evaluarea clinică-paraclinică permite astfel stratificarea bolnavilor hipertensivi în ceea ce privește riscul de a dezvolta evenimente cardio-vasculare. Acest risc este determinat nu numai de nivelul TA, dar și de gradul de afectare a organelor țintă precum și de cumulul altor factori de risc pentru boli cardiovasculare.

La antipolul factorilor de risc predispozanți se situează condițiile care scad riscul de îmbolnăvire. Asemenea situații se întâlnesc în unele zone de pe glob, cu condiții sociale de mediu în care cardiopatia ischemică și HTA au o prevalență extrem de scăzută, iar longevitatea umană este foarte ridicată.

De asemenea, s-a constatat raritatea cazurilor de obstrucție coronariană la bolnavii cu anemii severe pernicioase.

Aprofundarea studiilor privind acești factori de risc negativ ar putea aduce noi cunoștințe asupra mecanismului intern al populației împotriva aterosclerozei sau a altor boli.

În cadrul activităților sale curente medicul de familie poate descoperi foarte mulți factori de risc. Cu ajutorul anamnezei și al examenului obiectiv și al mediului de viață al pacienților, medicul de familie poate face o primă apreciere a factorilor de risc, putând întocmi chiar o riscogramă a individului respectiv. Unii factori de risc sunt influențabili, iar alții sunt neinfluențabili.

Așa spre exemplu, nu vor putea fi influențate sexul, vârsta sau antecedentele heterocolaterale ale unui individ. Dacă părinții unui individ au murit de IM, aceste antecedente vor rămâne un factor de risc neinfluențabil.

Dar vom putea influența alți factori de risc cum ar fi: fumatul, consumul exagerat de alcool sau de lipide animale. De aceea prevenția primară va trebui să acorde o importanță deosebită factorului de risc și mai ales celor care pot fi evitați.

Deoarece unele boli cum ar fi: DZ și HTA pot fi factori de risc pentru alte boli, cum ar fi BCI, de multe ori prevenția primară se intrică foarte mult cu prevenția secundară și terțiară.

### Posibilitățile de măsurare a riscului

RISCU	OBSERVAȚII
Riscul absolut	Este identic cu rata apariției bolii, adică cu raportul dintre numărul de cazuri noi într-un timp $t$ și numărul de persoane supuse riscului în intervalul $t$ ( $R_a$ )
Riscul relativ	Este egal cu $R_r = \text{rata incidenței la cei expuși} / \text{rata incidenței la neexpuși}$
Riscul atribuibil	Este egal cu $R_a = \text{rata incidenței la expuși} / \text{rata incidenței la neexpuși}$

### Mecanismul de acțiune al diferiților factori de risc în etiopatogenia aterosclerozei

FACTORUL	MECANISMUL DE ACȚIUNE
Fumatul	Mobilizarea lipidelor Creșterea acizilor grași liberi Scăderea HDL Creșterea secreției de catecolamine
Alcoolul	Scăderea HDL Creșterea secreției de catecolamine Perturbarea coagulării
Sedentarismul	Scăderea HDL Obezitate Diabet zaharat
Obezitatea	Scăderea HDL Diabet zaharat Perturbarea coagulării
HTA	Stres hemodinamic Leziuni endoteliale Proliferarea celulelor musculare netede
Anticoncepționale	Scăderea HDL Trombogeneza HTA
Stresul	Creșterea secreției catecolamine Mobilizează lipidele Favorizează HTA

### Obiectivele managementului factorilor de risc în bolile cardiovasculare

Progrese semnificative s-au realizat în cunoașterea dezvoltării riscului cardiovascular pe parcursul ultimilor 3 decenii. Diminuarea recentă a mortalității cardiovasculare se

datorează metodelor îmbunătățite de screening și tratării adecvate, precum și unei crescute conștientizări publice privind importanța unui stil de viață cât mai sănătos.

Numeroase studii prospective indică faptul că hipertensiunea arterială esențială are un debut în copilărie, de aceea tensiunea arterială trebuie măsurată corect în cadrul examenului medical pediatric de rutină la categoria de copii peste 3 ani.

#### Consilierea – prima etapă în prevenția bolilor cardiovasculare

Aplicarea unei prevenții corecte a factorilor de risc cardiovasculari prezenți precoce, încă din copilărie, va diminua cu eficacitate apariția bolilor și a complicațiilor. Medicul de familie are obligația să consilieze familiile la risc privind necesitatea adaptării unui stil de viață cât mai sănătos. Schema de sănătate cardiovasculară pentru copii lansată de American Heart Association poate reprezenta un ghid util pentru introducerea recomandărilor privind modificarea factorilor de risc în cadrul vizitelor medicale de rutină periodice ale copilului. Când medicul de familie va identifica un copil cu risc de boală cardiovasculară, o ședință de consiliere cu întreaga familie poate fi cea mai eficace cale de inițiere a intervenției de reducere atât a factorilor de risc familiali, cât și ai copilului. Toți membrii familiei ar trebui să participe la această ședință de 30-60 minute. Înainte de ședința de consiliere, părinții pot completa un chestionar de istoric familial centrat pe factorii de risc cardiovascular.

*Riscul de boală cardiovasculară pentru familia ta – chestionar adaptat după Washington RL Intervention to reduce cardiovascular risk in children and adolescents*

Nume..... data nașterii..... greutatea la naștere..... sex..... lungime la naștere..... rasa.....

Ocupația tatălui.....vârsta tatălui..... ocupația mamei..... vârsta mamei.....

Izolarea socială..... stres..... emoții negative.....

Următoarele întrebări pot ajuta la o evaluare mai bună a riscului de boală cardiovasculară a copilului ca adult:

1. Copilul are un părinte cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?
2. Copilul are ambii părinți cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?
3. Copilul are bunici cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?

Dacă s-a răspuns cu da la oricare dintre întrebările de mai sus, trebuie continuată chestionarea cu următoarele întrebări:

4. Oricare dintre situațiile de mai sus a survenit înainte de 55 ani?
5. Dacă da, care dintre membrii familiei a suferit infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială înainte de 55 ani?
6. Au existat morți inexplicabile sau subite în familie?
7. Are cineva apropiat din familie diabet?
8. Dacă da, ce fel de diabet?
9. Părinții fumează?
10. Dacă da, de când fumează și câte țigări pe zi?
11. Se consumă alcool în familie?
12. Obiceiuri alimentare?
13. Alimente preferate?
14. Cantitatea de sare consumată?
15. Care sunt valorile colesterolului părinților?
16. Când s-au măsurat prima și ultima dată valorile colesterolului părinților?
17. Care sunt valorile HDL colesterolului, LDL colesterolului, trigliceridelor, CRP?
18. Care este ultima valoare a glicemiei părinților?
19. Părinții consumă medicamente?
20. Dacă da, ce medicamente? Care părinte?
21. Părinții fac efort fizic periodic (cel puțin de 3 ori pe săptămână, minim 30-40 de minute)?  
Ce fel de exerciții?

22. V-ați măsurat pulsul în timpul efortului?
23. Care sunt înălțimea și greutatea actuale ale tatălui?
24. Care sunt înălțimea și greutatea actuale ale mamei?
25. Care sunt circumferințele abdominale ale părinților?
26. Copilul are frați sau surori?
27. Ce înălțime și greutate are copilul?
28. Copilul face sport sau are activitate fizică de cel puțin 3 ori pe săptămână timp de 30-40 de minute? Ce fel de activitate fizică și care este pulsul în timpul acesteia?
29. Copilul fumează? De cât timp și câte țigări pe zi?
30. Copilul consumă alcool?
31. Copilul este consumator de droguri? De cât timp și ce anume?
32. Copilul ia medicamente? Ce anume?
33. Este diagnosticat cu o boală majoră? Ce boală?
34. Are tensiunea arterială măsurată?
35. Are colesterolemia măsurată? Când au fost făcute aceste măsurători?

Există mai multe metode de calculare a riscului global și relativ al unei persoane. Factorii ce influențează tensiunea arterială sunt: vârsta, înălțimea, ereditatea, factorii genetici, viața fetală, rasa. Pe măsură ce subiectul înaintază în vârstă, crește riscul dezvoltării hipertensiunii arteriale.

Există și factori de risc care pot fi controlați: obezitatea, dieta, sedentarismul, stresul, folosirea medicamentelor, fumatul, consumul de alcool.

*Sexul* – în perioada adolescenței, băieții au valori tensiionale mai mari decât fetele, pe măsura înaintării în vârstă această diferență dispărând.

*Obezitatea* – este o afecțiune multifactorială complexă ce se dezvoltă din interacțiunea factorilor comportamentali, de mediu și genetici ce pot influența răspunsul individual la dietă și activitatea fizică. Evitarea creșterii ponderale sau reducerea excesului ponderal existent au un rol foarte important. Scăderea în greutate este ferm recomandată persoanelor obeze (BMI > 30) sau supraponderale (BMI 25-30), precum și celor cu adipozitate abdominală excesivă.

Modificările active ale stilului de viață la persoanele cu risc crescut depind de:

- pacientul înțelege relația dintre stilul de viață și boală
  - își dă acordul pentru schimbarea stilului de viață
  - pacientul se implică în identificarea factorilor de risc și modificarea acestora
  - realizarea unui plan de modificare a stilului de viață
  - monitorizarea progreselor acestor modificări.
- a. Alimentația
    - ajustarea raportului caloric pentru menținerea greutății corporale ideale (se recomandă consumul de fructe, legume, cereale, pâine integrală, produse cu conținut scăzut în grăsimi, pește, carne slabă)
    - managementul lipidelor – colesterolul plasmatic = 190 mg/dl, LDL colesterol = 115 mg/dl, trigliceride < 150 mg/dl.
    - O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor cu diabet zaharat, pentru prevenirea complicațiilor microvasculare.
  - b. Renunțarea la fumat și alcool
- Creșterea gradului de activitate fizică.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENIREA BOLILOR RESPIRATORII

Majoritatea cauzelor bolilor respiratorii cronice sunt cunoscute, iar studiul factorilor de risc și al calității vieții constituie un element important al anamnezei clinice.

Au fost identificați factori de risc neinfluențabili, cum ar fi: vârsta, sexul, susceptibilitatea genetică, precum și factori de risc influențabili, asupra cărora poate acționa activitatea de prevenție. Cei mai importanți dintre aceștia din urmă sunt: fumatul, expunerea la poluanți interni și externi, alergene de exterior și interior, expunerea ocupațională. Pot fi implicați în măsură mai mică și alți factori de risc ai altor boli cronice, cum ar fi: dieta, obezitatea și activitatea fizică redusă.

Cauze ale bolilor cronice respiratorii (Risk factors for chronic respiratory diseases – document OMS actualizat):



Determinanți socio-economici, culturali, politici și de mediu	Factori de risc influențabili
globalizarea	dieta nesănătoasă
urbanizarea	Sedentarismul
îmbătrânirea populației	Fumatul
occidentalizarea	poluarea – internă, externă
	alergene
	factori ocupaționali
	<b>Factori de risc neinfluențabili</b>
	Vârsta
	Ereditatea

Stări patologice intermediare	Principalele boli cronice
creșterea tensiunii arteriale	boli cardiace
creșterea glicemiei	accidente vasculare cerebrale
dislipidemii	Cancere
obezitate	boli respiratorii cronice
tulburari respiratorii	Diabet
sensibilizare alergică	boli alergice

Fumatul este de departe cel mai important factor de risc în bolile respiratorii cronice, în toate țările, indiferent de nivelul lor de dezvoltare, iar combaterea acestuia reprezintă un obiectiv major al tuturor sistemelor de sănătate.

În conformitate cu rapoartele OMS, principalele cauze de deces datorat fumatului în lume sunt: bolile cardiovasculare (1,7 mil decese anual), boala pulmonară cronică obstructivă (1 mil. decese anual) și cancerul pulmonar (0,85 mil decese anual).

La copii fumatul pasiv crește riscul de moarte subită a nou-născutului, de boală a căilor aeriene mici, și prevalența wheezing-ului și a tusei, ca și riscul de exacerbare a astmului bronșic.

La adult, fumatul activ ca și cel pasiv se asociază cu risc crescut de boli respiratorii cronice (BPOC, astm bronșic, infecții pulmonare), cancer pulmonar și non-pulmonar.

Poluarea de interior (indoor pollution) constă în expunerea la substanțe ca: fumul de țigară, alergenele din praful de casă, formaldehide, compuși organici volatili, monoxidul de carbon. Sursa acestora o reprezintă mediul de locuit sau de muncă, în special sistemele de încălzit și ventilație și este influențată de nivelul socio-economic.

S-a constatat că femeile și copiii sub 5 ani reprezintă populația cea mai susceptibilă în special în țările sărace.

Poluarea atmosferică (outdoor pollution) este reprezentată de o multitudine de substanțe care au ca sursă în mod special industria și transporturile, fiind mai accentuată în mediul urban. Substanțele cele mai cunoscute sunt: monoxidul de carbon, monoxidul de azot, dioxidul de sulf, vapori, gaze.

Poluarea poate afecta în mod complex sistemul respirator, cauzând sau exacerbând boli respiratorii, cum sunt astmul bronșic și rinita alergică, boala pulmonară cronică obstructivă (BPOC) și agravând infecțiile respiratorii.

Consecințele expunerii crescute la factorii poluanți de interior și/sau de exterior sunt: creșterea incidenței și severității bolilor respiratorii, precum și creșterea morbidității și a mortalității generale.

Prevalența bolilor obstructive pulmonare, în special a astmului bronșic și a bronhopneumopatiei obstructive cronice (BPOC), a înregistrat o creștere constantă în ultimele decenii.

Există factori de risc care favorizează dezvoltarea astmului, la indivizii predispuși genetic, declanșând simptomatologia sau favorizând persistența acesteia și agravarea bolii. Principalii factori de risc influențabili pentru apariția astmului la copil sunt: fumatul matern, alimentația artificială, expunerea alergică precoce, infecțiile virale, factori socio-economici. Cei mai cunoscuți factori de risc la adult sunt: expunerea alergică, fumatul, factori ocupaționali, sedentarismul, poluarea de interior și exterior, infecțiile respiratorii, obezitatea, stilul de viață occidental.

Cea mai mare parte dintre pacienții cu BPOC (peste 80%) au ca factor de risc fumatul, riscul fiind direct proporțional cu durata, cantitatea (numărul de pachete/an) și debutul fumatului. Alți factori de risc pentru BPOC sunt: factori individuali (susceptibilitatea genetică, deficitul de alfa1-antitripsina), infecțiile respiratorii, poluanți de interior și exterior și factori profesionali.

Alți factori de risc din mediul de viață sau profesional pot induce boli respiratorii acute (prin expunere masivă la

factori iritanți respirator) sau cronice, cum sunt bolile interstițiale pulmonare și pneumonitele de hipersensibilizare (de exemplu plămânul fermierului, boala crescătorului de păsări, boala cultivatorilor de ciuperci, sfecla, bumbacul).

Pentru reducerea efectelor factorilor de risc ai bolilor respiratorii, aceștia trebuie recunoscuți, cuantificați și monitorizați.

În conformitate cu raportul OMS din 2000, cele mai frecvente boli respiratorii (tuberculoza, BPOC, infecțiile și cancerul) sunt responsabile de 17,4% din totalul deceselor.

Strategia OMS pentru prevenirea și controlul bolilor respiratorii cronice (WHO Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases) recomandă implementarea unor programe naționale de identificare și control al principalilor factori de risc. Acestea se referă în special la combaterea fumatului, măsuri de control ale poluării de interior și exterior, reducerea incidenței infecțiilor respiratorii și controlul expunerii la factori de risc ocupaționali.

### EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENȚIA CANCERULUI BRONHOPULMONAR

Cancerul bronhopulmonar reprezintă cea mai severă formă actuală de cancer, fiind pe locul I în România ca incidență și mortalitate. Conform datelor furnizate de Institutul Oncologic București, peste 70% dintre pacienți sunt diagnosticați tardiv, iar 90% supraviețuiesc mai puțin de un an de la diagnostic.

Fumatul reprezintă factorul de risc major pentru apariția cancerului bronhopulmonar. Alți factori de risc implicați sunt: expunerea la substanțe carcinogene din mediu și dietă (hidrocarburi aromatice policiclice, aluminiu, radiații ionizante, arsenic, beriliu, nichel, cadmiu sau crom), expunerea ocupațională, antecedentele familiale, susceptibilitatea genetică, excesul ponderal și sedentarismul.

Riscul de a dezvolta cancer pulmonar crește cu vârsta, incidența maximă este între 40 și 75 ani, fiind mai mare în țările industrializate.

Aproape 90% dintre cancerurile pulmonare se dezvoltă la fumători. Tabagismul este considerat principala cauză a acestora, iar persoanele care opresc fumatul își reduc semnificativ riscul de a dezvolta această boală, precum și alte forme de cancer (de buze, laringe, esofag, vezică urinară, stomac sau pancreas, leucemie).

Se consideră că riscul de a dezvolta cancer bronhopulmonar crește la indivizii care au fumat peste 20 de țigări pe zi timp de 10 ani, în special dacă asociază și alți factori de risc.

Factorii de risc pentru apariția cancerului bronhopulmonar pot fi influențați prin acțiuni la nivel individual și populațional, prin politicile de sănătate publică naționale și internaționale. Reglementările Parlamentului European împotriva fumatului au ca scop combaterea fumatului activ și protejarea populației față de efectele fumatului pasiv. În România a fost introdusă Directiva 2001/37/CE privind aplicarea avertismentelor vizuale pe pachetele de țigări, începând cu 1 iulie 2008. De asemenea, a fost restricționat fumatul în spațiile publice și interzis în mijloacele de transport în comun. Au fost înființate centre de consiliere pentru renunțare la fumat, unde pe baza evaluării status-ului de fumător (prin chestionare), se aplică programe de terapie psiho-comportamentală și farmacologică.

Medicul de familie are un rol important în identificarea fumătorilor, îndrumarea lor către centrele de specialitate și ulterior în monitorizarea aplicării programelor și terapiilor antifumat.

Alte reglementări ale Parlamentului și Comisiei Europene se referă la interdicția folosirii excesive a substanțelor chimice în agricultură (insecticide, pesticide, îngrășăminte) și controlul expunerii la alte carcinogene alimentare sau din alte surse.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENIREA CANCERULUI DE COL UTERIN

În România apar anual aproximativ 2800 de noi cazuri, 1500-1600 decese și peste 15 000 de paciente înregistrate cu cancer de col uterin. Incidența cancerului de col situează România pe locul doi în Europa. În același timp România ocupă primul loc în Europa în ceea ce privește mortalitatea datorată cancerului de col.

Factorii favorizanți ai apariției cancerului de col uterin sunt:

- Existența partenerilor sexuali multipli
- Debutul vieții sexuale în adolescență
- Sarcini și nașteri multipli
- Infecția virală cu HPV (serotipuri oncogene 16,18, 31,45, 51,52,53 – cu frecvența mai mare 16 și 18)
- Factori hormonal-studiile sunt controversate, se consideră ca o activitate hormonală prelungită poate favoriza apariția cancerului de col uterin (menopauza apărută la vârstă înaintată).
- Vârsta de apariție – cancerul de col uterin poate apărea de la 20-29 de ani, cu un maximum în decada 45-54 de ani, după care se înregistrează o descreștere.
- Fumatul, independent de comportamentul sexual, poate fi o cauză de apariția a cancerului de col.
- Statut socioeconomic scăzut

Screeningul cu testul Papanicolau, efectuat anual tuturor femeilor active sexual sau având peste 18 ani, reduce mortalitatea cancerului de col uterin semnificativ. Dacă la 3 determinări anuale testarea citologică a fost negativă se recomandă efectuarea screeningului prin test Papanicolau o dată la 3 ani. Testul Papanicolau este eficace în proporție de 90-95% în detectarea leziunilor precoce. De asemenea, se recomandă vaccinarea anti HPV, începând cu 12-13 ani a tuturor fetițelor.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENIREA CANCERULUI MAMAR

Factorii de risc implicați în etiologia cancerului mamamar sunt:

Factori genetici:

- mutațiile liniei germinative a genei supresoare tumorale p53,
- BRCA-1 (situată la nivelul locusului q21 al cromozomului 17)
- BRCA-2 (situată pe cromozomului 17).

Factori endogeni

- vârsta primei sarcini duse la termen
- vârsta instalării menopauzei
- nuliparitatea sau prima sarcina după 30 de ani
- alăptatul considerat factor de protecție
- obezitatea, în special în postmenopauză
- tumorile benigne ale sânului (fibroadenom, adenomul juvenil)
- tulburările endocrine (hipo-, hipertiroidia, excesul estrogenic)

Factori de mediu

- iradierea înainte de 30 de ani
- dieta bogată în proteine animale, grăsimi și dulciuri
- traumatismele mamare, mici repetate
- alcoolul, stresul.

Recomandări pentru depistarea precoce a nodulilor:

- examinarea proprie a sânilor efectuată lunar, de către toate femeile peste 20 de ani
- examinarea clinică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 40 și o dată la 3 ani femeilor între 20 și 40 de ani.
- examinarea ecografică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 40 și o dată la 3 ani femeilor între 20 și 40 de ani, după ce o primă examinare ecografică nu a arătat leziuni suspecte oncogene
- examinarea mamografică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 50 și o dată la 1-2 ani femeilor între 40 și 49 de ani.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENIREA CANCERULUI COLORECTAL

Factorii de risc pentru apariția cancerului colorectal sunt:

- prezența polipilor adenomatoși la nivelul mucoasei intestinului gros (polipoza adenomatoasă familială) - bolile colonice inflamatorii
- existența în antecedente heredocolaterale a cancerului de colon (modificări ce privesc cromozomii 17, 18, 5)
- alimentație bogată în grăsimi animale, colesterol și acizi biliari
- alimentație săracă în fibre alimentare
- constipația
- iradierea

Profilaxia apariția cancerului colorectal constă în modificarea alimentației, în sensul creșterii fibrelor alimentare și al reducerii grasimilor din dietă. Se recomandă consumul crescut de fructe, legume, nuci, cereale, cu un conținut crescut de fenoli, flavone, fibre alimentare cu rol protector. Sunt în curs de desfășurare studii clinice de prevenire a cancerului colorectal prin preparate care conțin calciu și substanțe antiinflamatorii nesteroidiene.

Pentru depistarea precoce a cancerului colorectal se recomandă screeningul persoanelor care prezintă unul sau mai mulți factori de risc prezentați. Testele de screening cuprind testarea hemoragiilor oculute în scaun, colonoscopia sau rectosigmoidoscopia. Testarea anuală pentru descoperirea hemoragiilor oculute în scaun, folosind teste hidratate poate reduce mortalitatea prin cancer colorectal cu o treime. Screeningul anual prin colonoscopie se recomandă tuturor persoanelor peste 50 de ani cu risc foarte mare, membrii familiilor cu predispoziție genetică la cancer colorectal.

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PREVENIREA INFECTĂȚIEI CRONICE CU VIRUSUL HEPATIC B ȘI C

În România hepatitele cronice cu virus B și virus C reprezintă o problemă de sănătate publică. În România prevalența infecției cronice cu virus hepatic C este de 4,9%,

peste 1 milion de români ar putea să fie infectați cronic cu virusul hepatic C.

Gravitatea infecției cronice cu virusul hepatic B și C nu este dată doar de prevalența foarte mare a infecției, ci și faptului că persoanele care prezintă factori de risc pentru această boală nu o cunosc și nu sunt evaluați. Depistarea și diagnosticul precoce al acestor boli sunt necesare pentru tratamentul precoce și corect, în vederea evitării evoluției spre ciroză hepatică sau cancer hepatic.

Factorii de risc pentru infecția cronică cu virusul hepatic B și C

- transfuzii de sânge sau produse din sânge
- efectuarea unei intervenții chirurgicale înainte de 1992
- profesii care expun la producerea unor răni artificiale sau la contactul accidental cu sângele altor persoane
- efectuarea dializei renale
- utilizarea în comun a seringilor sau acelor de către utilizatorii de droguri
- practicarea de tatuaje sau piercing realizate în condiții de sterilizare neeficientă
- partener sexual infectat cu virusul hepatic B și C, contacte sexuale întâmplătoare neprotejate.

Vaccinarea împotriva virusului hepatic B este introdusă în schema națională de vaccinare încă de la naștere: se efectuează 3 doze de vaccin, la naștere, la 2 luni și la 6 luni, cu un rapel la 9 ani.

Prevenirea infecției cronice cu virusul hepatic B și C se poate face prin cunoașterea și respectarea următoarelor reguli:

- obiectele de igienă individuală (lame-aparate de bărbierit, periuță de dinți, instrumente folosite la manichiură) să fie individuale.
- evitarea folosirii în comun a acelor sau seringilor în cazul nedorit de utilizare a drogurilor
- folosirea doar a seringilor de unică folosință și a instrumentarului chirurgical sterilizat
- corect
- efectuarea tatuajelor sau piercing doar în condiții autorizate, care să garanteze utilizarea instrumentarului sterilizat corect

- evitarea contactelor sexuale întâmplătoare neprotejate
- personalul implicat în meserii cu risc trebuie să se protejeze cu mănuși, să evite rănirea sau înțeparea accidentală cu ace, seringi sau instrumentar chirurgical folosit și nesteril.

Dacă pacienții prezintă unul sau mai mulți factori de risc prezentați sau au valori anormale ale transaminazelor (ALT, AST), sau prezintă anomalii hepatice la ecografia abdominală se indică efectuarea testelor pentru depistarea infecției cu virus hepatic B sau C: AgHBs, AgHBe, Atc anti Hbe, Atc anti HCV. Dacă rezultatele testării sunt pozitive, atunci pacientul este trimis la medicul gastroenterolog internist sau infecționist pentru investigații suplimentare în vederea tratamentului.

## ÎNGRIJIRI PROFILACTICE ÎN COLECTIVITATE

Promovarea sănătății la nivel populațional se face prin:

1. identificarea bolilor cu risc înalt în populația respectivă
2. identificarea persoanelor cu risc înalt de îmbolnăvire
3. identificarea cauzelor de creștere a riscului de îmbolnăvire
4. combaterea factorilor patogeni și a factorilor de risc
5. aplicarea unor măsuri speciale: triajul epidemiologic, supravegherea activă a unei colectivități, depistarea focarelor epidemice, monitorizarea purtătorilor
6. activități de educație sanitară
7. colaborare cu organizații guvernamentale și non-guvernamentale în promovarea sănătății populației.

Strategiile preventive se împart în două mari grupe: strategia bazată pe demersul individual, în care acțiunile se adresează individului cu boala sa, și strategia populațională, care se bazează pe populație, în care interesează nu boala individului, ci incidența bolii în populație.

Strategia populațională poate fi imaginată sub două forme:

- a. strategia riscului înalt, bazată pe populația cu risc înalt (persoanele care au o probabilitate mai mare de a face boala) și
- b. strategia ecologică care încearcă să modifice cauzele care produc incidența bolii (încearcă scăderea incidenței prin scăderea nivelului mediu al factorilor de risc în populația respectivă).

Serviciile de prevenție pe care le poate oferi medicul de familie sunt:

1. Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț;
2. Supravegherea etapizată pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0-1 an pe probleme de puericultură, educația mamei, pentru susținerea alimentației naturale și a trecerii la alimentația artificială, urmărirea curbei ponderale, diversificarea alimentației, stabilirea programului de vaccinare și instruirea mamei în vederea respectării acestui program).
3. Supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății;
4. Control medical anual al copiilor de la 2 la 18 ani – examen de bilanț;
5. Controlul medical anual al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate.
6. Servicii de planificare familială.
7. Imunizări conform programului național de imunizări.
8. Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc cardiovascular, oncologic precum și consiliere antidrog.
9. Controale periodice pentru afecțiunile care necesită dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sănătății.
10. Bolnav TBC nou descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist.

Evaluarea stării de sănătate a populației se face prin intermediul următorilor indicatori:

1. demografici:
  - natalitatea – fenomenul demografic al născuților vii într-o populație (se exprimă la 1.000 de locuitori, pe un an);

- fertilitatea – numărul de copii născuți vii ce revin la 1.000 de femei de vârstă fertilă (15-49 ani);
  - reproducerea – se exprimă cel mai adesea prin indicele brut de reproducere care reprezintă numărul mediu de fete pe care le-ar naște o generație de femei care nu ar fi supusă riscului mortalității;
  - mortalitatea generală – frecvența deceselor la 1.000 de locuitori;
  - standardizată – reprezintă frecvența așteptată a deceselor într-o populație dată;
  - specifică – frecvența deceselor înregistrate într-o subpopulație (pe sexe, grupe de vârstă, pe cauze medicale de deces);
  - durata medie de viață sau speranța de viață la naștere – reprezintă numărul mediu de ani pe care îi are de trăit un nou-născut din cohorta ipotetic aleasă presupunând că la fiecare vârstă va avea probabilitatea de deces adoptată pentru calculul tabelului de mortalitate;
  - sporul natural al populației.
2. de morbiditate:
    - incidența – numărul cazurilor noi de boală apărute într-un an într-o populație dată, exprimată la 1.000;
    - prevalența – numărul cazurilor de boală într-un an într-o populație dată exprimată la 1.000;
    - indicele de spitalizare
    - incapacitatea temporară de muncă
  3. de dezvoltare.

## CATAGRAFIA VACCINĂRILOR

Vaccinurile sunt preparate biologice cu proprietăți antigenice, care declanșează apariția răspunsului imun la organismele supuse vaccinării.

Vaccinurile convenționale constau în:

- microorganisme vii atenuate
- microorganisme inactivate
- componente microbiene purificate, proteice ori polizaharidice conjugate proteice
- proteine recombinat.

Vaccinoprofilaxia se realizează fie în cadru organizat, cu ocazia campaniilor de vaccinare înscrise în programele obligatorii de imunizare din fiecare țară, fie cu ocazia declanșării anumitor focare infecto-contagioase ale căror boli beneficiază de un vaccin corespunzător.

Schema de imunizări în România, în 2005, cuprinde:

- *vaccinări obligatorii:* vaccinarea BCG, DTP, DT, antipolio, antihepatită B, antirujeolică-rubeolică-urliană
- *vaccinări obligatorii în situații epidemiologice speciale,* în teritorii cu risc mare de îmbolnăvire sau în caz de necesitate: vaccinare antitifooidică, antidizenterică, antimalaric, antirabic
- *vaccinări opționale:* vaccinare anti Haemophilus influenzae tip B (HiB), antivarieloasă, antihepatită A, antigripală, antimeningococică, antipneumococică.

*Vaccinări obligatorii*

- BCG – se administrează o primă doză la externarea din maternitate. Ulterior se poate administra încă o doză, în funcție de rezultatul testării IDR la PPD, în clasa a 8-a.
- DTP – se administrează, ca primo-vaccinare, la 2, 4 și 6 luni, cu rapelul I la 12 luni și rapelul II la 2,5-3 ani.
- DT – se administrează la 6 – 7 ani (clasa I) și la 13-14 ani (clasa a 8-a).
- DT – la gravide în luna a 8-a de sarcină și periodic adulții de ambele sexe, ca rapel (la intervale de 10 ani).
- Antipolio – se administrează ca primo-vaccinare la 2, 4 și 6 luni urmată de doze de rapel la 1 și la 9 ani (clasa a 3-a).
- HB – se administrează la naștere, la 2 și la 6 luni, urmat de un rapel la vârsta de 9 ani (clasa a 3-a).
- ROR – se administrează în locul vaccinului antirujeolic, o primă doză între 12-15 luni și o doză de rapel în clasa I.
- anti HPV – la fetele de 12-13 ani, în clasa a VI-a, se administrează 3 doze.

*Vaccinări opționale*

- Anti – HiB – se administrează ca primo-vaccinare la 2, 4 și 6 luni cu un rapel la 12 luni de la ultima doză. Între 6-11 luni, la cei nevaccinați anterior, se administrează 2 doze, la interval de 4-8 săptămâni. La copiii de peste 12 luni nevaccinați și la adulții care prezintă factori de risc se administrează o singură doză de vaccin.
- Antivariceloasă se recomandă vaccinarea începând de la vârsta de 1 an astfel: la cei între 1-12 ani, 2 doze la interval de cel puțin 6 săptămâni, și o doză unică la cei peste 12 ani.
- Antihepatită A – începând cu vârsta de 1 an și 9 luni, o doză inițială urmată de un rapel peste 6 luni.
- Antigripal – după vârsta de 6 luni, anual, înaintea sezonului gripal (luna octombrie).
- Antipneumococică – la categoriile de risc și la persoanele de peste 60 ani. Vaccinul heptavalent se administrează copiilor între 2 luni și 2 ani. Vaccinul 23-valent se administrează de la vârsta de 2 ani.
- Antimeningococică – la sugari și copiii mici, cu vârsta de 2 luni – 2 ani, se recomandă administrarea vaccinului antimeningococic C conjugat. După vârsta de 2 ani se indică vaccinarea cu vaccin antimeningococic A + C.

**CONTRAINDICĂȚII ȘI PRECAUȚII**

- necesitatea cunoașterii excipienților fiecărui vaccin pentru evitarea unor reacții adverse
- epinefrina (adrenalina) este necesar a fi disponibilă în cazul apariției unor reacții alergice care pot merge până la șoc anafilactic
- apariția unor efecte secundare grave la prima administrare (colaps, șoc encefalită, convulsii etc.) contraindică repetarea dozei următoare
- dacă apar reacții adverse la componenta pertussis a DTP, aceasta va fi omisă, la vaccinarea următoare folosindu-se DT
- evitarea administrării vaccinului în boli acute care ar putea compromite răspunsul imun, cu excepția unor infecții minore, fără febră sau alte manifestări sistemice
- folosirea alcoolului sau a altor agenți dezinfectanți la locul injecției poate inactiva un vaccin cu virus viu, dacă nu se așteaptă evaporarea agentului dezinfectant
- evitarea administrării intramusculare a vaccinurilor la persoane cu boli hematologice (hemofilie, trombocitopenie)
- vaccinurile ce conțin particule de antibiotic (polimixină B, neomicină) sunt contraindicate la persoanele ce au sensibilitate la aceste particule
- vaccinările preparate pe embrion de găină constituie o contraindicație pentru persoanele alergice la ouă
- dacă este necesară administrarea a două vaccinuri cu virus viu, care nu sunt compatibile în prepararea combinată, ele pot fi administrate simultan doar în locuri diferite și cu seringi diferite (preferabil la un interval de minim 3 săptămâni)
- vaccinurile cu virus viu sunt contraindicate în următoarele situații:
  - femei însărcinate – datorită riscului malformațiilor la făt (numai dacă gradul expunerii este foarte mare)
  - administrarea de imunoglobuline contraindică folosirea vaccinurilor cu virus viu la interval mai mic de 3 săptămâni înainte sau după administrare
  - persoanele cu malignități (leucemie, limfoame, tumori)
  - imunodeprimați (HIV pozitiv, imunosupresoare, corticosteroizi, radioterapie)

- sugarii pot dezvolta o infecție rujeolică ușoară sau severă după vaccinarea AR la 9 luni – în acest sens se recomandă o doză minimă la 6 luni sau administrarea după vârsta de 1 an (1 an și o 1 lună)
- indivizii cu infecție HIV simptomatică au contraindicat vaccinul BCG sau febrei galbene
- copiii și femeile la vârsta procreării cu HIV pozitiv simptomatic ar trebui să primească vaccinul DTP, VHB și AP
- antecedente anafilactice la vaccin sau la constituentii vaccinului
- boli acute cu evoluție moderată sau severă, cu sau fără febră
- tratamentele imunosupresive, chimio și radioterapia, corticoterapia impun amânarea vaccinării cu 3 luni
- gravidele, infecțiile cu HIV și imunosupresia au contraindicație pentru vaccinurile vii
- la copiii care au prezentat febră mare, plâns neconsolabil, convulsii, șoc la o doză DTP
- infecțiile respiratorii ușoare, reacțiile locale ușoare și moderate, terapia cu antibiotice, convalescența bolilor acute, antecedentele postvaccinale severe în familie, diareea nu constituie contraindicații.

**1. Vaccinarea BCG**

- vaccin din tulpini vii atenuate
- administrare intradermică
- doza – 0,1 ml
- regiunea deltoidiană a brațului stâng
- după 3 săptămâni apare un mic nodul, iar după 2-3 luni apare o pustulă care fistulizează sau nu și va lăsa o cicatrice depigmentată și ușor denivelată
- absența cicatricei la vârsta de 9 luni atrage după sine revaccinarea BCG fără testare la tuberculină
- revaccinarea se face la 14 ani pentru cei cu reacție negativă la IDR la PPD 2 ui

Contraindicație absolută – reacția pozitivă la tuberculină, HIV pozitivi.

IDR la PPD

- administrare intradermică în antebraț a 0,1 ml PPD
- se citește după 72 de ore



- negativă când papula indurată are 0-9 mm
- pozitivă când are peste 9 mm sau are aspect de flictenă necroză, ulceratie.

**Complicații:**

- abcese la locul inoculării
- limfadenită
- infecție BCG diseminată

**2. Vaccinarea AHB**

- Vaccin recombinat (Engerix B) sau vaccin inactivat
- Administrare intramusculară de 0,5 ml
- Eficient cel puțin 5 ani

**Contraindicații:** reacții anafilactice la constituenți.

**Reacții adverse:**

- subfebrilitate
- dureri abdominale
- cefalee
- astenie, amețeală
- erupții
- semne locale

**3. Vaccinarea DTP**

- Conține anatoxină difterică, anatoxină tetanică și vaccin corpuscular pertussis inactivat
- Administrare intramusculară de 0,5 ml

**Contraindicații:**

- encefalopatia cu debut la 7 zile după prima doză
- febră mai mare de 40,5°C în primele 48 ore
- colaps/șoc în primele 48 ore
- plâns persistent în primele 48 ore (peste 3 ore)
- convulsii în primele 3 zile după vaccinare.

**Reacții adverse:**

- locale: eritem, nodul, durere spontană sau la palpate
- generale: febră.

**4. Vaccinarea antipoliomielitică**

- conține tulpini inactivate (VPI) sau vaccin viu atenuat (VPOT)

- VPOT se administrează per os de 0,2 ml (2 picături), dacă apare regurgitare în primele 5-10 minute se readministrează.

**Reacții adverse:**

- faringită
- 1-2 scaune moi

**5. Vaccinarea ROR**

Introdusă în schema de imunizare din România din 2004, cu o primă doză administrată la vârsta de 12-15 luni, urmată de un rapel la vârsta de 6-7 ani (în clasa I). Inițial a fost introdus vaccinul antirujeolic în 1979, iar vaccinarea antirubeolică la adolescente în anul 2003.

Se folosesc vaccinuri cu virusuri vii atenuate.

Doza doze de vaccin sunt eficiente împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei, folosirea sa ducând la scăderea semnificativă a celor 3 boli.

Revaccinarea previne apariția rujeolei, chiar și la cei la care nu s-a realizat seroconversia la prima vaccinare.

**Efecte secundare**

La indivizii sănătoși poate avea efecte secundare ușoare. Rareori poate cauza trombocitopenie, urticarie sau anafilaxie (0,1-5 per 100000 din cazuri).

La copiii cu sistem imunitar compromis s-au înregistrat decese cauzate de infecția virală asociată vaccinului.

Eșecuri de imunizare s-au înregistrat la circa 5% din copiii vaccinați după vârsta de 15 luni.

Studii recente indică un răspuns serologic excelent și eficacitate clinică similară la copiii vaccinați între 12-14 luni (deoarece anticorpii materni scad mai rapid la mamele vaccinate decât la cele la care anticorpii sunt datorati infecției naturale).

**VACCINAREA ANTIHEPATITICĂ A**

În România face parte dintre vaccinările opționale.

Ca vaccin monovalent, se administrează începând de la vârsta de 1 an și 9 luni. Vaccinarea constă în 1 doză administrată inițial, urmată de un rapel la interval de 6-12 luni.

Ca vaccin bivalent (vaccin combinat HepA-HepB) se folosesc 3 doze la 0, 1 și 6 luni.

Eficacitatea imunizării a fost de 94% la 12 luni și de 100% la cei care au primit a doua doză la 17,5 luni.

#### *Efecte secundare*

Reacții locale ușoare (durere, sensibilitate crescută, tumefacție și roșeață) și simptome sistemice minore (febră, migrenă, stare de disconfort). Simptomele sunt mai accentuate după a doua sau a treia doză.

### VACCINAREA ANTI-HIB

Este eficientă în prevenirea infecțiilor cu *Haemophilus influenzae* tip b, care, alături de meningococ și pneumococ, este una din principalele bacterii ce produc infecții invazive cu potențial letal, la vârsta copilăriei.

În România, pentru moment, face parte din vaccinările opționale.

Schema de vaccinare Hib: 1 doză la 2 luni, apoi la 3-4 luni, apoi la 4-6 luni și a patra doză în al 2-lea an.

La copiii  $\geq 15-59$  luni se administrează o singură doză.

După vârsta de 59 de luni, vaccinul nu mai este recomandat decât pentru cei aflați la risc: asplenici, imuno-deficienți, infecție HIV asimptomatică.

În prezent, în România, vaccinul Hib există sub formă de vaccin monovalent sau inclus în vaccinuri plurivalente (vaccinuri pentavalente DTP+IPV+Hib sau DTaP+IPV+Hib, vaccinuri hexavalente DTaP+AP+AHB+Hib).

La sugarii între 6-11 luni neimunizați anterior, se recomandă administrarea a 2 doze de vaccin Hib, la interval de 4-8 săptămâni, cu o rată a seroconversiei de 93-100%. Și în acest caz este necesar un rapel în al doilea an de viață.

La copiii nevaccinați anterior care au depășit vârsta de 1 an și la adulții din grupele de risc, este suficientă administrarea unei doze unice de vaccin.

#### *Eficacitate*

**Vaccinul Hib** conține fracțiuni polizaharidice capsulare (FPR), cu eficacitate demonstrată inițial în prevenirea infecției în Finlanda, în 1984, la copiii mai mari de 2 ani.

Din anul 1990 au intrat în uz vaccinurile obținute prin conjugarea FPR cu antigene proteice (vârsta între 15-17 luni), cu eficacitate demonstrată.

Față de vaccinul polizaharidic pur, cel conjugat conține o proteină purtător recunoscută de limfocitele T, stimulează imunitatea T-dependentă, provocând un răspuns imunitar la haptena polizaharidică.

### VACCINAREA ANTIPNEUMOCOCICĂ

Grupe de risc la care este indicată vaccinarea anti-pneumococică

Persoane imunocompetente:

- vârstnicii de 65 de ani și peste
- bolnavii cu boli cardiovasculare cronice, boli pulmonare cronice sau diabet zaharat
- bolnavii cu alcoolism, boli hepatice cronice sau pierdere de LCR
- persoane care trăiesc în medii sociale defavorizate sau în condiții de mediu speciale
- persoane cu asplenie anatomică sau funcțională

Persoane imunocompromise bolnavii cu infecție HIV, leucemie, limfom, boală Hodgkin, mielom multiplu, malignități generalizate, insuficiență renală cronică, sindrom nefrotic, chimioterapie imunosupresivă, transplant de măduvă sau organe.

Februarie 2000, s-a aprobat administrarea unui nou vaccin pneumococic heptavalent (7 antigene pneumococice polizaharidice) conjugat cu CRM197 (o toxină difterică modificată), cu o eficacitate de 94% împotriva bolilor pneumococice invazive cauzate de tulpini acoperite de vaccin. Vaccinul pneumococic conjugat heptavalent este indicat pentru imunizarea activă a sugarii și copiilor între 2 luni și 2 ani împotriva bolii pneumococice invazive determinate de serotipurile incluse în vaccin:

La sugarul sub 6 luni vaccinarea se face cu 3 doze de vaccin, care se administrează începând de la vârsta de 2 luni, cu intervale de 1 lună între doze. Se recomandă o doză de rapel în al 2-lea an de viață.

La sugarii între 6-11 luni se administrează 2 doze de vaccin la interval de minim 1 lună între doze. Se recomandă o doză de rapel în al 2-lea an de viață. La copiii de 12-23 de luni se administrează 2 doze la un interval de cel puțin 2 luni între ele. Nu a fost stabilită necesitatea unui rapel.

Până în anul 2000 s-a folosit vaccinul care conține 23 de componente polizaharidice capsulare, cu o eficacitate de aproximativ 63% la copiii cu vârste cuprinse între 2 și 5 ani. Vaccinul polizaharidic pneumococic 23-valent se administrează începând de la vârsta de 2 ani, în doză unică, la categoriile de risc. Este eficace pentru o perioadă de 4-5 ani. Sunt necesare doze de rapel la interval de 5 ani.

În februarie 2000, s-a aprobat administrarea unui nou vaccin pneumococic heptavalent (7 antigene pneumococice polizaharidice) conjugat cu CRM197 (PREVENAR), cu o eficacitate de 94% împotriva bolilor pneumococice invazive cauzate de tulpini acoperite de vaccin – recomandat la toate grupele de vârstă.

Din aprilie 2009 s-a aprobat folosirea vaccinului decavalent (SYNFLORIX) care previne apariția mai multor boli pneumococi decât varianta heptavalentă, oferind protecție împotriva altor trei tulpini pneumococice (serotipurile 1, 5, 7F) – recomandat numai la copilul sub 2 ani.

### VACCINAREA ANTIMENINGOCOCICĂ

Vaccinarea cu un vaccin antimeningococic C conjugat se realizează astfel:

- La sugari, vaccinul se administrează la vârsta de 2, 4 și 6 luni.
- La sugari între 4 și 11 luni neimunizați anterior, li se recomandă 2 doze de vaccin la interval de cel puțin 4 săptămâni.
- La copiii între 1-4 ani, adolescenți și adulți tineri neimunizați anterior se administrează o doză unică de vaccin.
- Pentru copiii peste 5 ani până la adolescență se indică administrarea unei doze unice de vaccin.

### VACCINAREA ANTIVARICELOASĂ

În România și în majoritatea țărilor europene face parte din vaccinările opționale. În Statele Unite este inclusă în schemele naționale de imunizare.

Vaccinul varicelo-zosterian cu tulpină vie atenuată Oka are o eficacitate de 98% în prevenirea varicelei. Deși riscul de infecție la cei vaccinați este de 1-2% pe an, boala este atenuată, cu mai puține leziuni și incidența febrei mai redusă.

Durata protecției postvaccinale este de 7-10 ani, după 17-20 de ani numai 2 din 96 de adulți vaccinați în copilărie au prezentat infecție clinică – însă cu forme mult atenuate.

Vaccinarea în copilărie în primii ani (12 luni-13 ani) este mai eficientă, fiind necesară o singură doză de vaccin; adolescenții de peste 13 ani și adulții au o reacție imunitară mai scăzută, de aceea sunt necesare 2 doze pentru a obține o rată optimă de seroconversie.

### VACCINAREA ANTIROTAVIRUS

Rotarix se utilizează pentru vaccinarea sugarii începând de la 6 săptămâni pentru prevenirea gastroenteritei cauzate de infecția cu rotavirus.

Există două forme de vaccin:

#### 1. Preparat ROTARIX

Rotarix este un vaccin ce se administrează pe cale orală, conține o formă atenuată a rotavirusului uman, previne gastroenterita produsă de tipul G1 și tipul non G1(G3, G4 și G9)?

Este disponibil în două forme:

- ca pulbere și solvent care se amestecă pentru a obține o suspensie orală, ce se administrează imediat după constituire.
- ca suspensie orală aflată într-un aplicator preumplut.

2. Preparat RotaTeq vaccin ce se administrează pe cale orală, conține o formă atenuată a rotavirusului uman, previne gastroenterita produsă de tipul G1, G2, G3, G4 și P1).

Vaccinul se administrează în două doze, la un interval de cel puțin 4 săptămâni. Este de preferat ca ambele doze să se administreze înainte de 16 săptămâni, nu mai târziu de 24 de săptămâni.

Rotarix se poate administra concomitent cu alte vaccinuri.

Nu este necesară oprirea alimentației sugarului, sugarul se poate alăpta și înainte și după administrarea vaccinului.

Este contraindicată administrarea vaccinului la sugarii care au fost diagnosticați cu malformații congenitale ale tractului gastrointestinal sau prezintă hipersensibilitate la componentele vaccinului, la sugarii cu deficiente imunologice sau neoplazii.

De asemenea, nu se administrează sugarilor care prezintă boli diareice acute sau vărsături.

Nu a fost evaluată administrarea vaccinului la copii cu afecțiuni digestive inflamatorii cronice.

#### *Eficacitate*

Se consideră 78-95% seroprotecție postvaccinală, prin apariția de anticorpi de tip IgA.

Efectele Rotarix au fost studiate inițial pe modele experimentale, apoi pe pacienți umani.

În total, studiile clinice asupra utilizării Rotarix la pacienții umani au inclus 72.000 de copii și s-au desfășurat în mai multe țări.

Studiul principal randomizat, dublul orb, comparativ cu placebo, a evaluat eficacitatea și siguranța Rotarix și a implicat peste 63.000 de copii. Eficacitatea a fost măsurată prin evaluarea numărului de copii la care a apărut gastroenterita severă produsă de rotavirus după vaccinare.

#### *Efecte adverse*

Un studiu pe 72.000 de copii, desfășurat în mai multe țări, a arătat

- 0,19% decese prin pneumonii, față de 0,15% decese la grupul placebo.
- invaginații intestinale la 9 copii, comparativ cu 16 copii din grupul placebo.

Acest lucru demonstrează că nu există un risc crescut de invaginație asociat cu Rotarix.

Cei mai mulți pacienți (1 din 10) au prezentat iritabilitatea și pierderea poftei de mâncare.

*Alte efecte secundare:* tuse, diaree, febră în primele 24 de ore.

## VACCINAREA ANTIHPV

Infecția cu HPV (Human Papilloma Virus structura aDN) poate fi asimptomatică și poate produce verucile veneriene sau neoplazii. Sunt cunoscute peste 100 de serotipuri de HPV (Human Papilloma Virus):

- HPV-1 determină veruci plantare,
- HPV-6 și HPV-11 veruci veneriene (anogenitale),
- HPV-16 și HPV-18 determină displaziile cervicale.

Până la 31 decembrie 2008 au fost efectuate peste 23 de milioane de doze de vaccin HPV.

În România vaccinul a fost introdus în anul 2007, iar în anul 2008 a fost vaccinată o parte din fetele din clasa a VI-a.

Există două vaccinuri împotriva HPV:

- **Gardasil/silgard** (conține antigene împotriva serotipurilor 6,11,16,18 de HPV, microparticule asamblate prin recombinare genetică)
- **Cervarix** (conține antigene împotriva serotipurilor 16,18 de HPV, microparticule asamblate prin recombinare genetică).

#### *Eficacitate*

Studiile clinice asupra vaccinării au inclus și mii de femei care își începuseră deja activitatea sexuală, iar vaccinul a prevenit leziunile pre-canceroase cauzate de infecția cu tulpinile oncogene 16 și 18 de HPV. Cu toate acestea, vaccinarea nu asigură vindecarea în cazul în care există deja infecția cu tulpinile oncogene 16 și 18 de HPV.

Studiile au arătat că la fetițele din grupa de vârstă 10-14 ani, răspunsul imun al organismului la vaccinarea anti-HPV măsurat prin nivel de anticorpi specifici anti-HPV, este de două ori mai ridicat decât la fetele și femeile din grupa de vârstă 16-25 de ani. Luând în considerare și faptul că este de preferat ca vaccinarea anti-HPV să se realizeze înainte de debutul vieții sexuale pentru a preveni o eventual

infecție încă de la primele contacte sexuale, statele care au hotărât introducerea în programele naționale de prevenție vaccinarea împotriva cancerului de col uterin au decis ca vaccinarea de rutină să fie efectuată în jurul acestei vârste.

#### *Efecte adverse*

6% efecte adverse majore

Au fost raportate 20 de cazuri de decese după administrarea de Gardasil. Cercetările au arătat că nu au avut legătură cu administrarea vaccinului.

S-au semnalat și câteva cazuri de Sindrom Guillain-Barre.

Trombembolism pulmonar – la persoane ce prezentau factori de risc pentru tromembolism

94% efecte adverse minore cu o frecvență de 0,1%: durere la locul injecției, febră, cefalee, greață, șoc anafilactic, bronhospasm.

Cu frecvență mai scăzută: epilepsie, paralizii, atacuri de panică, tulburări circulatorii, stare de rău, căderea părului, amenoree, dureri articulare, eritem, oboseală accentuată, tremurături, paretezii (senzație de arsură) la picioare și la față.

#### Schema de imunizare în România

Vârsta recomandată	Vaccin	Comentarii
Primele 24 de ore	Hep B	În maternitate
4-7 zile	BCG	
2 luni	DTP-Hep B, VPI	Simultan
4 luni	DTP, VPI	Simultan
6 luni	DTP-HepB, VPI	Simultan
12 luni	DTP, VPI	Simultan
12-15 luni	ROR	
4 ani	DTP	
7 ani (în clasa I)	DT, ROR	Campanii școlare
9 ani (în clasa a III-a)	VPO, HepB (3 doze)	Campanii școlare
12-13 ani (în clasa a VI-a)	HPV	Campanii școlare
14 ani (în clasa a VII-a)	DT, Rubeola	Campanii școlare
18 ani (în clasa a XII-a)	HepB (3 doze)	
Studenti anul I, respectiv elevi, de la Facultatea de Medicină și Stomatologie, respectiv școli	HepB (3 doze)	Campanii școlare

## EXAMENELE PERIODICE DE BILANȚ

Controalele medicale periodice fac parte din serviciile medicale asigurate de medicul de familie și au loc astfel:

- pentru copiii 0-2 ani – la externarea din maternitate, la 0 lună, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni, la 15 luni și la 18 luni;
- pentru copiii 2-18 ani anual
- pentru adulți – anual, în luna de naștere a pacientului sau în cursul aceluiași trimestru.

Medicul de familie trebuie să programeze și să aducă la cunoștința bolnavilor efectuarea examenelor de bilanț, astfel încât la sfârșitul lunii să fie raportate către Casa de Asigurări un minim de 80% din totalul controalelor programate.

Vizitele medicale periodice reprezintă o importantă formă de desfășurare a serviciilor preventive.

După prima vizită a medicului la nou-născutul sănătos, acesta este încadrat într-un program de urmărire sistematică bazat pe examene de bilanț periodice.

Fiecare examen de bilanț va consta în: anamneză, examen clinic global, efectuarea unor investigații minimale în raport cu specificul grupei respective. Se vor face recomandări pentru unele teste de screening, regim de viață, consiliere pentru factorii de risc și vaccinare.

Examenul de bilanț se încheie cu o concluzie asupra stării de sănătate a pacientului.

Serviciile recomandate pentru a face parte din conținutul examinărilor periodice a stării de sănătate sunt incluse în tabele în care sunt listate serviciile preventive specifice fiecărei grupe de vârstă.

## GRUPA 0-10 ANI

### A. Intervenții pentru populația generală

Screening	Dietă și exerciții fizice
Greutatea și înălțimea la naștere Tensiunea arterială Nivelul fenilcetonuriei (la naștere) T4 / TSH (la naștere) Pentru hemoglobinopatie (la naștere) Pentru retinopatia prematurului Pentru hipoacuzie la nou-născuții cu risc (surditate familială, prematuritate, suferință la naștere) Testarea vederii (la 3-4 ani)	Promovarea alimentației la sân / formule îmbogățite cu fier Limitarea grăsimilor și colesterolului Menținerea balanței calorice cu accent pe fructe și legume (peste 2 ani) Activitate fizică regulată Evitarea folosirii unor substanțe (fumat pasiv)
Consiliere	Sănătate dentară
<b>Prevenirea accidentelor:</b> • folosirea scaunului de siguranță a copilului în mașină (< 5 ani) • folosirea centurii de siguranță (> 5 ani) • cască de protecție pentru bicicliști • evitarea mersului pe bicicletă în apropierea traficului • oprirea focului în timpul somnului • evitarea apei fierbinți • protejarea ferestrelor și scărilor cu grilaje • păstrarea în condiții de siguranță a medicamentelor, substanțelor toxice, chibriturilor <i>Cursuri de educație pentru părinți</i>	Vizite periodice la stomatolog Spălatul sistematic pe dinți Tratamentul sistematic al cariilor dentare <b>Imunizări</b> Vaccinare BCG Vaccinare DTP Vaccinare AP Vaccinare ROR Vaccinare anti-haemophilus influenzae tip B Vaccinare AHB Vaccinare antivaricelă

### B. Intervenții pentru populația cu risc

Populația	Intervenții potențiale
Prematuritate sau greutate mică la naștere	Hemoglobină / hematocrit
Copii care provin din mame cu infecție HIV	Testare HIV
Populație cu domiciliu flotant / imigranți	Hemoglobină / hematocrit, PPD
Contacti TBC	PPD
Călătorii în țări tropicale	Vaccinări specifice
Fluorinarea inadecvată a apei	Suplimentarea zilnică cu fluor
Familii cu istoric de cancer al pielii	Evitarea expunerii la soare / folosirea de soluții protectoare

### C. Cele mai frecvente cauze generatoare de deces

- cauze cu origine perinatală
- anomalii congenitale
- sindromul morții subite
- accidente

## GRUPA 11-24 ANI

### A. Intervenții pentru populația generală

Screening	Dietă și exerciții
Inălțime, greutate Tensiune arterială Testul pentru chlamidia (femei < 20 ani) Testul Papanicolau Serologie pentru rubeolă sau vaccinare (fete > 12 ani)	Limitarea consumului de grăsimi Menținerea unei balanțe calorice echilibrate Accent pe fructe și legume Consum suficient de calciu (pentru femei) Activitate fizică regulată
Sănătate dentară	Imunizări
Controale regulate la serviciul de stomatologie Spălarea dinților cu pastă fluorurată	Rapel pentru: • DT (11-16 ani) • AHB • ROR (11-13 ani)
Consiliere	
Prevenirea accidentelor Centură de siguranță Cască pentru bicicliști și motocicliști Evitarea fumatului Siguranța păstrării armelor de foc	Evitarea abuzului de substanțe Evitarea conducerii mașinii și a înotului după consum de alcool Prevenirea bolilor cu transmitere sexuală Contracepția sarcinilor nedorite

## B. Intervenții pentru populația cu risc

Populație	Intervenții potențiale
Comportament sexual cu risc	Testare VDRL, HIV, gonoree, chlamidia
Consum de droguri	VDRL, HIV, vaccinare AHB
Contacti TBC	MRF, PPD
Transfuzii de sânge	HIV, markeri pentru hepatite B și C
Persoane instituționalizate sau care lucrează în laboratoare	Vaccinare AHB, antigripală, testare PPD
Antecedente de sarcină cu risc crescut pentru defecte de tub neural	Administrare de acid folic
Apa insuficient fluorinată	Suplimentare zilnică cu fluor

## C. Cauzele cele mai frecvente de deces

- accidente
- omucidere, sinucidere
- neoplasme
- boli cardiace

## GRUPA 25-64 ANI

## A. Intervenții în populația generală

Screening	
TA Talție și greutate Colesterol seric (bărbați 35-65 ani, femei 45-65 ani) Test Papanicolau Test hemocult (> 50 ani) Examenul clinic al sânilor, mamografie Evaluarea consumului de alcool Serologie / vaccinare antirubeolică (femei în perioada fertilă)	
Consiliere	
Abandonul fumatului Interzicerea consumului de droguri Evitarea / limitarea consumului de alcool Limitarea consumului de grăsimi, colesterol și menținerea balanței calorice echilibrate Accent pe consumul de fructe, legume și cereale Consum adecvat de calciu Activitate fizică regulată	
Prevenirea accidentelor	
Centură de siguranță Cască de protecție (bicicletă, motocicletă) Detectoare de fum Siguranța manevrării și păstrării armelor	
Comportament sexual	Chimioprofilaxie
Prevenirea BTS Evitarea comportamentului sexual riscant Mijloace contraceptive pentru evitarea sarcinilor nedorite	Administrare de multivitamine și acid folic femeilor în perioada fertilă Profilaxie hormonală la femei în pre- și postmenopauză
Imunizări	Sănătate dentară
Rapel la DT Anti rubeolă la femei în perioada fertilă	Consulturi stomatologice periodice Spălatul corect pe dinți

## B. Intervenții în populația cu risc

Populație	Intervenții potențiale
Comportament sexual riscant	Testare VDRL, gonoree, HIV, chlamidia
Injectare de droguri	Testare VDRL, HIV, hepatită B
Contacti TBC	MRF, PPD
Zone inundabile	Vaccinare AHA
Transfuzii de sânge	Screening pentru HIV, hepatită B și C
Persoane instituționalizate sau categorii profesionale expuse	Vaccinare AHB, antigripală, testare PPD
Antecedente de sarcină cu risc pentru defecte de tub neural	Administrare de acid folic
Zone gușogene	Administrare de iod

## FEMEILE ÎNSĂRCINATE

## A. Intervenții în populația generală

Screening Prima vizită	Consiliere
Măsurarea TA	Oprirea fumatului; efectele fumatului pasiv
Determinarea Hb /Ht	Alcool sau alte droguri
AgHB <sub>s</sub>	Nutriție – incluzând un aport adecvat de
VDRL	calciu și fier
Screening pentru chlamidia	Incurajarea alăptatului
Serologie pentru infecția rubeolică sau vaccinare	Purtarea centurii de siguranță / folosirea scaunului de siguranță pentru copil
Screening pentru sindrom Down (> 13 săptămâni) sau amniocenteză (15-18 săptămâni, vârsta > 35 ani)	Prevenirea BTS
Testare HIV	
Aprecierea riscului privind consumul de alcool	
Vizite ulterioare	Chimioprofilaxie
TA	Administrarea de multivitamine cu acid folic
Urocultură (12-16 săptămâni)	
Oferta pentru markeri multipli de testare (15-18 săptămâni)	

## B. Intervenții în populația cu risc

Comportament sexual cu risc	Screening pt. chlamidia, gonoree, HIV, AgHB <sub>s</sub> , VDRL
Transfuzii de sânge / manevre sângerânde	Testare HIV, AgHB <sub>s</sub>
Femei Rh negative	Ac anti D (24-28 săptămâni)
Risc pentru sindrom Down	Oferta pt. CVS (trim. III) / amniocenteză
Pericol de sarcină cu defect de tub neural	Acid folic 5mg/zi / oferta amniocenteză

12

## SITUAȚII ÎN CARE MEDICUL TREBUIE SĂ RĂMÂNĂ ÎN ALERTĂ

Populație	Circumstanțe
Sugar și copil mic (> 3 ani)	Semne și simptome de hipoacuzie
Sugar și copil	Defecte de vedere (strabism)
Copii	Evitarea unor carii precoce, malocluzie dentară, pierderea prematură a molarilor de lapte, dinți strâmbi și tulburări de masticație
Adolescenți	Curburile patologice ale coloanei vertebrale
Adolescenți, adulți tineri, persoane cu risc crescut pentru depresie	Sindrom depresiv, tentative de suicid
Fumători, consumatori de alcool	Semne și simptome de cancer
Vârstnici, fumători, diabetici	Simptome de AOMI
Vârstnici	Modificări ale performanțelor fizice și psihice
Populația generală	Leziuni ale pielii cu caracteristici maligne
	Variate forme de violență familială
	Semne și simptome datorate abuzului de droguri
	Semne datorate neglijării dinților: carii, inflamație gingivală, căderea dinților

PLANNING FAMILIAL  
ȘI METODE CONTRACEPTIVE

## DEFINIȚIE

Planningul familial și contracepția reprezintă consilierea unor persoane, inclusiv a cuplului, în ceea ce privește ajutarea acestora să-și identifice nevoile legate de sănătatea reproducerii, în a-și planifica sarcinile în anumite momente dorite din viață, în a-i ajuta să aleagă metoda cea mai potrivită în ceea ce privește contracepția; acest domeniu include și consilierea în timpul sarcinii, precum și consilierea cu privire la evitarea bolilor cu transmitere sexuală (BTS).

Contracepția are un istoric îndelungat; controlul voluntar al fertilității deține un rol major în societatea modernă. Controlul eficient al reproducerii este esențial pentru capacitatea femeii de a-și îndeplini obiectivele personale dincolo de abilitatea de a procrea. Este de la sine înțeles că, creșterea rapidă a populației umane în acest secol pune în pericol supraviețuirea. Dacă se menține rata actuală de natalitate, populația globului se va dubla în 41 de ani, iar populația țărilor subdezvoltate se va dubla în mai puțin de 20 de ani.

Pentru individ și pentru întreaga planetă s impune utilizarea mijloacelor eficiente d



prevenire a sarcinii, implicit asigurându-se și prevenția bolilor cu transmitere sexuală.

Scopul principal al planificării familiale este îmbunătățirea calității vieții, planificarea familială încadrându-se astfel în prevenția primară care este specifică medicului de familie, fiind de fapt prevenția unei sarcini nedorite.

Pacienții se prezintă într-un serviciu de planning familial și contracepție din diverse motive, ca de exemplu:

- evitarea unei sarcini nedorite
- doresc protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală
- spațierea între sarcini
- investigații suplimentare în cazul prezenței sterilității.
- tratamentul disfuncțiilor sexuale din cadrul cuplului
- punerea diagnosticului de sarcină.

Consilierea în cadrul unui cabinet de planning familial și contracepție trebuie să cuprindă:

- sfaturi cu privire la metodele contraceptive: preferințe, posibilități, alternative.
- învățarea modului de utilizare a metodei alese.
- sfaturi legate de bolile cu transmitere sexuală.
- rezolvarea problemelor apărute în cadrul cuplului
- educația sexuală a pacienților.
- îngrijirile prenatale, intranatale și postnatale (urmărirea leuzei) sau recomandări către specialistul ginecolog.

Atitudinea și tactica abordată de către medicul de familie în cadrul consilierii:

- atitudinea față de pacient este diferită după cum acesta are deja cunoștințe sau nu despre contracepție, consilierea fiind mult mai ușoară și necesitând mult mai puțin timp pentru pacienții educați în acest sens.
- consilierea trebuie să aibă loc într-un cadru intim, fără alte persoane de față.
- se pot utiliza mijloace vizuale, pentru a înlesni înțelegerea metodelor prezentate.
- pacientul trebuie să se simtă relaxat și să aibă încredere în medic.
- medicul va întâmpina pacientul cu căldură, se va prezenta (nume, specialitate, grad) și-l va trata cu respect.

- pacientului i se va vorbi pe înțelesul său și, la nevoie, i se va repeta ce nu a înțeles.
- în astfel de probleme cel mai util este ca, consilierea să se facă în cadrul cuplului.
- i se va explica pacientului că discuția va rămâne confidențială.
- pacienții trebuie ascultați cu atenție putând fi întrerupti numai pentru a le pune întrebări, încurajându-i în același timp să pună și ei întrebări pentru a-și lămurii problemele.
- dacă le prescrieți anumite teste, explicați pacienților ce valoare au acestea și modalitatea de efectuare.
- dacă consultația este cu plată, acesta va fi informat de la început.
- în ceea ce privește alegerea metodei contraceptive, aceasta se alege în funcție de preferința cuplului, însă trebuie analizată de către medic din punct de vedere al siguranței, disponibilității metodei etc.
- discutați cu pacientul avantajele și dezavantajele metodei alese oferindu-i în același timp alternative contraceptive.
- niciodată nu trebuie impusă o metodă împotriva voinței pacienților.
- în cazul în care s-a decis să utilizeze o anumită metodă prezentați-i obligatoriu următoarele:
  - Modul de acțiune al metodei
  - Eficiența metodei
  - Reacții adverse
  - Contraindicații absolute și relative
  - Avantaje și dezavantaje
- în finalul consilierii se stabilește când va avea loc vizita următoare, precum și modul de aprovizionare cu contraceptive. Trebuie să explicați importanța revenirii la medic în caz de apariție a unor efecte secundare sau a unei posibile sarcini.

De la pubertate și până la menopauză, femeile se confruntă cu probleme legate de sarcină sau de evitarea acesteia. Singurele opțiuni ale femeilor sunt: abținerea sexuală, contracepția sau sarcina urmată de naștere sau avort.

De reținut că o proporție semnificativă de cupluri active sexual nu utilizează contracepția (acestea fiind în special în rândul adolescenților).

Se estimează că și în țările cu istoric îndelungat în ceea ce privește contracepția aproape jumătate din nașteri sunt sarcini neplanificate.

Un indicator major al sarcinilor neplanificate este prevalența avortului indus, care are frecvență maximă la femeile foarte tinere. Contracepția înregistrează cele mai frecvente eșecuri la populația tânără, deoarece fertilitatea este mai mare la acest grup de vârstă, iar contactul sexual în absența contracepției este mult mai frecvent.

Criteriile utilizate pentru alegerea contraceptivelor sunt reprezentate de:

- eficacitate (toate metodele în afară de abținerea totală pot eșua la un moment dat)
- siguranța (prezența reacțiilor adverse)
- accesibilitate (cost)
- acceptabilitate
- reversibilitate

Analiza risc – beneficiu poate fi făcută pentru fiecare metodă în parte, utilizând aceste criterii.

În ceea ce privește eficacitatea contracepției este de menționat că există factori care influențează apariția sarcinii și care includ: fertilitatea ambilor parteneri, momentul contactului sexual în raport cu momentul ovulației, metoda contraceptivă utilizată, eficacitatea intrinsecă a metodei contraceptive și utilizarea corectă a metodei. Este aproape imposibil de determinat eficacitatea metodei contraceptive în mod izolat de ceilalți factori.

Cea mai bună metodă de determinare a eficacității este evaluarea pe termen lung a unui grup de femei active sexual, care folosesc o anumită metodă contraceptivă într-o perioadă de timp dată și determinarea frecvenței de apariție a sarcinii.

Cea mai eficientă metodă contraceptivă constă în sterilizarea permanentă și anume sterilizarea tubară la femei sau vasectomie la bărbați. Amândouă metodele sunt considerate ireversibile, dar în anumite situații pot deveni reversibile.

În ceea ce privește siguranța contracepției: unele metode contraceptive sunt asociate cu riscuri pentru starea de sănătate. Ceea ce este comun tuturor metodelor este că toate metodele sunt mai sigure decât alternativa sarcină urmată de avort.

Pe de altă parte, o serie de metode contraceptive oferă adițional beneficii non-contraceptive pentru starea de sănătate, ca de exemplu: contraceptivele orale reduc riscul cancerului ovarian și endometrial precum și pe cel al sarcinii ectopice. Metodele contraceptive de barieră și spermicidele oferă un anumit grad de protecție împotriva BTS, cancerului cervical și infertilității tubare.

În ceea ce privește costul, anumite metode, ca de exemplu: dispozitivele intrauterine și implantele subcutanate, necesită investiții inițiale costisitoare, dar oferă protecție îndelungată la un cost anual redus. În general, sterilizarea și metodele cu acțiune îndelungată sunt cel mai puțin costisitoare pe termen lung.

## METODE CONTRACEPTIVE NON-HORMONALE

### 1. Abținerea periodică sau planificare familială naturală

Care constă în evitarea contactului sexual în timpul perioadei fertile ce caracterizează momentul ovulației:

Există mai multe metode de determinare a momentului ovulației:

- Metoda calendarului (Ogino-Knaus)
- Metoda de determinare a temperaturii bazale.
- Metoda mucusului cervical sau a ovulației (Billings) (această metodă este folosită și în tratarea infertilității prin stabilirea momentului ovulației).

#### *Metoda de determinare a temperaturii bazale*

La scurt timp după ovulație, apare o creștere a temperaturii corpului cu aproximativ 0,5 grade Celsius care corespunde secreției de progesteron de către corpul galben. Această creștere se menține până la menstruația următoare. Abținerea sexuală se practică în intervalul cuprins între prima zi de menstruație și a 3-a zi consecutivă de creștere a temperaturii bazale. În a 4-a zi de temperatură crescută poate avea loc contactul

sexual care se poate practica până la apariția menstruației. Temperatura poate fi măsurată rectal, oral sau vaginal, iar pe durata unui ciclu se va măsura la aceeași oră folosind aceeași cale și același termometru; termometrul se ține timp de 3 minute, după care se spală cu apă rece.

*Avantajele metodei:*

1. accesibilitate, siguranță (fără reacții adverse) și reversibilitate
2. acceptate de multe grupuri religioase
3. cuplurile au posibilitatea să afle mai multe despre fiziologia lor și să înțeleagă mai bine funcția de reproducere.
4. responsabilitatea planificării familiale este împărțită de amândoi partenerii, ceea ce duce la creșterea cooperării și comunicării dintre ei.

*Dezavantajele metodei:*

1. practicarea ei implică o puternică motivație
2. nu întodeauna este dorită sau acceptată
3. eficacitatea este variabilă în acord cu motivația individuală și cu o serie de variabile fiziologice și patologice (măsurarea temperaturii nu se practică matinal sau după câteva ore de repaus, fiind încălcate astfel condițiile bazale, stres, consumul de alcool, boală infecțioasă etc.)
4. Abstința sexuală este necesară pe o perioadă destul de lungă, fiind deseori neacceptată de cuplu – determinând probleme maritale.
5. Nu se poate practica pe durata cât femeia alăptează.
6. Eficiența metodei este mai mică decât a celor mai multe metode contraceptive.
7. Este necesară deseori o lungă perioadă de învățare a metodei.
8. La adolescente sunt frecvente ciclurile anovulatorii, ceea ce poate face dificilă învățarea și practicarea metodei.
9. La femeile în premenopauză care au cicluri neregulate sau anovulatorii pot exista confuzii în evaluarea semnelor de fertilitate.

**Metoda mucusului cervical**

Sub influența estrogenilor, mucusul cervical suferă modificări cantitative și calitative care sunt percepute de femeie;

dar în acest caz femeia trebuie să aibă această abilitate, care depinde și de gradul de instruire al femeii.

Modificările caracteristicilor mucusului sunt urmarea creșterii nivelului de estrogeni, pe măsură ce ne apropiem de momentul ovulației; mucusul devine mai abundent, mai elastic, are aspectul de albuș de ou, aspect care indică faptul că femeia se află în plină perioadă fertilă când secreția de mucus realizează un vârf (peak). Această perioadă este precedată de alte două perioade în care mucusul este absent (senzație de vagin uscat), sau mucusul este prezent în cantitate redusă, este gros, opac, aderent (senzație de lipicios la nivelul vaginului).

Contactul sexual este permis:

- imediat după menstruație până în ziua când apare senzația de umezeală evidentă la nivelul vaginului.
- La sfârșitul zilei a 4-a după apariția peak-ului și până la următoarea menstruație.

*Avantajele metodei:*

- a. Este la îndemână, prezintă siguranță și reversibilitate
- b. Practicarea ei determină o perioadă de abțință sexuală mult mai redusă decât în cazul măsurării temperaturii bazale (contactul sexual poate avea loc atât preovulator, cât și postovulator).

*Dezavantajele metodei:*

- a. Este însoțită de erori mai ales dacă este prezentă o infecție vaginală sau cervicală
- b. Prezența secrețiilor vaginale datorită stimulării sexuale dă rezultate fals pozitive.
- c. Medicamentele utilizate în tratamentul sinuzitelor sau al rinoreei fac ca mucusul să devină uscat.
- d. Stresul poate modifica caracterele mucusului.
- e. Nu se poate folosi la femeia care alăptează.

**Metoda calendarului**

Necesită înregistrarea lungimii ciclurilor menstruale (și nu durata menstruației) pe parcursul a 6 luni (după unii chiar 12 luni) înainte de a începe practicarea metodei.

Cu ajutorul metodei se calculează;

- prima zi fertilă = ciclul cel mai scurt - 11
- ultima zi fertilă = ciclul cel mai lung - 18

Această metodă prezintă o rată mare de eșec, deoarece lungimea ciclului care va urma este estimativă.

### **Metoda simptotermică**

Reprezintă o combinație a celor 3 metode, care în acest caz sunt folosite simultan, cu scopul de a permite o eficacitate mai mare planificării familiale naturale.

## **2. Coitus interruptus**

Reprezintă retragerea penisului din vagin înainte de ejaculare. Această metodă, împreună cu inducerea avortului (avortul provocat) și mariajul târziu sunt considerate a fi responsabile de cel mai mare declin al fertilității în Europa preindustrială.

Metoda rămâne cea mai importantă metodă de control a fertilității în țările lumii a treia.

Această metodă are avantaje evidente: disponibilitate imediată și absența costului.

Există o rată considerabilă a eșecurilor cu această metodă deoarece penisul trebuie să fie complet retras din vagin și de la nivelul organelor genitale externe, deoarece sarcina se poate produce prin ejacularea la nivelul organelor genitale externe în absența penetrației.

## **3. Amenoreea de lactație**

Cel puțin teoretic, ovulația este suprimată în timpul lactației. Alăptarea la sân crește concentrația prolactinei și scade eliberarea de GnRH (hormon eliberator de gonadotropine) din hipotalamus, scăzând eliberarea hormonului luteinizant (LH), astfel încât maturarea foliculară este inhibată.

Durata acestei supresii este variabilă și este influențată de durata și frecvența alăptatului, de timpul scurs de la naștere și, probabil, de status-ul nutrițional matern.

Chiar și în cazul în care alăptarea continuă, ovulația poate să reapară, dar este puțin probabil ca aceasta să se producă înainte de 6 luni, în special dacă femeia este amenoreică și alimentația nou născutului se realizează exclusiv la sân.

Dacă femeia nu mai dorește o sarcină imediat, trebuie utilizată o altă metodă de contracepție după 6 luni de la

naștere, când menstruația se reinstalează sau imediat după inițierea diversificării alimentare.

Această metodă nu este de încredere deoarece nu toate femeile pot alăpta suficient nou născutul, precum și datorită faptului că există femei care pot avea ovulație și deci pot concepe chiar pe durata alăptatului timpuriu când, cel puțin teoretic, protecția se consideră a fi prezentă.

În general, contraceptivele orale nu sunt recomandate în timpul lactației, deoarece reduc cantitatea de lapte la unele femei. Pot fi utilizate metodele hormonale fără estrogeni. Acestea includ contraceptivele orale care conțin numai progesteron: Norplant și Depo Provera, deoarece nici unul din acestea nu scade producția de lapte. Metodele de barieră, spermicidele și dispozitivele intrauterine sunt alternative potrivite pentru mamele ce alăptează.

## **METODE CONTRACEPTIVE DE BARIERĂ**

Sunt, de asemenea, metode contraceptive non-hormonale al căror mecanism de acțiune constă în împiedicarea ascensionării spermatozoizilor în tractul genital superior sau în cazul prezervativului, nu permit contactul spermatozoizilor cu mucoasa organelor genitale externe sau cu mucoasa vaginală.

Aceste metode oferă:

- siguranță (nu prezintă reacții adverse, decât poate alergia la componentele acestora).
- nu au contraindicații absolute
- se pot obține de la farmacie fără rețetă medicală sau de la cabinetul de contracepție.

*Indicații principale:*

- Metoda preferată de către bărbat sau de către femeie.
- Când există contraindicații absolute pentru alte metode de contracepție.
- Metoda alternativă sau temporară de contracepție.
- Când femeia folosește medicamente care interferă cu contraceptivele orale, scăzându-le eficiența.
- În cazul cuplurilor care au contacte sexuale neregulate
- Folosirea unora dintre aceste metode protejează împotriva BTS (prezervativul).

## 1. Prezervativele

### a. Masculin

- Prezervativele moderne sunt confecționate din latex natural. Prezervativul confecționat din intestin de animal (cec de miel) sunt încă vândute și preferate de cei ce consideră că acestea oferă o senzație mai plăcută. Există și prezervative din poliuretan.
- Prezervativul captează și reține fluidul seminal, prevenind astfel intrarea spermatozoidilor în vagin. Actual, prezervativele au un perete subțire de 0,02 mm și sunt prelubrifiate cu spermicid: nonoxinol 9 (marea majoritate) și sunt mai eficiente decât cele nelubrifiate.

### b. Feminin

Se mai numesc pungi vaginale și sunt confecționate din poliuretan. De recomandat:

- a se utiliza un prezervativ nou pentru fiecare contact sexual
- se inseră adecvat astfel încât inelul intern să se afle în vagin și cel extern la nivelul vulvei
- se asigură introducerea penisului în interiorul învelișului
- după contactul sexual se îndepărtează prezervativul cu precauție pentru a nu împrăști lichidul seminal.
- Sunt mult mai scumpe decât cele masculine și, de asemenea, mult mai puțin solicitate de către paciente.

## 2. Metode de barieră

Există 4 tipuri de bariere vaginale: diafragma vaginală, pesarul cervical, capșonul cervical și vimula.

### *Diafragma vaginală*

Constă dintr-o membrană de cauciuc fin (latex) ce acoperă un dispozitiv circular, flexibil.

Există mai multe tipuri de diafragme în funcție de forma pe care o are marginea dispozitivului: spirală, plată sau arcuată (în cupolă). Diafragmele spiralate și plate devin ovale atunci când sunt comprimate pentru inserție. Diafragmele arcuate formează un arc sau iau formă de semilună atunci când sunt comprimate; ele sunt mai ușor de inserat corect.

### *Riscuri:*

- Utilizarea diafragmei, în special utilizarea îndelungată în timpul multiplelor contacte sexuale, pare să crească riscul infecțiilor vezicale. Dacă cistita recurentă constituie o problemă, se poate utiliza o diafragmă cu dimensiune mai mică, care asigură o protecție fermă sau un pesar cervical. Problema poate fi datorată atât obstrucției mecanice, cât și alterărilor florei vaginale produse de către spermicid (vaginita).
- iritațiile locale datorită alergiei la spermicid sau latex.
- leucoree urât mirositoare poate să apară dacă diafragma este lăsată mai mult de 24 de ore în vagin – în acest caz se îndepărtează diafragma și se face tratament specific pentru infecția vaginală.

### *Pesarul anticoncepțional*

- sau calota anticoncepțională cervicală este mult mai mică decât diafragma, nu conține un dispozitiv circular marginal și acoperă numai cervixul.
- este utilizat în asociere cu spermicide și este menținut timp de 48 de ore.

Femeile ce utilizează pesare cervicale sunt protejate împotriva dezvoltării displaziei cervicale. În studiul Famcap, rezultatele citologiei cervicale au sugerat o ameliorare în timpul utilizării lor. Utilizarea pesarului cervical nu a fost asociată cu cistita.

## 3. Spermicidele vaginale

- Combină un spermicid chimic, fie nonoxinol-9, fie octoxinol, cu o bază de cremă, gel, spumă, aerosol, tablete spumante, peliculă sau supozitor.
- Spermicidele sunt detergenți activi de suprafață neionici ce imobilizează spermatozoidii.
- Spuma aerosol produce o dispersie rapidă la nivelul întregului vagin, oferind cea mai bună protecție.
- Gelurile și supozitoarele ce se topesc prezintă o distribuție redusă și necesită un interval de 10-15 minute de așteptare, timp în care acestea se dizolvă.
- Utilizarea exclusivă a spermicidelor are eficiență considerabil redusă în comparație cu prezervativele sau

- diafragmele cu spermicide, astfel încât ele se utilizează în majoritatea cazurilor în combinație cu alte metode.
- f. Folosite singure sunt de preferat la femeile la care fertilitatea este scăzută datorită vârstei sau lactației.
  - g. Nonoxinol-9 nu este absorbit din vaginul uman, iar studiile efectuate nu au evidențiat un risc crescut pentru pierderea sarcinii, defecte congenitale sau greutate redusă la naștere, la femeile ce utilizează spermicide în comparație cu alte femei.
  - h. Alegerea spermicidului depinde de preferințele pacientei și de sensibilizarea locală la substanțele bazice. Spumele și cremele sunt de preferat deoarece se dispersează adecvat. Supozitoarele sau tabletele necesită o dizolvare inițială, ceea ce face ca dispersia acestora să nu poată fi apreciată.
  - i. Nonoxinol-9 este toxic pentru lactobacilii care colonizează în mod normal vaginul. Femeile ce utilizează spermicidele în mod regulat prezintă o creștere a colonizării vaginale cu bacteria *Escherichia coli* și pot fi predispuse la bacteriurie cu *E. coli* după contactul sexual.

Metodele de barieră și prezervativul din latex reduc riscul bolilor cu transmitere sexuală (BTS).

- Utilizarea consecventă a metodelor de barieră determină reducerea frecvenței gonoreei, infecțiilor cu ureaplasma și a bolilor inflamatorii pelviene precum și a sechelelor acestora (infertilitatea tubară).
- Cel mai mare beneficiu este înregistrat în urma combinării metodelor de barieră cu spermicidele.
- Utilizarea singulară a spermicidelor nu este eficientă, riscul apariției unei sarcini fiind destul de mare.
- *Chlamydia trachomatis*, virusul herpetic tip 2, virusul imunodeficienței umane (HIV) și virusul hepatitei B nu penetrează prezervativele din latex, dar traversează prezervativele confecționate din intestin animal. O protecție suplimentară este asigurată de asocierea spermicidului nonoxinol-9.
- Prezervativul oferă, de asemenea, o protecție relativă împotriva neoplaziei cervicale.

#### 4. Dispozitivele intrauterine (DIU)

Sunt niște piese flexibile făcute din metal sau plastic, acestea din urmă fiind mult mai puțin utilizate astăzi.

Actual există și DIU care eliberează progesteron (le norgestrel).

Sunt foarte importante în întreaga lume, dar joacă un rol minor în contracepția populației din SUA, deoarece există teamă de a dezvolta infecție, care nu mai este însă justificată.

DIU sunt disponibile în 2 variante:

- *Progestasert* – eliberator de hormoni (de progesteron și care necesită înlocuire anuală).
- *Paraguard* – constituie tipul din cupru T380 care oferă o siguranță și contracepție pe termen lung (10 ani) cu o eficiență echivalentă sterilizării tubare. Acesta are brațe de cupru pe brațele laterale ale T-ului adițional și un braț de cupru din jurul tulpinii, asigurând o suprafață totală de 380 mm de cupru, aproape dublu față de suprafața de cupru a primelor dispozitive din cupru.

DIU nu determină avortul.

Eficacitatea contraceptivă nu depinde de interferența cu implantarea, deși acest fenomen apare de asemenea și stă la baza utilizării DIU de cupru în contracepția de urgență.

Spermatozoizii pot fi obținuți prin mediere laparoscopică din lichidul de irigație recoltat de la nivelul tubelor uterine la femeile martor la mijlocul ciclului, în timp ce în lichidul obținut de la femeile care utilizează DIU nu s-au găsit spermatozoizi.

Ovulul eliminat din tube, observat în sterilizarea tubară, nu a arătat nici o evidență a fertilizării la femeile ce utilizează DIU.

Studii ale gonadotropinei corionice umane (hCG) secrete nu au indicat prezența sarcinii la femeile ce utilizează DIU.

#### Fertilitatea

În general după îndepărtarea DIU femeile obțin sarcini imediat. Cazurile de infertilitate tubară sunt în prezent foarte rare. Bunele expunerii la agenți patogeni transmiși pe cale sexuală conferă un anumit risc de infertilitate. DIU modificat oferă un grad mult mai scăzut de infertilitate.

### Contraindicațiile utilizării DIU:

- Sarcina
- Istoricul de BIP actuală sau în antecedente
- Orice infecție serioasă la nivelul tractului genital inferior (cervicita, vaginita), inclusiv TBC cu localizare la acest nivel.
- DIU cu progesteron nu se vor insera femeilor cu afecțiuni hepatice acute sau cronice.
- Sângerările genitale nediate diagnosticate
- Cancerul de corp sau col uterin, cancerul ovarian, iar pentru DIU cu progesteron: cancerul de sân.
- Anomaliile uterine (deși o femeie cu cavități uterine separate trebuie să poarte 2 DIU)
- Fibroamele uterine mari
- La femeile nulipare și la cele cu parteneri sexuali multipli datorită riscului de BIP
- La femeile cu menstruații abundente
- Alergia la cupru sau boala Wilson pentru DIU cu cupru
- Supresia imună cronică

Femeile cu aceste condiții sunt considerate a fi predispuse unui risc mai mare pentru BIP, dar adițional eficacitatea DIU poate fi compromisă. Un număr de sarcini au survenit la pacienți cu transplant renal la scurt timp după inserția DIU.

### Alegerea DIU

- Din cele 2 tipuri de DIU cel din cupru (tipul T 380A) este preferat de majoritatea femeilor ce doresc contracepție intrauterină. Acesta asigură o protecție pe o durată de 10 ani, are o frecvență a sarcinilor destul de redusă și scade riscul de sarcină ectopică.
- Tipul Progestasert trebuie înlocuit anual și prin aceasta expune teoretic pacienta la riscul infecției cu fiecare inserție, iar costul este marcat crescut. Este mai puțin eficient și crește ușor riscul de apariție al sarcinii ectopice, deoarece progesteronul intervine asupra motilității tubare și asupra mucusului cervical, neinfluențând prea mult ovulația. Totuși, acesta reduce cantitatea de sânge menstrual și dismenoreea, în timp ce tipul T380A din cupru crește sângerarea menstruală și durerea asociată.

- De reținut că per total, toate tipurile de DIU protejează mai mult împotriva unei sarcini intrauterine decât împotriva celei ectopice; astfel încât dacă o femeie care poartă DIU rămâne gravidă această sarcină mai curând este ectopică. Între cele 2 tipuri de DIU există diferențe în ceea ce privește sarcina ectopică, diferențe expuse mai sus, dar amândouă cresc ușor riscul de sarcină ectopică.

### Controlul femeilor purtătoare de DIU:

- Revine la control la 3 luni după inserție și nu mai devreme de prima menstruație (în cazul în care nu există alte probleme enumerate mai sus).
- Urmărirea de rutină se face anual.
- Se rezolvă problemele apărute pe parcurs, se efectuează examinarea sânilor, se face citologie Pap, se efectuează Hb și hematocritul și se tratează orice infecție genitală apărută (cervicita, vulvovaginita).
- Dacă femeia are anemie, se poate administra fier oral.
- Dacă în primele zile după inserția DIU apar dureri în etajul abdominal inferior, prescrieți: aspirină, ibuprofen sau paracetamol.

## METODE CONTRACEPTIVE HORMONALE

- contraceptivele hormonale sunt constituite din steroizi sexuali feminini, din estrogeni sintetici și progesteron sintetic sau numai dintr-un compus progesteronic.
- acestea pot fi administrate sub formă de contraceptive orale, implantate și preparate injectabile.
- contraceptivele hormonale cel mai frecvent utilizate sunt cele orale combinate (OC)

### Contraceptivele orale combinate (COC) pot fi:

- Monofazice (cu aceeași doză de estrogen și progesteron administrate în fiecare zi a ciclului).
- Multifazice (bifazice sau trifazice), în care doze variate de steroizi sunt administrate de-a lungul celor 21 de zile ale ciclului.

### Acestea se găsesc sub 2 forme:

- versiunea de folii care conțin 21 de pilule: care se administrează 1 pilulă/zi timp de 21 de zile, după o perioadă menstruală și apoi întrerupte timp de 7 zile pentru

a permite instalarea sângerării de privație ce mimează ciclul menstrual normal.

- Versiunea de 28 de zile a CO conține 7 tablete fără acțiune contraceptivă, pentru ultimile 7 zile ale ciclului, astfel încât utilizatoarea ia o pilulă pe zi și începe o nouă folie imediat după consumarea primei folii.

CO care nu conțin estrogen, ci numai progesteron se administrează în fiecare zi fără întrerupere.

Mecanismul de acțiune principal al COC este de a inhiba ovulația, existând mecanisme de acțiune adiționale care le voi prezenta mai jos, și care se datorează mai ales progesteronului.

Ovulația poate fi inhibată numai prin estrogeni pe cale orală sau numai prin progesteron oral, dar în acest caz sunt necesare doze mai mari.

Ovulația însă poate fi inhibată cu o doză mult mai mică din fiecare agent, efect evident când cei 2 agenți se administrează combinat.

Ocs combinate suprimă secreția bazală de FSH și LH.

Ocs diminuează capacitatea glandei hipofize de a sintetiza gonadotropine atunci când este stimulată de hormonul hipotalamic eliberator de gonadotropine (GnRH). Foliculii ovarieni nu ajung în stadiul matur, estradiolul este sintetizat în cantități reduse, iar peak-ul de LH de la mijlocul ciclului nu se produce. Ovulația nu are loc, corpul luteal nu se formează și progesteronul nu se sintetizează. Această blocare a ovulației este dependentă de doză.

Ocs recente, minidozate, nu realizează o blocare foarte intensă, permițând o concentrație bazală relativ mai mare de FSH și LH decât formulele cu doze mari. Aceasta determină o probabilitate mai mare a apariției ovulației dacă administrarea pilulei a fost omisă sau dacă pacienta urmează un tratament medicamentos care interferă cu acțiunea OC.

#### A. Contraceptivele orale combinate

- ovulația poate fi inhibată numai prin estrogeni pe cale orală sau numai prin progesteron oral, dar în acest caz sunt necesare doze mult mai mari.
- Sinergismul farmacologic este evident atunci când cei doi hormoni se administrează combinat, iar ovulația

este suprimată cu o doză mult mai mică a fiecărui agent.

- CO combinate suprimă secreția bazală de FSH și LH.
- Diminuează capacitatea glandei hipofize de a sintetiza gonadotropine atunci când este stimulată de GnRH (hormonul hipotalamic eliberator de gonadotropine).
- Astfel, foliculii ovarieni nu ajung în stadiul matur, estradiolul este sintetizat în cantități reduse, iar peak-ul de LH de la mijlocul ciclului nu se produce, ovulația nu are loc, corpul luteal nu se formează și progesteronul nu se sintetizează – aceasta blocare a ovulației este dependentă de doză.
- CO recente minidozate nu realizează o blocare foarte intensă, permițând o concentrație bazală relativ mai mare de FSH și LH decât formulele cu doze mari. Aceasta determină o probabilitate mai mare a apariției ovulației dacă administrarea pilulei a fost omisă sau dacă pacienta urmează un tratament medicamentos care interferă cu acțiunea CO.
- Administrarea acestor contraceptive determină o rată scăzută a sarcinilor: 2-3 sarcini/1000 femei/an.
- Prima generație de contraceptive conținea > 50 microg etinil estradiol; următoarea generație conținea 30-40 microg etinil estradiol și levonorgestrel, norgestimat sau etinil progesteron din familia noretindronei; a treia generație conține 20-30 etinil estradiol și gestoden sau desogestrel.

#### B. Contraceptive care conțin numai progesteron

- Sunt contraceptive hormonale orale care conțin numai progesteron în doză mai mică (0,350 mg noretindron Micronor sau Noriday, 0,030 mg norgestrel- Microv, 0,075mg levonorgestrel- Ovrette, 0,500mg lynestrenol Exluton).
- Se ia o pilulă zilnic, din prima zi a menstriei, de regulă la aceeași oră. Se utilizează o metodă suplimentară în primele 7 zile; dacă s-a uitat o pilulă se ia imediat ce este posibil următoarea sau dacă s-a luat la distanță mai mare de 3 ore se utilizează o metodă suplimentară cel puțin 2 zile; dacă se uită mai mult



- de 2 pilule și nu apare menstruația în 4-6 săptămâni se face test de sarcină.
- Pentru multe dintre ele efectul depinde foarte mult de doza compusului și efectul contraceptiv este dependent de modificările de la nivel endometrial, cervical și al motilității tubare.
- La concentrații sanguine mici de progesteron, ovulația poate avea loc.
- În cazul pilulei minidozate care conține numai progesteron și care asigură 0,3 mg de noretindronă/zi (Micro-nor), 40% din cicluri sunt ovulatorii, 25% au funcție luteală inadecvată, 18% prezintă maturare foliculară fără ovulație și 18% reprezintă supresie completă a dezvoltării foliculare.
- La concentrații sanguine moderate de progesteron se constată niveluri bazale normale de FSH și LH, iar maturarea foliculară se produce într-o oarecare măsură – producția de estradiol este prezentă și se inițiază descărcarea de estradiol, care în mod normal declanșează eliberarea hipofizară de LH; însă descărcare de LH nu se produce și prin urmare ovulația nu apare.
- Riscul sarcinii ectopice este crescut și cu toate acestea o sarcină ectopică în antecedente nu reprezintă o contraindicație de administrare.
- La concentrații sanguine mai mari de progesteron, nivelul bazal al FSH-ului este redus, activitatea foliculară este redusă, producția de estradiol este scăzută, iar descărcarea de LH nu se produce.
- Aceste contraceptive sunt mai puțin eficiente, mai ales la femeile tinere; la cele trecute de 35 de ani eficacitatea este similară cu a contraceptivelor orale combinate.
- Ambele tipuri de contraceptive au și un potențial de eroare care depinde și de utilizator.
- Compușii progesteronici injectabili și cei sub formă de implante sunt mult mai puțin supuși erorii utilizatorului.
- Precum am spus, progesteronul prezintă antagonism insulenic, putând determina modificări pe metabolismul glucozei și al lipidelor plasmatică, aceasta fiind în funcție de potența androgenică a compusului progestronic și de doza acestuia.

- CO utilizate în trecut, cu conținut mare de compuși progesteronici, determinau la pacientele normale anomalii ale testelor de toleranță la glucoză asociate cu niveluri crescute de insulină.
- Androgenii și compușii progesteronici determină scăderea nivelurilor HDL și creșterea nivelurilor LDL, antagonizând astfel modificările benefice determinate de estrogeni.
- Indicațiile principale de administrare:
  - adolescentele sau femeile cu vârsta > 40 de ani (datorită fertilității scăzute la această vârstă).
  - femei care alăptează (nu există influență asupra cantității de lapte sau asupra creșterii copilului, ele putând să înceapă să ia minipilula la 3 zile după naștere).
  - atunci când estrogenii sunt contraindicați: afecțiuni cardiovasculare, lupus eritematos sistemic, anomalii ale sistemului de coagulare.
  - femei cu HTA (aceste pilule nu influențează TA și factorii coagulării, deci nu au riscuri de tromboză venoasă, putând fi administrate și femeilor cu varice).
  - femeile obeze
  - femei al căror libido este scăzut prin administrarea pilulei combinate.
  - femei care au migrene sau au avut crize migrenoase în timpul administrării COC.
  - femei care primesc medicamente care cresc metabolismul hepatic ca de exemplu: rifampicina, fenobarbitalul, primidona, carbamazepin, etosuximid, griseofulvina.
- Contraindicațiile principale includ:
  - afecțiuni maligne ale sânelui
  - afecțiuni hepatice acute și cronice
  - sângerări genitale nediagnosticate

### C. Implantatele hormonale

- În cazul utilizării implantului subcutanat ce eliberează levonorgestrel (Norplant), există un grad de maturare foliculară și producție de estrogeni, dar nivelul maxim de LH este scăzut, iar ovulația este frecvent inhibată.

- Norplantul constă din 6 elemente sub formă de bastonașe fiecare măsurând 34mm în lungime, cu diametrul extern de 2,4 mm și conține 36 mg de levonorgestrel. În primele 6-12 luni după inserție, se eliberează aproximativ 80 microgr/zi. Frecvența eliberării scade apoi treptat la 30-35 microgr/zi. Concentrațiile sanguine ale steroidului sunt de aproximativ 0,35 ng/ml după 6 luni și rămân superioare valorii de 0,25 ng/ml timp de 5 ani. Concentrațiile plasmatice sub 0,20 ng/ml au ca rezultat o frecvență mai mare a sarcinilor.
- Compusul progestronic blochează eliberarea de LH necesar ovulației, astfel încât în decurs de 5 ani numai o treime din cicluri sunt ovulatorii.
- În primul an de utilizare 20% din cicluri sunt ovulatorii.
- Proportia ciclurilor ovulatorii crește cu timpul, ca rezultat al declinului în eliberarea hormonului; în al 4-lea an de utilizare, 41% din cicluri sunt ovulatorii.
- Mecanismul contracepției cu doze mici de progesteron include efecte asupra mucusului cervical, endometrului și motilității tubare: mucusul cervical uscat, în cantitate redusă, inhibă migrarea spermatozoizilor în tractul genital superior.
- Compușii progestronici:
  - scad concentrația receptorilor estrogenici nucleari
  - scad numărul de receptori progestronici
  - induc activarea enzimei 17-hidroxisteroid dehidrogenază ce metabolizează estradiolul natural.
- Aceste preparate cu eliberare susținută permit o concentrație cu eficacitate ridicată la concentrații sanguine relativ scăzute de steroid.
- În ciclul normal există o producție mică de progesteron la nivel folicular imediat înainte de ovulație – acest progesteron fiind esențial pentru producerea ovulației.
- Versiunile mai vechi de implante cu perete mai gros erau mai puțin eficiente la persoanele obeze, deoarece nu se elibera suficient preparat în sânge; dispozitivele

- actuale au un perete mai subțire, astfel încât greutatea nu mai reprezintă o problemă. Totuși unii medici recomandă ca la femeile obeze implantele să înlocuite după 3 ani pentru a menține un nivel crescut de protecție împotriva sarcinii.
- Implantul produce atrofie endometrială, astfel încât ciclul menstrual normal este întrerupt, cu apariție consecutivă a unor variate tulburări de sângerare, la sângerarea regulată lunară, la metroragia frecventă și sângerarea aproape zilnică, până la amenoree completă. Tipul de sângerare se modifică în timp, în final tinde să devină asemănător unei sângeri menstruale normale. La femeile cu sângerare lunară este posibilă prezența ovulației; de aceea, acest lucru trebuie investigat pentru depistarea prezenței sarcinii în momentul instalării amenoreei.
  - Norplant nu are efecte adverse asupra lactației și poate fi utilizat la femeile ce alăptează.
  - Efectele sale sunt eliminate rapid prin îndepărtarea implantului, iar revenirea la statusul fertil este general promptă.
  - Efectele metabolice:
    - Implantul nu modifică metabolismul glucozei.
    - Modificările lipidice sunt minime, astfel încât implantul nu promovează dezvoltarea aterosclerozei.
  - Reacții adverse:
    - sângerările neregulate și cefaleea sunt principalele motive de întrerupere a utilizării implantelor.
    - Alte efecte secundare sunt reprezentate de: acnee, creștere sau scădere ponderală, mastodinie, modificări ale dispoziției, depresie, hiperpigmentare la nivelul implantului, hirsutism și galactoree.
    - Ocazional, pot apare chisturi funcționale simple, care dispar spontan după câteva săptămâni în absența intervenției chirurgicale.
    - Dacă apare sarcina, ceea ce de altfel este extrem de rar în cazul implantului, probabilitatea ca aceasta să fie ectopică este crescută în comparație cu concepția la celelalte femei.

## Beneficiile CO asupra stării generale de sănătate

### A. Beneficii certe:

- Reducere de durată și importanță a riscului cancerului endometrial și ovarian
- Reducerea cu 50% a bolii inflamatorii pelviene: colonizarea cervixului cu chlamydia pare a fi mai frecventă la femeile ce utilizează CO decât la celelalte femei, dar, în ciuda acestui fapt, există o reducere cu 50% a riscului pentru BIP cu Chlamydia.
- Reducerea frecvenței sarcinii ectopice, deși CO care conțin numai compuși progesteronici par să crească acest risc.
- Reducerea afecțiunilor mamare benigne
- Reducerea chisturilor ovariene funcționale
- Reducerea fibroamelor uterine
- Reducerea dismenoreei
- Reducerea anemiei secundare pierderii sangvine menstruale.
- Ciclul menstrual regulat
- Compușii progesteronici au un real efect protector împotriva cancerului mamar, ca și implantele cu levonorgestrel.

### B. Beneficii mai puțin certe:

- Scăderea numărului de cazuri noi de poliartrită reumatoidă
- Reducerea osteopeniei
- Reducerea endometriozei
- Reducerea aterosclerozei

## Fertilitatea după utilizarea CO

Nu au fost raportate efecte asupra fertilității în general, dar poate apărea o întârziere în revenirea la fertilitatea deplină.

După întreruperea administrării CO, poate exista o întârziere de câteva luni în revenirea la ciclurile ovulatorii.

Femeile ce prezintă amenoree cu durată de peste 6 luni după întreruperea utilizării CO trebuie supuse unei evaluări complete, datorită existenței riscului de tumori hipofizare producătoare de prolactină. Aceste tumori nu sunt în legătură

cu utilizarea CO, existând anterior și care au dezvoltare lentă producând neregularități de ciclul menstrual, astfel determinând pacienta să utilizeze CO.

### • Teratogenitatea:

- Estrogenii administrați în doze mari în timpul sarcinii pot produce cancer vaginal la fetele de sex feminin expuse în utero.
- Progesteronul (în principal medroxiprogesteronul acetat) administrat la femei care prezentau semne sugestive pentru amenințare de avort nu a produs malformații congenitale sau, mai bine zis, riscul de apariție al acestora a fost același ca la femeile care nu au fost tratate cu progesteron.

## Interacțiunile CO cu alte medicamente

- Există medicamente care reduc eficacitatea CO: fenitoina, fenobarbitalul și rifampicina induc sinteza hepatică a enzimelor citocromului P450 (stimulează enzimele hepatice) și reduc concentrațiile plasmatice ale etinilestradiolului la femeile ce utilizează CO, ceea ce poate determina eșecul contracepției.
- Ampicilina și tetraciclina au fost implicate în numeroase cazuri de eșec ale contracepției: acestea distrug bacteriile digestive (în principal clostridii) ce sunt responsabile de hidroliza glucuronidelor steroidiene la nivel intestinal, ceea ce permite reabsorbția steroizilor pe calea circulației enterohepatice. Accentuarea sângerării poate indica efectul interferenței medicamentului cu CO și sugerează necesitatea contracepției suplimentare.
- Anumite medicamente cresc concentrația plasmatică a steroizilor contraceptivi: acidul ascorbic (vitamina C) și acetaminofenul (paracetamolul).
- CO afectează metabolismul altor medicamente, ca de exemplu benzodiazepinele (diazepam, nitrazepam, alprazolam): cărora le crește timpul de înjumătățire, deci le reduc clearance-ul metabolic.
- Alte medicamente: cofeina, teofilina, ciclosporina sunt afectate în același mod deoarece aceste medicamente sunt metabolizate hepatic de către cele 2 izoenzime P450.

### Modificările rezultatelor de laborator induse de CO

CO au capacitatea de a altera un număr de teste de laborator, ca rezultat al modificărilor induse de estrogeni în sinteza hepatică; acestea fiind reprezentate de: creșterea tiroxinei explicată prin creșterea nivelului circulant al proteinei ce leagă hormonii tiroidieni, o reducere ușoară a valorilor medii ale glucozei după postul alimentar, reducerea bilirubinei totale, o reducere ușoară a transaminazei glutamic oxaloacetice serice (TGO), scăderea fosfatazei alcaline și absența modificărilor globulinei.

#### Contraindicațiile absolute ale administrării CO:

- tromboflebita, boala tromboembolică la rudele de gradul întâi, ceea ce demonstrează o predispoziție genetică pentru tromboză venoasă.
- Boala cerebrovasculară
- Boala coronariană
- Orice istoric al condițiilor enumerate mai sus sau condiții susceptibile pentru aceste boli, adică factori de risc.
- Afectarea gravă a funcțiilor hepatice
- Suspiciunea sau diagnosticul clar de neoplasm de sân.
- Sângerări vaginale anormale nediate.
- Sarcina suspionată sau în evoluție
- Fumătoare peste 35 de ani.

#### Contraindicații relative ale administrării CO:

- Migrena complicată și însoțită de aură prelungită, precum și alți factori de risc pentru AVC: vârsta înaintată, fumatul, HTA.
- În HTA, dacă este controlată corespunzător, se permite administrarea CO.
- Fibromul uterin nu reprezintă o contraindicație pentru că CO nu stimulează creșterea lui însă pot reduce sângerarea uterină.
- Diabetul zaharat gestațional – este permisă utilizarea CO dacă se monitorizează glicemia à jeun; se ia în considerare administrarea minipilulei cu progesteron.
- Intervențiile chirurgicale necesită oprirea administrării pilulei cu 4 săptămâni înainte dacă se cunoaște data intervenției
- Epilepsia: administrarea antiepilepticelor pot diminua efectul contraceptiv al CO

- Siclemia: riscul de tromboză în această boală este teretic; protecția împotriva sarcinii justifică folosirea CO
- diabetul zaharat: există un risc minim la persoanele cu complicații vasculare date de această boală.
- Litiata biliară: CO nu determină formarea pietrelor însă pot accelera simptomele la pacienții cu această boală.

#### Urmărirea pacientelor:

- pacientele cu doze mici de hormoni se urmăresc 12 luni
- pacientele cu factori de risc se urmăresc la 6 luni.
- La prima administrare pacientele se urmăresc luni 2-3 luni.
- Se monitorizează glicemia și lipidele plasmatice femeile tinere cel puțin o dată, la cele trecute de 40 de ani, la cele cu istoric familial de boală coronariană HTA, la cele cu diabet inclusiv gestațional.

#### Alegerea COC

- Pentru pacientele fără probleme preparatul contraceptiv de elecție este reprezentat de COC monofazic ce conține < 50 microgr. etinilestradiol (combinația 0,15 mg progesteron și 0,03 mg estrogen este cea uzuală).
- Efectul contraceptiv este prezent pe întreaga perioadă a primului ciclu de administrare a pilulei dacă ea a fost luată cel târziu în ziua a 5-a sau mai devreme și nicăieri pilula nu a fost omisă.
- După administrarea CO apare hemoragia de privație care dispare în timp.
- Dacă sângerarea continuă să fie prezentă, se încearcă creșterea temporară a concentrației de estrogeni: 20 microgr. etinilestradiol zilnic timp de 7 zile, timp în care se continuă administrarea de CO.
- Efectele secundare: greață, tensiune mamară, modificări ale dispoziției, creștere în greutate sunt mai puțin frecvente în cazul utilizării formulelor actuale decât al celor anterioare și, de obicei, dispar după primele cicluri.
- La pacientele cu tensiune mamară persistentă, se încearcă tipul de CO cu un altul cu activitate progesteron crescută (CO progesteronice cu potență crescută proc

simptome mamare reduse) sau se reduce doza de estrogeni.

- Greața se datorează în special componentei estrogenice; înlocuirea cu preparate care conțin 20 microgr etinilestradiol poate fi benefică.
- Pacienta trebuie să ia prima pilulă în primele 5 zile ale ciclului menstrual, de preferat în prima zi.
- Pilula se ia în fiecare zi, indiferent dacă pacienta are contacte sexuale sau nu în acea perioadă.
- Dacă pacienta a uitat să ia una sau mai multe pilule cu conținut hormonal (pilule active), poate avea mici sângerări și, de asemenea, ea poate rămâne gravidă. Cel mai grav este ca ea să uite pilulele de la începutul și sfârșitul foliei (pentru foliile cu 21 de pilule), deoarece este ca și cum ar prelungi perioada de pauză în care nu ia pilule active.
- Dacă pacienta are un episod de gastroenterită va utiliza o metodă suplimentară de contracepție pentru 7 zile.
- Concepția potrivit căreia pilula trebuie întreruptă o perioadă este falsă.

#### *Probleme ce pot apărea în timpul utilizării CO:*

- Tulburări de sângerare fără semnificație clinică care apar cel mai frecvent în timpul primelor luni de utilizare a CO și care nu semnifică ineficiența contracepției. Acest fenomen este mai frecvent la fumătoare și la cele cu doză mică de estrogen- 20 microgr; în acest caz femeile trebuie încurajate să ia în continuare pilula, în mod regulat și să fie controlate în ceea ce privește infecțiile cervicale; de asemenea, se poate încerca o nouă concentrație de estrogeni după 7 zile sau administrarea unei doze suplimentare scurte de estrogeni.
- Amenoreea: estrogenii conținuți nu sunt suficienți pentru creșterea endometrului, de aceea este necesară prezența progesteronului; atrofia permanentă nu apare niciodată. Principala îngrijorare a pacientelor este anxietatea și uneori teama de a nu fi rămas gravidă; o temperatură bazală mai mică de 36,6 grade C la sfârșitul perioadei libere de o săptămână nu este compatibilă cu graviditatea. Opțiunea este de a administra o doză

mai mare de estrogen în următoarea lună fără a depăși 50 microgr.

- Câștigul ponderal pe durata administrării pilulei nu este legat de utilizarea ei.
- Administrarea lor în acnee are efecte benefice.

#### *D. Contraceptivele hormonale injectabile*

- Unul dintre cele mai utilizate contraceptive hormonale injectabile în prezent este reprezentat de medroxiprogesteronul acetat retard (DMPA); se injectează intramuscular 150 mg la fiecare 3 luni.
- Datorită concentrațiilor sanguine crescute de compus progesteronic, eficacitatea nu este redusă de administrarea altor medicamente și nu este dependentă de greutatea pacientei.
- Femeile tratate cu DMPA prezintă tulburări ale ciclului menstrual, ce constau în metroragie inițială și sângerare la intervale neregulate, în final instalându-se amenoreea totală. În cazul administrării continue, amenoreea se instalează la 50% dintre femei în primul an și la 80% în primii 3 ani.
- Sângerarea neregulată persistentă poate fi tratată prin administrarea dozei următoare de DMPA în avans față de momentul programat sau prin adăugarea temporară a unei doze reduse de estrogeni; de exemplu, se pot administra estrogeni conjugați 1,25 mg/zi, timp de 10-21 de zile.
- DMPA persistă în organism timp de câteva luni la femeile care au utilizat acest compus în scop contraceptiv pe termen lung, iar revenirea la statusul fertil poate fi întârziată timp de 12-24 de luni.

#### *Beneficiile utilizării DMPA:*

- reducerea anemiei, BIP, a sarcinii ectopice și a cancerului endometrial.
- Riscul de a diagnostica un cancer mamar în primii 4 ani de utilizare pare a fi ușor crescut, dar nu există nici o asocieră cu utilizarea pe termen lung și nici o creștere globală a riscului de cancer mamar.

### E. Contracepția postcoitală

Se consideră că implantarea ovulului fertilizat se produce în a 6 a zi după fertilizare. Acest interval oferă posibilitatea de a preveni sarcina chiar după fertilizare.

1. *Estrogenii*: Doze mari de estrogeni administrate în primele 72 de ore de la contactul sexual previn sarcina. Mecanismul de acțiune al estrogenilor administrați postcoital implică alterarea motilității tubare, interferarea funcției corpului luteal mediată de prostaglandine sau alterarea endometrului. Se pot administra postcoital 5 mg de etinil estradiol zilnic, timp de 5 zile. Nu se recomandă utilizarea repetată a metodei.
2. *Combinatii de estrogeni și progesteron*: cea mai utilizată combinație este de 200 micro gr etinil estradiol și 2 mg dl norgestrel (2 tablete de Ovrul urmate de încă 2 tablete 12 ore mai târziu) în primele 72 de ore de la coitus. Greața, vărsăturile și mastodinia sunt obișnuite în cazul ambelor regimuri; în acest caz se poate prescrie un antiemetic; la noi în țară există preparatul Postinor care poate fi utilizat în contracepția postcoitală.
3. *Dispozitiv intrauterin ce conține cupru*: inserția postcoitală a unui sterilet ce conține cupru în primele 72 de ore pare a fi mult mai eficientă decât administrarea de steroizi sexuali. Există cazuri la care inserția s-a efectuat chiar la o durată de 7 zile după contactul sexual neprotejat, situație în care nu a apărut o sarcină nedorită. Cuprul are efect toxic asupra embrionului.
4. Mifepriștona, un antiprogesteronic folosit, de asemenea, în contracepția de urgență (la noi în țară este folosit pentru a produce avortul) nu prezintă efecte secundare semnificative. Se administrează 600 mg în doză unică. Aceasta este foarte eficientă în inducerea menstruației atunci când este administrată în ziua a 27-a, a ciclului menstrual, depășind intervalul de 72 de ore stabilit pentru aplicarea contracepției de urgență.

### F. Contracepția la femeile cu afecțiuni cronice

Femeile cu afecțiuni cronice pot prezenta probleme speciale ce trebuie luate în considerație atunci când este aleasă

metoda de contracepție. La aceste femei, afecțiunile cronice pot determina complicații asociate sarcinii, motiv pentru care contracepția prezintă o importanță crescută.

- *Afecțiuni psihiatrice*:
  - CO, implantele, DMPA, steriletul ce conține cupru
  - Utilizarea metodelor de barieră trebuie încurajată pentru reducerea riscului de BTS.
- *Tulburări de coagulare*:
  - Afecțiuni hemoragice: CO pot fi indicate pentru prevenirea chisturilor ovariene hemoragice și a hemoragiei menstruale.
  - Afecțiuni trombotice: se evită CO care conțin estrogeni.
- *Dislipidemiile*:
  - Se pot utiliza CO minidozate dacă anomalia lipidică este controlată prin dietă sau terapie medicamentoasă; dar nivelul lipidic trebuie controlat la interval de 3-6 luni.
  - Evitarea CO când nivelul trigliceridelor este crescut.
  - DMPA, utilizarea CO ce conțin numai progesteron și steriletul reprezintă opțiuni acceptabile.
- *Hipertensiunea arterială*:
  - Femeile tinere fără alți factori de risc asociați, care au HTA formă ușoară, pot utiliza CO minidozate numai sub supraveghere strictă.
  - Femeile vârstnice, fumătorele și cele la care HTA nu este controlată trebuie să evite CO combinate.
  - DMPA, norplant, steriletul, CO care conțin numai progesteron reprezintă alternative adecvate.
- *Cefaleea*:
  - migrena fără aură, în absența simptomelor neurologice nu exclude utilizarea CO cu condiția unei supravegheri stricte.
  - Norplant și DMPA pot fi utilizate.
- *Epilepsia*:
  - CO nu determină creșterea riscului de convulsii, agenții anticonvulsivi reduc eficacitatea CO și a norplantului.
  - CO ce conțin 30 microgr. estrogeni pot fi utilizate și DMPA și steriletul.

### G. Contracepția hormonală la bărbați:

Același feedback negativ al steroizilor sexuali ce blochează ovulația la femei va suprima, de asemenea, spermatogeneza la bărbați, dar determină pierderea libidoului și chiar a performanței sexuale. Terapia de substituție a testosteronului restabilește libidoul și performanța sexuală, fără a restabili însă spermatogeneza. Testosteronul administrat ca atare suprimă eliberarea hipofizară de FSH și LH; inhibarea secreției de FSH are ca rezultat inhibarea spermatogenezei, în timp ce testosteronul din circulația sistemică menține comportamentul sexual normal. Doze săptămânale de 200 mg testosteron determină azoospermie la numai 40-70% la bărbații de rasă albă și oligospermie la ceilalți. Eficiența tratamentului este crescută la bărbații asiatici în comparație cu cei de rasă albă.

Teoretic se pot utiliza analogi GnRH pentru suprimarea spermatogenezei, cu androgeni cu durată lungă de acțiune pentru substituție (acest tratament este scump, însă eficient clinic).

Un alt dezavantaj al terapiei pe termen lung cu testosteron este riscul apariției cancerului hepatic la pacienții tratați.

### STERILIZAREA

Sterilizarea chirurgicală este o metodă de control a fertilității pentru cuplurile care nu mai doresc copii.

Tehnicile de sterilizare laparoscopică pentru femei și vasectomia pentru bărbați sunt metode ce prezintă siguranță și accesibilitate.

Probleme privind oportunitatea sterilizării apar în cazul în care aceasta se realizează înainte de 30 de ani sau în cazul divorțului și recăsătoririi și pot conduce la solicitarea reversibilității sterilizării.

*Sterilizarea feminină:* reprezintă întreruperea capacității de reproducere a femeii în scopul pierderii definitive a fertilității ei. Aceasta se realizează prin ocluzia sau secționarea bilaterală a trompelor uterine.

Sterilizarea tubară este remarcabil de sigură.

Complicațiile sunt foarte rare și, dacă apar, ele sunt legate de utilizarea anesteziei generale, de intervenții chirurgicale pelviene sau abdominale anterioare, istoric de BIP, obezitate și diabet zaharat. Cea mai frecventă complicație semnificativă a fost dezvoltarea aderențelor intraabdominale post-sterilizare care poate determina necesitatea laparotomiei.

Adițional asigurării unei contracepții excelente, ligatura tubară se asociază cu reducerea riscului de cancer ovarian, efect protector ce persistă timp de 20 de ani după intervenția chirurgicală, după care diminuează.

Eșecul sterilizării: apare frecvent în prima lună după intervenție și se datorează sarcinilor deja existente în momentul în care sterilizarea a avut loc, motiv pentru care înainte de intervenție trebuie exclusă sarcina. Contracepția trebuie continuată până în ziua intervenției chirurgicale. Se recomandă efectuarea unui test sensibil de sarcină în ziua intervenției. Deoarece implantarea se produce după 6 zile de la concepție, femeia poate concepe chiar înainte de intervenție, iar în acest caz sarcina nu poate fi detectată.

Reversibilitatea sterilizării tubare: înregistrează succese mai mari după ocluzia mecanică decât după electrocoagulare, deoarece ultima metodă determină distrucția tubei pe o lungime mai mare. Reversibilitatea sterilizării tubare se asociază cu un risc crescut de sarcină ectopică. În general această metodă trebuie considerată o metodă ireversibilă după practicarea căreia pacienta nu va mai putea avea copii.

Sterilizarea poate fi efectuată în următoarele situații:

- poate fi efectuată oricărei femei care a solicitat-o, după o consiliere corespunzătoare și cu condiția să nu existe nici o contraindicație semnificativă.
- Poate fi efectuată la femeile care au deja numărul dorit de copii.
- Poate fi efectuată la femeile care prezintă afecțiuni ce contraindică sarcina.
- Poate fi efectuată la femei care din diverse motive nu pot utiliza alte metode contraceptive.
- Se efectuează la femei care prezintă afecțiuni psihiatrice sau neurologice complexe, ireversibile și care sunt incompatibile cu statutul de genitor; în acest caz

sterilizarea se poate practica și fără consimțământul pacientei, dar trebuie să se obțină recomandarea scrisă a unui specialist competent.

- Pacienta trebuie consiliată preoperator pentru a face o alegere voluntară și în cunoștință de cauză.
- Trebuie să cunoască tehnica chirurgicală, anestezia cea mai potrivită și serviciul în care trebuie realizată intervenția.
- De regulă se consiliază ambii parteneri, deși se poate face numai cu consiliere individuală.
- Se discută într-un limbaj potrivit nivelului de înțelegere al pacientului.
- Se încurajează pacientul să pună întrebări și să-și exprime temerile legate de metodă și faptul că sterilizarea nu influențează în nici un fel funcția lor sexuală normală sau sănătatea fizică și psihică.
- Trebuie să fie informate pe larg privind eficiența, riscurile și beneficiile fiecăreia dintre metodele reversibile de contracepție.

*Sterilizarea masculină (vasectomia):* constă în excizia unei porțiuni din vasul deferent, care se efectuează cu ușurință sub anestezie locală.

Intervenția nu conduce la diminuarea performanței sexuale.

Vasectomia este considerată un mijloc permanent de sterilizare; există totuși tehnici microchirurgicale actuale, care încearcă, la cererea pacientului, ligatura capetelor secționare inițial. De reținut este faptul că reușita scade pe măsură ce intervalul de timp de la efectuarea vasectomiei crește.

# 13

## LUAREA ÎN EVIDENȚĂ ȘI DISPENSARIZAREA GRAVIDEI

Sarcina este un eveniment deosebit pentru vi femeii și a familiei. Evoluția ei poate fi influențată în sens negativ de anumite condiții. Prevenirea depistarea timpurie, tratarea sau supraveghearea lor asigură parcurgerea în siguranță a perioadei graviditate și a nașterii atât pentru mamă, cât și pentru copil.

Vizitele la medic în perioada prenatală reprezintă o ocazie excelentă pentru depistarea sâmborilor cu risc înalt.

Este important ca:

- sarcina să fie depistată cât mai timpuriu
- gravida să fie luată în evidență
- să fie consultată cu regularitate
- să beneficieze de măsuri profilactice
- să fie educată și informată cu privire la noua sa stare.

Scopul consultației prenatale constă în:

- verificarea funcțională a organelor materne care vor fi suprasolicitate de sarcină
- supravegherea sarcinii și depistarea factorilor de risc pentru a preveni complicațiile obstetrice
- dirijarea condițiilor de igienă a sarcinii
- pregătirea fizică și psihică în vederea nașterii.



Prima etapă este depistarea și dispensarizarea gravidelor și identificarea gravidelor cu risc. Este de preferat să fie realizată în primul trimestru de sarcină, ulterior consultațiile fiind lunare (săptămâna 12-28) sau bilunare (după săptămâna 28).

Prima consultație prenatală trebuie să cuprindă următoarele:

#### A. Determinarea stării de sănătate a gravidei

##### 1. anamneză:

- APF, APP ginecologice, istoricul sarcinilor anterioare și al celei actuale, vârsta gestațională
- Boli genetice
- Boli ereditare transmisibile
- APP medicale și chirurgicale

##### 2. examenul clinic general

- tipul constituțional
- starea de nutriție
- creșterea ponderală
- starea funcțională a aparatelor și sistemelor

##### 3. examenul obstetrical

- manevrele Leopold (după săptămâna 36)
- determinarea circumferinței abdominale și înălțimea fundului uterin

#### B. Selecționarea gravidelor cu risc crescut

##### 1. Circumstanțe psiho-sociale:

- sarcina nedorită
- climat afectiv neprielnic
- domiciliu în zone greu accesibile
- locul de muncă
- iatrogene: erori, neinterpretarea unei patologii fruste.

##### 2. Factori generali

- vârsta - primipare sub 20 de ani sau peste 35 de ani
- marile multipare
- înălțimea sub 1,55 m
- greutatea sub 45 kg
- hipotrofia genitală

- volumul cardiac redus
- izoimunizarea Rh sau de grup
- boli autoimune

##### 3. Antecedentele ginecologice sau obstetricale:

- uter cicatriceal
- malformații sau tumori genitale
- sterilitate tratată
- operații plastice pe sfera genitală sau pe rect
- sarcini cu complicații sau o naștere la mai puțin de 1 an de la data fecundării actuale
- avort, naștere prematură
- nașteri cu distocii mecanice, de dinamică, hemoragii în delivrență, intervenții
- lăuzie cu sindrom infecțios sau boală tromboembolică
- nașterea unor feți morți, copii malformați, macrosomi, cu handicapuri, hipotrofici.

##### 4. Boli preexistente sarcinii

- cardiopatii
- HTA
- anemii
- obezitate, DZ, hiperparatiroidism, hiper sau hipotiroidism
- boli respiratorii
- nefropatii
- infecții cronice - TBC, lues
- rubeolă, herpes, toxoplasmoză, listerioză, hepatită, colibaciloze, infecții cu CMV
- hepatita cronică
- afecțiuni ortopedice: cifoscolioză, șchiopătare, anchiloze.

##### 5. Intoxicații

- alcoolism
- tabagism
- medicamente
- stupefiante
- hidrargism, saturnism.

##### 6. Sarcină complicată prin:

- distocii osoase
- distocii de prezentație
- creștere anormală în greutate, disgravidie de ultim trimestru

- infecții urinare, vaginale, cutanate
- creșterea anormală a volumului uterului
- hemoragii după S 20
- incontinența cervicală
- fals travaliu
- incompatibilitate de Rh sau de grup
- intervenții chirurgicale
- boli apărute în timpul sarcinii
- durata sarcinii în afara termenului normal.

Analize obligatorii la luarea în evidență a gravidei:

- HLG
- Grup sanguin și Rh (și ale soțului)
- VDRL
- HIV
- Glicemie
- Examen sumar de urină
- Teste serologice pentru boli infecțioase
- Examenul secreției vaginale
- Ecografie
- Screening pentru defectele de tub neural la femeile peste 35 de ani.

Consultațiile ulterioare trebuie să urmărească:

- Starea generală
- Curba ponderală
- TA, AV
- Edemele
- Circumferința abdominală
- Înălțimea fundului uterin
- Mișcările fetale.

Manevrele Leopold se efectuează după S 36 pentru a stabili poziția, prezentația, angajarea fătului sau existența sarcinii gemelare sau a dezvoltării anormale a fătului.

Analizele de laborator:

- sumarul de urină se repetă lunar
- HLG în S 30-32
- Ac anti-Rh în S 24-28 și antepartum.

Accesul la o clinică de ginecologie este destul de limitat mai ales în mediul rural, un rol important revenind medicului de familie care va confirma sarcina, va lua în evidență gravida și, dacă este cazul, va asista nașterea.

# 14

## ALIMENTAȚIA GRAVIDEI

Nevoile energetice și plastice vor trebui să fie crescute în timpul sarcinii pentru a satisface nevoile de creștere a fătului și ale mamei. Un câștig ponderal de 12,5-15,5 Kg este optim pentru cea mai scăzută rată a complicațiilor, în timp ce o creștere peste 19-20 Kg, determină și o creștere a riscurilor de trei ori. În timpul sarcinii nevoile calorice cresc la 30-40 Kcal/kg/zi, ceea ce face necesarul caloric al gravidei să fie între 2400-3000 Kcal/kg/zi, în funcție de activitatea fizică desfășurată. Aportul caloric total va fi reprezentat de glucide 50-60%, lipide 20-25% și proteine 15-20% din totalul rației calorice.

Nevoia de proteine la gravide va crește în primul trimestru de sarcină la 80-100gr/zi, din care două treimi vor trebui să fie de origine animală. De asemenea, aportul de glucide va crește cu 5 gr/kg/zi pentru a acoperi creșterea consumului caloric.

În afara substanțelor plastice și energetice un rol important îl are și aportul de minerale și vitamine. Dintre substanțele minerale un rol deosebit trebuie acordat Na, Ca și Fe. Se consideră că nevoile de sodiu sunt de 6g pe zi, nevoile de calciu se vor dubla de la 0,8 g pe zi la 1,6 g pe zi. Dieta gravidei trebuie să conțină 15 mg pe zi de fier, adică cu 5 mg mai mult decât la femeia negravida.

## Aportul nutrițional recomandat gravidei

	Aport energetic	Calciu	Fier	Vitamina D
Adolescentă	2400cal	1200 mg	16 mg	200 mg
Adult	2000 cal	1000 mg	16 mg	200 mg
Femeia gravidă	2300 cal	1000 mg	30 mg	400 mg
Femeia care alăptează	2500 cal	1000 mg	10 mg	400 mg
Femeia >55 ani	1500 cal	1200 mg	10 mg	400 mg

Pe lângă Na, Ca și Fe un rol important în dezvoltarea fătului îl au și Mg, P, Co, Cu și I. Suplimentarea cu acid folic este absolut necesară pentru prevenirea malformațiilor de tub neural. Această suplimentare trebuie începută cât mai timpuriu, încă din perioada preconcepțională. În timpul sarcinii cresc și nevoile de vitamină C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP, B<sub>12</sub>.

Este cunoscut faptul că dacă deficitul nutrițional apare în primul trimestru, va afecta viabilitatea embrionară; dacă apare în ultimele două trimestre va afecta creșterea fetală.

Se recomandă consumul de pește, datorită conținutului de proteine: (aa esențiali), grăsimi (ac. grași omega 3), vitaminele A, B, D, Fier, Iod, Fosfor.

## Necesarul de vitamine și minerale în sarcină

	SARCINĂ	ALĂPTARE	ADULT
Vitamina A (mcg RE)	800	1300	800
Vitamina D (mcg)	10	10	5
Vitamina E (mg)	10	12	8
Vitamina K (mcg)	90	90	65
Vitamina C (mg)	85	120	60
Tiamina (mg)	1.4	1.4	1.1
Riboflavina (mg)	1.4	1.6	1
Niacin (mg)	18	17	15
Vitamina B6 (mg)	1.9	2	1.6
Acid folic (mcg)	600	500	180
Vitamina B12 (mcg)	2.6	2.8	2
Calciu (mg)	1000	1000	1000
Fosfor (mg)	1200	1200	800
Magneziu (mg)	320	350	280
Fier (mg)	30	15	15
Zinc (mg)	15	19	12
Iod (mcg)	185	210	150
Seleniu (mcg)	65	75	55

## ROLUL VITAMINELOR ÎN SARCINĂ

## Vitamina A

- creștere și diferențiere celulară
- troficitate tegumente și mucoase
- reproducere, acuitate vizuală
- funcție imună, rol antioxidant

Suplimentarea cu vitamina A și betacaroteni reduce mortalitatea maternă cu 40% și respectiv 50%.

Deficiența de vitamina A și betacaroteni (20-50% gravide) determină:

- avort, preeclampsie
- întârzierea maturării pulmonare
- altrare renală cu deficit nefroni
- prematuritate, IUGR
- funcție imună deprimată la nou-născuți

## Vitamina E

- proprietăți antioxidante
- imunomodulare prin proliferare Lf
- inhibarea aderenței plachetare
- inhibă activitatea protein kinazei C
- favorizează funcția gonadică

## Vitamina C

- antioxidant
- sinteza de colagen
- rol în anticorpogeneză, reacția leucocitară, fagocitoză
- dezvoltarea placentară normală
- previne *abruptio placentae*

## Vitamina D

- reglarea metabolism fosfo-calcic
- reducerea proliferării,
- inducerea diferențierii celulare

## Vitamina B1

- coenzimă în metabolismul glucidelor și cetoacizilor
- stimularea celulelor neuronale și a altor țesuturi excitabile

## Vitamina B2

- reacții de oxido-reducere
- absorbția Fe, integritate țesut epitelial și nervos

- producere suprarenaliană de adrenalină
- sinteza steroizilor, eritrocitelor, glicogenului

#### Vitamina B

- coenzimă în metabolismul proteic și în sinteza neurotransmițătorilor
- stimulare producție de PG, anticorpi, eritropoeza, absorbția B12
- reglarea proceselor mentale și dispoziției

#### Vitamina B12

- sinteza nucleotidelor, a mielinei și a lanțurilor de ac grași
- hematopoieză
- ritm biologic

#### Acidul pantotenic

- Componentă a coenzimei A, intervine în procesul de formare și refacere a țesutului epitelial

#### Biotina

- sinteză acizi grași
- gluconeogeneză
- catabolism aminoacizi
- reglarea exprimării genelor
- protecție palatoschizis, membre scurte congenitale

#### Acidul folic

- sinteza acizilor nucleici
- scăderea homocisteinemiei

Suplimentarea cu acid folic a dietei are eficiență maximă dacă se administrează preconcepțional și *intra partum* 0,4mg/zi sau 4mg/zi (antecedente malformații de tub neural)

Suplimentarea corectă cu acid folic previne până la 75% apariția și până la 72% recurența malformațiilor de tub neural.

Deficitul de acid folic determină:

- malformații congenitale (defecte de tub neural, schizis facial, malformații cardiace, malformații membre)
- avort spontan
- prematuritate

- greutate mică la naștere
- IUGR
- abrupcio placentae
- preeclampsie

#### Vitamina PP

- metabolismul glucidic și al acizilor grași
- sinteză ADN

### ROLUL MINERALELOR ÎN SARCINĂ

#### Calciu

- mineralizare țesut osos
- simpatomimetism
- excitabilitate neuromusculară
- coagulare
- semnal intracelular
- menținere structură celulară
- hemoproteine
- homeostazia termică

Aportul de calciu recomandat rămâne constant: 1000 mg/zi.

Suplimentare diete cu calciu, dacă există diete cu aport insuficient de Ca (< 600mg/zi), sarcina în adolescență sau sarcini cu risc de prematuritate, greutate scăzută la naștere sau preeclampsie.

Efectele deficitului de calciu sunt:

Materne: demineralizare osoasă, toxemie gravidică, scăderea concentrației de Ca în laptele matern.

Fetale: deficit de dezvoltare și osificare (rahitism fetal)?

#### Magneziu

- metabolism/activitate vitamina D
- sinteză/secreție PTH
- excitabilitate/transmitere neuromusculară
- sinteză proteică
- metabolism energetic
- sinteză nucleotide
- legătură ARN-ribozomi

Suplimentarea dietei cu magneziu are ca efecte:

- reducerea semnificativă a hemoragiei antepartum
- reducerea riscului SGA cu 30%

- administrarea anterioară S25 reduce semnificativ rata prematurității

#### Iod

- sinteză hormoni tiroidieni cu efect calorigen
- diferențiere și proliferare țesuturi
- sinteză ARN și proteine
- maturare fizică și mentală a fătului

Doza recomandată de iod este de 200 mcg.

Aportul adecvat de Iod în sarcină este esențial pentru dezvoltarea neurologică normală.

Deficiența favorizează: riscul de avort, hipotiroidism la mamă și copil, cretinism gusogen (anual, 100.000 de copii se nasc cu cretinism gusogen).

Studiile recente au arătat că: numai 35% dintre produsele prenatale conțin Iod; din totalul produselor care conțin Iod numai 15% conțin mai mult de 150 μg Iod în doză zilnică.

#### Zinc

- sinteza și stabilizarea materialului genetic
- gametogeneză și funcție gonadică
- procese de replicare și diferențiere celulară
- sinteza și degradarea proteinelor lipidelor, glucidelor
- stimulare imunitate

#### Seleniu

- componenta esențială a glutatation peroxidazei
- protecție structuri celulare de stresul oxidativ
- dezvoltarea musculaturii scheletice, sistemului imun și glandei tiroide la făt
- deficiența de seleniu determină creșterea incidenței spinei bifide și creșterea ratei avorturilor.
- suplimentarea cu seleniu previne și scade incidența HTAIS, dezvoltă musculatura scheletică fetală
- contribuie la protecția împotriva stresului oxidativ pe ADN și membranele celulare.

Necesarul de fier crește cu 50% în timpul sarcinii

Necesar în trimestrul II și III este de 1000 mg necesar pentru creșterea volumului eritrocitar matern și în eritropoeză fetală. Necesarul maxim în trim. III se datorează transferului masiv către făt. Aport prin dietă insuficient.

#### Efecte ale deficitului de fier

- maternel: anemie agravată postpartum, infecții puerperale
- fetale: prematuritate, greutate mică la naștere, moarte fetală, reducerea depozitelor fetale persistente în primul an, anemie cu afectarea dezvoltării, HTA la maturitate

Profilactic: toate gravidele în trim II și III, 30 mg Fe/zi

Terapeutic: Hb < 11g/100ml, Ht < 33% în trim I și III

Hb < 10,5g/100ml, Ht < 32% în trim II

#### FACTORI DE RISC NUTRIȚIONAL ÎN SARCINĂ

- deviere semnificativă de la greutatea ideală antepartum
- câștig ponderal excesiv / inadecvat
- sarcina în adolescență, în special în primii 2 ani de la menarhă
- antecedente obstetricale patologice
- boli cronice: diabet, afecțiuni tiroidiene, fenilcetonuria

## PRELUAREA NOU-NĂSCUTULUI ȘI URMĂRIREA DEZVOLTĂRII ACESTUIA

În condiții normale nou-născutul trebuie preluat de medic din primele 24 de ore de la externare sau cât mai aproape de momentul externării din maternitate.

La prima vizită, medicul de familie va fi informat de modul cum a decurs nașterea și evoluția în maternitate, atât verbal de către mamă, cât și prin parcurgerea epicrizei întocmite la externare.

Fișa nou-născutului va cuprinde istoricul prenatal, nașterea, perioada postnatală precoce, vârsta gestațională, scorul Apgar, datele antropometrice (greutate, talie, perimetre), screening-ul senzorial, datele examenului fizic, icter fiziologic, incidente în evoluția postnatală, vaccinări (hepatită B, BCG).

De asemenea, se va consemna în fișa nou-născutului existența unor malformații (inclusiv luxația congenitală de șold).

La externarea din maternitate nou-născutul va primi recomandări cu privire la profilaxia rahitismului și schema de vaccinare ulterioară.

Examenul medical va fi precedat de o scurtă informare privind nașterea și evoluția postnatală și se vor cere câteva date în legătură cu mama: dificultăți de alăptare, posibilități de îngrijire, condiții de locuit etc.

Preluarea nou-născutului și urmărirea dezvoltării acestuia

### Examenul clinic

#### Tegumente și mucoase

- icter, cianoză, descuamație;
- echimoze, hematoame;
- nevi pigmentari, hemangioame;
- leziuni cutanate, vezicule, pustule, eritem
- aspectul bontului/plăgii ombilicale

#### Mucoase

- stomatita candidozică sau eritematoasă;
- sângerări gingivale
- leziuni faringiene postinstrumentale

#### Țesut celular adipos

- abundent la macrosomi
- diminuat la prematuri
- absent la dismaturi

#### Sistem muscular

- hipertonia musculaturii flexoare
- hipotonie
- spasticitate
- mișcări asimetrice

#### Sistem osteo-articular

- integritate
- deformări articulare
- asimetrie de segmente osoase
- fracturi - claviculă, craniu, membre
- mobilitate articulară
- deformări osoase - torace, membre
- malformații: șold, craniu (macro, microcefalie)
- rahischizis
- fontanela anterioară: dimensiuni
- dehiscența suturilor, hiperostoza suturilor

#### Aparat respirator

- dimensiuni, simetrie
- ampliații toracice
- sonoritate
- murmur vezicular: prezent/absent parcellar (zone alectatice)
- ritm respirator: frecvența 30-40/minut, ușor neregulat

#### Aparat cardiovascular

- caracterul și intensitatea zgomotelor cardiace

- frecvența cardiacă (normal 120/minut)
- prezența unor sufluri cardiace
- prezența pulsului la arterele femurale (lipsa lui în coarctăție de aortă)
- prezența cianozei (generalizate, a extremităților, periorale)

#### Aparat digestiv

- malformații bucale – palatoschizis
- deglutiție
- apetit, scaune, vărsături
- distensie abdominală
- hepato/splenomegalie
- hernie inghinală, ombilicală

#### Aparat urogenital

- micțiuni, flux urinar, diureză
- urini hipo/hipercrome, hematurie
- malformații genitale: hipertrofie de clitoris, ambiguitate sexuală
- ectopie testiculară

#### Sistem nervos

- tonus și reactivitate
- reflexe arhaice
- motilitate, reflectivitate
- mișcări anormale
- crize de apnee și cianoză
- tulburări de supt/deglutiție
- ritm somn/veghe
- țipăt particular

#### Organe de simț

##### Aparat ocular

- strabism, nistagmus, asimetriei pupilare
- cataractă
- microoftalmie
- exoftalmie
- ptoză palpebrală
- secreții conjunctivale

##### Aparat auditiv

- malformații pavilionare
- tuberculi pretragieni
- atrezie coanală

- malformații ale piramidei nazale
- auz

#### Aspecte generale

- dismorfie
- malformații majore/minore
- sindrom malformativ complex

## RECOMANDĂRI LA PRIMA VIZITĂ A NOU-NĂSCUTULUI

### 1. Sfaturi generale

#### Importanța alimentației la sân

Pentru a se evita riscul ca un nou-născut să nu fie alimentat la sân este nevoie de o educație sanitară precoce și țintită efectuată de medicul de familie. În acest sens sunt importante câteva măsuri:

- explicarea și promovarea alimentației la sân încă din perioada prenatală;
- mama trebuie să considere acest act natural și perfect realizabil;
- medicul de familie și sora de ocrotire trebuie să ajute mama în a deprinde cât mai corect tehnica alăptării la sân;
- se va explica mamei superioritatea laptelui uman în raport cu formulele de lapte artificial și laptele de vacă;
- nu se vor exagera eventualele „eșecuri“ de început ale alăptării, mama fiind ajutată și sprijinită în vederea depășirii acestora;
- nu se va oferi „gratuit“ lapte praf mamei pentru a nu fi tentată să abandoneze alăptarea.

#### Igiena tegumentelor și mucoaselor

Se va explica mamei importanța păstrării condițiilor de igienă și curățenie maxime pentru nou-născut. Date fiind particularitățile tegumentelor noului-născut legate de lipsa stratului cornos, lipsa ph-ului acid, lipsa florei saprofite, deficiența de apărare imunitară locală, riscul infecțiilor cu poartă de intrare cutanată este foarte mare. În acest sens se va explica mamei importanța:

- spălatului pe mâini ori de câte ori ia copilul în brațe.

- necesitatea toaletei locale cu apă fiartă și răcită și tamponare sterile la nivelul plicilor cutanate și regiunii inghinogenitale
- toaleta mucoaselor: bucale, oculare, genitale
- îngrijirea bontului și plăgii ombilicale cu apă sterilă, alcool alb de 70° și tamponare sterile;
- baie generală, efectuată zilnic (de preferință la aceeași oră) – se va insista asupra igienei cădiței de baie, temperatura apei testată cu termometrul (38°) sau prin metoda tradițională „cu cotul“;
- importanța masajului la baie (înainte sau după baie) cu ulei cu vitamina E sau ulei fiert și răcit
- toaleta nazală cu ser fiziologic – preferabil înainte de supt pentru a-i asigura un confort de respirație în timpul suptului și al prevenirii aerofagiei și aerocoliei.

#### Tehnica îmbrăcatului în strânsă concordanță cu temperatura mediului ambiant

În acest sens se recomandă îmbrăcăminte lejeră, absorbabilă, din bumbac, folosirea chiloților absorbantți pe timpul nopții, iar în cursul zilei intermitent, pentru a nu se ajunge la o iritație și eritem inghinogenital.

#### Mentținerea unui mediu ambiant în cameră cât mai sanogen și odihnitor

- camera să fie curată și plasată în partea însorită a locuinței
- temperatura din camera să fie între 20-22° și cu 2° mai mult (24°) la baie;
- un grad de umiditate a aerului de 50-60%, folosind aparate speciale sau vase cu apă;
- aerisirea camerei de 3-4 ori pe zi;
- monitorizarea temperaturii camerei (eventual și a umidității) folosind termometre de cameră;
- evitarea „vicierei aerului“ din cameră de către persoane străine sau prin supraaglomerare;
- camera copilului să aibă pardoseală ușor de întreținut (gresie, linoleum, etc)

#### Patul copilului

- să fie prevăzut cu saltea „respirabilă“ din iarbă de mare;

- plasarea lui să fie într-o zonă „neutră“ a camerei, din punct de vedere termic;
- nu se va folosi perna pentru cap.

#### Importanța băilor de aer și soare

- nou-născutul va fi scos zilnic în aer liber după primele 2-3 săptămâni – inițial 10-15 minute și ulterior se va crește progresiv la 3-4 ore.

#### Alte sfaturi primite de mamă

- explicarea ritmului somn-veghe;
- explicarea colicilor sugarului și a modului cum acestea pot fi tratate;
- recunoașterea primelor semne care pot anunța o boală (refuzul alimentației, perturbarea ritmului somn-veghe, modificarea comportamentului copilului etc);
- se va învăța mama cum să trateze inițial o stare febrilă până la venirea medicului;
- se va explica mamei importanța vaccinării copilului, profilaxiei rahitismului și anemiei feriprive;
- informarea mamei privind alimentele pe care nu le poate consuma în timpul alăptării;
- evitarea fumatului, alcoolului, condimentelor sau a altor alimente care modifică gustul laptelui.

## 2. Tehnica alimentației

### Tehnica alimentației la sân

- pregătirea pentru alimentație
- precocitatea punerii la sân din primele ore după naștere
- tehnica alternanței sânilor
- durata suptului:
  - este în medie de 20 minute
  - în primele zile este de 10 minute
- ritmul suptului – un orar elastic este de 3-4 ore cu o pauză de 7 ore în cursul nopții (7-8 mese pe zi)
- cantitatea de lapte: de la 60-70 ml/masă până la 200 ml/masă
- recomandări la sfârșitul suptului
- cantitatea laptelui pe 24 de ore: nevoile de lapte cresc proporțional cu vârsta:



- < 2 săptămâni: 60-90 ml/supt
  - 3 săptămâni – 2 luni: 120-150: ml/masă
  - 2-3 luni: 150-170 ml/masă
  - >3-4 luni: 180-200 ml/masă
- i. modalități de apreciere a suficienței suptului:
- comportamentul sugarului după supt
  - aspectul curbei ponderale
  - proba suptului (este combătută)
  - numărul micțiunilor (> 5-6 ori pe zi)
- j. durata alimentației naturale este de minim 6 luni și se poate prelungi până la 2 ani.

### Tehnica alimentației artificiale

Administrarea cu biberonul sau cu lingurița – sterilizate prin fierbere.

Sunt necesare:

- 8-10 biberoane
- 10 tetine (cauciuc, material plastic, silicon)
- un vas emailat
- 3 căni emailate pentru păstrarea lingurilor și prepararea diluțiilor
- pâlnie
- perie pentru spălarea biberoanelor
- 2-3 lingurițe
- tifon steril

Tetinele noi sunt frecate cu sare și fierte pentru dispariția mirosului de cauciuc. Sunt perforate cu un ac înroșit în 2-3 puncte – asigurându-se un debit de 20 de picături/min („picătură cu picătură”).

Laptele trebuie administrat cald la temperatura de 38°.

Biberonul se va ține în poziție înclinată pentru ca tina să fie plină tot timpul.

Poziția sugarului în timpul suptului să fie oblică.

Durata mesei – 10-15 minute.

### 3. Sfaturi privind menținerea unei bune secreții lactate

- informarea prenatală a mamei asupra importanței tehnicii alimentației naturale și asupra unor manevre de îngrijire a sânilor:

- masarea mameloanelor;
  - exprimarea periodică mameloanelor
  - expunerea sânilor la aer.
  - precocitatea inițierii alimentației la sân din primele ore după naștere
  - evitarea unor traumatisme fizice și psihice ale mamei în maternitate
  - alimentația echilibrată și ritmică: 4-5 mese/zi, cu un ușor surplus de lichide
  - realizarea unui climat de odihnă al mamei, climat psihosocial-afectiv-emoțional favorabil în familie
  - evacuarea ritmică a laptelui prin supt după metoda „la cerere” sunt cele mai bune stimulente ale menținerii secreției lactate.
- Când este necesar se poate ajuta reflexul de ejecție și secreție lactată cu medicamente:
- oxitocin spray – cu 2-3 minute înainte de supt, acționează asupra celulelor mioepiteliale favorizând ejecția laptelui;
  - clorpromazina – stimulează producerea de lapte și reduce anxietatea mamei; 10-15mg de 2-3 ori/zi timp de 3-4 zile.

### 4. Dificultăți și incidente în alimentația naturală

#### a. Diminuarea reflexului de supt și a eficienței suptului

- la prematuri, encefalopați
- malformații ale gurii și cavității bucale
- malformații viscerale grave

Se recomandă:

- alimentația prin gavaj sau cu lingurița cu lapte de mamă muls.

#### b. Obstrucția nazală: rinite, adenoidite

Se recomandă:

- aspirația secrețiilor nazale cu o pară de cauciuc, urmată de instilarea de ser fiziologic – câteva picături

#### c. Regurgitațiile și vărsăturile:

- eructația – eliminarea aerului din stomac datorat aerofagiei
- regurgitația – eliminarea aerului însoțit de mici cantități de lapte
- vărsătura – eliminarea de lapte „modificat” în cantitate mai mare la un interval de timp după supt.

Se recomandă:

- respectarea unei tehnici de alăptare corecte.

d. *Colicile abdominale*

- Atenție! Colici + vărsături – invaginație intestinală
- nu se cunosc cu certitudine cauzele apariției colicilor
- debutul este în primele 15 zile de viață și durează 2-3 luni
- *Clinic:* agitație paroxistică (își freacă picioarele) apărută după supt, cu durată de 5-20 minute, după care dispare brusc.
- Cauze posibile:
  - supraalimentația, subalimentația sugarului
  - aerofagia, aerocolia
  - factori constituționali – caracterul mai „dramatic“ al colicilor la unii sugari – hipertonie vagală
  - factori materni: mama cu un grad superior de inteligență, mame optimiste, stabil „feminine“
  - consumul de lapte de vacă de către mamă

*Tratament:*

- tehnica alimentară corectă cu favorizarea eliminării aerului înghițit;
- masajul abdomenului;
- comprese calde, uscate pe abdomen;
- administrarea unor medicamente anticolinergice și, mai rar, medicație sedativă;
- aerisirea camerei copilului.

e. *Diareea postprandială:*

- survine la sugarul alimentat natural în primele 3-4 luni de viață;
- scaunele sunt semilichide, verzi, explozive, uneori cu mucus, însoțite de colici.

*Recomandări:*

- respectarea ritmului și a cantității de lapte necesar;
- supravegherea stării generale și a aspectului curbei ponderale care este normală.

f. *Constipația:*

- apare mai rar la sugarul alimentat natural;
- administrarea unui supozitor de glicerină dacă sugarul nu a avut scaun 1-2 zile.

Atenție la constipație prin subalimentare = curbă ponderală nesatisfăcătoare!

5. *Alimentația sugarului prematur la domiciliu*

La prematuri alimentația ridică unele probleme concordante cu gradul prematurității.

Se recomandă continuarea alimentației la domiciliu cu același preparat din maternitate, sub directă supraveghere a medicului și a asistentei de ocrotire.

Alimentul ideal recomandat este laptele de mamă – inițial, în muls. Se va administra imediat și nu se va fierbe. Ulterior va încerca punerea la sân pentru câteva minute.

După 1-3 săptămâni majoritatea prematurilor se obișnuiesc cu alimentația la sân (când G > 2500 gr).

Numărul de mese poate fi de 8-10/zi, iar cantitatea de lapte poate ajunge la 180-200 ml/kg/zi.

Dacă circumstanțele impun alimentația artificială a prematurului, se va folosi un preparat de lapte adaptat sau ser adaptat.

Se va acorda o atenție deosebită pentru suplimentare fier, vitamina C, calciu, vitamina D.

6. *Alimentația mamei care alăptează*

Aport alimentar echilibrat în principii nutritive, cât mai variat pentru aportul tuturor factorilor nutritivi.

Pregătirea alimentelor să fie cât mai simplă: carne, legume fierte, salate, fructe.

Se va evita excesul de dulciuri, alimentele condimentate, grăsimi, prăjeli, excesul de sare, ciocolata, cafeaua, fumatul.

Nu se vor consuma alimente ce modifică gustul laptelui: muștar, usturoi.

Nu se poate alăpta în condițiile unei diete de slăbire. Excesul de proteine nu crește secreția lactată!

Excesul de grăsimi poate reduce secreția lactată!

Excesul de lichide poate scădea secreția lactată prin intervenția hormonului antidiuretic. Cantitatea de lichide la mama care alăptează este autoreglată prin senzația proprie de sete.

Berea și ceaiul nu stimulează secreția lactată!

## EXAMENELE PERIODICE ALE NOU-NĂSCUTULUI ȘI SUGARULUI

După prima vizită a medicului, copilul sănătos este încadrat într-un program de urmărire sistematică bazat pe examene de bilanț periodice:

În perioada de nou-născut	săptămânal
În perioada de sugar	1 lună, 2 luni, 4 luni, 6 luni, 9 luni, 12 luni
În perioada 1-4 ani	15 luni, 18 luni, 24 luni, 3 ani, 4 ani
În perioada 5-18 ani	anual

Conținutul examenului de bilanț în perioada de sugar:

- Date antropometrice: greutate, lungime, indice ponderal
- Rezumatul examenului clinic
- Dezvoltarea psihomotorie
- Aprecierea corectitudinii alimentației recomandate
- Evaluarea eficienței profilaxiei antirahitice și a celei antianemice

Fiecare examen de bilanț se va încheia cu o concluzie asupra stării de sănătate a copilului.

### 1. Parametrii antropometrici la naștere

- greutate: 2800-4000 g
- talie: 50-52 cm
- perimetrul cranian: 35-36 cm
- perimetrul toracic: 33-34 cm.

### Creșterea în perioada de sugar

- *Creșterea în greutate:*
  - în primele 4 luni crește 750g/lună
  - între 5-8 luni crește 500 g/lună
  - între 9-12 luni crește 250 g/lună.

O modalitate sintetică, globală de apreciere a creșterii în greutate este aceea că sugarul născut cu 3000 g își dublează greutatea la 4 luni când cântărește 6000 g și și-o triplează la 1 an, când are 9000 g.

- *Creșterea în lungime:*
  - 5 cm în prima lună;

- 4 cm în luna a II-a;
- 3 cm în luna a III-a;
- 2 cm în luna a IV-a și a V-a;
- 1 cm/lună între a VI-a și a XII-a lună

Sugarul crește în primul an cu 22-25 cm, atingând o lungime de 73-75 cm.

Un alt parametru urmărit este fontanela anterioară, care are un diametru de 3-5 cm, la naștere și se va micșora treptat pentru ca la 9-12 luni să se închidă.

Perimetrul toracic este de 33-34 cm la naștere, ulterior va crește cu 3 cm în prima lună, 2 cm în luna a doua și ulterior 1 cm/lună până la 1 an.

### 2. Dezvoltarea neuropsihică la sugar și copil

Vârsta	Motor	Social	Auzul și vorbirea	Ochii și mâinile
1 lună	Ține capul drept timp de câteva secunde	Se liniștește când e ridicat în brațe	Se sperie de sunete	Urmărește lumina cu privirea
2 luni	Ține capul ridicat când stă pe burtă	Zâmbește	Ascultă clopoței sau zgomote stridente	Mișcă ochii în sus, în jos și lateral
3 luni	Dă zdravăn din picioare	Urmărește cu privirea	Caută sunetele cu privirea	Se uită de la un obiect la altul
4 luni	Ridică pieptul și capul când stă pe burtă	Zâmbește și el la examinator	Râde	Prinde și ține în mână cuburi
5 luni	Ține capul drept fără să-i cadă	Se bucură când te joci cu el	Întoarce capul după sunet	Trage hârtia din fața ochilor
6 luni	Se ridică în mâini când stă pe burtă	Întoarce capul după persoana care vorbește	Chicotește la auzul unei voci sau al unei melodii	La cubul de pe masă
7 luni	Se întoarce de pe burtă pe spate	Bea din cană	Scoate patru sunete diferite	Caută obiectele căzute pe jos
8 luni	Încearcă insistent să umezească bușile	Își privește imaginea în oglinda	Țipă pentru a-i acorda atenție	Duce jucăriile dintr-o mână în alta

Vârsta	Motor	Social	Auzul și vorbirea	Ochii și mâinile
9 luni	Merge de-a bușilea pe podea	Te ajută să-ți cana când bea	Zice mama sau tata	Mânuiște două obiecte deodată
10 luni	Stă în picioare susținut	Zâmbește la propria imagine din oglindă	Ascultă ceasul	Lovește două obiecte unul de altul
11 luni	Se împinge ca să se ridice în picioare	Se hrănește cu degetele	Pronunță două cuvinte inteligibil	Prinde ca într-un clește
12 luni	Merge sau se dă la o parte	Aplaudă (se joacă cu mâinile aplaudând)	Pronunță 3 cuvinte inteligibil	Ține creionul în mână ca și când ar vrea să deseneze
13 luni	Stă singur în picioare	Ține singur cana din care bea	Se uită la poze	Și-a dezvoltat o preferință pentru una dintre mâini
14 luni	Merge singur	Folosește lingura	Iși recunoaște propriul nume	Face semne cu creionul
15 luni	Urcă scările	Iși recunoaște proprii pantofi	Pronunță clar 4-5 cuvinte	Pune un obiect peste altul
16 luni	Iși împinge căruțul, calul de jucărie, etc.	Încearcă să apese pe clanță	Pronunță clar 6-7 cuvinte	Mâzgălește fără probleme
17 luni	Se suie pe scaun	Mânuiște bine cana din care bea	Face conversații bâlbâit	Trage de fața de masă ca să ajungă la un obiect
18 luni	Merge cu spatele	Iși scoate singur pantofii și șosetele	Apreciază pozele din carte	Se joacă constructiv
19 luni	Urcă și coboară scările	Iși cunoaște o parte a corpului	Pronunță 9 cuvinte	Face un turn din 3 piese
20 luni	Sare - țopăie	Iși controlează activitatea intestinală (defecația)	Pronunță 12 cuvinte	Face turn din 4 piese
21 luni	Aleargă	Iși controlează micțiunile pe timpul zilei	Face propoziții din 2 cuvinte	Mâzgălește cercuri
22 luni	Urcă scările în picioare	Încearcă să-și povestească experiențele	Ascultă povești	Face turn din 5 sau mai multe piese
23 luni	Se așează singur la masă	Iși cunoaște două părți din corp	Pronunță 20 de cuvinte sau mai multe	Copiază linii perpendiculare
24 luni	Urcă și coboară scările în picioare fără sprijin	Iși cunoaște 4 părți ale corpului	Numește 4 jucării	Imită mișcările pe orizontală

### Calendarul mișcării

Dezvoltarea psihomotorie a copilului parcurge, până la vârsta de 5 ani, când are controlul deplin al propriului corp diverse stadii. Iată, într-o manieră comprimată „calendarul mișcării“:

*În primele 3 luni:* Mișcările sunt neorganizate, spontane fără un scop precis. Copilul ține pumnii strânși, stând cu membrele flectate.

- *La o lună* tinde să fixeze cu privirea, pentru câteva momente, un punct de interes. Încearcă să pășească în mod reflex, când este susținut.
- *La două luni* urmărește un obiect pe direcție orizontală, de la un capăt la altul. Începe să suradă și să gângurească. Distinge tonalitatea sunetelor.
- *La trei luni* cunoaște o dezvoltare importantă a simțurilor. Poate percepe culorile (roșu, verde), distinge gustul acru de cel sărat, prinde obiecte mari, se joacă cu mânuțele, râde. Treptat, învinge forța gravitațională sprijinindu-se pe palme își ridică trunchiul.

*Între 4 și 6 luni:* Este stadiul mișcărilor necoordonate. Acum întoarce capul spre persoana care îl strigă, distinge bine gusturile, poate sta sprijinit pe palme, orientându-și capul în ambele sensuri. Reține obiectele de care este interesat și se bucură la vederea persoanelor apropiate.

- *La 5 luni* începe să pedaleze, stând pe spate. Își prinde picioarele cu mâinile, încercând să le ducă la gură.
- *La 6 luni* poate sta în șezut. Câmpul lui vizual se lărgiște: „ecranul“ devine panoramic. Se poate rostogoli în toate sensurile. Se apleacă după obiecte.

*Între 7 și 10 luni:* Intră în stadiul de debut al coordonării

- *La 7 luni* reușește să se ridice singur în șezut. Se prinde de grilajul patului. Aruncă obiecte și începe să emit vocalize.
- *La 8 luni* începe să se ridice din șezut în picioare. Prinderea obiectelor nu se mai face cu toată mâna începând să-și folosească cea mai importantă unealtă - degetul mare. Ținându-se de grilajul patului, în poziție verticală, execută mișcări de flexie și extensie a picioarelor.

- *La 9 luni* se poate ridica în „patru labe“. Sprijinindu-se pe propriile picioare, se „cațără“ în poziție verticală. Pronunță cuvinte din două silabe.
  - *La 10 luni* se poate roti fără să-și piardă echilibrul. Merge în „patru labe“, încearcă să pășească, la început temător, apoi din ce în ce mai hotărât. La joacă e tot mai inventiv: scoate bilele dintr-o gălețușă, se deplasează după jucării, bate din palme, face cu mâna. Intră apoi în stadiul coordonării parțiale, care ține până la doi ani.
  - *La 11 luni* poate merge în picioare, sprijinit sau uneori singur, pe distanțe de 2-3 metri.
  - *La 12 luni* echilibrul este mai sigur, chiar dacă merge legănat, cu bază largă de susținere. Merge mai mult pe vârfuri, la început, apoi poate merge și lateral, prinzându-se de obiecte.
- Între 12 și 18 luni își perfecționează mersul. Se oprește și pornește singur, fără să cadă.
- *La 15 luni* construiește turnulețe din câteva cuburi sau răsfoiește cărțile care îi cad în mână.
  - *La 16 luni* poate „remorca“ jucării cu roți sau merge cu păpușa în brațe.
  - *La 20 de luni* poate sta pe un singur picior pentru câteva momente, iar la doi ani aleargă cu siguranță, poate urca și coborî scările. Merge rulând piciorul „călcâie-degete“. Folosește lingurița, încearcă să deseneze figuri simple (cerc, unghi).
  - *La 30 de luni* merge pe călcâie sau pe vârfuri „demonstrativ“, sare, țopăie, aruncă mingea fără să cadă.
  - *La 3 ani* merge normal și poate urca scările alternând picioarele, chiar dacă încă le coboară treaptă cu treaptă. Poate urma o linie dreaptă 20-30 de metri. Începe să se încalțe singur.
  - *La 42 de luni* stă într-un picior, merge cu tricicleta, se spală singur pe mâini.
  - *La 4 ani* poate coborî scările alternându-și picioarele. Sare în lungime și poate desena un romb (cu câteva greșeli).

- *La 5 ani* obține controlul total al corpului și poate face tot ce-i trece prin cap: merge pe vârfuri, începe să scrie și să deseneze, se îmbracă singur.

### 3. Erupția dentară la sugar și copil

- incisivi mediani inferiori (2): 6-9 luni;
- incisivi mediani superiori (2): 8-10 luni;
- incisivi laterali (4): 10-12 luni;
- canini: 14-18 luni;
- primul molar: 12-14 luni;
- al doilea molar: 20-30 luni.

#### Erupția dentiției definitive:

- incisivi inferiori: 6-8 ani;
- incisivi superiori: 7-9 ani;
- canini inferiori: 10-11 ani;
- canini superiori: 11-12 ani;
- premolari: 10-12 ani;
- primul molar: 6-7 ani;
- al doilea molar: 11-13 ani;
- al treilea molar: 17-21 ani.

## ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN DEPISTAREA ȘI DISPENSARIZAREA BOLILOR TRANSMISIBILE

### TUBERCULOZA

Aproximativ 1/3 din populația globului are o formă latentă de TBC produsă de *Mycobacterium tuberculosis*; la o parte din aceștia boala devine activă, iar o parte din aceștia decedează. Majoritatea cazurilor noi apar în țările cele mai populate, India și China, dar cea mai mare prevalență se remarcă în Africa subsahariană.

În ultima perioadă TBC suferă o recrudescență, deși în cea de-a doua parte a secolului 20 incidența a scăzut în America de Nord și în vestul Europei. Această recrudescență se datorează imigrației, a infecției HIV/SIDA și a neglijării programelor de control al TBC; ca atare ea trebuie în permanență să rămână în atenția medicului de familie atunci când un pacient se plânge de următoarele simptome: tuse, hemoptizie, subfebră, transpirații nocturne, scădere în greutate, disconfort general, adenopatie, durere pleuritică, hepatosplenomegalie.

Factorii de risc trebuie recunoscuți și pe cât posibil eliminați. Există categorii de persoane cu risc crescut pentru TBC:

- persoanele fără adăpost
- minoritățile
- muncitorii imigranți
- persoanele instituționalizate din aziluri, cămine, închisori
- contact apropiat cu indivizi infectați
- persoanele născute pe teritoriu străin (Asia, Africa, America Latină)
- persoanele care lucrează în domeniul sanitar
- coexistența anumitor boli: HIV, limfom, diabet zaharat, insuficiență renală cronică, silicoză, malnutriție, steroizi, agenți imunosupresori, administrarea de droguri iv.

Suspicionarea TBC de către medicul de familie necesită trimiterea pacientului la specialistul pneumoftiziolog pentru confirmarea diagnosticului.

#### I. Tuberculoza primară

- *Etiologie:*
  - infecția cu *Mycobacterium tuberculosis*, transmisă pe cale aeriană
  - nu există o localizare favorizată
  - după 6 săptămâni apare complexul primar.
- *Tablou clinic:*
  - frecvent asimptomatică
  - eventual simptome gripale
  - evoluție gravă cu:
    - febră
    - transpirații nocturne
    - tuse productivă
    - revărsat pleural
    - eritem nodos

#### II. Tuberculoza postprimară (secundară)

- *Etiologie:*
  - reactivarea unor focare vechi, prin scăderea apărării imunitare:
    - vârstă înaintată
    - alcoolism

- SIDA
- subnutriție
- diabet zaharat
- corticoterapie
- imunosupresie
- chimioterapie
- leucemie
- limfom malign
- gastrectomie
- silicoză
- prin reinfecție.
- *Diagnostic:*
  - radiografie toracică în două incidențe
    - care este utilă în depistarea tuberculozei la persoanele infectate, dar asimptomatice
    - în boala primară evidențiază: infiltrate cu sau fără exsudat, atelectazie sau adenopatie
    - în boala recrudescență, frecvent există leziuni cavitare la nivelul lobului pulmonar superior cu adenopatie hilară; uneori aspectul este de miliară difuză cu aspect de boabe de mei.
  - tomografie standard/computerizată
  - test la tuberculină
- Diagnostic diferențial:*
  - tuberculoza primară cu:
    - gripă
    - pneumonie
    - sarcoidoză
    - limfom malign
  - tuberculoza secundară cu:
    - neoplasmul bronșic
    - pneumonia
    - infarctul pulmonar
    - bronșita cronică.
- *Profilaxie*
  - tratarea bolnavilor
  - screening-ul contactilor
  - vaccinarea BCG
  - chimioprofilaxie cu izoniazidă timp de 6-12 luni pentru:
    - contactii la domiciliu cu IDR pozitiv

- pacienți cu silicoză
- diabeticii
- corticoterapie
- infecții HIV cu IDR pozitiv
- afecțiuni maligne ale sistemului hemato și limfopoietic.
- persoanele cu TBC vor fi testate obligatoriu pentru infecția cu HIV.

Medicul de familie are datoria de a explica pacientului importanța terapiei medicamentoase, explicarea efectelor și/sau interacțiunilor medicamentoase precum și depistarea contactilor.

- Internarea în spital nu este indicată decât dacă situația lor clinică o impune: circumstanțe psihosociale solicitante, au factori de prognostic pentru o evoluție nefavorabilă pe termen scurt (insuficiență respiratorie, limfopenie, vârstă înaintată, alcoolism).
- Se identifică și se tratează persoanele contagioase deoarece infecția poate fi transmisă persoanelor susceptibile la orice vârstă.
- La copiii fără tuse și cu frotiu al sputei negativ nu este necesară izolarea, după începerea tratamentului aceștia putând continua cursurile școlare.
- Dieta este obișnuită eventual suplimentare cu piridoxină (vitamina B6) 10-50 mg/zi la pacienții care utilizează izoniazidă pentru prevenirea apariției nevritei periferice
- Monitorizarea pacientului se face la fiecare 2-3 luni în timpul tratamentului (examen radiologic) precum și la sfârșitul tratamentului.
- În timpul terapiei preventive se face control lunar pentru aprecierea complianței la tratament și monitorizarea semnelor de hepatită sau neuropatie (dacă transaminazele depășesc valorile normale medicamentul se poate schimba).
- Se acordă o atenție deosebită pacienților cu risc de neuropatie, celor care prezintă malnutriție și femeilor însărcinate.
- Pacienții care utilizează etambutol vor fi testate pentru funcția renală și acuitatea vizuală.

- Nou-născutul care are în familie un membru cu TBC (infecție sau boală) se trimite la pediatru pentru evaluare și tratament.
- Alăptarea la sân este posibilă în timpul tratamentului cu agenți antituberculoși.

## INFECȚIA HIV/SIDA

Se estimează că în prezent, la nivel mondial, sunt infectate cu HIV 38 de milioane de persoane, dintre care 2 milioane sunt copii și 4,8 milioane s-au infectat în 2003.

Cea mai afectată regiune este Africa subsahariană unde este concentrată 1/3 din populația infectată de pe întregul mapamond.

Motivele principale ale extinderii pandemiei HIV par să fie de natură socio-economică (sărăcie, ignoranță, lipsă de autonomie a femeilor, războaie, tensiuni interetnice, corupție), dar includ și eșecul strategiilor de prevenție.

- *Etiologie:*
  - virusul imunodeficienței umane, retrovirus cu 2 tipuri: HIV1 și HIV2
  - sursa de infecție:
    - omul infectat cu HIV care determină o infecție persistentă, pacientul fiind contagios toată viața
    - HIV a fost izolat din: sânge, plasmă, spermă, secreție vaginală, salivă, lacrimi, lapte, lichid cefalorahidian
  - căi de transmitere:
    - sexuală
    - prin inoculare de sânge și derivate de sânge infectate
    - verticală de la mamă la făt.
- *Grupe de risc:*
  - bărbații homo- și bisexuali
  - consumatorii de droguri intravenoase
  - hemofilicii
  - heterosexuali cu relații sexuale cu multiple persoane
  - primitorii de transfuzii
  - nou-născuții din mame HIV pozitive.
- *Patogenie:*
  - infecția limfocitelor T<sub>4</sub> și distrugerea lor progresivă

- infecția monocitelor și macrofagelor
- infecția sistemului nervos central.
- *Consecințe:*
  - Afectarea sistemului imunitar, expunând organismul la suprainfecții oportuniste
  - Afectarea sistemului nervos central (encefalomielită, atrofie cerebrală, demență progresivă)
  - Favorizarea tumorogenezei.

### 1. Infecția HIV

- *Tablou clinic:*
  - incubatie 1-3 luni de la infecția sanguină și 10-14 luni de la infecția pe cale sexuală
- 1. *Infecția acută simptomatică*
  - debut acut cu febră, mialgii, artralgii, transpirații, faringită, adenopatii
  - manifestări neurologice: meningită, encefalopatie, tulburări psihice, polinevrite
  - manifestări hepatice: hepatită cu icter
  - erupție cutanată maculoasă.
- 2. *Stadiul de adenopatie cronică generalizată*
  - scădere ponderală (aproximativ 10%)
  - febră mai mare de 38°, mai mult de o lună
  - diaree mai mult de o lună
  - suprainfecție cu germeni oportuniști (candidoză orală, herpes)
  - manifestări cutanate: herpes, herpes zoster, varicelă severă, moluscum contagiosum diseminat, impetigo, piodermite, dermite seboreice, pitiriazis versicolor
- 3. *Boala neurologică*
  - encefalită acută
  - meningită aseptică subacută
  - encefalită subacută tardivă
  - mielopatie vacuolară (parapareză, ataxie)
  - neuropatii periferice.
- 4. *Manifestări infecțioase provocate de germeni oportuniști*
  - infecții pulmonare – pneumonia cu Pneumocystis carinii, pneumonii virale/bacteriene/fungice, tuberculoză pulmonară



- infecții gastrointestinale - diaree persistentă
- hepatopatii.

#### 5. Neoplazii secundare

- sarcom Kaposi
- limfoame maligne non-hodgkiniene
- limfom cerebral primitiv.

## II. SIDA

### • Criterii de diagnostic:

- majore:
  - scăderea greutății corporale cu mai mult de 10%
  - diaree cronică mai mult de o lună
  - febră constantă/intermitentă mai mult de o lună
- minore:
  - tuse persistentă
  - dermită cronică pruriginoasă
  - herpes zoster recidivant
  - candidoză orofaringiană
  - herpes simplex diseminat
  - limfadenopatie generalizată.
- sarcomul Kaposi diseminat și meningita criptococică sunt suficiente pentru diagnosticul de SIDA.

### • Diagnostic:

- date epidemiologice
- date clinice
- examen de laborator
  - anticorpi anti HIV - test ELISA; se acceptă un rezultat după repetarea lui și efectuarea testului de confirmare (Western-Blot)
  - detectarea virusului/antigenelor virale
  - teste de explorare a funcțiilor imune afectate:
    - număr de leucocite ( $< 4000/\text{mm}^3$ )
    - număr de limfocite ( $< 1500$ )
    - trombocitopenie
    - număr limfocite  $\text{CD}_4$  ( $< 400/\text{mm}^3$ ;  $\text{CD}_4/\text{CD}_8 < 1$ )
    - hipergamaglobulinemie

### • Prevenția:

- atunci când este posibil, evitarea produselor sanguine neverificate.

- evitarea contactului sexual neprotejat (prezența unor boli cu transmitere sexuală sau inflamatorii crește riscul transmiterii HIV la fiecare contact sexual, de aceea controlul BTS este un mod de a controla răspândirea HIV. La rândul său imunosupresia predispune la boli venerice cronice sau recurente ca de exemplu infecția candidozică, uneori infecția genitală candidozică recurentă putând fi primul semn al infecției HIV la femeie).
- utilizarea prezervativelor
- evitarea drogurilor injectabile
- evitarea contactului cu lichide provenite de la persoane infectate cu HIV.

Asigurarea unei alimentații adecvate cu suplimente de vitamine și evitarea preparatelor neprelucrate termic și potențial contaminate: ouă, lapte nepasteurizat.

Furnizarea informațiilor într-o manieră deschisă, completă despre căile de transmitere și asupra minimalizării riscului transmiterii bolii în condițiile respectării regulilor de igienă ce se impun.

### • Monitorizarea pacientului:

- frecvența este determinată de starea clinică și psihologică a pacientului și de nevoia de a monitoriza toxicitatea medicamentelor și funcția imunitară; în general pacientul este urmărit de medicul infecționist.
- Reverificarea numărului de limfocite  $\text{CD}_4$  și a încărcării virale cel puțin la 3 luni depinzând de stadiul bolii și de regimul medicamentos.

Ceea ce este important pentru medicul de familie este:

- că toți pacienții care solicită testare HIV au dreptul la confidențialitatea acesteia.
- persoanele care se încadrează în grupa de risc crescut pentru contactarea infecției nu pot fi donatori de sânge sau organe deoarece se pot găsi în faza de fereastră imunologică, iar testul să fie negativ.
- purtarea de mănuși chirurgicale atunci când se vine în contact cu lichidele organismului infectat.
- dezinfectia suprafețelor contaminate cu produse biologice se face folosind dezinfectante uzuale: peroxid, alcool, hipoclorit etc.

## HEPATITELE ACUTE VIRALE

Sunt boli produse de virusurile hepatitice strict umane și foarte contagioase, care determină afectare hepatică în contextul unei îmbolnăviri a întregului organism.

• *Etiologie:*

1. HAV

- sursă strict umană
- transmitere fecal-orală
- incubatie 21-45 de zile

2. HBV

- bolnavi HBV:
  - purtători sănătoși de AgHB<sub>s</sub>
  - pacienți cu HBV acută
  - purtători convescenți de AgHB<sub>s</sub>
  - bolnavi cu forme cronic evolutive, cu ciroză sau adenocarcinom hepatic
- transmitere prin:
  - sânge și produse de sânge
  - instrumentar contaminat și incorect sterilizat
  - transmitere sexuală
  - transmitere verticală de la mamă la făt
  - transplant de organe
- incubatie 45-160 de zile, cu frecvență maximă între 45-90 de zile.

3. HCV

- sursa - pacientul infectat cu HCV
- transmitere ca HBV
- incubatie 6-12 săptămâni (după unii autori 6-9 luni)

4. HDV

- sursa de infecție strict umană
- transmitere similară HBV
- este condiționată de infecția cu HBV, existând două posibilități:
  - suprainfecția
  - coinfecția B+D

5. HEV

- sursă umană
- transmitere fecal-orală
- incubatie 40 de zile.

• *Tablou clinic*

A. Comun hepatitelor acute

*Debut:*

- *pseudogripal:* cefalee, curbatură, disconfort general, astenie progresivă, inapetență, grețuri;
- *dispeptic:* inapetență, greață, vomismente, disconfort epigastric, astenie, modificări de culoare ale emonctriilor;
- *dureros:* dureri în hipocondrul drept cu iradiere posteroară sau în flancul/fosa iliacă dreaptă, simulând colic biliară, renală sau apendiculară;
- *nervos:* astenie, insomnie, somnolență diurnă, iritabilitate, lentoare în gândire și exprimare, dificultăți de gândire și atenție, orientare, memorie, agitație psihomotorie, tremurături fine ale extremităților;
- *reumatoid:* artralgiile persistente;
- *urticarian:* exanteme pruriginoase, purpură (în cazul evoluției severe)
- *icteric purpuric:* icter scleroconjunctival, purpură însoțită de alte manifestări hemoragice (epistax, gingivoragii, hemoragii digestive, menometroragii)
- *forme excepționale:* prin comă diabetică (în absența diabetului zaharat în APP)
- *chirurgical:* fals abdomen acut

Simptomatologia de debut dispare odată cu instalarea icterului și se asociază:

- hepatomegalie moderată, sensibilă la palpare
  - splenomegalie discretă.
- *Perioada de stare:*
- începe odată cu instalarea icterului și durează 14-21 de zile
  - atenuarea până la dispariția simptomelor
  - decolorarea urinei și recolorarea scaunului
- *Convalescența:*
- durează până la vindecarea anatomică (1-3 luni)
- *Alte forme clinice:*
- anicterică
  - prelungită: formă colestatică, persistență a sindromului de citoliză
  - fulminantă.

- *Paraclinic:*
  - hemoleucogramă - normală sau leucopenie moderată
  - VSH - scăzută la valori subnormale
  - bilirubinemie - crescută
  - teste de disproteinemie - pozitive (intens și precoce în special în HAV)
  - teste de citoliză - transaminaze cu de 20 până la 100 de ori mai mari decât normalul
  - timp de protrombină prelungit, direct proporțional cu severitatea leziunilor hepatice (valoare prognostică importantă)
  - urobilinogenul și bilirubina urinare (importante pentru diagnosticul pozitiv și ca factor de prognostic).
- *Particularități:*
  - HVB
    - debut mai frecvent reumatoid, nervos, mai rar pseudo-gripal
    - risc de persistență, recrudescență, recădere sau cronicizare
    - sindromul de disproteinemie lipsește la debut, putând să apară în cursul evoluției în formele persistente sau cronice.
  - HVC
    - formele icterice sunt rare
    - caracteristică este tendința evolutivă către persistența infecției și cronicizare.
  - HVD
    - în coinfecție - hepatită severă cu potențial letal, dar cu posibilități de recuperare și vindecare de tip auto-limitant
    - în suprainfecții se decompensează evoluția anterioară a pacientului, cu semne de insuficiență hepatică acută.
  - HVE
    - frecvență mai mare a cazurilor cu evoluție colestatică prelungită sau cu recăderi
    - risc mare de evoluție letală la femeile însărcinate în ultimul trimestru al sarcinii.
- *Complicații:*
  - digestive: dischinezii biliare, angiocolite, hepatite cronice, hepatom primar;

- hematologice: anemii hemolitice;
  - cardiovasculare: miocardite, vasculite, periarterită nodoasă;
  - renale: glomerulonefrite membranoasă/proliferativă
  - neurologice autoimune: nevrite, poliradiculonevrite, mieloame, sindrom extrapiramidal;
  - portaj cronic de virus (B, B+D, C) cu risc de reactivare către insuficiență hepatică acută;
  - endocrine: tiroidită acută autoimună, diabet zaharat;
  - risc de naștere prematură și de deficit staturo-ponderal al copiilor (nerecuperabil mulți ani).
- *Diagnostic:*
    - date epidemiologice
    - date clinice
    - date de laborator
    - 1. teste de confirmare
      - sindrom de citoliză hepatică
      - sindrom inflamator intens
      - teste funcționale hepatice (timp Quick)
    - 2. teste de diferențiere
      - teste de disproteinemie și electroforeza proteinelor serice - diagnostic diferențial cu hepatitele cronice
      - teste de retenție (fosfataza alcalină, colesterolul, GGT) - diagnostic diferențial cu icterele obstructive
      - teste de hemoliză - diagnostic diferențial cu icterele hemolitice
      - teste de inflamație - diagnostic diferențial cu septicemiile, leptospirozele, pneumoniile severe cu icter
      - ecografia, tomografia computerizată, scintigrafia hepatică.
    - 3. Teste de încadrare
      - examenele „de rutină”: glicemie, uree, creatinină, radioscopie pulmonară.
  - Diagnostic diferențial*
    - hepatitele cronice persistente de etiologie toxic - nutrițională sau mixtă
    - ictere obstructive
    - come cirotice - în cazul formelor severe cu evoluție comatoasă

*Diagnostic etiologic*

## HVA

- precoce anticorpi anti A de tip IgM;
- după 3-4 luni apar anticorpi anti A de tip IgG.

## HVB

- în perioada de stare: AgHB<sub>s</sub>, AgHB<sub>e</sub>, anticorpi anti HB<sub>c</sub> de tip IgM
- în convalescență: anticorpi anti HB<sub>s</sub>, anti HB<sub>e</sub>, anti HB<sub>c</sub> de tip IgG.

## HVC

- după 3 luni
- anticorpi anti HCV, în absența markerilor pentru HBV.

## HVD

- numai în prezența markerilor HBV - antigen Delta.

## HVE

- hepatită acută în caz de epidemie hidrică, prin infirmarea repetată a markerilor HAV.

• *Tratament:*

- etiologic al hepatitelor acute virale nu există
- repaus la pat
- dietă: mese mici, repetate, regim hidro-lacto-zaharat, fără reziduuri (dulciuri concentrate, condimente, prăjeli, alcool)
- simptomatic: vitaminizare (B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>), corticoterapie scurtă în doze antiinflamatorii (5-7 zile)
- în formele cu sindrom citolitic prelungit - terapie imunosupresoare cu cortizon 3 până la 8 săptămâni
- în formele cu evoluție către comă:
  - antibioterapie activă pe flora coliformă (neomicină, colimicină, ampicilină)
  - glucoză 10% cu vitamina B<sub>1</sub> în perfuzie endovenoasă
  - hemostatice (venostat, adrenostazin, fitomenadion)
  - corticoterapie în doze imunosupresoare
  - sedare blândă.

• *Profilaxie:*

## Hepatitele cu transmitere fecal-orală:

- izolarea în spital
- dezinfecție terminală (domiciliu, școală, grădiniță)
- supravegherea contactilor

- imunizare antihepatită A.

## Hepatitele cu transmitere parenterală

- izolare
- dezinfecție terminală
- supraveghere și control al partenerilor sexuali/al familiei
- screening riguros al donatorilor de sânge
- restrângerea indicațiilor transfuziilor de sânge și a volumului introdus
- autotransfuzia în cazul intervențiilor chirurgicale programate
- folosirea materialelor sanitare de unică folosință
- educație sanitară
- imunizare antihepatită B.

**SIFILISUL**

*Definiție:* infecție caracterizată prin stadii succesive (acut, subacut, cronic) de evoluție precum și ani de latență, cauzată de spirocheta *Treponema pallidum*.

Având în vedere că testele treponemice nespecifice (VDRL - Venereal Research Disease Laboratory sau RPR - rapid plasma reagin) sunt teste ieftine, ușor de efectuat, decontate pentru toți pacienții de către Casa de Asigurări, cerute obligatoriu la angajare sau ca teste prenuptiale, ar trebui ca depistarea sifilisului să fie relativ simplă, însă în practica zilnică nu întotdeauna se solicită efectuarea lor.

Sifilisul congenital sau dobândit afectează organe multiple sau izolate de regulă mimând alte boli. De aceea, diagnosticul de laborator necesită fie evidențierea la microscop a microorganismului, fie serologie pozitivă a sângelui sau a LCR. Microorganismul nu poate fi întotdeauna cultivat, dar diagnosticul nu se stabilește niciodată numai pe baza semnelor și simptomelor clinice.

Este o boală care se declară la direcția de sănătate publică.

• *Diagnostic clinic:*

Perioada de incubație variază de la 1 la 13 săptămâni, în general cam 3-4 săptămâni; boala poate să se prezinte în orice stadiu, la distanță uneori destul de mare de la infecția inițială. Din cauză că boala se manifestă foarte divers, uneori

este greu de recunoscut. Atunci când se asociază cu infecția HIV evoluția ei este mai accelerată și implicarea ochiului și a meningelui este mai frecventă.

- stadiul infecțios (primar):
  - leziunea primară sau șancrul este reprezentat inițial de o papulă care în urma eroziunii se transformă într-un ulcer nedureros de 0,3-2 cm cu bază curată cu o secreție seroasă gălbuie, cu numeroase spirochete; aceasta apare la 9-90 de zile după expunere, în medie la 3 săptămâni. Leziunea este localizată de obicei la nivelul organelor genitale (șancrul mai poate fi localizat și la nivelul buzelor sau al mucoasei orofaringiene, mâinilor sau al altor regiuni) fiind cel mai frecvent unică, dar poate fi și leziuni multiple, fiind însoțită de limfadenopatie regională nedureasă. Leziunea se vindecă prin cicatrizare în 3-6 săptămâni, iar 75% dintre pacienți nu prezintă simptome ulterioare.
  - Diagnosticul se bazează pe prezența treponemei în leziunea respectivă (prin examinarea la microscop în câmp întunecat) sau prin examinarea unui ganglion dintr-o adenopatie.
- stadiul infecțios (secundar)
  - apariția unui rash cutanat la 6-12 săptămâni de la infecție, bilateral, simetric, polimorf și constă din leziuni palpabile cu aspect de „șuncă proaspăt tăiată”, nepruriginoasă, localizat pe palme și plante.
  - leziunile pot fi tranzitorii sau pot persista luni de zile și se pot suprapune cu leziunile din stadiul de șancru.
  - limfadenopatia generalizată și simptome asemănătoare gripei apar precoce odată cu erupția.
  - frecvent poate fi observat un grad ușor de hepatosplenomegalie.
  - alopecia în placarde (areata) la nivelul scalpului, al zonelor sprâncenoase și al bărbii este comună.
  - placarde mucoase subțiri, cenușii și condyloma lată - leziuni periferice cu aspect verucos, umede, plate, de culoare roz, pot fi prezente pe gland, în aria perianală și vulvară și sunt extreme de infecțioase.

- rareori pot apărea nefrita, meningita, uveita, hepatita.
- în acest stadiu testele serologice sunt, în general, pozitive.
- stadiul latent:
  - absența semnelor și simptomelor (în perioada latentă timpurie, adică la mai puțin de 2 ani după infecție, leziunile cutaneomucoase pot recidiva, însă după 2 ani acestea nu mai apar).
  - acest stadiu poate persista indefinit tot restul vieții pacientului sau poate fi urmat de stadiul terțiar
  - serologia este pozitivă.
  - 1/3 din persoanele netratate dezvoltă sifilis terțiar.
  - la anumiți pacienți care sunt supuși tratamentului cu antibiotice pentru alte boli sifilisul latent poate fi vindecat.
- stadiul terțiar:
  - afectare cardiovasculară (leziune sau anevrism al valvei aortice)
  - afectare neurologică (meningita, encefalita, tabes dorsal)
  - pareză
  - afectare gingivală
  - complicații ortopedice (boala Charcot, osteomielite)
  - serologie frecvent negativă.
- *Diagnosticul de laborator:*
  - teste treponemice nespecifice VDRL sau RPR:
    - sunt ieftine, fiind considerate teste screening
    - sunt pozitive după 7 zile de la expunere
    - utilizate pentru monitorizarea terapiei: creșterea de 4 ori a titrului indică infecție recentă, în timp ce absența scăderii titrului de 4 ori într-un an indică eșecul tratamentului.
    - rezultatele fals pozitive sunt frecvente, dar un rezultat pozitiv este sugestiv chiar în absența semnelor clinice (se confirmă prin testul FTA-ABS - testul de absorbție a anticorpilor fluorescenți treponemici).
    - titrul > 1/64 chiar în absența testelor de confirmare este diagnostic pentru sifilisul acut.

- rezultate fals pozitive apar în diverse situații: boli autoimune, colagenoze, infecții virale, tulburări ale imunoglobulinelor etc.
- teste treponemice specifice (care se utilizează pentru confirmarea unei reacții VDRL pozitive)
  - FTA-ABS - testul de absorbție a anticorpilor treponemici fluorescenți.
  - TPHA - testul de microhemaglutinare a *Treponemei pallidum*.
  - sunt mai costisitoare, dar confirmă diagnosticul
  - de regulă rămân pozitive tot restul vieții după tratament.
  - datorită rezultatelor nespecifice ale VDRL-ului.
  - la pacienții infectați HIV, testele specifice sunt necesare pentru excluderea sifilisului.
  - efectuarea testelor specifice în LCR, cu rezultate negative exclude neurosifilisul.
- examinarea LCR este utilă în caz de:
  - sifilis latent în care durata bolii este necunoscută
  - în cazul în care există simptome neurologice
  - în caz de neurosifilis, când VDRL-ul poate fi negativ
- *Factorii de risc:*
  - expunere prin contact sexual cu o persoană infectată
  - expunere la produse de sânge infectate
  - transmitere verticală
  - parteneri sexuali multipli
  - antecedente de boli cu transmitere sexuală
  - utilizarea drogurilor intravenoase
  - homosexualitate
- *Tratamentul:*
  - se face în ambulator cu excepția cazurilor în care se instituie tratament iv cu penicilină sau în cazurile care necesită desensibilizare.
  - se poate face tratament simptomatic al șancrului înainte de instituirea antibioterapiei.
  - toți contactii sexuali ai pacientului trebuie depistați și tratați
  - tratamentul constă în administrarea de Penicilina G injectabilă, în toate stadiile bolii cu durată mai mică de un an. Benzil penicilina G, 2,4 milioane unități

- intramuscular în doză unică (de preferat împărțită doza totală și administrată în două locuri diferite), este tratamentul recomandat pentru adulți în toate stadiile bolii. Reacția Jarisch- Herxheimer este o reacție febrilă acută însoțită de cefalee, mialgii și alte simptome care poate apărea în primele 24 de ore după începerea tratamentului (este rezultatul lizei treponemelor și nu trebuie confundată cu o reacție la antibiotice și se poate combate prin administrarea de antihistaminice și antipiretice); pacienții trebuie informați asupra acestei posibile reacții adverse.
- în sifilisul latent cu durată mai mare de un an se administrează aceeași doză de penicilină în trei doze săptămânale. Toți pacienții cu sifilis latent trebuie evaluați clinic pentru sifilis terțiar (aortită, neurosifilis, gome, irită).
- neurosifilisul necesită o schemă de tratament mult mai complexă care revine medicului infecționist.
- *Educarea pacientului:*
  - Interzicerea contactului sexual până când pacientul este declarat vindecat.
  - Toți contactii trebuie depistați și tratați
  - Stabilirea de controale pentru monitorizarea efectelor tratamentului
  - Interzicerea contactelor pe toată durata tratamentului
  - Testele serologice reaginice (VDRL și RPR) cantitativ trebuie repetate la 1, 3, 6 și 12 luni (un titru inițial înal (> 1/32) trebuie să scadă de cel puțin 4 ori în decurs de 12-24 luni, astfel încât după un an ele se negativează.
  - Testele treponemice specifice rămân pozitive permanent.
  - Toți pacienții își vor face obligatoriu testul HIV.
  - Acești pacienți vor fi investigați și pentru alte boli cu transmitere sexuală.
  - La pacienții cu infecție HIV și la gravide răspunsul dozele de penicilină uzual recomandate este redus (aceștia poate fi luat în considerare tratamentul iv).
  - Alternative medicamentoase: eritromicină, ceftriaxonă, tetraciclină se administrează la pacienții cu alergie la penicilină.

## PARTICULARITĂȚILE CONSULTAȚIEI ÎN MEDICINA DE FAMILIE

- *Factori determinanți:*
  - locul
  - structura pacienților: orice boală, orice stadiu al bolii, orice vârstă, orice sex
  - timpul disponibil
  - mijloacele tehnice reduse, fiind necesară insistența pe mijloace clinice
  - scopul consultației: diagnostic de certitudine sau prezumptiv și orientarea corectă către specialist, de prim ajutor, de stabilire a cauzelor îmbolnăvirii, de a implica pacientul în rezolvarea problemelor de sănătate.
- *Particularități:*
  - determinate de loc:
    1. efectuarea unei consultații corecte în orice condiții
    2. eșalonarea consultațiilor în funcție de gravitatea lor
  - determinate de structură:
    1. întreaga patologie
    2. stadiile trecerii de la starea de sănătate la cea de boală
    3. diagnostic cât mai precoce
    4. diagnostic global
    5. trecerea rapidă de la un caz la altul.
  - determinate de timp:

1. conducerea anamnezei și a examenului clinic într-un timp cât mai scurt
2. organizarea eficientă a timpului
- determinate de mijloace reduse:
  1. accent pus pe metode clinice
  2. comunicare eficientă cu pacientul
  3. anamneză corectă
  4. examen clinic integral.

Comunicarea cu pacientul trebuie:

- să stabilească exact motivul prezentării la medic
- să fie deschisă (fără martori din familie sau străini)
- în cazul în care pacientul nu poate comunica, să fie prezentă o persoană care petrece mult timp cu bolnavul și care poate furniza informații corecte

• *Examenul clinic:*

- trebuie să menajeze pudoarea bolnavului
- în mod particular la copii este indicată prezența unei alte persoane, de preferat unul dintre părinți.

Consultația la domiciliu este una dintre particularitățile activității medicului de familie. El efectuează vizite la domiciliu în cadrul programului său de lucru, respectiv cele două ore care completează activitatea de cabinet și în afara orelor de program, în zonele rurale izolate, unde asigură permanența asistenței medicale. Solicitarea consultației la domiciliu se face de către pacient telefonic sau de către aparținători, nu de puține ori medicul fiind pus în situația de a decide căreia dintre situații să-i acorde prioritate. Acest lucru este foarte dificil și nu se poate face decât în urma cunoașterii pacientului ca persoană, ca asocieri morbide și anticiparea complicațiilor care pot apărea. Să nu uităm că, uneori, bolnavul poate să-și exagereze afecțiunea și să solicite nejustificat consultația la domiciliu, din comoditate sau din dorința de a nu aștepta la ușa cabinetului.

Consultația la domiciliu este diferită de cea de la cabinet din mai multe puncte de vedere:

- medicul se află pe „teritoriul bolnavului“.
- trebuie evitată stabilirea relațiilor de tip amicitie cu pacientul și păstrarea relațiilor medic - bolnav în limite strict profesionale.

- existența anturajului (familie, prieteni, vecini) îngreunează comunicarea cu pacientul care poate să ascundă anumite informații din pudoare, iar examinarea pacientului se va face incomplet. De aceea medicul va solicita persoanelor din anturaj să iasă din încăperea pe perioada consultației.
- medicul este nevoit să se orienteze foarte rapid asupra diagnosticului, stării de gravitate, pericolelor imediate și la distanță ce pot apărea și să decidă asupra necesității de a interna sau nu pacientul: în cazul în care constată că starea pacientului este gravă și că viața acestuia este pusă în pericol, medicul va solicita ambulanța și va acorda primul ajutor. Pe biletul de internare va preciza data și ora examinării pacientului, modificările patologice identificate, precum și măsurile de prim ajutor aplicate (medicamente, doze și ore de administrare).
- medicul dispune de puține mijloace tehnice, orientarea asupra diagnosticului fiind predominant semiologică
- nu se poate stabili un diagnostic etiologic de certitudine
- dacă sunt necesare investigații paraclinice, acestea nu se pot efectua la domiciliu
- în cazul în care pacientul nu necesită internare, medicul va stabili un plan terapeutic, precum și ritmul de urmărire a bolnavului.
- în privința terapiei la domiciliu se ridică următoarele probleme:
  - complianța pacientului față de tratament, inclusiv respectarea recomandărilor igienico-dietetice
  - posibilitatea efectuării tratamentului prescris (se ține cont de nivelul de educație al pacientului, posibilitatea deplasării pacientului, comportamentul anturajului).
  - posibilitatea urmării terapiei, monitorizarea periodică, de un real ajutor fiind asistentul medical.

Situațiile în care medicul de familie trebuie să acorde îngrijire medicală la domiciliu sunt:

- urgențele majore - IMA, urgențele hipertensive, AVC, come, hemoragii digestive, urgențe chirurgicale etc., ce vor fi dirijate spre spital după acordarea primului ajutor,

- boli acute cu stare generală alterată (atenție deosebită la vârste extreme - copii și bătrâni)
- acutizarea unor boli cronice (ulcerul gastroduodenal, litiaza biliară, litiaza renală, BPOC, afecțiunile cardiavasculare)
- bolile cronice
- afecțiunile care imobilizează pacientul (bolile aparatului locomotor, neoplazii, ciroze etc.)
- stările preterminale care necesită îngrijiri paliative
- constatarea decesului
- existența unor focare infecțioase, pentru realizarea anchetelor epidemiologice
- bolnavi cronici care și-au întrerupt tratamentul, special în cele cu potențial infecțios (ex.: TBC)
- examinarea și vaccinarea copilului sub un an, atunci când părinții nu se prezintă cu copilul la cabinetul cadrul campaniei de vaccinare
- prezența unor factori de risc din mediu (poluarea aerului, context epidemiologic) care presupune examinarea întregii populații pentru depistarea formelor ușoare de boală sau a purtătorilor sănătoși.

Avantajele consultației la domiciliu sunt:

- cunoașterea pacientului în mediul său de viață
- identificarea factorilor de risc, a obiceiurilor dăunătoare
- cunoașterea condițiilor socio-economice ale familiei, gradul de educație și de cultură
- cunoașterea relațiilor dintre membrii familiei și posibilitățile reale de îngrijire a pacientului la domiciliu
- poate rezolva probleme de sănătate ale pacienților nedepasabili cu cheltuieli reduse (asistența medicală la domiciliu este mai ieftină decât spitalizarea).

Dezavantajele consultației la domiciliu:

- solicită timp și efort din partea medicului, care deplasează la domiciliu cu mijloace proprii
- condiții dificile de consultație
- sărăcia mijloacelor tehnice
- necesitatea orientării rapide asupra diagnosticului
- imposibilitatea efectuării investigațiilor paraclinice
- dificultăți în aplicarea și urmărirea tratamentului (necesitatea unor vizite periodice)



- familii și pacienți necooperanți, uneori violenți
- nu orice boală poate fi tratată la domiciliu
- pacienții nedeplasabili și singuri, pacienții necomplianți, pacienții din familii problemă, care nu beneficiază de sprijinul anturajului trebuie internați pentru a li se putea aplica tratamentul.

## POSSIBILITĂȚILE DE ACORDARE A PRIMULUI AJUTOR ÎN MEDICINA DE FAMILIE

---

Medicul de familie trebuie să intervină prompt și competent în toate cazurile de îmbolnăvire care amenință viața pacientului.

Pentru a se putea implica eficient în rezolvarea urgențelor medico-chirurgicale, medicul de familie trebuie să dispună de o dotare minimă, cum ar fi trusa chirurgicală, electrocardiograf, medicamente (miofilin, hemisuccinat, ser fiziologic, scobutil, papaverină, No-Spa etc.), precum și materiale sanitare (seringi, feșe, tampoane, garouri etc.) și să aibă anumite deprinderi cum ar fi: manevrele de resuscitare, punerea unui garou, efectuarea unei traheostomii, prinderea unei linii venoase, punerea de atele, efectuarea unei perfuzii, punșionarea unui pneumotorax.

Pentru rezolvarea urgențelor, medicul de familie are următoarele obiective:

- evaluarea urgenței: natura acesteia, cauza, gravitatea, măsurile ce trebuie luate și succesiunea acestora;
- este important să se determine timpul scurs până la aplicarea primelor gesturi terapeutice;
- limitarea efectului produs de agentul primar;
- efectuarea bilanțului lezional;
- stabilirea priorităților de intervenție;

- aplicarea măsurilor de prim ajutor;
- aprecierea eficienței măsurilor întreprinse;
- medicul de familie are obligația de a urmări pacientul până în momentul internării;
- medicul de familie trebuie să țină cont de factorii care ar putea afecta funcțiile vitale ale pacientului pe timpul transportului.

În cazul unei urgențe, medicul de familie trebuie să evalueze rapid bolnavul, să observe starea generală a acestuia, poziția în care se găsește, caracteristicile mediului înconjurător. Se verifică apoi starea de conștiență, în funcție de reacția bolnavului la stimuli verbali, prezența pulsului la carotidă, măsurarea pulsului și tensiunii arteriale, prezența de plăgi, contuzii, traumatisme, a unor eventuale hemoragii externe, dacă este palid, cianotic, dispneic, agitat sau adinamic.

### I. Resuscitarea cardio-respiratorie

- nu este indicată în bolile incurabile
- *Tablou clinic:*
  - absența pulsului la arterele mari (carotidă, femurală)
  - pierderea conștienței
  - apnee/respirație agonică
  - midriază areactivă la lumină
  - abolirea zgomotelor cardiace
  - culoare gri-cianotică a tegumentelor
- *Diagnostic:*
  - se pune pe baza semnelor clinice
  - alte măsuri de diagnostic se aplică numai după terapia de bază (regula ABCD).

#### Regula ABCD

##### A. *airways* - eliberarea căilor aeriene

- îndepărtarea corpilor străini buco-faringieni
- extensia capului și tragerea mandibulei înainte și în sus (manevra Esmarch)

##### B. *breath* - respirația artificială

- gură-la-gură,
- gură-la-nas,
- gură-la-tub (Safar, Guedel)
- respirație artificială cu mască (balon Ambu) cu O<sub>2</sub> 100%

- intubație
- dacă intubația nu este posibilă (ex. edem glotic), se practică coniotomie de urgență sau puncție traheală cu 3-5 ace groase între cartilajele tiroidian și cricoidian
- eficacitatea respirației artificiale este demonstrată de mișcările respiratorii, regresia cianozei, murmurul vezicular bilateral
- inițial se practică două respirații artificiale rapide apoi se fac alternativ masaj cardiac și respirație artificială în raport de 15:2, în cazul unui singur reanimator, sau de 5:1, în cazul a doi reanimatori
- frecvența respirației artificiale: 20/min.

##### C. *Circulation* - circulația

- în orice stop cardiac primul gest trebuie să fie lovitură de pumn în zona precordială, urmat de masaj cardiac
- masajul cardiac extern se aplică pacientului așezat în decubit dorsal pe un plan dur, punctul de compresie fiind în 1/3 inferioară a sternului la adulți sau la 1/2 a sternului la copii
- frecvența masajului cardiac: 80/min la adulți, 90/min la copii și 120/min la sugari
- raportul compresie/decompresie trebuie să fie peste 50%.

##### D. *Drugs* - terapia medicamentoasă

- stabilirea unei căi venoase de acces (de preferență cateter venos central)
- administrarea de adrenalină 0,5-1 mg diluată cu 10 ml soluție NaCl 0,9%, fracționat intravenos sau doză triplă pe sonda endotraheală, repetat la 3-5 min
- atropină 0,5-1 mg intravenos în bradicardie și bloc atrio-ventricular grad III
- lidocaină 100 mg intravenos sau endobroșic bolus, ulterior 2-4 mg/kg corp/oră în PEV, în fibrilație/flutter ventricular.

##### E. *EKG*

- pentru diagnostic diferențial al tulburărilor de ritm și pentru controlul terapiei

*F. Fluids – lichide*

- perfuzii cu soluții cristaloide și/sau coloidale pentru umplerea volumului intravascular

*G. Ganging – discuții*

- evaluarea situației clinice și a schemei terapeutice ulterioare.

## 1. Tratamentul fibrilației ventriculare

- defibrilare – se aplică 200 Joule, în caz de eșec se repetă cu 300 Joule
- respirație artificială cu O<sub>2</sub> 100%
- adrenalină în diluție 1:10 administrată intravenos fracționat 2-4-6 ml
- defibrilare 360 Joule
- lidocaină 1 mg /kg corp intravenos repetat după 15 min
- KCl în bolus de 5 mmol (5 ml), repetat dacă este cazul
- Betablocant intravenos
- Defibrilare 360 Joule
- În caz de reanimare prelungită – tamponare oarbă cu NaHCO<sub>3</sub> 8,4%, 1 ml/kg corp.

## 2. Tratamentul asistoliei

- adrenalină 0,5-1 mg în diluție 1:10, intravenos, repetat la fiecare 5 min
- atropină 1mg intravenos repetat la 5 min
- corectarea acidozei inițial cu 1 ml/kg corp de soluție de NaHCO<sub>3</sub> 8,4% apoi conform AGS.
- Pacemaker temporar.

## 3. Tratamentul disocierei electromecanice

- adrenalină 0,5-1 mg în diluție 1:10, intravenos repetat la fiecare 5 min
- CaCl<sub>2</sub> 10%, 10 ml intravenos
- Corectarea hipovolemiei.

## 4. Tratamentul bradicardiei

- atropină 0,5-1 mg intravenos
- în formele de bloc rezistent la atropină se administrează orciprenalină 0,25-0,5 mg în diluție 1:10
- pacemaker temporar.

• *Semnele reanimării eficiente:*

- puls palpabil la arterele mari

- recolorarea și reîncălzirea tegumentelor
- îngustarea pupilelor
- reinstalarea respirației spontane
- revenirea conștienței.
- *Oprirea măsurilor de reanimare:*
  - circulație și respirație suficiente
  - semne de oprire a circulației cerebrale la peste 30 min de reanimare corectă aplicată:
    - midriază areactivă la lumină
    - pierderea conștienței
    - absența respirației spontane
  - excepție: se aplică reanimarea îndelungată în cazul hipotermiei, intoxicațiilor, hiperpotasemiei.
- *Complicațiile reanimării:*
  - aspirația conținutului gastric evacuat prin masaj cardiac la pacienții neintubați
  - fracturi costale
  - fracturi sternale
  - hemotorax
  - pneumotorax
  - hemopericard
  - ruptură/hemoragie diafragmatică
  - ruptură hepatică/splenică.
- *Prognostic:*
  - șanse reduse de reanimare eficientă la peste 4 min de la instalarea stopului circulator
  - leziuni cerebrale ireversibile se instalează în 3-5 min
  - în hipotermie, timpul în care este posibilă resuscitarea este mai lung.
- *Erori evitabile:*
  - bradicardia determinată de hipoxie – oxigenarea suficientă este mai importantă decât atropina sau adrenalina
  - corectarea excesivă a acidozei metabolice cu bicarbonat, poate genera fibrilație ventriculară refractară la tratament
  - în disocierea electromecanică trebuie excluse hipovolemia și tamponada cardiacă
  - suprimarea precoce a intubației după reanimare poate determina tulburări de ritm

- după terapia eficientă a fibrilației ventriculare se face întotdeauna profilaxia recidivei.

## II. Urgența hipertensivă

- tensiune arterială = 200/120 mmHg, însoțită de manifestări neurologice și/sau cardiace
- *Tablou clinic:*
  - cefalee intensă
  - tulburări de vedere
  - amețeli
  - grețuri
  - tulburări de conștiență
  - angină pectorală
  - decompensarea inimii stângi.
- *Tratament:*
  - nifedipin 10-20 mg, repetat după 30 min
  - furosemid 20-40 mg iv, asociat cu nitroglicerină s.l. sau în PEV, în iminență de EPA
  - clonidină 0,15 mg i.v./i.m., în tahicardie
  - dihidralazină 6,25 mg i.v. lent, repetat în doză dublă după 30 min, în bradicardie
  - fentolamină 5 mg i.v., în feocromocitom.

**Atenție!** Scăderea tensiunii arteriale de la început sub 170/100 mmHg poate determina ischemie cerebrală.

## III. Infarctul miocardic

- *Tablou clinic:*
  - angină pectorală prelungită care nu răspunde la nitroglicerină
  - anxietate extremă
  - greață
  - dispnee
  - durere iradiată în braț, gât, mandibulă, epigastru (infarctul silențios este posibil la pacienții diabetici)
  - tegumente umede și reci
  - tahicardie, hipotensiune, eventual șoc
  - ritm de galop.
- *Tratament prespitalicesc:*
  - poziție comodă a pacientului, cu toracele în poziție semișezândă

- nitroglicerină 0,8 mg s.l., apoi în PEV 2-6 mg/oră sau controlul tensiunii arteriale (contraindicații: șoc, T < 100 mmHg
- cale de acces intravenos
- O<sub>2</sub> terapie - 2-6 l/min
- Sedare cu diazepam 5-10 mg i.v. (**Atenție!** Depres respiratorie)
- Combaterea durerii cu opiacee
- În HTA: se combate corect durerea, se administrează nitroglicerină, apoi, eventual nifedipin sau betablocați
- Monitorizare EKG, TA, puls respirație
- Antiaritmice la nevoie.

## IV. Edemul pulmonar cardiogen

### • Definiție

Edemul pulmonar acut cardiogen se manifestă ca dispnee severă paroxistică ce apare datorită creșterii cantității de lichid în spațiile extravasculare ale plămânilor și pătrunderea lui în alveole.

### • Etiologie

Factorii etiologici principali sunt: efort fizic intens, întreruperea dietei hiposodate, hipertensiunea arterială prost controlată, tulburările de ritm paroxistic, insuficiență ventriculară stângă, sindrom coronarian acut (infarct miocardic acut), cardiopatiile valvulare. Clinic bolnavul prezintă: dispnee cu ortopnee și tahipnee, tuse productivă cu expectorație spumoasă, rozată, abundentă, cianoză; transpirații profuze, anxietate, istoric de suferință cardiacă.

### • Conduita de urgență

Tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen (EPAC) impune măsuri de extremă urgență care vor fi aplicate în domiciliul bolnavului, la cabinetul medicului de familie sau în timpul transportului către spital. Tratamentul simptomatic: plasarea bolnavului în poziție șezândă pe scaun, fotoliu sau întoarcerea venoasă; se aspiră expectorația și se curăță cavitatea orofaringiană a bolnavului; reducere presarcinii prin aplicarea garoului la nivelul membrelor (

din 4) care vor fi schimbate la 10-15 minute; administrarea de oxigen continuu 6-8 l/min.

**În edemul pulmonar acut cardiogen** cu TA normală sau crescută: administrarea i.v. a unui diuretic cu acțiune rapidă: Furosemid 2 fiole (40-120 mg) i.v. timp de 1-2 minute, efectul venodilatator instalându-se mai rapid decât cel diuretic. Efectul diuretic apare în 20-30 de minute; morfina 0,01-0,02 g i.m. sau i.v. (fiola de 1ml = 0,02g) se administrează în tratamentul EPAC datorită efectului anxiolitic - sedativ și de reducere a frecvenței respiratorii.

**În caz de reacție vagală** (vărsături, bradicardie) se asociază atropina 1 mg i.m. sau 0,5 mg i.v.

Morfina nu se administrează în astm bronșic, BPOC, AVC, comatoși sau hipotensivi. Administrarea digitalei este utilă în cazul EPAC din fibrilația atrială cu frecvență ventriculară rapidă pentru controlul alurii ventriculare în doza de 0,5-2 mg fracționat. În EPAC însoțit de spasm se administrează **Aminofilină** - 5mg/kgcorp (240-480 mg) i.v. în 10 minute. Se utilizează cu precauție la coronarieni și în caz de infarct miocardic deoarece crește riscul de fibrilație ventriculară. Administrarea de vasodilatatoare pentru reducerea presiunilor vasculare sistemice și pulmonare: se administrează inițial nitroglicerina sublingual 0,5 mg la interval de 5 minute până la diminuarea dispneei ca urmare a scăderii întoarcerii venoase sau apariția hipotensiunii (TAS < 100 mmHg). Antihipertensivele se administrează în funcție de valorile tensiunii arteriale.

## V. Colica apendiculară

**Colica apendiculară** se prezintă ca o durere vie localizată în fosa iliacă dreaptă produsă de inflamația acută a apendicelui, și care iriază în epigastru și se însoțește de grețuri, vărsături. Durerea se exacerbează la palparea punctului situat pe linia ce unește ombilicul cu spina iliacă anterioară la unirea treimii externe cu două treimi interne (punctul Mc Burney). Apendicita poate apărea la orice vârstă, dar este mai frecventă între 10-30 ani.

### • *Semne și simptome*

Bolnavul prezintă un facies suferind, congestiv, halenă fetidă, limba încărcată, tahicardie. Bolnavii pot prezenta un sindrom dispeptic cu greață, vărsături alimentare și bilioase, anorexie, constipație și diaree. Poate prezenta febră în special în perioada inițială după care caracteristic pacientul devine subfebril cu o temperatură de 37,5° Celsius.

La examenul fizic palparea fosei iliace drepte produce durere intensă, cu contractură musculară și sensibilitate la decompresia bruscă după palparea profundă (semnul Blumberg). Palparea regiunii fosei iliace drepte în timp ce bolnavul efectuează flexia membrului inferior pe abdomen accentuează durerea (semnul Jaworski) semn caracteristic în apendicită. Diagnosticul de apendicită este dat în special de sensibilitatea la palparea regiunii fosei iliace drepte (durere provocată). Tușeul rectal poate determina durere către fosa iliacă dreaptă mai ales în condițiile unui apendice pelvin precum și semne de iritație peritoneală.

### • *Investigații paraclinice*

Leucocitoză cu neutrofilie și deviere la stânga a formulei leucocitare. VSH crescută. Amilază serică în limite normale. Radiografia abdominală pe gol exclude diagnosticul de ocluzie intestinală și poate descoperi un pneumoperitoneu care apare în cazul perforației apendiculare. Ecografia abdominală poate determina edemul inflamator al peretelui apendicular, abcesul apendicular, adenopatii satelite sau revărsat lichidian circumscris.

### • *Complicații:*

1. Perforația apendiculară: plastron apendicular (localizat); abces apendicular: peritonită generalizată.
2. Septicemie
3. Pancreatită acută
4. Tromboflebită
5. Abces hepatic
6. Angiocolită

### • *Tratament chirurgical*

Repaus digestiv, pungă de gheață pe abdomen, reechilibrare hidroelectrolitică, tratament antiemetic, administrarea antibioticelor cu spectru larg cum ar fi cefalosporina

generația a III-a cu metronidazol 0,5 mg de trei ori pe zi intravenos, intervenție chirurgicală (apendicectomie).

## VI. Colica renală

### • Definiție

Colica renală este o formă clinică a durerii nefrogene, reprezentând o urgență medicală caracterizată prin durere acută paroxistică cu iradiere uretero-vezico-genital, însoțită de polakiune, disurie și hematurie microscopică sau macroscopică provocată de un spasm al căilor urinare excretoare superioare.

### • Cauze

1. Litiiza reno-ureterală
2. Inflamațiile urogenitale: pielonefrita; pielonefroza; tuberculoza renală
3. Tumorile renale, de uter, colon și rect (pot provoca rar colici prin compresiune uretrală extrinsecă și spasm asociat)

### • Conduita de urgență

În colica renală după precizarea diagnosticului se recomandă repaus la pat și se urmăresc câteva obiective.

### • Suprimarea durerii prin:

- Mijloace fizice; aplicații locale de căldură în regiunea lombară (sticle cu apă caldă, perna electrică, termofor, comprese fierbinți, băi fierbinți);
- Analgetice pirazolonice: Algocalmin (i.m.), Novalgin (i.v);
- Analgetice de tipul pentazocin (Fortral i.m.);
- Spasmolitice cu acțiune neurotropă (anticolinergice: Atropină, Scobutil i.v. lent);
- Spasmolitice cu acțiune musculotropă: Papaverină i.v. sau i.m.
- Spasmoanalgetice cu acțiune predominant neurotropă: Scobutil compus, Piafen;
- Morfină și derivații ei (Hidromorfin)
- Analgetice de tip morfînic: petidina (Mialgin)

**Combaterea vărsăturilor abundente prin substituție electrolitică**

Prevenirea recidivelor colicii:

- Scobutil compus (supozitoare) sau
- Scobutil + Algocalmin

Tratamentul ulterior al litiazei renale va fi adaptat în funcție de compoziția calculului, starea rinichiului litiazic și a celui opus, funcția renală, comorbiditate, gradul de complianță al bolnavului și familiei acestuia.

## VII. Retenția acută de urină

### • Tablou clinic:

- pacient neliniștit cu senzație conștientă, chinuitoare de micțiune, în contrast cu anuria din IRA
- palparea și percuția abdomenului - vezică urinară plină

### • Tratament:

- cateterizare vezicală transuretrală
- dacă uretra nu este permeabilă se practică puncția suprapubiană
- se extrag numai cca 600 ml, iar restul se extrag fracționat, existând pericolul de retenție acută prin „edem de decompresiune“.

## URGENȚELE ÎN PATOLOGIA APARATULUI RESPIRATOR – DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Urgențele respiratorii pot fi clasificate în funcție de localizare astfel:

Căile respiratorii superioare	Căile respiratorii inferioare	Parenchim pulmonar	Pleura	Torace
laringita acută	bronșiolita acută	pneumonii acute severe	pleurezii masive	traumatisme toracice
aspirația de corpi străini	astmul acut	sindromul de detresă respiratorie	pneumotorax	poli-neuropatii
laringotraheo-bronșita acută (crup)	exacerbare BPOC			miastenia gravis
Angioedem laringian				poliomielita
abces amigdalian				

### 1. INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ACUTĂ

Toate urgențele respiratorii pot evolua către insuficiența respiratorie acută, de aceea diagnosticul precoce al acesteia este esențial pentru prognosticul bolii.

Se definește prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului în sângele arterial sub 60mmHg (hipoxemie), cu sau fără creșterea presiunii parțiale a dioxidului de carbon peste 45mmHg (hipercapnie).

Se manifestă clinic prin: cianoza cutaneo-mucoasă, polipnee, semne cardiovasculare (tahicardie, aritmii, hipertensiune sau hipotensiune arterială), neurologice (tulburări de concentrare, agitație psihomotorie).

### 2. URGENȚELE RESPIRATORII ALE COPILULUI

Cele mai frecvente urgențe respiratorii ale copilului sunt reprezentate de laringita acută, laringotraheobronșita acută (crup), bronșiolita obliterantă, astmul bronșic acut, aspirația de corpi străini.

Copilul are unele particularități anatomice și fiziologice care favorizează evoluția mai rapidă către urgență a unor boli respiratorii, în special cele însoțite de obstrucție a căilor respiratorii superioare (de exemplu segmentul subglotic este mai îngust, iar suportul cervical lax). De asemenea, copiii cu boli febrile se deshidratează mai ușor decât adulții, iar aprecierea gravității bolii se bazează exclusiv pe examenul fizic și pe relatările părinților.

Copilul cu risc crescut de dezvoltare a unei complicații cu ocazia infecțiilor de căi respiratorii superioare este cel provenit din colectivități sau familii cu dificultăți economice, cu retard psihomotor, tulburări de nutriție, sau deficiențe imunitare, convalescent după boli infecțioase sau care asociază boli alergice (în special astmul bronșic).

**Laringotraheobronșita acută (crup)** este o boală infecțioasă acută a căilor respiratorii superioare, care afectează în general copilul mic (6 luni-4 ani) adesea cu caracter epidemic.

Agenții etiologici incriminați sunt: virusuri (paragripal 1, 2 și 3), gripal A și B, sincițial respirator, adenovirusuri, herpes și Mycoplasma pneumoniae.

Clinic se caracterizează prin stridor, disfonie, tahipnee, febră, poate evolua cu insuficiență respiratorie acută, iar 2% necesită respirație asistată în terapie intensivă.

**Bronșiolita acută** la copil apare în general după infecții virale (virusul sincițial respirator, rinovirus, virus paragripal,

adenovirus, coronavirus), este mai frecventă la copilul sub 2 ani în sezonul rece, având ca factori de risc: sexul masculin, vârsta între 3-6 luni, absența alăptării, tabagismul matern și creșterea în colectivități.

**Aspirația de corpi străini** este o urgență respiratorie relativ frecventă la copilul de toate vârstele. Se suspectează de obicei la copilul care prezintă brusc, în plină stare de sănătate, dispnee și tuse, care pot evolua rapid către insuficiență respiratorie acută, în absența măsurilor terapeutice. Diagnosticul se confirmă radiologic (nerelevant în cazul corpiilor radiotransparenți) și endoscopic. Atitudinea terapeutică constă într-o primă etapă, în aplicarea unor lovituri cu podul palmei între scapule și în piept cu scopul mobilizării și al eliminării corpului străin, iar dacă nu se reușește se trimite de urgență pentru extragere endoscopică într-un serviciu specializat, administrând oxigenoterapie cât mai precoce.

**Astmul acut la copil** reprezintă cea mai frecventă urgență medicală a copilului, responsabilă de aproximativ 10% dintre decesele nonviolente la copil și adultul tânăr.

Se caracterizează clinic prin dispnee de intensitate moderată sau severă, care nu cedează la terapia inițială obișnuită, wheezing care în stadii avansate de obicei dispare, iar respirația devine superficială. Alte semne de gravitate sunt: utilizarea mușchilor respiratori accesorii, vorbire sacadată, frecvența respiratorie crescută (>40/min), transpirații, agitație, cianoză, tulburări progresive ale stării de conștiență.

Managementul astmului acut la copil constă în: oxigenoterapie cu debit crescut (4l/min), beta 2 agonști cu efect rapid (de tipul salbutamolului) inhalator la fiecare 20 min în prima oră, prin nebulizare (până la vârsta de 2 ani) sau spacer (între 2-6 ani). La copilul de peste 6 ani se poate administra direct din spray-ul inhalator (ideal totuși prin spacer) sau în lipsa acestuia, se poate improviza dintr-un pahar de hârtie sau sticlă de plastic. Se adaugă corticoid

sistemic și alte bronhodilatatoare (metilxantine, anti-colinergice). După 1-2 ore se face un prim bilanț al răspunsului terapeutic, iar în cazul absenței răspunsului favorabil sau agravării (non-responderi), se îndruma către Secția de Terapie Intensivă.

Responderi	Non-responderi
frecvența respiratorie sub 40/min	frecvența respiratorie peste 40/min
PEF peste 80% (pentru copii peste 6 ani)	PEF sub 80% (pentru copii peste 6 ani)
vorbire normală	persistă tulburările de vorbire

### 3. URGENȚELE RESPIRATORII ALE ADULTULUI

Cele mai frecvente urgențe respiratorii ale adultului sunt: astmul bronșic acut, exacerbările bronhopneumopatiei obstructive cronice, pneumotoraxul, angioedemul cu manifestări respiratorii și reacția anafilactică, infecții acute severe, contuziile toracice, aspirația de corpi străini.

**Astmul acut sever (status astmaticus)** reprezintă o acutizare de intensitate moderată – severă a simptomelor respiratorii (dispnee, tuse), cu debut brusc (sudden onset attack) sau progresiv (slow onset attack). Factorii precipitanți pot fi expunerea la alergene, infecții respiratorii (mai ales virale), efortul fizic, variațiile bruște de temperatură dar și factori emoționali, în special la pacienți non-complianți sau cu forme necontrolate de boală. Dacă tratamentul nu se instituie la timp sau este inadecvat, poate evolua către insuficiență respiratorie acută, cu necesitatea respirației asistate în Terapie Intensivă.

Următoarele categorii de pacienți au un risc crescut pentru apariția acutizărilor astmatice severe: cei corticodependenți, cu mai mult de două acutizări severe în ultimul an sau cu complicații (acidoza respiratorie, pneumotorax), cei noncomplianți sau cu tulburări psihice și cei cu slabă percepție a obstrucției bronșice.

**Managementul astmului acut** implică aprecierea factorilor de risc către o evoluție severă, instituirea promptă



tratamentului și evaluarea răspunsului terapeutic după primele ore.

Se administrează inițial beta 2 agoniști cu efect rapid (de tipul salbutamolului) inhalator, 2 pufuri la fiecare 20 de minute în prima oră, preferabil prin spacer sau o combinație de beta 2 agoniști cu anticolinergic la fiecare 60 min (de exemplu Berodual). Se administrează de la început oxigenoterapie pentru a menține SaO<sub>2</sub> peste 90%, metilxantine iv sau oral, glucocorticoizi sistemici (oral sau injectabil).

După 3-4 ore de tratament se face un prim bilanț, iar absența răspunsului favorabil sau agravarea simptomelor impun trimiterea de urgență a pacientului la spital sau chiar direct la Terapie Intensivă. Această atitudine poate fi luată de la început, în cazul pacienților cu risc crescut de deces sau când medicul de familie nu dispune de mijloacele terapeutice de urgență.

Următoarele categorii de pacienți au risc crescut de deces în cazul acutizărilor severe ale astmului bronșic:

- istoric de astm sever care a necesitat intubație sau internare de urgență recentă pentru exacerbare severă
- corticodependență sau întrerupere recentă a corticoterapiei
- folosirea excesivă a beta 2 agoniștilor cu durată scurtă de acțiune (peste un flacon/lună)
- boli psihice sau istoric de noncompliance la tratament

### EXACERBĂRILE BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE (BPOC)

Reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate, se însoțesc de o creștere a răspunsului inflamator din căile respiratorii și pot fi inițiate de bacterii, virusuri sau poluanți ambientali. Exacerbările pot accelera declinul funcției pulmonare și alterează semnificativ calitatea vieții pacientului cu BPOC.

Diagnosticul precoce al exacerbărilor, evaluarea severității acestora și instituirea promptă a tratamentului au

rol determinant în reducerea mortalității prin BPOC și îmbunătățirea prognosticului pe termen lung.

**Managementul exacerbărilor** implică administrarea de bronhodilatatoare, de obicei din mai multe clase, cu creșterea dozei sau a frecvenței (beta 2 agoniști cu durată scurtă de acțiune, anticolinergice, metilxantine). Se adaugă corticosteroizi orali (Prednison 30-40 mg/zi, în general 10-14 zile), care scurtează perioada de recuperare, îmbunătățesc funcția pulmonară și reduc hipoxemia. Se recomandă antibioterapie dacă apreciem că exacerbarea a fost precipitată de o infecție bacteriană. Se poate iniția tratamentul inhalator cu bronhodilatatoare cu durată lungă de acțiune, din clasa anticolinergicilor (Liotropium) sau betaagoniști cu durată lungă de acțiune în combinație cu corticosteroizi inhalatori.

Se recomandă îndrumarea pacientului pentru spitalizare imediată în următoarele situații:

- creștere marcată a intensității simptomelor, cum ar fi apariția bruscă a dispneei de repaus
- boala de fond severă sau comorbidități semnificative
- apariția de noi semne fizice, de ex. cianoză, edeme periferice
- aritmii nou apărute
- exacerbări frecvente, vârsta înaintată
- diagnostic incert
- eșecul răspunsului la managementul inițial
- suport insuficient la domiciliu

**Pneumoniile acute** pot evolua către insuficiența respiratorie acută în forme acute sau la pacienți cu risc crescut. Factorii de risc pentru evoluția severă a pneumoniilor acute sunt: vârsta mică sau avansată, imunodepresia, boli cronice asociate (insuficiența cardiacă, neoplazii, astm bronșic sever, BPOC, diabetul zaharat).

**Pneumotoraxul** se definește prin prezența de aer între pleura viscerală și cea parietală. Poate fi spontan, la indivizi aparent sănătoși, în special la bărbați tineri fumători sau

consecința evoluției naturale a altor boli, cum sunt bolile obstructive pulmonare cronice, boli congenitale, infecții pulmonare, neoplasme pleurale. Pneumotoraxul iatrogen este cel produs în urma unor manevre diagnostice sau terapeutice, cum sunt puncția pleurală, mediastinoscopia.

Diagnosticul este sugerat de dispnee și durere toracică aparute brusc și este confirmat prin examinare radiologică sau tomografică.

### ANGIOEDEMUL CU MANIFESTĂRI RESPIRATORII

Angioedemul cu localizare laringiană sau traheobronșică se manifestă prin: dispnee, stridor, tuse, wheezing și poate evolua spre insuficiența respiratorie acută. Se poate însoți de urticarie, edem al feței și al extremităților și de multe ori nu se poate evidenția alergenul declanșator. Pot fi incriminate medicamente, alimente, venin de himenoptere, infecții, iar la copii și adulți tineri se poate suspecta angioedemul ereditar.

**Reacția anafilactică** reprezintă manifestarea sistemică severă a hipersensibilității imediate de tip I, cu debut brusc, adesea neașteptat și evoluție dramatică, în lipsa tratamentului de urgență (risc mare de deces).

Factorii etiologici pot fi: medicamente (betalactamine, anestezice, derivate de sânge, chimioterapice, insulina, streptokinaza), substanțe de contrast în investigarea imagistică, alimente și aditivi alimentari (arahide, fructe de mare, pește, etc.), latex înțepături de insecte (albină, viespe).

Debutul clinic poate fi cu urticarie generalizată și/sau angioedem, urmate de simptome respiratorii (dispnee, tuse, bronhospasm, edem glotic), cardiovasculare (tahicardie, aritmii, hipotensiune), digestive (colici abdominale, greață, vărsături, diaree), neurologice (convulsii, tulburări de conștiență, comă).

Atitudinea de urgență în cazul unei reacții anafilactice impune întreruperea contactului cu alergenul posibil incriminat, instalarea unei căi venoase cu administrare

rapidă de lichide în perfuzie, și oxigenoterapie. Se administrează doze mari de glucocorticoizi intravenos, în funcție de severitatea tabloului clinic, de obicei 300-500mg hemisuccinat de hidrocortizon sau 250-500mg metilprednisolon care pot fi repetate la nevoie. Se administrează antihistaminice intravenos de tipul difenhidraminei sau clemastinei sau doze repetate de antihistaminice orale cu efect rapid, de asemenea bronhodilatator inhalator și/sau injectabil (salbutamol, aminofilina).

Medicamentul de elecție în reacția anafilactică este adrenalina administrată subcutanat, intramuscular sau intravenos, în doze de 0,3-0,5ml soluție 1/1000, care pot fi repetate până la ameliorarea tabloului clinic.

## SUPRAVEGHEREA BOLNAVILOR CRONICI

Medicul de familie realizează supravegherea bolnavilor cronici prin controale medicale periodice, explorări paraclinice și de laborator specifice evoluției bolii și tratamentului indicat.

La cabinetul medicului de familie există registrul de evidență al bolnavilor cronici cu următoarele afecțiuni:

- diabet zaharat
- boli tiroidiene
- anemii
- boala ulceroasă
- hepatite cronice
- ciroze
- boli cardio-vasculare (valvulopatii, boala coronariană ischemică, hipertensiunea arterială, cordul pulmonar cronic)
- boli pulmonare (BPOC, astm bronșic, tuberculoza)
- boli renale (IRC, litiaza)
- colagenoze
- boli neurologice (AVC, boala Parkinson)
- afecțiuni psihiatrice
- neoplasme.

Medicul de familie înregistrează cazurile noi de boală, pe care le raportează trimestrial centrului de statistică al direcției de sănătate publică, pe baza

acestor raportări urmărindu-se indicatorii de morbiditate și mortalitate la nivelul populației.

Medicul de familie stabilește, împreună cu medicul de specialitate, ritmul de urmărire a bolnavului din punct de vedere clinic și paraclinic.

- *Dispensarizarea bolilor cardiovasculare*
  - examen clinic: cord (inspecție, palpate, percuție, auscultație), artere periferice (palpate, auscultație), sistem venos, măsurarea corectă a tensiunii arteriale;
  - EKG
  - radiografie cord-pulmon
  - examenul fundului de ochi
  - examene de laborator: HLG, glicemie, lipidogramă, uree, creatinină, examen sumar de urină).
- *Dispensarizarea bolilor respiratorii*
  - examen clinic (inspecție, palpate, percuție, auscultație)
  - radiografie toraco-pulmonară
  - probe ventilatorii
  - teste alergologice – dacă este cazul
  - examene de laborator: HLG, VSH, gaze sanguine.
- *Dispensarizarea bolilor digestive*
  - examen clinic
  - ecografie
  - esofagogastroduodenoscopia sau colonoscopia, după caz
  - examene de laborator: HLG, VSH, glicemie, teste ale funcției hepatice, teste de coagulare, markeri virali sau tumorali.
- *Dispensarizarea bolilor renale*
  - examen clinic general
  - ecografie
  - examene de laborator: teste funcționale renale, examen sumar de urină
  - radiografie abdominală simplă sau urografie.
- *Dispensarizarea diabetului*
  - examen clinic complet
  - examene de laborator: glicemie, glicozurie, explorarea funcției renale, profil lipidic
  - evaluare cardiovasculară periodică
  - examen oftalmologic periodic (fund de ochi anual)

- examen neurologic periodic
- trimestrial – consult de specialitate (HbA1, microalbuminurie pe 24 de ore)
- anual – internare într-un serviciu de specialitate pentru evaluare completă
- *Dispensarizarea bolilor de collagen*
  - consultație și evaluare periodică de către medicul specialist
  - examen clinic complet
  - examen radiologic
  - examen ecografic
  - examen de laborator: HLG, teste de inflamație, teste imunologice și serologice specifice, teste funcționale renale, teste funcționale respiratorii
  - supravegherea atentă a medicației specifice, a reacțiilor adverse și monitorizarea acestora
- *Dispensarizarea neoplasmelor*
  - colaborare permanentă cu specialistul oncolog
  - examen clinic complet, pentru depistarea precoce a recidivelor sau a metastazelor
  - identificarea reacțiilor adverse ale terapiei specifice și combaterea acestora
  - examene de laborator: HLG, VSH, glicemie, probe renale, probe hepatice, markeri tumorali
  - explorări imagistice: radiologice, ecografice, tomografii, RMN.
- *Dispensarizarea bolilor neurologice*
  - examen clinic complet
  - examen oftalmologic periodic
  - examen neurologic periodic efectuat de către specialistul neurolog
  - examene de laborator: HLG, glicemie, lipidogramă, probe renale, teste de coagulare.

## ÎNTOCMIREA UNUI REGIM PENTRU BOLNAVII CU DIABET ZAHARAT

Regimul alimentar trebuie să fie elementar terapeutic cel mai important și cel mai constant prezent în tratamentul Diabetului zaharat de tip II, aflat în dispensarizarea activă a medicului de familie, în colaborare cu medicul de diabet, nutriție și boli diabetice.

Obiectivele regimului alimentar (al dietei) în diabetul zaharat sunt următoarele:

1. menținerea glicemiei la un nivel cât mai aproape de valorile normale;
2. normalizarea profilului lipic;
3. asigurarea unui aport caloric adecvat pentru atingerea și menținerea unei greutate optime și acoperirea nevoilor metabolice;
4. prevenirea și tratarea complicațiilor acute ale DZ (hipoglicemie, cetoacidoză diabetică), precum și a complicațiilor cronice (nefropatie diabetică, neuropatie diabetică, boli cardiovasculare);
5. creșterea calității vieții pentru o alimentație adecvată.

Alimentația persoanelor cu DZ nu este diferită de a celorlalte persoane. Ea trebuie doar să fie adaptată necesităților individuale și echilibrată din punct de vedere calitativ și cantitativ.

În funcție de greutatea inițială și a activității zilnice depuse se calculează aportul energetic necesar. Pentru persoanele supraponderale sau obeze se recomandă regim hipocaloric în raport cu activitatea depusă. După calculul necesarului caloric, se trece la precizarea cantităților de glucide (G), lipide (L) și proteine (P) exprimate procentual.

Repartiția caloriilor pe principii alimentare (glucide, lipide, proteine) trebuie să țină seama de necesități, tipul tratamentului hipoglicemiant, stilul de viață, prezența complicațiilor cronice, preferințe alimentare și posibilități.

Recomandările privind cantitățile de glucide, lipide, proteine din rația calorică zilnică sunt, procentual, următoarele:

- glucide 55-60%,
- proteine 12-155 până în 205,
- lipide 25-30%.

Această repartiție se poate modifica dacă există comorbidități sau situații fiziologice (sarcină, lăuzie).

La micul dejun sunt repartizate 20-30% din totalul caloric, la prânz 30-40%, și seara 25-35% și până la 15% la gustări.

Ultima etapă în întocmirea unei diete este reprezentată de planificarea meselor și a echivalențelor specifice.

Glucidele sau hidrații de carbon au un rol foarte important în alcătuirea unei diete pentru bolnavii de DZ. Glucidele se împart în glucide simple (monozaharide-glucoză, fructoză, galactoză și dizaharide-zaharoză, maltoză, lactoză) și glucide complexe (polizaharide – amidonul; digestibile și fibre vegetale – celuloză, hemiceluloză; pectinele – nedigestibile). Se consideră o dietă echilibrată dacă din totalul glucidelor permise 5-10% sunt glucide simple și 35-40% sunt glucide complexe. Fibrele alimentare nu determină creșteri ale glicemiei, cele solubile în apă au rol în scăderea absorbției glucidelor și lipidelor alimentare, cele insolubile vor absorbi apă și contribuie la combaterea constipației. Se recomandă un aport zilnic de 25-30g de fibre alimentare.

Alimentele bogate în glucide induc creșteri glicemice variabile ca timp de apariție, durată și intensitate. Acest comportament variabil al glicemiei definește indexul glicemic (IG). Alimentele cu conținut caloric asemănător au IG diferit. Pâinea albă are IG 100, alimentele cu index glicemic sub 55

au un conținut de fibre mai mare și sunt mai lent absorbabile, cele cu IG peste 75 se absorb mai repede, datorită conținutului redus în fibre.

Exemple de alimente și IG

- Pâinea albă are IG 100.
- Alimente cu IG sub 55: făina de secară integrală, orez brun, paste de făină integrală, iaurt, lapte, mere, portocale etc.
- Alimente cu IG peste 75: glucoză, miere, cartofi, orez alb, pepene, banană etc.

Lipidele se recomandă într-un procent de sub 20% din rația calorică zilnică. O dietă prudentă limitează aportul grăsimilor saturate sub 10% din rația calorică zilnică și sub 33% din cea lipidică. Se recomandă grăsimile vegetale, polinesaturate, lichide la temperatura camerei care nu conțin și nu cresc colesterolul (pește, uleiuri de floarea soarelui, porumb, rapiță, alune, nuci, migdale. Uleiurile vegetale mononesaturate (măslină, arahide) vor reprezenta 12-15% din rația calorică zilnică, într-un raport optim grăsimi polinesaturate/mononesaturate de pește.

Organismul nu poate sintetiza acidul linoleic și linolenic, trebuie aduși prin alimentație (ulei de floarea soarelui, pește, soia, in, cânepă, nuci). Peștii marini (macrou, hering, cod, sardine, ton) oferă o cantitate mare de acizi grași nesaturați de tip omega 3, utili în scăderea trigliceridelor. Colesterolul nu trebuie să depășească 300mg/zi. Cele mai bogate alimente în colesterol sunt: gălbenuș de ou, viscerele, carnea grasă, mezelurile, lactatele nedegresate.

Proteinele se recomandă într-un procent de sub 25-30% din rația calorică zilnică.

În rația alimentară proporția proteinelor animale trebuie să fie de 1/2-2/3 din totalul aportului proteic.

Alcoolul ingerat în cantitate mică va fi calculat caloric (1g de alcool \* 7 calorii). Excesul poate duce la afecțiuni ale SNC, tubului digestiv, malabsorbției, deficit de zinc, avitaminoze.

Cafeaua se recomandă cu moderație sub 150 ml/zi pentru a nu determina tulburări de ritm, modificări ale funcției digestive, pierderi urinare de calciu.

Legume care conțin 5g carbohidrați la 100g produs (consum admis fără cântar) ardei gras, castraveți, ceapă verde, ciuperci, conopidă, dovlecei, fasole verde, gulii, lobodă, roșii vinete, ridichii, spanac, varză, țelină.

Legume care conțin 10g carbohidrați la 100g produs (consum admis cu cântar): ceapă (bulb), mazăre, morcov, păstârnac, pătrunjel, sfeclă.

Fructe care conțin 5g carbohidrați la 100g produs (consum admis fără cântar) grapefruit, lămâi.

Fructe care conțin 10g carbohidrați la 100g produs (consum admis cu cântar): ananas, caise, căpșuni, coacăze, fragi, portocale, mandarine, piersici, mere.

Fructe care conțin peste 10g carbohidrați la 100g produs (consum admis cu cântar): banane, cireșe, gutui, mere dulci, prune, struguri, zmeură.

### MODEL DIETĂ 160 CARBOHIDRAȚI

**Dimineața:** pâine 50g, unt 20g, lapte 250ml;

**Gustare:** pâine 30g, urdă 30g, roșii 50g;

**Prânz:** pâine 60g, ciorbă de perișoare 250 ml, mâncare de legume 150g, piersici 150g;

**Gustare:** caise 150 g;

**Cină:** știucă 100g, cartofi natur 100, unt 10g, compot de vișine cu zaharină 150 g

## 22

### ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN MEDICINA DE FAMILIE

*Definiție:* Îngrijirea persoanei ce se apropie de sfârșitul vieții, de cele mai multe ori ca urmare a evoluției unei boli cunoscute, frecvent cu evoluție îndelungată.

*Componente:*

- comunicare cu pacientul
- vizite la domiciliu
- identificarea principalelor acuze ale pacientului și încercarea de a le ameliora, pentru a asigura un anumit confort pacientului
- realizarea unui climat de încredere pacientului și asigurarea sprijinului până la sfârșitul vieții
- educația familiei cu privire la principalele manevre de îngrijire:
  - schimbarea frecventă a poziției bolnavului pentru a preveni apariția leziunilor de decubit, folosirea colacilor speciali
  - ridicarea pacientului în șezut pe parcursul zilei și tapotaj al toracelui pentru a preveni apariția pneumoniilor
  - masaj al membrelor inferioare pentru a ameliora hipotonia și hipotrofia musculară care se pot instala și pentru a preveni apariția tromboflebitelor
  - igiena cavității bucale prin ștergerea cu comprese umede sau cu glicerină boraxată

- hidratarea corectă a pacientului
  - asigurarea alimentației corespunzătoare (detalii privind alimentele permise, modul de preparare, spațierea meselor)
  - folosirea chiotoșilor absorbantși în cazul incontinenței urinare
  - îngrijirea sondei urinare care va fi schimbată periodic de către un cadru medical
  - îngrijirea colostomei, traheostomei etc.
    - pregătirea psihică a familiei
    - suport moral pentru familie în cazul decesului bolnavului.
- De ce este medicul de familie în măsură să acorde asistență terminală?*
- cunoaște cel mai bine pacientul, evoluția bolii, afecțiunile asociate
  - ține cont de religia, nivelul de educație și convingerile pacientului
  - cunoaște psihologia bolnavului și a familiei și poate găsi cea mai bună cale de comunicare cu aceștia
  - în decursul timpului câștigă încrederea bolnavului și a familiei
  - poate aprecia posibilitățile de îngrijire și susținere a bolnavului în familie.

## PRINCIPALELE SEMNE ȘI SIMPTOME ALE PACIENȚILOR ÎN FAZĂ TERMINALĂ

### 1. Durerea

- a. se începe cu analgezice obișnuite (AINS)
- b. se folosesc doze progresive, crescând doza numai la nevoie
- c. se modulează tratamentul analgezic după Scala analog-vizuală (VAS)
- d. se trece la următoarea etapă de analgezie când durerea nu mai răspunde la tratament
- e. analgezicele opioide se prescriu (de preferat) cu specialistul în terapia durerii care va stabili doza și ritmul de administrare, astfel încât să se mențină controlul durerii.

### 2. Grețuri și vărsături

- a. medicație antiemetică administrată per os, parenteral sau intrarectal, după caz
- b. tratamentul se alege în funcție de cauza determinantă: chimioterapie, iritație gastrică prin AINS, reflux gastro-esofagian.

### 3. Sughit

- a. administrare de metoclopramid, haloperidol etc.

### 4. Dispnee

- a. bronhodilatatoare, mucolitice, expectorante – în obstrucția bronșică
- b. drenaj pleural – în disfuncția restrictivă prin pleurezie
- c. oxigenoterapie.

### 5. Depresie – utilizarea cu prudență a antidepresivelor

### 6. Agitație psihomotorie, tulburări de somn – haloperidol, anxiolitice.

### 7. Leziuni de decubit – evitarea folosirii pudrelor la nivelul plicilor, soluții antiseptice

### 8. Constipația – dietă bogată în fibre, hidratare corectă, laxative de volum, clisme la nevoie.

## EDUCAȚIA TERAPEUTICĂ A PACIENTULUI

Problema majoră a medicinei, care apare la mai mult de 50% dintre pacienți, este complianța la tratament.

Următorii factori sunt asociați cu creșterea complianței:

1. pacientul este (în general) mulțumit de doctor
2. regimul terapeutic simplu
3. informațiile suplimentare scrise
4. durata mai lungă a consultațiilor sau prescrierea în timpul vizitelor la domiciliu
5. prescrierea asociată cu educația sanitară
6. continuitatea asistenței medicului generalist
7. încurajarea autoturării de către pacient
8. credință în eficacitatea tratamentului.

Educația terapeutică a pacientului înseamnă să:

1. îl poți face pe bolnav să înțeleagă ce boală are,
2. care este evoluția naturală a bolii și evoluția sub tratament,
3. care sunt complicațiile posibile la întreruperea neavizată a tratamentului precum și riscurile automedicației,
4. îi explici care este regimul igienico-dietetic impus de boala sa și importanța acestuia în eficacitatea tratamentului,
5. în cazul salariaților este necesar să le explici care sunt incompatibilitățile între boala depistată și profesie (ex. lucrul la înălțime pentru un bolnav cu HTA).

## MODALITĂȚI DE PRESCRIERE A MEDICAMENTELOR CONFORM LEGISLAȚIEI

Există cinci subliste de medicamente:

- A (care sunt compensate în proporție de 90% din prețul de referință, rămânând ca restul de 10% să fie suportat de pacient),
  - B (care sunt compensate în proporție de 50% din prețul de referință),
  - C<sub>1</sub> (care sunt compensate 100% din prețul de referință pentru anumite boli cronice - ex.: poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă, epilepsie, etc).
  - C<sub>2</sub> (procent de compensare 100%) cuprinde DCI-urile corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate, cu scop curativ în tratament ambulator și spitalicesc (boli transmisibile, diabet zaharat, oncologie, talasemie, boli endocrine).
  - C<sub>3</sub> (procent de compensare 100%) cuprinde DCI-urile, altele decât din A, B, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, indicate pentru copiii < 18 ani, tineri de la 18-26 de ani dacă sunt elevi, studenți, ucenici și nu realizează venituri din muncă, precum și gravide și lăuze.
- În funcție de tipul evolutiv al bolii prescripția poate face pentru maxim cinci zile în bolile acute,



7 zile în bolile subacute și 30 zile în bolile cronice. Ridicarea medicamentelor de la farmacie se poate face în 24-48 de ore în cazul rețetelor pentru boli acute sau subacute și în 30 de zile cele pentru boli cronice, de la data emiterii lor de către medic sau în cazul terapiei prestabile și a evoluției bune, se poate prescrie tratamentul în bolile cronice pe o perioadă până la 90 de zile.

Prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală se face conform normelor cuprinse în ordinul comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, intrat în vigoare la data de 17 octombrie 2005, din care spicuim:

#### A. Principii generale

1. Formularele de prescripții medicale se completează în ordinea cronologică a consultațiilor.
2. Pe același formular pot fi prescrise medicamente din toate sublistele (A, B, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, C<sub>3</sub>).
3. Prezența în formular a doar 7 poziții nu limitează drepturile asiguratului prevăzute în H.G. 235/2005, cu modificările și completările ulterioare. În situațiile în care, pentru afecțiunile/bolile cronice de care suferă, asiguratul necesită mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite, se vor elibera două prescripții medicale.

#### B. Reguli de completare a formularelor

Câmpul 3 – se vor nota toate diagnosticele pacientului pentru care au fost prescrise medicamente. Pe același formular nu se vor combina tipurile de diagnostic acut, subacut și cronic.

Câmpul 4 – prescripția propriu-zisă:

- i. se notează procentul corespunzător de compensare aferent listei din care face parte medicamentul
- ii. pentru medicamentele din sublista C se va nota și categoria de boală (G1-G31)
- iii. denumirea comună internațională, forma farmaceutică, concentrația și denumirea comercială pentru cazurile justificate medical.

Pentru afecțiunile cronice un asigurat beneficiază de:

1. sublista A – o singură prescripție pe lună cu maxim 4 medicamente
2. sublista B – o singură prescripție pe lună cu maxim 3 medicamente a cărei valoare totală la prețul de vânzare cu amănuntul este maxim 300 RON, cu excepția prescrierilor care conțin un medicament corespunzător DCI-urilor notate cu C<sub>2</sub>, C<sub>3</sub>.
3. sublista C<sub>1</sub> – o prescripție lunară cu maxim 3 medicamente.

Pentru afecțiunile acute sau subacute un asigurat poate beneficia, ori de câte ori este nevoie, de prescripții medicale cu medicamente din sublista A și/sau B, emise în aceleași condiții ca pentru afecțiunile cronice (ca număr de medicamente sau ca valoare pe fiecare prescripție).

## METODOLOGIA ELIBERĂRII SCUTIRILOR MEDICALE PENTRU SPORT

1. Scutirile medicale de la orele de educație fizică se eliberează de medicul unității școlare sau studentești pe formularul adeverinței medicale.
2. În funcție de forma clinică și deficiențele funcționale consecutive, scutirile pot fi:
  - A. Anuale:
    - inapți total pentru activitatea de educație fizică, fără notă la acest obiect. La recomandarea medicului se pot efectua în cadrul orei de educație fizică unele exerciții ușoare de dezvoltare fizică armonioasă.
    - inapți total pentru activitatea de educație fizică, fără notă, dar cu recomandarea de cultură fizică medicală recuperatorie în cabinete sau centre de specialitate. Elevilor și studenților care învață în localități fără posibilități de recuperare prin cultură fizică medicală li se va recomanda un program diferențiat de exerciții în cadrul orelor de educație fizică.
    - inapți parțial, numai pentru unele dintre activitățile impuse de programa analitică a lecțiilor de educație fizică, cu notă la acest obiect.
    - temporare (pe durate variabile, sub un an școlar/universitar, recomandate de medic);
    - inapți total pentru activitatea de educație fizică;

- inapți parțial numai pentru unele dintre activitățile impuse de programa analitică a lecțiilor de educație fizică.
3. Scutirile medicale de orele de educație fizică nu pot fi eliberate retroactiv, ele fiind valabile din ziua acordării lor (cu excepția adeverințelor medicale de motivare pentru perioadele când un elev/student este absent de la toate obiectele de învățământ din cauză de boală).
  4. Scutirile medicale de educație fizică vor fi înscrise pe formularul de adeverință medicală. Indicațiile terapeutice vor fi înscrise separat și se vor alătura adeverinței medicale sus numite.
  5. Baremul cu afecțiuni pentru care se acordă scutiri medicale de educație fizică este cuprins în anexa 4.

### BAREM CU AFECȚIUNILE PENTRU CARE SE ACORDĂ SCUTIRI DE EDUCAȚIE FIZICĂ

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutare și perioada scutirii
<b>I. Boli infecțioase și parazitare</b>	
1. Tuberculoza primară sau secundară stabilizată	Totală – anuală
2. Primoinfecția TBC nemanifestă clinic (ocultă)	Parțială – anuală sau fără scutare
3. Scarlatina necomplicată	Totală – 6 luni de la debut
4. Status postmeningită (indiferent de etiologie)	Totală – 12 luni de la debut, apoi parțială anuală ori fără scutare, în funcție de eventualele sechele clinice și paraclinice
5. Status postencefalită	Totală – 12 luni de la debut, apoi parțială anuală ori fără scutare, în funcție de eventualele sechele clinice și paraclinice
6. Status posthepatită virală acută	Totală – 12 luni de la debut
7. SIDA	Totală – anuală
8. Alte stări status post boli infecțioase severe	Totală – 12 luni de la debut, apoi parțială anuală ori fără scutare, în funcție de eventualele sechele clinice și paraclinice
9. Status postchist hidatic pulmonar, hepatic operat	Totală – 6 luni de la operație, apoi parțială – anuală, ori fără scutare, în funcție de eventualele sechele clinice și paraclinice

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
<b>II. Tumori</b>	
1. Tumori maligne inclusiv boala Hodgkin, limfoame, leucemii	Totală – anuală
2. Tumori benigne extinse inclusiv hemangioame și limfangioame	Totală – anuală ori parțială – anuală, în funcție de intensitatea fenomenelor clinice, extindere și localizare
<b>III. Boli ale sângelui și ale organelor hematopoietice</b>	
1. Anemii cronice manifeste prin carențe cronice de fier	Totală până la redresare, apoi parțială – anuală, sau fără scutire
2. Anemii hemolitice ereditare cu excepția talasemiilor	Totală – anuală
3. Anemii megaloblastice pernicioase Addison-Biermer, etc.	Totală – anuală
4. Talasemia majoră – Cooley	Totală – anuală
5. Talasemia majoră	Totală sau parțială – anuală, ori fără scutire, în funcție de stadiu sau fără splenomegalie
6. Anemii hemolitice dobândite în funcție de forma clinică	Totală ori parțială – anuală,
7. Anemii aplastice	Totală – anuală
8. Anemii sideroblastice	Totală – anuală
9. Afibrinogenemii și alte sindroame de defibrinare	Totală – anuală
10. Hemofilia tip A	Totală – anuală
11. Hemofilia tip B – Christmas	Totală – anuală
12. Boala von Willebrand	Totală – anuală
13. Hemofilia tip C – Rosenthal	Totală – anuală
14. Alte tulburări manifeste de coagulare	Totală – anuală
15. Trombocitopenii de diverse etiologii fără prinderea splinei	Totală sau parțială – anuală, în funcție de forma clinică
16. Trombocitopenii de diverse etiologii cu prinderea splinei	Totală – anuală
17. Alte boli hemoragice cronice cu manifestări clinice pronunțate	Totală – anuală
18. Agranulocitoze	Totală – anuală
19. Status postsplenectomie posttraumatică	Totală un an de la operație, apoi parțială încă un an, ulterior fără scutire
20. Hipersplenismul	Totală – anuală
21. Policitemia	Totală – anuală
22. Histiocitoză X – Hand-Schuller-Christian	Totală – anuală
23. Sindroame imunodeficitare cu excepția SIDA	Totală ori parțială – anuală, în funcție de forma clinică
24. Sarcoidoze	Totală – anuală
25. Crioglobulinemia	Totală – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
<b>IV. Bolile aparatului circulator</b>	
1. Reumatismul articular acut fără sechele cardiace	Totală – anuală
2. Stenoza mitrală reumatică	Totală – anuală
3. Insuficiența mitrală reumatică	Totală – anuală
4. Dublă leziune mitrală reumatică	Totală – anuală
5. Prolapsul valvei mitrale cu crize de tahicardie în APP	Totală – anuală
6. Mic prolaps de valvă mitrală fără antecedente de tulburări de ritm secundare	Parțială (la aprecierea specialistului) – anuală sau temporară
7. Stenoza aortică reumatică	Totală – anuală
8. Insuficiența aortică reumatică	Totală – anuală
9. Dublă leziune aortică reumatică	Totală – anuală
10. Stenoză sau insuficiență tricuspidiană reumatică	Totală – anuală
11. Endocardită subacută (lentă)	Totală – anuală
12. Hipertensiunea arterială esențială stadiul I/II	Totală – anuală
13. Hipertensiunea arterială oscilantă juvenilă (de limită)	Totală – anuală
14. Pericardite cronice	Totală – anuală
15. Cardiomiopatie cu dilatație	Totală – anuală
16. Cardiomiopatie hipertrofică obstructivă	Totală – anuală
17. Cardiomiopatie hipertrofică neobstructivă	Totală – anuală
18. Alte cardiomiopatii patente	Totală – anuală
19. Bloc atrioventricular gradul I	Parțială – anuală
20. Bloc atrioventricular gradul II	Totală – anuală
21. Bloc atrioventricular gradul III (complet)	Totală – anuală
22. Bloc de ramură dreaptă incomplet	Fără scutire
23. Bloc de ramură stângă	Totală – anuală
24. Sindrom de preexcitație Wolf Parkinson White fără antecedente de tulburări de ritm paroxistice	Totală – anuală
25. Sindrom de excitație Wolf Parkinson White cu antecedente de tulburări de ritm paroxistice	Totală – anuală
26. Sindrom de preexcitație tip B Lown Ganong Levine	Parțială – anuală
27. Tahicardie recidivantă supraventriculară	Totală – anuală
28. Tahicardie recidivantă ventriculară	Totală – anuală
29. Bradicardie sinusală	Parțială – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
30. Tahicardie sinusală persistentă	Totală – anuală
31. Aritmie extrasistolică supraventriculară sistematizată	Totală – anuală
32. Aritmie extrasistolică ventriculară sistematizată	Totală – anuală
33. Anevrism aortic	Totală – anuală
34. Alte anevrisme vasculare	Totală – anuală
35. Sindrom Raynaud	Totală sau parțială – temporară (numai în anotimpul rece)
36. Trombangeita obliterantă Burger	Totală – anuală
37. Acrosindrom	Parțială – temporară (în sezonul rece)
38. Alte arterite	Totală – anuală
39. Telangiectazia hemoragică ereditară Rendu Osler Weber	Totală – anuală
40. Flebite și tromboflebite cronice	Totală – anuală
41. Alte tulburări de circulație periferică	Parțială – anuală
42. Ulcer varicos	Totală – anuală
43. Limfadenite cronice	Totală sau parțială – anuală
44. Limfedemul	Totală – anuală
45. Suflu sistolic inocent sau funcțional cu modificări EKG și radiologice	Parțială – anuală
46. Suflu sistolic inocent sau funcțional fără modificări EKG și radiologice	Fără scutire
47. Hipotensiune ortostatică	Totală – anuală
48. Stenoză subvalvulară aortică largă	Parțială – anuală
49. Stenoză largă pulmonară	Parțială – anuală
50. Preponderență de ventricul stâng	Totală sau parțială – anuală sau temporară
51. Alte boli cardiovasculare cu simptomatologie manifestă	Totală – anuală
52. Persistență de canal arterial operat cu cord normal	Totală – 12 luni de la operație, după care parțială – anuală
53. Persistență de canal arterial operat cu cord rezidual mărit de volum	Totală – anuală
54. Defect septal interventricular cu șunt mic	Totală – anuală
55. Defect septal interventricular cu răsunset hemodinamic	Totală – anuală
56. Defect septal interatrial fără răsunset hemodinamic	Totală – anuală
57. Defect septal interatrial cu răsunset hemodinamic	Totală – anuală
58. Canal atrioventricular comun	Totală – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
59. Tetralogia și pentalogia Fallot operată cu cord normal	Totală – anuală
60. Tetralogia și pentalogia Fallot cu cord rezidual mărit de volum	Totală – anuală
61. Tetralogia și pentalogia Fallot neoperată	Totală – anuală
62. Malformații ale valvei pulmonare fără răsunset hemodinamic	Totală – anuală
63. Malformații ale valvei pulmonare cu răsunset hemodinamic	Totală – anuală
64. Stenoza congenitală a valvei aortice fără răsunset hemodinamic	Totală – anuală
65. Stenoza congenitală a valvei aortice cu răsunset hemodinamic	Totală – anuală
66. Insuficiența congenitală a valvei aortice	Totală – anuală
67. Dextrocardia	Fără scutire
68. Alte malformații cardiace cu răsunset hemodinamic	Totală – anuală
69. Coarctația de aortă neoperată	Totală – anuală
70. Coarctația de aortă operată	Totală – anuală, apoi treptat, parțială – anuală
71. Alte malformații ale vaselor mari	Totală – anuală
<b>V. Bolile aparatului respirator</b>	
1. Rinită cronică fără sindrom obstructiv respirator	Fără scutire
2. Sinuzita cronică	Totală sau parțială – anuală sau temporară
3. Status postpneumopatii acute	Totală – temporară, între 3 și 6 luni de la remisiune
4. Status postpleurezii netuberculoase	Totală – temporară, între 3 și 6 luni de la remisiune
5. Status postbronhopneumonii	Totală – temporară, între 3 și 6 luni de la remisiune
6. Bronșiectazia	Totală – anuală
7. Supurații cronice pulmonare	Totală – anuală
8. Bronșită astmatiformă cu ultima criză în urmă cu mai puțin de 12 luni	Totală – anuală
9. Bronșită astmatiformă cu ultima criză în urmă cu peste 12 luni	Parțială – temporară în sezonul cald și totală – temporară, în sezonul rece
10. Astmul bronșic cu ultima criză în urmă cu mai puțin de 12 luni	Totală – anuală
11. Astmul bronșic cu ultima criză în urmă cu peste 12 luni	Totală – anuală sau parțială – temporară, în sezonul cald și totală – temporară, în sezonul rece
12. Status postpneumotorax spontan	Totală – un an de la debu
13. Pahipleurita	Totală – anuală
14. Alte boli respiratorii cronice cu manifestări clinice patente	Totală – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
<b>VI. Bolile aparatului digestiv</b>	
1. Ulcerul gastro-duodenal cronic	Totală – anuală
2. Ulcerul gastro-duodenal în fază de acalmie prelungită	Parțială – anuală
3. Gastroduodenită cronică	Parțială – anuală
4. Ileita terminală Crohn	Totală – anuală
5. Rectocolita ulcerohemoragică	Totală – anuală
6. Enterita cronică	Totală – anuală
7. Boala Wilson (degenerescență hepatolenticulară)	Totală – anuală
8. Hepatita cronică persistentă	Totală – anuală
9. Hepatita cronică activă (evolutivă, agresivă)	Totală – anuală
10. Ciroza hepatică	Totală – anuală
11. Litiiza biliară cu crize dureroase	Totală – anuală
12. Colecistita cronică	Totală – anuală
13. Dischinezia biliară hipertonică	Totală – anuală sau temporară
14. Pancreatita cronică cu sindrom diareic cronic	Totală – anuală
15. Sindroame diareice cronice de altă natură	Totală sau parțială – anuală
16. Alte boli digestive cronice cu manifestări clinice persistente	Totală – anuală
17. Malformații ale aparatului digestiv și ale anexelor cu manifestări clinice patente	Totală – anuală
<b>VII. Bolile aparatului genito-urinar</b>	
1. Glomerulonefrita acută	Totală – 12 luni de la debut
2. Glomerulonefrita cronică	Totală – anuală
3. Hematurii recidivante și persistente	Totală – anuală
4. Sindromul nefrotic	Totală – anuală
5. Nefrite interstițiale	Totală – anuală
6. Pielonefrita cronică	Totală – anuală
7. Hidronefrozele	Totală – anuală
8. Alte nefropatii cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
9. Insuficiență renală cronică	Totală – anuală
10. Litiază renală și ureterală cu crize dureroase	Totală – anuală
11. Litiază renală și ureterală fără crize de cel puțin un an	Parțială – anuală
12. Infecție urinară cronică	Totală – anuală
13. Ptoza renală	Totală – anuală
14. Salpingite cronice	Totală sau parțială – anuală
15. Chist ovarian neoperat	Parțială – anuală sau fără scutire la aprecierea specialistului
16. Alte afecțiuni genitale cronice feminine (inclusiv congenitale) cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
17. Ectopia testiculară	Fără scutire
18. Varicocelul și hidrocelul	Parțială – anuală
19. Alte afecțiuni genitale masculine cronice inclusiv congenitale cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
20. Malformații congenitale ale aparatului renourinar fără tulburări funcționale manifeste	Fără scutire
21. Malformații congenitale ale aparatului renourinar cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
<b>VIII. Bolile endocrine și de metabolism</b>	
1. Mixedemul	Parțială – anuală
2. Hipotiroidia juvenilă	Fără scutire
3. Gușă pubertară și postpubertară eutiroidiană	Fără scutire
4. Gușă multinodulară netoxică	Parțială – anuală sau fără scutire
5. Tiroidite cronice	Totală sau parțială – anuală, în funcție de forma clinică
6. Hipoparatiroidism cu manifestări clinice patente	Totală – anuală
7. Status posttiroidectomie	Totală – 12 luni de la operație, apoi totală sau parțială – anuală, la aprecierea specialistului
8. Nanismul hipofizar netumoral	Totală sau parțială – anuală
9. Nanismul hipofizar tumoral	Totală – anuală
10. Alte forme de nanism (cu înălțime mai mică decât media – 3 deviații standard față de valoarea normală a vârstei și sexului)	Totală sau parțială – anuală
11. Nanism condrodisplazic	Totală – anuală
12. Obezitatea simplă (familială, prin aport, hiperfagică) fără complicații	Totală – anuală sau fără scutire, la aprecierea specialistului
13. Obezitate centrală lezională	Totală – anuală
14. Sindrom adiposogenital congenital	Totală – anuală
15. Pubertatea precoce	Totală – anuală
16. Pubertatea întârziată cu infantilism sexual (peste vârsta de 15 ani)	Totală sau parțială – anuală
17. Mastoza chistică	Parțială – anuală sau fără scutire
18. Dismenoreea cronică	Totală – temporară în perioada ciclului și în rest parțială – anuală sau fără scutire
19. Tetania (spasmodia) latentă fără stări preipotimice	Parțială (fără probele de alergare de rezistență și viteză) – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
20. Tetania (spasmofilia) manifestă cu stări (pre)lipotimice periodice	Parțială (fără probe de alergare de rezistență și viteză și cele de gimnastică acrobatică) – anuală Totală – anuală
21. Hiperparatiroidia tip Recklinghausen	Totală – anuală
22. Acromegalia și gigantismul	Totală – anuală
23. Diabetul insipid tumoral	Totală – anuală
24. Alte forme de diabet insipid	Totală – anuală
25. Sindromul Cushing	Totală – anuală
26. Insuficiența suprarenaliană cronică tip Addison	Totală – anuală
27. Menometroragiile juvenile	Totală – temporară în timpul ciclului, parțială – temporară în caz de tratament hormonal, în rest fără scutire
28. Diabetul zaharat juvenil tip I, insulinodependent echilibrat specialistului	Totală sau parțială – anuală, la indicația (compensat)
29. Diabetul zaharat juvenil tip I, insulinodependent labil cu decompensări repetate	Totală – anuală
30. Diabetul zaharat juvenil tip I, insulinodependent complicat	Totală – anuală
31. Diabetul zaharat juvenil, non-insulinodependent tip Mody	Parțială – anuală
32. Alte tulburări endocrine cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
33. Ginecomastia masculină pubertară	Fără scutire sau parțială – temporară
34. Mucopolizaharidoza (sindromul Hurler)	Totală – anuală
35. Tireotxicoza Basedow	Totală – anuală
36. Sindromul Turner necomplicat	Totală – anuală
37. Sindromul Noonan (sindrom Turner masculin)	Totală – anuală
38. Sindrom Klinefelter	Totală – anuală
39. Alte anomalii cromozomiale cu simptomatologie clinică moderată	Parțială – anuală
40. Alte anomalii cromozomiale cu simptomatologie clinică manifestă	Totală – anuală

#### IX. Bolile sistemului nervos

1. Sindroame ataxice și cerebeloase	Totală – anuală
2. Paraplegii, monoplegii, diplegii de diverse etiologii	Totală – anuală
3. Parapareze, monopareze, dipareze, hemipareze de diverse etiologii	Totală (eventual cu indicație de cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
4. Amiotrofii spinale	Totală – anuală
5. Sindroame parkinsoniene	Totală – anuală
6. Neuromiopatii	Totală – anuală
7. Torticolis spasmodic	Totală – anuală
8. Sindroame extrapiramidale	Totală – anuală
9. Epilepsie cu EEG alterată, dar fără crize sub tratament	Totală – anuală
10. Epilepsie cu EEG alterată, cu crize prezente	Totală – anuală
11. Antecedente de crize epileptice (cu peste 3 ani de la ultima criză) cu EEG normalizată și fără tratament specific	Parțială (cu precizarea mănunțită de către specialist a tipului de exerciții fizice interzise) – anuală
12. Migrena	Totală sau parțială – anuală sau temporară
13. Cerebrasteniile după traumatisme craniocerebrale cu modificări EEG reziduale difuze	Totală – 12 luni de la traumatism, apoi totală sau parțială – anuală
14. Cerebrasteniile după traumatisme craniocerebrale cu EEG normal	Parțială – temporară
15. Sindroame menieriforme neurologice	Totală – anuală
16. Sindroame cerebrovasculare	Totală – anuală
17. Nevrite și polinevrite	Totală – temporară, apoi parțială – anuală
18. Radiculonevrite (brahiale, lombosacrate)	Totală – temporară, apoi parțială – anuală
19. Neuropatii ereditare și idiopatice (boala Charcot-Marie-Tooth, etc.)	Totală – anuală
20. Miastenia	Totală – anuală
21. Distrofiile musculare (Duchenne)	Totală – anuală
22. Hidrocefalia operată (cu valvă Holtzer)	Totală – anuală
23. Hidrocefalia stabilizată	Totală – anuală
24. Mielopatii	Totală – anuală
25. Alte boli neurologice cu manifestări clinice patente	Totală – anuală
26. Neurofibromatozele (Recklinghausen, Bourneville, scleroza tuberculoasă)	Totală – anuală

#### X. Tulburări mentale și de comportament

1. Psihoza schizofrenică (inclusiv sindromul discordant sau autist)	Totală – anuală
2. Tulburări delirante persistente (paranoia)	Totală – anuală
3. Mania (în stadiul de remisiune)	Parțială – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
4. Psihoza maniaco-depresivă (tulburare afectivă bipolară) în perioada de remisiune	Parțială – anuală
5. Tulburări psihopatice depresive	Parțială sau totală – anuală
6. Tulburări depresiv – anxioase	Parțială – anuală
7. Tulburări anxioase fobice	Parțială – anuală
8. Tulburări obsesiv – compulsive	Parțială – anuală
9. Nevroza isterică	Parțială – anuală
10. Nevroza psihastenică	Parțială – anuală
11. Neurastenia	Parțială – anuală
12. Alte tulburări nevrotice	Parțială – anuală
13. Anorexia nervoasă	Parțială sau totală – anuală
14. Boala ticurilor (Gilles de la Tourette)	Parțială sau totală – anuală
15. Alte psihoze	Parțială sau totală – anuală
16. Tulburări de comportament tip hiperkinetic	Parțială – anuală sau fără scutire
<b>XI. Afecțiuni ORL</b>	
1. Otită medie supurată cronică	Totală – anuală
2. Otomastoidita supurată cronică	Totală – anuală
3. Hipoacuzia bilaterală cu pierdere severă de auz (peste 35 dB)	Totală – anuală (în școlile speciale pentru deficienți auditivi, parțială) sau parțială anuală, la recomandarea specialistului
4. Boala Ménière	Totală – anuală
5. Alte sindroame vertiginoase periferice tip ORL	Totală – anuală
6. Insuficiență respiratorie nazală prin obstrucție mecanică	Totală – anuală
7. Sechele după malformații congenitale ale extremității cefalice și gâtului cu tulburări funcționale patente (ex. keilognatopalatoschizis operat sau nu)	Totală – anuală
8. Traumatisme craniofaciale cu sechele estetice și funcționale majore	Totală – anuală
9. Stenoze laringiene congenitale sau dobândite (cu insuficiență respiratorie la efort)	Totală – anuală
<b>XII. Afecțiuni oftalmologice</b>	
1. Miopii cu leziuni de fund de ochi și acuitate vizuală sub 1/10 la ochiul cel mai bun	Totală – anuală
2. Miopii cu leziuni de fund de ochi și acuitate vizuală între 1/3 și 1/10 la ochiul cel mai bun	Totală – anuală
3. Miopii cu leziuni de fund de ochi și acuitate vizuală între 1/3 și 2/3 la ochiul cel mai bun	Totală – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
4. Miopii fără leziuni de fund de ochi	Parțială – anuală, sau fără scutire (la indicația oftalmologului)
5. Ambliopii (de altă cauză decât prin miopii) cu AV sub 1/10 la ochiul cel mai bun	Totală – anuală
6. Ambliopii (de altă cauză decât prin miopii) cu AV între 1/3 și 1/10 la ochiul cel mai bun	Totală – anuală
7. Ambliopii (de altă cauză decât prin miopii) cu AV între 1/3 și 2/3 la ochiul cel mai bun	Totală sau parțială – anuală, la aprecierea specialistului
8. Glaucomul (congenital, traumatic, inflamator)	Totală – anuală
9. Dezlipirea de retină	Totală – anuală
10. Coriorretinita	Totală – anuală
11. Nevritelè optice	Totală – anuală
12. Îngustări ale câmpului vizual	Totală – anuală
13. Exoftalmii (inflamatorii, vasculare, traumatice)	Totală – anuală
14. Cecitatea uni laterală cu AV la ochiul sănătos 2/3 – 1	Parțială – anuală
15. Cecitatea uni laterală cu AV la ochiul sănătos sau mai mică	Totală – anuală
16. Alte afecțiuni oculare evolutive	Totală – anuală
17. Anizometripiile mari de 3 dioptrii	Totală – anuală
18. Conjunctivite cronice	Parțială – anuală
19. Blefaroconjunctivite cronice	Parțială – anuală
20. Diplopiile	Totală – anuală
21. Iridociclite cronice	Totală – anuală
22. Anomalii congenitale ale anexelor globilor oculari (ptoza palpebrală, aparat lacrimal, paralizii musculare)	Totală sau parțială – anuală, la aprecierea specialistului
23. Anomalii congenitale ale globilor oculari (microftalmie, keratocon, colobom uveal, ale cristalinului sau ale nervului optic, aniridie, lenticon)	Totală – anuală
<b>XIII. Bolile pielii și țesutului subcutanat</b>	
1. Dermatoze buloase (pemfigus, herpetiforme, Duhring-Brocó)	Totală – anuală
2. Dermite atopice (prurigo Besnier, eczeme, neurodermite)	Totală – anuală
3. Psoriazis	Totală sau parțială – anuală sau fără scutire, la aprecierea specialistului

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
4. Lichen plan	Totală sau parțială – anuală, la aprecierea specialistului
5. Eritem polimorf (bulos, nebulos, epidermoliza necrozantă)	Totală – anuală
6. Eritemul nodos	Totală – temporară în perioada de evoluție, apoi fără scutire
7. Eritrodermia	Totală – anuală
8. Keratoza palmo-plantară	Totală – anuală
9. Lupus eritematos	Totală – anuală
10. Cicatrici kieloide	Totală sau parțială – anuală sau fără scutire, la aprecierea specialistului (în funcție de tulburările funcționale)
11. Micoze recidivante suprainfectate	Totală – temporară
12. Alte boli cronice suprainfectate ale țesutului celular subcutanat (inclusiv congenitale) cu manifestări clinice patente	Totală – anuală
<b>XIV. Bolile sistemului osteoarticular, mușchilor și țesutului conjunctiv</b>	
1. Artrita cronică juvenilă (artrita reumatoidă, boala Still)	Totală – anuală
2. Spondilartrita anchilozantă	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală
3. Deformări marcate ale mâinilor și brațelor de diverse etiologii	Totală – anuală
4. Deformări marcate ale picioarelor și gambelor	Totală – anuală
5. Picior plat valg decompensat, dureros și cu tulburări trofice	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) sau parțială – anuală, la aprecierea specialistului ortoped
6. Luxația recidivantă a rotulei	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală
7. Leziuni de menisc operate	Totală – temporară (6 luni de la operație) apoi parțială – temporară pe durata stabilită de ortoped, finalmente fără scutire
8. Luxații și subluxații recidivante	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală
9. Redori articulare strânse	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
10. Redori articulare mai laxe	Parțială – anuală
11. Anchiloză articulare	Totală – anuală
12. Hemartroze	Totală – temporară (cu durată variabilă la recomandarea ortopedului)
13. Hiperluxații articulare	Totală – anuală
14. Panarterita nodoasă	Totală – anuală
15. Alte vasculopatii necrozante cronice	Totală – anuală
16. LES	Totală – anuală
17. Dermatomiozita juvenilă	Totală – anuală
18. Polimiozita	Totală – anuală
19. Sclerodermia	Totală – anuală
20. Sindrom Gougerat-Sjogren	Totală – anuală
21. Alte atingeri sistemice ale țesutului conjunctiv	Totală – anuală
22. Cifoza juvenilă Scheurmann (osteocondrita vertebrală)	În funcție de stadiul evolutiv, totală sau parțială – anuală
23. Scolioza gradul I (sub 30° unghiul curbării primare) dar fără rotație vertebrală	Parțială (fără gimnastică acrobatică) – anuală
24. Scolioza gradul II (sub 30° unghiul curbării primare) cu început de rotație vertebrală	Parțială (fără gimnastică acrobatică, și unele probe atletice și unele jocuri) – anuală
25. Scolioza gradul II (între 30°-59° unghiul curbării primare) cu rotație vertebrală	Totală (eventual cu cultură fizică medicală) – anuală
26. Scolioza gradul III (între 60°-90° unghiul curbării primare) cu gibus costovertebral	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală
27. Scolioza gradul IV (90° unghiul curbării primare) deformantă	Totală (eventual cu cultură fizică medicală recuperatorie) – anuală
28. Spondilolistezis	Totală – anuală
29. Spondiloliza	Totală – anuală
30. Alte afecțiuni dobândite cu tulburări funcționale manifeste ale coloanei vertebrale	Totală – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
31. Sechele după fracturi vertebrale	Totală – anuală
32. Tasarea vertebrală	Totală – anuală
33. Discopatii vertebrale (lumbago cronic, sechele după hernii vertebrale operate) cu sau fără sciatalgii	Totală – anuală
34. Retracția aponevrozei palmare tip Dupuytren	Parțială – anuală
35. Exostoza calcaneană	Totală – anuală



Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
36. Afecțiuni ale țesuturilor moi cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
37. Osteite, osteoze, displazii osoase, chisturi osoase	Totală – anuală
38. Osteomielita cronică	Totală – anuală
39. Osteonecroze	Totală – anuală
40. Osteita deformantă Paget	Totală – definitivă
41. Osteocondrita juvenilă a bazinului	Totală – anuală
42. Osteocondrita juvenilă a capului femural Legg-Perthes-Calve	Totală – anuală
43. Coxa plana	Totală – anuală
44. Alte osteocondrite cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
45. Pseudoartroze cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
46. Alte afecțiuni osoase dobândite cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
47. Apofizita tibială anterioară (boala Lannelongue-Osgood-Schlatter)	Parțială – anuală, sau fără scutire (la aprecierea ortopedului)
48. Luxația congenitală de șold operată fără sechele clinice	Totală – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
49. Luxația congenitală de șold operată cu sechele clinice	Totală – anuală
50. Luxația congenitală de șold tratată ortopedic fără sechele clinice	Totală sau parțială – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
51. Luxația congenitală de șold tratată ortopedic sechele clinice	Totală – anuală
52. Coxa valga sau vara	Totală – anuală
53. Picior strâmb congenital (var equin) operat fără sechele clinice	Totală sau parțială – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
54. Picior strâmb congenital (var equin) operat cu sechele clinice	Totală – anuală
55. Alte anomalii congenitale ale piciorului cu tulburări funcționale	Totală – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
56. Torace înfundat sau carenat fără tulburări funcționale respiratorii	Fără scutire
57. Torace înfundat sau carenat cu tulburări funcționale respiratorii	Totală sau parțială – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală, la aprecierea specialistului)
58. Torticolis congenital neoperat	Parțială – anuală
59. Deformări congenitale ale membrilor toracal (sechele maladie amniotică) cu impotență funcțională	Totală sau parțială – anuală

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
60. Deformări congenitale ale membrilor toracal fără impotență funcțională	Fără scutire sau parțială, în funcție de localizare – anuală
61. Deformări congenitale ale membrilor pelvine fără impotență funcțională	Fără scutire sau parțială, în funcție de localizare – anuală
62. Deformări congenitale ale membrilor pelvine cu impotență funcțională	Totală sau parțială – anuală
63. Amputații congenitale ale membrilor toracale	Totală sau parțială – anuală
64. Amputații congenitale ale membrilor pelvine	Totală sau parțială – anuală
65. Malformații congenitale ale coloanei vertebrale cu tulburări funcționale	Totală – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
66. Osteocondrodizplazii cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
67. Alte tulburări congenitale ale sistemului osteoarticular și ale mușchilor cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală (și cu eventuale recomandări de cultură fizică medicală)
68. Exostoza congenitală (maladia Ombredanne)	Totală – anuală
69. Osteopsatiroza (maladia sclerelor albastre Lobstein)	Totală – anuală

#### XV. Leziuni traumatice și alte consecințe ale cauzelor externe

1. Status post fractură craniană	Totală – anuală, apoi treptat parțială – anuală, eventual până la fără scutire
2. Status post fractură vertebrală (cervicală, toracală, lombosacrată)	Totală – anuală, apoi treptat parțială – anuală, eventual până la fără scutire
3. Status post fractură de coaste sau stern	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
4. Alte stări după leziuni traumatice vertebrale	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
5. Status post leziuni traumatice ale organelor intratoracice	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
6. Status post fractură de bazin	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
7. Status post fractură de omoplat, humerus, antebraț	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire

Afecțiunea sau grupul de afecțiuni	Tipul de scutire și perioada scutirii
8. Alte leziuni traumatice ale mărului și membrilor toracale (entorse, luxații)	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
9. Sechele după fracturi sau leziuni traumatice ale omoplatului și ale membrilor toracale	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
10. Status post leziuni traumatice ale șoldului	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire
11. Status post fractură de femur	Totală – anuală, apoi parțială – anuală, eventual până la fără scutire (dacă nu rămân sechele)
12. Status post fractură de gambă	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire (dacă nu rămân sechele)
13. Status post fractură a oaselor piciorului	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire (dacă nu rămân sechele)
14. Sechele după fracturi ale șoldului sau ale membrilor pelvine	Totală – temporară, apoi parțială – temporară și în final fără scutire (dacă nu rămân sechele)
15. Amputații traumatice sau după arsuri ale membrilor toracale	Totală – anuală
16. Amputații traumatice sau după arsuri ale membrilor pelvine	Totală – anuală
17. Retracții ale tendoanelor și pielii post arsuri cu tulburări funcționale manifeste	Totală – anuală
18. Sechele după degerături cu tulburări funcționale manifeste	Totală sau parțială – anuală
19. Sechele poststenoză esofagiană caustică	Totală sau parțială – anuală
20. Status post alte intervenții chirurgicale	Totală – temporară, apoi parțială temporară și în final fără scutire

#### XVI. Convalescența după alte afecțiuni acute diverse nechirurgicale

Tipul (totală sau parțială) și durata scutirii în aceste cazuri vor fi stabilite după aprecierea medicului curant.

26

## METODOLOGIA ACORDĂRII CONCEDIULUI MEDICAL

Instrucțiunile privind completarea și eliberarea certificatelor de concediu medical sunt aprobate printr-un ordin comun al Ministerului Sănătății și al CNAS, din ianuarie 2006.

Există un model unic al certificatului de concediu medical, ca imprimat cu regim special, care constituie ordin de plată și în baza căruia se acordă indemnizația de asigurări sociale.

Medicul care eliberează certificatul de concediu medical este responsabil de realitatea datelor înscrise în rubricile completate. Necompletarea rubricilor conform instrucțiunilor acestui ordin și/sau completarea eronată a acestora atrag neplăta indemnizației de asigurări sociale.

Completarea rubricilor de către furnizorul de servicii medicale care acordă certificatul de concediu medical.

*Luat în evidență de medicul de familie:* în cazul în care certificatul a fost eliberat de către un alt medic din ambulatoriu sau spital, medicul de familie va nota în fișa pacientului și în registrul de consultații, seria și numărul certificatului vizat, codul de indemnizație și codul de boală.

*Urgență medico-chirurgicală, boli infecto-contagioase din grupa A:* medicii care eliberează certificatele vor semna și vor aplica parafa numai

pentru bolile din lista aprobată prin hotărâre a guvernului (vezi anexe).

*Inițial/în continuare:* se bifează căsuța corespunzătoare. Prin concediu medical inițial se înțelege orice certificat care nu prelungește un concediu anterior. În cazul în care asiguratul a avut un concediu medical pentru o afecțiune și, în continuare, la expirarea concediului respectiv, se îmbolnăvește de altă afecțiune care necesită concediu medical, se va elibera un certificat nou cu mențiunea inițial.

*Valabil pentru luna:* se va înscrie luna în care se eliberează și pentru care este valabil certificatul. În cazul în care concediul medical depășește luna în curs, pentru diferența de zile se va elibera un nou certificat cu indicativul „în continuare” și cu specificarea seriei certificatului ce se prelungește.

*Cod indemnizație:* se va înscrie pentru fiecare diagnostic codul corespunzător al indemnizației de asigurări sociale, în cifre și litere, conform specificării de pe verso-ul certificatului. În cazul prelungirii unui concediu pentru aceeași afecțiune, se va menține codul indemnizației înscris în certificatul inițial.

CertIFICATELE DE CONCEDIU MEDICAL SE COMPLETEAZĂ ȘI SE ELIBEREAZĂ LA DATA LA CARE ARE LOC CONSULTAȚIA MEDICALĂ, INDICÂNDU-SE NUMĂRUL DE ZILE DE CONCEDIU MEDICAL NECESAR ÎN VIITOR. În cazul în care medicul nu a putut consulta asiguratul, se pot acorda certificate cu retroactivitate de 24 ore.

Se pot elibera la o dată ulterioară certificate de concediu medical:

1. în sarcină și lăuzie
2. pentru perioada de internare în spital
3. pentru aparat gipsat, la scoaterea gipsului numai de către medicul ortoped/chirurg
4. situații pentru care este necesar avizul medicului expert al asigurărilor sociale pentru prelungirea CM peste 90 de zile.

Medicii de familie au dreptul de a elibera certificate medicale cu durata de cel mult 14 zile calendaristice, în una sau mai multe etape, prelungirea acestora putându-se face de către medicul curant din ambulatoriul de specialitate, în etape succesive de maxim 30 de zile calendaristice, până la totalul

de 90 de zile calendaristice în decursul unui an, socotite din prima zi de îmbolnăvire.

Durata cumulată a concediilor medicale acordate de medicul de familie pentru un asigurat nu poate depăși 45 de zile calendaristice în ultimul an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire, indiferent de cauza acesteia.

Concediul medical pentru maternitate se acordă pe o perioadă de 126 de zile calendaristice, din care 63 de zile înainte de naștere și 63 de zile pentru lăuzie. Perioadele menționate se pot compensa între ele, în funcție de recomandarea medicului curant și de opțiunea persoanei beneficiare.

Concediul medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani sau a copilului cu handicap, până la împlinirea vârstei de 18 ani, pentru afecțiuni intercurente, altele decât handicapul propriu-zis, se acordă pentru maxim 14 zile pe an, iar pentru bolile infecto-contagioase, imobilizării în aparat gipsat sau pentru intervenții chirurgicale, pentru durata stabilită de către medicul curant.

## EDUCAȚIA MEDICALĂ CONTINUĂ

Medicul de familie și membrii echipei sale de lucru (medici, asistenți medicali) se află într-un proces permanent de învățare și perfecționare. Este necesar ca ei să fie la curent cu noile metode de diagnostic și tratament, cu noile tendințe în medicina omului sănătos și bolnav. Multitudinea de medicamente ce apar pe piața farmaceutică implică o bună cunoaștere a acestora, lucru care implică o permanentă reactualizare a cunoștințelor.

Educația medicală continuă este și o cerință obligatorie a Colegiului Medicilor și a Colegiului Asistenților Medicali, care prevăd evaluări periodice la cinci ani atât ale medicilor, cât și ale asistenților, cu obligativitatea unui punctaj minim (de 200 credite/5 ani pentru medici).

Punctajul pentru educație medicală continuă se poate obține din:

- finalizarea anumitor forme de învățământ postuniversitar:
  - obținerea titlului de medic rezident - 50 de credite
  - obținerea titlului de medic specialist - 200 de credite
  - obținerea de supraspecializări - 100 de credite
  - obținerea de competențe - 75 de credite
  - obținerea titlului de medic primar - 250 de credite

- obținerea masteratului - 150 de credite
  - creditarea publicațiilor medicale
    - articole publicate în reviste de specialitate din Nomenclatorul Publicațiilor Medicale - 75 de credite pentru primul autor și 25 pentru coautor
    - articole publicate în alte reviste - 10 credite
    - cărți/monografii medicale - 200 de credite
    - editor de carte medicală - 300 de credite
    - articole apărute în publicații consacrate din străinătate - de 3 ori punctajul pentru cele naționale
  - abonamente la reviste medicale naționale - 2,5 credite/abonament anual sau internaționale - 5 credite/abonament anual
  - lectorii care susțin prelegeri în cadrul unui curs postuniversitar vor fi acreditați cu de trei ori numărul efectiv de ore predate
  - participări la manifestări științifice naționale:
    - ca participant
    - cu lucrări (poster, comunicări orale)
  - participări la manifestări internaționale - de 3 ori creditarea pentru manifestările naționale.
- Neobținerea punctajului minim va fi sancționată de către Colegiul Medicilor cu mustrare și, după 3 luni, cu ridicarea dreptului de liberă practică pentru o durată limitată până la îndeplinirea punctajului minim.

ANEXE (TIPIZATE MEDICALE)

Rețeta compensată

**REGIM SPECIAL**

1. Unitatea medicală ..... **CSAB**  
 Cod fiscal ..... **L.S.**  
 Sediul (localitate, str., nr.) .....  
 Judetul .....  
 Casa de asigurări / Nr. contract .....  
 2. Asigurat la CJAS ..... **FO / RC**  
 Nume .....  
 Prenume .....  
 Adresa .....  
 CNP [ ]

MF  
 Amb. Spec.  
 Spital  
 Ambulantă  
 Veteran  
 Revoluționar  
 Handicap  
 PNS .....  
 Ajutor social  
 Somaj  
 Alte categorii

Salarial  
 Co-asigurat  
 Pensionar  
 Copii (< 18 ani)  
 Elev/ucenic/  
 Student (18-26 ani)  
 Gravidă/Lehuză  
 Plată directă

3. Diagnostic .....

4. Data prescriere ..... Semnătură medic ..... Parafă .....

poziția	% Preț. ref.	Listă	Cod boală	Tip dg.	Denumire comună internațională / FF / Concentrație	D.S.	Canțitate
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

5. Am primit medicamentele  Asigurat Nume ..... Prenume .....  
 Împuternicit Adresa .....

CNP [ ]

B.I. (C.I.) Seria ..... Nr. ....  
 Semnătură ..... Data eliberării: .....

Sunt de acord să plătesc ..... medicamente mai scumpe decât cele compensate de CNAS la prețuri de referință  
 Semnătură primitor .....

poziția	% Preț. ref.	Listă	Categ. Boala	Denumire comercială	Canțitate eliberată	Preț amănunt/UT	Preț referință/UT	Valoare amănunt	Valoare compensare

Numele și semnătura persoanei care eliberează ..... Bon fiscal nr. ....  
 L.S. Farmacie .....

Certificatul prenuptial

**CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL \*) Nr. ....**

Unitatea sanitară .....  
 Luna ..... Ziua .....  
 Subsemnatul Dr. .... medic  
 (ca) ..... 199 ..... pe .....  
 (numele și prenumele cu litera majusculă)  
 în vârstă de ..... ani, având Buletinul de Identitate Seria ..... Nr. ....  
 eliberat de ..... domiciliat în  
 localitatea ..... str. .... nr. ....  
 și am constatat pe baza examenului clinic și al determinărilor de  
 laborator că:  
 - nu suferă de o boală venerică în formă transmisibilă  
 (Buletin de laborator nr. .... din 199 ..... luna .....  
 ziua .....)  
 - nu prezintă leziuni pulmonare evolutive de natură  
 tuberculoasă (Buletin de radiologie nr. .... din 199 .....  
 luna ..... ziua .....)  
 - este normal din punct de vedere neuropsihic

Semnătura și parafa medicului .....  
 L.S. ....

\*) Serveste organelor  
 de stare civilă în vederea  
 încheierii căsătoriei

**CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL \*) Nr. ....**

Unitatea sanitară .....  
 Luna ..... Ziua .....  
 Numele ..... Vârsta .....  
 Prenumele ..... Nr. ....  
 Bul. identitate Seria ..... Nr. ....  
 Domiciliul: Localitatea ..... Nr. ....  
 Str. ....  
 Data examenului clinic general  
 luna ..... ziua .....  
 - nu suferă de o boală venerică  
 în formă transmisibilă (Buletin de  
 laborator nr. .... din .....)  
 - nu prezintă leziuni pulmonare  
 evolutive tbc  
 (Buletin radiologic nr. ....  
 din .....)  
 - este normal neuropsihic

Semnătura și parafa medicului .....  
 L.S. ....

Adeverință medicală

CMI/Dr ..... Nr. fișă / Carnet de sănătate .....  
 CASMB ..... **ADEVERINȚA MEDICALA** .....

Se adeverește că ..... sexul M / F  
 CNP .....  
 Născut (ă) 19 ..... luna ..... ziua .....  
 Cu domiciliul în: jud. .... localitatea ..... str. .... nr. ....  
 Având ocupația de ..... la .....  
 Este suferind de .....  
 Se recomandă .....

S-a eliberat prezenta pentru a-i servi la .....

Semnătura și parafa medicului .....  
 Data eliberării .....  
 200 ..... luna ..... ziua .....

### Certificatul de concediu medical

**COD INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARI SOCIALE \*)**

01	Boală obișnuită	75%
02	Accident în timpul deplasării la/de la locul de muncă	100%
03	Accident de muncă	100%
04	Boală profesională	100%
05	Boală infectocontagioasă din grupa A	100%
06	Urgență medico-chirurgicală	100%
07	Carantină	75%
08	Sarcină și lehoz	85%
09	Îngrijire copil bolnav în vârstă de până la 7 ani sau copil cu handicap, pentru afecțiuni intercurrente, până la împlinirea vârstei de 18 ani	85%
10	Reducerea cu 1/4 a duratei normale de lucru	25% din baza de calcul
11	Trecerea temporară în altă muncă	25% din baza de calcul
12	Tuberculoză	100%
13	Boală cardiovasculară	75%
14	Cancer, HIV, SIDA	100%
15	Risc maternal	75%

Plătitorul se obligă să respecte confidențialitatea diagnosticului.

Persoana asigurată sau persoana care o reprezintă se obligă să anunțe plătitorul despre acordarea concediului medical și să depună certificatul în timp util efectuării plății.

Calculul concediului medical se efectuează conform normelor legale în vigoare.

Cuantumul indemnizației pentru accident de muncă și boală profesională, trecerea temporară în altă muncă stabilită, reducerea timpului de lucru cu 1/4 din durata normală cauzată de accident de muncă sau boală profesională, stabilită după data de 31.12.2004 este cel reglementat de legea specială.

**Observații**

**FORMULAR CU REGIM SPECIAL**

**CNPAS**  
Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale

**VIZA PLĂTITORULUI**  
Data/Semnătura/Ștampila

**LUAT ÎN EVIDENȚĂ**  
Medic de familie

Urgență medicală  
chirurgicală   
Boli infectocontagioase  
din grupa A

Inițial   
În continuare   
Seria certificatului inițial

**CERTIFICAT DE CONCEDIU MEDICAL Seria RS 100764**

Valabil pentru luna  anul 20  pt. cod indemnizație (1-15)

Numele și prenumele:

Cod numeric personal:

Domiciliu, reședință:  Localitatea:

Strada:  Nr.

Scara:  Etaj:  Apart.:  Județ/Sect.:  Cod:

Nr. înreg. (f. obs.)	Data acordării zil/lună/an	Nr. zile	De la: zil/lună/an	Până la: zil/lună/an	Cod diagnostic	Acut	Subacut	Cronic
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unitate sanitară emițăntă Ștampila unității:

Medic/Semnătură/Parafă:

Medic Șef Secție/Semnătură/Parafă:

CUI (cod unic de înregistrare)

Cod parafă

Cod parafă

**PLĂTITOR:**  Sediul:  C.U.I.:

Numer angajați:  Tip contract:

Cu timp normal de lucru:

Tip asigurare: Salariat  Funcționar public  Autoritatea electivă, executivă, legislativă, judecătorească: Membru cooperativă  Șomer

Asigurat cu declarație de asigurare socială  Asigurat cu contract de asigurare

Procent plată: 75%  80%  85%  100%  Prevenire

Baza de calcul a indemnizației de asigurări sociale	Zile baza de calcul	Media zilnică a bazei de calcul a indemnizației de asigurări sociale	Cuantumul indemnizației de asigurări sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indemnizație suportată de către angajator:

Indemnizație suportată de bugetul asigurărilor sociale de stat:

Solarați în anul în care s-a emisă (articolul 110) din Legea nr. 19/2000:

<p>Aviz peste 90 de zile</p> <p>Nr. <input type="text"/></p> <p>Data: <input type="text"/></p> <p>Nume și prenume medic expert al asiguraților sociale:</p> <p>Cod parafă <input type="text"/></p>	<p>AVIZ INSPECTORATUL TERRITORIAL DE MUNCĂ (pentru accident de muncă)</p> <p>Data: <input type="text"/></p> <p>Semnătura și ștampila</p>	<p>AVIZ DIRECȚIA SĂNĂȚII PUBLICE (pentru boală profesională)</p> <p>Data: <input type="text"/></p> <p>Semnătura și ștampila</p>	<p>AVIZ șefa ed. de r. material Medic medicina muncii/Semnătura/Parafă</p> <p>Cod parafă <input type="text"/></p>
--	--	---	---

### Bilet de trimitere pentru investigații decontate de Casa de Asigurări

_____ _____ (Cabinetul medical)	<b>BILET DE TRIMITERE</b> Pentru analize medicale decontate de C.A.S.	Nivel de prioritate	
		URGENTĂ	Curente
		Asistent (Număr/cod)	
DATE IDENTIFICARE PACIENT			
Name		Prenume	
CNP	SEX	F	M
Vârsta	Ani	Luni	
Localitate	Județ (sector)	Str.	
Nr.			
Beneficiar	Pachet de bază	Pachet facultativ*	
DATE MEDIC EXAMINATOR			
Nume		Prenume	
Nr. cod parafa		Nr. contract cu C.A.S.	
Cod diagnostic**			
Diagnostic prezumtiv			
Comentarii clinice:		(Data, semnătura și parafa medicului examinator)	
ANALIZE RECOMANDATE			
*) Pachet de servicii medicale paraclinice pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate			
**) Cod diagnostic prezumtiv sau cunoscut			
Semnătura asiguratului pentru confirmarea efectuării investigațiilor			

### Fișă de supraveghere a gravidei

<b>MINISTERUL SĂNĂTĂȚII</b>		Luna în evidență		/	/
UNITATEA SANITARĂ		Scosă din evidență		/	/
UNITATEA SANITARĂ UNDE SE RECOMANDĂ A NAȘTE		Nr. Fișă/anul			
<b>ANEXĂ PENTRU SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ A GRAVIDEI ȘI LĂUZEI</b>					
NUME/PRENUME:					
VÂRSTA (ani)		CNP:		TELEFON:	
R.	1.	GRUPA DE RISC OBSTETRICAL			1 2 3
O.	2.				
C.	3.				
	4.				
DATA U.M.		DATA P.M.F.		DATA Concediului Prenatal	
/ /		/ /		/ /	
D.P.N.		/ / /			
<b>ANAMNEZĂ</b>					
Statură maritală		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Sep.		Studii	
Stări conflictuale		În familie <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA		La locul de muncă <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA	
Efort deosebit <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA		Fumat <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA		Alcool <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA	
Noxe <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA		Droguri <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA		Locuință:	
Care?:					
<b>SOTUL</b>		Starea de sănătate			
Vârsta (ani)					
<b>A.H.C.</b> <input type="checkbox"/> boli genetice <input type="checkbox"/> boli cu predispoziție familială <input type="checkbox"/> gemelitate <input type="checkbox"/> altele					
<b>A.P.F.</b> Menarha (ani)		Ciclul menstrual		zile/ zile	
<b>A.P.P.</b>					
Medicale					
Chirurgicale					
Ginecologie					
<b>A.O.</b>					
Nașteri anterioare		Nașteri la termen		Nașteri < 2.500 g	
				Nașteri < 4.000 g	
				Născuți morți	
				Născuți cu malformații	
				Copii în viață	
Avorturi anterioare		Spontane < I, III		Spontane I, IV, VI	
				La cerere	
				Provocate empiric	
				Avorturi cu complicații	
				Sarcini ectopice	

INVESTIGAȚII DE LABORATOR	Grupa sanguină		Factor Rh.	Titrul de anticorpi	DATA	V.G.	
	GRAVIDĂ						
	TATĂ						
MINIME OBLIGATORII	ANALIZE	DATA	V.G.	REZULTATE			
	VDRL (TPHA) I						
	VDRL (TPHA) II						
	TEST HIV						
	Hemoglobină						
	Hematecrit						
	Nr. Trombocite						
	Nr. Leucocite						
	Glicemie						
	Sumar de urină						
	Urocultură (AB)						
	Ex. secreție vaginală						
	Citologie B.P.						
	SUPLIMENTARE	Specificare analize (Control stomatologic; Depistare germeni; Serologie hepatită; Tripla test; Hiperglicemie provocată; Culturi vagin, col; etc) / Data / V.G. / Rezultate					

Semnătura gravidei la trimitere

ECOGRAFII	Data	V.G. Cronologică	V.G. (Biometric)	D.H.P.	L.F.	C.A.	C.C.	B.C.F.	Prezențiale C/P/T.	MAF (+/+)	Inserția placentei	Grosime și ord. de maturare a placentei	Conținutul LA (N. +/+)	Greutatea apropiată a fătului	Raport CP

Semnătura gravidei la trimitere

LUAREA GRAVIDEI IN EVIDENȚĂ	BILANȚUL STĂRII DE SĂNĂTATE
	Data: / / <span style="float: right;">Semnătura și parafa</span> <b>EXAMEN OBSTETRICĂL</b> Sâni: ..... Pelvimetrie externă (cm): BS ____ BC ____ BT ____ AP ____ Ex. valve: ..... Tușeu vaginal: ..... ..... DU ____ cm <b>DG. COMPLET OBSTETRICĂL</b> ..... ..... Data: / / <span style="float: right;">Semnătura și parafa</span>
CONSULTURI INTERDISCIPLINARE	REZULTATUL CONSULTULUI SOLICITAT (*Data, semnătura/parafa)

Semnătura gravidei la trimitere







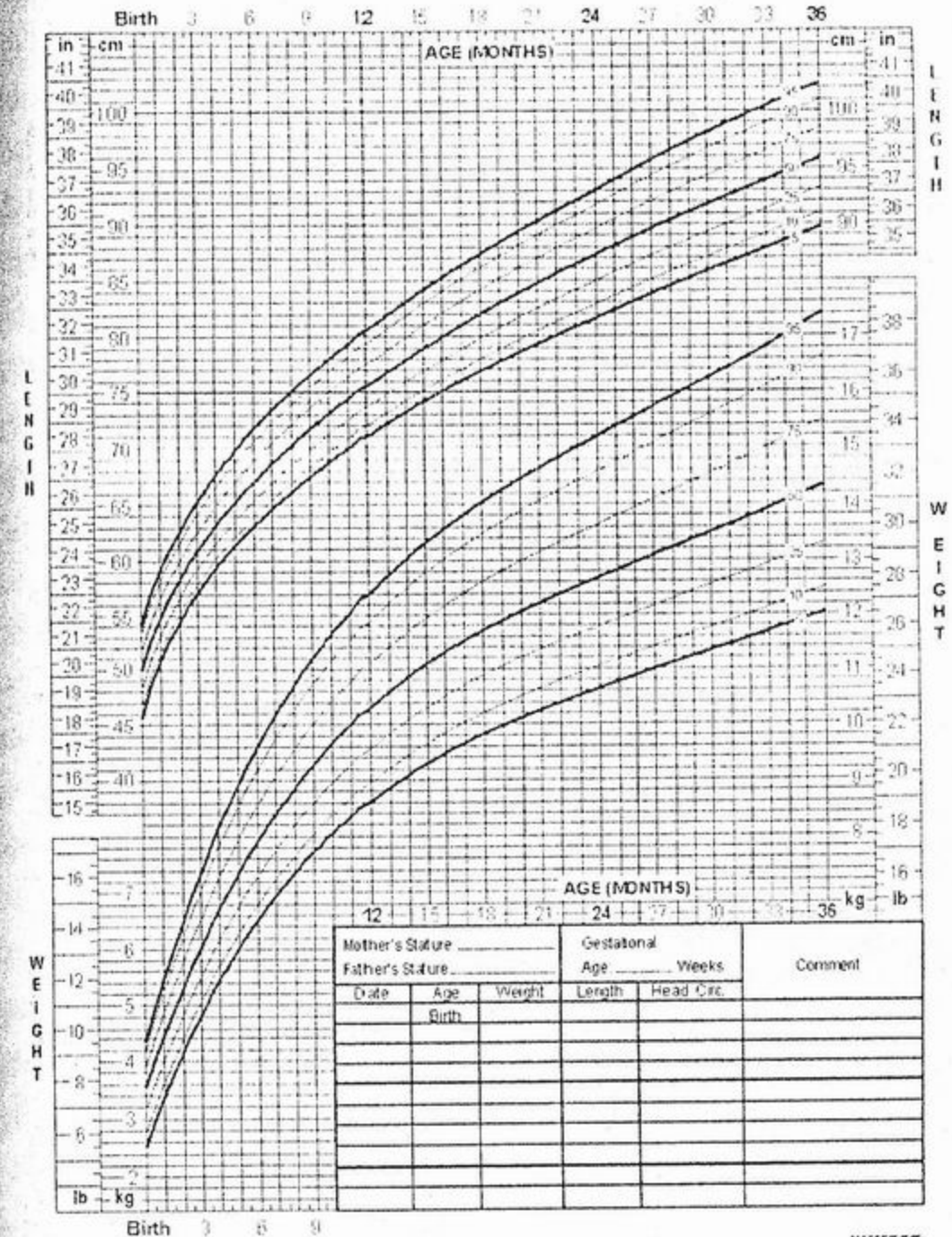
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
MENINGITE (ENCEF.) BACTERIENE																	
TOXINFECTII ALIMENTARE																	
MONONUCLEOZA INFECTIOASA																	
IUBEOLA = TOTAL																	
- RUBEOLA - masculin																	
- RUBEOLA - feminin																	
DERMATOFITIOZE																	
FEBRA PAPPATACI																	
HIDATIDOZA																	
GIARDIAZA																	
OXIUROZA																	
TENIAZA																	
ALTE HELMINTIAZE																	
PECICULOZA																	
AMIBIAZA																	
REUMATISM ARTICULAR ACUT																	
TOXOPLASMOZA																	
TRAHOM																	
INFECTII GONOCOCICE																	
TRICHOMONIAZA																	
PNEUMONII BACTERIENE																	
VIROZE RESPIRATORII																	

b) se tratează obligatoriu și formele cronice sau sechelele  
 c) se tratează obligatoriu numai cazurile din colectivități de copii  
 d) se tratează obligatoriu contactii direcți  
 e) se tratează obligatoriu persoanele cu contact cu poraj care prin ocupațiile lor pot determina apariția de îmbolnăviri în populație, colectivități de copii, colectivități de învățământ, unități de alimentație publică și colectivă, unități sanitare; această prevedere se aplică purtătorilor de Shigelle, Salmonelle, stafilococ patogen, E. coli patogen și alți germeni condiționat patogeni.

Medic epidemiolog / de familie \_\_\_\_\_  
 Dr. \_\_\_\_\_  
 Loc parafă: \_\_\_\_\_

Birth to 36 months: Boys  
 Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_  
 REV. 02/04

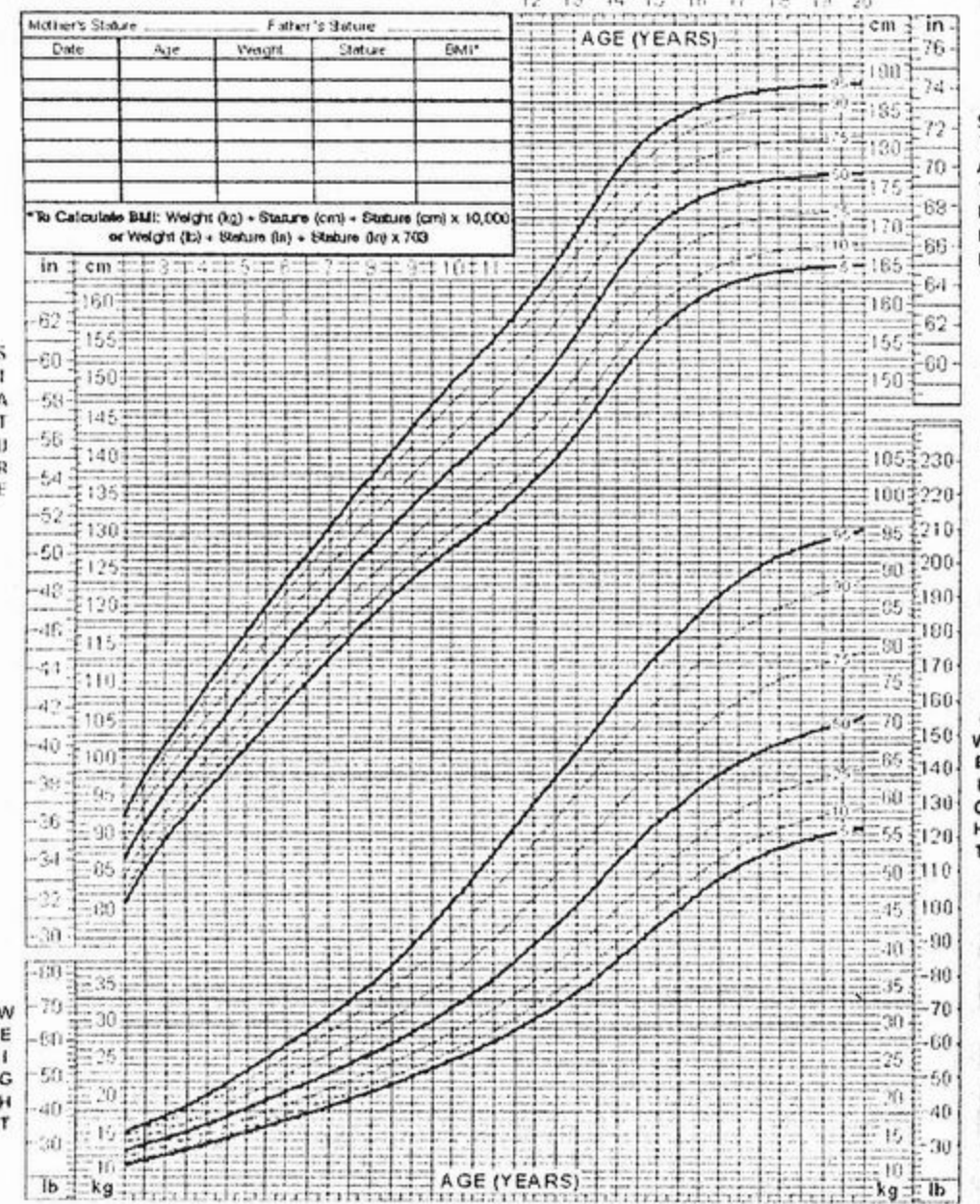


Figures 1 and 2. WHO, 2007. [www.who.int](http://www.who.int)  
 FIGURE 1. Developmental Status and Health Statistics in collaboration with  
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2007)  
 http://www.cdc.gov/nchs/data/fig1.pdf



2 to 20 years: Boys  
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

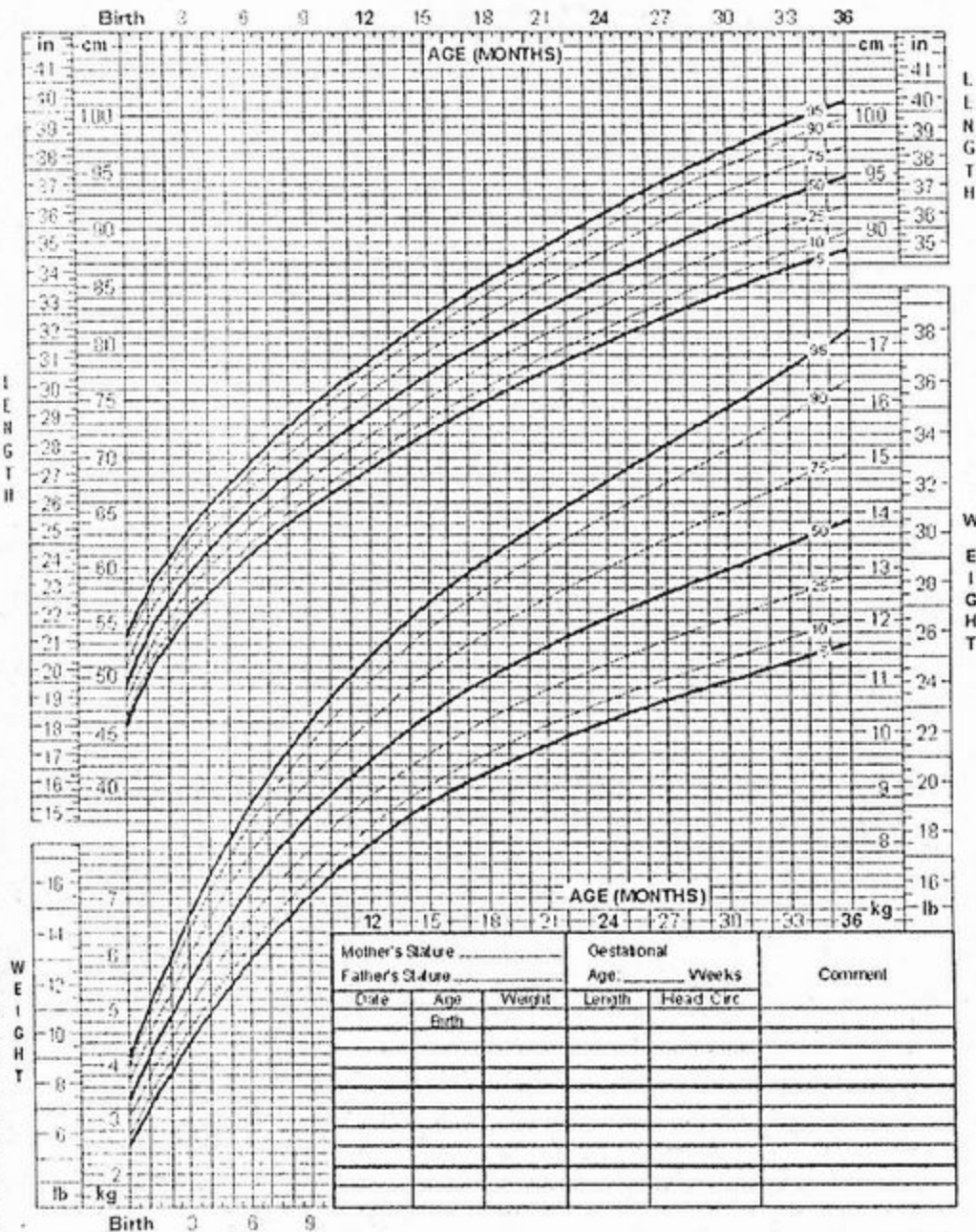
NAME \_\_\_\_\_ RECORD # \_\_\_\_\_



Public Use, May 20, 2000 (revised 11/2/00)  
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
http://www.cdc.gov/nchs/nhanes  
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

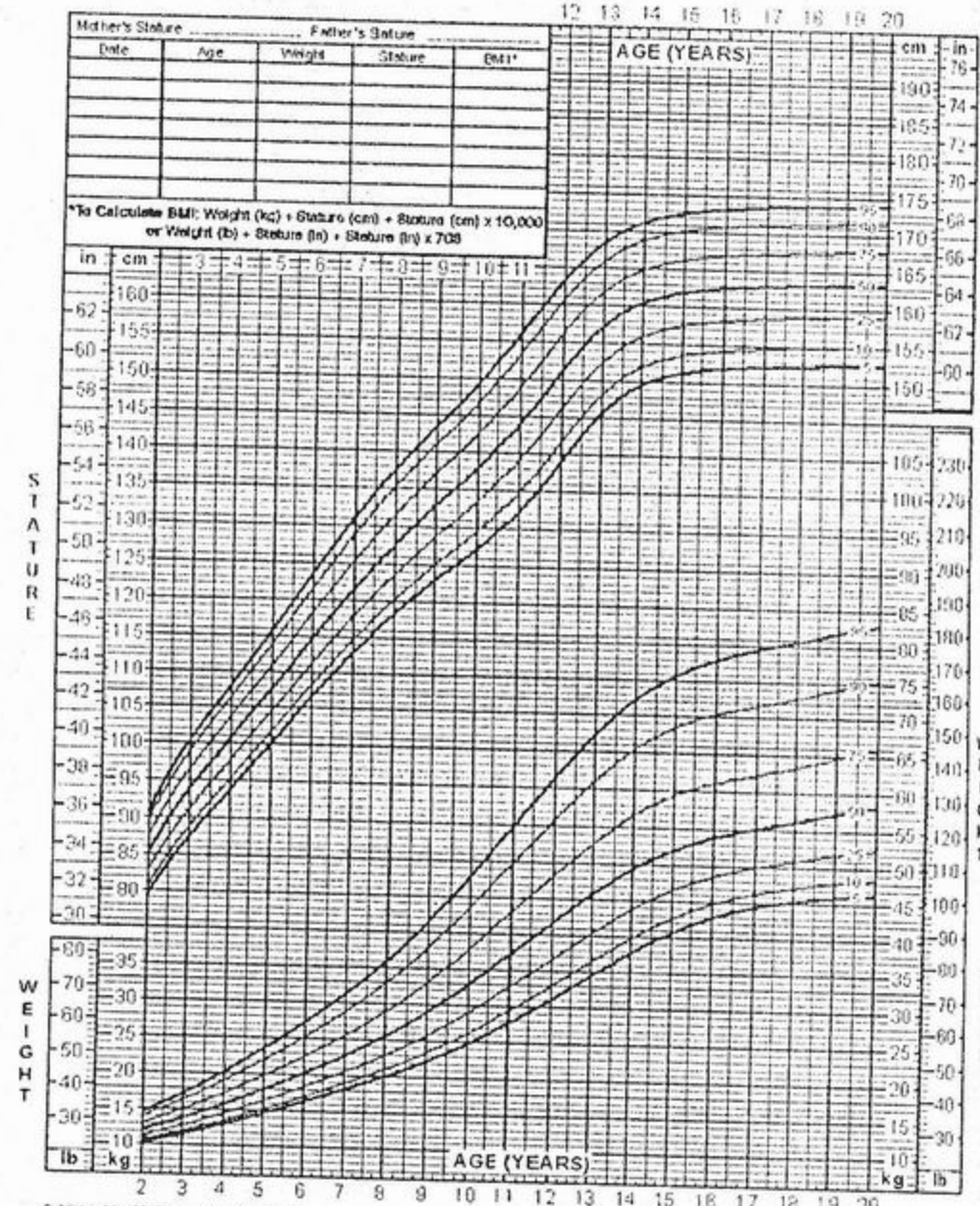
Birth to 36 months: Girls  
Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_ RECORD # \_\_\_\_\_



Public Use, May 20, 2000 (revised 11/2/00)  
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
http://www.cdc.gov/nchs/nhanes  
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2 to 20 years: Girls  
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles



Published May 20, 2000 (revised 11/2/00)  
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with  
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.nchs.gov/growth>

SAFARI-HEALTHIER-PEOPLE

HOTARARE nr. 1.186 din 28 noiembrie 2000

pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare

În temeiul prevederilor art. 107 din Constituția României și ale art. 98 alin. (4) din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre

ARTICOL UNIC

Se aprobă Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără condiții de stagiu de cotizare, prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU

MUGUR CONSTANTIN ISARESCU

Contrasemnează: Ministru de stat, ministrul sănătății,

Hajdu Gabor

Ministrul muncii și protecției sociale,

Liviu Lucian Albu

ANEXĂ: LISTA cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A

Partea I. Urgențe medico-chirurgicale

1. arsurile;
2. anemiile severe, cu complicații cardiovasculare;
3. accidentele tromboembolice la pacienții cu tromboflebită ereditară;
4. accidente toxice hematologice și viscerale, secundare tratamentelor cu citostatice;
5. accidentele survenite după terapia de substituție cu produse sanguine;
6. accidente cardiace sau vasculare după cateterism cardiac;
7. angioaccesul pentru dializa extrarenală;
8. artrita gutoasă acută;
9. angiocolecistita acută;
10. artritele reactive în puseu acut;
11. artritele septice;
12. abdomenul acut medico-chirurgical;
13. abcesul pulmonar;
14. anuria;
15. astmul bronșic în criză;
16. accidentele vasculare cerebrale (infarctul cerebral, hemoragia cerebrală, hemoragia subarahnoidiană, atacul ischemic tranzitoriu);
17. atacul migrenos;
18. atacul cerebral;
19. avortul complicat septic sau cu șoc hemoragic;
20. atacul acut de glaucom;

21. apoplexia utero-placentară;
22. abcesul sau flegmonul cu stare septică;
23. bolile cardiace congenitale ale nou-născutului și copilului mic;
24. bronhopneumonia, pneumopatiile acute virale și bacteriene;
25. BPOC cu insuficiență respiratorie severă;
26. blocurile atrio-ventriculare simptomatice neonatale;
27. bolile medico-chirurgicale specifice perinatale;
28. criza epileptică și starea de rău epileptic;
29. criza miastenică;
30. cetoacidoză la pacienții cu diabet zaharat tip 1, tip 2 și în diabetul gestațional;
31. chistul hidatic evacuat;
32. corpii străini (nazali, faringieni, laringieni, traheo-bronhici, esofagieni, auriculari cu lezarea părților conductului auditiv extern sau a timpanului);
33. conjunctivita acută virală sau microbiană;
34. corpii străini penetranți sau nepenetranți în globul ocular;
35. colică renală, biliară, abdominală;
36. colecistită acută;
37. colită ischemică;
38. complicațiile sarcinii;
39. complicațiile litiazei reno-ureterale și vezicale;
40. criza de lumbago;
41. coma hipofizară;
42. criza tireotoxică;
43. coma mixedematoasă;
44. coma hiperglicemică;
45. comele diabetice (cetoacidoză, hiperosmolară și lactică);
46. come de alte etiologii;
47. criza addisoniană;
48. criza de hemoliză acută extra- și intravasculară;
49. complicațiile hemoragice după intervenții cardiovasculare;
50. complicațiile septice după intervențiile cardiovasculare;
51. carditele acute (endocardite, miocardite și pericardite);
52. crizele severe de cianoză, hipoxie, acidoze în cardiovascular;
53. convulsiile, starea de rău convulsiv;
54. disgravidia precoce – formă severă;
55. disgravidia tardivă;
56. dermatomizitele active;
57. diabetul zaharat tip 1 nou-depistat;
58. diabetul gestațional nou-depistat;
59. delirium;
60. decolarea de retină;
61. dispneea faringiană, laringiană, traheală înaltă;
62. disfagia totală de cauză bucofaringiană sau esofagiană;
63. disecția de aortă, anevrismul disecant al aortei și alte leziuni parietale cu manifestări acute;
64. disfuncțiile acute de proteze cardiace;
65. edemul pulmonar acut;
66. edemul pulmonar acut de cauză cardiovasculară;
67. encefalopatia hepatică;
68. eritrocitoze asociate cu fenomene de sludge;
69. embolia pulmonară;
70. eclampsia și preeclampsia;
71. flebita și tromboflebita profundă, extensivă;

72. gamapatiile monoclonale cu sindrom de hipervâscozitate;
73. hemoptizia;
74. hematuria;
75. hemoragiile nazale (epistaxisul major, epistaxisul minor, repetat cu anemie secundară), faringiene, laringiene, traheale (post-traumatice, tumorale) și hemoragii exteriorizate prin conductul auditiv extern;
76. hemoragia digestivă superioară (hematemeza);
77. hemoragia digestivă inferioară;
78. hemoragiile genitale;
79. hemoragia in vitros și retinopatia diabetică preproliferativă și proliferativă (cazuri noi);
80. hipertrigliceridemiile severe (>1.000 mg/l);
81. hepatita acută toxică/medicamentoasă;
82. hipercalcemia;
83. hipertensiunea arterială paroxistică;
84. insuficiențele cardiorespiratorii acute;
85. insuficiența respiratorie la obezitate cu risc crescut (IMC>40);
86. infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare, cu alterarea stării generale;
87. infecțiile acute ale mâinii;
88. infecțiile acute rinosinuzale, otice, faringiene, perifaringiene și cervicomediastinale;
89. infecțiile și inflamațiile acute ale anexelor globului ocular;
90. infecțiile acute osoase;
91. infecțiile acute urinare;
92. insuficiența renală acută;
93. insuficiența corticosuprarenală acută (iatrogenă sau de alte cauze);
94. ischemia viscerală (renală, enteromezenterică, hepatică, splenică);
95. intoxicațiile acute voluntare și involuntare;
96. keratita virală sau microbiană;
97. lovirea sau alte acte de violență ce au avut ca rezultat vătămarea corporală, conform art. 180, 181, 182, 184 și 211 (tâlăria) din Codul penal;
98. lombosciatica;
99. lupusul eritematos sistemic activ, cu manifestări renale miocardice seroase, vasculitice;
100. leucemia acută în faza de evoluție inițială sau de recădere;
101. leucemiile cronice cu hiperleucocitoză și sindrom de leucostază;
102. limfoame maligne cu mase ganglionare compresive;
103. nevralgia cervicobrahială;
104. ocluziile intestinale;
105. ocluziile vasculare retiniene;
106. pusee acute de scleroză în plăci;
107. paralizii periodice diskaliemice;
108. pleureziile acute virale și bacteriene;
109. pneumotoraxul neterapeutic;
110. polimiozite acute;
111. pneumopatia de aspirație;
112. plăgi și traumatisme cardiopericardice și vasculare;
113. plăgi complicate;
114. plăgi ale globului ocular și organelor anexe;
115. parodontita apicală acută;
116. pulpita acută;
117. poliradiculonevrita acută;

118. paralizia periferică de nerv facial;
119. penetrația și perforația ulcerelor;
120. pancreatitele acute;
121. peritonita;
122. patologia inflamatorie acută a uterului și anexelor;
123. periartrita scapulolumelară – umerul acut hiperalgic;
124. poliartrita reumatoidă activă în puseu acut;
125. pericardita acută cu tamponada cardiacă;
126. politraumatisme cu leziuni importante;
127. reumatismul articular acut;
128. rectocolita hemoragică – puseu acut – megacolonul toxic;
129. reacțiile alergice;
130. reacțiile alergice oculare;
131. reacțiile adverse, severe la terapia hipoglicemiantă orală (cutanate și digestive);
132. retenția acută de urină;
133. stările comatoase de cauză neurologică;
134. stările confuzionale acute în afecțiunile sistemice, inclusiv în bolile nutriționale și metabolice ale sistemului nervos;
135. sindroamele cefalgice acute;
136. sindroamele septice;
137. sindromul de agitație psihomotorie;
138. sindromul psihopatic acut;
139. sindromul catatonie;
140. sindromul discomportamental violent;
141. sarcina extrauterină;
142. sincopa;
143. sindromul de ischemie periferică acută;
144. supurațiile acute și cele cronice, reactualizate;
145. sindroamele vestibulare în criză;
146. surditatea brusc instalată sau brusc agravată;
147. sângerările uterine disfuncționale;
148. sindromul de debit cardiac scăzut prin colmatarea valvulelor;
149. șocul cardiogen și alte stări de debit cardiac scăzut;
150. sindroamele coronariene acute (infarctul acut de miocard, angina instabilă);
151. stările de instabilitate hemodinamică sau aritmia acută survenită la bolnavii cu cardiopatii cronice, care le pot pune în pericol viața;
152. sindroame hemoragice cu manifestări clinice ce pun în pericol viața;
153. sindromul febril;
154. sindromul de hiperuricemie;
155. traumatismele musculare neurovasculare, osteoarticulare, tegumentare și viscerale recente;
156. traumatismele craniene și ale măduvei spinării;
157. traumatismele toracice cu insuficiență respiratorie;
158. tulburarea depresivă cu risc suicidar;
159. tulburarea anxioasă paroxistică (atacul de panică);
160. tulburarea acută de stres;
161. traumatismele aparatului urinar;
162. traumatismele aparatului locomotor (fracturi, luxații, entorse, rupturi de tendoane, rupturi musculare), cu excepția celor determinate de alcoolism;
163. tumorile maligne sângerande;
164. tromboflebita orbito-cavernoasă;

165. traumatismele orbito-oculare cu complicații;
166. traumatismele abdominale;
167. tumorile neuroendocrine cu eliberări paroxistice de insulină, VIP, serotonină, glucagon;
168. tromboembolismul pulmonar acut;
169. tulburările acute paroxistice de ritm supraventriculare;
170. tahicardiile ventriculare;
171. tromboflebita acută proximală severă;
172. tromboцитозele complicate cu eritromelalgie și cu alte fenomene de constricție a microcirculației;
173. urgențele hipertensive (encefalopatia hipertensivă, criza hipertensivă, hemoragia cerebromeningee, eclampsia);
174. uveita optică, cu excepția celei alcoolice-tabagice;
175. ulcerul gastroduodenal în puseu acut.

#### Partea II: Bolile infecto-contagioase din grupa A

1. amibiaza (dizenterie amibiană);
2. antraxul;
3. bruceleza;
4. difteria;
5. febra butunoasă;
6. febra galbenă;
7. febrele paratifoide A, B, C;
8. febra Q;
9. febra recurentă;
10. febra tifoidă;
11. filarioza, dracunculoza;
12. hepatita virală;
13. holera;
14. infecția gonococică;
15. leishmaniozele;
16. lepra;
17. leptospiroza;
18. limfocitopenia înghinală benignă;
19. malaria;
20. meningita cerebrospinală epidemică;
21. morva, meiodoza;
22. pesta;
23. poliomielita și alte neuroviroze paralitice;
24. psitacoza-ornitoza;
25. rabiă;
26. reumatismul articular acut;
27. scarlatina;
28. sifilisul;
29. șancrul moale;
30. tetanosul;
31. tifosul exantematic;
32. tuberculoza (toate formele și localizările);
33. tularemia;
34. tusea convulsivă;
35. complicațiile postvaccinale;
36. infecția HIV.

## Proba practică în condiții de examen

Proba clinică, indiferent de specialitate sau de nivelul pentru care se susține examenul, cuprinde trei etape cu durata de 20 minute fiecare, ce sunt cronometrate:

1. etapa de culegere a datelor anamnestice, investigații și examenul clinic al bolnavului
2. etapa de gândire în vederea elaborării diagnosticului și tratamentului
3. etapa de prezentare a cazului în fața comisiei.

### I. MODEL DE PREZENTARE

#### DE CAZ PENTRU PROBA CLINICĂ DE PEDIATRIE

##### A. Culegerea datelor

- se face fie de la comisie, fie de la mama copilului
- se vor formula următoarele întrebări:

1. *Date de identitate: nume, prenume, vârstă, domiciliu*
2. *Data internării*
3. *Motivele internării*
4. *Istoricul bolii:*
  - de când a debutat boala
  - care au fost simptomele de debut
  - ce tratament a primit
  - cum a fost evoluția bolnavului sub tratamentul instituit
  - care au fost motivele imediate care au impus internarea
5. *Antecedente personale fiziologice*
  - a. pentru sugar și copilul mic:
    - evoluția sarcinii
    - rangul nașterii
    - dacă s-a născut la maternitate sau nu
    - tipul nașterii (spontană, cezariană)

- prezentație (craniană, pelviană)
  - scorul APGAR
  - greutatea la naștere
  - când a fost pus la sân
  - scădere fiziologică în greutate
  - icter fiziologic
  - dacă a necesitat tratamente speciale (O<sub>2</sub>, incubator, medicație intravenoasă)
  - când a fost externat din maternitate
  - imunizări în maternitate și ulterior
  - tipul de alimentație (natural, mixt sau artificial)
  - diversificarea alimentației (efectuată corect sau nu)
  - dezvoltarea staturo-ponderală
  - dezvoltarea psihomotorie (când a ținut capul, când a stat în șezut, mers nesprijinit, vorbire etc.)
  - profilaxia rahitismului (doze zilnice orale, doze stoss per oral sau intramuscular)
  - imunizări
- b. pentru copilul mare și adolescent:
    - se va trece sumar peste perioada perinatală și cea de sugar
    - se va insista pe aspecte privind creșterea și dezvoltarea
    - performanțele școlare
    - la fete - menarha, durata, fluxul menstrual.
6. *Antecedente personale patologice*
    - afecțiuni chirurgicale
    - afecțiuni medicale
    - boli infecțioase ale copilăriei
    - afecțiuni anterioare legate de episodul actual
  7. *Antecedente heredo-colaterale*
    - boli cu agregare familială
    - boli cu risc de handicap: TBC, lues, SIDA, hepatită cu virus B, C, D.
  8. *Condiții de viață*
    - locuință
    - nivel socio-economic
    - condiții de igienă
    - fumat pasiv
- ! Pentru întrebările 1-8 timpul alocat nu trebuie să depășească 5 minute.



9. *Examenul clinic*

! Înainte de începerea examenului clinic, candidatul trebuie să se spele pe mâini. Se va efectua un examen clinic minuțios cranio – caudal și antero – posterior, vizând principalele aparate și sisteme din care nu trebuie să lipsească căutarea semnelor de iritație meningeală și examenul neurologic (ROT, ortostatism, mers, mișcări involuntare etc.), inspectarea cavității bucale și a faringelui, încheind examenul clinic.

! Durata examenului clinic trebuie să fie tot de 5 minute.

10. *Starea la internare*

Candidatul trebuie să cunoască starea la internare, care poate fi la fel ca în momentul examinării sau este posibil ca la internare să fi existat și alte semne de boală care nu se mai regăsesc în momentul examinării.

11. *Evoluția de la internare, parametrii în evoluție*

Se vor pune întrebări precise comisiei privind evoluția principalelor semne de boală de la internare până în momentul examinării, care necesită răspunsuri scurte (preferabil prin da sau nu).

Parametrii biologici evolutivi:

- Curba termică
- Curba ponderală
- Puls
- Tensiune
- Respirație
- Apetit, scaune, vărsături
- Diureză

12. *Parametrii antropometrici:*

- greutate
- talie
- perimetre (cranian, toracic, abdominal)

Aceste date antropometrice sunt utile pentru:

- calcularea indicelui ponderal și a indicelui nutrițional la sugari
- aprecierea dezvoltării staturo-ponderale la copilul mic
- determinarea suprafeței corporale în vederea calculării dozelor de medicamente (doze/kg corp sau/suprafață corporală)

13. *Examenle de laborator și paraclinice trebuie grupate în 4 categorii:*

- investigații uzuale – „de rutină“
  - investigații pentru diagnosticul pozitiv
  - investigații pentru diagnosticul diferențial
  - investigații pentru depistarea complicațiilor.
- a. investigațiile uzuale cerute la internare:
- hemogramă
  - examen de urină
  - exsudat faringian (la copilul mare)
  - IDR la PPD (la copilul mare)
  - Radioscopie pulmonară, la copilul mare, sau radiografie pulmonară, la sugar
  - Examen ORL la sugari
  - Examen coproparazitologic la copilul mare
  - ASLO la copilul mare
  - VSH
- b. investigații pentru diagnosticul pozitiv:
- se vor cere investigații care să permită un diagnostic pozitiv complet (etiologic, patogen, formă clinică, funcțional și evolutiv)
- c. investigații pentru diagnosticul diferențial:
- se vor cere investigații pentru cele mai apropiate boli care se pot „confunda“ cu boala de bază (ex. pentru RAA se vor cere investigații pentru ARJ, LES, boala serului, osteoartrită, tumori, traumatisme osoase, hiperuricemie, leucemie etc.)
- d. investigație pentru evoluție și complicații:
- se vor solicita investigații în funcție de posibilele complicații de boli datorate evoluției naturale sau datorate tratamentului
- ! Precizări:
- investigațiile se cer atât la internare, cât și în dinamică
  - este bine ca pentru etapa anamnetică, clinică, a solicitării investigațiilor timpul alocat să fie echilibrat
  - solicitarea cât mai completă a investigațiilor pentru diagnosticul pozitiv și diferențial ușurează departajarea candidaților de către comisie.

## B. Etapa de gândire și de elaborare a diagnosticului și tratamentului

Candidatul va fi condus în camera de gândire pentru ordonarea datelor obținute anamnestice, clinic, paraclinic și va nota diagnosticul complet pe un bilet șampilat pe care îl primește de la comisie. Perioada de gândire durează 20 de minute.

## C. Prezentarea cazului în fața comisiei

Candidatul va înmâna comisiei biletul șampilat și semnat cu diagnosticul complet după care va expune cazul începând cu punctul 1 până la 13.

### ! Precizări:

- datele obținute la examenul obiectiv vor fi expuse în totalitate
- investigațiile, este de preferat, să fie grupate logic pe sindroame și interpretate și nu relatate într-o înșiruire haotică.

În continuare prezentarea cazului va avea următoarea secvențialitate:

### 14. Diagnosticul pozitiv

Întotdeauna diagnosticul pozitiv se va formula pe baza datelor anamnestice, clinice, de laborator și, eventual, prin proba terapeutică și evoluție.

Diagnosticul pozitiv va cuprinde:

- boala principală care a solicitat internarea
- bolile secundare (anemie, rahitism etc.)
- malformații congenitale (picior strâmb congenital, hernie ombilicală, MCC).

Diagnosticul principal va cuprinde:

- forma clinică
- stadiul evolutiv
- etiologia (de preferat).

### Exemplu:

Pneumonie acută formă medie de etiologie probabil pneumococică

Reumatism articular acut formă cardioarticulară prim puseu

ARJ formă cu debut sistemic prim episod

Sindrom nefrotic pur corticosensibil al treilea puseu

Se va preciza și diagnosticul funcțional atunci când există.

### Exemplu:

Bronhopneumonie acută

Insuficiență cardiorespiratorie acută

### 15. Diagnosticul diferențial

Se vor prezenta bolile cele mai apropiate ca manifestări clinice și biologice cu boala principală.

În prezentarea afecțiunilor cuprinse în diagnosticul diferențial se va răspunde la întrebările:

- cu ce boli am făcut diagnosticul diferențial
- care sunt elementele comune cu boala de bază
- care sunt elementele care le diferențiază

Se va trece în revistă sumar, doar printr-o enumerare, afecțiunile cele mai îndepărtate de boala de bază și se va insista mai mult asupra bolilor cele mai apropiate (asemănătoare) bolii de bază.

### 16. Tratamentul

Întotdeauna, pentru orice boală, tratamentul trebuie să acopere următoarele 5 aspecte:

- igienico-dietetic
- etiologic
- patogen
- simptomatic
- adjuvant.

#### a. Tratamentul igienico-dietetic

- tratamentul igienic - regimul de efort fizic, repaus la pat, internare sau nu
- tratamentul dietetic - este diferit de la o boală la alta, uneori fiind esențial pentru boală (ex. diareea acută, celiakia etc.)
- dieta va fi prezentată în detaliu pentru sugar (număr mese, cantitate pe masă, preparate), în timp ce la

copilul mare se va preciza doar tipul de dietă (regim hepatic, renal, desodat, hipocaloric etc.)

b. Tratamentul etiologic

- se va adresa cauzei bolii - care de cele mai multe ori se rezumă la terapia cu antibiotice, pentru infecțiile bacteriene, sau la terapia antivirală, imunoglobuline specifice antivirale etc.

Întotdeauna când facem referiri la terapia medicamentoasă trebuie să răspundem următoarelor întrebări:

- ce-i dai? - ce medicamente îi administrez
- de ce-i dai? - pentru ce acțiuni
- cât îi dai? - ce doză, durată, ritm de administrare
- cum? - pe ce cale (per os, im, iv, PEV scurtă, aerosoli)
- forma de prezentare (flacon, fiole, comprimate, spray), precizând și dozarea acestuia
- efecte secundare?
- precauții?

c. Tratamentul patogenetic se va referi la:

- terapia antiinflamatoare - AINS, corticoterapie
- tonic cardiac
- vasodilatator
- bronhodilatator
- antihistaminic etc.

d. Tratamentul simptomatic se adresează principalelor simptome:

- antitermic
- antialgic
- antitusiv
- antivomitiv etc.

e. Tratamentul adjuvant se referă la:

- vitamine
- imunoglobuline iv
- vaccinuri polimicrobiene
- imunostimulante.

### 17. Evoluție

Se vor expune succint aspectele evolutive ale bolii de la debut până în momentul prezentării și, apoi, evoluția care se prefigurează în etapa următoare.

### 18. Prognostic, complicații

- a. se va preciza cum era la internare și cum este în momentul examinării. Prognosticul va fi quo ad vitam, quo ad sanctione, quo ad functione, quo ad futurum etc.
- b. complicații și sechele - se vor preciza:
  - care sunt posibilele complicații
  - complicații imediate și complicații la distanță
  - cum le recunoaștem și cum le prevenim sau tratăm.

### 19. Criterii de externare și recomandări la externare

- a. Se vor prezenta criteriile de vindecare care permit externarea (ex. remisiunea simptomatologiei, ameliorarea stării generale, remisiunea tabloului biologic, normalizarea aspectelor radiologice, etc)
- b. Recomandări la externare:
  - regim dietetic
  - regim de efort
  - necesitatea sau nu a unei terapii de întreținere
  - necesitatea sau nu a repetării unor investigații
  - intervenții chirurgicale
  - balneofizioterapie
  - schimbarea profilului școlar
  - dispensarizare
  - când să revină la control.

### 20. Particularitățile cazului

Dat fiind că „nu există boli, ci bolnavi“, fiecare caz va avea particularitățile lui, legate de forma de boală, răspunsul la tratament, particularitățile terenului gazdei, carențe nutriționale, imunodepresie, boli cronice de fond, particularități legate de vârsta bolnavului etc.

Expunerea cazului durează 20 de minute, candidatul fiind depunctat dacă termină mai devreme și întrerupt, dacă timpul a expirat.

Această schemă aparent complexă se poate învăța prin repetare sistematică și prin aplicarea ei la cât mai multe prezentări de caz.

## II. MODEL DE PREZENTARE DE CAZ PENTRU PROBA PRACTICĂ – ADULȚI

### CAZUL 1

Am examinat pacienta S.C., sugar în vârstă de 11 luni, București, fără certificat de naștere, mama fără CI. Pacienta a fost internată în IOMC în urmă cu 4 zile ca urgență.

Sugarul se prezintă pentru: febră, inapetență, scaune semilegate cu mucozități, creștere ponderală nesatisfăcătoare.

Din istoric reiese că simptomatologia a debutat cu 3 zile înaintea internării cu scaune semilegate cu mucozități, 2-3/zi, cu miros fetid, scăderea apetitului alimentar, febră netermometrizată. Fără tratament starea generală s-a agravat, cu scăderea accentuată a apetitului pentru alimente și lichide și creșterea numărului de scaune cu același aspect, impunând internarea de urgență.

Din anamneză reținem antecedentele sugarului:

- *antecedente heredo-colaterale*: vârsta părinților la nașterea copilului – tata 31 de ani, mama 30 de ani; fără boli cu agregare familială sau cu risc de handicap cunoscute în familie; nu contact TBC
- *antecedente personale fiziologice*:
  - evoluția sarcinii: normală, fără controale prenatale
  - rangul nașterii: al doilea
  - locul nașterii: maternitatea Cantacuzino, naștere spontană, prezentație
  - născut la termen, 2600 gr, nu se cunoaște talie, scor APGAR
  - fără icter fiziologic, nu se cunoaște scăderea fiziologică în greutate
  - vaccinat doar în maternitate
  - alimentat natural până în prezent
  - diversificarea la 5 luni, efectuată incorect
  - dezvoltarea staturo-ponderală nesatisfăcătoare
  - dezvoltarea psihomotorie: stă în șezut, stă în picioare susținută

- profilaxia rahitismului: doze zilnice orale de Vigantol 2 pic.
- *antecedente personale patologice*:
  - frecvente afecțiuni de căi respiratorii superioare necomplicate tratate ambulator (la CG spital, nu este înscris la MF)
  - cu cca. 1 lună în urmă a avut un episod diareic acut, fără SDA, cu scaune semilegate, cu mucozități, 2-3/zi, tratat doar 2 zile cu antibiotic p.o. (probabil Biseptol) cu evoluție favorabilă.

*Condiții de viață*: casă la curte, 2 camere, 4 persoane;

*Examenul clinic la internare evidențiază*: febră 38°C, stare generală moderat alterată, facies suferind, încercănat, pliu cutanat abdominal discret leneș, tegumente hiperpigmentate constituțional, palide, uscate, fără erupții, țesut celular gras mult diminuat pe trunchi și membre, micropliadenopatii laterocervicale, fontanelă largă, craniu bese-lat, torace evazat la baze, șanț submamar Harrison prezent, mase musculare hipotrofice, căi respiratorii superioare libere, torace cu sonoritate normală la percuție, ascultător pulmonar murmur vezicular prezent bilateral, simetric, normal transmis, fără raluri supraadăugate, aria matității cardiace limite normale, zgomote cardiace ritmice, bine bătute, 120/min, fără sufluri, extremități calde, puls prezent la aa. femurale, apetit diminuat, faringe normal colorat, abdomen ușor meteorizat, mobil cu mișcările respiratorii, ficat, splină, limite normale, scaune semilegate, cu mucozități, fetide, 5-6/zi, diureză prezentă, loje renale libere, manevra Giordano negativă, ROT prezente bilateral, fără semne de iritație meningeală, retard psihomotor, ortostatism susținut.

Evoluția până în momentul examinării a fost cu: subfebră, scădere ponderală (150 gr în 3 zile), apetit alimentar diminuat, scaune semiconsistente, 2-3/zi, fără vărsături, apoi, după 3 zile de tratament, ameliorarea apetitului și normalizarea consistenței scaunului, dispariția semnelor de deshidratare, curbă ponderală ascendentă (G prezentă = 6600 gr).

*Date antropometrice:* G internare = 6650 gr, T = 72 cm, PC = 45 cm, PT = 45 cm, IP = IN = G/G ideală = 6650/9500 = 0,7.

### Diagnostic de etapă

Datele obținute pe baza anamnezei și examenului clinic al sugarului ne orientează către diagnosticele:

- boala diareică acută cu SDA moderată
- sdr. pluricarențial (anemie, distrofie, rahitism carențial)

### Investigații solicitate:

- uzuale: hemoleucograma: Hb = 8,8 g/dl (↓); NL = 8100/mm<sup>3</sup> (F. ușor ↑)
- Ht = 26,6% (↓) Lf = 29,2%
- MCV = 68,8 μ<sup>3</sup> (↓) Mo = 5,6%
- MCH = 22,9 pg (↓) Gr = 65,2%
- ușoară anizocitoză cu microcite; moderată hipocromie (anemie hipocromă microcitară)
- VSH = 24/50 1h/2h (↑) (afecțiune inflamatorie)
- Examen de urină: normal
- Rx. Pulmonar: normal
- IDR la 2U PPD: negativ
- Examen ORL: normal clinic (s-au exclus infecții extradigestive asociate: respiratorii, urinare ca etiologie a sdr. febril)

### Dg. Pozitiv:

- Coprocitogramă = PMN > 20/cp (↑) (sugestivă pt. germen enteroinvaziv chiar dacă coproculturile sunt negative)
- Coproculturi = negative
- Ionograma serică: Na<sup>+</sup> = 136 mmoli/l, K<sup>+</sup> = 4,6 mmoli/l (normale) (pt. aprecierea SDA)
- Sideremie = 2mg/l (↓) (susține dg. de Anemie feriprivă împreună cu HLG)
- Fosfataza alcalină = 250 UI/dl (↑)
- Fosfatemia = 3,2mg/dl (↓)
- Calcemia = 9,2 mg/dl (N)
- Magnezemia = 1,6mg/dl (N) (sprijină Dg. de Rahitism carențial împreună cu clinica + radiologia)

- Proteinemie = 5,2 g/dl (↓)
- Glicemie = 64mg/dl (↓)
- Colesterol = 120mg/dl (↓)
- Lipide = 320 mg/dl (↓) (toate sugerează o MPC)
- Radiografie de pumn: lărgire metafizară cu aspect franjurat; nuclei osoși de creștere conform vârstei (aspect de rahitism)

### Dg. Diferențial:

- Examen coproparazitologic: negativ (se exclude o etiologie parazitară de ex. Giardioza).
- Serologie Rotavirus (se exclude o etiologie virală, frecventă pt. diarei)
- Serologie Salmonella (semnificativă ar fi o creștere de 4 ori a titrului de anticorpi la o săptămână de la debut)
- Electroforeza Hb (dg. Talasemiei)

### Pentru Dg. complicațiilor:

- ASTRUP
- Hemoculturi
- Radiografii osoase

*Datele anamnestice, clinice, paraclinice și evoluția sub tratament susțin diagnosticele:*

1. *Dg. principal:* Enterocolită acută tip enteroinvaziv cu germene neizolat formă medie cu SDA 5-7% (susținut de condițiile de viață, aspectul și nr. scaunelor, febră, coprocitograma și coproculturile, evoluția sub tratament)

### 2. Dg. secundare:

- Anemie feriprivă formă medie (susținut de paloare, HLG, frotiu, sideremie)
- Rahitism carențial (susținut de semnele clinice de rahitism la nivelul craniului, toracelui, dezvoltarea staturo-ponderală și retardul psihomotor, valorile fosfatemiei și FA, Rgrafia de pumn)
- Distrofie gradul II-III (IP=0.7)

Caz social (etnia, condițiile de viață, familia dezorganizată)

### Diagnosticul diferențial:

#### 1. al diareei:

- de cauză alimentară (infirmat de prezența febrei, din anamneză nu rezultă vreun aliment incriminat,

evoluția trenantă, coprocitogramele sugestive pentru etiologia bacteriană)

- de cauză virală (frecvente în sezonul rece, diareile cu agent etiologic Rotavirus reprezintă 25% din total, dar lipsa unui episod de ICRS asociat, coprocitogramele ar trebui să fie negative, lipsa vărsăturilor la debut, o serologie + pentru Rotavirus ar tranșa dg.)
- de cauză bacteriană (sugerată de febră, condițiile de viață neigienice, coprocitogramă +, chiar dacă coproculturile au fost negative); ca agenți etiologici pot fi incriminați: E. coli (cea mai frecventă etiologie bacteriană - cel mai probabil după aspectul scaunului, febră și coprocitograma sugestivă e un germene enteroinvaziv deoarece E. coli enterotoxigen dă diaree de regulă neînsoțită de febră, cu scaune apoase), Salmonella netiphyca (a doua cauză ca frecvență în diarei cu etiologie bacteriană la sugari mai mici de 6 luni, scaune cu aspect verzui), Shigella (toxina Shiga e neurotoxică - convulsii la debutul afecțiunii), dizenteria (scaune cu sânge)
- de cauză parazitară (Giardioza), dar ex. coproparazitologic este negativ

2a) al anemiei feriprive cu alte anemii microcitare și hipocrome

- cu Talasemia minoră (sideremia ar trebui să fie normală, EF Hb modificată)
- anemiile sideroacrestice
- anemiile din infecțiile și inflamațiile cronice

2b) al mecanismului anemiei feriprive carentiale:

- prin aport insuficient (din context: lipsa profilaxiei cu fier, diversificarea incorectă, alimentația necorespunzătoare, deficite de absorbție a fierului datorate malnutriției, rahitismului)
- pierdere (prin sângerări mici și repetate)
- prin consum crescut de fier și deturnarea fierului în infecții cronice sau prelungite

3. al cauzelor rahitismului: diversificarea și alimentația necorespunzătoare, Vigantolul administrat incorect, expunerea la soare insuficientă

4. al cauzelor distrofiei: alimentația necorespunzătoare, diareea recidivantă

### Tratamentul

a. igienico-dietetic:

- hidratarea fracționată orală cu 350 ml Gesol în primele 4h (50 ml/kg) (conține: 3,5 g NaCl, 2,5 g bicarbonat de Na, 1,5 g KCl, 20 g glucoză pt. 1 litru de apă)
- realimentarea precoce după primele 4h cu 5x200ml: 2x lapte albuminos + sân
- 1x SM + 50g CM
- 2x OP + BV + 5% glc

b. etiologic:

- cu antibiotice cu spectru larg (deoarece chiar dacă nu avem coproculturi + și o antibiogramă noi bănuim o infecție bacteriană, cel mai probabil cu E. coli enteroinvaziv), de exemplu Ampicilină i.v. (datorită stării generale mediocre a sugarului), în doză de 35 mg/kg la 6 h (750 mg/8cc, 2cc la 6h pe branulă) pe perioada internării (5-6 zile), continuat dacă este necesar cu antibiotic oral după externare

c. simptomatic

- Smecta ½ plic x 2/zi
- Antitermice: ex. Eferalgan sirop 2,5 ml/8h alternativ cu Nurofen 2,5 ml/8h

d. adjuvant

- fierul Hausmann picături în doză de 5-6 mg/kgc se va administra după rezolvarea episodului infecțios, Vigantol 3 pic./zi continuat după externare.

Evoluția bolii este favorabilă, iar sub tratament se urmărește dispariția SDA, a febrei, normalizarea scaunelor, creșterea apetitului alimentar cu o curbă ponderală ascendentă.

Complicațiile posibile ar fi în principal deshidratarea (prin refuzul rehidratării orale, scaunele numeroase, eventual vărsături) și infecțiile sistemice cu punct de plecare digestiv.

Deshidratarea – în cazul imposibilității rehidratării orale se va face reechilibrarea hidroelectrolitică parenterală ce va avea în vedere calcularea pierderilor la care vor fi adăugate nevoile fiziologice în apă și electroliți (1/2 în primele 4h apoi restul în următoarele 20h).

În primele 4h: glc 5% 70-80 ml/kg, NaCl 58,5‰ 3 ml/kg, Ca gluconic 10% 2 ml/kg, KCl nu va fi pusă în perfuzia i.v. până la reluarea diurezei

În următoarele 20h: glc 5% 100 ml/kg, NaCl 58,5‰ 2 ml/kg, Ca gluconic 10% 2 ml/kg, KCl 2 ml/kg (din soluții molare)

Infecțiile sistemice (mai frecvent Salmonella, dar și E. coli) – pot să apară în lipsa unui tratament antibiotic adecvat: supurații localizate, septicemia.

Pentru a preveni aceste complicații trebuie ca tratamentul antibiotic să aibă un spectru cât mai larg (deoarece germele nu a fost izolat).

Pentru tratamentul complicațiilor se folosesc antibiotice i.v.: de ex. o asociere „orbă” de Ampicilină și Gentamicină care acoperă un spectru larg de acțiune (Ampicilină câte 35 mg/kg la 6h – max. 1 g, Gentamicină 2-5 mg/kg, 2 săptămâni), Ciprofloxacina 30 mg/kg/zi 4-6 săptămâni (pt. o osteomielită) sau cefalosporine gen. IIIa: Ceftriaxon 100-150 mg/kg/zi, la 12h, 2 săptămâni pentru (gastroenterită + bacteriemie).

### Prognosticul

Patologia acută are un prognostic bun cu condiția respectării regimului alimentar și al tratamentului prescris, altfel evoluția va fi recidivantă agravând malnutriția, anemia, rahitismul și favorizând bolile infecțioase (mai ales că sugarul nu a fost imunizat)

Sdr. pluricarențial are un prognostic favorabil (MPC gr II, anemia, rahitismul sunt reversibile), dar numai cu o alimentație corectă asociată tratamentului (este indicată diversificarea cu alimente corespunzătoare vârstei copilului: făinos cu lapte + 5% zahăr, fructe cu brânză de vaci + biscuiți + 5% zahăr sau miere, supă de zarzavat cu făinoase,

carne cu piure de legume, lapte praf integral cu 5% zahăr în mucilagiu de orez 3% sau lapte adaptat „de continuare” și suplimentarea rației calorice cu 20-30 kcal/kgc/zi)

*Criterii de externare:* creșterea apetitului, normalizarea scaunului, dispariția febrei, curba ponderală ascendentă.

*Recomandări la externare:*

- Alimentație diversificată:
  - 5 x 200 ml: 2 x lapte formulă (Bebelac, Milumil 2)
  - 1 x măr copt (sau banană) + BV + 5% zahăr
  - 1 x SZ + CM 50 g
  - 1 x făinos cu lapte sau OP + BV + 5% zahăr
- Tratamentul anemiei:
  - Fier Hausmann soluție 20 pic. = 50 mg Fe, 5-6 mg/kg/zi, 7 pic. x 2/zi, 3 luni consecutiv.
- Tratamentul rahitismului:
  - Vigantol soluție 3-4 pic./zi 1 lună, apoi 2 pic./zi.
  - Calciu natural sirop 2 lgte./zi, 10 zile sau Calciu gluconic fiole 1f/zi 10 zile.
- Repetă hemograma la o lună și la 3 luni.
- Dispensarizat la MF pt. monitorizare, efectuarea imunizărilor.
- Revine la control la o lună.

### Particularitatea cazului

Ne confruntăm cu un episod de enterocolită acută de etiologie cel mai probabil bacteriană (din istoric reiese că au mai existat și altele) la un sugar care se prezintă ca un caz social, cu multiple carențe (malnutriție, anemie, rahitism), datorate alimentației deficitare, diversificării neadecvate și condițiilor igienice precare.

În acest caz, mult mai importante decât tratamentul antibiotic (obligatoriu și care rezolvă afecțiunea acută, prevenind complicațiile) sunt regimul igienico-dietetic, tratamentul anemiei și al rahitismului, care influențează prognosticul pe termen lung și evoluția ulterioară a pacientului.

## CAZUL 2

Vă prezentăm copilul O.P, de sex masculin, 5 ani și 7 luni, din mediul urban, internat în Clinica de Pediatrie „Alfred Rusescu“ în 18.01.2006, F.o:417, pentru o inter-curență febrilă (amigdalită pultacee).

Din *antecedentele personale fiziologice* reținem:

- Este primul copil, născut din sarcină cu evoluție normală, dar nedispensarizată.
- Naștere eutocică, în prezentație craniană, la Maternitatea Județeană.
- Fără semne de suferință fetală (nu este cunoscut scorul Apgar)
- Greutatea la naștere, G = 3200g
- Alimentat natural 8 luni, înțărcat la 8 luni; a fost diversificat corect la 5 luni.
- Curba ponderală în dinamică a fost bună; G la 1 an – 10 kg, G la 2 ani – 13 kg, G la 5 ani – 21 kg.
- Dezvoltare psihică și neurologică în limitele vârstei, merge la 1 an, integrarea în colectivitate bună.
- Profilaxia rahitismului efectuată parțial corect până la 1 an.
- Vaccinări conform calendarului de vaccinare.

*Antecedentele personale patologice* ne atrag atenția asupra:

- Amigdalite pultacee repetate, 5-6 episoade pe an de la 2 ani.
- O formațiune abdominală descoperită la un examen clinic de rutină în urmă cu 1 an, asupra căreia s-a revenit ecografic cu o lună înaintea internării în clinica noastră, și care sugera multiple formațiuni chistice la nivelul rinichiului drept.

*Antecedentele heredocolaterale* sunt fără importanță:

- Mama – 32 de ani, IG, IP, afirmativ sănătoasă.
- Tata – 30 de ani, afirmativ sănătos.
- Bunicii – sănătoși.
- Se neagă tuberculoza și luesul și alte boli cronice.

*Examenul clinic la internare* evidențiază:

- Băiat, 5 ani și 7 luni, G = 21kg, T = 123cm

- Afebril
- Stare generală bună
- Tegumente și mucoase – moderat palide, curate
- Ganglioni superficiali, nepalpabili
- Țesut celular subcutanat normal, reprezentat în toate segmentele
- Sistem muscular normoton, normokinetic
- Sistem osteoarticular normal, articulații mobile la mișcări pasive și active.
- *Aparat respirator* – nu tușește, nu este dispneic, CRS – permeabile, MV – normal transmis, sonoritate pulmonară normală.
- *Aparat cardiovascular* – cord în limite normale, șoc apexian spațiul V i.c. stg. pe linia medio-claviculară, AV = 80/min, RS, zgomote cardiace bine bătute, fără sufluri, extremități calde, artere periferice palpabile pulsatile, TA = normală.
- *Aparat digestiv* – apetit capricios, diminuat.
- Scaun normal
- Faringe hiperemic, intens, difuz
- Amigdale hipertrofiate, criptice, cu focare pultacee bilaterale
- Dentiție completă, fără carii
- Ficat limita superioară sp.V ic drept la limită inferioară 2 cm sub rebord, diametru cranio-caudal 9 cm, consistență normală, nedureros
- Splină nepalpabilă.

În flancul drept se palpează o formațiune rotundă, cu contact lombar, dură, cu o suprafață discret boselată, nedepășind linia mediană, distinctă de ficat.

- *Aparat uro-genital*: micțiuni cu urini normal colorate, organe genitale normal conformate.
- *SNC*: reflectivitate, sensibilitate, mobilitate-normale. Fără semne de iritație meningeală. Organe de simț clinic normale: vede, aude.

Astfel, examenul clinic efectuat complet la internare ne atrage atenția asupra:

- palorii tegumentare de intensitate moderată
- amigdalelor mărite în volum, criptice cu depozite pultacee bilaterale, și mai ales asupra *tumorii abdominale*



situată în flancul drept cu contact lombar, distinctă de ficat, și care nu depășește linia mediană.

Toate aceste elemente sunt descoperite în contextul unei dezvoltări staturo-ponderale normale (G = 21 kg, T = 123 cm).

Din acest moment simptomul trece pe primul plan în prezentarea noastră.

În această etapă clinică s-au conturat mai multe *diagnostice diferențiale*, însă ne oprim asupra celor semnificative:

- nefroblastom
- neuroblastom
- alte tumori primare cu sediul renal
- metastaze cu sediul renal
- alte tumori retroperitoneale:
  - teratom
  - feocromocitom
  - miosarcom
- hamartom de țesut conjunctiv
- displazie multichistică renală
- boală polichistică renală
- hidronefrozele - congenitale dobândite

Este important să subliniem faptul că la copilul examinat nu s-au descoperit alte semne clinice asociate precum:

- hipospadias
- criptorhidie
- intersexualitate
- polachiurie, disurie
- HTA

Începem diagnosticul diferențial cu:

*Tumora Wilms (nefroblastomul), fiind cea mai frecventă tumoră de vârstă pediatrică și care se manifestă de obicei cu:*

- HTA, ITU, hematurie
- anomalii genitourinare: hipospadias, criptorhidie
- anomalii musculo-scheletale

De asemenea, tumora Wilms poate asocia anomalii congenitale genito-urinare sau musculoscheletale și poate fi componentă a unor sindroame distincte, precum Sdr. Wagr,

alături de întârziere mentală, aniridie sau Sdr. Denys-Drash, alături de ambiguitate sexuală.

*Neuroblastomul* are evoluție asimptomatică îndelungată și este descoperit ca urmare a unei formațiuni tumorale de dimensiuni mari, care, de cele mai multe ori, depășește linia mediană. Amintim câteva simptome prezente în tabloul clinic al neuroblastomului:

- anorexie, scădere ponderală, paloare
- tulburări sfincteriene
- semne secundare secreției crescute de catecolamine
- dureri osoase intense (metastaze osoase); neuroblastomul este extrem de invaziv și are și alte determinări secundare (metastaze pulmonare și hepatice)

*Displazia multichistică renală (MDK)* are ca modalitate obișnuită de prezentare o formațiune tumorală în flancuri (unilaterală) și este însoțită de:

- eșecul creșterii;
- ITU;
- HTA;
- Hematurie.

Se poate asocia cu alte anomalii congenitale:

- genito-urinare;
- gastrointestinale;
- musculo-scheletale;
- neurologice.

Când este bilaterală, această afecțiune nu este compatibilă cu viața

*Boala polichistică renală* are transmitere autozomal recesivă (ARPKD) și autozomal dominantă (ADPKD). Forma infantilă cu transmitere autozomal recesivă este mai agresivă și conduce la deces în prima decadă de viață. Este bilaterală, iar la copilul mai mare poate asocia afectare hepatică.

*Hidronefroza* se manifestă prin:

- mărirea de volum a rinichilor ca urmare a dilatării sistemului pielo-caliceal, de diferite grade I-IV (totală).
- nu reprezintă o boală în sine, ci un simptom sau o consecință a unui număr mare de boli.

Paleta largă a diagnosticelor diferențiale impune abordarea imagistică și de laborator:

- sumar și sediment urinar;
- uroculturi;
- reactanți de fază acută – în limite normale;
- semne de retenție azotată – absente.

Neajutându-ne de aceste investigații am continuat explorarea paraclinică cu imagistica.

*Ecografia* este principala metodă de evaluare a parenchimului renal (deși are dezavantajul de a nu vedea convenabil ureterul, decât în porțiunea retrovezicală și retrorenală). La o primă interpretare, ne sugerează imensa dilatare a bazinetului renal, în comunicare cu alte 3 imagini satelite, care sunt calicele și ele imens dilatate, parenchim, complet atrofiat, împins la periferia rinichiului, ureter drept nevizualizabil. Concluzii:

- hidronefroză gigantă gr. IV, RD;
- se ridică suspiciunea de stenoză de joncțiune pielo-ureterală;
- RS hipertrofiat compensator.

Ecografia repetată ne arată, în plus, *modificări de tip chistic* ale parenchimului renal drept.

Continuăm cu *Rg renală simplă* care este utilă în completarea diagnosticului și care dovedește absența calcificărilor renale (prezente în tumorile amintite mai sus sau a calculilor radioopaci prezenți în boala calculoasă).

Continuăm investigațiile cu *urografia intravenoasă*. După injectarea substanței de contrast, s-au efectuat clișee precoce la 3", 5", și clișee tardive la 30", 1 h și 2 h.

Imaginea urografică ne arată: absența secreției și excreției la nivelul RD, RS hipertrofiat compensator.

În concluzie, rezultatul urografiei i.v este: RD mut urografic – afuncțional; RS hipertrofiat compensator.

Reamintim, ne aflăm în fața unui băiat complet asimptomatic până la 5 ani și 7 luni, cu creștere staturo-ponderală bună, fără elemente clinice și paraclinice suportive pentru ITU sau IRC.

### Concluzii de etapă

Investigațiile efectuate până în acest moment ne-au ajutat să susținem *diagnosticul diferențial* în contextul clinic (asimptomatic) și anamnestic (fără predispoziție familială). Astfel:

- ecografia a exclus MDK, drept urmare a prezenței comunicării între bazinet și formațiunile satelite chistice și boala polichistică renală – rinichi contralateral și ficat cu aspect normal.
- Rg. renală simplă, urografia i.v., alături de ecografie au eliminat tumorile enunțate mai sus, precum și boala calculoasă renală.

*Diagnosticul pozitiv* se îndreaptă spre *hidronefroza gigantă RD*.

### Discuții (1)

Privind la cele argumentate până acum ne punem întrebarea: hidronefroza gigantă a RD este congenitală sau dobândită și prin ce mecanism s-a produs?

Neavând elemente clinice, anamnestice și de laborator pentru a răspunde la această întrebare, copilul a fost transferat la Clinica de Urologie a Spitalului Clinic de Urgență „Grigore Alexandrescu” cu diagnosticul *hidronefroză gigantă gr. IV, RD*.

*Boli asociate:*

- *Anemie hipocromă, microcitară:* Hb = 10,1g/dl, Ht = 30,6%, MCV = 73,7fl, MCHC = 33,0g/dl
- *Amigdalită pultacee*

Echipa de chirurghi care a preluat cazul a stabilit indicația operatorie pe criterii clinice și paraclinice cunoscute: rinichi mut urografic, prezența simptomatologiei recurente.

Se practică *intervenția chirurgicală* care arată și *sur-riza prezentării – rinichiul în potcoavă*.

Se efectuează *nefrectomie renală dreaptă*, asociată cu *rezecție istmică și renografie stângă*.

S-a pătruns în loja renală prin tehnica Israeli, cu intenții conservatoare. Conservatorismul extrem este justificat

datorită capacității crescute de regenerare a rinichiului la copil, precum și datorită posibilității apariției contralaterale a hidronefrozei. În cazul nostru, RD nu avea parenchim, de aceea s-a efectuat nefrectomie.

### Discuții (2)

Diagnosticul antenatal ar fi avut o importanță covârșitoare în acest caz, așa cum consemnează și Al. Pesamosca în literatura de specialitate. Ecografiile antenatale au rolul de a descoperi aceste defecte de morfologie renală ce pot fi corectate chirurgical în timp util, cu efectuarea pieloplastiei, metodă ce permite păstrarea parenchimului funcțional renal.

*Particular cazului:* evoluția post-nefrectomie dreaptă a fost favorabilă, fără complicații postoperatorii.

### Discuții (3)

De ce rinichiul în potcoavă, de obicei vizualizat ecografic și urologic, nu a fost diagnosticat anteoperator?

În cazul nostru nu a fost respectat criteriul axelor inversate cu ajutorul cărora se diagnostichează cu ușurință rinichiul în potcoavă pe urografia i.v. Axele rinichilor în potcoavă nu respectă liniile mușchilor psoas, ci le încrucișează, fiind direcționate divergent în sus, convergent în jos.

CT cu substanță de contrast ar fi făcut posibilă descoperirea rinichiului în potcoavă, deoarece această metodă poate face diferența dintre istmul parenchimos și cel fibros, de asemenea poate defini gradul de mal rotație al rinichilor, și poate vedea modificări parenchimotoase renale (cicatrici renale).

A doua surpriză vine din partea *rezultatului anatomo-patologic* care evidențiază leziuni de pielonefrită cronică alături de transformarea chistică a parenchimului.

*N.B. Reamintim, anamnestice nu au existat semne sugestive de ITU!*

*Nu au fost descoperite elemente de tumoră malignă la examinarea piesei anatomice.*

### Evoluție

Din momentul internării până în prezent, a fost bună, după nefrectomia unilaterală practică.

În viitor, depinde de menținerea nealterată a funcției RS (care până la momentul descoperirii a susținut întreaga funcție renală). Există riscul grefării ITU, pe rinichiul unic. De aceea vor fi tratate corect și în timp util toate episoadele infecțioase survenite, evitându-se diseminarea hematogenă a germenilor.

Se vor evita substanțele cu potențial toxic renal. De evitat traumatismul pe rinichiul unic funcțional. Copilul nu va practica sporturi agresive, ce îi pot pune în pericol rinichiul unic. Va consuma 2 l lichide/zi, și va păstra un regim proteic în limitele admise pentru vârsta lui. Va evita expunerea la frig și umezeală. Copilul și familia copilului vor fi informați cu privire la modificarea regimului de viață după intervenția chirurgicală.

Se impune controlul funcției renale periodic și ori de câte ori situația o cere (infecții intercurrente, medicamente cu potențial toxic renal). Control imagistic, prin ecografie, periodic.

### Prognostic

- apropiat: bun
- îndepărtat: în funcție de menținerea funcției renale în parametri optimi, printr-o conduită corectă de viață și evitarea factorilor de risc (toxice renale, traumatogeni, infecții etc.)

Un rinichi unic normal indică o durată medie de viață normală.

### Complicații

- care țin de boală: ITU, IRC, HTA, boală calculoasă, riscul traumatismelor
- care țin de bolnav: sunt privite din prisma multiplelor angine acute, știind afinitatea streptococului pentru glomerulul renal (momentan ASLO-negativ, dar în timp va apărea probabil, necesitatea amigdalectomiei)

### Particularitatea cazului

Din punct de vedere pediatric, copil adus pentru o inter-curență; la examenul clinic complet se descoperă afecțiune gravă.

Din punct de vedere urologic s-a intervenit chirurgical pentru RD afuncțional, se descoperă în plus rinichi în pot-coavă, nediagnosticat anteoperator.

Educarea copilului și familiei lui, va adapta copilul la un regim de viață riguros cu un singur rinichi, lipsit de incidente nedorite.

### CAZUL 3

Am examinat pe M.N. femeie, în vârstă de 63 de ani care se prezintă acum 3 zile la camera de gardă a spitalului acuzând dureri precordiale cu caracter de gheară, cu iradiere în membrul superior stâng, dureri epigastrice cu iradiere hipocondrală stângă, transpirații intense, anxietate, greață, senzație de vomă. Măsurarea tensiunii arteriale a relevat valori tensionale mult crescute (200/110 mmHg). Electrocardiograma efectuată nu a arătat modificări patologice de tip ischemic. Diagnosticul la internare este de criză de angor pectoris.

Antecedente heredocolaterale nesemnificative.

Antecedente fiziologice: menarhă la 12 ani, menopauză la 51 ani. Antecedente patologice, HTA E st II, risc înalt cardiovascular, BCI (1999), în tratament cu Tertensif SR 1tb/zi, Diovan 80 mg/zi, Preductal MR 2tb/zi sub controlul anual al cardiologului, ulcer duodenal cu nișă, depistat în 1999; litiază renală 1978; colecistectomie de cauză litiazică 1980.

### Istoricul bolii actuale

Pacienta pensionară este cunoscută cu CICD – angor pectoris din 1999. Crizele au debutat spontan, fără să fie precedate de un efort fizic oarecare sau o stare de excitație psiho-emoțională. Crizele anginoase apar la eforturi din ce în ce mai reduse, pacienta ajungând la incapacitatea de a mai face eforturi medii. Cu o săptămână înaintea internării,

pacienta acuză dureri anginoase nocturne, cauzatoare de insomnie. În ziua internării, criza de angor apare spontan, motiv pentru care pacienta se prezintă la camera de gardă. Aici i se stabilește diagnosticul prezumtiv de angor agravat și pacienta este internată pentru remiterea durerii toracice; diagnostic și tratament de specialitate.

*Examenul clinic arată:* G = 87 kg, BMI = 32

Pacientă ușor anxioasă, țesut celular bine reprezentat, obezitate de tip abdominal, aria matității cardiace mărită, suflul sistolic la focarul mitral și aortic, TA 140-95, AV 85 minut, în clinostatism și 145-95 în ortostatism, varice membrele inferioare, puls periferic palpabil. În rest normal clinic.

*Investigațiile paraclinice efectuate arată:*

- EKG efectuat în criză nu prezintă modificări de tip ischemic. I se mai efectuează un al doilea, la 2 ore după internare, de asemenea fără modificări. A doua zi, ora 16<sup>30</sup>, EKG prezintă unde T negative V<sub>1</sub>-V<sub>4</sub> și prezență de undă U în aceleași derivații, fără alte modificări. Următoarele examene nu mai prezintă modificările respective.

### Analize de laborator

A fost decelată o creștere a valorilor plasmatiche ale enzimelor de citoliză și a glicemiei după cum urmează:

Analiza	I zi	a II-a zi ora 6 <sup>30</sup>	a III-a zi ora 16 <sup>30</sup>		Valori normale
GOT	96	49	36	-	22-7 ui
GPT	58	34	45	-	16-9 ui
CPK	107,5	93	65,3	-	1-16,7 uKot/l
CPK-MB	31,9	45,5	24,7	-	
LDH	186	103	69	-	80-195 mU/ml
Glicemie	127	-	-	95	70-110 mg/dl

De asemenea, a fost detectată o ușoară hipertrigliceridemie serică, pusă probabil pe seama aportului alimentar lipidic crescut, asupra căreia s-a considerat inoportună recurgerea la o medicație hiperlipidiantă.

Echocardiografia cardiacă arată o insuficiență mitrală gradul II și o zonă de hipokinezie septală și apicală la nivelul ventriculului stâng.

Echografia abdominală relevă o microlitiază renală bilaterală.

Examen baritat.

*Timpul 1:* esofag cu mică ampulă epifrenică; stomac cu pliuri ale mucoasei îngroșate, evacuare în limite normale; cadru duodenal normal.

*Timpul 2:* bariul opacifică pereții cecului, colonul ascendent, transvers (mult alungit); tranzit intestinal lent.

*Tratament administrat în criză:*

- Nitroglicerină cp. 0,5 mg, nr. II, sublingual – dispare durerea precordială
- apoi Metoprolol cp. 100 mg, ¼ de cp, intern
- Furosemid fi. 1 g, inj., i.v.
- Axid fi. 4 ml cu 25 mg
- Nizatidină, nr. I, inj. i.v.
- Scobutil fi. 1 ml, nr. I, i.v.
- Papaverină fi. 1 ml sol. 4%, nr. I, inj. i.v.
- Hidroxizin dj. 25 mg, nr. IV, intern
- Izodinit cp. 20 mg, nr. III, intern
- apoi, din ziua a treia, se administrează Nitropector (pentaerithryli tetranitras), cp. 20 mg, nr. III, intern, t.i.d., Clexane fi. 20 mg, nr. II, inj. sc.

Din elementele de anamneză, datele clinice și paraclinice m-am orientat către un diagnostic de boală cardiacă ischemică, (angor agravat), HTA esențială, risc cardiovascular înalt, dislipidemie, obezitate abdominală, microlitiază renală.

Consider că ar fi utile pentru stadializare, evoluția cazului și tratament, efectuarea unei coronarografii, pentru posibilitatea implantării unui stent, de asemenea un TTGO pentru prognostic ulterior.

La externare va primi indicații pentru o dietă hiposodată, hipocalorică, hipoglicemică, evitarea efortului fizic, tratament medicamentos și evaluare periodică prin medicul de familie.

Prognosticul rămâne rezervat în condițiile neglijării tratamentului. Particularitatea cazului constă în incidența crescută a unei astfel de situații: pacientă hipertensivă, obeză, cu tratament neglijat, în postmenopauză se prezintă pentru agravarea afecțiunii ischemice cardiace.

## Concluzii

Primul aspect demn de a fi subliniat este absența modificărilor EKG în timpul crizelor anginoase. Reamintim că modificările EKG apărute pe 31 martie s-au produs în afara crizei anginoase.

În al doilea rând, trebuie remarcată rapida normalizare a enzimelor de citoliză, marcând absența infarctului miocardic.

Luând în considerație medicația administrată, se pot face următoarele precizări:

În tratamentul crizei anginoase s-au folosit cu succes nitrații organici (Nitroglicerină, Isodinit, Metoprololul) pentru remiterea durerii specifice. Avându-se în vedere valorile tensionale extreme, se administrează Metoprolol (beta-blocant), Furosemid (diuretic). Pentru remiterea anxietății și calmarea durerii se recurge la combinația Scobutil, Papaverină, Hidroxizin. Luându-se în considerație antecedentele ulcerose, se administrează Axid. Aspirina este administrată ca anticoagulant.

În urma prăbușirii valorilor tensionale se suprimă Metoprololul și se administrează Hidrocortizonul hemisuccinat perfuzie i.v.

Tratamentul de fond recurge la Nitropector (pentaerithryli tetranitras), antianginos de fond din grupa nitraților organici, Aspirină (acid acetilsalicilic) în doză anticoagulantă, Clexane (heparină cu greutate moleculară mică, nu provoacă creșterea acidității gastrice) cu același efect farmaceutic, Omeran (omeprazol) pentru prevenirea acidității gastrice (a nu se uita antecedentele ulcerose ale pacientei).

Deși medicația utilizată a dus la scăderea frecvenței de apariție și intensității crizelor anginoase, deoarece pacienta continuă să acuze crize anginoase de repaus, s-a luat hotărârea menținerii monitorizării intraspitalicești, precum și efectuarea unei coronarografii, în eventualitatea depistării unei boli coronariene.

## Bibliografie

1. Guide to Clinical Preventive Services
2. Bardella I.J. – Pediatric advances life support – *American Family Psysician*, 1999
3. Bănceanu G. – Ghid de urgențe în obstetrică-ginecologie, Editura Scripta, București, 1998
4. Bănceanu Gabriel – „Obstetrică și ginecologie“, Ed. Medicală, 1995
5. Bocșan Ioan Stelian – „Epidemiologie practică pentru medicii de familie“, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca, 1999
6. *British Medical Journal*
7. Butler Kurt, Razner Lynn – Medicina de familie: ghidul omului sănătos și uneori bolnav, Ed. Nemira, 1996
8. Buzinschi Sorin – „Pediatrie practică pentru medicii de familie“, Ed. Transilvania Expres, 2003
9. Calotă, R. Ghelase R. – Urgențe chirurgicale, Editura Novus, Craiova, 1992
10. Chiotan Mircea, „Boli infecțioase“, Ed. Shik
11. Ciofu Eugen, Ciofu Carmen – „Esențialul în pediatrie“, Ed. Medicală Amaltea, 1999
12. Colecția ghiduri de practică pentru medicii de familie - „Îngrijiri prenatale în sarcina cu risc scăzut. Ghid de practică pentru medicii de familie“. Ed. Informatica, 2005
13. Colegiul medicilor din România – „Legislație medicală“, vol. II, Ed. Infomedica, 1999
14. Collier J.A. – Manual de medicină clinică, Editura Medicală, București, 1997
15. Collier J.A.B., Longmore J.M., Hodgets T.J. – „Manual de medicină clinică“, Ed. Medicală, 1997
16. Dorobanțu, M. Sbenghe, S. – Hipertensiune arterială, Ghid pentru practica medicală, Editura Metroplol, București, 1997

17. Enăchescu Dan, Marcu Gr. Mihai – „Sănătate publică și management sanitar“, Ed. All, 1994
18. Georgescu Adrian – „Compendiu de pediatrie“, Ed. All, 2001
19. Geormăneanu M., Moldovan Z., Puericultură și pediatrie, Editura Didactică, București, 1997
20. Gherasim L., Cinteză M. – Infarctul miocardic acut în Medicina internă – Guyot J.R., Diagnostic des vertiges, Medecine et Hygiene, 1996
21. Institutul de Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Russescu“ – „Protocoale în îngrijirea copilului“, vol 1, 1998
22. Institutul de Sănătate Publică a Municipiului București – „Norme de igienă și sănătate publică pentru colectivitățile de copii și tineri“, 1997
23. Jan Cornelis van Es – „Medicul de familie și pacientul său“, Ed. Libra, 1997
24. Jompan Afilon – Medicina familiei, Ed. Eurostampa, 2001
25. Jompan Afilon – Asistența medicală primară, Medicina de Familie, 2003
26. Răzeșu Virgil – „Chirurgie generală, probe practice pentru examene și concursuri“, Ed. Răzeșu, 1995
27. Restian Adrian – „Bazele medicinei de familie“, Ed. Medicală
28. Restian Adrian – „Patologia informațională“, Ed. Medicală, 1997
29. Restian Adrian, Mateescu Mircea – „Ghid practic de medicina familiei“, Ed. Universitară „Carol Davila“, 1998
30. Schäffler A., Braun J., Renz U. – „Ghid clinic“, Ed. Medicală, 1995
31. Talli Alfred, Cardone Denis, Howarth David, Ibsen Kenneth – „Family Practice Review a Problem Oriented Approach“, fourth edition, Kaplan Medical, 2001
32. Voiculescu Marin – Medicina generală, Ed. Medicală, 1999