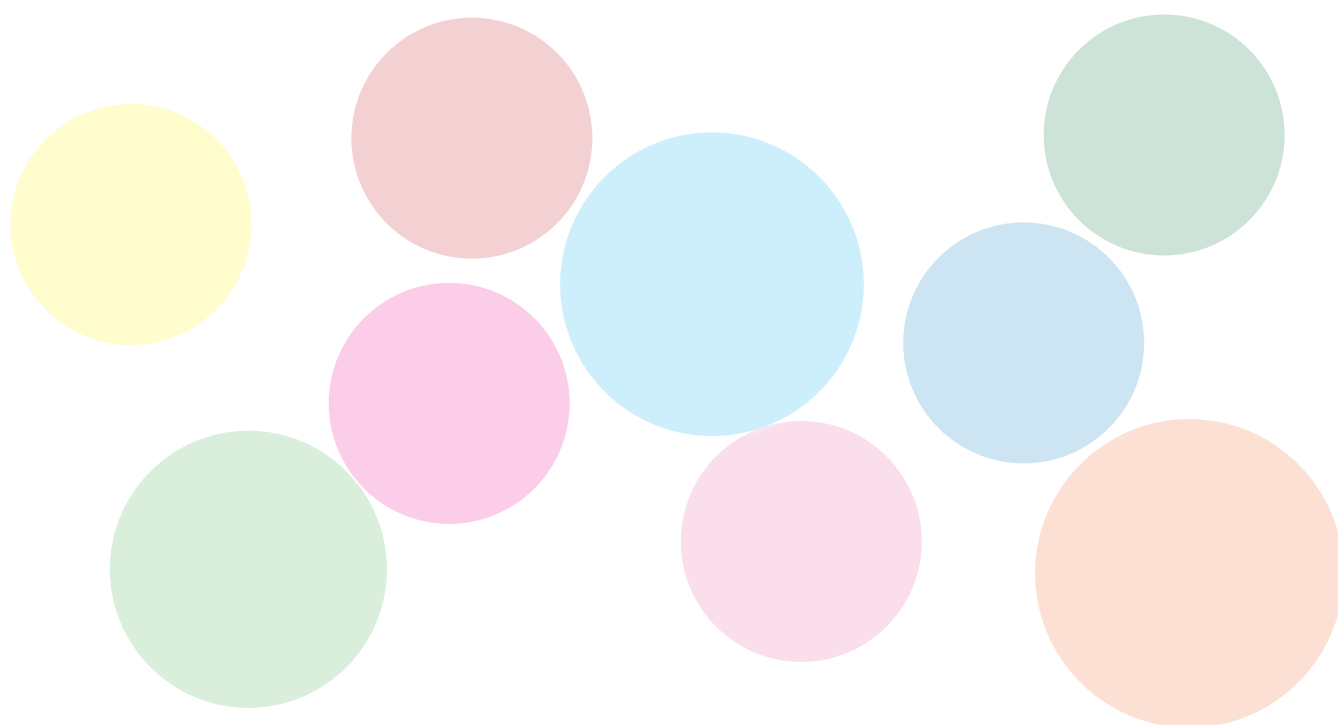


Ghiduri de prevenție în asistența medicală comunitară



Cuprins

❖ Introducere	3
❖ Fumatul	17
❖ Consumul de alcool	37
❖ Nutriția	53
❖ Activitatea fizică	69
❖ Hipertensiunea arterială	85
❖ Diabet	97
❖ Sănătatea orală	113
❖ Prevenirea și managementul plăgilor	141
❖ Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani	173
❖ Sfaturi pentru îmbunătățirea practicii alăptării	221







Sursa foto: Freepik

Introducere

Elaborarea unor ghiduri de prevenție în asistența medicală comunitară constituie o activitate importantă în dezvoltarea unui model de practică pentru profesioniștii din rețea, în special pentru asistenții medicali comunitari. Este pentru prima dată când este abordat acest demers în România, această activitate desfășurându-se în ca-drul proiectului PDP1 **“Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”**, componenta dedicată asistenței medicale comunitare. Proiectul este implementat de Institutul Național de Sănătate Publică în parteneriat cu Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului “Alexandrescu-Rusescu”, Institutul Norvegian de Sănătate Publică, Directoratul Norvegian de Sănătate și Biroul de țară al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru România și se desfășoară în cadrul programului Provoacări Europene de Sănătate Publică operat și cofinanțat de Ministerul Sănătății cu finanțare prin Mecanismul Financiar SEE 2014 – 2021.

Scopul acestei activități este acela de a furniza instrumentele necesare profesioniștilor din asistența medicală comunitară (asistenți medicali comunitari, moașe și mediatore sanitare) pentru realizarea activității lor zilnice pe baza ghidurilor, la un standard de calitate mai înalt.

Ghidul abordează nevoile prioritare de prevenție pentru populația vulnerabilă (copii și adulți) identificate în studii anterioare (1, 2) și prin discuții cu asistente medicale comunitare. Au reieșit următoarele domenii prioritare de intervenție în care se resimte nevoia unor ghiduri de practică în asistența medicală comunitară:

- evaluarea și monitorizarea principalilor factori de risc care țin de stilul de viață, asociați bolilor netransmisibile
- monitorizarea principalelor boli/condiții netransmisibile (hipertensiune arterială, diabet, sănătatea orală, îngrijire picior diabetic/plăgi)
- sănătatea mamei și a copilului (monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani, alăptarea).

METODOLOGIE

Elaborarea unor noi ghiduri de practică și/sau actualizarea unora existente reprezintă un proces care implică multe resurse (umane, financiare și mai ales de timp).

Atunci când se pornește la elaborarea unor ghiduri, este foarte important de stabilit ce tip de ghid se potrivește cel mai bine

scopului propus, deoarece acesta va determina metodele, resursele și intervalul de timp necesare pentru elaborare, finalizare și diseminare. OMS definește în Manualul pentru dezvoltarea ghidurilor (3), 4 tipuri principale de ghiduri și câteva adiționale (Tabelul 1).

Tabel 1 Tipuri de ghiduri și caracteristicile lor

Tipul de ghid	Scop	Gamă	Recomandări noi sau existente	Perioada necesară dezvoltării
Tipuri principale de ghiduri				
<i>Standard</i>	Furnizează recomandări pentru un subiect sau condiție specifice	concentrat sau cuprinzător	De obicei recomandări noi, dar pot conține și recomandări existente dacă acestea au fost evaluate sau actualizate	6 luni până la 2 ani
Consolidat	Agregă ghiduri existente pentru o boală sau condiție	cuprinzător	Recomandări existente care au fost evaluate și actualizate	1-2 ani
<i>Interimar</i>	Furnizează informații despre intervenții noi, expuneri sau boli care apar atunci când există noi dovezi științifice.	concentrat	Recomandări noi	6-9 luni
Ghid produs ca răspuns la o situație de urgență	Răspunde unei situații urgente de sănătate publică	concentrat	De obicei recomandări noi, dar pot conține și recomandări existente dacă acestea au fost evaluate sau actualizate	1-3 luni
Alte tipuri de ghiduri				
Dezvoltat în colaborare cu o organizație externă	Furnizează recomandări pentru un subiect sau condiție specifice atunci când organizația externă are un interes comun	Concentrat sau cuprinzător	De obicei recomandări noi, dar pot conține și recomandări existente dacă acestea au fost evaluate sau actualizate	1-2 ani
<i>Dezvoltat de o organizație externă</i>	Furnizează recomandări pentru un subiect sau condiție specifice atunci când există ghiduri produse de o organizație externă	Concentrat sau cuprinzător	Recomandări existente; pot fi actualizate	1-3 luni
Dezvoltat prin adaptarea unor ghiduri existente	Oferă recomandări specifice contextului local unde vor fi implementate	Concentrat sau cuprinzător	Reflectă conținutul ghidului original	1-4 luni

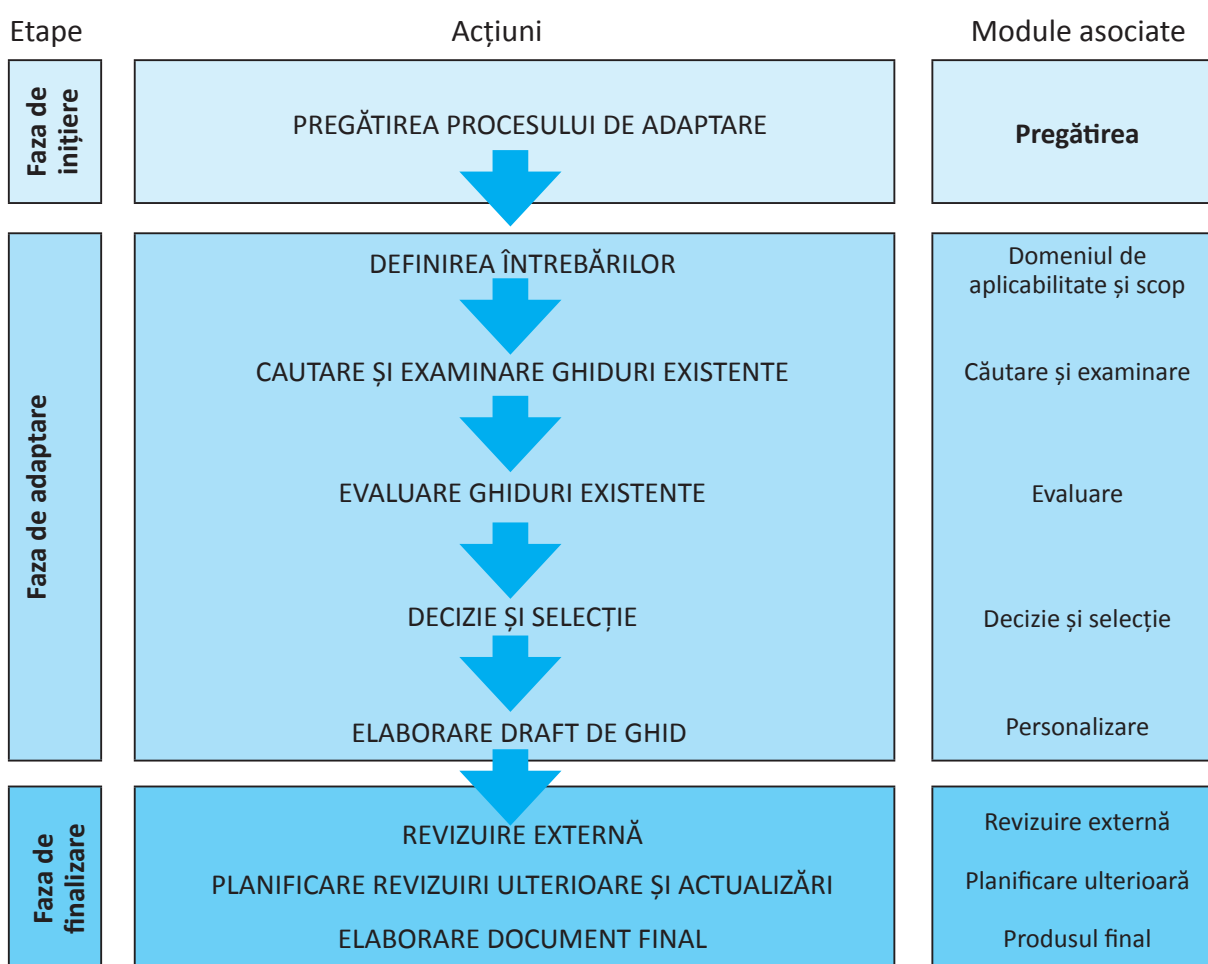
Sursa: adaptat după WHO handbook for guideline development – 2nd ed. (p. 5) (3)

Având în vedere resursele limitate ale proiectului (8 luni și 4 experți externi), a fost clar că era nevoie de adaptarea unor ghiduri deja existente, dezvoltate atât în România cât și în alte țări. Adaptarea permite preluarea și/sau modificarea unor ghiduri produse într-un anumit cadru cultural sau la un alt nivel al asistenței medicale (de exemplu ghiduri produse în alte țări pentru asistentele medicale sau produse în România pentru nivelul medicinei de familie) și adaptate pentru nivelul asistenței medicale comunitare.

Grupul de experți care a colaborat la planificarea și elaborarea ulterioară a prezentelor ghiduri a considerat și agreat că metodologia ADAPTE este soluția cea mai adecvată.

Procedura propusă de grupul *The ADAPTE Collaboration (2009)* definește adaptarea ghidurilor ca fiind o abordare sistematică a analizei utilizării și/sau modificării unuia sau mai multor ghiduri produse într-un mediu cultural și organizațional pentru a fi utilizate într-un context diferit. (4). Procedura ADAPTE Collaboration cuprinde 3 etape (Figura 1)

Figura 1 Sinteza procesului ADAPTE



Sursa: Guideline Adaptation: a Resource Toolkit (p. 8) (4)

FAZA DE ÎNIȚIERE

Pregătirea inițială reprezintă o etapă foarte importantă în procesul adaptării unui ghid și cuprinde o serie de pași necesari în elaborarea ulterioară a unui ghid de calitate. Acești pași sunt:

- Verificarea prealabilă dacă adaptarea este fezabilă (căutarea pe internet a ghidurilor

existente pentru un anumit subiect). În cazul de față s-a elaborat o listă lungă a ghidurilor identificate ca fiind relevante pentru domeniile de interes.

- Constituirea unei echipe multidisciplinare și a unor subgrupuri de lucru cu sarcini în procesul de adaptare și elaborare ghiduri pentru asistența medicală comunitară. Pentru această fază au fost recrutați 4 experți

externi cu experiență în sănătate publică și intervenții preventive, 8 experți din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică și 5 experți internaționali (3 de la Directoratul de Sănătate din Norvegia și 2 de la Organizația Mondială a Sănătății). Acești experți au format subgrupuri de lucru dedicate celor 3 domenii prioritare pentru care s-au propus a fi dezvoltate ghiduri, fiecare dintre ei primind 1-2 subiecte din cadrul celor 3 arii prioritare. Un ghid a fost dezvoltat prin adaptare pentru fiecare subiect.

- Selecția unui subiect pentru fiecare ghid. Subiectele pentru ghiduri au fost selectate pe baza următoarelor criterii: prevalența unei boli/condiții așa cum a reieșit din studii anterioare pe populația vulnerabilă, potențiale variații în practica din teren și posibilitatea îmbunătățirii calității îngrijirilor prin utilizarea unui ghid de practică, existența unor ghiduri de calitate bazate pe dovezi științifice. Pe baza acestor criterii și pe baza unor propuneri venite din partea asistentelor medicale comunitare din cele 7 județe selectate în proiect, au fost alese următoarele subiecte pe fiecare dintre cele 3 domenii prioritare:
 - Evaluarea și monitorizarea principalelor factori de risc care țin de stilul de viață, asociați bolilor netransmisibile
 - Fumat
 - Consum de alcool
 - Alimentație
 - Activitate fizică
 - Monitorizarea principalelor boli/condiții netransmisibile
 - Hipertensiune arterială
 - Diabet
 - Sănătate orală
 - Îngrijire picior diabetic/plăgi
 - Sănătatea mamei și a copilului
 - Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani
 - Promovarea alăptării
- Formularea unui plan de adaptare. În cadrul ședințelor de lucru cu experții implicați în dezvoltarea ghidurilor de practică în asistența medicală comunitară, coordo-

natorul de proiect a prezentat importanța subiectului abordat de fiecare ghid, s-a agreat prin consens adoptarea metodologiei ADAPTE pentru elaborarea ghidurilor deoarece existau ghiduri relevante deja dezvoltate, experții au decis prin consens să găsească cât mai multe ghiduri pentru un subiect, din care să fie alese 3-5 pentru selecția recomandărilor. Au fost elaborate criteriile de selecție a ghidurilor care au fost discutate și agreate prin consens de toți experții. Experții au fost împărțiți în 3 grupuri de lucru subsecvente celor 3 domenii prioritare și fiecare expert a primit 1-2 teme pentru care trebuiau să identifice ghiduri existente, să le analizeze și apoi să selecteze 3-4 ghiduri relevante pe baza scorurilor obținute din criteriile enunțate în Tabelul 2. A fost propus un plan de lucru pentru fiecare grup de lucru, cu obiective și termene de atingere a acestora. Fiecare expert a trebuit să aleagă din ghidurile selectate un număr de recomandări relevante pentru subiectul respectiv și să elaboreze ghidul propriu-zis.

Stabilirea unei echipe de recenzori. În recenzarea ghidurilor dezvoltate au fost implicați membri ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, asistenți medicali comunitari din cele 7 județe implicate în implementarea proiectului PDP1, medici de sănătate publică.

FAZA DE ADAPTARE

Această fază presupune procesul de selecție a unui subiect, identificarea unor întrebări la care trebuie să răspundă ghidul, căutarea și identificarea unor ghiduri relevante, evaluarea calității ghidurilor, actualitatea, conținutul ghidurilor, aplicabilitatea, adaptarea la contextul specific, elaborarea primei forme a ghidului.

- Selecția unui subiect – așa cum s-a menționat anterior, subiectele alese pentru ghidurile prezente răspund unor nevoi resimțite în practica curentă a asistenților medicali comunitari, reprezintă probleme de sănătate identificate la nivel comunitar

Tabel 2 Criterii de selecție a ghidurilor relevante pentru un anumit subiect

Criteriu	Scor		
	mic	moderat	înalt
Relevantă – aplicabilitate în medicina primară	1	2	3
Relevantă – să conțină informații despre intervenții efectuate de către asistentele medicale	1	2	3
Să fie aplicabile în contextul nevoilor de sănătate identificate	1	2	3
Să fie aplicabile în contextul atribuțiilor reglementate pentru asistenții medicali comunitari	1	2	3
Actualitate – să fie elaborat în ultimii 10 ani	1	2	3
Organizația care a dezvoltat ghidul	1	2	3
Ghidul să se bazeze pe evidențe	1	2	3
Sa existe un systematic review al recomandărilor în ultimii 3 ani	1	2	3
SCOR TOTAL	≥ 16 (ca să fie selectat)		

în rândul populației vulnerabile și au ca scop îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală comunitară prin reducerea variabilității serviciilor oferite.

- Formularea întrebărilor la care răspunde ghidul. Au fost agreeate 5 criterii (PIPOH) care ajută procesul de dezvoltare a întrebărilor:

- Populația (Population) țintă și caracteristicile bolii/condiției specifice. În cazul de față populația este cea vulnerabilă (așa cum este definită în legislația în vigoare), adulți și/sau copii. Bolile/condițiile luate în considerare au fost descrise în studii efectuate anterior.

- Intervențiile (Interventions) de interes. Atenția acestor ghiduri este concentrată pe intervențiile preventive și pe monitorizarea bolilor netransmisibile, astfel încât limitele de competență ale asistenților medicali comunitari să nu fie depășite.

- Profesioniștii (Professionals) cărora li se adresează ghidul. În cazul de față, profesioniștii sunt asistenții medicali comunitari.

- Efectele (Outcomes) așteptate, inclusiv efectele asupra pacienților (ex. o mai bună calitate a vieții), asupra sistemului

de sănătate (ex. reducerea variabilității serviciilor oferite) și asupra sănătății publice (ex. reducerea prevalenței unui factor de risc sau a unei boli)

- Nivelul de asistență medicală și contextul (Health care setting and context) unde se va implementa ghidul. În cazul de față, nivelul asistenței medicale comunitare cu respectarea legislației în vigoare.

- Căutarea și identificarea unor ghiduri și altor documentații relevante. Pe baza întrebărilor cheie formulate, s-a dezvoltat o strategie de căutare care a ținut cont de anul publicării ghidului, limba și organizația care l-a dezvoltat (acestea au fost criteriile de includere/excludere). Au fost căutate ghiduri realizate de organizații internaționale cu un statut științific recunoscut (OMS, UNICEF etc.) sau de asociații profesionale ale asistenților medicali (Registered Nurses' Association of Ontario – RAO cu un set impresionant de ghiduri dezvoltate deși pentru asistenți medicali). Căutarea s-a efectuat în principal cu motorul de căutare Google. În plus, experții internaționali implicați au contribuit cu ghiduri dezvoltate în țările/regiunile lor cu ghiduri relevante pentru subiectele propuse (Norvegia, Catalonia, Italia). Nu în ultimul rând,



s-au căutat ghiduri dezvoltate în România (în special cele dezvoltate pentru asistența medicală primară în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România”). În urma procesului de căutare, a fost creată o listă lungă de ghiduri supuse ulterior procesului de analiză. Lista lungă a ghidurilor identificate este prezentată în Anexa 1.

- Analizarea ghidurilor identificate și selecția celor mai adecvate. Din lista lungă de ghiduri obținută în pasul precedent s-au selectat 3-4 ghiduri la fiecare subiect pe baza criteriilor enunțate mai sus. În acest caz nu s-a utilizat instrumentul de evaluare a ghidurilor AGREE (5) deoarece acesta evaluează ghidurile clinice, iar ghidurile prezente sunt ghiduri de prevenție. Având în vedere faptul că în general, pentru toate subiectele enunțate s-au luat în considerare mai multe ghiduri, s-au elaborat tabele de recomandări. De comun acord între toți experții, având în vedere resursele umane limitate și mai ales cele de timp, să se păstreze pentru fiecare recomandare gradările menționate în ghidul original, chiar

dacă tipul gradărilor putea să difere între ghiduri. În general, majoritatea ghidurilor au utilizat sistemul GRADE (6). Au fost și ghiduri care nu au gradat recomandările. Au fost selectate numai ghiduri elaborate în ultimii 10 ani (după 2011). Au fost selectate numai acele recomandări care se potrivește contextului asistenței medicale din România (legislația existentă care stabilește limite de competență și atribuții pentru asistentele medicale comunitare, populația țintă – populația vulnerabilă, compatibilitatea cu mediul cultural în care vor fi implementate intervențiile)

- Elaborarea primei forme a ghidului. Fiecare ghid elaborat s-a bazat pe o structură agreată în cadrul întâlnirilor tehnice inițiale, care a cuprins următoarele capitole:
 - Introducere
 - Glosar de termeni
 - Importanța problemei
 - Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor
 - Sumar recomandări
 - Descriere recomandări și instrumente
 - Monitorizare
 - Bibliografie



FAZA DE FINALIZARE

- Conform metodologiei ADAPTE, această fază presupune obținerea feedbackului de la profesioniștii interesați de ghid (asistenți medicali comunitari). În acest sens, primele drafturi ale ghidurilor au fost trimise coordonatorilor de asistență medicală comunitară din cele 7 județe pilot ale proiectului (Botoșani, Călărași, Dolj, Giurgiu, Gorj, Neamț și Suceava). Aceștia au trimis spre lectură ghidurile asistenților medicali comunitari din județele respective. Li s-a cerut părerea asistenților medicali comunitari asupra următoarelor aspecte:
 - Inteligibilitatea ghidurilor. Sunt ușor de înțeles de către asistenții medicali comunitari și eventual și de mediatorele sanitare
 - Limbajul utilizat este adecvat?
 - Recomandările selectate intră în sfera de competență și atribuțiile asistenților medicali comunitari (conform legislației în vigoare)?
 - Lungimea ghidurilor este adecvată?
 - Ce informații li sesc și ar fi fost utile?
 - Alte observații

- Autorii ghidurilor au luat în considerare toate comentariile și sugestiile venite din partea profesioniștilor implicați și au revizuit forma inițială a ghidurilor.
- Ghidul final va fi scurt și clar, ușor de acceptat de către asistenții medicali comunitari.

CADRUL LEGAL

Cadrul legal care reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară este reprezentat de:

- Ordonanța de urgență a guvernului (OUG) nr.18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea 180/2017 cu modificări și completări ulterioare;
- HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară;
- HG 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările și com-

pletările ulterioare.

Legislația care reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară stabilește ca scop al acesteia diminuarea diferențelor în starea de sănătate la nivelul comunităților și între comunități. Obiectivele specifice ale serviciilor de asistență medicală comunitară sunt: (a) identificarea activă a problemelor medico-sociale ale comunității și ale indivizilor, cu accent pe indivizii și pe familiile vulnerabile; (b) facilitarea accesului, în special a populației vulnerabile, la servicii de sănătate; (c) promovarea unor atitudini și comportamente favorabile unui stil de viață sănătos; și (d) dezvoltarea de programe de sănătate și intervenții adaptate nevoilor comunității.

Principalele atribuții ale asistenților medicali comunitari conform HG 324/2019 sunt:

- realizează catagrafia populației din colectivitatea locală și identifică gospodăriile cu persoanele vulnerabile (cu prioritate copiii, gravidele, lăuzele și femeile de vârstă fertilă);



- participă în comunitățile în care activează la implementarea programelor naționale de sănătate, precum și la implementarea programelor și acțiunilor de sănătate publică județene, adresate cu precădere persoanelor vulnerabile;
- furnizează servicii de sănătate preventive și de promovare a comportamentelor favorabile sănătății copiilor, gravidelor și lăuzelor, cu precădere celor provenind din familii sau grupuri vulnerabile, în limita competențelor profesionale;
- furnizează servicii medicale de profilaxie primară, secundară și terțiară membrilor comunității, în special persoanelor care trăiesc în sărăcie sau excluziune socială;
- informează, educă și conștientizează membrii colectivității locale cu privire la menținerea unui stil de viață sănătos și implementează sesiuni de educație pentru sănătate de grup, sub îndrumarea personalului DSP județene;
- administrează tratamente în limita competențelor profesionale, conform prescripției medicului de familie sau a medicului specialist; țin evidența administrării manevrelor terapeutice;
- anunță imediat medicul de familie sau serviciul județean de ambulanță atunci când identifică în teren un membru al comunității aflat într-o stare medicală de urgență;
- supraveghează în mod activ bolnavii din evidențele speciale - TBC, prematuri, anemici - și participă la administrarea tratamentului strict supravegheat al acestora, în limita competențelor profesionale.

BIBLIOGRAFIE

1. Evaluare de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în 45 de comunități de romi <http://www.reteaua-amc.ro/wp-content/uploads/2015/08/Raport-cercetare-roma-2.pdf>
2. Evaluare de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în populația vulnerabilă <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2020/09/Raport-cercetare-populatii-vulnerabile.pdf>
3. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. <https://www.who.int/publications/item/9789241548960>
4. The ADAPTE Collaboration (2009) <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
5. Appraisal of Guidelines Research & Evaluation – www.agreertrust.org
6. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations - <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2810%2900330-6>

LISTA LUNGĂ A GHIDURILOR IDENTIFICATE documente bibliografice referitoare la asistența medicală comunitară

Nr crt.	Titlu
Factori de risc	
1	Ghid de prevenție – vol. 1 Intervențiile preventive adresate stilului de viață – Alimentația și activitatea fizică (https://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-1-web.pdf)
2.	Ghid de prevenție – vol. 2 Intervențiile preventive adresate stilului de viață – Consumul de alcool și fumatul (https://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-2-web.pdf)
3.	Guies de pràctica clínică - Detecció i tractament del consum del tabac
4.	RNAO Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice 2017 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/integrating-tobacco-interventions-daily-practice)
5.	Pearson. Nutrition and Diet Therapy for Nurses. 2019 (https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134442873.pdf)
6.	New Zealand smoking cessation guidelines. Hayden McRobbie, Chris Bullen, Marewa Glover, Robyn Whittaker, Mark Wallace-Bell, Trish Fraser
7.	Toscana. Interventi di contrasto al tabagismo in Toscana. 2014
8.	Healthy Australia. Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. 2019 (https://www.racgp.org.au/getattachment/00185c4e-441b-45a6-88d1-8f05c-71843cd/Supporting-smoking-cessation-A-guide-for-health-professionals.aspx)
9	WHO. PREVENTION AND CESSATION OF TOBACCO USE. A MANUAL FOR CLINIC AND COMMUNITY BASED INTERVENTIONS. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205640/B3767.pdf?sequence=1)
10	EUPAP. Recomandări de activitate fizică, specifice anumitor diagnostice (https://dspbv.ro/pdf/prosan/Recomand%C4%83ri-de-activitate-fizic%C4%83.pdf)
11	WHO. Alcohol brief intervention training manual for primary care. 2017 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf)
12	Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol. 2020 (file: ///C:/Users/AdrianaG/Downloads/Australian%20guidelines%20to%20reduce%20health%20risks%20from%20drinking%20alcohol.pdf)
13	Alcohol Screening and Brief Intervention: A Clinical Solution to a Vital Public Health Issue (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501909/pdf/nihms-700585.pdf)
14	RACGP. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice, 2nd edition. 2015 (https://www.racgp.org.au/getattachment/bb78b780-1c37-498a-8ba3-b24a1a4288d9/Smoking-nutrition-alcohol-physical-activity-SNAP.aspx)
15	University of Exter, UK. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14150)

Nr crt.	Titlu
16	Ghid UNICEF – Asistenții medicali comunitari trebuie să rămână sănătoși pentru a-i sprijini pe cei vulnerabili
Monitorizare boli netransmisibile	
17	Guies de pràctica clínica - Abordatge de la diabetis mellitus tipus 2 (http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/GuiaDiabetis2015.pdf)
18	Guies de pràctica clínica - Hipertensió arterial (http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/hipertensio arterial .2015.pdf)
19	RNAO. Nursing Management of Hypertension. 2020 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension)
20	Compendiu de ghiduri ESC prescurtate 2019 (https://www.cardioportal.ro/wp-content/uploads/2020/05/comp-ESC-2019_low-res.pdf)
21	ESC. Ghidul de diabet, pre-diabet, și boli cardiovasculare. 2019 (https://www.romani-anjournalcardiology.ro/wp-content/uploads/2020/04/ghid.pdf)
22	Type 2 diabetes prevention: population and communitylevel interventions https://www.nice.org.uk/guidance/ph35/resources/type-2-diabetes-prevention-population-and-communitylevel-interventions-pdf-1996299153349
23	NICE. Type 2 diabetes prevention: population and community-level interventions. 2011 (https://www.nice.org.uk/guidance/ph35/resources/type-2-diabetes-prevention-population-and-communitylevel-interventions-pdf-1996299153349)
24	HAS-Sante. GUIDE PARCOURS DE SOINS Diabète de type 2 de l'adulte. 2014 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf)
25	HAS-Sante. MÉTHODE D'ÉLABORATION D'UNE DÉMARCHE DE SOINS TYPE À DOMICILE POUR UNE POPULATION DÉFINIE DE PERSONNES EN SITUATION DE DÉPENDANCE, 2004 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/DSI_Guide_methodeologique.pdf)
26	Ministere de la Sante et de la Services Sociaux. Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire. 2019 (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-11W.pdf)
27	CHU de Quebec-Universite Laval. Enseignement prioritaire pour le patient diabétique. 2019 (https://www.chudequebec.ca/getmedia/4d28ff3e-6ef1-4d5c-bfc7-7dda-f15dfada/eepd_2019.aspx-canada)
28	RNAO Stroke Assessment Across the Continuum of Care https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Stroke_with_merged_supplement_sticker_2012.pdf
29	Norway National guidelines for Oral Health in adults over 20
30	Norway National guidelines for Oral Health in children 0 - 20
31	RNAO Reducing Foot Complications for People with Diabetes. 2004 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/reducing-foot-complications-people-diabetes)
32	RNAO Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes, Second Edition 2013 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-foot-ulcers-people-diabetes-second-edition)

Nr crt.	Titlu
34	RNAO Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team, Third Edition. 2016 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/pressure-injuries)
35	Standard Italian pentru tratamentul diabetului zaharat. 2018
36	Automonitorizarea glicemiei în diabetul zaharat în Italia. 2014
37	RNAO Oral Health: Supporting Adults Who Require Assistance, Second Edition. 2020 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition)
38	WHO. WHO Hearts. Technical package for cardiovascular diseases management in primary health care. Healthy life-style counselling. 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252661/9789241511377-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
39	Consiglio Sanitario Regionale Toscana. Linea guida Ipertensione arteriosa 2014
40	RNAO. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. 2010
41	School HSE National Wound Management Guidelines 2018 HSE National Wound Management Guidelines 2018 https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/hse-national-wound-management-guidelines-2018.pdf
42	Best practice recommendations for The Prevention and Management of Wounds / 2018 Canadian Association of Wound Care https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/165-wc-bpr-prevention-and-management-of-wounds/file
43	GUIDELINES FOR THE ASSESSMENT & MANAGEMENT OF WOUNDS/ Version 2 (Guidelines for the Assessment & Management of Wounds (rev. 02/2020) CLPg005) https://static.s123-cdn.com/uploads/3851963/normal_5f2c2d43553b6.pdf
44	Major Recommendations for the International Consolidated Wound Infection Guideline (ICWIG), 2018 https://s3.amazonaws.com/aawc-new/pdf/ICWIGRecommendations-Feb.20.2018.pdf
45	Exploring the concept of a team approach to wound care MANAGING WOUNDS CARE AS A TEAM A joint position document AAWC_AWMA_EWMA_ManagingWoundAsATeam / Australian Wound care Association https://ewma.conference2web.com/#resources/215689
46	IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot – 2017 A guide for healthcare professionals https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html
47	IWGDF-Guidelines-2019 https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019.pdf https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019.pdf
48	Association for the Advancement of Wound Care Guideline of Pressure Ulcer Guidelines https://s3.amazonaws.com/aawc-new/memberclicks/AAWCPressureUlcerGuideline-ofGuidelinesAug11.pdf

Nr crt.	Titlu
49	Pressure ulcers: prevention and management https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749_
50	WC BPR - Prevention and Management of Venous Leg Ulcers 1874r3E final https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1521-wc-bpr-prevention-and-management-of-venous-leg-ulcers-1874e-final/file
51	International Consolidated Venous Ulcer Guideline (ICVUG) 2015 (Update of AAWC Venous Ulcer Guideline, 2005 and 2010) https://aawconline.memberclicks.net/assets/appendix%20c%20guideline%20ic-vug-textformatrecommendations-final%20v42%20changessaved18aug17.pdf
52	CONSENSUS RECOMMENDATIONS Recommendations from an expert working group (Simplifying Venous Leg Ulcers Management) www.woundsinternational.com https://www.3mlearning.co.uk/media/1072/3m_14_4_consensus_web.pdf
53	Health Problems nursing interventions guide. Castelldefels Agents de Salut (CASAP). 2012
54	Ghid de prevenție – vol. 3 Intervențiile preventive adresate riscurilor prioritare la adult și copil
Sănătatea mamei și a copilului	
55	Ghid de prevenție – vol. 4 Consultația preventivă integrată la copil și adult
56	Norway National guideline for health promotion and preventive work in the child and youth health centres and school health service, 0 – 20 years
57	RNAO Primary Prevention of Childhood Obesity https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Childhood_obesity_FINAL_19.12.2014.pdf
58	Norway National guidelines for Oral Health in children under 20
59	Guia-Intervencions-Infermeria-Infants-CASAP-2014-esp-def.pdf
60	Alimentatia nou-nascutului la termen sanatos (http://old.ms.ro/documente/02%20alimentatia%20nou%20nascutului%20la%20termen%20sanatos_9180_7481.pdf)
61	RNAO Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding in Newborns, Infants and Young Children. 2018 (https://rnao.ca/bpg/guidelines/breastfeeding-promoting-and-supporting-initiation-exclusivity-and-continuation-breast)
62	WHO. Essential nutrition actions. Mainstreaming nutrition through the life-course. 2019 (file:///C:/Users/AdrianaG/Downloads/9789241515856-eng.pdf)
63	WHO. Essential nutrition actions: Essential nutrition actions. 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/84409)
64	CDC. CDC's Developmental Milestones 2021 (https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html)
65	CDC. Important Milestones: Your Baby By Two Months . 2021 (https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2mo.html)
66	CDC. Your Baby at 2 Months (https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/CDC_-LTSAE-Checklists-with-Tips-2month-P.pdf)

Nr crt.	Titlu
67	WHO. Monitoring children's development in primary care services. 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240012479)
68	The whole child. Normal Development Stages Ages 0-5. 2018 (https://www.thewholechild.org/parent-resources/age-0-5/normal-development-stages-ages-0-5/)
69	Sydney Kimmel Medical College. Physical Growth of Infants and Children. 2021 (https://www.msmanuals.com/home/children-s-health-issues/growth-and-development/physical-growth-of-infants-and-children)
70	BMC Pediatrics. Physical growth: is it a good indicator of development in early childhood in low- and middle-income countries? 2019 (https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1654-9)
71	Salvați copiii. GHID DE CREȘTERE ȘI DEZVOLTARE A COPILULUI – 0-5 ANI. 2011 (https://www.academia.edu/36705519/GHID_DE_CREȘTERE_ȘI_DEZVOLTARE_A_COPILULUI_0_5_ANI)
72	UNICEF. Cunostinte, atitudini si practici parentale in Romania 2005 https://www.unicef.org/RAPORT_practici_parentale.pdf
73	UNICEF. Repere fundamentale în învățarea și dezvoltarea timpurie a copilului de la naștere la 7 ani. 2010 (https://www.edums.ro/invpresc/studiu_repere-fundamentale.pdf)
74	UNICEF/WHO. Care for child development Tehnical Note. 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75149/9789241548403_eng_Technical_Note.pdf;sequence=21)
75	UNICEF. Developmental Monitoring and scening Module 13 (https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/cross%20sectoral/Resource%20Modules%20for%20Home%20Visitors%20Module%2013.web_.pdf)
76	Contraception Guide. 2018 (https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/11/Contraception-guide-March-2018.pdf)
77	WHO. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. 2018 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf
78	WHO. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009 https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494.pdf
79	WHO. Global strategy for infant and young child feeding. 2003 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=E2C-C8700082DF137F17921C579CE9608?sequence=1
Ghiduri generale	
80	WHO Handbook Guideline Development. 2012 https://www.who.int/publications/i/item/9789241548960
81	The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guide Line Adaptation. Version 2.0 https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf



Fumatul



Mihaela Lazăr



Sursa foto: Freepik

Introducere

Consumul de tutun (mestecat sau fumat), practicat inițial pe teritoriul Americii de Nord cu ocazia ceremoniilor religioase și culturale, se cunoaște de peste 2000 de ani.

În prima jumătate a secolului XVI (anii 1500), planta de tutun începe să se cultive în Europa, iar în anii 1600-1700 culturile de tutun și fumatul se răspândesc peste tot în Europa, industria tutunului cunoaște o dezvoltare importantă și tot din această perioadă există primele dovezi ale impactului negativ al fumatului asupra sănătății populației (1).

În prezent este cunoscut faptul că peste 8 milioane de oameni mor în fiecare an, la nivel global, datorită consumului de tutun. Dintre aceștia, peste 7 milioane mor datorită fumatului activ, iar aproximativ 1,2 milioane de persoane nefumătoare mor datorită fumatului pasiv (2).

Un studiu global care a analizat consumul de tutun de către persoanele în vârstă de peste 15 ani a arătat că în România, în anul 2018, 5,63 de milioane (30,7%) dintre adulții cu vârsta de minimum 15 ani au consumat curent (zilnic sau aproape zilnic) tutun sub orice

formă. Dintre aceștia, majoritatea (71,5%) fumează în primele 30 de minute de la trezire și cel mai mult se consumă tutun sub formă de țigarete. Se fumează în medie 16,5 țigări pe zi, iar mai mult de patru din zece români în vârstă de cel puțin 15 ani au fumat 20 sau mai multe țigări pe zi. O treime dintre fumătorii români (33,5%) au fost adulți tineri, din grupa de vârstă 15-24 de ani (3).

Consumul de tutun reprezintă cel mai mare risc pentru sănătate care poate fi evitat (4) și, deși la nivel global, european și național au fost implementate măsuri concrete de reducere și prevenire a consumului de tutun, sunt necesare în continuare acțiuni susținute de combatere a acestui flagel.

Alături de medici, de asistenții medicali din unitățile sanitare, profesori și educatori, angajatori, organizații non-guvernamentale, asistenții medicali comunitari au un rol important în lupta împotriva fumatului, prin informarea, educarea, conștientizarea membrilor comunității locale cu privire la efectele nocive ale consumului de tutun pentru sănătate.

Glosar de termeni

Nefumătorul este o persoană care nu a fumat mai mult de 100 de țigări în viața sa (sau 100g de tutun, în cazul pipelor, trabucurilor sau al altor produse pe bază de tutun).

Fumator este o persoana care fumează orice produs de tutun, zilnic sau ocazional

Fumătorul curent este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni.

Fumătorul ocazional este o persoană care a fumat, dar nu zilnic.

Fostul fumător este o persoană care a renunțat la fumat de cel puțin șase luni.

Nicotina este o substanță, ca un drog, care se regăsește în tutun, capabil să inducă o puternică dependență persoanelor consumă produse din tutun.

Importanța problemei

La nivel mondial, consumul de tutun reprezintă una dintre cele mai mari amenințări la adresa sănătății publice, omorând peste 8 milioane de persoane pe an. Nicotina din tutun creează dependență, iar consumul de tutun este un factor major de risc pentru afecțiuni respiratorii și cardiovasculare, poate produce peste 20 de tipuri diferite de cancer, precum și alte probleme severe de sănătate (4, 5).

Tutunul poate fi mortal și pentru nefumători. Expunerea pasivă la fumul de tutun, fumatul pasiv, este implicat în producerea

multor probleme de sănătate, fiind responsabil de 1,2 milioane de decese anual. La nivel mondial, aproape jumătate dintre copii respiră aer poluat de fumul de tutun, iar 65.000 copii mor în fiecare an datorită unor afecțiuni produse de fumatul pasiv. De asemenea, fumatul în timpul sarcinii poate produce copilului multe probleme de sănătate pe termen lung (4).

Tutunul este singurul produs consumat legal care poate ucide până la jumătate dintre cei care îl folosesc ca atare (2, 6).

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

IMPACT - Consumul de tutun, activ și pasiv, afectează aproape toate organele și sistemele corpului uman, producând boli și dizabilități multiple (Fig. 1), atât la adulți, cât și la copii (5):

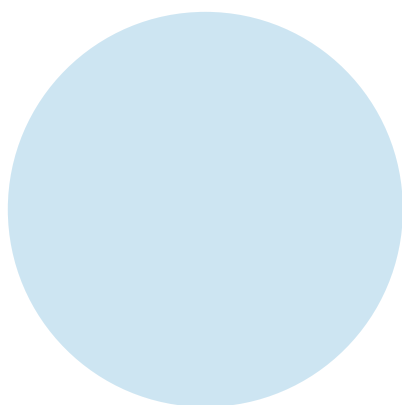
În plus, fumatul poate produce avort spontan la femeia însărcinată și moartea subită a nou-născutului.

1. Ochi	Lăcrimare excesivă, cataractă, orbire
2. Creier și psihic	Accident vascular cerebral Dependență Anxietate
3. Păr	Miros neplăcut și decolorare

4. Nas	Cancer la nivelul cavităților nazale și sinusurilor paranazale Rinite și sinuzite cronice Afectarea mirosului
5. Dinți	Decolorarea dinților, carii dentare, pierderea dinților, boli ale gingiilor etc.
6. Gura și gâtul	Cancer la nivelul buzelor, gurii, gâtului, laringelui și faringelui Afectarea gustului Respirație urât mirositoare
7. Urechi	Infecții, pierderea auzului
8. Plămâni	Cancer Bronhopneumopatie obstructivă cronică Bronșite cronice, infecții respiratorii (pneumonii, tuberculoza) Scurtarea respirației, producție excesivă de spută etc.
9. Inimă	Infarct miocardic Ateroscleroză
10. Torace și abdomen	Cancer esofagian Cancer pancreatic, gastric, de colon Ulcer esofagian, gastric, duodenal Poate crește riscul de cancer de sân
11. Ficat	Cancer hepatic
12. Sistemul reproducător masculin	Infertilitate Impotență Cancer la prostată
13. Sistemul reproducător feminin	Cancer de col uterin Cancer ovarian Menopauză timpurie Reducerea fertilității Menstruații dureroase
14. Sistem urinar	Cancer de vezică urinară Cancer de rinichi
15. Mâini	Circulație sanguină deficitară (mâini reci) Afecțiuni vasculare periferice
16. Piele	Psoriazis Apariția prematură a ridurilor Îmbătrânire precoce
17. Sistemul scheletic	Osteoporoză Fractură de șold Cancer la nivelul măduvei osoase Poliartrită reumatoidă
18. Răni și intervenții chirurgicale	Rănila se vindecă mai greu Recuperarea după intervenții chirurgicale se realizează mai greu și incomplet Se pot produce arsuri de la țigarete

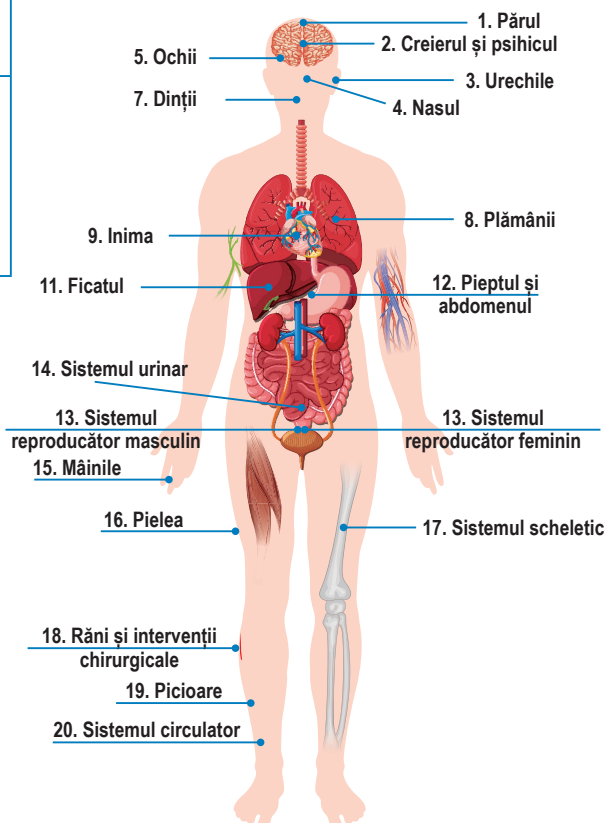
19. Picioare	Boli venoase periferice Picioare reci Durere la nivelul picioarelor Gangrenă
20. Sistemul circulator	Leucemie acută mieloidă Afectarea sistemului imun cu scăderea rezistenței la infecții, creșterea riscului de alergii.

În plus, fumatul poate produce avort spontan la femeia însărcinată și moartea subită a nou-născutului.



IMPACTUL CONSUMULUI DE TUTUN

Consumul de tutun afectează aproape toate organele și sistemele corpului uman, producând boli și dizabilități la nivelul acestora



Eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Există dovezi puternice care arată că intervențiile realizate pentru reducerea consumului de tutun contribuie la creșterea calității vieții celor care renunță la fumat sau reduc consumul de tutun, dar și la reducerea costurilor asistenței medicale (5).

Cu toate acestea, sunt necesare mai mul-

te intervenții care să se adreseze fumătorilor, care să includă consiliere, suport, tratament medicamentos. Intervențiile scurte cu fumătorii pot determina renunțarea la fumat sau reducerea consumului, contribuind astfel la prevenirea îmbolnăvirilor și a decesului prematur (5)

BENEFICIILE RENUNȚĂRII LA FUMAT (5)

În primele 20 de minute de la ultima țigară	La 1 an de la renunțarea la fumat
Tensiunea arterială se poate normaliza	Riscul de infarct miocardic se reduce la jumătate. După 15 ani riscul este similar cu al unei persoane care nu a fumat niciodată.
Pulsul se poate normaliza	La 2 ani
Temperatura mâinilor și picioarelor poate crește la normal	Se reduce riscul de cancer de col uterin
La 8 ore	Se reduce la jumătate riscul de cancer de vezică urinară

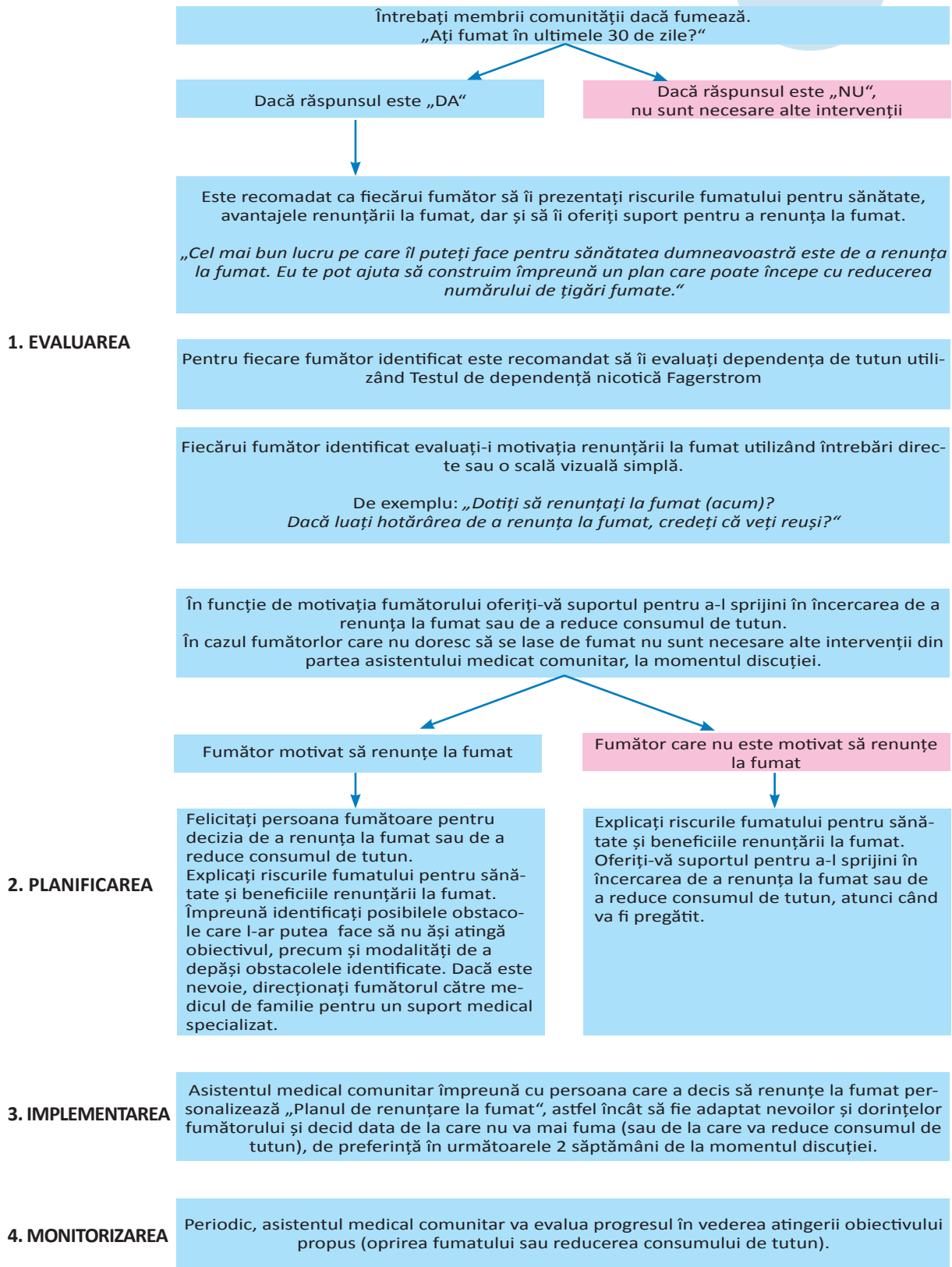
Scade concentrația de monoxid de carbon din sânge	La 5 ani
Crește nivelul de oxigen din sânge	Scade riscul de cancer pulmonar
În 24 ore	După 5-15 ani de la renunțarea la fumat, riscul de accident vascular cerebral ajunge la același nivel ca în cazul unei persoane care nu a fumat niciodată.
Se poate reduce riscul de infarct miocardic	Peste 10 ani
În 48 ore	Scade riscul de producere a cancerelor de gură, laringe, esofag, rinichi, pancreas
Se îmbunătățesc mirosul și gustul	Scade riscul de deces datorat bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC)
În 72 ore	
Se îmbunătățește respirația	
Crește capacitatea pulmonară	
2 săptămâni – 3 luni	
Se îmbunătățește circulația	
Mersul pe jos devine mai ușor	
Funcționarea plămânilor poate crește până la 20%	
1 luna pâna la 9 luni	
Tusea, oboseala, dificultățile respiratorii pot dispărea	

Recomandări

RECOMANDAREA		NIVEL DE EVIDENȚĂ
I. Evaluarea	Recomandarea 1 Utilizați intervenții scurte pentru a evalua persoanele pentru toate formele de consum de tutun.	Ia, Ib
II. Planificarea	Recomandarea 2 Dezvoltați un plan de intervenție personalizat fiecărui fumător, împreună cu acesta.	V
III. Implementarea	Recomandarea 3 Furnizați fumătorului intervenția potrivită dacă acesta își exprimă interesul de a reduce sau opri consumul de tutun.	Ia, V
IV. Monitorizarea	Recomandarea 4 Evaluati eficacitatea planului de intervenție până când obiectivul este atins.	V

Adaptat după Best Practice Guideline Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice— Third Edition
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017 (5)

Descriere recomandări



Adaptat după Best Practice Guideline Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice— Third Edition Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017 (5)

RECOMANDAREA 1

Utilizați intervenții scurte pentru a evalua persoanele pentru toate formele de consum de tutun.

1.1 Evaluarea statusului fumatului

Se recomandă asistenților medicali comunitari să evalueze corect consumul actual și anterior de tutun al persoanelor din comunitate. Există câteva întrebări standard considerate utile în evaluarea statusului de fumător și anume:

- Ați fumat vreodată țigări sau ați folosit alte produse din tutun (pipă, trabuc etc)?

Pentru fumătorii curenți:

- Câte țigări (sau alte produse din tutun: pipă, trabuc etc) obișnuiți să fumați pe zi?

- De câți ani fumați?

- Câte țigări ați fumat în viața dumneavoastră? Mai mult sau mai puțin de 100?

- Fumați zilnic / în anumite zile / în anumite situații? Care situații?

Pentru foștii fumători:

1.2 Evaluarea dependenței de tutun

Pentru a se evalua dependența de tutun se utilizează un test (numit Testul de dependență nicotinică Fagerstrom), care oferă răspunsuri de tip DA sau NU și un scor final, care clasifică fumătorii ca având un nivel de dependență de nicotină redus, mediu sau ridicat. Cu cât acest scor este mai mare, cu atât este mai mare dependența nicotinică a unui fumător (6).

Testul de dependență nicotinică Fagerstrom

1. La cât timp după ce vă treziți fumați prima țigară?

- Mai puțin de 5 minute - 3 puncte
- 6-30 minute - 2 puncte
- 31-60 minute - 1 punct

- De câți ani / de câte luni ați renunțat la fumat?

În funcție de răspunsul la întrebările de mai sus se stabilește statusul fumatului:

- nefumător,
- fumător ocazional,
- fumător curent,
- fost fumător.

Pentru a evalua statusul fumatului, asistentul medical comunitar poate utiliza Formularul de Evaluare a statusului fumatului, prezentat în Anexa 1. Este recomandat ca Formularul de Evaluare a statusului fumatului, completat pentru fiecare persoană chestionată, să fie păstrat la dosarul clientului.

În cazul fumătorilor se trece la etapa următoare, de evaluare a dependenței de tutun, respectiv a motivației de a renunța la consumul de tutun.

- Peste 60 minute - 0 puncte

2. Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. biserică, cinematograful, tren etc.)?

- Da - 1 puncte
- Nu - 0 puncte

3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?

- La prima țigară de dimineață - 1 punct
- La toate celelalte - 0 puncte

4. Câte țigări/zi fumați?

- 10 sau mai puține - 0 puncte
- 11-20 - 1 punct
- 21-30 - 2 puncte
- 31 sau mai multe - 3 puncte

5. Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?

- Da - 1 punct
- Nu - 0 puncte

6. Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?

- Da - 1 punct
- Nu - 0 puncte

Prin adunarea punctelor corespunzătoare fiecărei întrebări se obține scorul total, care are între 0 și 10 puncte. Acest lucru permite evaluarea precisă a dependenței de nicotină, pe baza căreia se va elabora planul de intervenție:

scor 0 – 3 puncte: lipsa dependenței sau dependență ușoară

scor 4 – 6 puncte: dependență medie
scor 7 – 10 puncte: dependență severă.

Pentru a evalua dependența de tutun, asistentul medical comunitar poate utiliza Formularul de Evaluare a dependenței de tutun, prezentat în Anexa 2. Este recomandat ca Formularul de Evaluare a dependenței de tutun, completat pentru fiecare persoană chestionată, să fie păstrat la dosarul clientului.

1.3 Motivația renunțării la fumat

Se recomandă determinarea motivației unui fumător pentru renunțarea la fumat într-un interval de timp determinat (în următoarea lună/ 6 luni/1 an) (7).

Pentru a determina dacă un fumător este motivat sau nu să renunțe la fumat, se pot folosi întrebări directe:

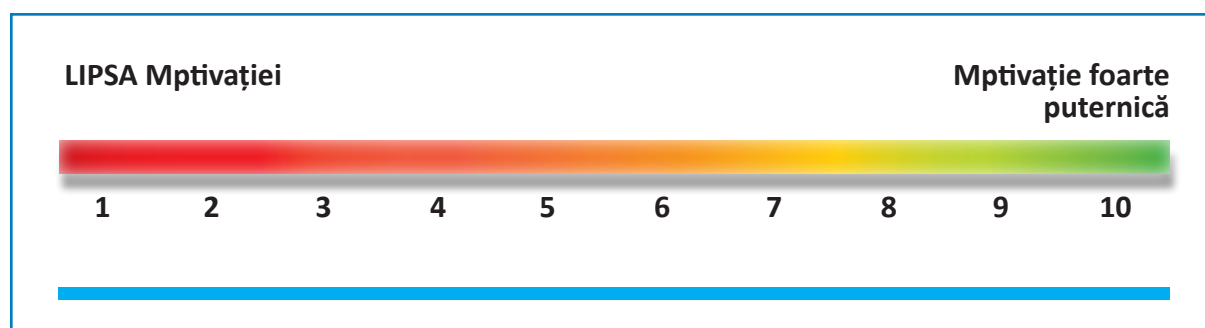
- Doriți să renunțați la fumat (acum)?
- Dacă luați hotărârea de a renunța la fumat, credeți că veți reuși?
- Ce motive aveți pentru a renunța la fumat?

De asemenea, pentru evaluarea motivației de a renunța la fumat se poate folosi o scală vizuală simplă, la îndemâna oricui, numerotată de la 1 la 10, în care 1 = lipsa motivației, iar 10 = motivație puternică (7).

- Cât de importantă este pentru dumneavoastră renunțarea la fumat? (7).

În funcție de răspuns, fumătorul va fi clasificat astfel:

- consumator de tutun care nu dorește să renunțe („nepregătit”);
- consumator de tutun indecis referitor la oprirea consumului („indecis”);
- consumator de tutun care dorește să renunțe („pregătit”);
- consumator de tutun care a renunțat, dar a reluat ulterior consumul („recidivă”) (8).



Se recomandă ca asistenții medicali comunitari să evalueze statusul fumatului la femeile însărcinate din comunitate și să ofere sfaturi pentru renunțarea la fumat tuturor gravidelor care sunt fumătoare. Este vital pentru o mamă să renunțe la fumat cât de precoce posibil în cursul sarcinii și să mențină abstenența, mai ales după primul trimestru, dat fiind că cele mai importante efecte adverse ale fumatului se instalează în semestrele doi și trei de sarcină (6.)

Pentru a evalua motivația de a renunța la consumul de tutun, asistentul medical comunitar poate utiliza Formularul de Evaluare a motivației de renunțarea la fumat, prezentat în Anexa 3. Este recomandat ca Formularul de Evaluare a motivației de renunțarea la fumat, completat pentru fiecare persoană chestionată, să fie păstrat la dosarul clientului.

Planificarea

RECOMANDAREA 2

Dezvoltați un plan de intervenție personalizat fiecărui fumător, împreună cu acesta

Pentru fiecare fumător identificat în comunitate, indiferent dacă este sau nu motivat să renunțe la fumat, asistentul medical comunitar va oferi informații despre impactul negativ pentru sănătate al consumului de tutun și al fumatului pasiv, dar va prezenta și beneficiile renunțării la fumat (vezi capitolele 3 și 4).

Sfatul clar și concis privind renunțarea la fumat, oferit de asistentul medical comunitar, precum și oferirea sprijinului pentru renunțarea la fumat, poate crește considerabil motivația unui fumător de a renunța la consumul de tutun (7).

Pentru fumătorii evaluați ca fiind motivați să renunțe la fumat (consumator de tutun pregătit sau cu scor peste 8 pe scala mo-

tivației – vezi Recomandarea 1, punctul 1.3, Motivația renunțării la fumat), se va realiza un plan de intervenție pentru renunțarea la fumat (numit “Plan de renunțare la fumat” – **Anexa 4a și b**) care va include:

- motivele pentru care fumătorul hotărăște să renunțe la consumul de tutun,
- obiectivul acțiunii de renunțare la fumat (de ex. renunțarea la fumat sau reducerea treptată a consumului de tutun) și data limită de atingere a acestui obiectiv,
- identificarea barierelor care l-ar putea împiedica să nu renunțe la fumat (sau să reducă consumul de tutun),
- modalități de depășire a factorilor care împiedică fumătorul să renunțe la consumul de tutun,
- evaluarea permanentă a progresului până la atingerea obiectivului propus.

Implementarea

RECOMANDAREA 3

Furnizați fumătorului intervenția potrivită dacă acesta își exprimă interesul de a reduce sau opri consumul de tutun.

Împreună cu fiecare fumător motivat să renunțe la fumat sau să reducă consumul de tutun, asistentul medical comunitar va stabili acțiuni concrete, astfel:

❖ Îl ajută pe fumător să își personalizeze „Plan de renunțare la fumat”, care va include:

- Stabilirea unei zile din care nu mai fumează, de preferat în decursul următoarelor 2 săptămâni;
- Va comunica anturajului decizia de a opri fumatul și va solicita suport;
- Va anticipa provocările/problemele care ar putea fi cauzate de încetarea fumatului;

• Va îndepărta orice produs din tutun din casă, mașină, loc de muncă și va transforma locuința în „Casă fără tutun” (8).

❖ De asemenea, asistentul medical comunitar va oferi fumătorului suport pe tot parcursul procesului de renunțare, constând în:

- încurajări cu privire la reușita procesului de renunțare;
- atitudine empatică față de fumător;
- încurajarea fumătorului de a discuta despre procesul de renunțare și, mai ales, despre efectele benefice resimțite după oprirea fumatului (8).

Dacă fumătorul nu este pregătit să renunțe la consumul de tutun, asistentul medical comunitar poate să aibă în vedere următoarele:

- să discute despre beneficiile renunțării la fumat și riscurile fumatului;

- să îi recomande să nu îi expună pe cei din jur la fum de tutun (fumat pasiv);
- să îl informeze că îl poate ajuta atunci când se va simți pregătit.

În cazul femeilor însărcinate asistentul medical comunitar va furniza acestora informații care vor cuprinde:

- elemente despre riscurile pe care le are fumatul activ și pasiv pentru făt și evoluția sarcinii;
- recomandarea de oprire completă a fumatului, nu de reducere, deoarece prin

reducerea numărului de țigarete fumate se modifică comportamentul de a fuma (se inhalează de mai multe ori, mai adânc sau mai mult timp dintr-o țigară) pentru a se asigura aceeași cantitate de nicotină, deci efectul nociv al fumatului se menține (8).

Pentru a veni în sprijinul asistentului medical comunitar, prezentul Ghid include o listă de verificare cu activitățile pe care trebuie să le realizeze asistentul medical comunitar (Anexa 4c).

Monitorizarea

RECOMANDAREA 4

Evaluati eficacitatea planului de intervenție până când obiectivul este atins.

Asistentul medical comunitar va discuta cu persoana care dorește să renunțe la fumat necesitatea urmării progresului realizat și vor planifica împreună întâlnirile de monitorizare (fie personale, fie la telefon). Se recomandă ca prima vizită de monitorizare să fie în prima săptămână de abținere, iar următoarea în prima lună. Următoarele vizite pot fi la interval de o lună.

De fiecare dată se va evalua eficacitatea planului stabilit:

- în cazul persoanelor care respectă planul conceput pentru atingerea obiectivului

propus, asistentul medical comunitar va felicita persoana pentru progresul realizat și va reitera importanța renunțării la fumat.

- în cazul fumătorilor care nu au urmat planul agreat (au fumat), este important să se evite prezentarea acestui eveniment ca un eșec; se vor discuta factorii, motivele care au dus la nerespectarea planului, se va reitera importanța renunțării la fumat, se va reevalua motivația persoanei de a atinge obiectivul propus anterior și se va discuta reluarea planului pentru renunțarea la fumat, inclusiv recomandarea unui consult medical de specialitate, respectiv posibilitatea de a participa la un program de renunțare la fumat (8).



Sursa foto: Freepik

Monitorizare Ghid

Asistenții medicali comunitari care implementează recomandările acestui Ghid, sunt rugați să monitorizeze implementarea și impactul intervențiilor propuse.

Astfel, monitorizarea implementării recomandărilor acestui Ghid se poate realiza prin intermediul următorilor indicatori:

- procentul (%) persoanelor din comunitate care au fost evaluate pentru consumul de tutun, utilizând intervențiile incluse în Recomandarea 1.
- procentul (%) persoanelor din comunitate care au fost evaluate pozitiv pentru consumul de tutun, utilizând intervențiile incluse în Recomandarea 1.
- numărul sau procentul (%) femeilor însărcinate care au fost evaluate pentru consumul de tutun, utilizând intervențiile incluse în Recomandarea 1.
- procentul (%) persoanelor care au fost evaluate pozitiv pentru consumul de tutun, și care și-au exprimat interesul de

a renunța la consumul de tutun (Recomandarea 1).

- procentul (%) persoanelor care au fost evaluate pozitiv pentru consumul de tutun, cărora li s-a realizat un plan de renunțare la fumat (Recomandarea 2).
- procentul (%) persoanelor care au renunțat la fumat sau care au redus consumul de tutun prin intermediul planului de renunțare la fumat (Recomandarea 3).
- numărul sau procentul (%) femeilor însărcinate care au renunțat la fumat sau care au redus consumul de tutun prin intermediul planului de renunțare la fumat (Recomandarea 3) (5).



Sursa foto: Freepik

Bibliografie

1. Cancer Council, <https://www.cancer council.com.au/news/a-brief-history-of-smoking/>
2. World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Studiul Global privind consumul de tutun la adulți, România 2018, <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2019/09/Rezumat.pdf>
4. <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2019/09/Rezumat.pdf>
5. Comisia Europeană, Tutun https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_ro
6. Best Practice Guideline Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice— Third Edition Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017
7. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Integrating_Tobacco_Interventions_into_Daily_Practice_2017_Third_Edition_Best_Practice_Guideline_0.pdf
8. Analiza de situație Ziua Națională fără Tutun 2019 «Pentru sănătate spune NU consumului de tutun !»
9. <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/2.-Analiza-de-situa%C5%A3ie-ZNT-2019.pdf>
10. ENSP guidelines for Treating Tobacco Dependence, 2nd edition (2016), <http://elearning-ensp.eu/assets/Romanian%20version.pdf>
11. GHID DE PREVENȚIE - Intervențiile preventive adresate stilului de viață: Consumul de alcool • Fumatul, Vol. 2, Institutul Național de Sănătate Publică.

FORMULAR DE EVALUARE A STATUSULUI FUMATULUI

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

1.	Ați fumat vreodată țigări sau ați folosit alte produse din tutun (pipă, trabuc etc)? Încercuiți răspunsul corect.	DA	NU
Pentru persoanele care fumează:			
1.	Câte țigări (sau alte produse din tutun: pipă, trabuc etc) obișnuiți să fumați pe zi?		
2.	De câți ani fumați?		
3.	Câte țigări ați fumat în viața dumneavoastră? Încercuiți răspunsul corect.	Mai puțin de 100	Peste 100
4.	Fumați zilnic / în anumite zile / în anumite situații? Care situații?		
Pentru foștii fumători:			
1.	De câți ani / de câte luni ați renunțat la fumat?		

În funcție de răspunsul la întrebările statusul fumatului este (încercuiți răspunsul):

- nefumător,
- fumător curent,
- fumător ocazional,
- fost fumător.

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

Județ _____

Data completării _____

***Nefumătorul** este o persoană care nu a fumat mai mult de 100 de țigări în viața sa; **Fumătorul curent** este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni; **Fumătorul ocazional** este o persoană care a fumat, dar nu zilnic; **Fostul fumător** este o persoană care a renunțat la fumat de cel puțin șase luni.*

FORMULAR DE EVALUARE A DEPENDENȚEI DE TUTUN

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

La fiecare dintre cele 6 întrebări de mai jos se alege un singur răspuns, iar la final se calculează totalul punctelor obținute.

Nr. crt.	INTREBARE	Număr puncte
1.	La cât timp după ce vă treziți fumați prima țigară?	
A	la mai puțin de 5 minute de la trezire	3
B	la 6-30 minute de la trezire	2
C	la 31-60 minute de la trezire	1
D	după peste 60 minute de la trezire	0
2.	Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. biserică, cinematograful, tren, etc.)?	
A	Da	1
B	Nu	0
3.	La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?	
A	La prima țigară de dimineață	1
B	La toate celelalte	0
4.	Câte țigări/zi fumați?	
A	10 sau mai puține	0
B	11-20	1
C	21-30	2
D	31 sau mai multe	3
5.	Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?	
A	Da	1
B	Nu	0
6.	Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?	
A	Da	1
B	Nu	0
TOTAL		

Prin adunarea punctelor corespunzătoare fiecărei întrebări se obține scorul total, care are între 0 și 10 puncte. Acest lucru permite evaluarea precisă a dependenței de nicotină, pe baza căreia se va elabora planul de intervenție:

- A. scor 0 – 3 puncte: lipsa dependenței sau dependență ușoară
- B. scor 4 – 6 puncte: dependență medie
- C. scor 7 – 10 puncte: dependență severă

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

Județ _____

Data completării _____

FORMULAR DE EVALUARE A MOTIVAȚIEI DE RENUNȚARE LA FUMAT

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

I. Pentru a determina dacă un fumător este motivat sau nu să renunțe la fumat, se pot folosi următoarele întrebări directe:

NR. CRT.	ÎNTREBARE	RĂSPUNS	
1	Doriți să renunțați la fumat (acum)?	DA	NU
2	Dacă luați hotărârea de a renunța la fumat, credeți că veți reuși?	DA	NU
3	Ce motive aveți pentru a renunța la fumat?		
4	Cât de importantă este pentru dumneavoastră renunțarea la fumat?		

În funcție de răspunsurile obținute, fumătorul va fi clasificat astfel:

- A. consumator de tutun care nu dorește să renunțe („nepregătit”);
- B. consumator de tutun indecis referitor la oprirea consumului („indecis”);
- C. consumator de tutun care dorește să renunțe („pregătit”);
- D. consumator de tutun care a renunțat, dar a reluat ulterior consumul („recidivă”)

II. De asemenea, pentru evaluarea motivației de a renunța la fumat se poate folosi o scală simplă, vizuală, numerotată de la 1 la 10, în care 1 = lipsa motivației, iar 10 = motivație puternică.

Fumătorul este întrebat unde se evaluează pe această scală din punct de vedere al motivației de a renunța la consumul de tutun, și se notează nota aleasă de acesta.

- A. Scor între 1 și 3 - lipsa motivației de a renunța la consumul de tutun
- B. Scor între 4 și 7 - fumător indecis de a renunța la consumul de tutun
- C. Scor între 8 și 10 – fumător motivat să renunțe la consumul de tutun

LIPSA Mptivației

Mptivație foarte puternică



INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

Județ _____

Data completării _____

PLANUL DE RENUNȚARE LA FUMAT - Discuția inițială (T₀) -

INFORMAȚII DESPRE FUMĂTOR:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

Număr de țigări fumate în medie pe zi _____

Perioada de timp de când fumează (ani) _____

Motivația de a renunța la fumat:

- Foarte motivat
- Indecis

Pe baza discuției cu fumătorul, asistentul medical comunitar va completa următoarele informații:

1. OBIECTIVUL fumătorului este:

- să renunțe la fumat
- să reducă consumul de tutun

2. DATA de la care va renunța la fumat sau de la care va reduce consumul de tutun (de preferință în următoarele 2 săptămâni de la stabilirea obiectivului):

3. Identificarea motivelor pentru care fumătorul dorește să renunțe la fumat sau să reducă consumul de tutun, de exemplu:

- să trăiască mai mult și mai bine
- să nu mai cheltuie bani pe țigări
- medicul i-a recomandat să nu mai fumeze
- vrea să aibă un copil
- pentru familie și prieteni
- pentru a deveni un exemplu pentru ceilalți
- pentru a arăta și a mirosi mai bine
- altele (se vor completa)

4. Identificarea situațiilor în care simte nevoia să fumeze:

- Perioade de stres
- Supărare
- Singurătate
- Relaxare
- Plictiseală
- Se trezește dimineața și simte nevoia să fumeze
- Simte nevoia să fumeze când:
 - muncește
 - bea cafea
 - după masă
 - când simte miros de tutun

- Nu poate refuza când i se oferă o țigară
- Altele (se vor completa).....

5. Acțiuni concrete pentru renunțarea la fumat:

- Întreruperea bruscă și imediată a fumatului

sau

- Reducerea consumului de tutun de la _____ țigări pe zi fumate în prezent, la _____ țigări fumate în următoarele 2 săptămâni;
- Anunță anturajul despre decizia de a renunța la fumat (sau de a reduce consumul de tutun) și va solicita suport.
- Va evita situațiile în care simte nevoia să fumeze sau va face alte activități care să înlocuiască fumatul, de exemplu:
 - i. nu își va mai cumpăra țigări
 - ii. va evita să frecventeze locurile de fumat
 - iii. când simte nevoia de a fuma va bea un pahar de apă sau va consuma gumă de mestecat
 - iv. va respira profund de 10 ori
 - v. va face câteva exerciții fizice
 - vi. va apela la suportul asistentului medical comunitar
 - vii. va solicita sprijinul medicului de familie pentru ajutor medical specializat.

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

Județ _____

Data completării _____

Anexa 4b

PLANUL DE RENUNȚARE LA FUMAT - Evaluarea progresului (T_1) -

INFORMAȚII DESPRE FUMĂTOR:

Nume și prenume _____

Localitatea _____

1. OBIECTIVUL fumătorului este:

- să renunțe la fumat
- să reducă consumul de tutun

2. DATA stabilită pentru a renunța la fumat sau de la care va reduce consumul de tutun (stabilită la discuția anterioară, T_0): _____

3. La momentul discuției de evaluare a progresului, fumătorul:

- A renunțat la fumat sau a redus consumul de tutun
- Nu a reușit să renunțe la fumat sau să reducă consumul de tutun, din următoarele motive (declarate de fumător):

4. Este motivat să continue planul de renunțare la fumat sau să reducă consumul de tutun?

- Da
- Nu

5. Identificarea activităților care să ajute fumătorul să atingă obiectivul stabilit:

- i. _____
- ii. _____
- iii. _____
- iv. _____

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

Județ _____

Data completării _____

Anexa 4c

PLANUL DE RENUNȚARE LA FUMAT
FIȘA ASISTENTULUI MEDICAL COMUNITAR

Nr. crt.	ACTIVITATE	REALIZAT
1	A informat fumătorul despre riscurile consumului de tutun pentru sănătate (fumatul activ și pasiv).	DA
		NU
2	A informat fumătorul despre avantajele renunțării la fumat.	DA
		NU
3	A evaluat dependența de tutun a fumătorului.	DA
		NU
4	A evaluat motivația fumătorului pentru a renunța la fumat sau a reduce consumul de tutun.	DA
		NU
5	A stabilit împreună cu fumătorul data de la care va renunța la fumat sau va reduce consumul de tutun	DA
		NU
6	A identificat împreună cu fumătorul motivele care îl determină să renunțe la fumat sau să reducă consumul de tutun.	DA
		NU
7	A identificat împreună cu fumătorul situațiile care în care simte nevoia să fumeze.	DA
		NU
8	A felicitat fumătorul care a reușit să urmeze planul stabilit până la următoarea discuție de monitorizare a progresului.	DA
		NU
9	La fiecare întâlnire cu fumătorul îi reamintește riscurile fumatului pentru sănătate (fumatul activ și pasiv) și avantajele renunțării la fumat.	DA
		NU
10	În cazul persoanei care nu a reușit să urmeze planul stabilit, asistentul medical comunitar a reevaluat motivația de a renunța la fumat și împreună au stabilit planul de urmat pentru atingerea obiectivului	DA
		NU

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____

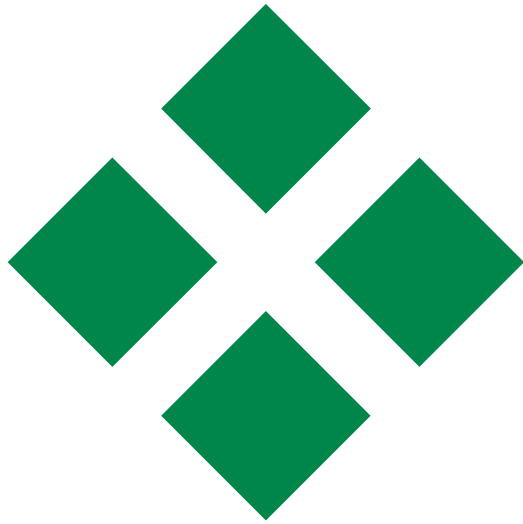
Județ _____

Data completării _____

Consumul de alcool



Camelia Claiți





Sursa foto: Freepik

Introducere

Factorul de risc reprezintă un anumit aspect comportamental, genetic, demografic, de mediu sau fiziologic, care crește probabilitatea îmbolnăvirii unei persoane sănătoase. Factorii de risc influențabili sunt: alimentația nesănătoasă, fumatul, alcoolul, stresul,

activitatea fizică. (1)

Alcoolul (etanolul sau alcoolul etilic) este o parte a tradițiilor culturale ale majorității societăților, încă de la începuturile civilizației. Dovezi ale obținerii alcoolului prin distilare datează din anul 1100 î.e.n. (2)

Glosar de termeni

Indicatori pentru măsurarea nivelului de consum de alcool:

- **unitatea de alcool**

Cantitatea de alcool în grame/per persoană/zi poate fi transformată în unități de alcool, echivalența este de 10-14 g de alcool pur/unitate.

- **cantitate de alcool, în grame per persoană/zi**

Acest indicator este utilizat în studii epidemiologice, dar și în practica medicală, ca măsură a cantității medii de alcool pur consumată de o persoană, într-o zi. Cantitățile de alcool se corelează cu efectele asupra sănătății.

- **cantitate de alcool, per capita (APC)**

Se definește ca litri de alcool pur consumat pe cap de locuitor într-un an, la persoane cu vârsta peste 15 ani. Termenul este folosit în studii epidemiologice ca indicator al nivelului de consum anual mediu al unei populații date.

Modelul consumului de alcool pornește de la consum nepericulos pentru sănătate, până la consum care duce la dependență și alte consecințe grave asupra sănătății.

CONSUMUL RISCANT

Este definit ca un nivel sau model de consum care este probabil să determine consecințe negative pentru sănătate, dacă acest nivel este continuat. (Babor et al 1994). O definiție a OMS descrie consumul riscant: *consum mediu regulat de 20-40 g de alcool/zi la femei și 40-60 g/zi la bărbați* (Rehm et al 2004).

CONSUMUL NOCIV

Este definit ca un tipar de consum de alcool care produce daune sănătății fizice (cum este, de exemplu, ciroza hepatică) sau psihice (de exemplu, depresia secundară consumului de alcool) (OMS, 1992).

Comisia europeană definește consumul nociv ca "Aportul de peste 60 de grame de alcool pur la o ocazie, lunar sau mai des, în timpul ultimelor 12 luni".

OMS a definit consumul nociv: *consum mediu regulat de mai mult de 40 g de alcool/zi la femei și 60 g de alcool/zi la bărbați* (Rehm et al, 2004).

INTOXICAȚIE

Intoxicația etanolică este o condiție tranzitorie după administrarea de alcool, rezultând în tulburări ale nivelului de conștiență, cunoaștere, percepție, dispoziție sau comportament sau ale altor funcții și reacții psihofiziologice.

EPISOD DE CONSUM EXCESIV

Acest model presupune consumarea episodică a unor cantități mari de alcool (peste 60 g de alcool/ocazie sau mai mult de 5-6 unități/ocazie). Acest tip de *consum neregulat* la „ocazii” sau în weekend este asociat cu consecințe negative grave asupra sănătății fizice (Gmel et al, 2010; Rehm et al, 2004), deși nu se depășește cantitatea recomandată pe săptămână.

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități de alcool. În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați - 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână;
- Femei - 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână;
- Persoane peste 65 ani – 1 unitate/zi. Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate.(2)

Importanța problemei

Organizația Mondială a Sănătății definea în urmă cu peste 50 de ani sănătatea ca fiind „bunăstare completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau infirmității”. Starea de sănătate se prezintă ca efectul interacțiunii permanente dintre organismul uman și mediul înconjurător.

Consumul de alcool reprezintă o problemă gravă de sănătate publică - alcoolul are efecte negative severe asu-

pra sănătății fizice și psihice, fiind implicat în peste 200 de categorii de boli și reprezentând unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. (2)

Consumul de alcool reprezintă o problemă majoră de sănătate publică în România, cu rata consumului abuziv (*binge drinking*) de 35%, mult peste media UE (20%). La bărbați rata consumului abuziv e de peste 50%. (3)



Sursa foto: Freepik

Impact, efecte negative, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

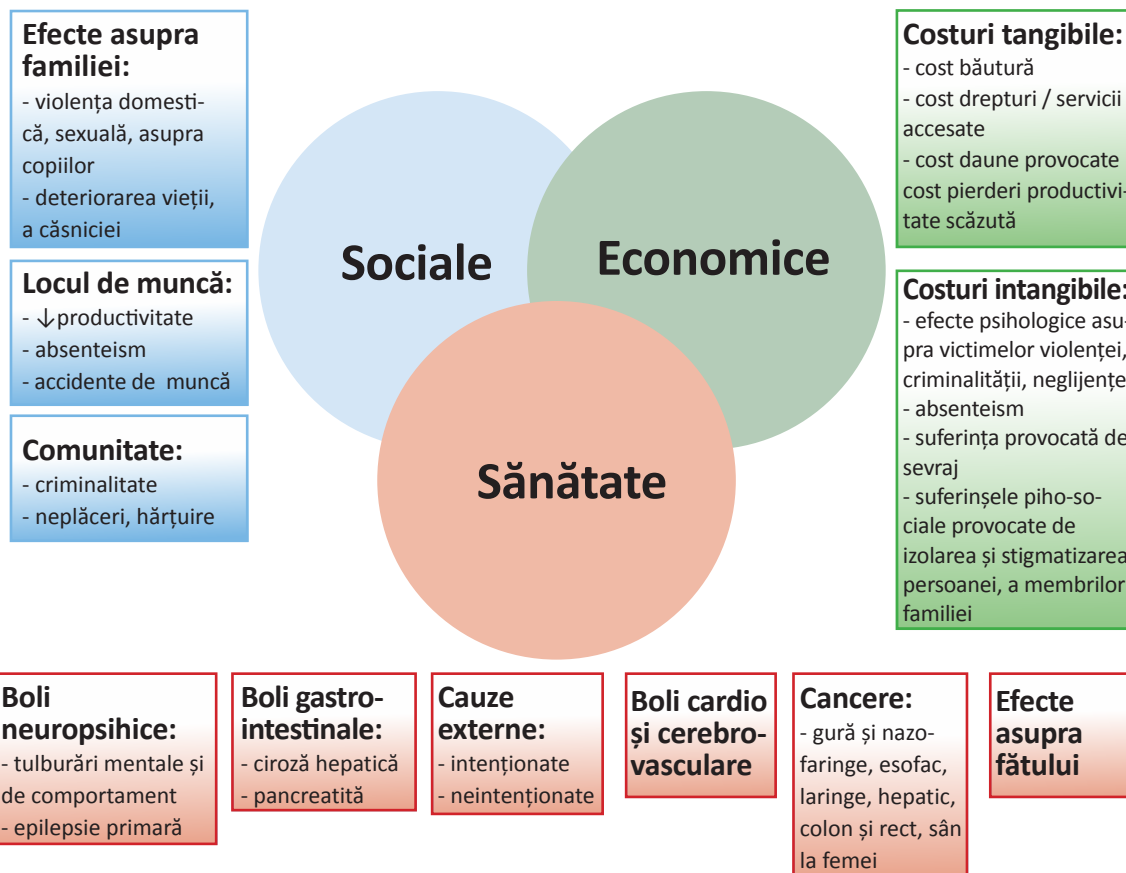
Consumul de alcool are efecte semnificative asupra ființei umane, acționând și influențând nu numai sănătatea psihică și fizică, ci și toate ariile de funcționare (nivel familial, profesional, socio-economic).

La aceste efecte se adaugă cele asupra societății, determinate de costurile îngrijirii sănătății, afectarea sănătății (fizice și psihice) și siguranței celor din jur, scăderea pro-

ductivității în muncă cu invaliditate precoce. (Rehm, 2009).

Studiile evidențiază că nu doar persoanele și familiile acestora sunt afectate de consumul dăunător de alcool, ci și comunitățile în integritatea lor. Consumul de alcool are efecte complexe în plan economic, social și al stării de sănătate. (5)

Fig. 1. Efectele consumului de alcool



Sursa: Studiu privind impactul economic al consumului daunator de alcool asupra sistemului de sanatate din România (5)

Alcoolul are efecte negative severe asupra sănătății fizice și psihice, fiind implicat în peste 200 de categorii de boli și reprezentând unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Mai mult de jumătate din totalul anual de 3,3 milioane prin BNT sunt din cauza consumului de alcool.(6)

Efectul nociv al alcoolului este în general proporțional cu cantitatea și modelul de consum, cele mai grave consecințe fiind asociate cu consumul de peste 40 de grame de alcool pur/zi la bărbați și 20 de grame de alcool pur/zi la femei (Rehm et al, 2004) și cu consumul neregulat abuziv de peste 60 de grame/ocazie.

EFFECTE NEUROPSIHICE

Există multiple tulburări psihice induse în exclusivitate de alcool. Consumul de alcool crește și riscul dezvoltării altor tulburări psihice. De asemenea, riscul tulburărilor induse de alcool este mult mai mare la pacienții cu

tulburări psihice decât în restul populației.

Intervențiile privind reducerea consumului de alcool la persoanele cu tulburări psihice îmbunătățesc rapid simptomatologia și răspunsul la medicația psihotropă, constituind o grupă de risc la care prevenția este prioritară. De aceea, prevenția se constituie și în măsuri preventive pentru sănătate mintală în general.

AFECTARE NEUROLOGICĂ

Alcoolul crește riscul de distrugeri neuronale în neuronii periferici, atât senzitivi cât și motorii, într-o manieră dependentă de doză. Consumul de alcool are efecte negative asupra funcționării creierului atât pe termen scurt cât și pe termen lung.

Consumul prelungit duce la o serie variată de tulburări cerebrale de la tulburări psihotice, delirium, sindrom Wernicke-Korsakoff (confuzie, tulburări de echilibru, deficite mnezice și cognitive) sau demență alcoolică.

BOLI INFECȚIOASE

În ultimii ani au fost adunate dovezi concludente că alcoolul crește riscul de boli infecțioase, în special: pneumonie, infecție cu HIV, tuberculoză.

Explicația rezidă pe de o parte în efectul alcoolului de reducere a imunității, consumul a peste 40 g de alcool/zi crescând rata de îmbolnăvire prin infecții la consumatori versus neconsumatori, în condițiile aceleiași expuneri la infecție. În plus, se adaugă factori sociali asociați consumului problematic de alcool: venituri scăzute sau lipsa veniturilor, accesul redus la îngrijire, lipsa suportului medical.

CANCERE

Există dovezi care arată că alcoolul consumat în cantități mari cauzează unele tipuri de cancer: al cavității bucale, al faringelui, al laringelui, al esofagului, al ficatului, al colonului, al rectului și al glandei mamare. Riscul de a face cancer este direct dependent de doză.

TULBURĂRI GASTROINTESTINALE

Alcoolul crește riscul cirozei hepatice și al pancreatitei acute și cronice și determină boli hepatice și pancreatice specifice (hepatită, ciroză, pancreatită alcoolică).

La bărbații cu vârsta între 35 și 69 de ani consumul de alcool de peste 4 unități /zi crește riscul de mortalitate de 8 ori față de abștenenți (Anderson et al, 2005).

DIABET ZAHARAT

Un efect nefavorabil a fost descoperit la o cantitate de 4 băuturi standard (50-60 de grame de alcool pur) pe zi.

BOLI CARDIOVASCULARE

Consumul de cantități mai mari, dar mai ales consumul ocazional de cantități excesive crește riscul pentru: hipertensiune arterială; fibrilație atrială/alte tulburări de ritm; infarct miocardic; accident vascular cerebral ischemic; accident vascular cerebral hemoragic. (2)

Fig. 2 – Efectele consumului de alcool

EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720%
DEPRESIE	- 350%
CIROZĂ	- 950%
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90%
CANCER AL GURII	- 200%
CANCER DE FICAT	- 300%
CANCER DE SÂN	- 170%
HIPERTENSIUNE	- 200%
INFARCT MIOCARDIC	- 80%
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70%
AVORT SPONTAN	- 180%
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140%
PREMATURITATE	- 140%
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170%

Agresivitate, Comportament irațional. erturi. Violentă Depresie, nervozitate.

Cancer de gât și laringe.

Infecții respiratorii frecvente. Scade rezistența la infecții. Crește riscul de pneumonie și TBC.

Tremor al mâinilor. Amortezi. Parestezii. Dureri nervoase.

Afecțiuni hepatice. Cirroza alcoolică. Cancer hepatic.

Ulcer duodenal.

Tulburări de echilibru

Parestezii. Amortezi. Durere la nivelul nervilor.

Dependență de alcool. Pierderi de memorie. Dementă.

Îmbătrânire prematură. Nas de „băutor”.

Afecțiuni ale mușchilor inimii. Infarct. Insuficiență cardiacă. Tulburări de coagulare. Anemie. Cancer de sân.

Avitaminoze. Malnutriție. Ulcer gastric. Cancer gastric. Sângerări.

Pancreatită. Cancer pancreatic.

Impotență la bărbați. Cancer genital. Risc de malformații congenitale și copii cu retard mental sau greutate mică la naștere.

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750%
DEPRESIE	- 350%
CIROZĂ	- 910%
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60%
CANCER AL GURII	- 190%
CANCER DE FICAT	- 300%
CANCER ESOFAGIAN	- 240%
HIPERTENSIUNE	- 200%
INFARCT MIOCARDIC	- 80%
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220%
GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE	- 140%
ÎNTÂRZIEREA DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE	- 170%

Sursa: Ghid de prevenție – Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară (7)



Sursa foto: Freepik

Sumar recomandări

Tabelul 1

Recomandări de practică		Nivel de evidență
1. Analiza	<p>Recomandarea 1</p> <p>Utilizarea screeningului de rutina pentru evaluarea nivelului de consum de alcool și inițierea intervențiilor scurte.</p> <p>Toate ghidurile recomandă utilizarea testului AUDIT ca test de screening</p>	Ia, Ib
2. Planificare	<p>Recomandarea 2</p> <p>Elaborare plan de intervenție centrat pe om</p> <p>un număr de studii au raportat că AM care furnizează intervenții scurte de screening (ISS) au rezultate excelente</p>	V
3. Implementare	<p>Recomandarea 3</p> <p>Trimitere spre servicii specializate.</p>	Ia, V
4. Monitorizare	<p>Recomandarea 4</p> <p>Monitorizarea intervenției de reducere a consumului de alcool, până la finalizarea planului</p>	V

Adaptare după RNAO_Integrating_Tobacco_Interventions_into_Daily_Practice_2017_Third_Edition (12)

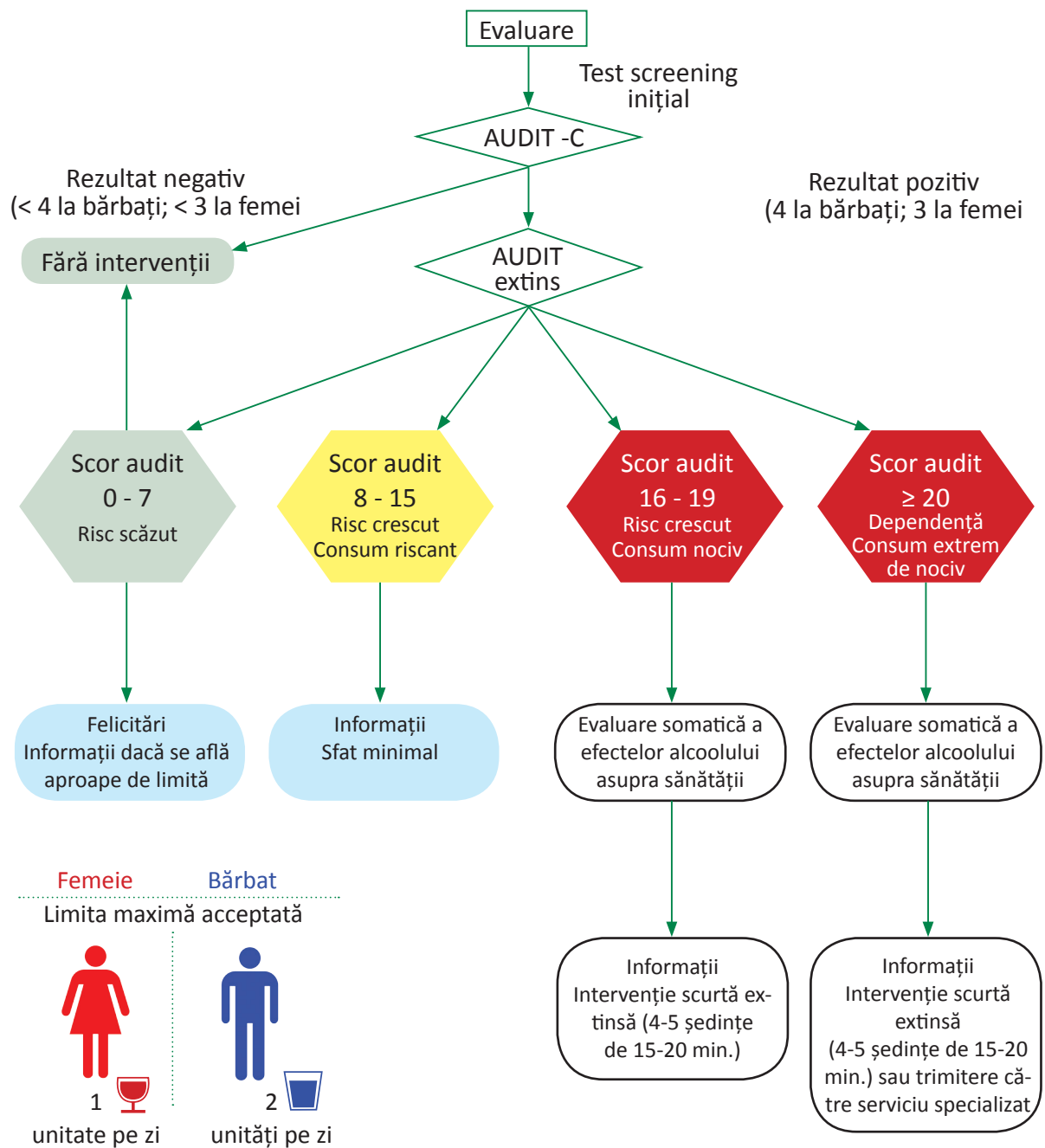
Descriere recomandări

Recomandarea 1

Utilizarea screeningului pentru evaluarea nivelului de consum de alcool și inițierea intervențiilor scurte (6)

Fig. 3 – Evaluarea consumului de alcool

Algoritm pentru evaluarea consumului de alcool



Intervenții care pot fi efectuate de asistentul medical comunitar:

Cele 5 componente ale Modelului de evaluare 5A - 5S în limba română - sunt:

1. Ask – Screening (întrebi despre consumul de alcool)
 2. Advise - Sfătuiește
 3. Assess - Stadializează dorința de renunțare - chestionar AUDIT de evaluare a consumului de alcool
 4. Assist - Sprijinire adaptată - trimitere la medicul de familie
 5. Arrange follow-up - Supraveghează și monitorizează - însoțire pacient la MF
- au apărut și alte modele, precum:
- Ask and Act: întrebi despre consumul de alcool și sfătuiești să scadă consumul
 - **Ask, Advise, and Refer (AAR): întrebi despre consumul de alcool, sfătuiești să renunțe la alcool și trimiți la un medic**
 - Ask, Advise and Connect (AAC): întrebi despre alcool, sfătuiești să renunțe la

consum și trimiți datele pacientului (cu acordul său) unui specialist care îl va contacta.

- Ask, Advise and Act (Very Brief Advice): îl întrebi despre alcool, sfătuiești să renunțe la consum și acționezi în funcție de gradul de pregătire pentru renunțarea la alcool.

Care e eficacitatea intervențiilor scurte (IS)?

Intervențiile scurte reduc cantitatea de alcool consumată, dar și consecințele consumului asupra morbidității și mortalității.

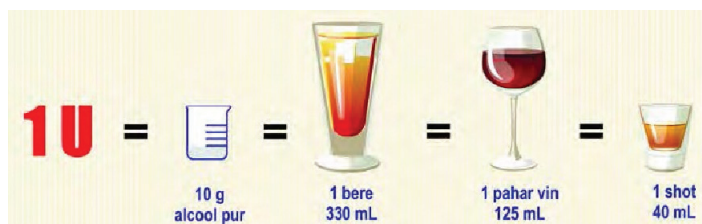
Rezultate promițătoare au intervențiile în care se utilizează mijloacele noi de comunicare (internet, media socială, SMS etc.). (6)

Conform OMS o unitate de alcool este conținută în:

- 330 mL bere cu 5% alcool
- 140 mL de vin cu 12% alcool
- 90 mL de vin cu 18% alcool
- 70 mL de lichior cu 25% alcool
- 40 mL de „tărie” (whisky, țuică, vodcă), cu alcool 40%. (8)

Echivalența unei „unități de alcool” în Europa și în România:

Fig. 4 UNITATEA DE ALCOOL = 10 g de alcool pur



Tabelul 2 Criteriile OMS pentru riscul consumului de de alcool (grame alcool pur)

Criterii de risc pentru consumul de alcool la o ocazie (efecte acute)		
	bărbați	femei
Risc redus	1-40 grame	1-20 grame
Risc mediu	41-60 grame	21-40 grame
Risc înalt	61-100 grame	41-60 grame
Risc foarte înalt	101 grame și peste	61 grame și peste
Criterii de risc în cazul consumului de lungă durată (efecte cronice)		
	bărbați	femei
Risc redus	1-40 grame	1-20 grame
Risc mediu	41-60 grame	21-40 grame
Risc înalt	61 grame și peste	41 grame și peste

Sursa: European Medicines Agency, 2019 (9, 10)

SCREENING

Se recomandă efectuarea screeningului pentru detectarea consumului inadecvat de alcool, începând cu vârsta de 18 ani. Deoarece consumul de alcool produce efecte extrem de nocive asupra sănătății, varianta ideală ar fi ca toți adulții să fie evaluați privind consumul de alcool.

Screeningul ar trebui să fie făcut în mod **oportunist** la:

- Persoanele cu risc crescut de agravare a bolilor preexistente
- persoanele în vârstă
- persoanele tinere care au risc mare de accidente sau vătămări
- persoanele cu istoric de dependență de alcool
- persoanele care participă/controlază activități riscante (șofat, activități nautice, sporturi extreme)
- femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide.



Sursa foto: Freepik

AMC pot aplica acest test pentru a evalua consumul de alcool și a furniza informații privind riscurile legate de consumul excesiv de alcool și a îndruma pacienții spre medicul de familie. [9]

Screening-ul complet poate fi precedat de utilizarea AUDIT-C (primele 3 întrebări din AUDIT) sau de **testul de o singură între-**

Toate ghidurile recomandă utilizarea Testului AUDIT ca test de screening.

Testul **AUDIT** (Testul de Identificare a Tulburărilor Induse de Alcool) este un test standardizat și recomandat de OMS, are praguri de punctaj clar definite pentru diferențierea tiparelor de consum de mai sus.

Este un chestionar cu 10 întrebări, elaborat de OMS în 1982.

A fost realizat pentru a depista consumul la risc și nociv, adică nivele de consum mai mici decât cel necesar pentru încadrarea ca dependență, întrucât majoritatea consecințelor nocive asupra sănătății apar la cei cu consum riscant sau nociv.

Testul permite triajul în funcție de nivelul de risc și formularea de indicații privind intervențiile cele mai potrivite.

Fiecare din cele 10 întrebări poate avea un scor de la 0 la 4, iar răspunsurile se adună într-un scor general. Completarea AUDIT durează 2-3 minute. (Vezi Anexa 1)

bare "Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice la o singură ocazie?"

AUDIT-C conține primele 3 întrebări din AUDIT și este cea mai recomandată variantă de pre-screening, având o sensibilitate și specificitate apropiate de AUDIT, dar este mai scurt și mai ușor de administrat. (2) (Anexa 2)

Recomandarea 2:

Elaborare plan de intervenție centrat pe om

Studiile au raportat că asistentele medicale care furnizează intervenții scurte de screening (ISS) au rezultate excelente.

Intervențiile scurte sunt reprezentate de o discuție care are scopul de a crește nivelul de conștientizare asupra unui comportament riscant și a motiva persoana în cauză să opereze o schimbare pozitivă.

Care este nivelul de consum nepericulos pentru sănătate la persoane sănătoase?

Sfat minimal - se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să mențină un consum de alcool în limita a 2 US/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a 1 US/zi.

Care e scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?

Se consideră screening pozitiv la înregis-

trarea următoarelor rezultate: scor 2 pentru AUDIT la tineri; scor 8 pentru AUDIT la adulți; scor 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C.

Care este recomandarea pentru femeile gravide?

Sfat minimal - se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.

Tabelul 3 Intervenții scurte în funcție de scorul **AUDIT (2)**

Cat.1	Cat. 2	Cat.3	Cat. 4
AUDIT 0-7	AUDIT 8 - 15	AUDIT 16-20	AUDIT > 20
Felicitări Informații, dacă se află aproape de limită	Informații Intervenție scurtă oportună (sfat minimal)*	Informații Intervenție scurtă extinsă la medicul de familie (4-5ședințe de 15-20 de minute)	Informații Intervenție scurtă extinsă MF (4-5 ședințe de 15-20 minute) sau trimiterea directă către un serviciu specializat

Recomandarea 3:

Trimitere spre servicii specializate

Care este scorul la care se recomandă intervenții scurte la medicul de familie?

Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9- 15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).

Care este scorul la care se face trimiterea către tratament specializat în dependențe?

Scorul AUDIT la care se face trimiterea către tratament de specialitate deoarece indică dependență la alcool, este mai mare sau egal cu 20.

Un scor peste 20 la testul AUDIT indică o tulburare severă indusă de alcool (dependența de alcool). (2)

Recomandarea 4

Monitorizarea intervenției de reducere a consumului de alcool, până la finalizarea planului. (12)

Monitorizareghid

Care e intervalul de screening?

Screeningul se efectuează la interval de 4 -5 ani. La adolescenți de 15-18 ani se recomandă evaluare oportună sau anuală, folosind testul AUDIT; pragul recomandat este de 2-3.

Cine aplică chestionarul de screening?

Se recomandă aplicarea chestionarului

de către asistenta medicală instruită; poate fi și autoadministrat.

Cum se aplică chestionarul? Când?

Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și oportun. (2)

Bibliografie

1. Manualului formatorului "Instrumente eficace de promovare a sanataii pentru a fi utlizate de catre echipele comunitare in populatiile vulnerabile (inclusiv roma)" Proiectul "Intarirea retelei nationale de mediatori romi pentru imbunatatirea starii de sanatate a populatiei rome" PROIECT RO 19.03
2. Hanson, 1995 cit. INSP. CNSMF. ALIAT (2016) Ghid de prevenție. Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Intervenții adresate stilului de viață sănător. Alcoolul și fumatul. București; <http://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-2-web.pdf>
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Brussels : OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health, 2019. Series: State of Health in the EU. ISBN 9789264903371.
4. Eurostat. EU citizens in other EU Member States. Eurostat Newsrelease. [Online] May 28, 2018. [Cited: March 12, 2021.] <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8926076/3-28052018-AP-EN.pdf/48c473e8-c2c1-4942-b2a4-5761edacda37>.
5. Studiu ARPS privind impactul economic al consumului daunator de alcool asupra sistemului de sanatate din România https://arps.ro/sites/default/files/Studiu_impact%20economic%20consum%20alcool_.pdf
6. OMS EUROPA, <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/causes/harmful-use-of-alcohol.html>; <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/promotion-prevention/alcohol>; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2017/who-alcohol-brief-intervention-training-manual-for-primary-care-2017>
7. Ghid de prevenție – Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară; Proiect 19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” derulat în cadrul Programului RO 19 „Inițiative în sănătatea publică” <https://cnsmf.ro/proiecte/proiecte-finalizate/proiect-lifestyle/>
8. <https://iard.org/science-resources/detail/Drinking-Guidelines-General-Population>
9. CNEPSS, <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/resource-imc-alcool/>
10. European Medicines Agency, 2019
11. National Highway Traffic Safety Administration, 2019
12. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO, 1982) Toolkit-Ghid AMC-Ms set de instrumente dezvoltat in cadrul proiectului "Promovarea incluziunii sociale prin dezvoltarea resurselor umane și instituționale din asistența medicală comunitară" derulat de Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Pregatire in Domeniul Sanitar (SNSPMPDS),
13. ALIAT, <http://www.alcoholhelp.ro/ro/articol/8/Testul-AUDIT>
14. RNAO_Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice
15. https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/RNAO_Integrating_Tobacco_Interventions_into_Daily_Practice_2017_Third_Edition_Best_Practice_Guideline_0.pdf
16. Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol
17. Alcohol Screening and Brief Intervention: A Clinical Solution to a Vital Public Health Issue
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501909/>
19. OMS EUROPA Alcohol Control Policy in Europe: Overview and Exemplary Countries
20. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/8162>
21. A systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework
22. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01073-0>
23. ALCOHOL AND THE CORONA VIRUS PANDEMIC: INDIVIDUAL, SOCIETAL AND POLICY PERSPECTIVES. ALCOHOL AND THE SOCIETY 2021
24. <https://movendi.ngo/media-release/ground-breaking-new-report-shows-lethal-interaction-between-alcohol-coronavirus-pandemic/>

Anexa 1

TESTUL AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Sex: M/F Vârsta: _____ Stare civilă: _____ Studii: _____



1 băutură = 12 g alcool pur = 1 bere (330 ml) = 1 pahar vin (125 ml) = 1 tarie (40 ml)

<p>1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) 2-4 ori pe luna 2 d) 2-3 ori pe săptămână 3 e) 4 sau mai multe ori pe săptămână 4</p> <p>2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?</p> <p>a) Una sau două 0 b) Trei sau patru 1 c) Cinci sau șase 2 d) Șapte sau nouă 3 e) Zece sau mai mult 4</p> <p>3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băuto dată ce ați început?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p>	<p>6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau devinovație după ce ați băut?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat înnoaptea trecută din cauză că ați băut?</p> <p>a) Niciodată 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Săptămânal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?</p> <p>a) Nu 0 b) Da, dar nu în ultimul an 2 c) Da, în ultimul an 4</p> <p>10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?</p> <p>a) Nu 0 b) Da, dar nu în ultimul an 2 c) Da, în ultimul an 4</p>
---	--

REZULTAT AUDIT: 0-7 Consum nepericulos pentru sănătate

8-15 Consum riscant

16-19 Consum nociv

> 20 Consum extrem de nociv

SCOR CHESTIONAR: _____

Sursa: ALIAT, Testul-AUDIT(11)

Anexa 2

Data: _____ Sex: M/F Vârsta: _____ Stare civilă: __ Studii: _

TESTUL AUDIT-C

1. Cât de des consumați o băutură care conține alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2-4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2-3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți

O băutură standard conține 10 g alcool pur (o doză de bere 330 ml, un pahar de vin 125 ml sau o țuică de 40 mL).

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

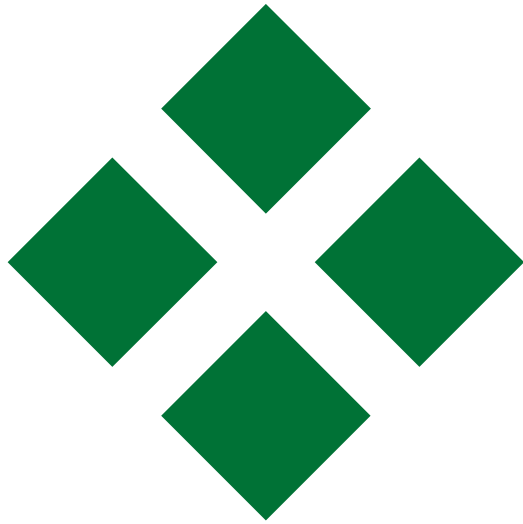
- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte.

Pentru AUDIT-C, scorul prag e 4 la bărbați și 3 la femei. (2)

Nutriția



Mihaela Lazăr

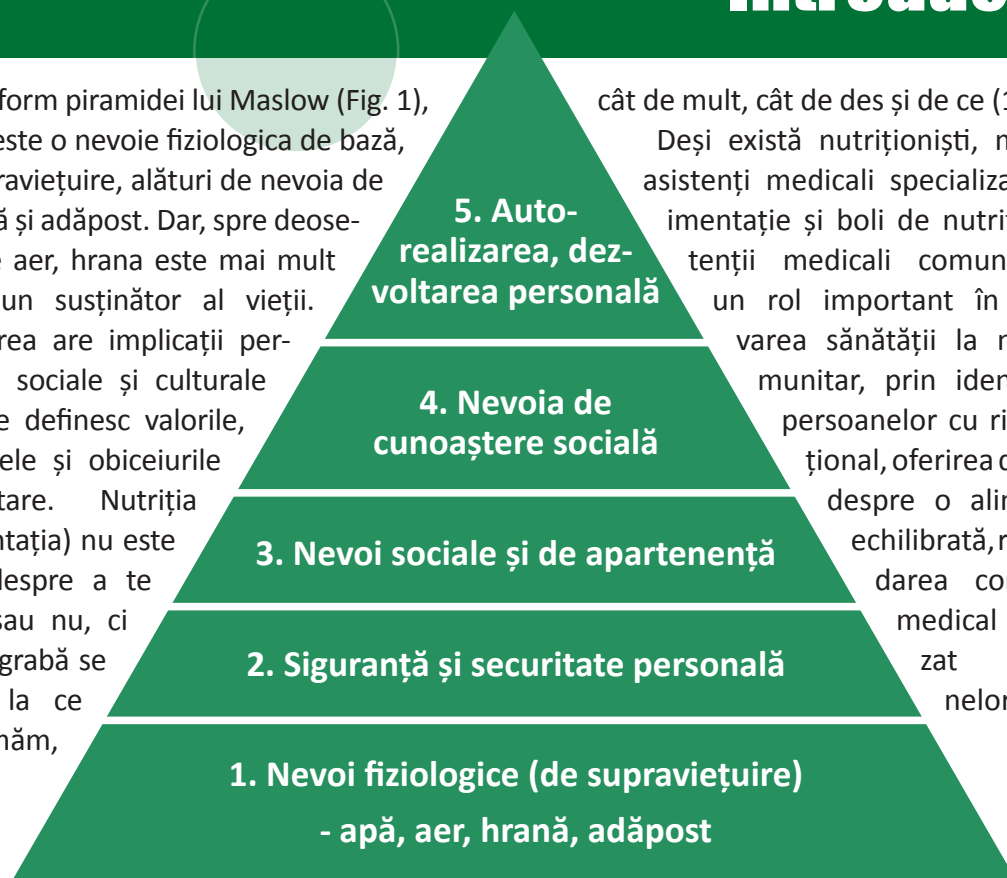




Sursa foto: Freepik

Introducere

Conform piramidei lui Maslow (Fig. 1), hrana este o nevoie fiziologica de bază, de supraviețuire, alături de nevoia de aer, apă și adăpost. Dar, spre deosebire de aer, hrana este mai mult decât un susținător al vieții. Mâncarea are implicații personale, sociale și culturale care ne definesc valorile, credințele și obiceiurile alimentare. Nutriția (alimentația) nu este doar despre a te hrăni sau nu, ci mai degrabă se referă la ce consumăm,



cât de mult, cât de des și de ce (1).

Deși există nutriționiști, medici și asistenți medicali specializați în alimentație și boli de nutriție, asistenții medicali comunitari au un rol important în promovarea sănătății la nivel comunitar, prin identificarea persoanelor cu risc nutrițional, oferirea de sfaturi despre o alimentație echilibrată, recomandarea consultului medical specializat persoanelor la risc.

Figura 1 – Piramina nevoilor lui Abraham Maslow (1)

Glosar de termeni

IMC – indicele de masă corporală; este un indice simplu bazat pe greutatea corporală (exprimată în kilograme) și înălțime (exprimată în metri), utilizat în identificarea subponderalității, supraponderalității și obezității la nivel de individ adult. IMC se calculează ca greutatea corporală (kg) împărțită la pătratul înălțimii (m); unitatea de măsură pentru IMC este kg/m^2 .

Status nutrițional – starea organismului ca urmare a aportului, absorbției și utilizării hranei consumate, precum și influența factorilor legați de boală (2).

Carbohidrații sau glucidele sunt constituenți de bază ai unei alimentații sănătoase.

se. Carbohidrații se împart în trei categorii principale: 1) zahăr – o formă simplă de carbohidrați cu eliberare rapidă (zaharuri, fructoză, sucroză, lactoză) prezentă în anumite alimente precum fructe sau legume; 2) amidon; 3) fibre, care se absorb lent și contribuie la o digestie sănătoasă.

Proteinele – sunt molecule de mari dimensiuni, indispensabile funcționării celulelor. Proteinele joacă un rol important în aproape toate procesele biologice, cu funcții din cele mai diferite, de la constituirea firelor de păr, a oaselor, mușchilor, până la menținerea formei țesuturilor și a organelor, respectiv funcționarea optimă a acestora.

Importanța problemei

Alimentația este procesul prin care organismul primește substanțele nutritive necesare desfășurării activităților fiziologice și își asigură substratul energetic, enzimatic, hormonal, necesar **îndeplinirii** funcțiilor principale: relație, nutriție și reproducere (3).

Alimentația sănătoasă asigură creșterea și dezvoltarea organismului și contribuie la prevenirea unor boli cronice netransmisibile (4).

Alimentația nesănătoasă este unul dintre cei 4 factori de risc comportamental modificabili (alături de fumat, consum de alcool și inactivitatea fizică), care contribuie la apariția majorității bolilor cronice importante.

Alimentația nesănătoasă generează obezitate la copii, în creștere alarmantă în Europa și întreaga lume, cu consecințe importante asupra sănătății fizice și mentale a copiilor și un risc semnificativ de multiplicare a bolilor cronice la copii și adulți (4).

Alimentația nesănătoasă combinată cu inactivitatea fizică crește semnificativ riscul de boli cronice netransmisibile la adulți: în

special boli cardiovasculare, cancer, hipertensiune arterială (HTA), obezitate și diabet zaharat de tip 2 (4).

Aportul crescut de sare se asociază cu un risc crescut de boli precum hipertensiune arterială și boli cardiovasculare, și mortalitate în exces – de toate cauzele (4).

Statisticile recente ale Organizației Mondiale ale Sănătății (OMS) situează România între țările europene cu cea mai mică speranță de viață (locul 35). Primele 5 cauze de deces se referă la afecțiuni care au legătură directă cu stilul de viață (boala coronariană, accidentul vascular, HTA, boală hepatică și cancerul pulmonar), alimentația jucând un rol important. (4)

Studiile realizate la nivel național au arătat că în România se înregistrează un consum redus de fructe, legume și pește, un consum normal de cereale, dar bazat pe cereale rafinate cu adaosuri de grăsimi solide și zahăr, un consum de alimente proteice adecvat cantitativ, dar de slabă calitate nutritivă,

un consum ușor sub necesități de produse lactate (4).

Promovarea unei alimentații sănătoase, care să includă consumul moderat de alimente din toate grupele majore (proteine, cereale integrale, grăsimi, fructe și legume),

este foarte importantă pentru sănătatea populației. Modificarea comportamentului alimentar ajută la prevenirea și tratarea unei diversități de boli și condiții cronice, iar consilierea nutrițională poate reduce costurile tratamentului.(5)

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Impact - Alimentația sănătoasă se asociază cu efecte pozitive asupra sănătății, ca de exemplu: protejarea față de boli, protejarea inimii, oase și articulații puternice, creșterea nivelului de energie, reducerea riscului de cancer, îmbunătățirea memoriei. (6)

Este bine ca alimentația să fie cât mai variată și să acopere necesarul caloric, dar în egală măsură să respecte proporțiile dintre principiile alimentare și să asigure necesarul de vitamine și minerale (4).

Practic, a mânca sănătos înseamnă consumul echilibrat de alimente din 5 grupe alimentare de bază (5):

1. Legume
2. Fructe
3. Cereale
4. Produse lactate
5. Alimente proteice

În **Anexa 1** regăsiți Cele 5 grupe și subgrupe alimentare de bază.

Proporțiile optime de carbohidrați, grăsimi și proteine necesare bunei funcționări a organismului, sunt 60% carbohidrați, 30% grăsimi, 10 % proteine.

Sunt alimente care ar trebui consumate:

- zilnic: cereale integrale (pâine, orez, paste), legume și fructe, lapte, iaurt, branză;
- de câteva ori pe săptămână: carnea albă, pește, ouă;
- de câteva ori pe lună: carnea roșie, dulciurile (4).

În termeni "tehnic", alimentația sănătoasă are următoarele caracteristici: (5)

- grăsimi saturate sub 10% din aportul energetic, restul înlocuite cu grăsimi polinesaturate.
- grăsimi trans - cât mai reduse, preferabil deloc din alimentele procesate și mai puțin de 1% din aportul energetic pentru cele naturale.
- maxim 5g sare/zi.
- 30 - 45g fibre/zi, din cereale integrale, fructe și legume.
- 200g fructe/zi (2 - 3 porții-standard).
- 200g legume/zi (2 - 3 porții-standard).
- pește cel puțin de 2 ori/săptămână, din care o dată pește gras.
- consumul de băuturi alcoolice limitat la 2 pahare/zi (20g/zi) la bărbat și 1 pahar/zi la femeie.

De evitat: (7)

- dulciurile rafinate;
- alimentele procesate în exces;
- produsele lactate cu conținut crescut în grăsimi;
- sarea în exces;
- alcoolul (se pot consuma două pahare de vin pe zi, în timpul mesei atunci când sunt deja alimente în stomac, vinul fiind favorabil digestiei, iar prin bogăția în polifenoli, mai precis resveratrol, oferă o mai mare protecție antioxidantă).
- cantități excesive de cafea, ceai. Ceaiul băut cu moderație, mai ales cel verde, este o sursă bogată în polifenoli, cu rol

- de antioxidant;
- produsele alimentare cu conservanți și aditivi;
- carnea roșie cu conținut ridicat de grăsimi saturate;
- alimentele prăjite, precum și uleiurile de gătit, grăsimile prezente în margarina, biscuiți, pateuri;
- mesele prea copioase seara, înainte de culcare;
- dietele drastice pentru cura de slăbire care pot duce la îmbolnăviri prin deficit nutrițional;
- mâncatul în grabă, "pe fugă", nefavorabil digestiei, care prin masticăție insuficientă nu asigură pătrunderea salivei în aliment.

Beneficiile alimentației sănătoase: (8,9)

- menținerea unei greutate corporale normale.
- pierderea în greutate.
- reducerea riscului de cancer.
- controlul diabetului zaharat.
- protejarea inimii și prevenirea accidentului vascular cerebral.

- dinți sănătoși și oase puternice.
- îmbunătățirea dispoziției.
- îmbunătățirea memoriei.
- îmbunătățirea sănătății colonului.

EFICACITATEA INTERVENȚIILOR PENTRU REDUCEREA RISCURILOR

Există dovezi științifice care arată că intervențiile realizate pentru promovarea unei alimentații sănătoase la persoanele la risc nutrițional înalt au fost urmate de îmbunătățiri ale comportamentului alimentar însă, beneficiile consilierii alimentare aplicate în populația generală sunt reduse. (8, 5)

Cu toate acestea, sunt necesare mai multe intervenții care să se adreseze persoanelor la risc nutrițional, care să includă consiliere, suport, recomandarea consultului medical specializat, dacă este cazul. Intervențiile scurte aplicate persoanelor cu risc nutrițional, pot determina îmbunătățirea statusului nutrițional al organismului, contribuind astfel la prevenirea îmbolnăvirilor, a decesului prematur și îmbunătățirea stării de sănătate.

Recomandări (1,5)

RECOMANDAREA	
I. Evaluarea	Recomandarea 1 Utilizați intervenții scurte pentru evaluarea comportamentului nutrițional al membrilor comunității. (1,5)
II. Planificarea	Recomandarea 2 Dezvoltați un plan de intervenție personalizat fiecărei persoane cu risc nutrițional (recomandări țintite pentru optimizarea alimentației). (1,5)
III. Implementarea	Recomandarea 3 Împreună cu persoana cu risc nutrițional stabiliți obiective de atins pe termen scurt și lung. (5)
IV. Monitorizarea	Recomandarea 4 Evaluati periodic eficacitatea planului de intervenție până când obiectivul este atins sau recomandați consult medical de specialitate.(5)

Descriere recomandări

I. Evaluarea

RECOMANDAREA 1. – Utilizați intervenții scurte pentru evaluarea comportamentului nutrițional al membrilor comunității.

1.1 Evaluarea statusul nutrițional

Se recomandă asistenților medicali comunitari să evalueze statusul nutrițional al persoanelor din comunitate. Există câteva afirmații standard considerate utile în evaluarea statusului nutrițional (și punctajul corespunzător acestora), și anume (1):

- Sufăr de o boală sau de o condiție care mă face să schimb tipul și/sau cantitatea alimentelor pe care le consum.
- Mănânc de mai puțin de 2 ori pe zi.
- Mănânc puține fructe și legume sau produse lactate.
- Aproape în fiecare zi beau bere, lichior sau vin de mai mult de trei ori.
- Am probleme la nivelul dinților sau gurii care îmi crează probleme atunci când mănânc.
- Nu am tot timpul bani suficienți pentru mâncare.
- Mănânc singur/ă majoritatea timpului.
- Îmi administrez trei sau mai multe medicamente (cu sau fără rețetă medicală).
- Fără să vreau, am scăzut în greutate sau m-am îngrășat peste 4,5 kg în ultimele 6 luni.
- Nu sunt în totdeauna capabil/ă (din punct de vedere fizic) să merg la cumpărături, să gătesc și/sau să mă alimentez singur/ă.

Fiecare persoană trebuie să evalueze dacă afirmațiile de mai sus sunt adevărate în cazul său; în cazul afirmațiilor considerate corecte, se va încerca punctajul corespunzător (vezi Anexa 2). La final se calculează punctajul total și se obține scorul statusul nutrițional.

Un scor între:

0-2 puncte – Statusul nutrițional este bun. Se recomandă reevaluarea statusului nutrițional după 6 luni.

3-5 puncte - risc nutrițional moderat. Se recomandă îmbunătățirea obiceiurilor alimentare și a stilului de viață, și reevaluarea statusului nutrițional la 3 luni.

Peste 6 puncte - risc nutrițional crescut. Se recomandă consult medical specializat.(1)

Pentru a evalua statusul nutrițional, asistentul medical comunitar poate utiliza **Formularul de Evaluare a statusului nutrițional, prezentat în **Anexa 2**. Este recomandat ca Formularul de Evaluare a statusului nutrițional, completat pentru fiecare persoană chestionată, să fie păstrat la dosarul beneficiarului.*

În plus față de evaluarea statusului nutrițional prezentată mai sus, este recomandat ca asistentul medical comunitar să realizeze și evaluarea alimentară aprofundată, cu ajutorul Chestionarului de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP - Rapid Eating Assessment for Patients) tradus și adaptat. Chestionarul include întrebări despre: consumul de fructe și legume, de cereale integrale, lactate, grăsimi saturate și colesterol, alimente și bauturi îndulcite, dar și despre obiceiul de a cumpăra alimente din piață, de a găti acasă, de a ține o anumită dietă pentru sănătate, precum și despre activitatea fizică. Poate fi completat de pacient în aproximativ 10 minute.(5) *Chestionarul REAP este disponibil în **Anexa 3**.*

1.2 Calcularea Indicelui de masă corporală (IMC)

Indicele de masă corporală - IMC - este un indicator de calculare a greutății corporale ideale, pentru o înălțime dată. Indicele de masă corporală este o metodă care poate fi

folosită atât la bărbați cât și la femei, cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 ani. (10,11)

Indicele de masă corporală se calculează folosind înălțimea și greutatea unei persoane (se împarte greutatea la înălțime²), exprimat în kg/m². (10,11)

Indicele de masă corporală poate fi folosit pentru calcularea numărului de kilograme pe care o persoană trebuie să le piardă sau să le câștige, pentru a ajunge la greutatea ideală, pentru înălțimea sa (9).

În funcție de IMC persoanele se încadrează în una din următoarele categorii (1, 12):

- subponderal: sub 18,5 kg/m².
- normoponderal: 18,5 – 24,9 kg/m².
- supraponderal: 25 – 29,9 kg/m².
- obezitate grad I: 30 – 34,9 kg/m².
- obezitate grad II: 35 – 39,9 kg/m².
- obezitate morbidă: peste 40 kg/m².

Modificarea indicelui de masă corporală se datorează excesului sau deficitului ponderal care se produc atunci când, pe o perioadă mai lungă de timp există un dezechilibru între aportul de energie (prin mâncare și băuturi) și cheltuiala energetică (prin efort fizic și energia cheltuită pentru a menține funcțiile vitale ale organismului) (12).

Atingerea și menținerea unei greutate normale se face cel mai frecvent prin adoptarea unui stil de viață sănătos, cu un comportament alimentar echilibrat, o autolimitare conștientă a aportului de alimente și reducerea pe cât posibil a sedentarismului (12).

Atât excesul ponderal (supraponderalitatea și obezitatea), cât și subponderalitatea pot fi prevenite printr-o alimentație corespunzătoare și prin schimbări treptate ale stilului de viață (11).

*Pentru a calcula Indicele de masă corporală, asistentul medical comunitar poate utiliza **FORMULARUL DE CALCUL AL INDICELUI DE MASĂ CORPORALĂ (IMC) ȘI EVALUAREA RISCULUI DE BOALĂ**, prezentat în **Anexa 4**. Este recomandat ca **FORMULARUL DE CALCUL AL INDICELUI DE MASĂ CORPORALĂ (IMC) ȘI EVALUAREA***

1.3 Măsurarea circumferinței abdominale (CA)

Măsurarea circumferinței abdominale este un indicator util pentru evaluarea grăsimii abdominale (6). Alături de indicele de masă corporală (IMC), circumferința abdominală (CA) reprezintă un indicator important al riscurilor pe care excesul ponderal le aduce cu sine, mai ales al riscului pentru apariția afecțiunilor cardiovasculare (10). Măsurarea circumferinței abdominale (talie) se face cu ajutorul centimetrului, poziționat la 2 cm deasupra ombilicului.

Valoarea normală a circumferinței abdominale este:

- Sub 80 centimetri (cm) în cazul femeilor
- 95 cm în cazul bărbaților.

Circumferința abdominală între 80-88 cm la femeie și 95-102 cm la bărbat presupune un risc cardiovascular moderat.

Valorile care depășesc 88 cm (femei), respectiv 102 cm (bărbați) implică un risc mare pentru sănătate, implicit un risc cardiovascular crescut, deoarece circumferința abdominală constituie un factor important de risc al afecțiunilor cardiovasculare.

Este recomandat ca măsurarea circumferinței abdominale și calcularea indicelui de masă corporală să se facă împreună, astfel încât ambii parametri să fie luați în considerare la calcularea riscului pentru sănătate – vezi Anexa 4 (12, 13).

În cazul identificării unor valori anormale, se recomandă asistentului medical comunitar să ofere persoanei evaluate, sfaturi pentru o nutriție corectă și un stil de viață sănătos, respectiv să îi recomande un consult medical de specialitate.

*Se recomandă asistentului medical comunitar măsurarea circumferinței abdominale și notarea acesteia în **FORMULARUL DE CALCUL AL INDICELUI DE MASĂ CORPORALĂ (IMC) ȘI EVALUAREA RISCULUI DE BOALĂ**, prezentat în **Anexa 4**. Este recomandat ca **FORMULARUL DE CALCUL AL INDICELUI DE MASĂ CORPORALĂ (IMC) ȘI EVALUAREA RISCULUI DE BOALĂ**, completat pentru fiecare persoană chestionată, să fie păstrat la dosarul beneficiarului.*

Tabelul 1 – Riscul de boală raportat la greutatea corporală normală și la circumferința abdominală (13)

	Indicele de masă corporală	Grad de obezitate	Riscul de boală (raportat la greutatea corporală normală și la circumferința abdominală)	
			Bărbați < 102 cm Femei < 88 cm	Bărbați > 102 cm Femei > 88 cm
Subponderal	<18,5			
Normal	18,5-24,9			
Supraponderal	25,0-29,9		Crescut	Înalt
Obezitate	30,0-34,9	I	Înalt	Foarte înalt
	35,0-39,9	II	Foarte înalt	Foarte înalt
obezitate extremă (morbidă)	>40,0	III	Extrem de înalt	Extrem de înalt

II. Planificarea

După identificarea statusului nutrițional al persoanei evaluate, respectiv calcularea indicelui de masă corporală și a circumferinței abdominale, asistentul medical comunitar împreună cu persoana la risc, vor agreea un plan de urmat pentru reducerea riscului pentru sănătate. Astfel, persoanelor la risc nutrițional li se vor face recomandări privind importanța alimentației sănătoase și a adopțării unui stil de viață sănătos care să includă:

- sfaturi despre un regim alimentar rațional,

- activitate fizică de intensitate moderată,
- reducerea nivelului de stres,
- și, dacă este cazul:
- renunțarea la fumat,
- renunțarea sau reducerea consumului de alcool, la maxim 1 pahar/zi în cazul femeilor și 2 pahare/zi în cazul bărbaților,
- reducerea cantității de sare,
- reducerea consumului de zahăr.

Se recomandă o alimentație cât mai variată care să asigure necesarul caloric, dar în egală măsură să respecte proporțiile dintre principiile alimentare și să asigure necesarul de vitamine și minerale, astfel:



Regimul alimentar recomandabil populației sănătoase cu vârsta peste 2 ani este bazat pe legume, fructe, cereale integrale, boabe și nuci, include lactate semi-/degresate, pui, pește, ouă, uleiuri vegetale, cu limitarea sodiului, grăsimilor saturate, cerealelor rafinate, alimentelor și băuturilor îndulcite și sărac în carne roșie și procesată. (5)

Recomandări pentru grupuri specifice (5)

Vârstnici - Recomandări alimentare și de stil de viață adecvat, cu accent pe consumul alimentelor bogate în nutrienți, date fiind necesitățile energetice reduse (în timp ce necesarul de minerale și vitamine rămâne constant sau crește). Vârstnicii sunt vulnerabili la deshidratare, de aceea se recomandă să consume mai multe lichide. (5)

Obezi, supraponderali - Se recomandă scăderea aportului alimentar, cu evitarea alimentelor cu un conținut ridicat în zahăr și

grăsimi, consum echilibrat a alimentelor din cele 5 grupe alimentare de bază, creșterea nivelului de activitate fizică.

Copii - O alimentație de bună calitate, bogată în nutrienți, suficientă dar nu excesivă în calorii și activitatea fizică regulată sunt esențiale pentru sănătatea, creșterea și dezvoltarea optimă a copiilor.

Dovezi științifice arată că este important ca alimentația optimă să înceapă încă din perioada fetală, copilărie și adolescență, acest lucru având o influență substanțială cu vârsta, asupra riscului de boli cronice. Obiceiurile alimentare formate în copilărie sunt adesea păstrate și la maturitate. De exemplu, cei care, în copilărie au consumat regulat fructe și legume sau lapte, le vor consuma, cu mare probabilitate și ca adulți. Copilăria este perioada învățării. Copiii care cresc în familii ce obișnuiesc să consume o varietate de alimente nutritive din cele 5 grupe alimentare sănătoase vor face, cu mare probabilitate, propri-



ile alegeri sănătoase pe măsură ce cresc.

Pentru o alimentație sănătoasă a copiilor, familia trebuie învățată:

- să aleagă pentru mesele de fiecare zi (de acasă și gustarea de la școală) alimente din cele 5 grupe alimentare sănătoase;
- să ofere doar ocazional alimentele ce pot fi consumate cu restricție;
- să ofere o varietate de legume și fructe, de diverse feluri și culori, în special dintre cele de sezon;
- să folosească lapte, iaurt și brânză semi-/degresate (la copiii în vârstă de peste 2 ani);
- să consume pâine și cereale în special dintre cele integrale;
- să consume un mic-dejun sănătos în fiecare zi;
- să bea apă și nu sucuri îndulcite, sucuri de fructe, băuturi energizante etc.

III. Implementarea

Asistentul medical comunitar, împreună cu persoana cu risc nutrițional, trebuie să stabilească obiective de atins pe termen scurt și lung, de schimbare a regimului alimentar, în sensul respectării recomandărilor nutriționale (alimentație echilibrată, diversificată, evitarea alimentelor procesate, a dulciurilor rafinate, a consumului de tutun, alcool și sare în exces).

Mesaje-cheie pentru o alimentație sănătoasă care pot fi recomandate de asistentul medical comunitar: (5)

- Se recomandă echilibrarea caloriilor din alimente și băuturi cu energia consumată.
- Aportul caloric trebuie limitat la energia necesară pentru a menține (sau a obține) o greutate sănătoasă la adult și pentru o creștere adecvată în greutate la copil și adolescent.
- Se recomandă menținerea unui echilibru caloric adecvat în fiecare etapă a vieții: copilărie, adolescență, maturitate, sarcină, alăptare, vârstă înaintată.
- Regimul alimentar sănătos se bazează pe legume, fructe, cereale integrale, boabe și nuci, lactate semi-/degresate, pui, pește, ouă, uleiuri vegetale non-tropicale, con-

comitent cu limitarea sodiului, grăsimilor saturate, cerealelor rafinate, alimentelor și băuturilor îndulcite, cărnii roșii și procesate.

- Pentru a avea o alimentație sănătoasă, se recomandă să se consume alimente din toate grupele, în formele cu conținut nutritiv ridicat și în cantitățile recomandate; nu este necesar să se elimine grupe alimentare sau să se conformeze unei singure diete; se pot face, într-un mod flexibil, diverse combinații de alimente în funcție de nevoile pentru sănătate, preferințe culinare și tradiții culturale.
- Se recomandă limitarea consumului de alimente ce conțin cereale rafinate, în special cereale rafinate ce conțin adaosuri de grăsimi solide, zahăr și sare.
- Se recomandă înlocuirea cerealelor rafinate cu cereale integrale, încât cel puțin jumătate din cerealele consumate să fie integrale.
- Se recomandă la adult, 6 porții de cereale per regim de 2000 calorii/zi, din care cel puțin jumătate să fie cereale integrale. La copil și adolescent se recomandă între 4 porții / zi la 2-8 ani și 7 porții pe zi la adolescenții mari.
- Se recomandă să se consume zilnic o varietate ("un curcubeu") de fructe și legume, în special legume verde-închis și roșii /portocalii precum și fasole și mazăre.
- La adult, se recomandă să se consume în fiecare zi minim 3 porții-standard de legume și 2 de fructe (optim 5 porții-standard de legume și 4 de fructe).
- Se recomandă consumul de fructe întregi, de preferință crude; dacă se consumă sucuri de fructe 100% naturale, fără adaos de zahăr, acestea nu vor depăși 100 ml/zi.
- Se recomandă creșterea consumului de lapte sau produse lactate (iaurt, brânză) degresate sau parțial degresate.
- La populația peste 2 ani, se recomandă înlocuirea laptelui integral cu cel degresat sau semidegresat (1%).
- Se recomandă consumul unei varietăți de alimente proteice: pește și fructe de mare, ouă, boabe de mazăre, fasole, linte, soia, nuci și semințe nesărate, carne slabă, pui.

- Se recomandă înlocuirea alimentelor proteice ce conțin grăsimi solide, cu altele sărace în grăsimi și calorii și/ sau care sunt surse de uleiuri (pește și fructe de mare, legume boabe, semințe și nuci). Se recomandă pește de cel puțin 2 ori pe săptămână, din care cel puțin o dată pește gras.
- Se recomandă limitarea consumului de carne roșie și procesată.
- Se recomandă ca cea mai mare parte din lichidele băute să fie apa.
- La copiii începând cu vârsta de 2 ani, băutura principală se recomandă să fie laptele degresat.
- Se recomandă reducerea consumului de grăsimi saturate din dietă prin înlocuirea acestora cu grăsimi nesaturate.
- Se recomandă ca grăsimile saturate să nu depășească 10% din aportul caloric.
- Se recomandă echilibrarea caloriilor din alimente și băuturi cu energia consumată.
- Aportul caloric trebuie limitat la energia necesară pentru a menține (sau a obține) o greutate sănătoasă la adult (IMC până la 25 kg/m²) și pentru o creștere adecvată în greutate la copil și adolescent.
- Se recomandă un consum de grăsimi trans cât mai mic, preferabil deloc, din alimentele procesate, iar grăsimile trans de origine naturală să reprezinte <1% din aportul caloric zilnic. Se recomandă folosirea de uleiuri vegetale non-tropicale pentru a înlocui grăsimile solide.
- Se recomandă reducerea consumului de sodiu la adulții care ar beneficia de reducerea tensiunii arteriale.
- Se recomandă reducerea consumului de sodiu sub 2300mg sodiu/zi (5g sare).
- Se recomandă reducerea consumului de zahăr pe tot parcursul vieții.
- Se recomandă ca la adulți și copii, consumul de zahăr să nu depășească 10% din aportul energetic.
- Se recomandă reducerea sau eliminarea băuturilor îndulcite cu zahăr sau îndulcitori calorigi.
- Se recomandă reducerea aportului de calorii din grăsimi solide și zaharuri adăugate.

- Dacă se consumă alcool, acesta să fie consumat numai de către adulți, cu moderație - până la o băutură-standard pe zi la femei și până la două băuturi standard pe zi la bărbați.
- Se recomandă ca măsură de precauție, limitarea consumului de cafeină în sarcină - maxim 200mg cafeină/zi, aprox 2 cești de cafea/zi).
- Se recomandă ca femeile gravide și cele care alăptează, să consume cel puțin 2 porții (200 - 300g) de pește sau fructe de mare pe săptămână – pește gras dacă este posibil - dintre speciile cu conținut scăzut în mercur.
- Nici o cantitate de alcool nu este sigură în sarcină, de aceea se recomandă ca gravidele să evite orice băutură alcoolică.
- Se recomandă evitarea / limitarea consumului de alimente fast-food.
- Se recomandă să nu se omită micul dejun.
- Se recomandă mesele în familie ca prilej pentru copii de a deprinde obiceiuri alimentare sănătoase.
- Se recomandă ca atât copiii cât și adulții să-și limiteze timpul petrecut în fața ecranului și să nu mănânce în fața televizorului sau computerului.
- Se recomandă un mod sănătos de preparare a alimentelor: fierbere, la abur, frigere etc.
- Se recomandă respectarea regulilor de siguranță a alimentației privind manipularea, transportarea, prepararea, depozitarea și refrigerarea alimentelor.

Monitorizarea

Periodic (de exemplu, la un interval de două săptămâni în prima lună, iar apoi o dată pe lună), asistentul medical comunitar va evalua eficacitatea planului și atingerea obiectivelor stabilite împreună cu persoana cu risc nutrițional, va oferi sfaturi și încurajare, va stabili întâlniri ulterioare de suport și consiliere repetată.

În cazul în care persoana monitorizată este la risc nutrițional înalt sau foarte înalt, își dorește să își schimbe stilul de viață dar nu reușește, după 3-6 luni i se recomandă consultul medical specializat.

Monitorizare Ghid



Sursa foto: Freepik

Asistenții medicali comunitari care implementează recomandările acestui Ghid, sunt rugați să monitorizeze implementarea și impactul intervențiilor propuse urmând recomandările mai sus amintite.

Bibliografie

1. Dudek G. Susan, Nutrition Essentials for Nursing Practice, 7th edition
2. Maastricht UMC+ Nutritional assessment
3. <https://nutritionalassessment.mumc.nl/en/nutritional-assessment>
4. Centrul Medical de Diagnostic si Tratament „Dr. Victor Babes” – Alimentația – principii alimentare
5. <https://www.cdt-babes.ro/articole/alimentatia-principii-alimentare.php>
6. GHID DE PREVENȚIE - Intervențiile preventive adresate stilului de viață: Alimentația • Activitatea fizică, Vol. 1, Institutul Național de Sănătate Publică.
7. GHID DE PREVENȚIE Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară: Alimentația • Activitatea fizică, Vol. 2, Institutul Național de Sănătate Publică, București 2016
8. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/322268>
9. Institutul Național de Endocrinologie C.I Parhon - Alimentație pentru sanatate si longevitate <https://parhon.ro/alimentatie-pentru-sanatate-si-longevitate/>
10. Sfatul Medicului - Zece beneficii ale unei alimentații sănătoase
11. https://www.sfatulmedicului.ro/Alimentatia-sanatoasa/zece-beneficii-ale-unei-alimentatii-sanatoase_17000
12. Ammerman A. et. al., The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence; Prev Med. 2002 Jul;35(1):25-41.
13. Centrul Medical de Diagnostic si Tratament „Dr. Victor Babes” - Indicele de masă corporală
14. <https://www.cdt-babes.ro/articole/indicele-de-masa-corporala-imc.php>
15. Sfatul Medicului - Cum se calculeaza indicele de masa corporala (IMC)?
16. https://www.sfatulmedicului.ro/Diete/cum-se-calculeaza-indicele-de-masa-corporala-imc-i_17779
17. Ross R. et al, Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity, Nature Reviews Endocrinology, Vol. 16, p. 177 <https://www.nature.com/articles/s41574-019-0310-7>
18. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>

Cele 5 grupe și subgrupe alimentare de bază

1. Legume:

- legume cu frunze verde închis: toate legumele verzi sub formă de frunze proaspete, congelate sau conservate și broccoli, gătit sau crud. Exemplu: spanac, salată, rucoła, ștevie, măcriș, pătrunjel, mărar, leuștean, etc, alte salate din familia verzei și conopidei (ex varză, varza kale etc), frunzele de ridichi și cele de muștar;

- legume roșii și portocalii: toate legumele roșii și portocalii, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau crude. Exemplu: tomate, ardei roșii, gogoșari, morcovi, cartofi dulci, dovleac,

- legume boabe: toate boabele - gătite sau conservate. Exemplu: boabele de fasole de toate felurile, linte, mazăre.

- *legume cu conținut ridicat în amidon*: toate legumele bogate în amidon proaspete, congelate și conservate. Exemplu: cartofi albi, porumb, păstârnac și mazăre verde.

- *alte legume*: toate celelalte legume, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau proaspete. Exemplu: salata iceberg, fasole păstăi, ceapă, dovlecel, vânăță, castravete etc.

2. Fructe:

Toate fructele proaspete, congelate, conservate și uscate, precum și sucurile de fructe. Exemplu: portocale și suc de portocale, mere și suc de mere, banană, struguri, pepene, fructe de pădure, stafide.

3. Cereale:

- *cereale integrale*: Toate produsele pe bază de cereale integrale și cerealele integrale folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine integrală, cereale integrale, biscuiți sărați, ovăz, orez brun.

- *cereale rafinate* îmbogățite: Toate produsele de cereale rafinate îmbogățite și cerealele rafinate îmbogățite folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine albă, cereale îmbogățite, paste din cereale îmbogățite, orez alb.

4. Produse lactate:

Toate felurile de lapte, iaurturi; deserturi lactate; brânzeturi. Cele mai multe ar trebui să fie degresate sau cu conținut redus de grăsimi. Nu sunt incluse smântâna și frișca din cauza conținutului redus de calciu.

5. Alimente proteice:

Toate felurile de carne, pui, pește, ouă, nuci, semințe și produse de soia procesată. Carnea și puiul trebuie să fie slabe sau cu conținut redus de grăsimi. Boabele de fasole și mazăre sunt considerate parte a acestui grup, precum și a grupului legumelor, dar trebuie luate în considerare doar într-unul din grupuri.

(5) GHID DE PREVENȚIE Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară: Alimentația • Activitatea fizică, Vol. 2, Institutul Național de Sănătate Publică, București 2016

Anexa 2

FORMULAR DE EVALUARE A STATUSULUI NUTRIȚIONAL

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

Semnele de avertizare ale unui status nutrițional necorespunzător sunt adesea ignorate. Utilizați acest chestionar pentru a evalua statusul nutrițional al membrilor comunității.

Fiecare persoană trebuie să evalueze afirmațiile incluse în chestionar; în cazul afirmațiilor considerate corecte, se va încerca punctajul corespunzător din coloana DA. La final se calculează punctajul total și se obține scorul statusului nutrițional.

		DA
1	Sufăr de o boală sau de o condiție care mă face să schimb tipul și/sau cantitatea alimentelor pe care le consum	2
2	Mănânc de mai puțin de 2 ori pe zi.	3
3	Mănânc puține fructe și legume sau produse lactate.	2
4	Aproape în fiecare zi beau bere, lichior sau vin de mai mult de trei ori.	2
5	Am probleme la nivelul dinților sau gurii care îmi crează probleme atunci când mănânc.	2
6	Nu am tot timpul bani suficienți pentru mâncare.	4
7	Mănânc singur/ă majoritatea timpului.	1
8	Îmi administrez trei sau mai multe medicamente (cu sau fără rețetă medicală).	1
9	Fără să vreau, am scăzut în greutate sau m-am îngrășat peste 4,5 kg în ultimele 6 luni.	2
10	Nu sunt în totdeauna capabil/ă (din punct de vedere fizic) să merg la cumpărături, să gătesc și/sau să mă alimentez singur/ă.	2
TOTAL		

Scorul nutrițional total este _____

Între **0-2 puncte**: Status nutrițional bun. Se recomandă reevaluarea statusului nutrițional după 6 luni.

Între **3-5 puncte**: Risc nutrițional moderat. Se recomandă îmbunătățirea obiceiurilor alimentare și a stilului de viață, și reevaluarea statusului nutrițional la 3 luni.

Peste 6 puncte - risc nutrițional crescut. Se recomandă consult medical specializat.

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____ Județ _____

Data completării _____

Anexa 3

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

Greutatea (kg) _____ Înălțimea (m) _____

Vă rugăm bifați căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Într-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori Rareori/	Niciodată	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun?				
2. Obișnuiești să mănânci mâncare fast-food?				
3. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de legume (exceptând cartofii) pe zi? 1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi				
4. Mănânci <u>mai puțin de 2 porții</u> de fructe pe zi? 1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%				
5. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de cereale integrale pe zi? 1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin de 1 porție</u> de lapte, iaurt sau brânză pe zi? 1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză				
7. Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână?				
8. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (incl. pui, curcan/zi)? 90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână?</u>				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi?				
13. Mănânci dulciuri cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, briose, ciocolată și bomboane, înghețată, etc?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe?				
15. Consumi produse bogate în sare cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Foarte dornic					Deloc
5	4	3	2	1	

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____ Județ _____

Data completării _____

FORMULAR DE CALCUL AL INDICELUI DE MASĂ CORPORALĂ (IMC) ȘI EVALUAREA RISCULUI DE BOALĂ*

INFORMAȚII DESPRE PERSOANA CHESTIONATĂ:

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

Greutatea (kg) _____

Înălțimea (m) _____

Indicele de masă corporală (IMC) = Greutatea / înălțimea²
IMC _____

CIRCUMFERINȚA ABDOMINALĂ (cm) _____

După calcularea indicelui de masă corporală și a circumferinței abdominale se va bifa nivelul de risc la care se încadrează persoana evaluată și se vor face recomandările nutriționale.

	Indicele de masă corporală	Grad de obezitate	Riscul de boală (raportat la greutatea corporală normală și la circumferința abdominală)	
			Bărbați < 102 cm Femei < 88 cm	Bărbați > 102 cm Femei > 88 cm
Subponderal	< 18,5			
Normal	18,5-24,9			
Supraponderal	25,0-29,9		Crescut	Înalt
Obezitate	30,0-34,9	I	Înalt	Foarte înalt
	35,0-39,9	II	Foarte înalt	Foarte înalt
obezitate extremă (morbidă)	> 40,0	III	Extrem de înalt	Extrem de înalt

* Riscul de boală raportat la greutatea corporală normală și la circumferința abdominală

INFORMAȚII DESPRE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR CARE A COMPLETAT FORMULARUL

Nume și prenume _____

Localitatea _____ Județ _____

Data completării _____



Activitatea fizică



Camelia Claiți



Sursa foto: Freepik

Introducere

Factorul de risc reprezintă acel aspect comportamental, genetic, demografic, de mediu sau fiziologic care crește probabilitatea îmbolnăvirii unei persoane sănătoase.

Factorii de risc influențabili sunt: alimentația nesănătoasă, fumatul, alcoolul, stresul și activitatea fizică. (1)

Stilul de viață sănătos presupune echilibru între alimentație și mișcare, în acest fel organismul are tot ce îi trebuie, nu acumulează grăsime în exces, este îmbunătățită mobilitatea articulațiilor, este înlăturată starea de oboseală, este îmbunătățită funcționarea sistemelor cardiovascular și respirator, și este resimțită o stare generală de bine. (2)

Glosar de termeni

Activitate fizică:

orice mișcare a corpului produsă de mușchii scheletici care consumă energie.

Comportament sedentar:

orice activitate în poziția șezând sau culcat cu consum energetic scăzut

Frecvență:

de câte ori activitatea fizică este desfășurată într-o zi sau într-o săptămână.

Durată:

timpul petrecut cu fiecare sesiune a activității (de exemplu, minute de mers sau de stat pe sesiune) sau timpul total petrecut într-o activitate pe o perioadă specifică de timp (de exemplu, minute de mers pe săptămână).

Importanța problemei

Alături de stilurile de viață nefavorabile pentru sănătate – care cuprind factorii de risc influențabili – există și pot fi modelate, prin acțiuni de educație pentru sănătate, stiluri de viață favorabile sănătății: practica sistematică a exercițiilor fizice și evitarea sedentarismului, alimentația echilibrată și variată (bogată în legume și fructe proaspete, săracă în grasimi), evitarea fumatului

și a consumului de droguri, consumul moderat de alcool, etc.

Promovarea unui stil de viață care să asigure, în limitele unor condiții date, sănătatea, bunăstarea și împlinirea umană, reprezintă un obiectiv a cărui realizare presupune o acțiune conjugată a disciplinelor medicale și comportamentale, a factorilor economici, politici, sociali și culturali.



Sursa foto: Freepik

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

România se confruntă cu provocări demografice majore: o populație îmbătrânită, rate scăzute de natalitate și o migrație masivă.

În ianuarie 2020, populația României era de 19,328,836 persoane, cu o scădere de aproximativ 10% în ultimii cincisprezece ani, declin datorat atât sporului natural cât și migrației nete.

Impactul îmbătrânirii populației va avea o semnificație majoră în următoarele decenii, având în vedere faptul că proporția vârstnicilor continuă să crească.

În 2017, proporția cetățenilor români de vârstă activă cu reședința în țările Uniunii Europene (UE) reprezenta aproape o cincime (19,4%) din populația rezidentă a României, cel mai mare grup național din rândul cetățenilor mobili din UE. (3,4%)

S-a demonstrat științific că mișcarea are roluri importante în prevenirea unor boli grave, astfel participarea la activitatea fizică regulată reduce riscul de boală coronariană și accident vascular cerebral, diabet zaharat, hipertensiune arterială, cancer de colon, cancer de sân și depresie.

Cauzele lipsei de activitate fizică: faptul că munca s-a mecanizat, că necesarul de efort fizic zilnic s-a redus, că se folosec mașinile mai mult, că timpul liber se petrece în mod sedentar, la televizor. efectele lipsei de activitate fizică: creșterea în greutate, creșterea colesterolului, obezitatea, hipertensiunea arterială, bolile cardiovasculare, diabetul, unele cancere, probleme de sănătate mentală (depresie).

O situație îngrijorătoare este cea referitoare la decesele estimate că se produc în toată lumea din cauza sedentarismului, astfel lipsa de activitate fizică a fost identificată ca al patrulea factor de risc important pentru mortalitatea globală, activitatea fizică

insuficientă fiind responsabilă pentru 3,2 milioane de decese în fiecare an, în întreaga lume. Se estimează că 1,6 milioane decese în fiecare an pot fi atribuite activității fizice insuficiente. (5)

Activitatea fizică, conform recomandării Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), este importantă pentru toate categoriile de vârstă și în special pentru copii, populația activă și persoanele în vârstă.

Exercițiu fizic este o formă a activității fizice care este planificată, structurată, repetitivă și în scop clar de a îmbunătăți sau menține una sau mai multe componente ale condiției fizice, performanței și sănătății.

Inactivitatea fizică a fost identificată drept un factor de risc major pentru mortalitatea prematură și boli în țările cu venituri ridicate din întreaga lume, acest fenomen cauzând peste un milion de decese pe an doar în regiunea europeană a OMS.

Activitatea fizică insuficientă este definită ca fiind „mai puțin de cinci ori 30 minute de activitate moderată pe săptămână sau mai puțin de trei ori 20 minute de activitate fizică viguroasă pe săptămână, sau echivalent”.

La nivel mondial, activitatea fizică insuficientă a determinat 69,3 milioane DALY în anul 2010, ceea ce înseamnă 2,8% din total activitatea fizică insuficientă reprezintă unul din primii 10 factori de risc ai mortalității globale, cauzând aproximativ 3,2 milioane de decese anual.

Activitatea fizică insuficientă determină o creștere cu 20-30% a mortalității de toate cauzele, activitatea fizică regulată reducând riscul de boli cardiace ischemice, accident vascular cerebral, diabet, cancer de sân și cancer de colon. În plus, activitatea fizică regulată are un rol important în controlul greutății și prevenția obezității.(6)

Deși eforturile de promovare a activității fizice de îmbunătățire a stării de sănătate au fost intensificate în ultimii ani de autoritățile publice din unele state membre, nivelurile inactivității fizice în Uniune continuă să rămână inacceptabil de ridicate.

Majoritatea cetățenilor europeni nu fac suficientă activitate fizică, iar 60 % nu practică niciodată un sport sau exerciții fizice sau fac acest lucru rareori.

Lipsa activității fizice în timpul liber tinde să fie mai des întâlnită în grupurile socio-economice defavorizate. (5)

Efectele benefice ale activității fizice:

- îmbunătățește funcțiile musculare și osteo-articulară
- îmbunătățește funcția cardiorespiratorie
- reduce riscul de hipertensiune arterială, boli coronariene, accident vascular cerebral
- reduce riscul de diabet
- reduce riscul de cancer
- reduce riscul de depresie
- reduce riscul de osteoporoză
- este fundamentală pentru echilibrul energetic și controlul greutății (2)

Toate tipurile de activitate fizică pot asigura beneficii pentru sănătate dacă sunt întreprinse în mod regulat și cu o durată și intensitate suficientă.

Beneficiile activității fizice de-a lungul vieții, inclusiv a activității și a exercițiilor sportive regulate, sunt extrem de importante, printre altele pentru reducerea riscului apariției bolilor cardiovasculare, a anumitor tipuri de cancer și de diabet, pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos, a controlului greutății corporale, având de asemenea efecte pozitive asupra evoluției sănătății mentale și a proceselor cognitive.

În România procentul persoanelor de peste 15 ani care fac activitate fizică conform recomandărilor globale OMS (cel puțin 150 de minute/săptămână de activitate fizică de intensitate moderată sau 75 de minute de AF intensă) este de 30%.

În context european, conform datelor raportate în cadrul eurobarometrului special pentru activitatea fizică, publicat în anul 2018, România cu 63% ocupă locul 4 după Bulgaria, Grecia și Portugalia 68%, fiind printre cele 11 țări din UE în care mai mult de jumătate din populație nu face niciodată exerciții fizice sau sport. Față de anul 2013 tendința este de creștere (+3%). La polul opus sunt țările nordice în care procentul celor care exersează sau fac sport în mod frecvent sau cu o anumită frecvență este ridicat: 69% în Finlanda, 67% în Suedia și 63% în Danemarca.

România ocupă poziția a cincea, în ceea ce privește ponderea celor care nu se angajează niciodată în alte activități fizice precum ciclismul, dansul sau grădinaritul. Aceasta tinde să fie mai mare în țările din Europa de sud comparativ cu țările din Europa de Nord

Începând cu 2013, tendința celor care nu se angajează niciodată în alte activități fizice este de creștere în majoritatea țărilor, mai ales în Croația (+ 20 %), urmată pe poziția secundă de România (+ 15%), Austria (+ 12 %), Malta (+ 11 %) și Cehia (+ 10 %)

La nivelul UE principalii factori motivați în ordine descrescătoare au fost: îmbunătățirea stării de sănătate, a condiției fizice, relaxare și distracție. Pentru România ordinea descrescătoare a fost îmbunătățirea stării de sănătate și cu aceeași valoare a fost menționată relaxarea, apoi au urmat factori precum: îmbunătățirea stării de sănătate și pentru a se distra.(7)

Efectele inactivității fizice (boli favorizate de sedentarism)

Sedentarismul (lipsa activității fizice) aparține unui stil de viață nesănătos și poate avea urmări negative considerabile asupra stării de sănătate precum: boala coronariană, hipertensiunea arterială, accident vascular cerebral, diabet zaharat, obezitate, osteoporoză și anumite forme de cancer.

Exercițiul fizic este un factor de combatere al sedentarismului.

Activitatea fizică efectuată sistematic (se recomandă cel puțin 30 de minute zilnic)

crește calitatea vieții și induce o imagine mai optimistă despre sine și despre viață.

Exercițiile fizice pot fi: mers pe jos în ritm rapid, alergat, înot, mers pe bicicletă, grădinarit etc. Se consideră activitate fizică insuficientă:

- mai puțin de cinci ori 30 minute de activitate moderată pe săptămână
- mai puțin de trei ori 20 minute de activitate fizică intensă pe săptămână

Riscurile inactivității fizice:

- hipertensiune arterială, boli coronariene, accident vascular cerebral, fibrilație atrială
- diabet zaharat
- unele tipuri de cancer (cancer de sân și cancer de colon)
- depresie și anxietate, demență
- supraponderalitate și obezitate
- osteoporoză, dureri cronice de spate și gât
- astm bronșic, BPOC (8).

Activitatea fizică, așa cum este recomandată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), este importantă pentru toate categoriile de vârstă, respectiv pentru copii, populația activă și persoanele în vârstă. Recomandările OMS oferă detalii pentru diferite grupe de vârstă și grupuri specifice de populație, cu privire la necesarul de activitate fizică pentru

o stare de sănătate bună.

Copii sub 5 ani

Sugarii (copiii sub 1 an) ar trebui ZILNIC:

- să fie activi fizic de mai multe ori pe zi într-o varietate de moduri, în special prin joc interactiv pe podea; mai mult e mai bine. Pentru cei care nu sunt încă mobili, aceasta include cel puțin 30 de minute în poziție pe burtă, în timp ce este treaz;
- să nu stea mai mult de 1 oră la un moment dat în cărucior sau în scaune înalte sau să fie cărați de îngrijitor.
- nu este recomandat să stea în fața ecranului
- când este sedentar, îngrijitorul să îl implice în lectură sau să spună povești;
- să beneficieze de 14-17 ore (0-3 luni) sau 12-16 ore (4-11 luni) de somn de bună calitate, inclusiv câte un pui de somn.

Copiii de 1-2 ani ar trebui ZILNIC:

- să petreacă cel puțin 180 de minute într-o varietate de tipuri de activități fizice la orice intensitate, dintre care cel puțin 60 de minute să fie activități fizice de intensitate moderată până la viguroase, răspândite pe parcursul zilei; mai mult e mai bine;
- să nu stea mai mult de 1 oră la un mo-



Sursa foto: Freepik

ment dat în cărucior sau să șadă pentru perioade lungi de timp, să stea în scaune înalte sau să fie cărați de îngrijitor sau să șadă pentru perioade lungi de timp.

- pentru copiii de 1 an nu se recomandă petrecerea timpului în fața unui ecran tv sau cu jocuri video
- copiii de 2 ani să stea în fața ecranului maxim o oră; mai puțin este mai bine.
- când este sedentar, îngrijitorul să îl implice în lectură sau să spună povești,
- să beneficieze 11-14 ore de somn de bună calitate, care poate include un pui de somn, cu somn regulat și ore de trezire.

Copiii de 3-4 ani ar trebui ZILNIC:

- să petreacă cel puțin 180 de minute într-o varietate de tipuri de activități fizice la orice intensitate, dintre care cel puțin 60 de minute să fie activități fizice de intensitate moderată până la viguroase, răspândite pe parcursul zilei; mai mult e mai bine;
- să nu stea mai mult de 1 oră la un moment dat în cărucior sau să șadă pentru perioade lungi de timp.
- să stea în fața ecranului maxim o oră; mai puțin este mai bine.
- când este sedentar, îngrijitorul să îl implice în lectură sau să spună povești,
- să beneficieze de 10-13 ore de somn de bună calitate, care poate include un pui de somn, cu somn regulat și ore de trezire.

Copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 5-17 ani

- să efectueze în fiecare săptămână cel puțin 60 de minute pe zi activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă, în special aerobă.
- să efectueze activități aerobice de intensitate viguroasă, precum și activități care întăresc mușchii și oasele, cel puțin 3 zile pe săptămână.

- să reducă sedentarismul, în special timpul petrecut în fața ecranului.

Adulți între 18-64 ani

- săptămânal ar trebui să facă cel puțin 150–300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată,
- **sau** cel puțin 75–150 minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă, **sau** o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă
- ar trebui să efectueze, în minim 2 zile pe săptămână activități de întărire musculară la intensitate cel puțin moderată, care implică toate grupurile musculare majore, deoarece aceste activități oferă beneficii suplimentare pentru sănătate.
- pot crește activitatea fizică aerobă de intensitate moderată la peste 300 de minute pe săptămână **sau** să practice mai mult de 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă **sau** o combinație echivalentă de activitate intensă și moderată pe tot parcursul săptămânii, pentru beneficii suplimentare pentru sănătate.
- ar trebui să limiteze sedentarismul. Practicarea activității fizice de orice intensitate (inclusiv intensitate ușoară) oferă beneficii pentru sănătate
- pentru a reduce efectele dăunătoare ale sedentarismului asupra sănătății, toți adulții, inclusiv cei în vârstă ar trebui să depășească nivelurile recomandate de activitate fizică, respectiv de intensitate moderată până la intensă.

Adulți cu vârsta peste 65 de ani

- La fel ca și pentru adulți; și
- ca parte a activității lor fizice săptămânale, adulții în vârstă ar trebui să facă o activitate fizică variată, care să pună accentul pe echilibrul funcțional și antrenamentul de forță la intensitate moderată sau mai mare, în 3 sau mai multe zile pe săptămână, pentru a spori capacitatea funcțională și pentru a preveni căderile.

Femeile însărcinate și cele postpartum, fără contraindicații ar trebui:

- să efectueze cel puțin 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe tot parcursul săptămânii
- să încorporeze o varietate de activități aerobe și de întărire a mușchilor
- să reducă sedentarismul. Înlocuirea timpului sedentar cu activitate fizică de orice intensitate (inclusiv intensitatea ușoară) oferă beneficii pentru sănătate.

Persoanele care trăiesc cu afecțiuni cronice (hipertensiune arterială, diabet de tip 2, HIV și supraviețuitori ai cancerului)

- ar trebui să facă cel puțin 150–300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată;
- sau cel puțin 75–150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii
- ar trebui să efectueze, de asemenea, activități de întărire a mușchilor de intensitate moderată sau mai mare, care implică toate grupele musculare majore în 2 sau mai multe zile pe săptămână. Așa se obțin beneficii suplimentare pentru sănătate.
- ca parte a activității lor fizice săptămânale, adulții în vârstă ar trebui să efectueze o activitate fizică multicomponentă variată, care să accentueze echilibrul funcțional și antrenamentul de forță de intensitate moderată sau mai mare, în 3 sau mai multe zile pe săptămână, pentru a spori capacitatea funcțională și pentru a preveni căderile.
- poate crește activitatea fizică aerobă de intensitate moderată la peste 300 de minute; sau să efectueze peste 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă de activitate intensă și moderată pe tot parcursul săptămânii pentru beneficii suplimentare pentru sănătate.

- ar trebui să limiteze sedentarismul. Înlocuirea timpului sedentar cu activitate fizică de orice intensitate (inclusiv intensitatea ușoară) oferă beneficii pentru sănătate și
- pentru a ajuta la reducerea efectelor dăunătoare ale nivelurilor ridicate de comportament sedentar asupra sănătății, toți adulții și adulții în vârstă ar trebui să urmărească să facă mai mult decât nivelurile recomandate de activitate fizică de intensitate moderată până la intensă.

Copii și adolescenți cu dizabilități

- ar trebui să facă în medie cel puțin 60 de minute pe zi cu intensitate moderată până la viguroasă, în principal activitate fizică aerobă, pe parcursul săptămânii.
- ar trebui să încorporeze activități aerobice de intensitate viguroasă, precum și cele care întăresc mușchii și oasele, cel puțin 3 zile pe săptămână.
- ar trebui să limiteze sedentarismul, în special cantitatea de timp în fața ecranului.

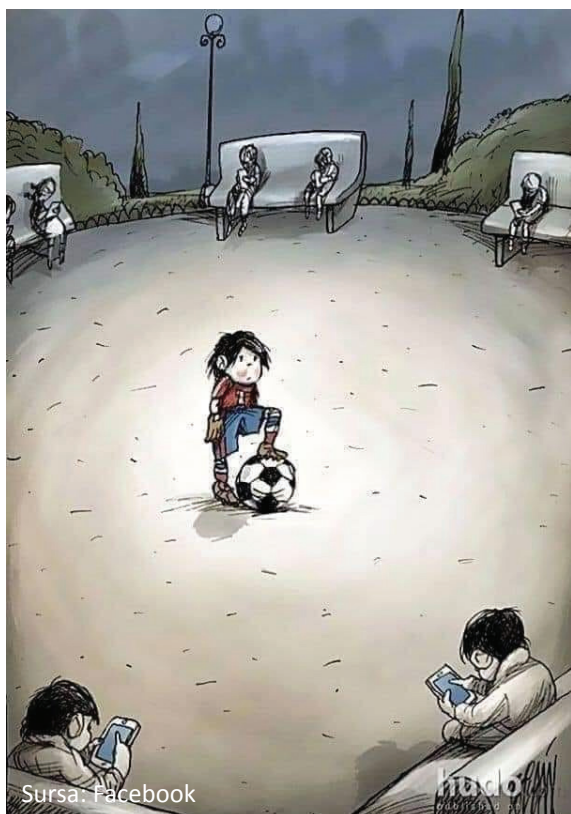
Adulți cu dizabilități

- ar trebui să facă cel puțin 150–300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată;
- sau cel puțin 75–150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă de activitate intensă moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii
- ar trebui să efectueze, de asemenea, activități de întărire musculară de intensitate moderată sau mai mare, care implică toate grupurile musculare majore în 2 sau mai multe zile pe săptămână, deoarece acestea oferă beneficii suplimentare pentru sănătate.
- ca parte a activității lor fizice săptămânale, adulții mai în vârstă ar trebui să facă o activitate fizică multicomponentă variată, care să pună accentul pe echilibrul funcțional și antrenamentul de forță de

intensitate moderată sau mai mare, în 3 sau mai multe zile pe săptămână, pentru a spori capacitatea funcțională și pentru a preveni căderile.

- pot crește activitatea fizică aerobă de intensitate moderată la peste 300 de minute; sau să efectueze mai mult de 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă de activitate intensă moderată și intensă pe tot parcursul săptămânii pentru beneficii suplimentare pentru sănătate.
- ar trebui să limiteze sedentarismul. Înlocuirea timpului sedentar cu activitate fizică de orice intensitate (inclusiv intensitatea ușoară) oferă beneficii pentru sănătate și
- pentru a ajuta la reducerea efectelor dăunătoare ale nivelurilor ridicate de comportament sedentar asupra sănătății, toți adulții și adulții în vârstă ar trebui să urmărească să facă mai mult decât nivelurile recomandate de activitate fizică de intensitate moderată până la intensă.

Este posibil să se evite comportamentul sedentar și să fie activ fizic în timp ce șade sau stă culcat. De exemplu, activități în jumătatea superioară a corpului, inclusiv activități



Sursa: Facebook

specifice scaunului cu roțile.

Forme de activitate fizică:

- Activitate fizică moderată - necesită efort moderat și accelerează notabil ritmul cardiac.
- Activitate fizică intensă - necesită efort mare și produce accelerarea respirației și o creștere substanțială a frecvenței cardiace.

Tipuri de activitate fizică:

- Activitatea fizică aerobă implică niște contracții dinamice ale grupurilor musculare mari.
- Activitatea de întărire musculară menține sau îmbunătățește forța musculară, rezistența, masa musculară sau puterea.
- Exercițiile de flexibilitate (stretching) îmbunătățesc gama și ușurința de mișcare în jurul unei articulații.
- Exercițiile de menținere a echilibrului îmbunătățesc capacitatea de a rezista forțelor intrinseci sau de mediu care ar putea cauza căderi în timpul mersului, statului în picioare sau în șezut.
- Modalitățile obișnuite de a fi activ sunt: mersul pe jos, ciclismul, sporturile și activități de recreere - acestea pot fi realizate de oricine și ca divertisment.

Categorii ale activității fizice: cele ocupationale, casnice, timp liber și transport.

- Activitatea fizică poate fi întreprinsă în diverse forme: mersul pe jos, ciclismul, sportul și forme active de recreere (de exemplu, dans, yoga, tai chi).
- Activitatea fizică poate fi realizată atât la serviciu cât și la domiciliu.
- Ca atare, aceasta cuprinde activități la fel de diverse precum munca, jocul în școală, desfășurarea treburilor gospodărești, transportul din loc în loc (mersul pe jos sau mersul pe bicicletă) și implicarea în activități recreative (grădinarit, dans, yoga, înot, alergare, sporturi de echipă etc.) (10)

Sumar recomandări

Tabelul 1 – Recomandări de practică

Recomandări de practică		Nivel de evidență
1. Analiza	Recomandare 1 Intervenții scurte de screening pentru toate formele de activitate fizică Se recomandă utilizarea indexului activității fizice Chestionarul GPPAQ	Ia, Ib
2. Planificare	Recomandare 2 Elaborare plan de intervenție centrat pe om	V
3. Implementare	Recomandare 3 Trimitere spre servicii specializate	Ia, V
4. Monitorizare	Recomandare 4 Monitorizarea intervenției de creștere a nivelului de activitate fizică, până la finalizarea planului.	V

Adaptare după RNAO_Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice (9)

Descriere recomandări

Recomandarea 1:

Intervenții scurte de screening pentru toate formele de activitate fizică

Intervenții care pot fi efectuate de asistentul medical comunitar (AMC)

Factori de risc evaluați de AMC - Activitatea fizică insuficientă

- sedentarism (lipsa activității fizice)
- mai puțin de 30 de minute pe zi activitate fizică energetică

Organizarea intervenției asupra factorului de risc reprezentat de inactivitatea fizică, prin formula celor 5 A:

1. Ask (screening) – întreabă despre activitatea fizică;
2. Assess (evaluare) – evaluează: nivelul,

tipul și frecvența activității fizice și sedentarismului;

3. Advise (sfătuiește): stabilește obiective privind minutele de activitate fizică/zile și/sau combaterea sedentarismului;

4. Assist (susținere adaptată): acordă recomandări privind activitatea fizică;

5. Arrange (supraveghere) – trimite către fizioterapeuți sau evaluează programul de modificare a stilului de viață și vizitele de monitorizare.

România folosește nivelurile de activitate fizică recomandate de Organizația Mondială a Sănătății

Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică, utilizând chestionarul GPPAQ (General Practice Physical Activity Questionnaire); (vezi Anexa 1)

Chestionarul GPPAQ pentru activitatea fizica – Indexul activității fizice

Chestionarul privind activitatea fizică în Medicina Generală – “General Practice Physical Activity Questionnaire GPPAQ” a fost elaborat de Școala londoneză de Igienă și Medicină Tropicală, ca metodă validată de măsurare a nivelului de activitate fizică. Chestionarul GPPAQ este instrumentul validat pentru medicina primară care:

- se utilizează în evaluarea nivelului de activitate fizică la adulți cu vârste între 17 și 74 ani;
- clasifică pacienții în 4 categorii (PAI - Indexul activității fizice): activi, moderat activi, moderat inactivi și inactivi. Aceste categorii se corelează cu riscul cardiovascular;
- informează cadrul medical când devine

necesară intervenția scurtă de creștere a nivelului de activitate fizică.

Cu excepția persoanelor clasificate “active”, celorlalți pacienți trebuie să li se ofere o intervenție scurtă de modificare a comportamentului pentru creșterea nivelului de activitate fizică.

Persoanele clasificate “active” trebuie să primească încurajări pentru a se menține la fel și pe viitor sau pentru a-și crește ușor nivelul de activitate fizică.

Deși chestionarul include mersul, activitatea casnică, activitățile fizice în natură, acestea nu se reflectă în scorul final din cauza supraevaluărilor observate pe perioada validării, ceea ce necesită întrebări suplimentare cu privire la durata și intensitatea mersului. (2)

Chestionarul GPPAQ – Indexul activității fizice

INDICE ACTIVITATE FIZICĂ	CARACTERISTICI
INACTIV	muncă sedentară și niciun exercițiu fizic sau mers pe bicicletă
MODERAT INACTIV	muncă sedentară și sub o ora de exercițiu fizic și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și fără exerciții fizice sau mers pe bicicletă
MODERAT ACTIV	muncă sedentară și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și sub o oră de exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și fără exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă
ACTIV	muncă sedentară și peste 3 ore de exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și sub o oră de exerciții fizice și/ sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică grea

Sursa: OMS (10,11,12)

Recomandarea 2

Elaborare plan de intervenție centrat pe om

- Pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor se recomandă încurajarea activității fizice, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur;

- Se recomandă încurajarea desfășurării de activități fizice la copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani, cu durata de cel puțin 3 ore în fiecare zi, pe parcursul zilei;

- Mai multă activitate fizică determină beneficii mai mari;

- Se recomandă încurajarea efectuării de activități fizice moderate spre intense la copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani;

- Adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5 - 5 ore săptămânal de activitate fizică sau exerciții aerobice măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Sedentarii trebuie puternic încurajați să înceapă un program de exerciții ușoare;

- Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durata de ≥ 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu 4-5 zile pe săptămână;

- Se recomandă activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni;

- Gravidele și lehuzele sănătoase care nu sunt active sau nu obișnuiesc să facă activități fizice intense, ar trebui să facă, pe perioada sarcinii și lăuziei, cel puțin 150 minute (2,5 ore) de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe săptămână;

- Gravidele și lehuzele care sunt obișnuite

să facă activitate fizică aerobă intensă sau care sunt intens active pot continua activitatea fizică pe perioada sarcinii și lăuziei cu condiția să rămână sănătoase și să discute cu medicul, cum trebuie ajustată în timp această activitate;

- Se recomandă utilizarea sfatului scurt pentru creșterea nivelului de activitate fizică la adulții care nu sunt activi.

Recomandarea 3

Trimitere spre servicii specializate

- Pentru adulții supraponderali sau obezi cu factori adiționali de risc cardiovascular, se recomandă oferirea sau trimiterea către consiliere comportamentală pentru promovarea unei diete sanogene și a activității fizice adecvate în scopul prevenirii afecțiunilor cardiovasculare.

Recomandarea 4

Monitorizarea intervenției de creștere a nivelului de activitate fizică, până la finalizarea planului.

Asistentele medicale trebuie să furnizeze recomandări privind nivelul de activitate fizică în conformitate cu vârsta și starea de sănătate și să recomande evitarea sedentarismului.

Este important mesajul că orice activitate fizică este mai bună decât lipsa ei.

Persoanele care nu fac activitate fizică regulată pot fi încurajate să înceapă și să crească treptat nivelul de activitate până la cel recomandat.

Se recomandă monitorizarea pacienților consiliați pentru mișcare (2,11).

Monitorizare Ghid

Nivelul de activitate fizică trebuie înregistrat la toți pacienții peste 16 ani, la fiecare 5 ani.

Completarea chestionarului durează 1 minut.

Sunt necesare 1-2 minute pentru a

transfera răspunsurile în formatul electronic și analiza rezultatelor.

Rezultate promițătoare au intervențiile în care se utilizează mijloacele noi de comunicare (internet, social media, SMS etc.). (10,12)

Bibliografie

1. Manualului formatorului “Instrumente eficiente de promovare a sanataii pentru a fi utilizate de catre echipele comunitare in populatiile vulnerabile (inclusiv roma)” Proiectul “Intarirea retelei nationale de mediatori romi pentru imbunatatirea starii de sanatate a populatiei rome” PROIECT RO 19.03
2. Ghid de prevenție: Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară, vol 1, <https://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-1-web.pdf>
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health, 2019. Series: State of Health in the EU. ISBN 9789264903371.
4. Eurostat. EU citizens in other EU Member States. Eurostat Newsrelease. [Online] May 28, 2018; <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8926076/3-28052018-AP-EN.pdf/48c473e8-c2c1-4942-b2a4-5761edacda37>
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724OMS <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
6. Din Raport CNEPSS- FRECVENȚA ȘI NIVELUL DE IMPLICARE ÎN ACTIVITĂȚI SPORTIVE ȘI ÎN ALTE ACTIVITĂȚI FIZICE
7. Eurobarometru special pentru activitate fizică, UE - 2018; <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>
8. A European Physical Activity on prescription model proiectul “Un model european de activitate fizică la prescripție” în România; www.eupap.org Recomandari de activitate fizica Chestionare de evaluare EUPAP FYSS-Activitate fizică în prevenirea și tratarea bolilor-versiunea scurtă
9. RAO_Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice https://rno.ca/sites/rnaoca/files/bpg/RNAO_Integrating_Tobacco_Interventions_into_Daily_Practice_2017_Third_Edition_Best_Practice_Guideline_0.pdf
10. WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/26/default-calendar/who-2020-guidelines-on-physical-activity-and-sedentary-behaviour> <https://www.who.int/activities/digital-solutions-for-promoting-physical-activity> <https://www.who.int/news-room/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---physical-activity> PROMOTING PHYSICAL ACTIVITY IN THE HEALTH SECTOR; https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/382337/fs-health-eng.pdf
11. Ghid de prevenție – Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Proiect 19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” derulat în cadrul Programului RO 19 „Inițiative în sănătatea publică”
12. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice. 2nd ed. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners (2015). <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/snap>

Anexa 1

Chestionar pentru calcularea indexului activității fizice (11)

Data.....

Nume.....

1. Vă rugăm să ne spuneți tipul și cantitatea de activitate fizică pe care o implică activitatea dvs. profesională. Vă rugăm să bifați o singură căsuță, cea mai reprezentativă pentru munca desfășurată de dvs. în prezent:

		Vă rugăm să marcați o singură căsuță
a	Nu lucrez (de exemplu, pensionari, pensionari din motive de sănătate, șomaj, îngrijitor full-time etc.)	
b	Majoritatea timpului am activitate la birou, pe scaun	
c	Îmi petrec cea mai mare parte a timpului în picioare sau mergând pe jos. Cu toate acestea, munca mea nu are nevoie de mult efort fizic intens (de exemplu, asistent magazin, coafor, agent de pază etc)	
d	Munca mea implică efort fizic, inclusiv manipularea unor obiecte grele și utilizarea de instrumente (de ex. instalator, electrician, tâmplar, curățenie, asistentă spital, grădinar, lucrători poștali etc.)	
e	Munca mea implică activitate fizică intensă, inclusiv manipularea unor obiecte foarte grele (de ex. schele, muncitor în construcții, vidanjour, etc.)	

2. În ultima săptămână, câte ore ați efectuat fiecare dintre următoarele activități?

Vă rugăm să răspundeți dacă sunteți angajat sau nu

		Vă rugăm să marcați numai o căsuță pe fiecare rând			
		Deloc	Ceva mai puțin de 1 ora	Între 1 și 3 ore	Peste 3 ore
a	Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sală, gimnastică etc.				
b	Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber				
c	Mers pe jos, inclusiv către locul de muncă, la cumpărături, plimbări etc.				
d	Gospodărie / îngrijirea copiilor				
e	Grădinarit / bricolaj				

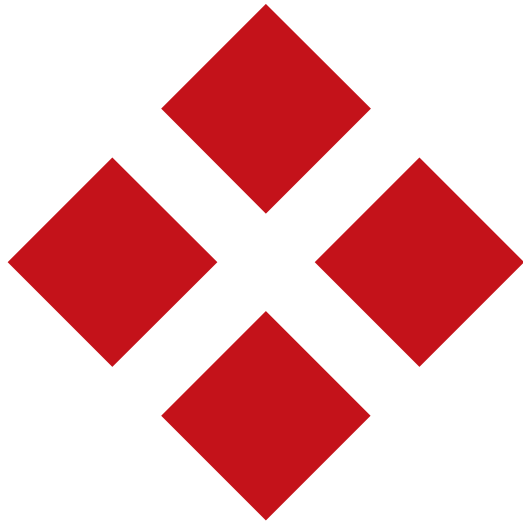
3. Cum ați descrie ritmul dvs de mers pe jos, de obicei? Vă rugăm să marcați un singur răspuns

Ritm lent (sub 4 km/h)

Ritm mediu constant

Ritm alert

Ritm rapid (peste 6 Km)



HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ



Edit Fekete



Sursa foto: Freepik

Introducere

De-a lungul timpului s-au făcut progrese în înțelegerea epidemiologiei, proceselor fiziologice și a factorilor de risc asociați hipertensiunii, iar dovezile științifice acumulate demonstrează că scăderea presiunii sângelui poate să reducă substanțial morbiditatea și mortalitatea premature (1).

Intervenția asupra factorilor de risc comportamentali ca și un număr de tratamente

medicamentoase pot conduce la scăderea presiunii sângelui. În ciuda acestui fapt, nivelul de control al tensiunii arteriale (TA) rămâne încă la un nivel scăzut, la nivel mondial și chiar și în Europa. În consecință, hipertensiunea arterială (HTA) continuă să rămână principala cauză prevenibilă a bolilor cardiovasculare (BCV) și a mortalității prin toate cauzele în lume și în Europa. (1)

Glosar de termeni

Tensiunea arterială se referă la forța exercitată de sângele care circulă asupra pereților vaselor de sânge. Presiunea sângelui care circulă scade în timp ce sângele trece prin artere, arteriole, capilare și vene. Tensiunea arterială sistolică (TAS) este definită ca presiunea cea mai mare în artere, care apare aproape de începutul ciclului cardiac. Tensiunea arterială diastolică (TAD) este cea mai mică presiune (în faza de repaus a ciclului cardiac). Măsurile presiunii arteriale nu sunt statice, ci suferă variații naturale de la o bătaie a inimii la alta și pe tot parcursul zilei. Valorile tensiunii arteriale sunt raportate în mmHg (milimetri pe coloana de Mercur).

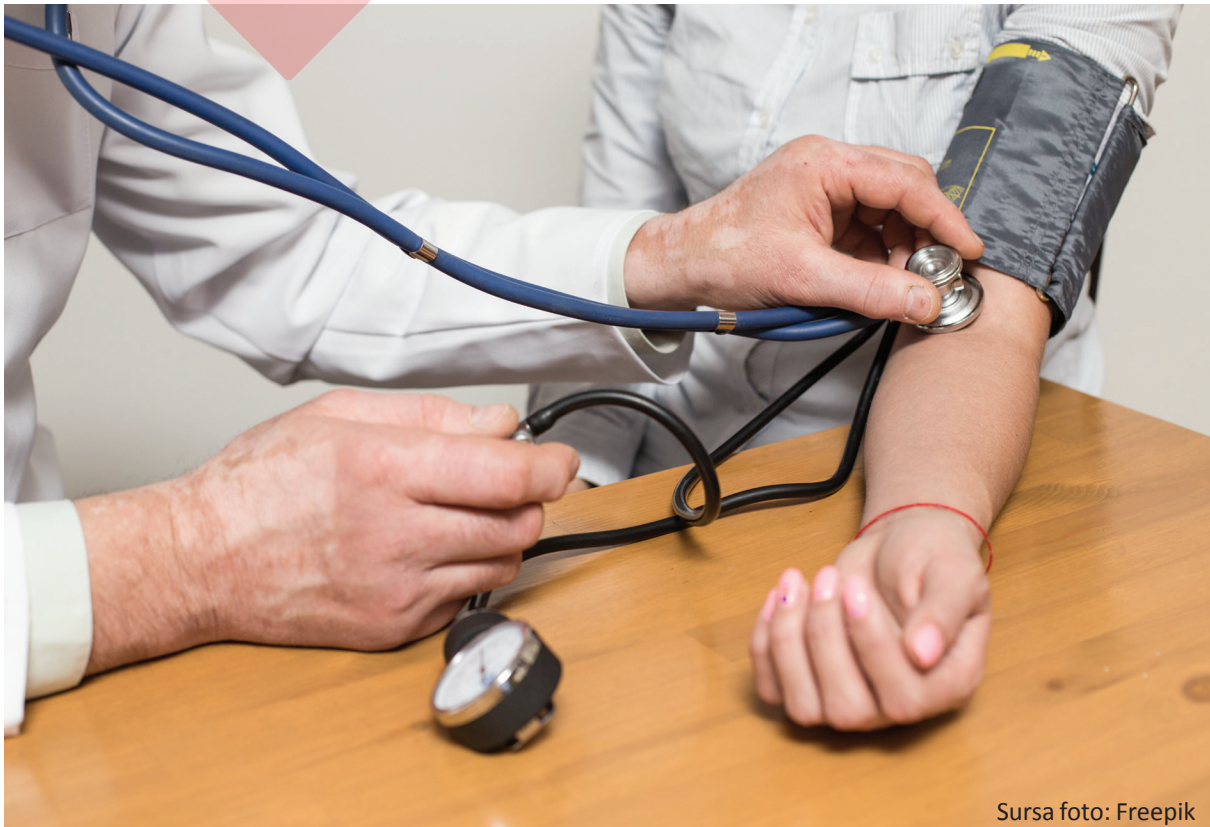
Automonitorizarea tensiunii arteriale este o metodă de monitorizare a tensiunii arteriale la domiciliu, de către pacient sau de către familia acestuia, cu ajutorul dispozitivelor automate. Această metodă poate fi folosită pentru diagnosticul hi-

pertensiunii arteriale sau pentru verificarea eficacității tratamentului.

Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale reprezintă o metodă neinvazivă, automatizată, prin care se înregistrează valorile TA pe o durată îndelungată de timp, în condiții ambulatorii, permițând ilustrarea modificărilor de tensiune arterială în corelație cu momentele zilei și calcularea de valori medii pe un anumit interval de timp (de obicei 24h).

Hipertensiunea de halat alb se referă la o condiție netratată în care valoarea presiunii sângelui este ridicată în cabinetul medical, dar este normală când este măsurată în ambulator (Holter TA) sau acasă (sau în ambele). (2)

Hipertensiunea mascată se referă la pacienții netrațați la care valoarea presiunii sângelui este normală atunci când este măsurată în cabinetul medicului, dar este ridicată atunci când este măsurată acasă sau în ambulator. (2)



Sursa foto: Freepik

Importanța problemei

Hipertensiunea arterială reprezintă un factor de risc cardiovascular (FRC) major, cu o pondere semnificativă în populația generală. Hipertensiunea arterială este recunoscută ca având un rol important în apariția bolii coronariene ischemice (BCI), a bolii cerebrovasculare (BCV), a insuficienței cardiace (IC), a bolii renale cronice (BRC), precum și a bolii arteriale periferice (BAP). Hipertensivii dezvoltă BCV cu 5 ani mai devreme (95% CI 4.8-5.2) decât normotensivii. Asocierea HTA cu alți factori de risc cardiovascular, cu prezența de leziuni de organe țintă (AOT) și comorbidități, influențează morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară. O scădere a TA sistolice cu 10-15 mmHg și a celei diastolice cu 5-8mmHg poate duce la o înjumătățire a morbidității și mortalității prin boli cardiovasculare. Având în vedere importanța hipertensiunii ca factor de risc, determinarea valorii ei, la orice adult, este un gest simplu (2).

Studiile SEPHAR (Study of Prevalence of

Hypertension and Cardiovascular Risk in an adult population in România, SEPHAR I și SEPHAR II, 2005) au arătat o prevalență de 40% a hipertensiunii arteriale (HTA), 37% a obezității, 46% a dislipidemie și 29% a fumatului în populația generală adultă a României. Peste 50% dintre hipertensivii nou diagnosticați nu se știau hipertensivi la data screeningului, iar dintre hipertensivii cunoscuți, doar 39% erau sub tratament. Studiul a evidențiat o prevalență crescută a factorilor de risc cardiovascular în regiuni cu nivel socio-economic scăzut (2).

Un raport al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), actualizat în ianuarie 2015, arată că bolile cardiovasculare (BCV) sunt în continuare cauza principală de deces în lume. Majoritatea acestor decese pot fi prevenite prin modificarea factorilor de risc cu rol în apariția bolii cardiovasculare aterosclerotice (BCVAS), cum ar fi fumatul, dieta nesănătoasă și obezitatea, lipsa activității fizice, consumul inadecvat de alcool.(2)

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Impactul tratamentului hipertensiunii arteriale

Relația dintre valoarea tensiunii arteriale și riscul cardiovascular este una continuă. Studii de cohortă, trialuri controlate au arătat relația între creșterea valorilor tensiunii arteriale și apariția de BCVAS (infarctul de miocard, accidentul vascular cerebral, boala vasculară periferică) și insuficiența cardiacă (2).

Beneficiul scăderii tensiunii arteriale este demonstrat în studii clinice. O metaanaliză din 1994 a demon-

strat că scăderea TAD cu 5-6 mmHg produce o reducere cu 16% a BCI și cu 38% la AVC după o perioadă de urmărare de 5 ani (6).

Tratamentul hipertensiunii arteriale beneficiază de o serie de mijloace non-farmacologice, care țin în principal de modificări la nivel de stil de viață dar și de foarte multe mijloace farmacologice.

Recomandări (3,4)

RECOMANDĂRI	Clasa de recomandare	Nivel de evidență
Definiție și screening (3)		
Este recomandată clasificarea TA în optimă, normală, înalt normală și grad 1-3 în funcție de valorile TA măsurate în cabinet (3)	I	C
Toți adulții peste 18 ani trebuie să aibă valoarea TA măsurată și înregistrată în fișă și să își cunoască medicul de familie (3)	I	B
Se recomandă măsurarea TA la cel puțin 5 ani pentru persoane între 14 și 40 de ani și la fiecare doi ani pentru persoane peste 40 de ani (3)	I	C
La diabetici și la pacienții cu afecțiuni renale cronice diagnosticul de HTA se face după aceleași criterii (TAS \geq 140 mmHg și / sau TAD \geq 90 mmHg (3)		B
Măsurarea TA(3)		
Măsurarea TA trebuie efectuat cu aparate calibrate conform standardelor internaționale		D
Recomandări practice(4)		
Trebuie folosită orice oportunitate pentru a evalua tensiunea arterială la adulți pentru depistarea precoce a hipertensiunii arteriale.(4)		D
Se va utiliza tehnica corectă, dimensiunea corespunzătoare a manșetei și în mod corespunzător echipamente calibrate.(4)		D
Se recomandă ca profesioniștii din sănătate să aibă cunoștințe cu privire la diagnosticul de hipertensiune.(4)		D
Se recomandă să educe persoanele despre automonitorizarea tensiunii arteriale, despre valorile tensiunii arteriale țintă și despre importanța de atingere și menținere a acestui obiectiv.(4)		D
Intervenții privind stilul de viață (3)		
Toți pacienții cu hipertensiune ar trebui să primească sfaturi profesionale cu privire la modificările necesare schimbării stilului de viață.	II	B
Intervenția asupra schimbărilor stilului de viață ar trebui să fie individualizată și este necesar să se acorde prioritate în funcție de caracteristicile pacientului.		C
Dieta /Alimentație(3)		
Se recomandă să evalueze persoanele cu privire la factorii de risc alimentari, în colaborare cu dieteticieni și alți membrii ale echipei de asistență medicală.		D
Se recomandă o dietă echilibrată, bogată în fructe, legume și produse lactate degresate, împreună cu reducerea grăsimilor totale și saturate.	IV	A
Reducerea aportului de sare la <5 g pe zi este o măsură eficientă la pacienții hipertensivi.	I	A
Alcoolul (3)		
Se recomandă evaluarea consumului de alcool a persoanelor, inclusiv cantitatea și frecvența, și se va recomandă limitarea consumului de alcool, după caz, la maximum: <ul style="list-style-type: none"> ■ Două băuturi standard pe zi sau 14 băuturi standard pe săptămână pentru bărbați; ■ O băutură standard pe zi sau 8 băuturi pe săptămână pentru femei și bărbați cu greutate mai mică. 	I	A

Fumatul (3)		
Se recomandă să aibă cunoștințe despre relația dintre fumat și riscul bolilor cardiovasculare.	I	B
Se recomandă stabilirea statusului de fumător al persoanelor și se va recomanda renunțarea la fumat la cei cu hipertensiune		
Stresul (3)		
Se va recomanda evitarea stărilor stresante.	IV	
Greutate(3)		
Se va evalua greutatea persoanelor, indicele de masă corporală (IMC) și circumferința taliei.		
La persoanele cu un IMC mai mare sau egal cu 25 și cu circumferință taliei peste 102 cm (bărbați) și 88 cm (femei) se va recomanda reducerea greutății.		
O scădere în greutate de cel puțin 4 kg este recomandată la pacienții hipertensivi cu indice de masă corporală > 27 kg / m ²		C
Activitate fizică(3)		
Se va evalua nivelul de activitate fizică al persoanelor	IV	
La persoanele hipertensive este indicat să efectueze exerciții aerobe la o intensitate de 60-80% din ritmul cardiac maxim, timp de 45- 60 minute, cel puțin trei zile pe săptămână.		A
Medicația(4)		
Se recomandă cunoașterea principalelor grupe de medicamente prescrise în tratamentul hipertensiunii arteriale(diuretice, beta blocante, blocante de canal Ca, vasodilatatoare etc.).		
Urmărire(4)		
Un pacient hipertensiv bine controlat trebuie urmărit la fiecare șase luni și de către personalul medical de îngrijire primară anual.		D
Ținta valorilor TA variază în funcție de situația clinică. La majoritatea pacienților ținta este <140/90 mmHG	I	A
Frecvența vizitelor poate fi mai mare în anumite situații, cum ar fi: control nesatisfăcător al TA, apariția efectelor secundare și a unor factori de risc cardiovascular sau a bolilor concomitente.		D

Descriere recomandări

6.1 Definiție și clasificare

Definiție: Hipertensiunea arterială reprezintă o creștere a valorilor tensiunii arteriale peste 140 mmHg pentru tensiunea sistolică (TAS), și/sau 90 mmHg a tensiunii diastolice (TAD).

Tensiunea prag este stabilită prin convenție la 140/90 mmHg. Această valoare este utilizată pentru a facilita diagnosticul HTA și pentru decizia de începere a tratamentului. (2)

Clasificarea hipertensiunii arteriale se face în funcție de valorile tensiunii arteriale măsurată în cabinet. În funcție de etiologie, HTA se

poate clasifica în esențială și secundară.

Tensiunea arterială se încadrează după valorile TA măsurate în poziție șezândă.

Încadrarea în gradul de HTA se face în funcție de valoarea cea mai mare a TA măsurată în cabinet indiferent dacă este TAS sau TAD.

Hipertensiunea sistolică izolată se împarte în grad 1,2 și 3 în funcție de valorile tensiunii arteriale sistolice.

Hipertensiunea arterială este influențată de către factorii de risc cardiovasculari, în special de către fumat și de asocierea diabetului zaharat.

Tabel 1: Clasificarea HTA (valori în mmHg)

Categoria*	Sistolică (mmHg)	Diastolică (mmHg)	Recomandări**
Optimă	<120	<80	Vârsta 14-40 ani: la fiecare patru ani și >40 ani: la fiecare doi ani
Normală	120 -129	80 -84	Vârsta 14-40 ani: la fiecare patru ani și >40 ani: la fiecare doi ani
Normal-înaltă	130 -139	85 -89	Evaluare anuală
HTA de grad 1	140 -159	90 -99	Confirmare și evaluare din două în două luni
HTA de grad 2	160 -179	100 -109	Confirmare și evaluare lunară
HTA de grad 3	≥180	≥110	Evaluare imediată sau maxim într-o săptămână
HTA sistolică izolată	≥140	<90	Clasificare conform TA sistolică

Sursa: adaptat după Ghidul 2018 ESC/ESH

*Dacă TAS și TAD se află în categorii diferite, ar trebui să se aplice clasificarea și gama de recomandări pentru valoarea cea mai înaltă

** Modificabil în funcție de cifrele anterioare ale TA, situația clinică, afectarea organelor și prezența unor alți factori de risc cardiovascular

6.2. Tehnica măsurării TA

Măsurarea TA

Trebuie folosită orice oportunitate pentru a evalua tensiunea arterială la adulți pentru depistarea precoce a hipertensiunii arteriale. Se recomandă ca asistentul medical să aibă cunoștințe cu privire la diagnosticul de hipertensiune.

Pentru un diagnostic corect al HTA este necesar ca măsurarea TA să se facă în conformitate cu standardele. Erorile de măsurare pot determina încadrarea necorespunzătoare a pacientului atât din punct de vedere al diagnosticului cât și din punct de vedere al clasei de risc.

Pregătirea pentru măsurare

Pacientul ar trebui să se abțină de la mâncare, băutură, fumat și de la primirea medicamentelor, care afectează tensiunea arterială, cu o oră înainte de măsurare.

Măsurarea tensiunii arteriale

Echipamentul necesar:

- tensiometru aneroid cu manșetă de dimensiuni corespunzătoare;

- stetoscop biauricular;
- mănuși (dacă este necesar),
- alcool sanitar,
- un tampon de bumbac.

Măsurarea se poate face și cu un tensiometru electronic.

Se informează pacientul cu privire la efectuarea și scopul tehnicii.

Pacientul trebuie să fie așezat în decubit dorsal (culcat pe spate), șezând, semișezând sau ortostatism (poziție vertical), în funcție de capacitatea acestuia de mobilizare.

Aplicarea manșetei:

- se verifică dacă manșeta conține aer și se elimină deschizând ventilul de siguranță, dacă este necesar

- se introduce manșeta pe bratul pacientului, deasupra plicii cotului (manșeta se aplică direct pe piele), astfel încât tubul de cauciuc să fie îndreptat în direcția antebrațului. Se lasă un spațiu de aprox. 2-3cm între marginea inferioară a manșetei și plica cotului. Se trage manșeta de capătul liber și se închide cu velcro-ul (ariciul) fără a fi strânsă prea tare. Între manșetă și braț nu trebuie să fie spațiu liber, întrucât aceasta poate afecta rezultatul.

- se așează brațul pacientului pe masă, cu palma în sus, astfel încât manșeta să se afle la aceeași înălțime cu inima.

- se fixează capsula stetoscopului sub marginea inferioară a manșetei, deasupra arterei brahiale (se palpează artera exercitând o ușoară presiune cu degetele pentru a o localiza); capsula este fixată corect dacă pulsul (zgomotele Korotkoff) se aude cu intensitate maximă. Olivele stetoscopului trebuie introduse bine în urechi, pentru ca zgomotele Korotkoff să se audă clar în timpul măsurării.

- se închide ventilul de siguranță și se pompează ritmic aer în manșetă strângând para de umflare până la dispariția zgomotelor pulsatile.

Tensiunea arterială sistolică:

Se deschide ușor supapa cu o viteză de 2-3 mmHg până la apariția primului zgomot Korotkoff care reprezintă valoarea tensiunii sistolice.

Tensiunea arterială diastolică:

Se dezumflă cu aceeași viteză până când zgomotele încetează, ultimul zgomot reprezentând valoarea tensiunii diastolice.

Diferența dintre valorile celor două brațe ar trebui să fie în limita a 10-15 mm Hg. Diferențe mai mari de 10-15 implică fluxul sanguin diferențial. Dacă doriți să repetați măsurarea tensiunii arteriale, ar trebui să lăsați manșeta să se dezumfle complet, să permiteți ca orice congestie venoasă în braț să fie soluționată și apoi repetați la un interval de un minut.

6.3 Hipertensiune și riscul cardiovascular

Factorii de risc care influențează hipertensiunea arterială

- Lipsa de activitate fizică;
- Consumul mare de alcool;
- Aportul crescut de sodiu dietetic;
- Aportul scăzut de potasiu dietetic;
- Stresul;
- Vârsta și sexul- înaintarea în vârstă;
- Fumatul;
- Colesterolul mărit din sânge;
- Pacienții cu boli sistemice care includ diabetul zaharat, boala renală, boli vasculare periferice;
- Antecedente familiale de hipertensiune

arterială, boală coronariană sau accident vascular cerebral.

- Factori psihosociali (2)

În afară de factorii de risc, la un pacient hipertensiv contează și bolile pe care le asociază bolile cardiovasculare sau renale cum ar fi: boala cerebrovasculară (accidental vascular ischemic, hemoragia cerebrală, accidental ischemic tranzitor), boala coronariană aterosclerotică (infarctul miocardic, angina pectorală), insuficiența cardiacă, boala arterială periferică, fibrilația atrială. (1) Și alte afecțiuni pot modifica riscul pacientului cu hipertensiune arterială și anume: diabetul zaharat, poliartrita reumatoidă, psoriazisul.

Cu cât un pacient hipertensiv asociază mai mulți factori de risc cardiovasculari, cu atât prognosticul său este influențat, de aceea este foarte important ca pacienții să fie corect evaluați și consiliați cu privire la modificarea comportamentelor la risc.

Creșterea TA este persistentă dacă media a două determinări făcute la fiecare vizită, dintr-un total de trei vizite, este întotdeauna crescută.

Se recomandă măsurarea TA la fiecare 5 ani (cel puțin) pentru persoane între 14 și 40 de ani și la fiecare doi ani pentru persoane peste 40 de ani.

La diabetici și la pacienții cu afecțiuni renale cronice diagnosticul de HTA se face după aceleași criterii (TAS \geq 140 mmHg și / sau TAD \geq 90 mmHg).

Se recomandă să se educe persoanele despre automonitorizarea tensiunii arteriale, despre valorile tensiunii arteriale țintă și despre importanța de atingere și menținere a acestui obiectiv.

Se va utiliza tehnica corectă, dimensiunea corespunzătoare a manșetei și în mod corespunzător echipamente calibrate.

6.4 Intervenții privind stilul de viață

Intervențiile pentru modificarea stilului de viață sunt primele măsuri în managementul riscului cardiovascular. Acestea sunt cu atât mai eficiente cu cât se adresează mai multor factori de risc cardiovascular simultan. Intervențiile dovedite a avea un impact mare asupra mortalității prin boli cardiovas-

culare sunt cele care au vizat tratamentele medicamentoase pentru scăderea TAD, a colesterolului, precum și cele orientate asupra marilor fumători.(2)

Toți pacienții cu hipertensiune ar trebui să primească sfaturi profesionale cu privire la modificările necesare schimbării stilului de viață. Intervenția asupra stilului de viață ar trebui să fie individualizată și este necesar să se acorde prioritate acelor schimbări care țin cont de caracteristicile pacientului.

Dieta. În ciuda dovezilor aduse de studiile observaționale în legătură cu beneficiile dietei sănătoase asupra factorilor de risc cardiovasculari, aderența la aceste diete nu s-a îmbunătățit simțitor. Analiza NHANES III (National Health and Nutrition Survey) arată că 81% dintre bărbați și 70% dintre femei au o dietă inadecvată, definită ca una cu conținut scăzut de fructe și legume, pește și cereale integrale, precum și cu exces de sare, zahăr și băuturi îndulcite.(1) Se recomandă o dietă echilibrată, bogată în fructe, legume și produse lactate degresate, împreună cu reducerea grăsimilor totale și saturate. Reducerea aportului de sare la <6 g pe zi este o măsură eficientă la pacienții hipertensivi. (3)

Alcoolul. Se recomandă evaluarea consumului de alcool a persoanelor, inclusiv cantitatea și frecvența, și se va recomanda limitarea consumului de alcool la maximum, după caz:

- cel mult două băuturi standard pe zi sau 14 băuturi pe săptămână pentru bărbați
- cel mult băutură standard pe zi sau 9 băuturi pe săptămână pentru femei și bărbați cu greutate mai mică

Persoanelor hipertensive care consumă alcool li se va recomanda reducerea consu-

mului de alcool la mai puțin de 140g/ săptămână pentru bărbați și la mai puțin de 70g / săptămână pentru femei.

1 unitate de alcool = 10g alcool pur =
1 bere (330ml) = 1 pahar vin (125ml) =
1 shot (40ml)

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități de alcool. (5)

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/săptămână;
- Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână;
- Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.(5)

Fumatul. Fumatul de orice fel (activ sau pasiv) reprezintă un factor de risc cardiovascular care acționează și independent. Se recomandă ca asistentul medical comunitar să aibă cunoștințe despre relația dintre fumat și riscul de boli cardiovasculare. (1) Se recomandă stabilirea statusului de fumător al persoanelor și se va recomanda renunțarea la fumat mai ales la cei cu hipertensiune. (3)

Stresul. Se va recomanda evitarea stărilor stresante.(3)

Greutatea. Se va evalua greutatea persoanelor, indicele de masă corporală (IMC) și circumferința taliei. La persoanele cu un IMC mai

Tabel 2. Modificări ale greutății și circumferinței abdominale (3)

IMC (greutate/înălțime ²)	Perimetru abdominal (cm)		
	18 -24.9 kg/m ²	Normală	Bărbați ≤ 102 cm Femei ≤ 88 cm
25 -29.9 kg/m ²	Supraponderală	Bărbați > 102 cm Femei > 88 cm	Obezitate abdominală
≥ 30 kg/m ²	Obezitate		

Sursa: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_HTA.pdf

*Federația Internațională pentru Diabet propune definirea obezității abdominale pentru o circumferință a taliei mai mare de 94 cm la bărbați și 80 la femei, pentru indivizii de etnie europeană.



mare sau egal cu 25 și cu circumferința taliei peste 102 cm (bărbați) și 88 cm (femei), se va recomanda reducerea greutateii. O scădere în greutate de cel puțin 4 kg este recomandată la pacienții hipertensivi cu indice de masă corporală $> 27 \text{ kg} / \text{m}^2$. (3)

Activitate fizică. Practicarea regulată a exercițiilor fizice determină reducerea riscului de evenimente cardiovasculare fatale și non-fatale. Practicarea regulată a exercițiilor fizice previne apariția HTA, crește nivelurile de HDL (colesterol bun), ajută la menținerea greutateii corporale și scade riscul de apariție a diabetului zaharat. Intensitatea efortului este mai bine corelată cu mortalitatea prin toate cauzele, decât durata acestuia. Pentru reducerea mortalității cardiovasculare și a mortalității prin toate cauzele, se recomandă un nivel de activitate fizică totală și/ sau aerobă de 2,5-5 ore pe săptămână. Cu cât durata este mai mare, cu atât beneficiile

sunt mai mari. În cazul în care exercițiile fizice sunt de intensitate mare, volumul poate fi mai mic (1-1,5 ore/săptămână).(2)

Exemple de activități fizice aerobe sunt alergarea, cățărutul, ciclismul, patinatul, vâslitul, aerobicul, schiatul, mersul alert, urcarea scării, grădinaritul. (4) În scopul prevenirii bolilor cardiovasculare se recomandă ca adulții sănătoși să petreacă 2,5-5 ore pe săptămână, cu activități fizice sau exerciții aerobice de intensitate, cel puțin moderată sau 1-2,5 ore de exerciții viguroase. Se va evalua nivelul de activitate fizică al persoanelor. Persoanelor hipertensive le este indicat să efectueze exerciții aerobe la o intensitate de 60-80% din ritmul cardiac maxim, timp de 45- 60 minute, cel puțin trei zile pe săptămână. (3)

Medicația. Se recomandă cunoașterea principalelor grupe de medicamente prescrise în tratamentul hipertensiunii arteriale (diu-

retice, beta blocante, blocante de canal Ca, vasodilatatoare, etc.)(4)

6.5 Urmărire

Un pacient hipertensiv bine controlat trebuie urmărit de personalul medical la fiecare

șase luni și de către asistentul medical comunitar anual. Frecvența vizitelor poate fi mai mare în anumite situații, cum ar fi: control nesatisfăcător al TA, apariția efectelor secundare și a unor factori de risc cardiovascular sau a bolilor concomitente. (4)

Monitorizare Ghid

Asistenții medicali comunitari implementează recomandările prin monitorizarea valorilor TA cu periodicitatea descrisă pentru fiecare tip de pacient și vârsta indicată, notând valorile înregistrate în fișa de monitorizare descrisă în Anexa.

Bibliografie

1. Bryan Williams et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, *European Heart Journal* (2018) 39, 3021–3104
2. Ghid de prevenție – vol. 3 Intervenții preventive integrate adresate riscurilor prioritare de boli netransmisibile în medicina primară
3. http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_HTA.pdf
4. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension> Mapping RNAO Nursing Management of Hypertension Best Practice Guideline (BPG) Recommendations to the
5. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children
6. Neutel, Joel M. „Hypertension and its management: a problem in need of new treatment strategies.” *Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System* 1.2_suppl (2000): 10-13.

A. Evaluarea tensiunii arteriale

FIȘA DE EVALUARE A T.A.

Nume: _____ Prenume: _____

Sex: M ___ F ___ Vârsta: _____ Înălțime: _____ Greutate _____ Calcul IMC _____

Circumferința abdominală a taliei _____

Aderența la tratament DA/NU

Măsurarea TA

Data	Valori ale TA	Observații

Înregistrarea factorilor de risc asociați HTA

Data	Alți factori de risc (vezi lista)	Observații



Diabet zaharat



Gabriela Gaftonie



Sursa foto: Freepik

Introducere

Diabetul zaharat de tip 2 (DZT2) este o boală complexă, rezultatul unui deficit de secreție de insulină și o creștere a rezistenței periferice la acțiunea hormonului, care provoacă hiperglicemie și duce la apariția complicațiilor microvasculare și macrovasculare.

Relația între complicații și controlul glicemic a fost confirmat prin mai multe studii epidemiologice. Controlul strict al factorilor de risc cardiovascular (BCV) la pacienții cu DZT2 este esențial pentru reducerea complicațiilor și a mortalității.(1)

Glosar de termeni

1.1 Prediabet - hiperglicemie în repaus alimentar, intoleranță la glucoză

Prediabetul este definit ca hiperglicemie care nu atinge pragul de diagnostic pentru diabet, dar este asociat cu un risc crescut de progresie la diabetul de tip 2. Conform criteriilor propuse de Organizația Mondială a Sănătății, prediabetul se definește prin: hiperglicemie de post: glicemie între 1,10 g/l (6,1 mmol/l) și 1,25 g/l (6,9 mmol/l) după un post de 8 ore și verificat de două ori; și/sau intoleranță la glucoză: glicemie (în plasma venoasă) între 1,4 g/l (7,8 mmol/l) și 1,99 g/l (11,0 mmol/l) la 2 ore după încărcarea orală a 75 g glucoză.

1.2 Diabet

Diabetul zaharat este definit de creșterea cronică a concentrației de glucoză în sânge (hiperglicemie) și include mai multe boli de patogenie diferită (tulburarea secreției și/sau acțiunea insulinei). Conform criteriilor propuse de Organizația Mondială a Sănătății, diabetul este definit de: o creștere a zahărului din sânge > 1,26 g/l (7,0 mmol/l) după un post de 8 ore și verificat de două ori; sau prezența simptomelor diabetului (poliurie, polidipsie, scădere în greutate) asociate cu zahăr în sânge (în plasmă venoasă) > 2 g/l (11,1 mmol/l); sau o glicemie (în plasmă venoasă) > 2 g/l (11,1 mmol/l) la 2 ore după o încărcare orală de 75 g glucoză. (2)

Importanța problemei

Prevalența globală a DZT2 continuă să crească, ajungând până la 10% din populația unor țări precum China și India, care împărtășesc acum stilul de viață vestic. În 2017, s-a estimat că ~ 60 milioane de adulți din Europa au DZT2 - jumătate nediagnosticați - și efectele acestei boli asupra sănătății

BCV a individului și a urmașilor crează noi dificultăți în sănătatea publică, la care autoritățile încearcă să se adreseze global. Aceste cifre mari au dus la predicția potrivit căreia cel puțin 600 milioane de indivizi vor dezvolta DZT2 la nivel global până în 2045, cu un număr similar care să dezvolte prediabet. Aceste cifre ridică probleme serioase pentru țările în curs de dezvoltare, în care chiar indivizii care asigură creșterea economică sunt cei mai predispuși să dezvolte DZT2 și să moară de boală BCV prematură. Aducerea la cunoștință a problemelor specifice asociate cu vârsta de debut, sexul și rasa - în special efectele DZT2 asupra femeilor (incluzând epigenetica și influențele in utero asupra bolilor netransmisibile) rămâne de o importanță majoră, deși mai rămân încă multe de făcut. În cele din urmă, efectele înaintării în vârstă și a comorbidităților indică nevoia de a gestiona riscul într-o manieră individuală, împuternicind pacientul să preia rolul principal în gestionarea propriei sale condiții. (3)



Sursa foto: Freepik

Impact, efecte negative , eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Asistentul comunitar, prin poziția sa în sistemul de sănătate are un rol important în depistarea activă a factorilor de risc pentru diabetul zaharat și în managementul acestora. Evaluarea globală a riscurilor servește la identificarea persoanelor care necesită intervenții asupra stilului de viață și a factorilor de risc identificați.

În general, intervențiile ar trebui să fie programate în funcție de nevoi și disponibilitatea fiecărui pacient și luând în considerare: timpul de evoluție și gradul de control al diabetului zaharat, modificări ale tratamentului, prezența complicațiilor și nevoile în

utilizarea medicației.

La un pacient cu un control bun și stabil, se recomandă 3-4 vizite/an. Frecvența vizitelor ar trebui să crească în funcție de cerințele programului planului de îngrijire și de context:

- în situații speciale de control slab al glicemiei;
- în prezența complicațiilor;
- tratament cu insulină etc.

Recomandări privind periodicitatea cu care asistenții comunitari trebuie să efectueze examinările și testele complementare: Anexa 1.

Sumar recomandări

RECOMANDAREA	NIVEL DE EVIDENȚĂ
1. Obiective de control (1)	B
2. O strategie bună în educație - Educația este fundamentul gestionării diabetului. (1)	IA
3. Intervenția asupra stilului de viață (2)	IA
4. Reducerea nivelului de calorii (1)	IIB
5. Activitatea fizică moderată până la vigoasă (4)	IA
6. Încetarea fumatului (2)	IA
7. Reducerea tensiunii arteriale (1)	C

Descriere recomandări

Algoritmi de screening și de diagnostic de diabet (1)

Screening oportunist → se măsoară glicemia bazală (GB) din sângele venos:

1. Dacă GB este mai mică de 110mg/dl

este normală și se recomandă monitorizarea la 3 ani la cei aflați în grupele de risc.

2. Dacă GB este între 110-125mg/dl se recomandă determinarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c):

- a. dacă rezultatul analizei este mai mic de 5,7% este o valoare normală;

b. dacă rezultatul este între 5,7-6,4% se consideră risc de prediabet; se recomandă efectuarea GB și HbA1c anual și se face educație pentru schimbarea stilului de viață;

c. dacă valoarea este mai mare de 6,5% se suspicionează un diabet zaharat și se recomandă consult de specialitate, inițial la medicul de familie, apoi la medicul specialist în diabet și boli de nutriție în vederea luării în evidență și pentru prescrierea tratamentului.

3. Dacă GB este mai mare de 126mg/dl se recomandă repetarea analizei, iar dacă valoarea GB este mai mare de 200mg/dl se suspicionează un diabet zaharat și se recomandă consult inițial la medicul de familie

apoi la medicul specialist în diabet și boli de nutriție în vederea luării în evidență și pentru prescrierea tratamentului.

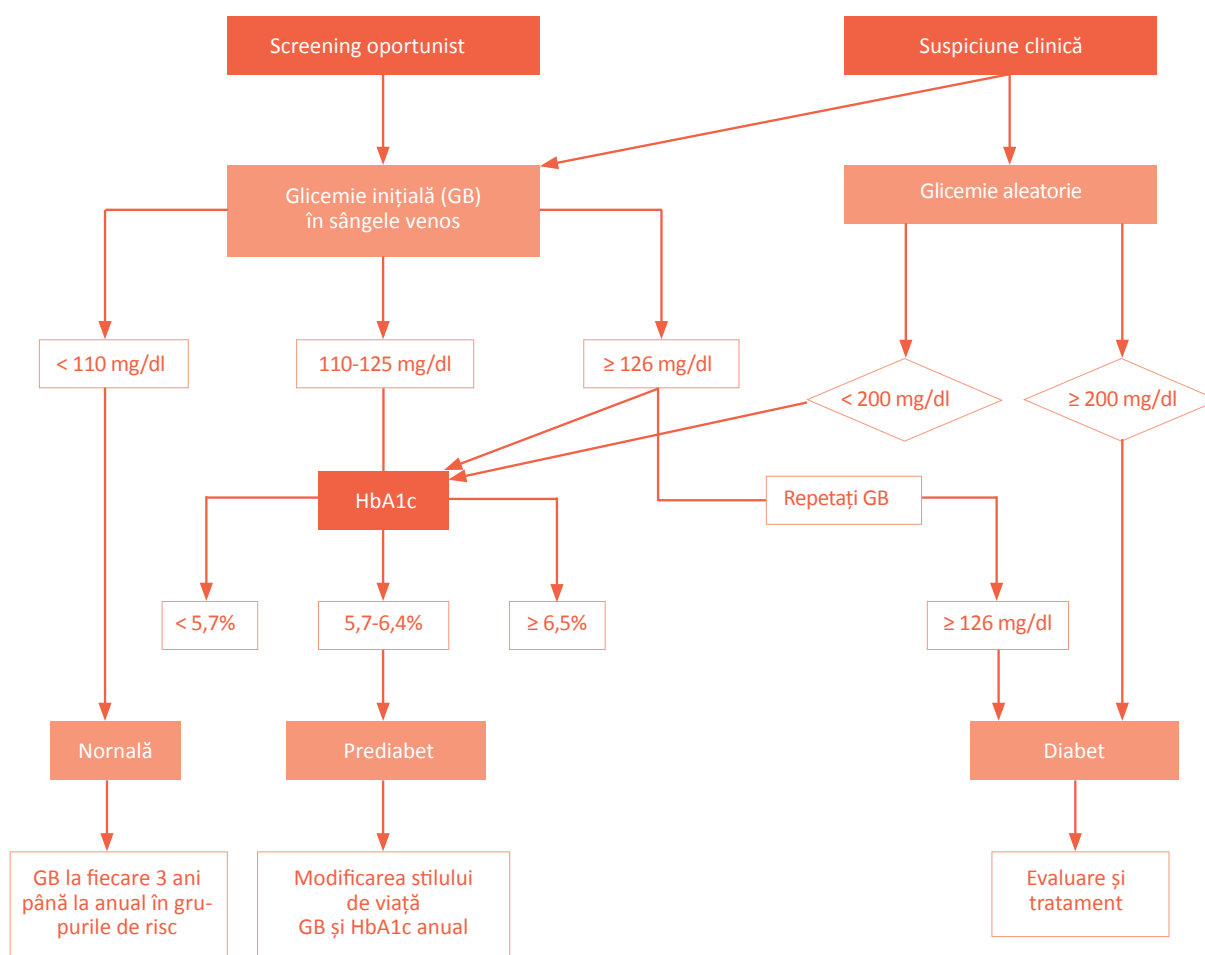
Suspiciune clinică

Se măsoară GB:

4. Dacă valoarea GB este mai mică de 200mg/dl se recomandă efectuarea HbA1c și coroborând cele două rezultate se decide intervenția AMC după cum a fost descris mai sus.

5. Dacă valoarea GB este mai mare de 200 mg/dl se suspicionează un diabet zaharat și se recomandă consult de specialitate la medicul specialist în diabet și boli de nutriție în vederea luării în evidență și pentru prescrierea tratamentului.

Figura 1 Algoritmul de screening și diagnostic pentru diabet



Sursa: Abordatge de la diabetis mellitus -tipus 2, Catalunya Departament de Salut și Institut Catala de la Salut (1)

6.1 Obiective de control

Obiectivele de control sunt următoarele:

- Glicemie: HbA1c <7%
- TA: <140/90, cât mai aproape posibil de 130/80 mmHg²⁴ (hipertensiunea este o comorbiditate frecventă asociată DZT2)
- LDL colesterol (cLDL): <130 mg / dL (3,35 mmol / L) în prevenția primară și <100 mg / dL (2,6 mmol / L) în prevenția secundară.

Tabel 1 Criterii de control la pacienții cu DZT2

% HbA1c	<7%*
Glicemia preprandială	90 - 130 mg/dl
Glicemia postprandială 2 ore	< 180 mg/dl
Colesterol total	< 200 mg/dl
cLDL	< 100 (prevenție secundară) mg/dl < 130 (prevenție primară) mg/dl
cHDL	> 40 la bărbați mg/dl > 50 la femei mg/dl
Trigliceride	< 150 mg/dl
Tensiunea arterială	< 140/90 mmHg**
Fumat	Nu

Sursa: Abordatge de la diabetes mellitus -tipus 2, Catalunya Departament de Salut și Institut Catala de la Salut (1)

* La pacienții vârstnici (peste 70 ani) cu boala diagnosticată de cel puțin 10 ani, valori de 8% sunt considerate acceptabile

** De preferat de menținut la 130/80 mmHg

6.2. O strategie bună în educație - Educația este fundamentul gestionării diabetului.

Educația este fundamentul gestionării diabetului. Toată intervenția, pentru a fi eficientă, trebuie să fie însoțită de procesul educațional pentru a instrui pacientul asupra gestionării bolii sale. Când vă confrunțați cu schimbarea stilului de viață, trebuie să luați în considerare motivația, capacitatea de a decide și responsabilitatea pe care pacientul dorește să o asume, ajutându-l să ia decizii mai adecvate în fiecare situație.(1)

Toate intervențiile terapeutice trebuie să fie însoțite de un proces educațional. Programele educaționale care vizează modificarea stilurilor de viață sunt cele mai eficiente. Intervențiile educaționale îmbunătățesc HbA1c, lipidele, greutatea, cunoștințele și calitatea vieții. Consilierea trebuie făcută periodic.(1)

Programul trebuie individualizat, nu există un model unic pentru toți pacienții. Acesta trebuie să se bazeze pe o evaluare generală a pacientului care să permită:

- identificarea nevoilor educaționale;
- stabilirea unor obiective;
- planificarea intervențiilor;
- evaluarea rezultatelor.

Evaluarea pacientului: vârstă, convingeri, obiceiuri, statutul ocupațional, caracteristici socioculturale, sprijin familial, tipul de tratament pe care îl face, limitările fizice sau cognitive, existența complicațiilor și/sau alți factori de risc asociați. La pacienții vârstnici, problemele de singurătate, dependență, depresie, economice (venituri foarte mici) etc.

Educația este un proces și, prin urmare, nu toate obiectivele pot fi atinse simultan.

Obiectivele trebuie să fie clare, realizabile și convenite cu pacientul. Intervențiile educaționale ar trebui să se desfășoare pe baza nevoilor pacientului și a tipului de tratament, prioritizând cele mai relevante conținuturi educaționale.

Mesajele educaționale ar trebui să fie scurte și să se utilizeze un limbaj ușor de înțeles. Să adapteze ritmul învățării în funcție

de abilitățile pacientului și este important să se completeze conținutul educațional explicat prin furnizarea de materiale educaționale de suport (broșuri, cărți, videoclipuri etc.). Diversitatea socioculturală a mediului nostru face necesară adaptarea conținutului educațional în diferite culturi și religii.

Introducerea progresivă a conținuturilor educaționale în funcție de tratamentul pacientului

Tabel 2 - Conținut educațional

Toți pacienții	Pacienți în tratament cu sulfoniluree și glinide este necesar să adăugați:	Pacienți în tratament cu insulină este necesar să adăugați:
Dieta	Hipoglicemia	Hipoglicemia
Exercițiu	Auto-analiză	Auto-analiză
Îngrijirea picioarelor	Boală intercurentă	Relația injecție-aport
Sfat anti-fumat		Tehnica injectării
Complicații		Tipuri de insulină
Medicamente (dacă este necesar)		Modificarea dozei
Auto-analiză (trebuie evaluată)		Boală intercurentă
Boală intercurentă		Glucagon

Sursa: 1. Abordatge de la diabetis mellitus -tipus 2, Catalunya Departament de Salut și Institut Catala de la Salut, 2015 (1)

Pentru a putea evalua și monitoriza procesul, este esențial să înregistrați istoricul intervențiilor clinice educaționale efectuate. Efectele educației se diminuează în timp, deci trebuie realizate evaluări periodice și întăriri ale procesului educațional.

Pentru a evita ca pacientul să insiste întotdeauna pe aceleași teme (mâncare, de exemplu) și a nu se ignora alte teme importante, ghidul GEDAPS propune ca acestea să se desfășoare cel puțin pe tot parcursul celor trei vizite pe an pentru a analiza și evalua fiecare dintre următoarele grupuri de intervenții educaționale: Anexa 2.

6.3. Schimbarea stilului de viață

Ghidurile americane și europene susțin schimbările stilului de viață ca primă măsură pentru prevenirea și tratamentul DZ.(5,6).

Chiar și o pierdere modestă în greutate întârzie progresia de la pre-DZ la DZT2.(7,8).

O meta-analiză recentă din 63 de studii (n=17 272, vârsta medie 49,7 ani), a arătat că fiecare scădere ponderală cu un kilogram se asociază cu o scădere de 43% a riscului de DZT2. (9) Studii relativ mici ca Finnish Diabetes Prevention Study și Da Qing Diabetes Prevention Study au arătat că în TAG intervențiile de schimbarea stilului de viață scad semnificativ riscul de dezvoltare a DZT2, cu diminuarea complicațiilor vasculare în cohorta chineză. (10,11) Aceste concluzii sunt consolidate de rezultatele de 30 de ani ale studiului Da Qing.(12) Rezultatele urmăririi pe termen lung din Diabetes Prevention Program susțin ideea că intervențiile de schimbare a stilului de viață sau tratamentul cu metformin reduc semnificativ dezvoltarea DZ pe 15 ani.(13) În DZ, un aport



Sursa foto: Freepik

caloric redus duce la o scădere a HbA1c și ameliorează calitatea vieții.(8) Menținerea scăderii ponderale pe 5 ani se asociază cu o îmbunătățire susținută a HbA1c și a nivelelor lipidice.(14)

Pentru mulți pacienți obezi cu DZT2 este necesară o scădere ponderală >5% pentru îmbunătățirea controlului glicemic, nivelelor lipidice și a tensiunii arteriale (TA). (15) Rezultatele la un an ale studiului Action for Health in Diabetes (Look AHEAD, care a investigat efectele scăderii ponderale asupra glicemiei și a prevenirii evenimentelor cardiovasculare (CV) la pacienții cu DZT2, au arătat că o scădere ponderală în medie 8,6% s-a asociat cu o reducere semnificativă a HbA1c și a factorilor de risc cardiovasculari (FRCV). (16) The Diabetes Remission Clinical Trial (DIRECT) — un studiu deschis, randomizat pe grup — a desemnat cabinetele medicale să ofere fie un program de management al greutateii (intervenție) fie de îngrijire medicală bazată pe buna practică medicală, conform ghidurilor

(control). Rezultatele au arătat că, la 12 luni, aproape jumătate din participanți s-au remis la starea de non-diabet și erau fără medicamente hipoglicemiante.(17) Recent, s-a confirmat remisia susținută la 24 de luni a peste o treime din pacienții cu DZT2.(18) Chirurgia bariatrică determină o pierdere în greutate pe termen lung și reduce DZT2 și creșterile factorilor de risc, cu efecte superioare în comparație cu efectele produse de schimbările stilului de viață și ale managementului medical intensiv. (19,20)

6.4. Reducerea nivelului de calorii

Distribuția nutrienților ar trebui să se bazeze pe evaluarea individualizată a obiceiurilor alimentare, preferințelor și a țintelor metabolice. (21,22)

- Obiective alimentare:
- Oferiți o stare nutrițională bună
- Reduceți supraponderalitatea.
- Îmbunătățiți controlul glicemic și reduceți la minimum fluctuațiile.

- Îmbunătățirea și controlul lipidelor și TA, în limitele stabilite.
- Prevenirea și tratarea complicațiilor acute: hipoglicemie și hiperglicemie.
- Prevenirea și/sau întârzierea complicațiilor cronice.

Dieta ar trebui să furnizeze toți nutrienții și energia necesară și să evite deficiențele.

Dieta ar trebui să fie variată, plăcută și ușor de urmărit de pacient și ar trebui să se adapteze la gusturile și nevoile vieții lor sociale, muncii și familiale. Caloriile zilnice totale pot fi calculate cum este specificat în Anexa 3.

Carbohidrații

- Carbohidrații (HC) ar trebui să reprezinte 45-60% din energia zilnică totală.
- Ar trebui să fie în principal cu absorbție lentă (leguminoase, amidon și cereale). Ar trebui să fie limitat consumul de HC rapid (zaharuri), atât pentru creșterea glicemiei postprandiale, cât și pentru creșterea trigliceridelor pe care o provoacă.
- Aportul de fructe trebuie limitat la 2-3 bucăți medii, distribuite pe tot parcursul zilei întotdeauna după mese.
- Se recomandă mese regulate și cantitatea de HC trebuie să fie consumată fracționat.
- În distribuția alimentelor cu HC, trebuie luat în considerare tipul de tratament și obiceiurile pacientului pentru stabilirea numărului de mese.
- În cazul tratamentelor cu două sau mai multe doze de insulină și, în funcție de profilul glicemic, se recomandă să aveți șase mese.
- Sucurile de fructe trebuie descurajate, chiar dacă nu conțin zaharuri adăugate, întrucât absorbția sa este mult mai rapidă din cauza absenței fibrelor.

Proteine

- Trebuie să constituie 15 - 20% din aportul caloric zilnic total, ca în populația generală.
- Se recomandă scăderea consumului de carne și creșterea consumului de pește și proteine vegetale (cereale integrale

și leguminoase) pentru a reduce aportul de grăsimi saturate. Sunt preferabile cele mai slabe carne: vită, pui fără piele, curcan, iepure.

Este necesar să aveți în vedere că mulți tind să depășească cantitatea și frecvența consumului de carne cu creșterea în calorii și grăsimi.

Încăzul macroalbuminuriei, se recomandă să nu depășească 0,8 g de proteine /kg/zi.

Pentru a nu depăși aceste valori este nevoie de modificări foarte importante în nutriție și necesită ajutorul medicilor specialiști și a experților în dietetică.

Grăsimi

- Trebuie să constituie 20-30% din totalul kaloriilor zilnice.
- Este necesar să se limiteze aportul de colesterol și grăsimi saturate.
- Consumul de pește alb ar trebui să crească; acesta trebuie consumat de două până la trei ori pe săptămână pentru aportul de acizi grași omega-3, care sunt cardioprotectoare.
- Este necesar să se limiteze consumul de grăsimi saturate (miel, carne de porc, rață, brânzeturi, cârnați, pateuri, smântână, unt).
- Produsele lactate degresate sau semi-degresate trebuie consumate de preferință pentru a reduce aportul de acizi grași saturați.
- Consumul de produse cu uleiuri hidrogenate (grăsimi procesate) trebuie redus la minimum. Produsele care conțin acest tip de uleiuri sunt: margarina, produse de patiserie în general, produse de patiserie industriale, supe.
- Trebuie luat în considerare aportul caloric total al nucilor grase: migdale, nuci, alune, fistic, care este, de asemenea, o sursă bogată de grăsimi cardioprotectoare

Fibră

Se recomandă creșterea consumului de fibre solubile care întârzie absorbția HC în intestinul subțire și îmbunătățește controlul

glicemic și al lipidelor; pe de altă parte, fibrele insolubile (celuloză și hemiceluloză) pot duce la constipație, fără a avea efecte metabolice.

Se recomandă consumul de 25-30 g/zi (două porții de legume + două bucăți de fructe + o farfurie cu leguminoase și/sau pâine integrală), ca la populația generală. Nu există dovezi că un consum mai mare este benefic.

Alcool

Consumul de alcool ar trebui să fie limitat la cel mult o unitate de vin pe zi (care sunt 10 g alcool) în cazul femeilor și la două unități pe zi în cazul bărbaților. Acestea trebuie consumate în timpul meselor pentru a preveni hipoglicemia. În cazul berii, cu alcool sau fără, trebuie luat în considerare conținutul său caloric (7 kcal/g), și, de asemenea, conținutul său de HC (4 g / 100 cc).

Sarea

Este necesară reducerea sării la cel mult 6 g/zi, în caz de hipertensiune, și recomandarea unei utilizări moderate la restul pacienților. Alimentele procesate (cârnați, conserve, bulioane și alimente congelate) sunt foarte bogate în sare (vezi capitolul HTA).

Îndulcitori

- Îndulcitorii calorici precum zaharoza și fructoza trebuie evitați.

- Utilizarea moderată a îndulcitorilor cu conținut ridicat de calorii, cum ar fi zaharina, aspartamul, acesulfamul potasiu și sucraloza sunt sigure. Acesulfamul și sucraloza sunt termostabile și pot fi folosite și la coacere.

Alimente speciale

- Nu trebuie recomandat consumul de alimente speciale pentru diabetici. În caz de consum, este necesar să-i aflăm compoziția pentru a-i cunoaște conținutul de HC. De obicei, conțin fructoză în loc de zaharoză. Pacienții mănâncă de obicei mai mult pentru că sunt „bune pentru diabetici”, ceea ce determină o creștere a cantității de energie și carbohidrați și o înrăutățire a glicemiei.

- Se poate recomanda consumul de bău-

turi ușoare sau dietetice, deoarece nu oferă calorii sau zaharuri.

6.4. Activitatea fizică

Comunitatea științifică medicală a dovedit, pe baza studiilor efectuate, că activitatea fizică are nenumărate beneficii. Activitatea fizică regulată reduce riscul de boală coronariană și accident vascular cerebral, diabet zaharat, hipertensiune arterială, cancer de colon, cancer de sân și depresie.

Beneficiile activității fizice sunt extrem de importante, atât pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos, cât și pentru menținerea greutateii corporale. Sedentarismul vă predispune la toate aceste boli!

Sfaturi utile:

Evitați să fiți inactivi încercând să folosiți orice prilej pentru a face mișcare, ca de exemplu în desfășurarea treburilor casnice uzuale cum ar fi:

- cumpăraturile alimentelor, debarasarea deșeurilor;
- plimbarea câțelului;
- evitați utilizarea liftului și a deplasărilor cu mașina;
- îngrijiți și curățați singuri casa, dar și grădina sau spațiile verzi din preajma locuinței;
- alegeți plimbările în pas vioi, drumețiile, jocurile sportive (fotbal, volei, tenis ș.a.) în compania celor dragi, în locul meselor copioase de familie;
- coborâți din tramvai cu o stație înainte sau parcați mașina cât mai departe față de destinație; plecați din timp pentru a evita stresul întârzierilor;
- invitați prietenii, nu la masă sau la un joc de table sau cărți, ci la o plimbare pe jos sau cu bicicletele, la un joc de fotbal sau volei, la înot;
- evitați hobby-urile care predispun la sedentarism: cusut sau croșetat, televizor, internet.

De câtă mișcare are nevoie un adult pentru a se menține sănătos?

Studiile au demonstrat că orice activitate fizică e benefică, cu cât mai multă, cu

atât mai bine. Recomandările actuale precizează că adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5-5 ore de activitate fizică săptămânal, măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Activitățile moderate sunt acelea care necesită efort sporit, dar permit menținerea unei conversații (mers în pas vior, înot ușor, jocul de tenis și activități casnice precum aspiratul sau tunsul gazonului). Activitățile intense sunt cele care determină greutate în respirație – funcție de antrenamentul personal – cu imposibilitatea menținerii unei conversații (aerobic, jogging, competiții sportive, ciclism, înot). Sedenarii trebuie să înceapă printr-un program de exerciții ușoare cu creșterea progresivă a intensității, a duratei și a frecvenței efortului fizic. Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durată de minim 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu în 4-5 zile pe săptămână. Se recomandă, de asemenea, activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni (ridicare de greutăți, flotări, abdomene, săpatul grădinii). (4)

Contraindicații ale exercițiului fizic intens aerob și anaerob (1)

- Infarct miocardic acut recent (IMA)

- Angina instabilă
- Insuficiență cardiacă congestivă severă (CHF)
- Infecții acute
- Hipertensiune arterială severă și / sau slab controlată ($\geq 180/110$ mmHg)
- Leziuni acute ale piciorului
- Hiperglicemie cu cetonurie
- Edem macular și retinopatie proliferativă
- Neuropatie periferică severă
- Neuropatia sistemului nervos autonom.

6.5. Fumatul

Fumatul crește riscul de DZ, BCV, și moarte prematură și trebuie evitat, inclusiv fumatul pasiv.(23,24,25) Dacă sfatul, încurajarea și motivarea nu sunt suficiente, trebuie luată în considerare trimiterea pacientului către specialiști pentru terapie medicamentoasă. Încetarea fumatului ghidată de sfaturi structurate este recomandată tuturor persoanelor cu DZ și pre-DZ.

6.6. Reducerea tensiunii arteriale

Hipertensiunea este un factor de risc major pentru DZ și complicațiile microvasculare. (vezi ghidul pentru Hipertensiune)

Monitorizare

Asistenții medicali comunitari care implementează recomandările acestui Ghid, sunt rugați să monitorizeze implementarea și impactul intervențiilor propuse.

Astfel, monitorizarea implementării recomandărilor acestui Ghid se poate realiza prin intermediul următorilor indicatori:

- numărul persoanelor care au scăzut în greutate
- numărul persoanelor la care au scăzut valorile glicemiei
- numărul persoanelor la care au scăzut valorile TA
- numărul persoanelor care au renunțat la fumat
- numărul persoanelor care au început să practice o activitate fizică regulată

Bibliografie

1. Abordatge de la diabetis mellitus -tipus 2, Catalunya Departament de Salut și Institut Catala de la Salut, 2015 <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistenciagpcGuiaDiabetis2015.pdf>

2. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte, Haute Autorité de Santé Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, 2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

3. Ghidul ESC 2019 de diabet, pre-diabet, și boli cardiovasculare, Asociația Europeană de Studiu a Diabetului (EASD) Grupul de lucru de diabet, pre-diabet și boli cardiovasculare al Societății Europene de Cardiologie (ESC), în colaborare cu Asociația Europeană pentru Studiul Diabetului (EASD), 2019, <https://www.romanianjournalcardiology.ro/wp-content/uploads/2020/04/ghid.pdf>

4. GHID DE PREVENȚIE Volumul 1 Partea a II-a, 2016, <https://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-1-web.pdf>

5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Lochen ML, Lollgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, van Dis I, Verschuren WMM, Binno S; ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) De-

veloped with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:23152381

6. American Diabetes Association. 4. Lifestyle management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care* 2018;41:S38S50.

7. Balk EM, Earley A, Raman G, Avendano EA, Pittas AG, Remington PL. Combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: a systematic review for the Community Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015;163:437451.

8. MacLeod J, Franz MJ, Handu D, Gradwell E, Brown C, Evert A, Reppert A, Robinson M. Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: nutrition intervention evidence reviews and recommendations. *J Acad Nutr Diet* 2017;117:16371658.

9. Galaviz KI, Weber MB, Straus A, Haw JS, Narayan KMV, Ali MK. Global diabetes prevention interventions: a systematic review and network meta-analysis of the real-world impact on incidence, weight, and glucose. *Diabetes Care* 2018;41:15261534.

10. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:13431350.

11. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, Yang W, Zhang B, Shuai Y, Hong J, Engelgau MM, Li H, Roglic G, Hu Y, Bennett PH. Cardiovascular mortality,

all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2:474480.

12. Gong Q, Zhang P, Wang J, Ma J, An Y, Chen Y, Zhang B, Feng X, Li H, Chen X, Cheng YJ, Gregg EW, Hu Y, Bennett PH, Li G; Da Qing Diabetes Prevention Study Group. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:452461

13. Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:866875.

14. Hamdy O, Mottalib A, Morsi A, El-Sayed N, Goebel-Fabrizi A, Arathuzik G, Shahar J, Kirpich A, Zrebiec J. Long-term effect of intensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in patients with diabetes in real-world clinical practice: a 5-year longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2017;5:e000259

15. Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Acad Nutr Diet* 2015;115:14471463

16. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, Coday M, Crow RS, Curtis JM, Egan CM, Espeland MA, Evans M, Foreyt JP, Ghazarian S, Gregg EW, Harrison B, Hazuda HP, Hill JO, Horton ES, Hubbard VS, Jakicic JM, Jeffery RW, Johnson KC, Kahn SE, Kitabchi AE, Knowler WC, Lewis CE, Maschak-Carey BJ, Montez MG, Murillo A, Nathan DM, Patricio J, Peters A, Pi-Sunyer X, Pownall H, Reboussin D, Regensteiner JG, Rickman AD, Ryan DH, Safford M, Wadden TA, Wagenknecht LE, West DS, Williamson DF, Yanovski SZ. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013;369:145154.

17. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Sniehotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Stefanetti R, Trenell M, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Sattar N, Taylor R. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2018;391:541551

18. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Sniehotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Messow CM, Sattar N, Taylor R. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:344355

19. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgeron J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:26832693.

20. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, Thomas AJ, Connett JE, Bantle JP, Leslie DB, Wang Q, Inabnet WB III, Jeffery RW, Chong K, Chuang LM, Jensen MD, Vella A, Ahmed L, Belani K, Billington CJ. Lifestyle intervention and medical management with vs without Roux-en-Y gastric bypass and control of hemoglobin A1c, LDL cholesterol, and systolic blood pressure at 5 years in the Diabetes Surgery Study. *JAMA* 2018;319:266278

21. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach. Update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia* 2015;58:429442.

22. MacLeod J, Franz MJ, Handu D, Gradwell E, Brown C, Evert A, Reppert A, Robinson M. Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: nutrition intervention evidence reviews and recommendations. *J Acad Nutr Diet* 2017;117:16371658.

23. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2007;298:26542664.

24. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017;389:18851906.

25. Cao S, Yang C, Gan Y, Lu Z. The health effects of passive smoking: an overview of systematic reviews based on observational epidemiological evidence. *PLoS One* 2015;10:e0139907.

ANEXA 1

Fișă de monitorizare

Screening și prevenție primară

- Persoane > 45 de ani: la fiecare 3 ani.
- Adulți cu un anumit factor de risc pentru DZT2: anual.
- Adolescenți și copii > 10 ani cu obezitate și cel puțin doi factori de risc de DZ: la fiecare 2 ani.
- Managementul pacienților cu prediabet: Ar trebui recomandată modificarea stilului de viață și control strict al factorilor de risc cardiovascular.

Recomandări privind frecvența examinărilor și testele complementare	3-4 luni	6 luni	O dată pe an
Explorare			
Greutate/IMC	x	x	x
Perimetru abdominal			x
TA, ritm cardiac	x	x	x
Teste de laborator			
HbA1c		x	x
Profil lipidic			x
Coeficient de albumină / creatinină, filtrare glomerulară, creatinină			x
Controale periodice			
Examen oftalmologic (fund de ochi, retinografie)			x
Examen oral			x
Explorarea pulsului periferic			x
Explorarea piciorului			x
ECG			x
Calculul riscului coronarian			x
Activități educative și de prevenție			
Respectarea: dietei, exerciții fizice, tratament farmacologic	x	x	x
Revizuirea măsurilor de auto-monitorizare (caiet de autoanaliză, greutate, picioare, TA)	x	x	x
Verificarea situațiilor de hipoglicemie	x	x	x
Investigarea complicațiilor cronice			x
Intervenții educaționale	x	x	x
Sfat pentru renunțarea la tutun și alcool			x
Vaccinul antigripal			x

Conținutul educației pentru diabet

GENERALITĂȚI

Ce este diabetul?
Alți factori de risc asociați
Tipul tratamentului
Obiectivele controlului
Relația dintre dietă, greutate, exerciții fizice și control

ALIMENTE

Beneficiile alimentelor
Dieta echilibrată
Numărul meselor și programul
Alcool și băuturi
Deserturi și îndulcitori
Sărbători și prânzuri în familie/restaurante

TUTUN

Riscuri potențiale
Avantajele renunțării la fumat
Plan de încetare a fumatului

AUTOCONTROL

Controlul greutății
Observarea piciorului
Frecvența orară și tipul autoanalizei
Tehnica autoanalizei
Utilizarea caietului de autoanaliză
Igienă orală

HIPOGLICEMIE

Simptome de alertă
Cauze
Autotratarea acasă
Prevenirea hipoglicemiei
Evidența hipoglicemiei și a cauzei
Informații pentru pacient și rude

PICIOARE

Importanța îngrijirii picioarelor
Inspecție zilnică, igienă și îngrijire
Îngrijirea unghiilor
Încălțăminte și șosete adecvate

COMPLICAȚII

Trebuie să știți posibilele complicații și importanța controlului pentru a le preveni
Este necesar în cazul:

- tulburări de vedere
- răni la picioare
- disconfort urinar

Tabelele de echivalență a alimentelor bogate în carbohidrați

(1 porție = 10 g HC)

Făinoase - 1 porție

- 80 g Mazăre și porumb congelate sau conservate
- 60 g fasole proaspătă și mazăre
 - 20 g Năut
 - 20 g linte
 - 20 g fasole
- 20 g mazăre și fasole uscate
- 20 g pâini albe sau integrale
 - 20g castane
 - 50 g Cartofi
 - 50 g Cartofi dulci
 - 15 g Orez
- 15 g paste (tăiței, macaroane...)
- 15 g făină (porumb, grâu...)
- 15 g pâine prăjită (biscuiți)
- 15 g piure de cartofi comercial (fulgi)
- 15 g orez sau făină de porumb

Fructe - 1 porție

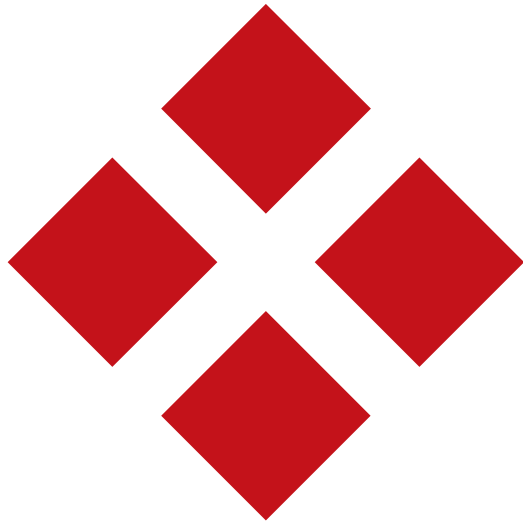
- 200 g salată de fructe
 - 100 g caise
 - 100 g piersici
 - 100g prune
 - 80g mere
 - 50 g cireșe
 - 50 g pepene
 - 50 g portocale
 - 50 g lămâi
 - 50 g mandarine
 - 50 g pere
- 50 g pepene galben
- 50 g kiwi

Legume - 1 porție

- 300 g vinete
- 300 g brocoli
- 300 g conopidă
- 300 g salată verde
 - 300 g spanac
 - 200 g ceapă
- 200 g fasole verde
- 150 g anghinare
- 150 g andive
- 150 g sparanghel
 - 150 g roșii
 - 150 g morcovi
- 150 g varză de Bruxelles
 - 150 g castraveți
- 150 g germeni de soia

Lactate - 1 porție

- 200 g lapte integral
- 250 g de brânză proaspătă
- lapte degresat 25 g lapte
- praf integral = 2,5 linguri pline
 - lăurturi naturale 20 g
- lapte praf degresat = 2 linguri pline
 - 20 g lăurturi degresate
 - 20 g chefir



Sănătatea orală



Dana Fărcășanu



Sursa foto: Freepik

Introducere

Sănătatea orală reprezintă o parte esențială a sănătății și bunăstării unei persoane și o prioritate globală de sănătate. Rezoluția adoptată în mai 2021 de către Adunarea Generală a Organizației Mondiale a Sănătății (World Health Assembly) cere elaborarea unei strategii globale și a unui plan de acțiune privind sănătatea orală, în consultare cu statele membre (inclusiv România), aliniat la Planul global de acțiune pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile 2013–2030. Planul de acțiune va cuprinde obiective măsurabile care urmează să fie atinse până în 2030, un cadru de monitorizare a progresului, și va include, printre altele, intervenții de sănătate orală la nivel comunitar, prevenție, promovarea sănătății și educație pentru sănătate (menționând și consumul de alcool și tutun), precum și asigurarea accesului universal la servicii curative de bază (1).

Există o asocierie foarte puternică între prevalența și severitatea afecțiunilor cavității bucale și statutul socio-economic (venit, ocupație și nivel educațional), care apare în copilăria timpurie și persistă până la vârste înaintate (2). În România, studii recente ale Institutului Național de Sănătate Publică indică în rândul populației vulnerabile, inclusiv a copiilor și tinerilor o pondere ridicată a comportamentelor la risc pentru sănătatea orală (comportamente alimentare, consum de alcool și tutun), dar și neglijarea sănătății orale

printr-o igienă orală deficitară (3,4).

Afecțiunile cavității bucale afectează oamenii pe tot parcursul vieții, deși în mare parte pot fi prevenite și pot fi tratate în stadii incipiente. Cele mai frecvente afecțiuni sunt reprezentate de cariile dentare bolile parodontale, stomatita, alături de alte infecții virale, fungice sau bacteriene, cancerule orale etc.

Factorii care contribuie major la bolile cavității orale sunt o alimentație nesănătoasă bogată în zahăr, consumul de tutun și consumul nociv de alcool, împreună cu o igienă orală deficitară.

Promovarea sănătății orale trebuie să fie o preocupare permanentă a asistentului medical comunitar (AMC), încadrându-se în următoarele atribuții stabilite de cadrul legislativ în vigoare:

1. Furnizarea de servicii profilactice primare, secundare și terțiare membrilor comunității, în special persoanelor care trăiesc în sărăcie sau excluziune socială (în limitele competențelor profesionale ale AMC.)

2. Educarea și informarea membrilor comunității locale pentru un stil de viață sănătos. Sesiuni de educație pentru sănătate pentru a promova un stil de viață sănătos.

3. Colaborarea cu alți furnizori de servicii sociale și de sănătate.

Ghidul de promovare a sănătății orale se utilizează împreună cu ghidurile privind stilul de viață (consumul de alcool și tutun).

Glosar de termeni

Caria dentară: cavitate care apare atunci când smalțul unui dinte este afectat de atacul acizilor formați din zaharurile libere; pe suprafața dintelui se formează o placă bacteriană. Placa bacteriană care nu este înlăturată zilnic, printr-o igienă orală corectă, conduce la apariția cariilor: Netratate, cariile dentare avansează de la carii superficiale la carii profunde, când sunt afectate smalțul, dentina și camera pulpară, provocând infecția pulpei dentare, și posibil pierderea dintelui. (5, 23).

Carii din copilăria timpurie: prezența unuia sau mai multor dinți afectați la copilul cu vârsta sub șase ani. Este demonstrat că apariția timpurie a cariilor conduce la afectarea progresivă a unui număr mare de dinți (5).

Boala parodontală/gingivita, parodontita: boală care afectează țesuturile care înconjoară și susțin dintele. Gingiile se pot inflama sau umfla și pot sângera atunci când sunt periate. Acest stadiu incipient este cunoscut sub numele de gingivită; gingivita poate produce durere și uneori respirație urât mirositoare (halenă sau halitoză). Dacă gingivita nu este tratată, se poate dezvolta parodontita (popular "parodontoză"). Dacă parodontita nu este tratată, poate conduce la pierderea osului de sprijin în maxilarul care înconjoară dinții și, în cele din urmă, dinții pot cădea. Se estimează că bolile parodontale severe afectează aproape 10% din populația globală. Principalele cauze ale bolii parodontale sunt igiena orală deficitară și consumul de tutun (5, 23).

Stomatita: constă în inflamația mucoasei bucale; are cauze multiple, de exemplu infecții (herpes simplex, Candida albicans, infecții bacteriene) sau o igienă orală precară, și este adesea favorizată de o imunitate scăzută. Consumul

de alcool și fumatul sunt factori de risc Stomatita herpetică și stomatita aftoasă sunt forme frecvente ale acestei afecțiuni (6).

Cancerul oral: Cancer care se formează la nivelul buzelor, în țesuturile cavității bucale (gura) sau orofaringe (partea gâtului din spatele gurii). Este favorizat de fumat și consumul de alcool (5,7)

Neglijarea sănătății orale: este definită ca eșecul persistent de a îndeplini o nevoie de bază a sănătății orale a copilului, care ar putea duce la afectarea gravă a sănătății orale sau generale a copilului, sau chiar la tulburări de dezvoltare (8,19).

Alimente sănătoase: alimente care contribuie la o dietă sănătoasă dacă sunt consumate în cantități adecvate (5)

Persoane cu nevoi speciale de sănătate: nevoile speciale includ orice afectare fizică, de dezvoltare, mentală, senzorială, comportamentală, cognitivă sau emoțională sau condiție limitativă care necesită sprijin medical... Condiția de nevoie specială poate fi congenitală, de dezvoltare sau dobândită prin boli, traume sau cauze de mediu și poate impune limitări în efectuarea activităților zilnice de auto-întreținere sau limitări substanțiale într-o activitate majoră a vieții. Îngrijirea sănătății pentru persoanele cu nevoi speciale necesită conștientizare, atenție sporită și măsuri de îngrijire dincolo de cele considerate de rutină (8).

Indicator sănătate orală (DMFT la vârsta de 12 ani): Datele DMFT pentru copiii de 12 ani reprezintă un indicator standardizat care reflectă starea sănătății orale la copii, dar și al inegalităților sociale și de acces la îngrijiri stomatologice de bază; de obicei este rezultatul studiilor specifice. DMFT este utilizat pentru a descrie numeric prevalența cariilor dentare.

Se obține prin calcularea sumei numărului de dinți cariati (D=decay), lipsă (M= missing) și tratați /obturație dentară sau coroniță dentară (F= filled), iat T. Cariile incipiente nu sunt incluse. Suma celor trei cifre formează valoarea DMFT. De exemplu: DMFT 4/3/9 = 16 înseamnă că patru dinți au carii, trei dinți lipsesc (inclusiv extracțiile dentare) și nouă dinți

au fost tratați, și doar 12 dinți sunt intacti. În cazul în care un dinte are o carie dar și un tratament, este calculat doar ca D (carie). DMFT de 28 sau 32 (include și cei patru molari „de minte”) este maximum - ceea ce înseamnă că toți dinții sunt afectați (9, 19). Indicatorul se calculează prin raportarea la populația de vârstă respectivă.

Importanța problemei

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), afecțiunile cavității bucale afectează peste 2.3 miliarde de persoane în întreaga lume, în mod particular populația săracă și vulnerabilă. Mai mult, peste 530 milioane de copii suferă de carii dentare netratate ale dinților temporari (dinți de lapte) și 796 milioane de persoane sunt afectate de boli parodontale (1).

Cariile dentare și boala parodontală reprezintă o problemă majoră de sănătate publică care afectează direct calitatea vieții, prin pierderea dinților naturali (30% dintre europenii cu vârste cuprinse între 65 și 74 nu au dinți naturali, și între 20% și 90% dintre copii de până în șase ani au carii, conform Organizației Mondiale a Sănătății (5). Caria dentară reprezintă cea mai răspândită boală netransmisibilă și se corelează la copii cu modele de creștere nefavorabile, reprezentând și o cauză frecventă de absență de la școală sau de la muncă. Cariile dentare, asociate direct consumului de zahăr, în general unui stil de viață nesănătos (alimente și băuturi îndulcite sau acide), dar și unei igiene orale deficitare, pot fi prevenite în mare măsură prin intervenții individuale simple, cu costuri reduse, în timp ce tratamentul este costisitor și este adesea indisponibil în cele mai multe țări (în mare măsură și în România) (10).

Afecțiunile cavității bucale sunt corelate cu boli cardiovasculare, diabet, cancer, pneumonie și naștere prematură, sănăta-

tea orală contribuind major la starea generală de sănătate (11).

În România, un studiu realizat în anul 2020 pe un eșantion de peste 1,000 de elevi (clasele I-VIII) dintr-un județ, arată că aproape jumătate (49.6%) dintre copiii chestionați consumă zilnic dulciuri, 46.4% consumă zilnic băuturi acidulate îndulcite, iar unul din cinci copii (20.1 %) declară că fumează. Același raport demonstrează igiena orală relativ deficitară în rândul copiilor (18 % dintre participanți se spală de mai puțin de două ori pe zi pe dinți, 33.7 % se spală mai puțin de două minute pe dinți și aproximativ 30% declară că nu au fost instruiți cu privire la tehnica corectă de periat dinți (4).

Nu în ultimul rând, determinanții sociali ai stării de sănătate (statutul socio-economic, sărăcia, nivelul redus de educație al părinților) conduc la apariția cariilor de la vârste foarte fragede. Astfel, o atenție particulară trebuie acordată categoriilor populaționale vulnerabile (12). În România nu există un program național de sănătate orală, nici studii sistematice privind prevalența cariilor la copii; ultimele date privind indicatorul care permite analiza situației comparativ cu alte țări (DMFT la copii de 12 ani) datează din 2012 (13). Cu atât mai mult importanța asistențelor medicali comunitari în promovarea sănătății orale în rândul populației vulnerabile trebuie să devină o prioritate.

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor



Sursa foto: Freepik

Programele de educație pentru sănătate sunt eficiente și eficiente în îmbunătățirea aderenței pe termen lung la o igienă orală corectă (14). În țările în care intervențiile de prevenire a cariilor din copilăria timpurie au fost integrate în programele de sănătate a mamei și copilului de la nivelul asistenței medicale comunitare și asistenței medicale primare (prin informare/educare/comunicare cu părinții), s-au redus vizitele la stomatolog, și prevalența cariilor la copiii sub șase ani (15). Eficacitatea a trei programe preventive pentru reducerea plăcii și a inflamației gingivale la adolescenți și tineri adulți a demonstrat că detartrajul (curățarea profesională a dinților) nu a adus un beneficiu clinic suplimentar comparativ cu educația

individuală sau educația în grup (16) Un studiu multicentric recent a demonstrat că intervențiile educaționale în rândul copiilor de vârstă școlară, dezvoltate într-o abordare intersectorială și participativă și luând în considerare contextul socioeconomic, conduc la îmbunătățirea cunoștințelor și comportamentelor alimentare (17).

Studiile care stau la baza recomandărilor internaționale (Ghidurile privind sănătatea orală ale instituțiilor și asociațiilor profesionale de prestigiu¹, sau recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, Centrului pentru Prevenirea și Controlul Bolilor din Statele Unite) demonstrează eficacitatea:

- a. identificării precoce a riscurilor privind sănătatea cavității bucale (în particular a

¹ Ghiduri clinice sau Ghiduri de practică elaborate de Institutul Național pentru Excelență În Sănătate din Marea Britanie (NICE), SIGN Scoția, Academia Americană a Dentiștilor Pediatri, Asociația Americană a Medicilor de Familie, Asociația Britanică a Medicilor Stomatologi, Asociația Britanică a Asistentelor Medicale, Asociația Asistentelor Medicale din Ontario/Canada etc

cariilor la copiii sub șase ani) și a vizitelor regulate la medicul stomatolog pentru identificarea în stadiu incipient a unor afecțiuni și tratarea acestora;

- b. intervențiilor de promovare a sănătății orale prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație adaptată (individual și pe grupe de vârstă) privind igiena orală; intervențiile se adresează în particular persoanelor provenind din familii dezavantajate socioeconomic și/sau cu un nivel scăzut de educație;
- c. intervențiilor de promovare a sănătății orale prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație adaptată (individual și pe grupe de vârstă) privind obiceiurile alimentare și reducerea consumului de zaharuri (pentru unele afecțiuni ale cavității bucale, și educația privind consumul de tutun și alcool);

Includerea sănătății orale în planurile de prevenire și de îngrijire a persoanelor care beneficiază de asistență medicală comunitară și care prezintă un risc crescut a afecțiunilor cavității bucale răspunde unei nevoi reale în România. O evaluare a nevoilor de promovare a sănătății orale va identifica persoanele

care prezintă un risc crescut de afecțiuni ale cavității bucale, conducând la identificarea intervențiilor necesare. Această abordare poate fi utilizată ca bază pentru dezvoltarea intervențiilor în comunitate, prin promovarea colaborării cu alte categorii profesionale (medic de familie, medic/asistent școlar, medic stomatolog).

Rolul asistentului medical comunitar este esențial în*:

- **activitățile de prevenire a afecțiunilor cavității bucale prin educare, informare și comunicare;**
- **în identificarea, trimiterea (referirea) către medicul stomatolog a persoanelor cu afecțiuni ale cavității bucale incipiente sau severe (adresată în particular părinților copiilor provenind din rândul beneficiarilor vulnerabili), în condițiile în care există unele servicii stomatologice gratuite (plătite de asigurările sociale de sănătate); monitorizarea rezultatelor;**
- **în sprijinul acordat unor categorii speciale de beneficiari, de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități.**

**în contextul atribuțiilor legale și nivelului de cunoștințe/competențe*

Sumar recomandări

POPULAȚIE ȚINTĂ	RECOMANDARE	NIVEL DE EVIDENȚĂ
<p>COPII /ADUȚI CU NEVOI SPECIALE Evaluarea sănătății orodentare / identificarea riscurilor Se realizează pentru identificarea riscurilor, respectiv nevoilor, în vederea personalizării intervenției (educație și/sau monitorizarea respectării vizitelor recomandate la medicul stomatolog) (18, 19,20,23, 24, 25,26)</p>	<p>Recomandarea 1: Examinarea periodică a cavității bucale la copii (în particular la copiii sub șase ani) și adulții cu nevoi speciale</p> <p>1.1. Evaluarea riscului de carii la copii trebuie inclusă în monitorizarea periodică a dezvoltării copilului și/sau evaluarea stării de sănătate. Se examinează cavitatea bucală a copiilor și se comunică cu aparținătorii;</p> <p>1.2. Evaluarea și sprijinul privind igiena/sănătatea orală pentru categorii speciale de beneficiari (de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități).</p>	IA

<p>COPII/ADOLESCENȚI/ADULȚI Comunicare pentru schimbarea comportamentelor (Informare/educare/comunicare și/sau consiliere) Se realizează, după caz, la nivel individual de grup, pentru o igienă orală corectă și un stil de viață corespunzător (10, 18, 19, 20, 21, 22,23)</p>	<p>Recomandarea 2: Promovarea sănătății orale se include în practica curentă, prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație pentru sănătate, adaptată pe grupe de vârstă și individualizată conform nevoilor</p> <p>2.1. Intervenții de promovare a sănătății orodentare; periatul dinților de două ori pe zi, minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor;</p> <p>2.2. Intervențiile de promovare a sănătății orale includ informarea, comunicarea și educarea privind alimentația și riscul consumului de zaharuri pentru sănătatea orală. <i>Se completează cu riscurile pentru afecțiuni ale cavității bucale datorate consumului de alcool și tutun.</i></p>	<p>IA</p>
<p>ABORDAREA INTERSECTORIALĂ Colaborarea cu alți profesioniști Se organizează în comunitate, în școală, în instituțiile de asistență socială, pentru o igienă orală corectă și un stil de viață corespunzător (intervențiile de evaluare, consiliere, IEC) (18, 24, 26)</p>	<p>Recomandarea 3: Sănătatea orală este o prioritate cheie pentru sănătate și bunăstare care este abordată prin colaborarea cu alți profesioniști din sistemul de sănătate și, după caz, de asistență socială</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesioniștii din sistemul public de sănătate colaborează pentru promovarea sănătății orodentare în comunitate; colaborarea se extinde, după caz, la serviciile sociale; 2. Personalul de sănătate din prima linie (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari), ca și personalul din serviciile publice de asistență socială care lucrează cu persoane cu risc crescut de sănătate orală precară sunt instruiți periodic. 	<p>Dovezi moderate</p>

Recomandări și instrumente

Recomandarea 1

Examinarea periodică a cavității bucale la copii (în particular la copiii sub șase ani) și adulții cu nevoi speciale

Identificarea precoce a factorilor de risc este esențială în prevenirea afecțiunilor orodentare, în particular a cariilor la copii, con-

ducând la identificarea intervențiilor preventive necesare, ca și a celor terapeutice (prin trimiterea către cabinetele stomatologice care oferă servicii gratuite pentru copii, rambursate de asigurările sociale de sănătate). Copiii provenind din familii vulnerabile sunt o prioritate.

Identificarea persoanelor vulnerabile care

au nevoie de ajutor (persoane cu dizabilități fizice sau psihice, vârstnici singuri) reprezintă o altă prioritate, afecțiunile orodentare agravând semnificativ starea generală de sănătate și calitatea vieții. Dovezile științifice arată că intervențiile de educare a îngrijitorilor persoanelor cu dizabilități sau a vârstnicilor singuri contribuie direct la îmbunătățirea calității vieții acestor categorii de beneficiari.

1.1. Evaluarea riscului de carii la copii trebuie inclusă în monitorizarea periodică a dezvoltării copilului și/sau evaluarea stării de sănătate. Se examinează cavitatea bucală a copiilor și se comunică cu aparținătorii.

Nevoile de sănătate orală ale copiilor trebuie identificate, monitorizate la anumite intervale de timp din primul an de viață până la sfârșitul școlii. Se asigură astfel continuitatea intervențiilor preventive și de promovare a sănătății orale, și/sau trimiterea la specialist pentru tratament, cu precădere copiilor și familiilor vulnerabile.

Intervențiile se realizează prin colaborare cu alți profesioniști, printr-o abordare coordonată. Această abordare conduce la identificarea timpurie a majorității copiilor mici cu cel mai mare risc de apariție a cariilor. Evaluarea corectă a riscului va contribui la intervenții individualizate, adaptate nevoilor și circumstanțelor specifice identificate.

Evaluarea riscului apariției cariilor la vârste fragede se realizează prin examinarea copiilor și prin comunicarea cu aparținătorii. Cu cât familiile sunt mai vulnerabile, cu atât riscul apariției precoce a cariilor sau altor afecțiuni a cavității bucale este mai mare. Se acordă o atenție prioritară și copiilor proveniți din familii în care părinții sunt diagnosticați (sau cunoscuți) cu boli mintale, dependențe (alcool, substanțe) sau boli somatice grave, pentru că acești copii pot avea un risc mare de apariție a afecțiunilor bucale. În aceste cazuri, asistenții medicali comunitari colaborează în mod regulat cu medicul de familie, sau, după caz, cu serviciul de asistență socială.

Nu există în literatura de specialitate o recomandare unitară a examinării sănătății

orodentare la copii și adolescenți. Unele ghiduri clinice recomandă evaluarea anuală la copii până la împlinirea vârstei de șase ani, și de maximum la doi ani la copiii peste șase ani și adolescenți. Alte recomandări sugerează evaluarea obligatorie a sănătății orodentare la vârstele de 6 luni, 1 an, 2 ani, 3 ani, 5 ani, 12 ani, 15 ani, 18 ani, cu monitorizarea respectării vizitelor la medicul stomatolog a copiilor cu forme incipiente sau manifeste de afecțiuni orodentare. Se pot examina copiii și adolescenții între vârstele recomandate, dacă se constată că aceștia au nevoie de monitorizare suplimentară sau de educație pentru schimbarea comportamentelor mai frecventă.

Evaluarea riscului de carii la copii sub șase ani se abordează evaluând o varietate de factori care, individual nu sunt demonstrați cu rol de predicție a apariției cariilor (indicatori socio-demografici, factori alimentari, factori de igienă orală, factori de risc microbiologici). Datele din studiile efectuate pe copii școlari demonstrează apariția cariilor la vârste fragede în familiile sărace și în zonele defavorizate, iar marea majoritate a studiilor arată că de obicei sunt implicați mai mulți factori de risc. Prezența unor bacterii (streptococi) este frecventă și, deși saliva îndeplinește un rol major de protecție împotriva cariilor dentare, copiii pot avea un flux salivar scăzut, de obicei ca o consecință a istoricului medical și medicamentelor (inclusiv antibiotice administrate mai frecvent decât este necesar). Judecata clinică obiectivă, capacitatea de a analiza acești factori de risc și cunoștințele anterioare despre familie și copil pacient s-au dovedit a fi predictorii ai riscului apariției cariilor multiple la copil. În special, urmărirea indicelui DMF (carii nou dezvoltate) în timp este un predictor relativ puternic de evaluare a riscului. Există dovezi care arată că utilizarea unui instrument de evaluare a riscului (modelul de risc) pentru copiii sub șase ani este fezabilă. Cu toate acestea, nu au fost identificate dovezi care să arate că utilizarea un instrument de evaluare a riscului conduce și la intervenții de

prevenție sporite. În plus, deși există multe instrumente de evaluare a riscului de apariție a carilor la vârste fragede, dovezile publicate nu oferă niciun consens cu privire la un singur instrument /cel mai eficient, dar modele relativ similare sunt considerate adecvate pentru a fi utilizate atât de personalul de specialitate, cât și în asistența medicală primară și în comunitate.

Evaluarea riscului apariției /existenței cariilor sau a altor afecțiuni a cavității bucale include identificarea și evaluarea următorilor factori:

1. Existența afectării anterioare a dinților (carii, tratamente, dinți lipsă) - *controlul cavității bucale, urmărire în timp a DMFT. Identificarea cariilor inițiale sau manifeste, pentru trimiterea/facilitarea vizitei la stomatolog și monitorizarea mai frecventă a copilului (sau, după caz, a adolescentului). Dinți care au erupt recent au cel mai mare risc de a dezvolta carii în primii doi-patru ani după erupție (figura 1).*
2. Dinții sunt afectați de placa dentară - *controlul cavității bucale (figura 1).*
3. Contextul și istoricul social, în special statutul socioeconomic – *cunoscut anterior, prin observație sau discuție cu membrii familiei.*
4. Obiceiurile alimentare, în special frecvența alimentelor dulci și băuturilor cu zahăr sau acidulate - *prin discuție cu membrii familiei sau copilul. Evaluarea alimentației, dacă aportul de zaharuri este crescut. Se analizează consumul de dulciuri, băuturi răcoritoare acidulate. Se utilizează pentru evaluarea dietei indicațiile de la*

recomandarea 2.2.

5. Igiena dentară, utilizarea pastei de dinți cu fluor - *prin discuție cu membrii familiei sau copilul. Evaluarea utilizării corecte a periutei de dinți. Se examinează cavitatea bucală pentru identificarea existenței plăcii dentare sau a semnelor de gingivită. Exemple de întrebări: ți-ai spălat dinții aseară (copilul s-a spălat pe dinți ieri seară)? Dar în această dimineață? Faci asta în fiecare zi (copilul s-a spălat pe dinți ieri seară)?*
6. Istoricul medical (existența bolilor recente sau a unei boli cronice) *prin discuție cu membrii familiei. Identificarea (dacă nu sunt cunoscute anterior) altor afecțiuni medicale, inclusiv tratamente cu medicamente care cresc riscul de carii. La copiii cu afecțiuni cronice (dispensarizate) și/sau medicație de lungă durată, apariția cariilor au adesea consecințe mai grave.*
7. Saliva (fluxul salivar normal) *prin discuție cu membrii familiei sau copilul (“ai vreodată/ cât de des/frecvent gura uscată”?)*
8. Evaluarea cunoștințelor și atitudinii părinților/îngrijitorilor copilului (sau după caz evaluarea cunoștințelor și atitudinilor adolescentului față de sănătatea orală)

Evaluarea riscului se face prin instituirea unui instrument standardizat pe care asistentul medical comunitar îl utilizează când examinează starea dinților copiilor (figura 2).

Un risc crescut de apariție/existență a cariilor în copilăria timpurie trebuie să conducă la:

Figura 1: Evaluarea riscului apariției /existenței cariilor prin examinarea cavității bucale



Figura 2: Instrument de evaluare a riscului de carii la copiii sub 6 ani

Data evaluării		
Nume, prenume		
Data nașterii		
FACTOR DE RISC	DA	NU
<input type="checkbox"/> Dinții sunt periați de două ori pe zi de către părinte/apartinător	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
<input type="checkbox"/> Există expunere zilnică la fluor (pasta de dinți conține fluor)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Obiceiuri alimentare (bifați tot ce este aplicabil; orice punct bifat se adaugă în coloana "DA"):		
<input type="checkbox"/> Alimentare cu biberonul > vârsta de 12 luni;		
<input type="checkbox"/> Utilizarea biberonului (sau cării pentru bebeluși) între mese cu alt lichid decât apa (de exemplu sucuri de fructe, lapte, lapte cu cacao/ciocolată);	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
<input type="checkbox"/> Folosirea biberonului (cării pentru bebeluși) seara la culcare pentru a adormi		
<input type="checkbox"/> Nu a fost stabilită o igienă orală de rutină după introducerea alimentelor solide și copilul este încă alăptat sau hrănit cu biberonul după vârsta de 12 luni;		
<input type="checkbox"/> Copilul ia gustări între mese (de exemplu, fursecuri, bomboane, cereale îndulcite, chipsuri, acadele, sucuri de fructe, lapte cu cacao/ciocolată)		
<input type="checkbox"/> Familia este vulnerabilă socio-economic (sărăcie, nivel redus de educație)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
<input type="checkbox"/> Există (se vizualizează) placa bacteriană și / sau resturi alimentare pe dinți	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
<input type="checkbox"/> Există carii vizibile (inclusiv leziuni incipiente - pete albe) și / sau dovezi ale unui tratament pentru carii anterior (obturație dentară, coroniță dentară, extracție)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (0)
SCOR TOTAL: XX (se face suma punctelor acordate la fiecare factor de risc)		
RIScul de Carii Dentare:	RISC CRESCUT (SCOR > 3)	RISC SCĂZUT (SCOR < 3)
RECOMANDĂRI (bifați tot ce s-a comunicat părintelui/îngrijitorului copilului)		
PENTRU TOȚI COPIII		
<input type="checkbox"/> Trimiterea/ facilitarea vizitei la medicul stomatolog (dacă copilul nu a fost la medicul stomatolog în ultimele 12 luni).		
<input type="checkbox"/> Comunicarea cu părinții/ îngrijitorii. Recomandări: informații furnizate părintelui/ îngrijitorului (se bifează toate recomandările furnizate părintelui)		
<input type="checkbox"/> Părintele periază dinții copilului (<8 ani) cel puțin de două ori pe zi timp de 2 minute cu:		
<ul style="list-style-type: none"> • Pastă de dinți fără fluor pentru copilul 0-3 ani dacă scorul total = 0; • Pastă de dinți cu fluor (cantitate cât un bob de orez) pentru copilul 0-3 ani dacă scorul total > 0); • Pastă de dinți cu fluor (cantitate cât un bob de mazăre) pentru copilul de 3-6 ani; 		
<input type="checkbox"/> Reducerea consumului de zahăr și/sau limitarea băuturilor / gustărilor cu zahăr;		
<input type="checkbox"/> Evitarea utilizării peste noapte a biberonului (sau cării cu capac pentru bebeluși/copii) cu alte lichide decât apa		
<input type="checkbox"/> Renunțarea la biberon până la vârsta de 12 luni cel târziu;		
<input type="checkbox"/> Trecerea la cană fără capac pentru supt până la vârsta de 12 luni.		
<input type="checkbox"/> Alte recomandări: _____		
PENTRU COPIII CU RISC CRESCUT DE Carii Dentare		
<input type="checkbox"/> Perierea dinților copilului de două ori pe zi cu pastă de dinți cu fluor		
<input type="checkbox"/> Trimiterea/ facilitarea vizitei la medicul stomatolog		
DATA VIZITEI URMĂTOARE/ MONITORIZAREA RECOMANDĂRILOR		

Adaptat după Canadian Dental Association, Dental care for children, Risk assessment tool (25)

1. recomandarea și/sau facilitarea vizitei la medicul stomatolog pentru tratamentul precoce al cariilor inițiale, într-un interval determinat de timp;
2. monitorizarea efectuării vizitei la stomatolog;
3. determinarea intervalului pentru următoarea examinare la domiciliu;
4. identificarea nevoii de măsuri suplimentare de promovare (educare/consiliere măsuri de igienă și/sau măsuri de schimbare a comportamentului alimentar).

1.2. Evaluarea și sprijinul privind igiena/sănătatea orală pentru categorii speciale de beneficiari (de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități)

Sănătatea orală este o parte importantă a vieții zilnice sănătoase. Persoanele cu dizabilități fizice, cognitive sau de dezvoltare au nevoi speciale de îngrijire dentară, deoarece sunt adesea predispuse să dezvolte afecțiuni orodentare care pot avea un impact negativ asupra sănătății generale și asupra capacității de a desfășura activități zilnice normale. Cu toate acestea, sănătatea cavității bucale este de multe ori neglijată, sau considerată puțin importantă comparativ cu afecțiunea de bază.

Evaluarea stării de sănătate orodentară se include în Planul personalizat de îngrijire al beneficiarului cu nevoi speciale

Stabilirea unei rutine de îngrijire orală acasă și încurajarea familiei/îngrijitorului ca beneficiarul să viziteze un medic stomatolog sunt activități simple și eficiente care pot fi făcute de către asistentul medical comunitar și care pot schimba radical calitatea vieții acestor persoane cu nevoi speciale.

Fiecare beneficiar cu nevoi speciale de care un asistent medical comunitar se îngrijește are sau trebuie să aibă un **Plan personalizat de îngrijire** (pentru afecțiuni medicală de bază). Pentru evaluarea periodică a stării de sănătate în cazul persoanelor în vârstă care locuiesc singure (fără o dizabilitate fizică sau psihică), Planul personalizat de îngrijire trebuie realizat împreună cu medicul de familie.

Evaluarea și sprijinul pentru îngrijirea sănătății orale include următoarele etape:

1. Evaluarea nevoilor de sănătate și îngrijire a cavității orale trebuie să implice de la început familia, prietenii, îngrijitorii (sau o echipă de îngrijiri la domiciliu), în evaluare, îngrijire, educație despre igiena orală și importanța vizitei la medicul stomatolog. Întrebați despre:
 - a. Modul în care persoana își gestionează de obicei îngrijirea zilnică a gurii (de exemplu, periatul și tipul de periută de dinți și pastă de dinți utilizată (dacă are fluor), despre îndepărtarea și îngrijirea protezelor, inclusiv a protezelor parțiale). *Verificați dacă au nevoie de asistență;*
 - b. Dacă au proteze, inclusiv proteze parțiale;
 - c. Când beneficiarul a fost văzut de un medic stomatolog ultima dată și ce recomandări/ tratament a avut. *Solicitați numele/adresa medicului stomatolog. Înregistrați dacă nu a existat niciun contact cu medicul stomatolog și ajutați-l să identifice în apropiere un medic (sau un centru de stomatologie care furnizează servicii gratuite, dacă beneficiarul nu este asigurat, sau un ONG care sprijină persoanele cu nevoi speciale dacă familia nu are posibilități materiale).*
2. Înregistrarea la fiecare vizită a rezultatelor evaluării în fișa /anexele Planului de îngrijire personală al beneficiarului.
3. Monitorizarea beneficiarului la intervale regulate de timp. Revederea și actualizarea nevoilor de îngrijire orodentară în Planul de îngrijire personală la fiecare vizită.

Evaluarea stării de sănătate orodentare se face prin instituirea unui instrument standardizat pe care asistentul medical comunitar îl utilizează când examinează cavitatea bucală a persoanei cu nevoi speciale (figura 3)

Îngrijirea acoperă activități de educare/informare precum îndepărtarea și curățarea

Figura 3: Instrument de evaluare a sănătății orale la persoanele cu nevoi speciale

Nume/ prenume persoană vizitată:		Data		
Completat de către: (nume AMC)				
Scoruri: pentru fiecare categorie examinată, se alocă scorul corespunzător (0 sau 1 sau 2) în coloana cinci ("scor per categorie"). Dacă orice categorie are scorul 1 sau 2 se recomandă vizita la stomatolog				
Categorie	0 = sănătos	1 = schimbări observate față de vizita precedentă	2 = afectat	Scor per categorie
Buze	Netede, roz, umede	Uscate, crăpate, roșii la colțuri	Umflături, zone albe, roșii sau ulceratii; colțurile buzelor cu zone roșii sau ulceratii	
Limbă	Normală, roz, umedă, cu rugozități normale	Fisurată, roșie, cu zone vizibil diferite, încărcată	Zonă(e) roșie și / sau albă, ulcerată, umflată	
Gingii și țesuturi moi	Roz, umede, netede, fără sângerări	Uscate, strălucitoare, dure, roșii, umflate, sau zonă(e) cu ulceratie sau dureroasă sub proteza dentară	Umflate, sângerări, ulceratii, zone albe sau roșii, roșeață generalizată sub proteza dentară	
Saliva	Părțile moi sunt umede, salivă apoasă cu flux normal	Mucoasa bucală uscată, puțină salivă, persoana consideră că are „gura uscată”	Mucoasa bucală foarte uscată, salivă puțină sau deloc, persoana consideră că are „gura uscată”	
Există dinți naturali (da/nu)	Fără carii, dinți rupți	1-3 carii sau dinți rupți sau foarte deteriorați	Mai mult de patru carii sau dinți deteriorați sau mai puțin de patru dinți naturali	
Proteză dentară (da/nu)	Integră, fără dinți rupți, proteza purtată cu regularitate	1 zonă a protezei deteriorată sau proteză purtată doar 1-2 ore /zi sau proteză slăbită	Mai mult de 1 zonă a protezei deteriorată, proteză lipsă sau nepurtată sau slăbită, proteza are nevoie de adeziv de fixare	
Starea cavității bucale	Curată, fără resturi alimentare sau tartru pe dinți sau proteză	Particule de mâncare vizibile, tartru sau placă bacteriană în 1-2 arii dentare sau pe o suprafață mica a protezei, sau halenă	Particule de mâncare vizibile, tartru sau placă bacteriană generalizată pe dinți, sau proteză, sau halenă severă	
Dureri dentare	Fără semne fizice, verbale sau comportamentale de durere dentară	Sunt semne verbale sau comportamentale ale durerii dentare (de ex pune mâna pe față, mestecă buzele, nu mănâncă, dă semne de agresivitate)	Sunt semne fizice de durere (umflarea obrazului sau gingiei, dinți rupți, ulceratii), precum și verbale și / sau semne comportamentale) durere fizică (de ex pune mâna pe față, mestecă buzele, nu mănâncă, dă semne de agresivitate)	
Organizați/Sprijiți persoana să fie examinată de un stomatolog Notați dacă persoana și / sau familia (îngrijitorul)refuză tratamentul dentar Completați planul de îngrijire /igienă orală și educați familia / îngrijitorul Planificați următoarea vizită la data:				SCOR TOTAL MAXIM: 16

Adaptat după National Institute for Health and Care Excellence/NICE (23)

protezelor dentare, periatul dinților și utilizarea pastei de dinți cu fluor.

1. Asistentul medical comunitar se asigură că beneficiarul știe următoarele - sau după caz, familia/îngrijitorul știe să ofere sprijin zilnic persoanei cu nevoi speciale:

2. Spălarea dinților naturali cel puțin de două ori pe zi cu pastă de dinți cu fluor (detaliat în recomandarea 2);

Îngrijire orală zilnică în cazul protezelor dentare totale sau parțiale (periatul, îndepărtarea resturilor alimentare și îndepărtarea protezelor peste noapte);

Durata de viață a protezelor dentare este cuprinsă între cinci și șapte ani, dacă îngrijirea acestora este adecvată. Îngrijirea protezei trebuie să includă următorii pași:

- a. Se folosește o perie pentru proteze cu păr moale și pastă pentru proteze sau apă caldă și săpun, pentru a peria protezele după mese pentru a îndepărta resturile alimentare, petele și placa bacteriană. Se folosește apă caldă pentru a clăti protezele dentare scoase din soluția de înmuiere; se evită apa fierbinte;
- b. Se pune un prosop sau vas de apă peste chiuvetă sau suprafața blatului atunci când se scoate proteza sau se curăță, pentru a preveni ruperea în cazul în care protezele cad accidental;
- c. Se evită utilizarea pastei de dinți sau a altor produse de curățare abrazive, pentru a preveni zgârieturile sau deteriorarea protezelor dentare;
- d. Beneficiarul nu trebuie să facă gargară sau să înghită produsele de curățat proteze, deoarece acestea sunt toxice;
- e. Se perie gingiile, limba și plafonul cavității bucale (palatul) zilnic, înainte de introducerea protezei dentare;
- f. Nu se poartă proteza dentară în timpul nopții, astfel încât gingiile să se poată odihni;
- g. Protezele se păstrează în apă (caldă, nu fierbinte) sau într-o soluție specială de curățare atunci când nu sunt purtate;
- h. Protezele dentare se păstrează la dis-

tanță de copii și animale de companie, pentru a preveni deteriorarea;

- i. Nu se păstrează /înfășoară protezele dentare în hârtie (șervețele, prosoape de hârtie) deoarece pot fi aruncate accidental.
3. Poate identifica și răspunde la schimbările nevoilor de îngrijire ale persoanei și/sau știe că vă poate cere sfaturi și ajutor;
4. Înțelege efectul sănătății orodentare asupra sănătății (și/sau a afecțiunii de bază), bunăstării și demnității beneficiarului, care nu își poate întotdeauna exprima durerea sau suferința sau nu poate cere ajutor.
5. Înțelege importanța sănătății orodentare, cunoaște și aplică principiile unei alimentații corecte, a efectelor consumului de alcool și tutun asupra beneficiarului cu nevoi speciale (detaliat în recomandarea 2).

În activitățile cu persoane cu nevoi speciale, asistenții medicali comunitari utilizează abordarea centrată pe persoană, inclusiv prin (a) evaluarea, înțelegerea și adaptarea la mediul în care trăiește persoana și (b) utilizarea de strategii potrivite de comunicare verbală și/sau non-verbală.

Următoarea listă include strategii de comunicare pe care îngrijitorul (sau, după caz, asistentul medical comunitar) trebuie să le cunoască pentru a reduce senzația de amenințare pe care persoana cu nevoi speciale o poate resimți în timpul îngrijirii cavității bucale. Strategiile de reducere a amenințărilor sunt tehnici comportamentale concepute pentru a minimaliza lupta sau "răspunsul de fugă" al unei persoane la frică și/sau suferință. Lista nu este exhaustivă, dar oferă sugestii de strategii identificate în literatura de specialitate.

1. Se asigură un mediu liniștit, cu puține zgomote ambiente sau care pot distra atenția; Atitudinea este prietenoasă, deschisă, neamenințătoare prin limbajul verbal și nonverbal;
2. Comportamentul este calm și plăcut; se zâmbește pe tot parcursul interacțiunii;
3. Se poartă o scurtă conversație înainte de

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar (AMC), ca și alte categorii de personal responsabile de sănătatea copiilor și adolescenților trebuie să efectueze evaluarea riscului afecțiunilor orodentare cât mai devreme (încă din primul an de viață), ca parte a monitorizării dezvoltării copilului, cel puțin la vârstele recomandate: 6 luni, 1 an, 2 ani, 3 ani, 5 ani, 12 ani, 15 ani, 18 ani.
- Copiii ale căror familii sunt defavorizate/vulnerabile trebuie considerați ca având un risc crescut de apariție/agravare a cariilor și altor afecțiuni ale cavității bucale.
- Un copil cu risc crescut de apariție a cariilor/complicațiilor trebuie trimis/referit imediat către servicii de specialitate (de stomatologie). Asistentul medical comunitar trebuie să facă toate demersurile necesare pentru a sprijini părinții/îngrijitorii să ajungă la medicul stomatolog, când identifică un copil cu afecțiuni orodentare sau cu risc crescut de a le dezvolta. Trimiterea și facilitarea vizitelor la medicul specialist stomatolog se înregistrează, monitorizează și raportează.
- Asistentul medical comunitar trebuie să implice în mod proactiv părinții în prevenire și acces la tratament de specialitate. De asemenea, trebuie să acorde o atenție specială tuturor copiilor din familia respectivă, nu numai unui copil anume.
- La fiecare vizită, asistentul medical comunitar trebuie să acorde o atenție particulară semnelor de neglijență sau abuz asupra copilului/copiilor. Dacă există o suspiciune, asistentul medical comunitar are obligația de a notifica serviciul de asistență socială și/ sau instituțiile responsabile.
- Asistentul medical comunitar trebuie să stabilească și să mențină o relație bună cu familia (copii și părinți/îngrijitori). Încă de la prima vizită, trebuie să furnizeze informații despre prevenirea de bază (periatul dinților de minimum două minute, de două ori pe zi, folosind pastă de dinți cu fluor, și să menționeze alimentația care menține sănătatea orodentară și previne carierea dinților).
- Pentru persoanele cu nevoi speciale (dizabilități, vârstnici ca locuiesc singuri), pentru care consecințele cariilor dentare ar afecta și mai mult starea generală de sănătate, educarea familiei/îngrijitorului privind igiena orală corectă și importanța ei, furnizarea de informații privind alimentația și trimiterea / facilitarea accesului la medicul stomatolog este o prioritate.
- Se utilizează în practică instrumentele puse la dispoziție.

- a cere beneficiarului să deschidă gura;
4. Se stabilește un raport vizual (se stă față în față, la același nivel);
5. Se solicită deschiderea gurii, se cere beneficiarului să îndeplinească sarcina (dacă poate);
6. Se folosesc gesturi pentru a indica fiecare pas în procesul de îngrijire;
7. Se folosesc cereri scurte (pentru fiecare pas în parte), realizate împreună cu gesturile;
8. Se încurajează persoana să se angajeze în îngrijirea de sine, se asigură îngrijirea completă;
9. Se folosește o atingere delicată pentru a liniști persoana;
10. Se folosește metoda “mână-peste-mâ-

- na” (“hand-over-hand”), astfel încât persoana să pună mâna pe mâna îngrijitorului (sau îngrijitorul să pună mâna pe mâna persoanei) pentru a ghida îngrijirea cavității bucale;
11. Dacă persoana cu nevoi speciale începe să se angajeze în comportamente rezistente la îngrijire, se utilizează tehnici de distragere a atenției (de exemplu, cântând, vorbind sau cerându-i să țină un obiect);
12. Dacă comportamentul rezistent la îngrijire crește și strategiile de reducere a amenințărilor nu par să funcționeze, o altă persoană din familie/un alt îngrijitor trebuie să intervină pentru a înlocui primul îngrijitor.

Recomandarea 2

Promovarea sănătății orale se include în practica curentă, prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație pentru sănătate, adaptată pe grupe de vârstă și individualizată conform nevoilor.

Sănătatea orodentară înseamnă mai mult decât un zâmbet frumos. Poate avea un impact pozitiv sau negativ asupra calității vieții pe termen lung, din multe perspective: stimă de sine, abilitatea de a mânca alimente nutritive, starea generală de sănătate și, mai târziu, chiar oportunități de angajare.

Comunicarea pentru schimbarea comportamentelor trebuie inițiată cât mai devreme în viață, spun toate evidențele științifice, prin educarea părinților. Iar intervențiile de informare, educare și comunicare trebuie realizate în colaborare strânsă cu familia și școala, în particular pentru copiii vulnerabili, în condițiile în care nu există în România un program național de prevenție a cariei dentare sau a afecțiunilor orodentare.

2.1. Intervenții de promovare a sănătății orodentare; periatul dinților de două ori pe zi, minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor;

Prevenirea cariilor dentare la copii include:

1. Motivarea, planificarea acțiunii și formarea obiceiurilor prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor;
2. Instruire pentru asigurarea tehnicii corecte de periat dinți.

Se oferă tuturor beneficiarilor, dar în special copiilor, sfaturi personalizate pentru promovarea sănătății orodentare

Dovezi științifice puternice arată importanța înțelegerii comportamentului copilului (sau după caz a adolescentului/adultului), a capacității și atitudinii părintelui/îngrijitorului (sau după caz a adolescentului/ adultului), față de menținerea sănătății orodentare, și a motivației acestora de a-și asuma responsabilitatea schimbării comportamentului. Se recomandă ca strategiile de promovare a sănătății orodentare să se bazeze pe teoria schimbării comportamen-

telor folosind tehnici precum interviul motivațional, să fie specifice și adaptate nevoilor și circumstanțelor specifice.

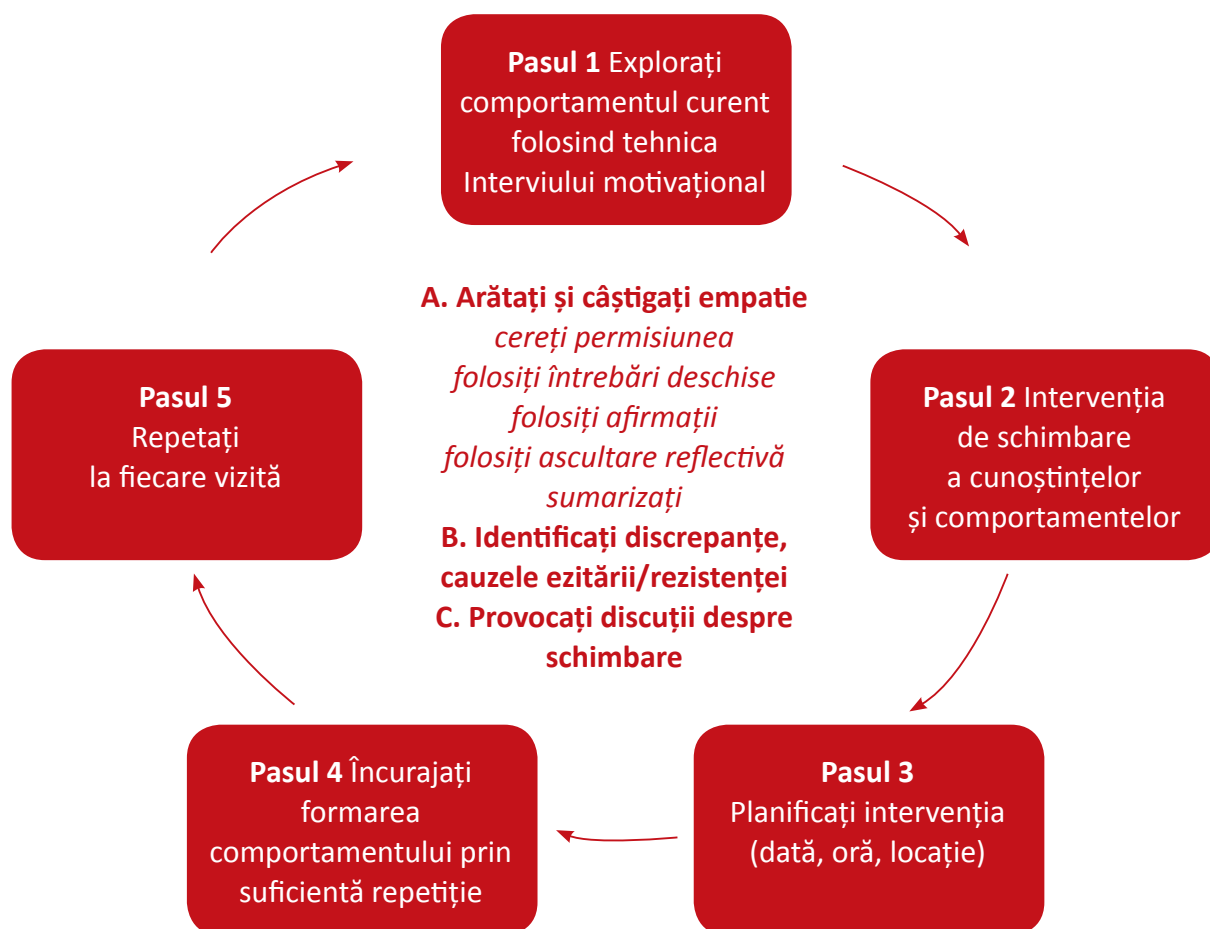
Deoarece cunoștințele nu se traduc ușor în schimbarea comportamentului, oferirea de sfaturi pentru prevenirea afecțiunilor orodentare are un succes limitat în influențarea persoanelor. Cu toate acestea, există dovezi că utilizarea de discuții scurte, de 15-20 de minute, folosind principiile și interviului motivațional (IM), împreună cu elaborarea unui plan de acțiune, crește probabilitatea ca părinții/îngrijitorii copiilor, copiii mai mari, adolescenții și adulții, să adopte comportamentele dorite de menținere a sănătății orale. Această abordare este rezumată în figura 4. Pentru a utiliza cu succes tehnica interviului motivațional este nevoie de formare/instruire periodică, dar și de experiență obținută prin utilizare IM în practica curentă.

Se educă părintele pentru a încuraja formarea comportamentelor de igienă orală ale copiilor de la vârste fragede, inclusiv prin elaborarea unui plan individualizat pentru copil (copii).

- Să identifice momentul (de exemplu, periatul dinților după micul dejun și ultimul lucru înainte de culcare);
- Dacă apar dificultăți, să identifice alternative. De exemplu, dacă copilul este adesea prea obosit pentru a se spăla pe dinți ca ultimă activitate înainte de culcare, să aleagă o oră mai timpurie;
- Să identifice/ să stabilească un declanșator de memorie (să nu uite el sau copilul, dacă e mai mare) pentru seară, până comportamentul devine o rutină;
- Să revizuiască progresul (de exemplu, o dată pe săptămână)

Asistentul medical comunitar poate elabora modele standard de planuri privind igiena orală (cu elementele de mai sus, completat cu informațiile privind obiceiurile alimentare/secțiunea 2.2.), pe care să le distribuie părinților la vizita de monitorizare a dezvoltării copilului (sau de evaluare a sănătății, sau la orice vizită la domiciliu). La vizitele ulterioare,

Figura 4: Algoritmul schimbării comportamentului privind sănătatea orală - tehnica Interviului Motivațional



Adaptat după SDCEP, "Prevention and Management of Dental Caries in Children, Dental Clinical Guidance", 2nd Edition, 2018

asistentul medical comunitar încurajează și oferă sprijin pentru discutarea /revizuirea planului, folosind în continuare tehnici de comunicare pentru schimbarea comportamentelor potrivite (interviul motivațional). Exemple de sfaturi de inclus planurile de acțiune (diferă în funcție de vârsta copilului):

- Părintele / îngrijitorul va spăla sau va supraveghea periatul dinților copilului acasă în fiecare dimineață după micul dejun și în fiecare seară după cină, când copilul se pregătește de culcare (până la vârsta de maximum zece ani)
- Când părintele pregătește pachetul cu gustare pentru școală al copilului, îi va da copilului în fiecare zi apă (în loc de o băutură care conține zahăr).
- Copilul, dacă va nota pe carnețel (în

jurnal) de fiecare dată când și-a periat dinții, va primi la sfârșit de săptămână o recompensă.

Se încurajează și se sprijină părinții/îngrijitorii copiilor mici (dar și alți beneficiari) să înțeleagă și să asigure spălarea dinților copiilor ca rutină zilnică: de două ori pe zi, pentru minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor, inclusiv recomandarea să:

- Utilizeze o cantitate de pastă de dinți adecvată vârstei copilului;
- Efectueze sau supravegheze periatul dinților până când copilul își poate spăla singur dinții în mod corect (vârsta de max. 10 ani);
- Să se asigure că după periatul dinților copiii nu își clătesc gura („scuițați, nu clățiți”!).

Periatul dinților cu pastă de dinți cu fluor este una dintre cele mai eficiente metode de prevenire a cariilor. Periatul corect se face bine dimineața și seara (ultima activitate înainte de culcare, fără ca apoi să se mai mănânce sau bea altceva în afară de apă). Periatul exact înainte de culcare este cel mai eficient datorită retenției de fluor pe dinți.

Se recomandă părintelui/îngrijitorului să înceapă periatul dinților imediat ce primul dinte temporar (de lapte) erupe. Odată cu apariția primului dinte permanent, părintele dar și copilul trebuie educați.

Se recomandă părintelui / îngrijitorului să nu permită copilului să mănânce sau să lingă pasta de dinți.

Pentru adolescenți, argumentul suplimentar care poate fi folosit este efectul suplimentar pe aspectul fizic, pe lângă beneficiile pentru sănătate.

Instruirea pentru asigurarea tehnicii corecte de periat dinții este esențială

Instruirea pentru învățarea tehnicii corecte de periere a dinților include demonstrații, distribuirea de materiale vizuale, dar și utilizarea cu perseverență a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentelor descrise anterior. Furnizarea de informații, modelarea comportamentului prin repetiție, construirea încrederii de sine și motivarea sunt acțiuni cheie pentru obținerea și menținerea tehnicii corecte de periere a dinților.

1. Se empatizează cu părintele / îngrijitorul cu privire la cât de dificil poate fi cu copiii mici să se spele corect. Se dau sfaturile descrise anterior. Se menționează importanța urmării sfaturilor printr-o rutină zilnică.
2. Se încurajează părintele / îngrijitorul sau copilul mai mare/adolescentul/adultul să arate (să demonstreze) cum își periază dinții.
3. Se explică pașii tehnicii corecte de periat. Se adaugă sfaturile privind alimentația (secțiunea 2.2.), iar la adolescenți în particular, dar și la beneficiarii adulți, se discută riscurile consumului de alcool și

tutun pentru sănătate, inclusiv sănătatea orală.

Periatul corect al dinților urmează câțiva pași

Pasul 0: Se recomandă periuța de dinți moale, cu peri rotunjiți, cu dimensiuni și format care permite ușor perierea ultimilor dinți (molarii).

Figura 5 Perierea dinților pe toate suprafețele, cu periuța poziționată la un unghi de 45 de grade



Sursa: Canadian Dental Association (25)

Pasul 1: Periuța de dinți se poziționează la un unghi de 45 de grade față de dinți. Se direcționează perii către locul în care se întâlnesc gingiile și dinții (figura 5). Se folosește o mișcare blândă, circulară, de masaj, în sus și în jos. Dinții nu se perie puternic, pentru că smalțul dentar poate fi afectat. (gingiile care se retrag vizibil sunt câteodată rezultatul unor ani de periere prea puternică).

Pasul 2: Se curăță pe rând dinții de pe fiecare arcadă dentară. Se curăță pe rând suprafețele exterioare ale dinților (dinspre obraz), suprafețele interioare ale dinților (dinspre limbă), și suprafețele de mestecat.

Pasul 3: Nu se grăbește perierea dinților. Un periat complet durează cel puțin două minute. Cronometrarea periatului dinților până se obține o rutină implicită este utilă.

Pasul 4: Modul de periere a dinților se modifică periodic (să nu se creeze un tipar). Perierea dinților în același mod devine o rutină, însemnând că se pot omite tot timpul de la periere aceiași dinți.

Clătirea gurii poate fi omisă, deoarece efectul preventiv crește atunci când cantități mici de fluor rămân în gură (dovezi moderate). Periuța de dinți se poate înlocui la fiecare trei luni (dovezi reduse).

Cantitatea de pastă de dinți trebuie mărită treptat

- se începe cu o cantitate abia vizibilă (0,1 ml);
- la vârsta de 1 an, se crește cantitatea de pastă de dinți la mărimea unui bob de orez (cât unghia mică a copilului de un an);
- la vârsta de 3 ani se crește cantitatea de pastă de dinți la mărimea unui bob de mazăre;
- de la vârsta de 5-6 ani, cantitatea de pastă de dinți utilizată se mărește treptat.

2.2. Intervențiile de promovare a sănătății orale includ informarea, comunicarea și educarea privind alimentația și riscul consumului de zaharuri pentru sănătatea orală. Se completează cu riscurile pentru afecțiuni ale cavității bucale datorate consumului de alcool și tutun.

Atât la copii cât și la adulți, aportul energetic din zaharuri libere trebuie să limitat sub 10% din necesarul aportului caloric zilnic. Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) cu privire la aportul de zaharuri libere pentru a reduce riscul apariției bolilor netransmisibile la adulți și copii (cu un accent deosebit pe prevenirea și controlul creșterii în greutate/obezității și a cariilor dentare) se bazează pe dovezi științifice. OMS recomandă chiar o reducere suplimentară a aportului caloric din zaharuri libere la sub 5% din aportul energetic total (dovezi moderate)

(10). Zaharurile libere includ monozaharide și dizaharide adăugate la alimente și băuturi de către producător sau acasă, precum și zaharuri prezente în mod natural în miere, siropuri, sucuri de fructe și concentrate de sucuri de fructe. Recomandarea de a limita aportul de zaharuri libere la mai puțin de 5% din aportul total de energie, care este susținută și de alte analize recente, se bazează pe dovada că efectele negative ale consumului de zaharuri libere asupra sănătății orodentare sunt cumulative, din copilărie până la maturitate. Deoarece cariile dentare sunt rezultatul expunerii pe tot parcursul vieții la un factor de risc alimentar (zaharurile libere), reducerea riscului în copilărie este semnificativă. Prin urmare, pentru a reduce la minim riscul de carii dentare pe tot parcursul vieții, aportul de zaharuri libere ar trebui să fie cât mai mic posibil.

Alăptarea exclusivă la sân până la șase luni și continuarea alăptării până la doi ani, împreună cu diversificarea alimentației la șase luni, este esențială pentru sănătate, inclusiv pentru sănătatea orodentară. În primele șase luni de viață sugarul are acoperite toate nevoile nutritive din laptele matern (ideal) sau formule adecvate vârstei, dar diversificarea alimentației la șase luni nu înseamnă întreruperea alăptării la sân. Dovezile sugerează că sugarii alăptați și după diversificarea alimentației au mai puține cariile dentare în copilărie. În general, alimentația în primul an de viață și obiceiurile alimentare la vârste foarte mici influențează alimentația pe toată durata copilăriei, și chiar în viața adultă. De asemenea, studiile arată că lichidele care conțin zaharuri libere la un sugar alimentat cu biberonul este asociat cu apariția timpurie a cariilor.

După șase luni, gustările între mese trebuie să conțină alimente nutritive, cu un conținut scăzut de zahăr, cum ar fi fructe proaspete, morcov, ardei, grâu, prăjituri de ovăz și, ocazional, o cantitate mică de brânză cu conținut scăzut de grăsimi. Deși fructele proaspete conțin zaharuri naturale, la niveluri normale de consum nu există dovezi că sunt cariogene. Și limitarea unor alimente despre

care se spune că sunt sănătoase (de exemplu fructele uscate) trebuie limitate: consumate frecvent între mese, resturile dulci rămase pe dinți pot afecta smalțul dentar.

Nu se adaugă în biberon băuturi care conțin zahăr, sucuri de fructe, lapte îndulcit. Băuturile dulci (sucurile de fructe) în biberon sau pe suzeta contribuie direct la apariția precoce a cariilor dentare. Nu se scufundă niciodată tetina biberonului sau suzeta în băuturi dulci sau pe bază de fructe, și nu se adaugă în lapte alte produse cu zahăr (de exemplu zahăr sau miere).

Între mese, sugarul bea numai apă sau lapte; laptele gras de vacă poate fi introdus de la 12 luni; după vârsta de 2 ani, se poate introduce treptat laptele semi-degrosat (dacă alimentația este variată și nutritivă). Laptele degrosat este potrivit numai copiilor cu vârsta peste 5 ani, deoarece conține prea puține calorii și vitamina A.

Dacă sugarul adoarme cu biberon, aceasta trebuie să conțină doar apă. În jurul vârstei de 6 luni, când copilul începe să bea apă în mod regulat, riscul de carii scade semnificativ dacă între mese și seara la culcare copilul bea apă și nu sucuri de fructe. Introducerea treptată a apei băută din cană în loc de biberon (după șase luni) va reduce reflexul de supt. Suzeta, ca și suptul instinctiv al degetului, sunt comportamente naturale la copii, care trebuie însă descurajate treptat, și întrerupte definitiv în jurul vârstei de 1 an.

Promovarea limitării consumului de alimente și băuturi care conțin zahăr și a alimentației echilibrate/ sănătoase se adaptează contextului socioeconomic și vârstei (copil, adolescent sau adult)

Dinții permanenți ai copiilor încep să erupă în jurul vârstei de 6 ani. La 12-14 ani copiii au majoritatea dinților permanenți. Excepția o constituie molarii "de minte", care apar la 17-21 de ani, și completează cei 32 de dinți pe care îi are în mod normal o persoană adultă. Există dovezi că un consum redus de zahăr previne cariile și că sfaturile privind alimentația pot conduce la schimbarea comportamentului alimentar. Copiii, adolescenții

și adulții trebuie să aibă o alimentație bogată în substanțe nutritive și să evite o dietă bogată în zaharuri libere. Consumul de zaharuri libere în băuturi și alimente crește riscul afecțiunilor orodentare, și apariția cariilor la vârste mici, deci trebuie limitat consumul de alimente și băuturi care conțin zaharuri libere, inclusiv sucuri naturale neîndulcite. Este însă recomandată alimentația bogată în fructe și legume la toate vârstele. O combinație bună de alimente include toate alimentele de bază: cereale (grâu, porumb, orez etc), legume și fructe (inclusiv legumele cu amidon cum este cartoful), alimente din surse animale (lapte, brânză, ouă, pește, carne)

Copiii trebuie educați / încurajați de mici să limiteze alimentele dulci și băuturile îndulcite sau acide. Între mese, sunt de preferat gustări "sănătoase" (de exemplu fructe întregi și nu suc de fructe). Este important de menționat și că unele produse comercializate ca fiind „sănătoase” conțin cantități mari de zahăr. Băuturile carbogazoase (acide) pot provoca carii dentare, precum și uzura acidă a dinților, scăzându-le rezistența. Copiii mari și adolescenții, care preferă băuturile carbogazoase (sau cele recomandate sportivilor)

Părinții și copiii mari, adolescenții și adulții trebuie să cunoască și să identifice zaharurile ascunse în alimente. Multe alimente procesate (inclusiv unele iaurturi și cereale) conțin zaharuri libere adăugate. Verificarea etichetelor în magazin este importantă. Un conținut ridicat de zahăr este > 22.5g / 100g în alimente și > 11.25g/100 ml în băuturi. Un conținut scăzut de zahăr este ≤5.0g /100g în alimente și ≤2.5 g / 100 ml în băuturi (18).

Prin educație periodică, copilul învață să facă alegeri sănătoase. Pe măsură ce copilul crește, este important să aibă obiceiurile alimentare formate, și să înceapă să își ia responsabilitatea pentru propria lor sănătate orală. Un instrument recomandat este Jurnalul alimentar al copilului, în care copiii (sau părintele/îngrijitorul copiilor sub 7 ani) țin evidența tuturor alimentelor și băuturilor consumate într-o perioadă determinată de timp (de regulă o săptămâ-



Sursa foto: Freepik

nă). Jurnalul alimentar trebuie să fie simplu, adaptat nivelului de educație și contextului socioeconomic. Un model de jurnal săptămânal, pe care asistentul medical comunitar îl poate distribui și ulterior analiza cu părinții (sau, după caz, cu copiii mari/elevii) este prezentat în figura 6. Jurnalul poate conține informații despre alimentele sănătoase recomandate, dacă asistentul medical comunitar identifică fonduri să îl tipărească și distribuie. În acest caz, consultarea medicului școlar sau a medicului de familie în elaborarea materialului este recomandată.

Recomandarea 3

Sănătatea orală este o prioritate cheie pentru sănătate și bunăstare care este abordată prin colaborarea cu alți profesioniști din sistemul de sănătate și, după caz, de asistență socială

3.1. Profesioniștii din sistemul public de sănătate colaborează pentru promovarea sănătății orodentare în comunitate; colaborarea se extinde, după caz, la serviciile sociale;

Organizația Mondială a Sănătății recomandă integrarea intervențiilor de promovare a sănătății orodentare în activitatea

curentă a echipelor de îngrijire primară și comunitară, considerați actori cheie în prevenirea și controlul afecțiunilor orodentare, în principal la copii și adolescenți. Argumentul este că în majoritatea țărilor, copiii și adolescenții sunt mai degrabă văzuți în asistență primară și de către asistenții medicali comunitari, moașe, asistenți sociali și mai puțin de către specialiștii din domeniul sănătății orale. Echipetele de asistență primară și comunitară au adesea cunoștințe profunde despre comunitate, facilitând lucrul cu familiile cele mai vulnerabile în promovare, prevenție și continuitatea îngrijirilor (5). Și alte ghiduri de bune practici demonstrează pe bază de evidențe importanța colaborării în sănătatea orodentară. Furnizorii de servicii de la toate nivelurile și din toate și din toate sectoarele (sănătate, social, de educație) se asigură că există strategii și fluxuri operaționale astfel încât sănătatea orodentară să fie acordată cu prioritate persoanelor vulnerabile socio-economic, inclusiv celor care beneficiază de asistență socială (20, 21, 24, 26).

Asistentul medical comunitar cunoaște prevederile legale privind serviciile de medicină dentară din pachetul minimal și pachetul de bază și colaborează cu medicul

Figura 6 Model de jurnal alimentar săptămânal al copilului

Se notează ce a mâncat copilul în fiecare zi	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică
Mic dejun							
Gustare 1							
Prânz							
Gustare 2							
Cină							
Mișcarea (minute de joacă, alergare etc)							

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar promovează sănătatea orodentară prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor de igienă dentară și alimentare
- Pentru copiii sub 7 ani se oferă părinților informare și sfaturi cu privire la măsurile care promovează sănătatea orodentară. Aceste informații trebuie furnizate cât mai curând posibil și în mod regulat.
- Asistentul medical comunitar trebuie să includă în comunicarea cu părinții/copiii mari/adolescenți sau alți beneficiari, informații cu privire la:
 - a. Spălatul /supravegheatul periatului dinților copilului în fiecare dimineață după micul dejun și în fiecare seară înainte de culcare (până la vârsta de zece ani);
 - b. Periatul dinților de două ori pe zi, pentru minimum două minute, cu o cantitate de pastă de dinți cu fluor adecvată vârstei copilului;
 - c. Instruirea pentru asigurarea tehnicii corecte de periat dinții
 - d. La sugari, alăptarea exclusivă la sân până la șase luni și continuarea alăptării până la doi ani, împreună cu diversificarea alimentației la șase luni. Nu se adaugă în biberon băuturi care conțin zahăr, sucuri de fructe, și nu se adaugă în lapte alte produse cu zahăr (de exemplu zahăr sau miere). Între mese și la culcare, sugarul bea numai apă sau lapte;
 - e. La copii, adolescenți și adulți, limitarea alimentelor dulci (sub 10% din necesarul aportului caloric zilnic) și a băuturilor cu adaos de zahăr sau acide, carbogazoase.
 - f. Identificarea zaharurilor ascunse în alimente prin verificarea etichetelor în magazin. Un conținut ridicat de zahăr este > 22.5g / 100g în alimente și > 11.25g/100 ml în băuturi. Un conținut scăzut de zahăr este ≤5.0g /100g în alimente și ≤2.5 g / 100 ml în băuturi .
- Se utilizează în practică instrumentele puse la dispoziție.

de familie, medicul/asistentul medical din unitățile de învățământ și cu cabinetele/furnizorii de servicii de medicină dentară din zonă care acordă gratuit servicii de stomatologie (decontate de către Casa județeană de asigurări sociale de sănătate).

În România, toți copiii sunt asigurați prin efectul legii. În plus, există servicii gratuite de medicină dentară incluse în pachetul minimal și pachetul de bază de medicină dentară (decontate de către Casa județeană

de asigurări sociale de sănătate). Pe baza evaluării riscurilor, asistentul medical comunitar, trimite/facilitează vizita la medicul dentist /stomatolog a beneficiarilor, în particular a copiilor din familii vulnerabile și a beneficiarilor cu nevoi speciale. În fiecare județ, pe website-ul Casei județene de asigurări sociale de sănătate există lista cabinetelor sau medicilor dentiști contractați. Asistentul medical comunitar trebuie să aibă lista acestor cabinete, pentru a re-

feri/trimite și facilita accesul beneficiarilor la cel mai apropiat furnizor.

Și colaborarea cu medicul de familie pentru copiii din familiile defavorizate socioeconomic sau cu nivel de educație redus este importantă. Vizitele gravidelor și lăuzelor, coordonate cu medicul de familie, atât de promovare a alăptării cât și de monitorizare a dezvoltării copilului trebuie să includă recomandările anterioare privind sănătatea orodentară. În plus, medicii de familie au inclusă în consultația preventivă a copiilor următoarele servicii orodentare, pe care asistentul medical comunitar le comunică familiei:

1. la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni: evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
2. la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani: evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare

Asistentul medical comunitar colaborează și cu școala acolo unde sunt cadre medicale (medic/asistent școlar, medic/cabinet de stomatologie), sau cu conducerea și cadrele didactice pentru sesiuni de promovare a sănătății orodentare în școlile unde nu există personal medical școlar. În unele unități administrativ-teritoriale există organizații non-guvernamentale (sau alte inițiative de sănătate); în aceste cazuri, asistentul medical comunitar promovează importanța intervențiilor de educație și evaluare/îngrijire a sănătății orodentare în rândul beneficiarilor vulnerabili.

Observarea și raportarea neglijenței și/sau abuzului copiilor reprezintă o obligație a asistentului medical comunitar; trebuie extinsă și la alte categorii vulnerabile (de exemplu persoane în vârstă dependente etc.).

Un instrument simplu de aplicat în comunitate pentru colaborarea cu alți profesioniști este descris în figura 7. Abordarea se bazează pe recomandarea și instrumen-

tu utilizate în Scoția (18), care implică practicieni din toate disciplinele care lucrează împreună pentru a promova, susține și proteja bunăstarea copiilor și tinerilor (în sănătatea orodentară). Abordarea include cinci întrebări cheie pe care pentru practicienii care lucrează cu un copil sau o persoană tânără, care permit identificarea sprijinului care ar putea fi necesar pentru a satisface nevoile unui copil. Întrebările pe care trebuie să și le adreseze orice profesionist sunt:

1. Există ceva ce împiedică bunăstarea acestui copil;
2. Am ce este necesar ca să ajuta acest copil sau tânăr;
3. Ce pot face acum pentru a ajuta acest copil sau tânăr; ce poate face instituția/organizația unde lucrez pentru a ajuta acest copil sau tânăr;
4. Ce sprijin suplimentar, dacă este cazul, este necesar de la alții.

Dacă răspunsul la oricare dintre aceste întrebări este DA, este necesară o acțiune suplimentară; dacă toate răspunsurile sunt NU, se aplică activitățile planificate /obișnuite.

3.2. Personalul de sănătate din prima linie (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari), ca și personalul din serviciile publice de asistență socială care lucrează cu persoane cu risc crescut de sănătate orală precară sunt instruiți periodic.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă instruirea periodică a profesioniștilor din asistența medicală comunitară în promovarea sănătății orodentare; toate ghidurile studiate recomandă de altfel includerea în educația medicală continuă pentru asistenții medicali a sesiunilor de îngrijire centrată pe nevoile pacienților, comunicare pentru schimbarea comportamentelor (în domeniul sănătății orale). OMS a elaborat linii directoare privind optimizarea programelor de asistență medicală comunitară (5), inclusiv educație pentru câștigarea următoarelor competențe de bază (relevante pentru sănătatea orodentară/selecție)

Figura 7 – Abordarea colaborării intersectoriale

Întrebare	Activitate	Acțiune necesară	Responsabilitate
Ce împiedică bunăstarea acestui copil	Se adună informații	Informații despre familie, medicale, istoric sănătate orală Examinare orodentară	AMC; se colaborează cu medicul de familie
Am ce este necesar ca să intervin	Se ține la zi fișa beneficiarului /fișa de acțiuni colective de IEC	Verificarea vizitelor (inclusiv planificare vizitei următoare	AMC; se colaborează cu medicul de familie și după caz cu medicul dentist
Ce fac /cum intervin	Se comunică cu părinții/îngrijitorii	Se explică ce s-a identificat, ce e necesar ca părinții/îngrijitorii să facă	AMC; se colaborează cu medicul de familie; se cere sprijin de la primărie pentru situații speciale
	Se explică schimbările necesare/așteptate	Se face educație igienă dentară, alimentație, necesitate vizită dentist	AMC; se colaborează cu medicul de familie, medicul dentist, și/sau școala
Am nevoie de alți profesioniști/alte instituții	Se identifică profesionistul sau instituția	Există boli acute severe, riscuri crescute pentru sănătate (inclusiv orodentare) dizabilități – se analizează nevoia cu medicul de familie, sau dentistul, sau serviciul social	AMC; se colaborează cu medicul de familie, cel mai apropiat furnizor de servicii dentare, și, după caz, și cu asistentul social/ serviciul de asistență socială din Primarie
		Există semne de părăsire a școlii - se anunță mediatorul/consilierul școlar	AMC; se colaborează cu școala, Inspectoratul școlar
		Există semne de neglijare /abuz - se anunță serviciul de specialitate	AMC; se colaborează cu Serviciul social/ protecția copilului

- protejarea sănătății familiei, inclusiv identificarea nevoilor sociale și a riscurilor pentru sănătate; acordarea de servicii de bază, inclusiv intervenții de prevenție, promovare a sănătății (inclusiv a sănătății orodentare), educație, sprijin psihosocial;
- identificarea determinantilor sociali și de mediu ai stării de sănătate; supraveghere, monitorizare și colectare, analiză și utilizare a datelor;
- câștigarea de abilități de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, dar și asigurarea confidențialității sau siguranța pacienților; angajament și mobilizare comunitară;
- metodologiile/protocoalele de colaborare cu personalul din asistența medicală primară, de specialitate, și cu alte instituții responsabile de siguranța și bunăstarea copiilor, vârstnicilor, familiei și comunității.

Asistenții medicali comunitari pot solicita Direcției Județene de Sănătate Publică, Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România organizarea de cursuri în domeniul să-

nătății orale. Este recomandată și căutarea în oferta existentă de cursuri de educație medicală continuă existente, sau participarea la instruirii acreditate organizate de diferite instituții sau organizații.

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar colaborează pentru promovarea sănătății orodentare acordată cu prioritate beneficiarilor din familii vulnerabile cu medicul de familie, școala, serviciile de asistență socială, alți furnizori din sistemul de sănătate, social, de educație, și cu organizații nonguvernamentale din zonă active în domeniul sănătății;
- Asistentul medical comunitar cunoaște prevederile legale privind serviciile de medicină dentară din pachetul minimal și pachetul de bază. Are lista și datele de contact ale cabinetelor/furnizorilor de servicii stomatologice din zonă; informează familiile și facilitează accesul la aceste servicii după evaluarea factorilor de risc;
- Asistentul medical comunitar are obligația observării și raportării oricărei forme de neglijență și/sau abuz asupra copiilor; raportarea trebuie extinsă și pentru alte categorii vulnerabile (de exemplu persoane în vârstă dependente, etc);
- Asistentul medical comunitar participă la instruirii periodice pe tema sănătății orale;
- Se utilizează instrumentele puse la dispoziție.

Monitorizarea

Evaluarea riscurilor/ examinarea cavității bucale la copiii sub șase ani trebuie efectuată la fiecare vizită de monitorizare a dezvoltării copilului.

Evaluarea riscurilor/ examinarea cavității bucale a adulților cu nevoi speciale trebuie efectuată anual.

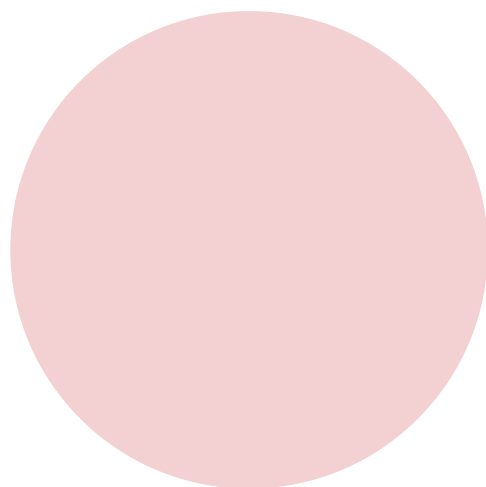
Promovarea sănătății orale (igienă și alimentație) se realizează la fiecare vizită de evaluare a riscurilor și cel puțin o dată pe an în sesiuni de grup de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, adaptată pe grupe de vârstă conform recomandărilor din prezentul Ghid.

Implementarea activităților trebuie monitorizate de către coordonatorul de asistență medicală comunitară de la Direcțiile județene de sănătate publică. Organizația Mondială a Sănătății recomandă monitorizarea anuală și evaluarea periodică (la trei ani) a activităților care promovează sănătatea orodentară la nivelul asistenței medicale primare și comunitare, pentru identificarea problemelor relevante și respectiv a soluțiilor. Monitorizarea și evaluarea trebuie să fie privite ca experiențe de învățare și nu de control (5).

Bibliografie

1. World Health Organization (2021). World Health Assembly Resolution Geneva: WHO <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care>
2. Marco A Peres and Al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
3. Institutul Național de Sănătate Publică (2020) "Evaluarea de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în populația vulnerabilă", <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2020/09/Raport-cercetare-populatii-vulnerabile.pdf>
4. Institutul Național de Sănătate Publică (2021) Analiză de situație; Campania sănătatea orală „Fii mândru de zâmbetul tău! Ai grijă de sănătatea ta orală!” <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2021/03/SO-2021-Analiza-de-situa%C5%A3ie.pdf>
5. World Health Organization, Oral Health <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health> Data and Statistics; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>; <https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-caries-who-implementation-manual>
6. MSD Manual. Professional Version (2020) <https://www.msmanuals.com/professional/dental-disorders/symptoms-of-dental-and-oral-disorders/stomatitis>
7. National Cancer Institute, US, Dictionary, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
8. American Academy of Pediatric Dentists (2020) <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations>
9. WHO, The Global Health Observatory <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3812>
10. World Health Organization (WHO) (2017), Sugars and dental caries. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.12>, and World Health Organization (WHO) (2015) Guideline: Sugars intake for adults and children. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>
11. Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis* 2019; 16:180641, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31560644/>.
12. American Academy of Pediatric Dentistry (2020). Policy on Social Determinants of Children's Oral Health and Health Disparities; https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_socialdeterminants.pdf
13. The Platform for Better Health in Europe/ The Council of European Chief Dental Officers (CECDO), References for DMFT Data for 12 year old (2018) http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2019/03/PBOHE_Health-at-a-Glance-Europe-The-case-for-including-Oral-Health-Indicators.pdf
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health care programs for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2016;38(special issue):23-4.
15. World Health Organization (2019) Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva:. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO
16. Hugoson A, Lundgren D, Asklöv B, Borgklint G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2007 May;34(5):407-15. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.001069.x. PMID: 17448044.
17. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, Ruiz Hernández A, Toral López I. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil [Primary Care and oral health promotion: Assessment of an educational intervention in school children]. *Aten Primaria*. 2019 Aug-Sep;51(7):416-423. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.05.003. Epub 2018 Oct 11.

- PMID: 30316564; PMCID: PMC6839536.
18. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (2018), Prevention and Management of Dental Caries in Children, Dental Clinical Guidance, Second Edition, <https://www.sdcep.org.uk/published-guidance/caries-in-children/>
 19. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Dental interventions to prevent caries in children <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/dental-interventions-to-prevent-caries-in-children/> (2014, reviewed 2018)
 20. Norway HelseDirektoratet (2021) National Professional Guidelines - Dental health services for children and young people 0–20 years (published 2018, revised 2021), <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>
 21. Norway HelseDirektoratet, National Professional Guidelines - National guideline for health promotion and preventive work in the child and youth health centres and school health service, 0 – 20 years https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/National%20guideline%20for%20health%20promotion%20and%20preventive%20work%20in%20the%20child%20.pdf/_/attachment/inline/854312bb-434e-4aab-b7eb-125d558eb434:a0aaa3fec5902792de-20d18abfddeee13bd377c8/National%20guideline%20for%20health%20promotion%20and%20preventive%20work%20in%20the%20child%20.pdf
 22. Norway HelseDirektoratet (2019) Health-promoting and preventive measures for adults over 20 years <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmen-de-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voxsne-over-20-ar>
 23. National Institute for Health and Care Excellence/NICE (2015, updated 2018): Oral health promotion: general dental practice (NICE Guideline NG 30) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/chapter/Update-information> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/resources/oral-health-promotion-general-dental-practice-pdf-1837385644741> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48/resources/oral-health-assessment-tool-pdf-2543183533>
 24. National Institute for Health and Care Excellence/ NICE (2014, update 2018), Oral health: local authorities and partners (NICE Public Health Guideline PH 55), <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701>
 25. Canadian Dental Association, http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/good_for_life/, si http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/risk_assessment.asp, si <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-41-no-1-2021/release-notice-rourke-baby-caries-risk-pre-schoolers.html>
 26. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: Supporting adults who require assistance. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2020. <https://rnao.ca/bpg>





Prevenirea și managementul plăgilor



Carmen Mazilu



Sursa foto: Freepik

Introducere

Ghidul de prevenire și management al plăgilor are un rol esențial în promovarea practicilor bazate pe dovezi, fiind un document integrator al recomandărilor internaționale adaptate pentru a fi utilizate în practica clinică a asistentului medical comunitar. De asemenea, un rol foarte important îl reprezintă expertiza clinică a asistentului medical comunitar, aceasta fiind rezultatul educației medicale continue, a experienței și abilităților clinice ale acestuia. În egală măsură, sunt importante și valorile pacientului, reprezentate de preferințele, preocupările și așteptările acestuia. Concentrarea asistentului medical pe valorile pacientului contribuie la obținerea satisfacției pacientului cu privire la activitatea de îngrijire furnizată. În funcție de nivelul general de satisfacție cumulat în experiența sa în legătură cu sistemul medical, pacientul va manifesta (sau nu) complianță cu recomandările medicale, încredere în personalul medical și implicare în gestionarea propriei stări de sănătate (automanagement).

Practicile bazate pe dovezi reprezintă integrarea celor mai bune dovezi de cercetare cu expertiza clinică și valorile pacienților [1]. Practicile bazate pe dovezi au la bază recomandările de bune practici promovate de ghidurile în domeniu și documentele consensuale elaborate de asociațiile profesionale organizate la nivel internațional. Re-

zultatul aplicării acestora în practica clinică este îmbunătățirea calității vieții pacientului, asigurarea criteriilor de siguranță a pacientului și creșterea calității actului medical.

Abordarea sistematică include elaborarea și utilizarea unui plan individualizat și dinamic de prevenire și management al plăgilor, care să conțină inclusiv o componentă esențială de automanagement pentru pacient și îngrijitorii acestuia.

Recomandările de bune practici cuprinse în prezentul ghid sunt organizate pe niveluri de dovezi stabilite în conformitate cu Registered Nurses' Association of Ontario, adaptată după Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012 și Pati, 2011 [2].

Această ierarhie a dovezilor este efectuată ținând cont de tipul de studii din care au fost extrase. Cu cât nivelul dovezilor este mai ridicat, cu atât crește încrederea că relațiile între variabile sunt adevărate. Nivelurile de dovezi nu reflectă meritul sau calitatea studiilor individuale [3].

Scopul acestui ghid este de a stabili orientările clinice de prevenire și management al plăgilor în conformitate cu recomandările internaționale de practici bazate pe dovezi, pentru fundamentarea deciziilor clinice ale asistenților medicali comunitari, contribuind astfel la îmbunătățirea practicii lor profesionale, a calității îngrijirilor și a rezultatelor pacienților.

Glosar de termeni

Antimicrobian: substanță care acționează direct asupra unui microorganism pentru a distruge agenții patogeni și a preveni dezvoltarea de noi colonii microbiene; include substanțe antiseptice, dezinfectanți și antibiotice.

Antiseptic: agent care distruge sau inhibă creșterea și dezvoltarea microorganismelor în / pe țesuturile vii.

Automanagement: îndeplinirea de către pacienți a responsabilităților de a crește propria calitate a vieții în contextul unor afecțiuni.

Biofilm: matrice de polizaharide în care microorganismele se atașează, trăiesc și se înmulțesc pe suprafețele lezate și care poate afecta vindecarea plăgilor prin crearea unei inflamații sau infecții cronice.

Colonizarea unei plăgi: prezența microorganismelor cu proliferare limitată, fără înregistrarea unui răspuns vizibil din partea gazdei. Creșterea microbiană are loc la un nivel non-critic și vindecarea plăgii nu este împiedicată sau întârziată.

Contaminarea unei plăgi: prezența microorganismelor neproliferative în plagă la un nivel care nu evocă un răspuns al gazdei. Din momentul lezării, practic toate plăgile deschise sunt contaminate.

Debridare: îndepărtarea țesutului devitalizat (neviabil) din plagă sau din zona adiacentă unei plăgi.

Echilibrul umidității: balanța de umiditate a patului plăgii este esențială pentru vindecarea plăgilor. Mediile umede ale plăgilor îmbunătățesc vindecarea și promovează proliferarea țesuturilor noi. Umezeala în exces sau insuficientă afectează procesul de vindecare și provoacă degradarea patului plăgii și tegumentului perilezional (din jurul plăgii). Un nivel scăzut de umiditate poate duce la necroză, împiedicând reepitelizarea și închiderea plăgii.

Eritem: roșeața tegumentului datorată dilatării capilarelor superficiale.

Exsudat: extravazat celular vizibil la suprafața tisulară; are un conținut bogat în proteine

și leucocite.

Fistula / Tractul sinusal: traiect orb care se extinde de la suprafața tegumentului până la o cavitate sau zonă de abces subiacentă, cauzat de distrugerea liniară a țesutului subcutanat în corespondență cu o altă plagă care se deschide la capătul tunelului.

Infecție: prezența unei cantități suficiente de agenți patogeni care duce la deteriorarea țesuturilor și afectarea vindecării. Este posibil ca semnele clinice ale infecției să nu fie prezente la pacienții cu imuno-supresie sau la pacienții cu plăgi cronice.

Inflamație: răspuns local la leziunile celulare, marcat de: dilatație capilară, leucocitoză, eritem, căldură și durere. Reprezintă un mecanism de inițiere a eliminării agenților nocivi și a țesutului deteriorat.

Îngrijirea locală a plăgilor: cele patru componente ale îngrijirii locale a plăgilor sunt incluse în Principiul T.I.M.E.: debridarea țesutului nevitalizat (T.), inflamația / infecția (I.), managementul echilibrului de umiditate (M.) și marginile plăgii (E.).

Îngrijiri centrate pe pacient și familie: abordare a îngrijirii care ține cont atât de contextul îngrijirii, cât și de valorile și preferințele pacientului / familiei.

Macerare: degradarea țesutului lezional și perilezional datorită excesului de umiditate al nivelul plăgii.

Regiune perilezională: zona imediat adiacentă marginilor plăgii, caracterizată de modificări de consistență și culoare ale țesutului.

Recomandări de practică: declarații privind cele mai bune practici clinice bazate pe dovezi implementate în scopul creșterii calității vieții pacienților și asigurării siguranței și calității îngrijirilor de sănătate.

Subminarea plăgilor: eroziune care se produce sub marginile plăgii, din care rezultă o plagă mare cu o deschidere mică (la fel ca un aisberg).

Tunelizarea plăgilor: eroziune cauzată de distrugerea planurilor fasciale, ceea ce duce la un pasaj îngust.

Importanța problemei

În prezent, pandemia de COVID-19 are numeroase implicații la nivel social și individual, determinând numeroase complicații, inclusiv în ceea ce privește afectarea tisulară prin privarea periferică de oxigen sau instalarea tulburărilor de coagulare. În acest context, riscul pentru apariția plăgilor este mult mai ridicat decât în trecut. Încă din 2015, European Wound Management Association raporta o presiune crescută asupra sistemului de sănătate datorită costurilor ridicate pentru tratarea plăgilor [4]. Spre exemplu, în UK, în 2016, cheltuielile privind gestionarea plăgilor au reprezentat 3% din totalul cheltuielilor de îngrijire a sănătății, ceea ce reprezintă aproximativ 788,5 milioane €, costul mediu per pacient fiind de 3.850 € [5]. În general, costul per caz este influențat de tipul plăgii, complicații și locația de îngrijire, plăgile chirurgicale necomplicate implicând costuri relativ scăzute, iar cele complicate, infectate necesitând costuri mai ridicate [6]. Plăgile cronice sunt asociate cu comorbidități precum hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea, afecțiuni cardiovasculare, neurologice și autoimune (lupus eritematos).

Vindecarea plăgilor este un proces dinamic, care are loc într-un mod etapizat și încadrat în timp, persistența plăgilor fiind corelată direct cu rata de vindecare prelungită [7]. Evaluarea continuă și terapia adecvată pot limita evoluția către cronicizare a plăgilor. În general, plăgile cronice apar în următoarele condiții medicale: diabet zaharat - ulcerele piciorului diabetic, imobilizare prelungită - leziunile de presiune, insuficiență venoasă și arterială - ulcere venoase și arteriale, patologie malignă.

Apariția și evoluția plăgilor depinde în mare măsură de cunoștințele profesionale, abilitățile clinice și atitudinile profesioniștilor din sănătate. De aceea, este necesară o formare profesională adecvată care să corespundă gradului de complexitate al

activităților de prevenire și management al plăgilor, respectiv profesioniști care să fie calificați în evaluarea pacientului, diagnosticarea plăgilor, tratamentul plăgilor și evaluarea rezultatelor [8; 9].

Cele cinci competențe cheie ale asistenților medicali în îngrijirea plăgilor [10; 11]:

- Aplicarea unui nivel ridicat de cunoștințe în îngrijirea plăgilor în ceea ce privește etiologia plăgilor, cauzele complicațiilor și opțiunile de tratament în îngrijirea pacientului
- Abilitatea de a utiliza terminologia adecvată cu privire la prevenirea și managementul plăgilor, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului
- Capacitatea de a oferi îngrijire într-un mod responsabil
- Capacitatea de a proteja informațiile furnizate de / despre pacienți, păstrând secretul profesional și confidențialitatea datelor pacientului
- Angajamentul față de pacienți, profesie și societate conform principiilor Codului de etică și deontologie profesională



Sursa foto: Freepik

Recomandări de bune practici în prevenirea și managementul plăgilor

Managementul adecvat al plăgilor vizează următoarele obiective:

1. Abordarea holistică a managementului plăgilor prin implementarea celor 4 etape ale procesului de îngrijire centrat pe pacient: evaluarea pacientului, planificarea îngrijirilor, implementarea îngrijirilor și evaluarea îngrijirilor.
2. Evaluarea continuă (evaluare-reevaluare) a plăgii în scopul adaptării tratamentului la condițiile individuale de sănătate și de mediu.
3. Promovarea abordării principiilor T.I.M.E. în tratamentul plăgilor [11].
4. Implicarea pacientului și a îngrijitorilor acestuia în activitățile de prevenire și management al plăgilor.

În tabelul următor sunt prezentate recomandările generale de practici bazate pe dovezi cu privire la prevenirea și managementul plăgilor [3] adaptate după HSE National Wound Management Guidelines, 2018.

Recomandări de practici bazate pe dovezi	Grad de rec.
Cunoștințele clinice esențiale pe care trebuie să le dețină asistenții medicali comunitari pentru a oferi o abordare bazată pe dovezi	
Dovezile care susțin această recomandare sunt preluate din literatura de specialitate și din cercetări științifice care studiază cunoștințele necesare pentru luarea deciziilor adecvate în intervențiile de îngrijire a plăgilor.	
1.1. Toți clinicienii care îngrijesc pacienți cu plăgi ar trebui să cunoască mecanismele fiziologice ale procesului de vindecare a plăgilor, inclusiv etapele acestui proces.	D
1.2. Toți clinicienii ar trebui să poată înțelege și să recunoască mecanismele fiziologice în toate procesele de vindecare a plăgilor: intenție primară, intenție primară întârziată, intenție secundară, intenție terțiară.	D
2. Factorii care afectează procesul de vindecare a plăgilor	
<p>Plăgile acute au o evoluție progresivă, parcurgând cele trei etape ale procesului de vindecare într-un mod organizat, progresiv și încadrat în timp. Cu toate acestea, există factori fiziologici care pot spori sau împiedica acest proces de vindecare a plăgilor.</p> <p>Plăgile cronice parcurg în mod disfuncțional cele trei etape ale procesului de vindecare datorită unor factori locali (etiologia plăgii, localizarea plăgii, dimensiunea plăgii, numărul plăgilor, profunzimea plăgii, perioada de timp de la apariția plăgii, starea patului plăgii, vascularizație, mecanisme biochimice la nivelul plăgii, biosarcină, etc.) sau sistemici (starea generală de sănătate a pacientului, comorbidități, medicație, status nutrițional, alergii, etc.), care ar putea avea un impact negativ asupra pacientului, plăgii sau a mediului de vindecare [12].</p>	
2.1. În dezvoltarea planului de îngrijire, asistenții medicali trebuie să ia în considerare toți factorii care pot influența procesul de vindecare a plăgilor.	B

3. Cunoștințe clinice specifice pentru managementul plăgilor la pacientul pediatric

În general, procesul de vindecare a plăgilor la copii este similar cu al pacienților adulți, însă acesta este mult mai rapid datorită producției crescute de colagen și elastină și formarea accelerată a țesutului de granulație [13]. Un aspect esențial îl constituie evaluarea plăgilor, inclusiv evaluarea durerii, fricii, stresului sau a răspunsului emoțional al pacientului pediatric care determină reale provocări în comunicare. Factorii care pot influența procesul de vindecare a plăgilor la pacientul pediatric pot fi: capacitate redusă de termoreglare, raport crescut suprafață-greutate corporală, pierderi crescute de apă transepidermică, probabilitate mare de dezlipire epidermică, sisteme biologice imature (renal, hepatic și imun) ce pot crește probabilitatea de infecție, mobilitate limitată, abilități de comunicare limitate, abilitatea asistentului medical de a obține consimțământul pentru tratament [14; 15].

3.1. Asistentul medical trebuie să ia în considerare faptul că, la copii poate fi înregistrată o progresie mai rapidă a procesului de vindecare a plăgilor.	D
---	---

3.2. Considerațiile copilului ar trebui incluse în toate strategiile de prevenire, evaluare și gestionare a plăgilor.	D
---	---

4. Criterii de evaluare comprehensivă a plăgilor

Evaluarea sistematică și standardizată este un aspect cheie al intervențiilor adecvate, orientate către obținerea de rezultate și experiențe pozitive pentru pacientul cu plăgi.

Evaluarea ar trebui să includă identificarea tuturor factorilor care pot întârzia vindecarea. Alți factori de evaluare includ îngrijirea actuală și mediul local al plăgii [16]. Înregistrarea dinamică a dimensiunilor plăgii este un indicator de bază util. Principiile evaluării plăgilor sunt esențiale pentru toate tipurile de plăgi, deși unele etiologii, cum ar fi ulcerul piciorului, leziunile de presiune, ulcerul piciorului diabetic și plăgile fungice maligne necesită considerații suplimentare.

4.1. Se utilizează o abordare în parteneriat a îngrijirii, în care pacientul primește informații referitoare la evaluarea propusă și la opțiunile de îngrijire planificate.	D
---	---

4.2. Pacientul trebuie să primească o evaluare cuprinzătoare care să reflecte factorii locali și sistemici, care pot avea impact asupra procesului de vindecare a plăgilor sau a potențialelor leziuni ale plăgilor. Factori locali: etiologia plăgii, localizarea plăgii, dimensiunea plăgii, numărul plăgilor, profunzimea plăgii, vechimea plăgii, starea patului plăgii, vascularizație, mecanisme biochimice la nivelul plăgii, biosarcină, etc. Factori sistemici: starea generală de sănătate a pacientului, comorbidități, medicație, status nutrițional, alergii etc.	D
--	---

4.3. Evaluarea generală a pacientului trebuie să includă cel puțin următoarele elemente [3; 11]: <ul style="list-style-type: none">• Vârsta• Starea nutrițională• Istoricul medical / chirurgical• Terapii medicamentoase actuale și anterioare• Tratamente / terapii curente și anterioare ale plăgilor• Identificarea factorilor care au potențialul de a crește riscul de leziune (forțe de presiune, forfecare, tracțiune, etc.) sau de a crește riscul de întârziere sau nevindecare a plăgilor. Aceasta poate include de ex. evaluarea riscului de leziune de presiune și screening nutrițional• Abilitatea cognitivă a pacientului / capacitatea pacienților de a înțelege și de a reacționa• Starea de mobilitate a pacientului• Alergiile• Sensibilitatea cutanată și starea integrității tegumentare• Susceptibilitatea la infecții / răspunsul imun compromis• Practicile cotidiene, fumatul• Predispoziția pacientului la traume• Temperatura mediului înconjurător• Condițiile de igienă	D
---	---

4.4. Evaluarea generală a plăgii trebuie să includă cel puțin următoarele elemente [11]:	D
<ul style="list-style-type: none"> • Numărul plăgilor • Localizarea plăgilor • Tipul plăgii • Vechimea plăgii • Tratamentul / obiectivele • Data de reevaluare planificată 	
4.5. Evaluarea caracteristicilor plăgilor trebuie să includă cel puțin următoarele elemente:	D
<ul style="list-style-type: none"> • Dimensiunile plăgii (lungime, lățime, adâncime/profunzime) • Tunelizarea / subminarea / fistulizarea • Categoria plăgii (leziune de presiune - gradul leziunii; ulcerul piciorului diabetic - simplu sau complex, etc.) • Forma plăgii • Tipul țesutului patului plăgii • Marginile plăgii • Culoarea și starea tegumentului perilezional • Evoluția plăgii (regenerare sau deteriorare) • Prezența fibrinei / crustelor / necrozei / infecției locale / macerației • Perfuzia locală deficitară 	
4.6. Evaluarea simptomelor plăgii trebuie să includă cel puțin următoarele elemente:	D
<ul style="list-style-type: none"> • Durerea - evaluarea caracteristicilor acesteia: tip, frecvență, intensitate, etc. • Senzația de mâncărime / prurit • Exsudatul: prezență, tip, consistență, cantitate, miros (intensitate, impact asupra pacientului), stare curentă (cantitate în creștere / în scădere), impactul asupra pacientului • Semnele de infecție locală • Semnele de infecție sistemică • Diagnosticarea infecției (culturi, biopsie) 	
4.7. Pacientul este informat cu privire la rezultatul evaluării și este susținut în alegerea deciziilor pentru opțiunile potențiale de management.	D
4.8. Frecvența re-evaluării plăgii se stabilește în baza rezultatelor evaluării efectuate la fiecare schimbare a pansamentului și în baza obiectivelor de îngrijire stabilite în planul de îngrijire.	D
4.9. Asistenții medicali care efectuează evaluarea, trebuie să documenteze constatările completând planul de îngrijire bazat pe evaluare, promovând astfel răspunderea profesională.	D
5. Instrumente utilizate pentru evaluarea comprehensivă a plăgilor	
Deși sunt disponibile o serie de instrumente de evaluare a plăgilor, există o lipsă de consens cu privire la identificarea unui instrument optim / ideal [17; 18].	
5.1. În evaluarea tuturor pacienților cu plăgi trebuie utilizat un instrument standardizat și cuprinzător de evaluare a plăgii care să asigure coerența și luarea deciziilor clinice. Exemplu - Anexa 1. Instrumentul Bates-Jensen pentru evaluarea plăgilor.	C
6. Evaluarea exsudatului plăgilor	
<p>Exsudatul plăgii este o componentă cheie de vindecare a plăgii sănătoase. Vâscozitatea exsudatului plăgii nu numai că poate avea impact asupra performanței absorbante a pansamentului plăgii, dar poate oferi și o perspectivă valoroasă asupra stării de sănătate a plăgii. Este necesar să fie evaluate culoarea, mirosul, consistența / vâscozitatea și cantitatea exsudatului deoarece ajută la identificarea factorilor implicați în întârzierea vindecării, orientând astfel deciziile de management la pacienții cu plăgi. Exsudatul trebuie reevaluat la fiecare schimbare a pansamentului pentru a determina dacă asigură un management adecvat pentru o evoluție favorabilă a plăgii [18]. Pansamentele îndepărtate de pe plagă trebuie observate ca parte a evaluării, deoarece, acestea oferă informații despre cantitatea, culoarea, consistența și mirosul exsudatului [19]. Descriptorii sugerați pentru asistarea profesionistului din sănătate în evaluarea și documentarea exsudatului plăgii sunt: culoarea, consistența / vâscozitatea și volumul.</p>	

6.1. Asistenții medicali trebuie să cunoască descriptorii exsudatului plăgii și relevanța clinică a fiecăruia.	D
Asistenții medicali trebuie să se asigure că este utilizată o exprimare standardizată pentru a descrie exsudatul. Anexa 2. Descriptorii ai exsudatului plăgilor	D
<p>6.2. Asistenții medicali trebuie să evalueze și să observe următoarele:</p> <p>Pansamentele primare / secundare utilizate, în ceea ce privește tipul, timpul de uzură, frecvența modificărilor pansamentului, scurgerile vizibile și gradul de saturare a pansamentului în momentul îndepărtării</p> <p>Gradul de umiditate a plăgii (de exemplu, plagă vizibil uscată, umedă / lucioasă; umedă; saturată; „scăldată” în exsudat). Volumul exsudatului trebuie înregistrat în toate evaluările plăgii și la fiecare schimbare a pansamentului</p> <p>Tegumentul perilezional (din jurul plăgii)</p> <p>Documentația trebuie să includă o descriere a tipului, culorii și consistenței exsudatului la fiecare schimbare a pansamentului.</p>	D
7. Criterii care pot fi utilizate pentru a diferenția o plagă cu evoluție fiziologică față de o plagă cu evoluție patologică	
<p>Pregătirea patului plăgii este un concept clinic care cuprinde o abordare sistematică și holistică a evaluării și tratamentului plăgii. Pregătirea patului plăgii promovează un mediu adecvat al plăgilor care va permite o evoluție fiziologică spre vindecare/regenerare [20].</p> <p>Conceptul T.I.M.E. a fost dezvoltat de Schultz și colab. în 2003, în prezent fiind promovat prin consens la nivel mondial de Uniunea Mondială a Societăților de vindecare a plăgilor (WUWHS) ca instrument de sprijin pentru deciziile clinice, în scopul reducerii variabilității în practica clinică de evaluare și management al plăgilor [11]. Conceptul T.I.M.E. ia în considerare patru aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipul țesutului din plagă (Tissue) - în principal prezența țesutului non-vital care trebuie îndepărtat • Prezența infecției și/sau inflamației (Infection and / or Inflammation) - controlul infecției și a inflamației, reducerea citokinelor inflamatorii și a biosarcinii • Echilibrul umidității (Moisture imbalance) - managementul exsudatului, menținerea mediului umed și curățarea patului plăgii • Aspectul marginilor plăgii (Edge of wound) - evaluarea ratei de epitelizare, a evoluției plăgii. 	
<p>7.1. Asistenții medicali trebuie să identifice aspectul plăgii în ansamblu, să observe și să fie conștienți de semnificația următoarelor aspecte:</p> <p>Granulația reprezintă țesutul nou format, de înlocuire a țesutului lezat; are loc după restaurarea aportului de sânge. Are o culoare roșie intensă, textură fermă cu aspect inegal și granular.</p> <p>Epitelizarea reprezintă formarea de celule epidermice noi prin mitoză și migrarea celulelor epiteliale pe suprafața plăgii către centrul acesteia. De obicei, țesutul este de culoare roz, dar poate fi și translucid, fiind confundat cu țesut macerat și existând astfel riscul de a fi îndepărtat.</p> <p>Supra-granularea reprezintă dezvoltarea anormală a țesutului de granulare peste suprafața plăgii. Netratată, poate întârzia epitelizarea.</p> <p>Infectarea plăgii poate fi dificil de identificat, deoarece semnele infecției clinice variază. Țesutul este adesea friabil și de culoare roșu pal sau roșu aprins.</p> <p>Fungarea se referă la un proces malign în care există ulcerare (crater) sau creștere proliferativă. Unele plăgi pot fi un mix al acestora.</p> <p>Detritusul este alcătuit din resturi celulare moarte, de obicei de culoare galbenă / albă. Depozitele de fibrină sunt deseori prezente și îngreunează îndepărtarea detritusului.</p> <p>Necroza/țesutul necrotic este rezultatul morții tisulare datorită ischemiei; are aspect negru sau maro și poate avea o textură de tegument uscat. Neîndepărtarea necrozei întârzie vindecarea.</p>	D

8. Măsurarea dimensiunilor plăgilor

Măsurarea plăgilor este o componentă obiectivă a evaluării plăgii și este parte integrantă a planificării și evaluării progresului deoarece oferă informații de bază pentru a ajuta la luarea deciziilor; măsurarea continuă ajută la cunoașterea timpilor de vindecare într-un mod obiectiv [21]. Metodele frecvent utilizate de măsurare a plăgii includ:

- Cea mai mare lungime și cea mai mare lățime a plăgii - sunt măsurate pe diametrul plăgii, de la o marginea la cealaltă margine a plăgii.
- Metoda ceasului - este utilizat cadranul unui ceas pentru a ghida măsurarea. Poziția de referință de la ora 12 este spre capul pacientului, iar măsurătorile se obțin de la 12.00 la 6.00 și de la 9.00 la 3.00.

Adâncimea trebuie inclusă în ambele metode pentru a se asigura o măsurare tridimensională a plăgii. Subminarea și tunelarea se măsoară cu metoda ceasului, folosind un indicator de adâncime plasat ușor în cavitate [22].

8.1. Asistenții medicali trebuie să includă măsurarea plăgii ca o componentă integrală în etapa de evaluare a plăgii.	D
8.2. Asistenții medicali trebuie să aleagă metode adecvate de măsurare, folosind judecata clinică, resursele și circumstanțele specifice pacientului: rigla, indicatori de adâncime, trasarea conturului suprafeței, etc.	D
8.3. Asistenții medicali trebuie să continue să utilizeze o metodologie de măsurare consecventă pentru fiecare plagă.	D

9. Evaluarea tegumentului perilezional (din jurul plăgilor)

Identificarea timpurie a pierderii integrității țesutului din jurul plăgii este esențială pentru a preveni extinderea plăgii și întârzierea vindecării [18; 23; 24].

9.1. Asistentul medical, la fiecare schimbare a pansamentului, trebuie să evalueze tegumentul perilezional pentru a evidenția următoarele caracteristici: macerare, excoriație, eritem, modificarea culorii, flicte/ vezicule, textură spongioasă, pierderea integrității tegumentare, hiperkeratoză, etc.	D
--	---

10. Indicatori ai infecției de plagă

Judecata clinică, istoricul detaliat al pacientului și o evaluare cuprinzătoare a plăgii sunt instrumentele esențiale pentru recunoașterea infecției de plagă.

În general, indicatorii clinici la nivelul plăgii vizează: niveluri ridicate de material proteic - detritus [25], exsudat excesiv și / sau slab țesut de granulare (friabil sau hipergranulat), antecedente de rezistență la antibiotice, infecție persistentă sau recurentă, plagă nevindecabilă [26; 27], miros anormal, degradarea plăgii, buzunare la baza plăgii, punte epitelială, durere persistentă și intensificată, extinderea plăgii [28], etc.

Pentru plăgile acute: inflamație, durere nouă sau intensificată, căldură locală, edem, roșeață avansată, creșterea exsudatului (seros sau purulent), abces, miros neplăcut. Pacienții imuno-deprimați, adulții în vârstă sau pacienții care iau medicamente antiinflamatorii pot să nu prezinte aceste semne clasice.

Pentru plăgile cronice: aceleași semne ca la plăgile acute. Este important de știut faptul că prezența detritusului și/sau țesutului necrotic nu sunt dovezi ale infecției, dar acestea pot susține creșterea bacteriană [26; 29]. Diagnosticul precoce al infecției plăgii și tratamentul precoce sunt esențiale pentru a minimiza riscul de complicații grave și boli sistemice.

10.1. Asistenții medicali trebuie să aprecieze necesitatea de a efectua o evaluare coerentă cuprinzătoare și detaliată a plăgii, a exsudatului și a patului plăgii pentru a detecta semnele subtile de infecție de plagă.	D
---	---

10.2. Asistenții medicali trebuie să își dezvolte cunoștințele și abilitățile pentru a le permite să recunoască semnele și simptomele infecției într-o plagă acută versus o plagă cronică.	D
10.3. Asistenții medicali trebuie să identifice relevanța oricărui nou tip de durere sau modificările durerii existente ca indicator al infecției acute.	C
11. Impactul biofilmului asupra procesului de vindecare a plăgilor	
<p>Comunitățile agregate de bacterii cu creștere lentă se atașează de suprafața plăgii și formează în cele din urmă un biofilm [30]. Formarea biofilmului progresează printr-o serie de etape pe măsură ce bacteriile devin mai atașate de suprafața plăgii. Biofilmul complet matur descarcă în mod continuu bacterii planctonice și fragmente de biofilm, care se pot dispersa și atașa la alte părți ale patului plăgii sau la alte plăgi, formând noi colonii de biofilm. Plăgile greu de vindecat sunt adesea infectate cronic, producând un model de creștere asociat biofilmului care poate fi de 500-50000 de ori mai tolerant la antimicrobieni. Plăgile care au o infecție bazată pe biofilm demonstrează [31]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progresie mai lentă decât infecția acută • Răspuns inflamator adaptativ • Rezistență la antibiotice și la orice alte strategii antimicrobiene convenționale • Capacitate înăscută de rezistență la mecanismele de apărare ale gazdei. 	
11.1. Asistenții medicali trebuie să ia în considerare prezența biofilmului într-o rană greu de vindecat sau infectată cronic.	D
11.2. Asistenții medicali trebuie să ia în considerare faptul că plăgile care au o infecție pe bază de biofilm demonstrează:	D
<ul style="list-style-type: none"> • progresie mai lentă decât infecția acută • răspuns inflamator adaptativ • rezistență la antibiotice și la orice alte strategii antimicrobiene convenționale • capacitate înăscută de rezistență la mecanismele de apărare ale gazdei 	
12. Evaluarea durerii la pacienții cu plăgi	
<p>Scara analog vizuală (VAS) este cea mai simplă metodă de evaluare a severității experienței de durere percepută de un pacient [32]. Această scară este o linie dreaptă, gradată de la „fără durere” la „cea mai gravă durere posibilă”. Există numeroase instrumente validate cu mai multe fațete, care caută răspunsuri la întrebări specifice referitoare la experiențele de durere percepute de pacienți, cum ar fi Chestionarul de durere McGill [33].</p>	
12.1. Asistenții medicali care îngrijesc pacienții cu plăgi trebuie să știe că evaluarea și gestionarea eficientă a durerii este o componentă integrantă a managementului plăgilor.	D
12.2. Asistenții medicali trebuie să efectueze o evaluare cuprinzătoare și standardizată a durerii. Utilizarea unui instrument de evaluare a durerii poate fi de ajutor în efectuarea acestei evaluări a durerii la pacienții cu plăgi.	C
12.3. Asistenții medicali trebuie să evalueze și să documenteze intensitatea durerii și alte caracteristici ale durerii în mod regulat înainte, în timpul și după procedura legată de pansament.	D
12.4. Asistenții medicali trebuie să fie conștienți de faptul că absența durerii în prezența neuropatiei poate masca semnele unor complicații ale plăgilor.	D
12.5. Asistenții medicali trebuie să evalueze nevoia fiecărui pacient de strategii farmacologice (topice / sistemice) și non-farmacologice pentru tratarea durerii legate de plăgi.	D
13. Evaluarea durerii la pacientul pediatric	
<p>Acolo unde este posibil, auto-raportarea durerii de către copii este abordarea preferată de evaluare a durerii utilizând o scală validată, de exemplu, scara Wong-Baker FACES [34].</p>	

13.1. În cazul în care auto-raportarea nu este posibilă, evaluarea durerii la nou-născuți și copii se realizează utilizând o scală validată de comportament.	D
13.2. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 luni și 18 ani trebuie utilizat instrumentul FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, and Consolability) [35].	D
13.3. Pentru nou-născuții de până în 6 luni trebuie utilizată scala CRIES (Plâns; Necesar de O ₂ pentru o saturație > 95%; Creșterea valorilor semnelor vitale; Expresie facială; Insomnie).	D
13.4. Dacă durerea este suspectată sau anticipată, trebuie utilizat un instrument validat de evaluare a durerii; evaluarea durerii nu trebuie să se bazeze pe indicatori izolați. Exemplele de semne care pot indica durere pot include modificări ale comportamentului, ale nivelului de activitate și ale semnelor vitale ale copiilor.	D
14. Considerații privind durerea în timpul curățării plăgilor	
Procesul de curățare a plăgilor poate provoca adesea durere sau disconfort pentru pacienți. Există o lipsă de dovezi în literatura de specialitate referitoare la efectul anesteziei locale asupra durerii, dacă aceasta este realizată înainte de curățare [32; 36].	
14.1. Asistenții medicali trebuie să recunoască faptul că soluția de curățare sau metoda de curățare pot precipita sau agrava durerea.	D
14.2. Asistenții medicali trebuie să aleagă metode de curățare care minimizează durerea și disconfortul pacientului, de exemplu utilizarea apei calde, mai degrabă decât a apei la temperatura camerei.	B
14.3. Asistenții medicali trebuie să ia în considerare utilizarea terapiei analgezice pentru gestionarea durerii în timpul curățării plăgilor, după cum este necesar/indicat.	D
15. Considerații privind durerea în timpul realizării pansamentului plăgilor	
Factorii care contribuie la durere în timpul îndepărtării unui pansament includ pansamentul care s-a uscat, adezivii agresivi și exsudatul sub formă de plăci în crustă. Aplicarea și îndepărtarea repetată a pansamentelor cu adezivi tradiționali poate crea traume pe suprafața tegumentului, ducând la diminuarea funcției de barieră. În cele mai severe cazuri, s-au observat eritem, edem și vezicule/flictene, iritații de contact și dermatite alergice. Studiile de cercetare au demonstrat faptul că pacienții suferă mai mult de durere atunci când sunt utilizate pansamente din tifon comparativ cu tipurile de pansamente cu echilibru de umiditate [37].	
15.1. Asistenții medicali trebuie să aleagă pansamente care să minimizeze trauma și durerea în timpul aplicării și îndepărtării acestora.	D
15.2. Asistenții medicali trebuie să aleagă un pansament adecvat pentru a minimiza durerea legată de plagă, în funcție de timpul de uzură, echilibrul de umiditate, potențialul de vindecare și macerarea tegumentului perilezional.	D
16. Criteriile de management al durerii care trebuie incluse în planul de management al plăgilor și în planul de îngrijire	
Următoarele recomandări se bazează pe declarații de consens făcute în „Minimizarea durerii în procedurile legate de pansament: Strategii de implementare a ameliorării durerii [32] și un document de îndrumare „Îngrijiri bazate pe dovezi în Plăgile acute: o perspectivă” [38].	
16.1. Asistenții medicali trebuie să asigure maximizarea controlului durerii asociate unei plăgi pentru fiecare pacient.	D
16.2. Asistenții medicali trebuie să asigure implicarea și împuternicirea pacienților în automanagementul durerii pentru optimizarea durerii.	D

17. Evaluarea stării nutriționale la pacienții cu plăgi

Este recunoscut pe scară largă că macronutrienții (carbohidrați, proteine, lipide), micronutrienții (vitamine și minerale) și hidratarea optimă joacă un rol esențial în procesul de vindecare a plăgilor [39]. Deficiențele nutriționale împiedică procesele normale care permit progresia prin etape specifice de vindecare a plăgilor prin prelungirea fazei inflamatorii, scăderea proliferării fibroblastelor și modificarea sintezei de colagen. Studiile au arătat că atât aportul alimentar inadecvat, cât și starea nutrițională slabă se corelează cu severitatea leziunilor de presiune și vindecarea prelungită [40].

17.1. Asistenții medicali trebuie să analizeze starea nutrițională a tuturor pacienților cu plăgi / leziuni de presiune sau cu risc de a dezvolta plăgi.	D
17.2. Consultarea unui dietetician calificat, pentru o evaluare nutrițională cuprinzătoare, trebuie recomandată la pacienții cu risc de malnutriție sau pacienții cu leziuni de presiune.	NPUAP C
17.3. Aportul de lichide al unui pacient cu plăgi trebuie monitorizat îndeaproape.	D

18. Factori care trebuie luați în considerare în tratamentul pacienților cu obezitate morbidă și plăgi

Definiția **obezității morbide** implică existența unui Indice de Masă Corporală (IMC) > 40. Cu toate acestea, factorii care trebuie luați în considerare se pot aplica și pacienților cu obezitate clasa 1 (IMC 30-34.9) și obezitate clasa 2 (IMC 35-39.9). Obezitatea complică vindecarea plăgilor chirurgicale, fiind considerată un important factor de risc pentru dezvoltarea complicațiilor postoperatorii. Aceste complicații pot apărea din cauza mai multor aspecte anatomice și fiziologice, manifestări asociate obezității, cum ar fi pliurile tegumentare, vascularizația slabă, modificări ale răspunsului imun și deficiențele nutriționale [41].

Asistenții medicali și îngrijitorii necalificați ai pacientului cu obezitate morbidă și plăgi trebuie să primească instruire cu privire la aspectele fizice ale îngrijirii, inclusiv atenția la curățarea tegumentului și gestionarea mirosurilor, cu o atenție specifică la pliurile și zona perigenitală, precum și la redistribuirea presiunii și accesul la echipamentul bariatric adecvat [42]. În îngrijirea acestor pacienți trebuie să se ia în considerare promovarea sănătății psihologice, inclusiv demnitatea, imaginea de sine și provocările psihosociale asociate cu obezitatea. Toți pacienții cu obezitate ar trebui să fie îndrumați către un dietetician autorizat pentru o evaluare nutrițională cuprinzătoare.

18.1. Asistenții medicali trebuie să evalueze pacienții cu obezitate pentru riscul de dehiscentă, infecții și complicații majore / minore la nivelul plăgii.	A
18.2. În îngrijirea pacienților cu obezitate care au plăgi, trebuie fixat un obiectiv de menținere a greutateii în timpul vindecării plăgilor; pacienții cu obezitate nu trebuie să încerce să slăbească până când plaga nu s-a vindecat complet.	C
18.3. Trebuie asigurate echipamente adecvate de distribuție a presiunii și suprafețe adecvate pentru dimensiunea și greutatea pacientului.	NPUAP C
18.4. Asistenții medicali trebuie să asigure și să optimizeze controlul glicemic la pacienții cu obezitate, plăgi și diabet sau cu toleranță redusă la glucoză.	B

19. Evaluarea stării nutriționale la pacientul pediatric care prezintă plăgi

În general, la copii sunt utilizate instrumente de evaluare pentru riscul de leziuni de presiune, în timp ce instrumentele de evaluare a stării nutriționale nu sunt utilizate [43]. În cazul plăgilor existente sau a riscului de a dezvolta plăgi, scopul susținerii nutriționale la sugari și copii este de a optimiza starea nutrițională, de a promova vindecarea plăgilor și de a obține o creștere corporală adecvată vârstei.

19.2. Pacienții pediatrici considerați expuși riscului de apariție a leziunilor de presiune trebuie re-evaluați după șapte zile și în mod regulat după aceea.	D
---	---

20. Abordarea deficiențelor nutriționale la pacienții pediatrici cu plăgi

O evaluare nutrițională completă trebuie să identifice deficiențele nutriționale ca urmare a unei nutriții inadecvate. O reducere a aportului nutrițional poate fi multifactorială, dar ar trebui să ia în considerare vârsta, starea de sănătate, greutatea, viteza de creștere, indicii de masă corporală, durata aportului redus și hrănirea suplimentară [3]. La copii, în special la sugari, necesitatea unei creșteri continue și a unor rezerve calorice mai mici poate afecta capacitatea de a susține o nutriție adecvată, prin urmare este necesară asigurarea de energie și proteine suplimentare pentru a promova vindecarea plăgilor și a obține o creștere adecvată. Orientările elaborate de National Health Service in England (2014) abordează gestionarea deficienței nutriționale la copiii cu leziuni de presiune.

20.1. Necesarul de energie poate varia în funcție de dimensiunea leziunilor / plăgii, în funcție de dimensiunea corpului și de vârsta sugarului / copilului.

D

21. Factori care trebuie luați în considerare în tratamentul pacienților pediatrici supraponderali cu plăgi

Este recunoscut faptul că, copiii care sunt supraponderali pot prezenta o reducere a mobilității, precum și o stare nutrițională compromisă; ca urmare a acestor factori, la acești copii crește riscul leziunilor de presiune [44]. Consumul redus de energie este o caracteristică a multor boli cronice sau tulburări care cresc riscul de obezitate. Pentru copiii supraponderali cu plăgi este necesar un plan individualizat de îngrijire nutrițională relevant pentru nevoile și obiectivele lor specifice.

22. Curățarea plăgilor - metode, timp clinic, frecvență

Curățarea plăgilor a fost definită ca un proces de „îndepărtare a contaminării suprafeței, a bacteriilor și a resturilor pansamentelor anterioare de pe suprafața plăgii și a tegumentului din jurul plăgii” [45]. Plăgile trebuie curățate atunci când exsudatul este infectat, când sunt prezente corpuri străine și / sau când a avut loc o contaminare gravă cu lichide fiziologice / patologice sau bacterii. Curățarea corespunzătoare a plăgilor va asigura că toți agenții patogeni sunt îndepărtați fără a cauza prejudicii pacientului. Apa potabilă poate fi utilizată pentru curățarea plăgilor; cu toate acestea, trebuie luate în considerare circumstanțele individuale atunci când se determină cea mai adecvată alegere a agenților de curățare pentru o vindecare optimă [46]. Utilizarea **tehnicii aseptice non-touch (fără atingere)** este acceptată pe scară largă ca standard de excelență pentru tehnica aseptica. Tehnica aseptica fără atingere se referă la tehnica și precauțiile utilizate în timpul procedurilor clinice pentru a proteja pacientul de infecție prin prevenirea transferului de microorganisme de la profesionistul din sănătate, echipament sau mediu către pacient [47]. Principiile cheie care stau la baza tehnicii aseptice non-touch sunt:

- decontaminați întotdeauna mâinile
- mențineți asepsia componentelor cheie ale echipamentelor și materialelor
- mențineți asepsia plăgilor prin protejarea împotriva contaminării de către microorganisme
- atingeți părțile care nu vin în contact cu pacientul
- luați măsuri adecvate de prevenire a infecțiilor de ex. echipamentul individual de protecție, eliminarea deșeurilor

22.1. Momentul, frecvența și tipul soluției pentru curățarea plăgilor se bazează pe constatările individualizate ale evaluării plăgilor și planul de îngrijire.

D

22.2. Plăgile închise în condiții aseptice nu ar trebui să necesite curățare și dezinfectare suplimentare.

C

22.3. Curățarea plăgilor chirurgicale vindecabile prin intenție secundară se efectuează cu soluție salină normală sterilă (0,9%) sau apă sterilă.

D

22.4. Apa potabilă este acceptabilă pentru curățarea plăgilor.

D

22.5. În absența apei potabile, apa fiartă și răcită sau apa distilată pot fi utilizate ca agenți de curățare a plăgilor.

A

22.6. Pentru a se asigura îndepărtarea resturilor și pentru a permite examinarea vizuală, irigarea plăgii este considerată cea mai eficientă modalitate de curățare a plăgii	D
22.7. Nu se poate face nicio recomandare specifică cu privire la presiunea necesară pentru irigarea plăgilor, deoarece nu există un consens în literatura de specialitate.	D
22.8. Nu se recomandă utilizarea dezinfectanților în curățarea plăgilor.	C
22.9. Plăgile contaminate (de exemplu plăgile mușcate) trebuie curățate cu soluție salină normală 0,9%, prin irigare ușoară folosind o tehnică aseptică strictă.	D
23. Practica tehnicii aseptice fără atingere (non-touch)	
Următoarele recomandări se bazează pe The ANTT Clinical Practice Framework for all invasive Clinical Procedures from Surgery to Community Care [47].	
23.1. Tehnica aseptică fără atingere trebuie aplicată pe baza evaluării riscului.	D
23.2. Asistenții medicali trebuie să fie conștienți de practicile necesare pentru a preveni infecțiile asociate asistenței medicale.	D
24. Rolul pansamentelor în gestionarea plăgilor	
<p>Pansamentele au un rol esențial în procesul de vindecare și în realizarea unui echilibru optim de umiditate. Principalul obiectiv pentru gestionarea plăgilor este de a elimina / controla toți factorii care împiedică vindecarea și de a dezvolta și menține condiții care susțin procesul de vindecare a plăgilor. Selecția produsului potrivit depinde în mare parte de cunoștințele și abilitățile asistentului medical. Alegerea corectă a pansamentului poate avea un impact semnificativ asupra vindecării plăgilor [48], astfel că pansamentele trebuie să fie selectate în baza unei evaluări cuprinzătoare a plăgii și a preferinței pacientului. În mod tradițional, gestionarea plăgilor a fost legată de procesele fiziologice implicate în procesul de vindecare. Cu toate acestea, plăgile acute urmează de obicei o progresie ordonată de la leziunea inițială la închiderea completă și formarea cicatricilor [49]. Aceste plăgi sunt acoperite cu un pansament insular cu aderență scăzută pentru primele 24 de ore până la 48 de ore și apoi sunt lăsate libere / expuse. Pansamentele postoperatorii simple care oferă protecție și capacitatea de a gestiona exsudatul minim sunt pansamentele indicate pentru aceste plăgi.</p> <p>Plăgile cronice diferă foarte mult de plăgile acute; procesele biologice implicate sunt dezordonate și vindecarea are loc într-un interval de timp mai lent. Plaga cronică, în comparație cu plaga acută, este caracterizată de existența unui număr de factori care contribuie la nevindecare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveluri ridicate de proteaze • Colonizare bacteriană / infecție • Inflamație cronică • Profile dezordonate de factor de creștere • Țesut granular imperfect • Reepitelizare inhibată 	
24.1. Pansamentele trebuie utilizate ca parte a unui plan de îngrijire și tratament și pe baza evaluării cuprinzătoare a plăgilor și a pacientului, asigurând în același timp gestionarea oricărei afecțiuni clinice de bază pe care pacientul o poate avea.	D
24.2. Atunci când alege pansamentul, pentru luarea deciziei, asistentul medical trebuie să ia în considerare nivelul de activitate / mobilitate al pacientului, poziția plăgii, potrivirea anatomică a pansamentului, starea tegumentului din jur și metoda de asigurare a pansamentelor primare și secundare.	D

25. Alegerea celui mai potrivit pansament pentru o plagă

Condițiile optime pentru vindecarea plăgilor sunt asigurate de pansamentele care creează și mențin un mediu umed. Pansamentele ocluzive promovează faza inflamatorie a vindecării prin prezența umidității, scădere inițială a oxigenului și creșterea ratei de epitelizare. **Tifonul nu prezintă aceste beneficii și poate afecta vindecarea plăgilor pe măsură ce se usucă, provocând daune țesuturilor la îndepărtarea acestuia.** Utilizarea pansamentelor ocluzive este considerată a fi avantajoasă, deoarece acestea mențin un nivel optim de exsudat la suprafața plăgii. Acest exsudat este foarte important deoarece este bogat în citokine și proteine necesare vindecării. Până în prezent, nu s-au raportat riscuri crescute de infecție a plăgii la utilizarea pansamentelor ocluzive. La selectarea pansamentului / produsului, trebuie realizată evaluarea și documentarea factorilor legați de plagă (de ex. etiologie, durată, tip de țesut, exsudat, dimensiune, adâncime) și obiective de tratament ca parte a evaluării cuprinzătoare a plăgii.

Asistenții medicali ar trebui să cunoască caracteristicile pansamentelor ideale [50], de exemplu:

- capabil să mențină o umiditate ridicată la locul plăgii în timp ce îndepărtează excesul de exsudat
- lipsit de particule și contaminanți toxici ai plăgilor
- non-toxic și non-alergen
- capabil să protejeze plaga de alte traume
- să poată fi îndepărtat fără a provoca traume pe rană și în jurul plăgii / pacientului
- impermeabil agenților patogeni
- izolator termic
- să permită schimbul gazos
- confortabil și adaptabil locației și caracteristicilor plăgii
- să necesite schimbări rare
- raport bun cost-eficiență
- perioadă mare de valabilitate

25.1. Asistenții medicali trebuie să înțeleagă indicațiile și contraindicațiile pansamentelor selectate și trebuie să asigure respectarea indicațiilor producătorilor.

D

25.2. Selecția pansamentului și frecvența schimbării și reevaluării pansamentului trebuie să fie efectuate în baza evaluării cuprinzătoare a plăgilor și a rezultatelor dorite ale tratamentului (obiectivelor de îngrijire).

D

25.3. Exsudatul plăgii trebuie reevaluat la fiecare schimbare a pansamentului pentru a determina dacă produsul este adecvat timpului de uzură al pansamentului ales.

D

25.4. Pansamentele îndepărtate de pe plagă trebuie examinate ca parte a evaluării, iar cantitatea, culoarea, consistența și mirosul exsudatului trebuie notate.

D

25.5. Tegumentul perilezional cu exsudat în cantitate mare, poate fi protejat prin utilizarea emolienților sau aplicarea filmelor barieră.

D

25.6. Trebuie evitată utilizarea unui pansament foarte absorbant pe plăgile uscate, deoarece acesta poate duce la perturbarea țesutului sănătos de pe suprafața plăgii și să provoace durere atunci când este îndepărtat.

D

26. Indicațiile, calendarul și frecvența utilizării pansamentelor antiseptice / antimicrobiene în gestionarea plăgilor

Agenții antimicrobieni utilizați în îngrijirea plăgilor pot fi în general împărțiți în antibiotice și antiseptice / antimicrobiene. Gottrup și colab. (2014) subliniază că antibioticele sunt administrate enteral sau parenteral și pot fi transportate prin sânge sau sistemul limfatic către alte părți ale corpului, în timp ce antisepticele / antimicrobienele (și antibioticele topice) sunt limitate la utilizarea locală. Preparatele antimicrobiene utilizate în îngrijirea plăgilor ar trebui să aibă un spectru larg de acțiune antimicrobiană și să acționeze rapid și stabil, fără a selecta tulpini rezistente [51].

27. Prevenirea leziunilor tegumentare datorate adezivului utilizat pentru fixarea pansamentelor

La îndepărtarea adezivilor medicali de pe tegument, există riscul de a îndepărta accidental unele dintre straturile superficiale ale tegumentului sau, în unele cazuri, de a provoca leziuni mai profunde ale țesuturilor. Acest tip de leziune provoacă durere pacientului și poate crește riscul de complicații precum infecția, întârzierea vindecării plăgilor și reducerea calității vieții pacientului. De multe ori, deși aceste leziuni pot fi considerate ca fiind relativ minore, ele necesită totuși aceeași îngrijire și atenție care ar fi acordată oricărei plăgi, deoarece impactul asupra pacientului poate fi semnificativ. Sugarii prezintă un risc deosebit de apariție a acestor leziuni, deoarece epiderma și stratul cornos al tegumentului sugarului sunt mai subțiri decât la adulți, până cel puțin în al doilea an de viață [52].

Este importantă implementarea unui regim de prevenție a acestor leziuni care să includă: evaluarea și identificarea pacienților cu risc, pregătirea adecvată a tegumentului, selecția adecvată a adezivilor medicali, utilizarea de metode adecvate de aplicare și îndepărtare a adezivilor. Factorii de risc pentru leziunile cauzate de adezivii medicali sunt:

- **Factori intrinseci:** vârsta (nou-născuți / prematuri și vârstnici), etnia, afecțiunile dermatologice (eczeme, dermatite, ulcere exsudative cronice, epidermoliză buloasă), prezența comorbidităților (diabet, infecție, insuficiență renală, imunosupresie, insuficiență venoasă, hipertensiune venoasă, varice peri-stomacale), malnutriția, deshidratarea
- **Factori extrinseci:** tegumentul uscat (datorită produselor de curățare, îmbăierii excesive, umidității reduse), expunerea prelungită la umiditate, anumite medicamente (de exemplu, agenți antiinflamatori, anticoagulante, agenți chimioterapeutici, utilizarea pe termen lung a corticosteroidelor), terapia cu radiații, aplicarea repetată în același loc.

27.1. Asistenții medicali trebuie să evalueze toți factorii de risc pentru leziunile provocate de adezivii medicali și să îi documenteze înainte de a alege un adeziv medical adecvat.	D
--	---

27.2. Asistenții medicali trebuie să respecte instrucțiunile producătorului pentru aplicarea și îndepărtarea produsului adeziv.	D
---	---

27.3. Pentru sugari și copii, și în special pentru cei cu risc de leziuni, asistenții medicali trebuie să ia în considerare mijloace alternative de asigurare a pansamentelor, de exemplu, bandaje tubulare de fixare.	D
--	---

28. Gestionarea reacțiilor alergice datorate pansamentelor

Reacțiile alergice la pansamente nu sunt neobișnuite. Se recomandă să nu se utilizeze pansamente și benzi adezive care provoacă alergii [25].

Dermatita de contact poate fi iritantă (80% din cazuri) sau alergică (20% din cazuri). Pacienții cu plăgi cronice sunt expuși frecvent la alergeni potențiali, pe lângă faptul că funcția de barieră a tegumentului este alterată. În consecință, riscul de alergii la acești pacienți este foarte ridicat. Factorii care pot declanșa alergii sunt: produsele cosmetice (parfumul), lanolina și antibioticele topice.

28.1. Asistenții medicali trebuie să stabilească statusul alergic al pacientului în cadrul etapei de evaluare.	D
--	---

28.2. După introducerea oricărui produs medical nou, medicii și asistenții medicali trebuie să observe prezența reacțiilor de hipersensibilitate.	D
---	---

28.3. Asistenții medicali trebuie să evite potențialii alergeni ai produselor de îngrijire a plăgilor, în special atunci când tratează pacienți pediatrici sau pacienți cu leziuni de presiune.	D
---	---

29. Rolul terapiei cu presiune negativă în managementul plăgilor

Există studii de cercetare care au evaluat eficacitatea aplicării presiunii negative în tratamentul plăgilor și prevenirea infecțiilor de plagă, inclusiv în cazul grefelor de piele, plăgilor acute chirurgicale închise și a plăgilor cronice [53]. Astfel, a fost demonstrat faptul că presiunea negativă are o eficiență dovedită în comparație cu utilizarea pansamentelor clasice, contribuind la: reducerea semnificativă a ratei de infecție de plagă și a seromului atunci când este aplicată plăgilor chirurgicale închise [53]; reducerea ratei de pierdere a grefelor de piele; creșterea țesutului de granulație; scăderea dimensiunii și adâncimii plăgilor; apariția de complicații minime; satisfacție ridicată a pacienților. Printre dezavantaje, Webster menționează incidența mare de apariție a veziculelor/dermatitei în cazul aplicării presiunii negative la plăgile după intervențiile chirurgicale ortopedice, motiv pentru care nu recomandă utilizarea acestei metode pe scară largă.

29.1. Terapia prin presiune negativă (TPN) este indicată în tratamentul pacienților cu plăgi cronice, acute, traumatice, subacute și dehiscente.

C

30. Debridarea, parte integrantă din managementul plăgilor - indicații

Debridarea este o parte integrantă a managementului plăgilor și este utilizată pe scară largă în pregătirea patului plăgii [54]. Debridarea se referă la procesul de îndepărtare a țesutului devitalizat, a țesutului infectat, hiperkeratozei, detritusului, puroiului, produșilor metabolici ai microorganismelor din plagă, pentru a promova vindecarea țesutului viabil subiacent. Debridarea este descrisă ca un proces continuu, care poate fi utilizat ca adjuvant al altor metode de tratament [55]. Avantajele debridării sunt:

- reducerea sarcinii bacteriene din plagă
- reduce riscul de infecție
- reducerea excesului de umiditate / de exsudat
- reglarea inflamației
- reducerea mirosului neplăcut
- crearea unui pat sănătos de plagă
- stimularea epitelizării marginilor plăgii
- promovarea creșterii țesutului de granulare.

Debridarea poate aborda toate cele patru principii ale conceptului T.I.M.E., utilizat pentru evaluarea acurată a plăgii, identificarea țesutului devitalizat în plagă și planificarea intervențiilor de îngrijire adecvate [56]. Cele patru principii abordate de T.I.M.E. [57] sunt:

- Țesut (Tissue) - eliminarea țesutului neviabil
- Infecție (Infection) - tratamentul infecției
- Umiditate (Moisture) - corectarea dezechilibrului umezelii
- Marginea plăgii (Edge) - gestionarea marginilor plăgii

30.1. Debridarea trebuie considerată ca un adjuvant în tratamentul plăgilor în scopul pregătirii patului plăgii.

D

*conform clasificării prezentate în Tabelul 1

Mecanismul procesului de vindecare a plăgilor

Plaga este o leziune tegumentară, iar procesul de vindecare a plăgilor (**Figura 1**) este procesul fiziologic complex de refacere a integrității anatomice și a funcționalității tegumentare, alcătuit din trei etape interconectate: etapa inflamatorie (hemostază și inflamație), etapa proliferativă (epitelizare, angiogeneză și granulație) și etapa de maturare (diferențiere și modelare).

evoluție progresivă în fazele de vindecare într-un mod organizat, progresiv și încadrat în timp [60]. Plăgile cronice sunt plăgi care nu au o evoluție ordonată și încadrată în timp, în scopul obținerii integrității anatomice și funcționale într-o perioadă cuprinsă între 4 săptămâni și 3 luni [61], sau rezultatul procesului de vindecare nu este susținut în timp din punct de vedere anatomic și funcțional.

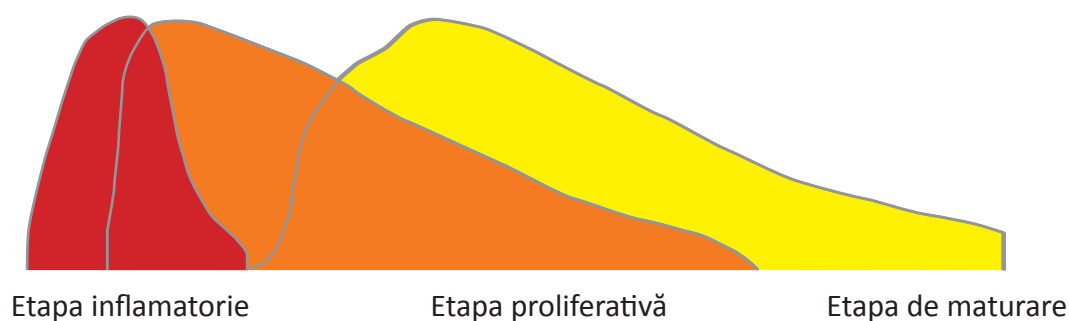


Figura 1. Etapele procesului de vindecare a plăgilor [58]

După traumă, tegumentul suferă un proces complex de vindecare care implică sângele, celulele parenchimoase, factorii de creștere, citokinele, proteazele și proteinele matricei extracelulare (ECM). Mai multe tipuri de celule, precum keratinocitele, fibroblastele, celulele endoteliale și celulele inflamatorii controlează activitatea metaloproteinazelor matriciale (MMP) prin reglarea expresiei genice ca răspuns la activitatea citokinelor, a factorilor de creștere, hormonilor, factorilor oncogeni și contactul cu alte celule sau matricea extracelulară (ECM). Degradarea este mediată prin MMP secretate de macrofage, fibroblaste și celule endoteliale. La începutul fazei de maturare, plăgile au aproximativ 30% din rezistența fiziologică a tegumentului, iar la sfârșitul fazei de remodelare au aproximativ 70% - 80% din rezistența sa fiziologică [59].

În funcție de evoluția procesului de vindecare, plăgile pot fi clasificate în acute și cronice. Plăgile acute pot fi cauzate de traume sau intervenții chirurgicale și au o

evoluție progresivă și ischemia cauzate de traume suplimentare sau de infecții, stimulează citokinele pro-inflamatorii și inhibă procesul de vindecare a plăgilor.

Plăgile cronice (denumite și „ulcere”) pot fi definite ca plăgi cu o grosime completă în profunzime și o tendință lentă de vindecare [62]. Se estimează că, în țările dezvoltate, până la 2% din populație suferă o leziune cronică în timpul vieții [63]. Fenomenul de îmbătrânire a populației determină o incidență mult mai crescută, deoarece procesul de vindecare a plăgilor este asociat negativ cu vârsta. Complicațiile plăgilor cronice includ infecții cum ar fi celulite, eczeme venoase infecțioase, gangrene, ischemii, hemoragii, care pot necesita amputații ale extremităților inferioare ale membrilor. Plăgile cronice pot duce la dizabilități fizice care pot avea un impact negativ marcant asupra rezultatelor și calității vieții pacientului (Kloth, 2009), provocând durere, pierderea funcției și a mobilității, depresie, suferință și anxietate, jenă și izolare socială, povară financiară,

perioade prelungite de spitalizare, morbiditate cronică sau chiar deces [64]. Dovezile sugerează că plăgile cronice sunt asociate cu o presiune semnificativă și adesea subapreciată a pacientului, sistemului de sănătate și a societății în ansamblu [65].

Pentru o îngrijire adecvată a plăgilor și adaptată pacientului, procesul dinamic de evaluare a plăgilor este esențial. Din acest motiv, asistenții medicali trebuie să înțeleagă fiziologia procesului de vindecare și să recunoască principalele mecanisme celulare și patologice, precum și aspectul și caracteristicile plăgii în fiecare etapă [66].

Plăgile cronice sunt caracterizate prin persistența etapei inflamatorii (exsudative) datorită condițiilor patologice (comorbidități), a complicațiilor infecțioase, malnutriției sau răspunsului imun afectat [67; 68]. Plăgile cronice includ ulcere venoase/arteriale, ulcerele piciorului diabetic și leziunile de presiune.

Capacitatea organismului de a se regenera sau de a se vindeca după lezare reprezintă un mecanism esențial de supraviețuire. Tipul și durata de vindecare a plăgii diferă în

funcție de natură, amploarea și localizarea leziunii, de capacitatea de regenerare și reparare tisulară și de caracteristicile pacientului [66]. Procesul de vindecare a plăgilor se poate realiza prin două mecanisme [69]:

- Regenerarea țesuturilor deteriorate cu țesut similar, de ex: în cazul unei leziuni superficiale în care stratul bazal rămâne intact, epiderma regenerează celule cu celule de tip și funcție echivalentă.
- Regenerarea țesuturilor deteriorate cu țesut conjunctiv care nu are același grad de elasticitate și funcționalitate ca țesutul original, de ex: în cazul unei leziuni profunde cu interesare totală tegumentară.

În baza etiologiilor cauzale, Wound Healing Society clasifică plăgile cronice în patru categorii:

- Leziuni de presiune
- Ulcere diabetice
- Ulcere de insuficiență venoasă (ulcere varicoase/de stază)
- Ulcere de insuficiență arterială (ulcere de gambă hipertensive/ischemice).

Leziunile de presiune sunt plăgi localizate la nivelul tegumentului și / sau țesutului subiacent, de obicei la nivelul unei proeminențe osoase, ca urmare a presiunii sau a presiunii în combinație cu forțele de frecare și de forfecare [42]. În general, aceste leziuni pot fi evitate dacă sunt acordate intervențiile de îngrijire adecvate, adaptate nevoilor pacientului. Uneori, datorită condiției medicale a pacientului, aceste leziuni de presiune nu pot fi evitate.



Sursa foto: Depositphotos

Ulcerul diabetic de la nivelul piciorului pot fi definite ca leziuni ale țesutului de la nivelul tegumentului și / sau țesutului subiacent localizate la nivelul gleznei, prezente la pacienții cu diabet zaharat. Reprezintă complicații din ce în ce mai frecvente ale diabetului zaharat, afectând în mod dramatic morbiditatea, mortalitatea și calitatea vieții pacientului. Pacienții cu UDP prezintă un risc crescut de amputare a membrilor, etiologia UDP fiind complicată de celelalte tulburări funcționale întâlnite în diabet, cum ar fi: neuropatia periferică, imunitatea compromisă și disfuncția vasculară. Din acest motiv, managementul UDP este foarte complex [70].



Sursa foto: Depositphotos

Ulcerale venoase, cunoscute și sub numele de ulcer de stază sunt plăgi localizate la nivelul extremităților inferioare și au ca principală cauză procesele inflamatorii locale asociate cu leziuni endoteliale, agregarea trombocitelor și edem intracelular. Principalii factori de risc pentru dezvoltarea ulcerului venos sunt vârsta, obezitatea, leziunile anterioare ale piciorului, tromboza venoasă profundă și flebita. Ulcerale venoase sunt de obicei recurente, putând persista săptămâni sau chiar ani. Complicațiile severe includ celulita, osteomielita și procesele maligne.



Sursa foto: Depositphotos

Ulcerale arteriale, denumite și ulcere ischemice, sunt cauzate de perfuzia tisulară deficitară la nivelul extremităților inferioare. Cele mai frecvente cauze ale ulcerelor arteriale sunt: afecțiuni vasculare periferice, insuficiență vasculară cronică, vasculită (leziuni inflamatorii ale vaselor de sânge), diabetul zaharat, insuficiența renală, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, obezitatea și diabetul zaharat.

Mecanismul de vindecare a plăgilor poate fi clasificat în:

Vindecare primară (intenția primară): marginile plăgii sunt approximate sau reunite prin mijloace mecanice: benzi adezive întărite (stripuri), suturi sau capse. Acest mecanism este întâlnit la plăgile cu pierderi reduse de țesut, de exemplu, plăgile chirurgicale, și are ca rezultat o cicatrice minimă, suplă, rezistentă și estetică [16; 69].

Vindecare primară întârziată: închiderea plăgii este întârziată timp de 3-6 zile, după care este închisă chirurgical cu suturi sau capse. Închiderea întârziată poate fi utilizată dacă, de exemplu, o plagă este contaminată, are o vechime mai mare de 24 de ore sau există perfuzie vasculară afectată [71], ceea ce ar compromite vindecarea dacă leziunea

ar fi închisă prin intenție primară.

Vindecare secundară (intenție secundară): plăgile cu pierderi extinse de țesut (traumatisme, arsuri sau ulcere) sunt lăsate „deschise” pentru a se vindeca prin granulație, contracție și epitelizare, iar cicatricea rezultată este inestetică și groasă, cu rezistență redusă [72].

Vindecarea terțiară (intenție terțiară) caracterizează vindecarea plăgilor care au nevoie de o perioadă de vindecare secundară sau devin cronice înainte de intervenția chirurgicală pentru apropierea marginilor plăgii. După câteva zile de management conservator de pregătire a patului plăgii se practică o intervenție chirurgicală reconstructivă: grefă de piele, flap etc. [73; 74].

Intervenții de îngrijire realizate de asistentul medical comunitar

În managementul pacienților cu plăgi este esențială colaborarea activă a asistentului medical cu medicul, dieteticianul (dacă este cazul), pacientul și îngrijitorii acestuia.

Toate etapele procesului de îngrijire sunt documentate / înregistrate în Planul de îngrijire a pacientului care este gestionat și arhivat de către asistentul medical, având același regim ca orice document medico-legal.

Planul de îngrijire este comunicat medicului, iar deciziile clinice sunt luate în colaborare cu medicul, asistentul medical, pacientul și îngrijitorii acestuia.

1. Evaluarea pacientului – proces continuu, dinamic

Evaluarea cuprinzătoare a tuturor pacienților în scopul identificării pacienților cu risc pentru plăgi. Sunt indicate instrumente de evaluare standardizate care au predictibilitate mare pentru identificarea riscului.

Rezultatul evaluării se documentează în Planul de îngrijire a pacientului și contribuie la adaptarea continuă a îngrijirilor, inclusiv ajustarea intervențiilor de îngrijire, dacă este necesar. Pacientul va fi re-evaluat continuu pentru a se stabili evoluția plăgii și a stării generale la fiecare vizită medicală.

De asemenea, rezultatul evaluării va fi comunicat medicului și pacientului.

2. Evaluarea riscului și a tegumentului - proces continuu, dinamic adaptat nevoilor pacientului

Malnutriția poate contribui atât la apariția leziunilor sub presiune, cât și la capacitatea de vindecare.

Efectuarea screeningului nutrițional, utilizând un instrument standardizat fiabil, validat și adecvat. Asigurarea unei evaluări nutriționale cuprinzătoare în cazul în care pacienții prezintă un risc nutrițional sau leziune / plagă.

În evaluarea riscurilor se ține cont de specificitatea leziunilor (plăgi acute chirurgicale / traumatiche, plăgi cronice, leziuni de presiune, ulcerele piciorului diabetic, ulcere de gambă), fiind structurată pe factorii favorizanți / determinanți, așa cum este descris în Capitolul IV Recomandări de management.

Evaluarea este un proces continuu, riscurile fiind re-evaluate la fiecare vizită medicală.

Rezultatul evaluării se documentează în Planul de îngrijire a pacientului și contribuie la adaptarea continuă a îngrijirilor, inclusiv ajustarea intervențiilor de îngrijire dacă este necesar. Pentru fiecare risc identificat asistentul medical va planifica măsuri de prevenire pe care le va implementa pentru a minimiza riscul de apariție a acestora.

De asemenea, rezultatul evaluării va fi comunicat medicului și pacientului.

3. Planificarea completă a îngrijirii în baza riscurilor identificate prin evaluare, ținând cont de valorile și preferințele pacientului

În această etapă, asistentul medical elaborează planul de îngrijire, pe care îl va adapta continuu în funcție de evoluția stării generale a pacientului și de evoluția plăgii. Asistentul medical planifică îngrijirile indicate de medic, cu implicarea pacientului și a îngrijitorilor acestuia. De asemenea, asistentul medical va elabora un plan de automanagement pentru pacient, deoarece în îngrijirea în comunitate, un rol esențial revine pacientului și îngrijitorilor acestuia.

4. Implementarea îngrijirilor conform planificării efectuate în etapa anterioară

Asistentul medical efectuează intervențiile de îngrijire planificate și acceptate de către pacient și documentează implementarea acestora în Planul de îngrijire. Asistentul medical va raporta medicului intervențiile de îngrijire implementate și rezultatul acestora. Intervențiile de îngrijire vor fi adaptate continuu în funcție de rezultatele evaluării pacientului și a riscurilor.

5. Evaluarea rezultatelor îngrijirii

Este evaluat gradul de îndeplinire a obiectivelor de îngrijire stabilite în etapa de planificare. Dacă obiectivele nu sunt îndeplinite sau sunt parțial îndeplinite, atunci sunt ajustate intervențiile de îngrijire conform cauzelor/barierelor identificate. Rezultatele evaluării sunt documentate în Planul de îngrijire și sunt comunicate atât pacientului, cât și medicului.

6. Educarea pacientului

Are un rol esențial în îndeplinirea obiectivelor de îngrijire planificate, deoarece pacientul are un rol important în gestionarea propriei sănătăți. Vor fi explicate pacientului recomandările de îngrijire, avantajele aderenței la aceste recomandări, dezavantajele nerespectării acestora, complicațiile care pot apare, alternativele de îngrijire și căror servicii medicale să se adreseze. Pacientul va primi recomandările de îngrijire atât verbal, cât și scris în Planul de automanagement și în materialele informative specifice.

Dovezi privind eficacitatea intervențiilor de reducere a riscului

Dovezile includ indicatori de structură, de proces și de rezultat.

1. Indicatori de structură
1.1. Plan standardizat de evaluare, specific tipului de plagă/leziune, care să conțină toate elementele de screening
1.2. Instrumente de evaluare standardizate specifice tipului de plagă/leziune
1.3. Proceduri operaționale de practică medicală specifice pentru toate intervențiile de îngrijire
1.4. Planificarea instruirilor – educație medicală continuă
1.5. Identificarea nevoilor educaționale adaptate pentru asistenții medicali comunitari conform unei metodologii specifice
1.6. Plan de îngrijire a pacientului, individualizat și centrat pe pacient
1.7. Plan de automanagement pentru pacient și îngrijitorii acestuia
1.8. Materiale informative specifice care să conțină recomandările de automanagement pentru pacient și îngrijitorii acestuia
1.9. Jurnalul pacientului pentru automanagementul durerii, mobilizării, schimbării pansamentului etc.
2. Indicatori de proces
2.1. Fiecare pacient este evaluat pentru identificarea riscurilor
2.2. Fiecare pacient a primit o evaluare standardizată, cuprinzătoare, a factorilor intrinseci și extrinseci, locali și generali, la fiecare vizită medicală

2.3. Fiecare pacient a primit un plan individualizat de prevenire a riscurilor / Plan de auto-gestionare a sănătății
2.4. Fiecare pacient a beneficiat de un Plan de îngrijire adaptat nevoilor acestuia și ajustat în funcție de modificările survenite în starea sa de sănătate
2.5. Fiecare pacient a primit intervenții de îngrijire conform nevoilor identificate în etapa de evaluare
2.6. Fiecare pacient a beneficiat de o evaluare nutrițională
2.7. Rezultatele procesului de îngrijire au fost documentate pentru fiecare pacient și au fost raportate medicului, pacientului și îngrijitorilor acestuia
3. Indicatori de rezultat
3.1. Procentul pacienților vindecați din totalul pacienților cu plăgi / ulcere / leziuni
3.2. Procentul pacienților care au dezvoltat complicații din totalul pacienților îngrijiți
3.3. Procentul pacienților care nu au dezvoltat leziuni de presiune din totalul pacienților identificați la risc
3.4. Procentul pacienților care nu au dezvoltat ulcere de picior diabetic din totalul pacienților identificați la risc
3.5. Procentul pacienților care nu au dezvoltat ulcere de gambă din totalul pacienților identificați la risc

Bibliografie

[1] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

[2] Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2011 Apr;4(3):50-71.

[3] Nolan, M., A. Carroll, and M. Wynne. „HSE National Wound Management Guidelines 2018.” (2018): 367.

[4] EWMA. 2015. Eucomed Wound Care Policy Paper. URL http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/090923__Wound_Care_Brochure_final.pdf [accessed on August 2018].

[5] Gillespie, P., Carter, L., McIntosh, C. and Gethin, G. (2016). Estimating the Healthcare Costs of Wound Care in Ireland. Unpublished poster presentation at: EWMA 2016, May 10-13 2016, Bremen, Germany.

[6] Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J* 2016; 13 (suppl. S2):5–15

[7] Bosanquet, David C., and Keith G. Harding. „Wound duration and healing rates: cause or effect?.” *Wound Repair and Regeneration* 22.2 (2014): 143-150.

[8] Nunan, R., Harding, K. G., & Martin, P. (2014).

Clinical challenges of chronic wounds: searching for an optimal animal model to recapitulate their complexity. *Disease models & mechanisms*, 7(11), 1205-1213.

[9] Harding, K. G., Morris, H. L. and Patel, G. K. (2002). Science, medicine and the future: healing chronic wounds. *BMJ* 324, 160-163

[10] Eskes AM, Maaskant JM, Holloway S et al. Competencies of specialised wound care nurses: A European Delphi study. *Int Wound J* 2014; 11:665-74

[11] World Union of Wound Healing Societies (2020) Strategies to reduce practice variation in wound assessment and management: The T.I.M.E. Clinical Decision Support Tool. London: Wounds International. Available at: www.woundsinternational.com. Accesat august 2021

[12] Swanson, T., Keast, D., Cooper, R., Black, J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J. And Angel, D. (2015). Ten top tips: Identification of wound infection in a chronic wound. *Wounds International*, 6, 22-27.

[13] Byrant, R. A. and Nix, D. (2016). *Acute and Chronic Wounds: current management concepts*, St Louis, Elsevier

[14] Patel S, Tomic-Canic M. (2014). Neonatal debridement: tricks or treats. *J Wound Technol*. 2014;1(23):12-13.

[15] Best Practice Statement (2014) Principles of wound management in paediatric patients. Lon-

don: Wounds UK. Available to download from: www.wounds-uk.com. Accesat August, 2021

[16] Peate, I. and Glencross, W. (2015). *Wound Care at a Glance*. Wiley.

[17] Greatrex-White, S. and Moxey, H. (2015). Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *International Wound Journal*, 12, 293-301.

[18] Wounds International. (2015). *Triangle of Wound Assessment*. London. Wounds International. Davies, P. (2012). Exudate assessment and management. *Br J Community Nurs, Suppl*, S18-22, s24.

[19] World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2007). *Principles of best practice: Wound exudate and the role of dressings*. A consensus document, London, MEP Ltd.

[20] Falanga, V. (2003). Wound Bed Preparation: Future Approaches. *Ostomy Wound Management*, May; 49(5A Suppl):30-3.

[21] Fletcher, J. (2010). Development of a new wound assessment form. *Wounds UK*, 6, 92-99.

[22] Swezey, L. (2014). How to Assess Wounds for Tunneling and Undermining. [online]Woundsourc.com. Available at: <http://www.woundsourc.com/blog/how-assesswounds-tunneling-and-undermining> [Accessed August, 2021].

[23] Dowsett, C. (2009). Use of TIME to improve community nurses' wound care knowledge and practice. *Wounds UK*, 5, 14-21.

[24] Wounds UK. (2013). *Best Practice Statement: Effective exudate management*. London. Wounds UK. Available to download from: www.wounds-uk.com. Accesat August 2021

[25] Jones, V., Grey, J. E. and Harding, K. G. (2006). Wound dressings. *BMJ*, 332, 777-80.

[26] Cutting, K., Gilchrist, B., Gottrup, F., Leaper, D. and Vowden, P. (2005). Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: EWMA, Medical Education Partnership Ltd. Available at: http://www.cslr.cz/download/English_pos_doc_final.pdf

[27] Metcalf, D. G., Bowler, P. G. and Hurlow, J. (2014). A clinical algorithm for wound biofilm identification. *J Wound Care*, 23, 137-8, 140-2.

[28] Gardner, S. E., Frantz, R. A. and Doebbeling, B. N. (2001). The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen*, 9, 178-86.

[29] Ennis, W. (2010). In: Mac Donald, J., Geyer, M. (eds.) *Wound and Lymphoedema management*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

[30] Bjarnsholt, T. (2013). The role of bacterial biofilms in chronic infections. *APMIS Suppl*, 1-51.

[31] Brambilla, R., Hurlow, J., Landis, S. and Wolcott, R. (2016). Clinical Report: Innovations in hard-to-heal wounds. World Union of Wound Healing Societies. Available at: http://www.wuwhs2016.com/files/WUWHS_H2H_CR_Web.pdf

[32] World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2004). *Principles of best practice: Mini-*

misising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd.

[33] Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-99.

[34] Wong, D. L. and Baker, C. M. (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*, 14, 9-17.

[35] Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R. and Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs*, 23, 293-7.

[36] Emergency Nurses Association. (2015). *Clinical Practice Guideline: Wound Preparation*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association. Available at: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practiceresources/cpg/woundpreparationcpg.pdf?sfvrsn=ae51bb1f_10

[37] Mudge, E. and Orsted, H. (2010). Wound Infection and Pain Management Made Easy. *Wounds International*, 1, 1-6.

[38] Ubbink, D. T., Brölmann, F. E., Go, P. and Vermeulen, H. (2015). Evidence-Based Care of Acute Wounds: A Perspective. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 4, 286-94.

[39] Stechmiller, J.K. (2010). Understanding the role of nutrition and wound healing. *Nutrition in Clinical Practice*; Feb, 25(1): 61-68.

[40] Iizaka, S., Okuma, M., Sugama, J. and Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29 (1):47-53

[41] Thelwall, S., Harrington, P., Sheridan, E. and Lamagni, T. (2015). Impact of obesity on the risk of wound infection following surgery: results from a nationwide prospective multicentre cohort study in England. *Clin Microbiol Infect*, 21, 1008.e1-8.

[42] *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers / Injuries: Clinical Practice Guideline, 2019*, Disponil la: <http://www.internationalguideline.com/>. Accesat august, 2021.

[43] Anthony, D. (2017). What do we know about Paediatric pressure ulcer risk assessment? *Wounds UK*, Vol 13, No 1.

[44] Dyer, L. and Embling, B. (2010). Pressure area care. In Trigg E, Mohammed TA (Eds) *Practices in Children's Nursing: Guidelines for Hospital and Community*. 2nd edition. Churchill Livingstone, London.

[45] Rodeheaver, R. and Ratliff, C. (2007). Wound cleansing, wound irrigation and wound disinfection. In: Rodeheaver, G., Krasner, D. and Sibbald, R. (eds.) *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*. Malvern, USA: HMP Communications.

[46] Cutting, K. F. (2010). Addressing the challenge of wound cleansing in the modern era. *Br J Nurs*, 19, S24, s26-9.

[47] The Association for Safe Aseptic Practice. (2017). What is Aseptic Non Touch Technique (ANTT®)? [Online].The Association for Safe Aseptic

Practice. Available: http://anntt.org/ANTT_Site/what_is_ANTT.html [Accessed August 2021].

[48] Casey, G. (2000). Modern wound dressings. *Nurs Stand*, 15, 47-51; quiz 52, 54.

[49] Nicks, B. A., Ayello, E. A., Woo, K., Nitzki-George, D. and Sibbald, R. G. (2010). Acute wound management: revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations. *International Journal of Emergency Medicine*, 3, 399-407.

[50] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Wound Care Products, available from: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt14/chapter/evidence-context> [Accessed August 2021]

[51] Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjarnsholt, T., Cooper, R., Moore, Z., Peters, E. J. and Probst, S. (2014). Antimicrobials and Non-Healing Wounds. Evidence, controversies and suggestions-key messages. *J Wound Care*, 23, 477-8, 480, 482.

[52] Stamatias, G. N., Nikolovski, J., Mack, M. C. and Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: a review of recent findings based on in vivo studies. *Int J Cosmet Sci*, 33, 17-24.

[53] Hyldig, N., Birke-Sorensen, H., Kruse, M., Vinter, C., Joergensen, J. S., Sorensen, J. A., Mogensen, O., Lamont, R. F. and Bille, C. (2016). Meta-analysis of negative-pressure wound therapy for closed surgical incisions. *Br J Surg*, 103, 477-86.

[54] Madhok, B. M., Vowden, K. and Vowden, P. (2013). New techniques for wound debridement. *Int Wound J*, 10, 247-51.

[55] Kamolz, L.-P. and Wild, T. (2013). Wound bed preparation: The impact of debridement and wound cleansing. *Wound Medicine*, 1, 44-50.

[56] Moore, Z. (2012). The important role of debridement in wound bed preparation. *Wounds International*, 3, 19-23.

[57] European Wound Management Association

(EWMA). (2004). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice, London, MEP Ltd. Available at: http://www.woundsinternational.com/media/issues/87/files/content_49.pdf

[58] Mercandetti M, Cohen AJ. Wound healing and repair. *Emedicine*. 2017;14(1):12-20.

[59] Sabino, F., & Auf dem Keller, U. (2015). Matrix metalloproteinases in impaired wound healing. *Metalloproteinases In Medicine*, 2, 1-8.

[60] Powers, J. G., Higham, C., Broussard, K. and Phillips, T. J. (2016). Wound healing and treating wounds: Chronic wound care and management. *J Am Acad Dermatol*, 74, 607-25; quiz 625-6.

[61] Cazander G, Pritchard DI, Nigam Y, Jung W, Nibbering PH. Multiple actions of *Lucilia sericata* larvae in hard-to-heal wounds. *Bioessays*. 2013. doi:10.1002/bies.201300071.

[62] Järbrink, K., Ni, G., Sönnnergren, H., Schmidtchen, A., Pang, C., Bajpai, R., & Car, J. (2016). Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 5(1), 1-6.

[63] Gottrup F. A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *Am J Surg*. 2004;187(5):S38-43.

[64] MacDonald J. Global initiative for wound and lymphoedema care (GIWLC). *Journal of Lymphoedema*. 2009;4(2):92-5.

[65] Heyer K, Augustin M, Protz K, Herberger K, Spehr C, Rustenbach S. Effectiveness of advanced versus conventional wound dressings on healing of chronic wounds: systematic review and meta-analysis. *Dermatology*. 2013. doi:10.1159/000348331. Epub 2013 May 22.

[66] Bryant, R. and Nix, D. (2016). *Acute and Chronic Wounds - E-Book*, Elsevier Health Sciences.

[67] Morton, L. M. and Phillips, T. J. (2016). Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. *J Am Acad Dermatol*, 74, 589-605; quiz 605-6.

[68] Guo, S. and Dipietro, L. (2010). Factors Affecting Wound Healing. *J Dent Res*, 89, 219-29.

[69] Flanagan, M. (2013). *Wound healing and skin integrity: principles and practice*, John Wiley and Sons.

[70] Volmer-Thole, M. and Lobmann, R. (2016). Neuropathy and Diabetic Foot Syndrome. *International Journal of Molecular Sciences*, 17, 917.

[71] Alexander, J. W., Solomkin, J. S. and Edwards, M. J. (2011). Updated recommendations for control of surgical site infections. *Ann Surg*, 253, 1082-93.

[72] Enoch, S. Leaper, D. J. (2008). *Basic science of wound healing*. *Surgery (Oxford)*, 26, 31-37.

[73] Prasetyono, T. O. (2009). General concept of wound healing, revisited. *Medical Journal of Indonesia*, 18(3), 208-16.

[74] Herndon, D. N. (2012). Preface to the fourth Edition of *Total Burn Care*. *Total Burn Care (Fourth Edition)*. London: W.B. Saunders.

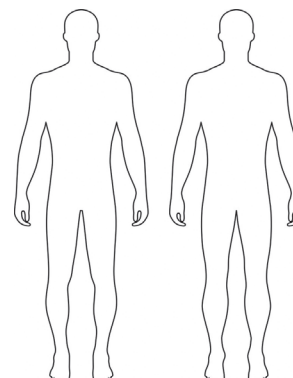


Sursa foto: Freepik

INSTRUMENTUL BATES-JENSEN PENTRU EVALUAREA PLĂGILOR

Localizare: Zona anatomică. Identificați partea dreaptă (R) sau partea stângă (L) și folosiți „X” pentru a marca locul.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sacru & coccis | <input type="checkbox"/> Glezna laterală |
| <input type="checkbox"/> Trohanter | <input type="checkbox"/> Glezna mediană |
| <input type="checkbox"/> Tuberozitatea ischiatică | <input type="checkbox"/> Câlcâi <input type="checkbox"/> Altă zonă |



Formă: Observați perimetrul și a adâncimea plăgii.

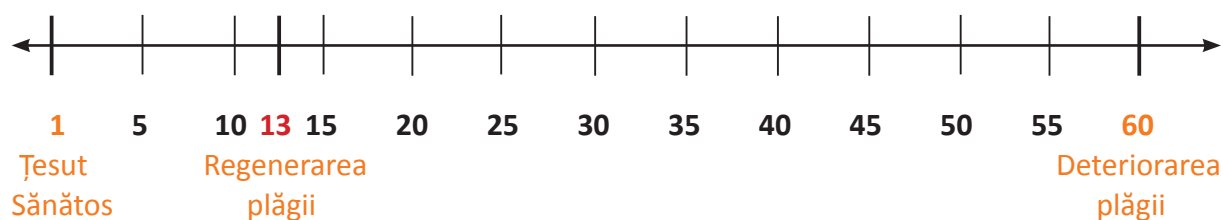
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neregulată | <input type="checkbox"/> Liniară sau alungită |
| <input type="checkbox"/> Rotundă/ovală | <input type="checkbox"/> Sferică |
| <input type="checkbox"/> Pătrată / dreptunghi | <input type="checkbox"/> Fluture <input type="checkbox"/> Altă formă |

Element	Evaluare				
1. Dimensiunea	1 = Lungime x lățime < 4 cm ² 2 = Lungime x lățime 4--< 16 cm ² 3 = Lungime x lățime 16.1--< 36 cm ² 4 = Lungime x lățime 36.1--< 80 cm ² 5 = Lungime x lățime > 80 cm ²				
2. Adâncimea	1 = Eritem care nu se albește pe tegument intact 2 = Pierdere parțială a tegumentului cu implicarea epidermei și/ sau dermului 3 = Pierdere totală a tegumentului care implică deteriorarea sau necroza țesutului subcutanat; se poate extinde până la fascia subiacentă, dar nu și prin aceasta; și/sau grosimea parțială și totală și/sau straturile de țesut acoperite de țesutul de granulare 4 = Obturată de necroză 5 = Pierdere completă a grosimii tegumentului cu distrugere extinsă, necroză tisulară sau deteriorarea mușchiului, a oaselor sau a structurilor suport				
3. Marginile	1 = Neclară, difuză, fără vizibilitate definită 2 = Diferențiată, conturată clar vizibil, atașată, chiar și cu baza plăgii 3 = Bine definită, neatașată la baza plăgii 4 = Bine definită, neatașată la bază, rotunjită în interior, îngroșată 5 = Bine definită, fibrotică, cicatrizată sau hiperkeratozică				
4. Leziunea subcutanată	1 = Nici una 2 = Afectare subcutanată < 2 cm în orice zonă 3 = Afectare subcutanată 2-4 cm implică < 50% din marginile plăgii 4 = Afectare subcutanată 2-4 cm implică > 50% din marginile plăgii 5 = Afectare subcutanată > 4 cm sau tunele în orice zonă				

5. Tipul de țesut necrotic	1 = Nu este vizibil 2 = Țesut neviabil alb/gri și/sau sfaceluri neaderente galbene 3 = Sfacel liber aderent galben 4 = Crustă aderentă, moale, neagră 5 = Crustă fermă, aderentă, neagră				
6. Cantitatea de țesut necrotic	1 = Nu este vizibil 2 = < 25% din suprafața plăgii 3 = 25-50% din suprafața plăgii 4 = > 50% și < 75% din suprafața plăgii 5 = 75-100% din suprafața plăgii				
7. Tipul de exsudat	1 = Fără exsudat 2 = Sangvinolent 3 = Sero-sangvinolent: subțire, apos, roșu/roz deschis 4 = Seros: subțire, apos, clar 5 = Purulent: subțire sau gros, opac, cafeniu/galben, cu sau fără miros				
8. Cantitatea de exsudat	1 = Fără, plagă uscată 2 = Limitat, plagă umedă dar fără exsudat vizibil 3 = Redus 4 = Moderat 5 = Abundent				
9. Culoarea tegumentului în jurul plăgii	1 = Roz sau normal pentru grupurile etnice 2 = Roz deschis și/sau albă la apăsare 3 = Alb sau gri deschis sau hipopigmentată 4 = Roșu închis sau purpuriu și/sau care nu se albește 5 = Negru sau hiperpigmentată				
10. Edemul țesutului periferic	1 = Fără inflamație sau edem 2 = Edem fără godeu extins la < 4 cm în jurul plăgii 3 = Edem fără godeu extins la \geq 4 cm în jurul plăgii 4 = Edem cu godeu extins la < 4 cm în jurul plăgii 5 = Crepitație și/sau edem cu godeu extins la \geq 4 cm în jurul plăgii				
11. Indurația țesutului periferic	1 = Nu este prezentă 2 = Indurația < 2 cm în jurul plăgii 3 = Indurația 2-4 cm extinderea < 50% în jurul plăgii 4 = Indurația 2-4 cm extinderea \geq 50% în jurul plăgii 5 = Indurația > 4 cm în orice zonă în jurul plăgii				
12. Țesutul de granulație	1 = Tegument intact sau pe grosimea parțială a plăgii 2 = Roșu intens, luminos; 75-100% din suprafața plăgii și/sau țesut hipergranulat 3 = Roșu intens, luminos; < 75% și > 25% din suprafața plăgii 4 = Roz și/sau roșu închis mat și/sau acoperire \leq 25% din plagă 5 = Nu există țesut de granulație				

13. Epitelizarea	1 = Plagă acoperită 100%, suprafață intactă 2 = Plagă acoperită 75% - < 100% și/sau țesut epitelial extins > 0.5 cm în patul plăgii 3 = Plagă acoperită 50% - < 75% și/sau țesut epitelial extins < 0.5 cm în patul plăgii 4 = Plagă acoperită 25% - < 50% 5 = Plagă acoperită < 25%				
SCOR TOTAL					
Data și ora evaluării					
Asistent medical / Moașa care a efectuat evaluarea					
Nume și Prenume					
Semnătura					

EVOLUȚIA CONTINUĂ A PLĂGII



Scrieți scorul total pe scala de evoluție continuă a plăgii prin plasarea unui „X” pe linie. Înregistrați mai multe scoruri pentru a putea observa regenerarea sau degenerarea plăgii.

Sursa: Barbara Bates-Jensen, 2001

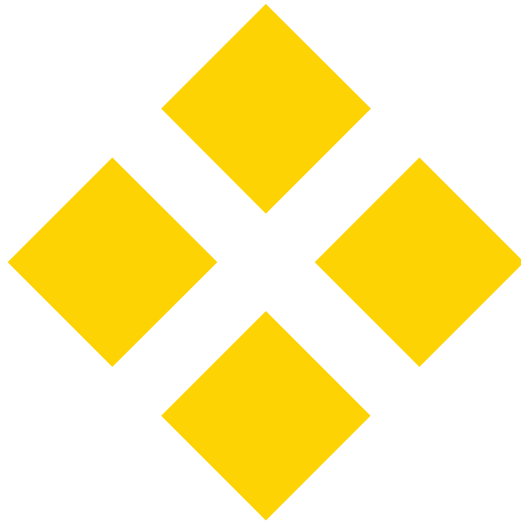
Descriptori ai exsudatului plăgilor (adaptat după *WUWHS, 2007; Wounds UK, 2013)

Tip de exudat	Consistență	Culoare	Semnificație
Seros	Subțire, apos	Clar, chihlimbar (galben pai)	Este considerat normal în fazele inflamatorii și proliferative ale procesului de vindecare. În cantitate crescută poate indica infecție (de exemplu, Staphylococcus Aureus) În cantitate excesivă poate fi asociat cu insuficiența venoasă, malnutriția, sau fistula limfatică sau urinară.
Fibros	Subțire, apos	Turbure	Poate indica prezența unor fibre de fibrină. Poate indica inflamație cu sau fără infecție.
Serosanghinolent	Subțire, ușor mai gros decât apa	Clar, roz	Prezența celulelor roșii din sânge indică leziuni capilare (de exemplu, post-intervenție chirurgicală sau îndepărtarea traumatică a pansamentului).
Sanghinolent	Subțire, apos	Roșiatic	Prezența hematiilor – culoare roșiatică. Poate fi asociat cu angiogeneza, hipergranulația sau cu distrucția vaselor de sânge.
Seropurulent	Vâscos, lipicios	Galben sau cafeniu, turbure	Infecții bacteriene Prezența țesutului sau materialului necrotic lichefiant din fistula enterică sau urinară.
Purulent	Vâscos, lipicios	Opac, lăptos, galben sau maro, uneori verde	Indică infecție. Culoarea verde poate indica infecția cu Pseudomonas aeruginosa Poate fi însoțit de miros specific
Hemopurulent	Vâscos	Roșiatic, lăptos	Infecție la nivelul plăgii
Hemoragic	Vâscos	Roșu închis	Creștere a fiabilității capilare; Infecții bacteriene; poate fi asociat unor traume la nivelul plăgii.

Resursele bibliografice utilizate în prezentul Ghid

Aceasta este o listă a Ghidurilor internaționale ale căror recomandări au fost utilizate în elaborarea principalelor direcții de intervenții de îngrijire ale asistentului medical comunitar în ceea ce privește prevenirea și îngrijirea plăgilor.

RESURSĂ BIBLIOGRAFICĂ	LINK DE ACCES
Prevention and Treatment of Pressure Ulcers / Injuries: Clinical Practice Guideline, 2019	http://www.internationalguideline.com/
HSE National Wound Management Guidelines, 2018	https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/hse-national-wound-management-guidelines-2018.pdf
Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes, 2013	https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Assessment_and_Management_of_Foot_Ulcers_for_People_with_Diabetes_Second_Edition1.pdf
Best practice recommendations for the prevention and management of venous leg ulcers. In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management, A supplement of Wound Care Canada, 2019.	https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1521-wc-bpr-prevention-and-management-of-venous-leg-ulcers-1874e-final/file



Monitorizarea dezvoltării copilului 0-4 ani



**Carmen Dumitrache,
Camelia Stănescu,
Claudia Dima**



Sursa foto: Freepik

Introducere

Primii ani ai vieții unui copil sunt foarte importanți pentru sănătatea și dezvoltarea sa. Părinții, profesioniștii din domeniul sănătății, educatorii și reprezentanții ai altor autorități publice pot lucra împreună ca parteneri pentru a ajuta copiii să crească pentru a-și atinge potențialul maxim. Dezvoltarea sănătoasă înseamnă că toți copiii, inclusiv cei cu nevoi speciale de îngrijire a sănătății, pot crește acolo unde sunt satisfăcute nevoile lor sociale, emoționale și educaționale. Este foarte important să aibă un camin sigur unde sunt iubiți, să petreacă timp cu familia - să se joace, să cânte, să

citească și să vorbească. Alimentația adecvată, exercițiile fizice și somnul pot face, de asemenea, o mare diferență. Sunt foarte mulți factori de risc care pot afecta dezvoltarea optimă a copilului între 0 și 4 ani. Printre aceștia se regăsesc și: vârsta tânără a părinților, familiile monoparentale (cu un singur părinte), familii dezorganizate, numărul mare de copii în familie, venitul pe cap de membru al familiei foarte scăzut, probleme majore de sănătate în familie (afecțiuni psihiatrice, neurologice etc.), izolarea socială, violența partenerilor intimi, violența în comunitate.

Glosar de termeni

Abuzul și neglijarea: problemă de sănătate publică generatoare de riscuri pentru sănătatea copiilor și mai ales celor de vârstă mică. Există mai multe tipuri comune de abuz și neglijare a copiilor:

- **abuzul fizic:** utilizarea intenționată a forței fizice care poate duce la vătămare fizică (lovirea, scuturarea, ardearea etc.)
- **abuzul sexual:** reprezentat de presiunea și forțarea copilului să se angajeze în diverse acte sexuale (mangâierea, penetrarea, expunerea unui copil la alte activități sexuale)
- **abuzul emoțional:** include comportamente care afectează imaginea de sine a copilului, bunăstarea afectivă a copilului (rușinarea, respingerea, nerecunoașterea meritelor, amenințarea)
- **neglijarea:** eșecul de a satisface nevoile de bază ale copilului, atât fizice cât și emoționale (locuință, alimentație, îmbrăcăminte, educație, acces la îngrijiri medicale, reținerea iubirii).

Creșterea: procesul care se concretizează prin mărirea volumului și a masei celulare, a greutateii și a dimensiunilor corpului. Procesul de creștere se derulează după **legile creșterii**. Aceste legi care privesc creșterea în înălțime (creștere staturală) și creșterea în greutate (creștere ponderală) - (adică creșterea staturo-ponderală) sunt următoarele:

1. Procesul de creștere staturo-ponderală este un proces continuu care începe de la naștere și durează până la desăvârșire.
2. Ritmul creșterii este mai intens în primul an de viață, ca apoi să scadă treptat cu vârsta și să se accentueze din nou în prepubertate, dar fără să mai atingă intensitatea din primul an.
3. Ritmul creșterii staturo-ponderale variază și în funcție de sexul copilului.

4. Unele segmente ale corpului își au propriul ritm de creștere; din acest motiv proporțiile organismului se modifică și ele în anumite perioade ale vieții. Există anumite proporții între diferite segmente ale organismului uman caracteristice pentru diverse perioade ale dezvoltării copilului. De exemplu: împărțind întreaga lungime corporală în 8 părți egale, se observă că înălțimea capului la nou-nascut este $\frac{2}{8}$, pe când la adult este $\frac{1}{8}$. Lungimea membrelor inferioare (distanța pubis-sol) la nou născut este de $\frac{3}{8}$ iar la adult de $\frac{4}{8}$; linia mediana a înălțimii la nou-nascut trece deasupra ombilicului, atinge ombilicul la 2 ani și rămâne sub ombilic la adult. Schimbarea acestor proporții poate reflecta apariția unor dezechilibre în procesul de creștere a copilului sub influența unor factori care alterează funcții ale tiroidei sau ale altor organe.

5. În cursul unui an calendaristic la copiii sănătoși, de vârstă preșcolară și școlară, ritmul de creștere staturo-ponderală are oscilații sezoniere; iarna (noiembrie-martie) ritmul de creștere este relativ uniform, pe când primăvara-vara (martie-august) se accelerează ritmul de creștere în înălțime și se încetinește ritmul de creștere ponderală; în perioada de toamnă (august-noiembrie) creșterea ponderală se accentuează și se micșorează ritmul creșterii staturale.

Diferențierea sau maturația: un proces calitativ; în urma evoluției acestui proces celulele și țesuturile apar cu structură și proprietăți funcționale mai adaptate imprimând organismului calități noi și superioare.

Dezvoltarea: un proces complex, unic, cu două laturi distincte – cantitativ și calitativ

care se întrepătrund și se condiționează reciproc. În ceea ce privește dezvoltarea organismului uman s-a observat că în afara celor două procese - cantitativ (morfologic) și calitativ (fiziologic) care intervin, mai apare și un al treilea factor cel neuropsihic și mental. Dezvoltarea se caracterizează prin variabilitatea cantitativă a parametrilor, prin dispersia valorilor acestor parametri în jurul unui nivel mediu. Variabilitatea și nivelul mediu sunt dependente de condițiile de viață ale individului.

Dezvoltarea neuropsihică: se manifestă prin procese de maturizare morfologică și funcțională a sistemului nervos: mielinizarea (creșterea influxului nervos), dezvoltarea activității bioelectrice, integrarea ierarhică a funcțiilor sistemului nervos, reglarea raporturilor dintre procesele excitatorii și inhibitorii, învățarea senzoriomotorie (ordinul I), învățarea verbală (ordinul al II-lea), sisteme de cunoștințe (ordinul al III-lea), dezvoltarea funcțiilor psiho-dinamogene (viața afectivă și motivații), dezvoltarea conștiinței morale individuale și a conștiinței sociale. (15)

Dizabilități din copilărie: se referă la orice dificultăți întâmpinate în oricare din cele trei domenii de funcționare – afectarea, limitarea activității și participarea restricționată – ca urmare a unei stări de sănătate deficitară și a interacțiunii cu mediul. Acestea includ diverse afecțiuni cronice cum ar fi astmul bronșic, diabetul, epilepsia și obezitatea.(12)

Dificultate de dezvoltare: orice afecțiune care pune un copil în pericol de dezvoltare sub-optimă sau care determină o devianță de dezvoltare, întârziere, tulburare sau dizabilitate. Termenul cuprinde toți copiii care au limitări în funcționare și dezvoltare la întregul lor potențial. Acesta include persoanele care suferă de foame sau trăiesc în lipsuri sociale, cei care au avut o greutate redusă la naștere și cei cu paralizie cerebrală, autism, pro-

bleme senzoriale, tulburări cognitive (ex: sindromul Down) sau cu dizabilități fizice cum ar fi spina bifidă. (12)

Etapale de dezvoltare: indică abilitățile de dezvoltare pe care este de așteptat să le dobândească copiii, în medie, la o anumită vârstă, uneori într-o anumită perioadă. Unele etape timpurii sunt importante, deoarece sunt precursori ai celor mai târzii. De exemplu, statul pe scaun fără sprijin este un precursor al mersului pe jos fără ajutor, independent. Având în vedere că ritmul de dezvoltare a copiilor variază foarte mult, și că există, de obicei, o perioadă pentru atingerea etapelor de dezvoltare, utilizarea în monitorizarea dezvoltării numai a etapelor poate duce la supra- și subaprecierea copiilor cu dificultăți de dezvoltare. (3)

Îndrumări anticipative: o consiliere proactivă care abordează schimbările semnificative fizice, emoționale, psihologice și de dezvoltare care vor avea loc la copii și care pot fi orientate în jurul punctelor de atingere.(12)

Monitorizarea dezvoltării: are ca scop urmărirea și sprijinirea dezvoltării fiecărui copil. Aceasta diferă de screening, care are un interval de timp prestabilit, și care are ca scop detectarea anomaliilor. Monitorizarea dezvoltării permite creșterea sănătoasă a copilului și umărirea dezvoltării în colaborare cu familia și sprijină stimularea dezvoltării copilului, încurajând acoradrea de îngrijiri în viața de zi cu zi a acestuia. Monitorizarea include factori de risc care pot fi prezenți în viața familiei și modul în care familia face față acestor riscuri. În timpul monitorizării, familiilor li se pot asigura informații despre drep-turile copiilor și resursele din comunitate pentru a sprijini familiile. (3)

Tulburări ale neurodezvoltării: un grup de tulburări de comportament și cognitive apărute în timpul perioadei de dezvoltare care implică dificultăți semnificative în dobândirea și exercitarea unor funcții intelectuale, motorii sau sociale specifice.(12)

Sindromul bebelușului „scuturat” sau al „copilului scuturat”: o formă de traumatism indus (provocat). Acest sindrom rezultă în urma manevrării bruște/agresive/violente a bebelușului/copilului de către o persoană de obicei aparținător/părinte și datorită situației particulare anatomice și fiziologice a structurilor cerebrale ale craniului și ale gâtului există

riscul de apariție a leziunilor. Acest tip de accidente pot să apară mai ales în perioada de sugar dar și apoi până către vârsta de 4 ani. Copilul care plânge, în urma “legănatului/manevratului viguros” poate plânge ulterior mai tare ca apoi să se oprească din plâns, lucru care se întâmplă datorită leziunilor cerebrale.

Importanța monitorizării dezvoltării copilului cu vârsta 0-4 ani

La nivel global, cel puțin unul din șase copii întâmpină o dificultate de dezvoltare. În România, din punct de vedere al dezvoltării fizice, populația de copii din colectivitățile școlare supuse examenului de bilanț în anul școlar 2018-2019 a înregistrat o dezvoltare armonică pentru 71,1% dintre copii și dizarmonică pentru restul de 28,9%. Cu toate acestea, monitorizarea și screening-ul dezvoltării sunt rareori susținute de evaluări și intervenții accesibile, bazate pe dovezi sau căi eficiente de recomandare. Furnizarea de servicii de sănătate de îngrijire primară pentru identificarea și monitorizarea copiilor cu risc de întârziere a dezvoltării și pentru susținerea acestora și a familiilor lor este primul pas pentru construirea unor servicii cuprinzătoare.

Lucrătorii din prima linie au un rol major în educarea familiei pentru sănătate în general și pentru sănătatea copilului în mod particular, în transmiterea informațiilor într-un mod profesionist, nepartinic și gradual, astfel încât familia să poată înțelege, însuși și aplica aceste informații și nu în ultimul rând în identificarea timpurie a riscurilor pentru copii. Asistenta comunitară dacă este instruită cu privire la identificarea acestor riscuri poate oferi sprijin părinților/aparținătorilor/familiei în minimizarea, corectarea și înlăturarea factorilor de stres/perturbatori ce pot interveni în procesul de dezvoltare al copilului.

La vizitele la domiciliu asistenta medicală comunitară trebuie să aibă în vedere observarea mediului în care locuiește familia, igiena locuinței, igiena relațiilor socio-culturale ale familiei, factorii de risc comportamentali ai familiei/părinților (comportamente alimentare, comportamente relaționale – neglijare, abuz fizic, emoțional, psihologic, sexual –, consumul de substanțe dăunătoare sănătății – tutun, alcool, droguri – etc.).

În prezent, nu există îndrumări generalizabile cu privire la abordările celor mai bune practici pentru monitorizarea dezvoltării copiilor în serviciile acordate de asistenții medicali comunitari.(2) Prezentele recomandări sunt elaborate pe baza celor mai actuale și de calitate evidențe și recomandări existente în literatura de specialitate.



Sursa foto: Freepik

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Monitorizarea dezvoltării copilului se efectuează la fiecare vizită a asistentului medical comunitar iar aceste observații sunt esențiale pentru procesul de monitorizare, deoarece poate ajuta să se cunoască dacă copilul are nevoie de sprijin suplimentar și oferă premisele furnizării de intervenții dovedite a fi eficace pentru reducerea riscurilor.

Monitorizarea dezvoltării unui copil în primii ani de viață este de cea mai mare importanță, deoarece aceasta este etapa vieții extrauterine în care țesutul nervos crește cel mai repede și se maturizează – și, prin urmare, este cel mai mult vulnerabil. Dar aceasta este și perioada în care copiii răspund cel mai bine la terapii și la stimularea pe care o primesc din mediul lor. Din aceste motive, este fundamental ca profesioniștii din domeniul sănătății, familiile și comunitățile să monitorizeze dezvoltarea tuturor copiilor, inclusiv a celor din populațiile vulnerabile.(7)

Etapele de dezvoltare

Dezvoltarea organismului uman de la oul fecundat până la adult se face în două mari etape și anume:

- *Prima etapă* (antenatală) este cea care se derulează în mediul intrauterin, pe o perioadă de aproximativ 280±11 zile

- *Cea de-a doua* (postnatală), care este ca perioadă mai lungă decât prima, se numește extrauterină și cuprinde perioada de timp între naștere și momentul încheierii creșterii, aproximativ 20-21 ani.

În aceste două perioade de dezvoltare,

organismul trece prin modificări cantitative, **creșterea**, și calitative, **diferențierea**. Aceste două procese se condiționează reciproc, astfel încât organismul va trece succesiv prin perioade care au durate diferite, dar în care predomină unul din cele două procese.

Dezvoltarea copiilor și tinerilor se desfășoară sub influența hotărâtoare a condițiilor de viață generate de factorii de mediu natural, dar mai ales de factorii de mediu social și economic: alimentația, locuința, caracterul activității, nivel de educație și instruire, măsuri de ocrotire a sănătății, mediul empatic-afectiv etc.

ETAPELE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A ORGANISMULUI UMAN

Etapa de dezvoltare	Interval de vârstă	Subetape	Interval de vârstă	Caracteristici de dezvoltare fizică
Prima copilărie (mica copilărie)	0-3ani	Nou născut	0-28 zile	- primul strigăt - primul scaun (meconiu) - creștere staturo-ponderală 5cm și 500gr. - fontanela anterioară ~2,5/5 cm
		Sugar	5 săpt.-1 an	Luna 2 – crește 4 cm și 750 gr. Luna 3 – crește 3 cm și 750 gr. Luna 4 – crește 2 cm și 750 gr. (și-a dublat greutatea de la naștere) Luna 5 – crește 2 cm și 500 gr. Lunile 6,7,8 – crește câte 1 cm și câte 500 gr. și apar primii 2 dinți incisivii mediani inferiori Lunile 9,10,11,12 – crește câte 1 cm și câte 250 gr. (în luna a 12-a și-a triplat greutatea de la naștere) Fontanela anterioară se închide între 9-18 luni.

		Copil mic (antepreșcolar)	1-3 ani	<ul style="list-style-type: none"> - Ritmul de creștere este mai lent decât în etapa anterioară - În greutate crește cu 2,5-3 kg/an - În lungime crește cu 10-12 cm/an - Perimetrul toracic crește în medie cu 1 cm/an - Perimetru cranian crește cu 2 cm/an
A doua copilărie (preșcolar)	3 – 6/7 ani	Preșcolar mic	3 – 4 ani	<p>Formula de calcul a înălțimii după vârsta de 2 ani este: $\hat{I}=5V+80$ Unde: \hat{I} este înălțimea și V este vârsta în ani.</p> <p>Formula de calcul a greutății după vârsta de 2 ani este: $G = 2V+9$ Unde: G este greutatea și V este vârsta în ani.</p> <p>În medie în această perioadă cresc 2kg/an</p> <p>Configurația corpului se schimbă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lordoza și abdomenul proeminent dispăre. - masivul facial crește proporțional mai mult decât cel cranian - membrele cresc alternativ: cele superioare la 3 ani, cele inferioare la 4 ani
		Preșcolarul mijlociu	4 – 5 ani	
		Preșcolarul mare	5 – 6 ani	
A treia copilărie	7 – 10/11 ani	Școlarul mic		<ul style="list-style-type: none"> - Creșterea în înălțime (staturală) în medie este de 6 cm/an - Creșterea în greutate în medie de 3,5 kg/an - Perimetrul cranian crește lent
Adolescența (Perioada școlară)	10/11 ani – 18 ani	prepuberul	10/11 ani – 12/13 ani	Creșterea staturală este accelerată – saltul statural – cu un decalaj inițial în favoarea sexului feminin
		Puberul	12/13 ani – 14/15 ani	Pubertatea se încheie cu apariția primei menstruații (menarha) pentru fete și a spermatogenezei pentru băieți. Trecerea de la pubertate la adolescență se bazează pe aprecierea maturizării sexuale (cronologia apariției caracterelor sexuale secundare: dezvoltarea organelor genitale externe, pilozitatea pubiană, axilară, facial la băieți, dezvoltarea sânilor și pilozității pubiene la fete).
		Postpuberul sau Adolescența propriu-zisă	14/15 ani – 18 ani	
Tineretea	18 – 21 ani	Postadolscența		

ERUPȚIA DENTARĂ

Cronologia erupției dinților de lapte

Organismul uman trece prin numeroase stadii de dezvoltare fizică și neuropsihică, procese ce se intercondiționează reciproc. La fel de important de urmărit, pe lângă

dezvoltarea fizică, este și dezvoltarea neuropsihică. Ariile de dezvoltare neuropsihică urmărite sunt: **M** = comportamentul motor (mișcări ample, mișcări fine), **C** = comportamentul cognitiv (de cunoaștere, învățare, gândire, rezolvare de probleme), **V** = comportamentul verbal (de comunicare, limbaj),

S = comportamentul social-afectiv (relaționare afectivă, activitatea de joc cu adultul și copiii).

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

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

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

- cunoaștere
- învățare
- integrare
- rezolvare de probleme.

În cadrul comportamentului verbal - co-

Dinții de sus	Prima erupție	A doua erupție
Incisivii centrali	8-10 luni	6-7 ani
Incisivii laterali	9-13 luni	7-8 ani
Canini	16-22 luni	10-12 ani
Primul molar	13-19 luni	9-11 ani
Al doilea molar	25-33 luni	10-12 ani
Dinții de jos		
Al doilea molar	23-31 luni	10-12 ani
Primul molar	14-18 luni	9-11 ani
Canini	17-23 luni	9-12 ani
Incisivii laterali	10-16 luni	7-8 ani
Incisivii centrali	6-10 luni	6-7 ani

municare (V) se urmăresc:

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

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

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

Sumar recomandări

Nou-născut

R1. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor nou-născutului. 1;4;5;6;12;13
R2. Oferiți informații despre: importanța pozițiilor variate ale bebelușului, riscurile posibilelor accidente tipice perioadei/-lor 1;13;14;15
R3. Oferiți informații despre rolul și importanța igienei locuinței pentru sănătate. 1;15;14;13
R4. Observați comportamentele părinților (alimentar, relațional – intrafamiliar, cu risc pentru sănătate, identificarea situațiilor de neglijare/violență/abuz) 1;6;7;8;10;
R5. Solicitați părinților să pună întrebări pe marginea subiectelor pe care nu se simt confortabil. 1;4;
R6. Informați părinții despre așteptările realiste cu privire la reacțiile copilului. 1;5;6;10;

1 lună

R1. Observați sugarul din punct de vedere motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv pentru vârsta de o lună 1;2;3; 12;14
R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor sugarului. 1; 4;7

R3. Observați acomodarea părinților la statutul de părinte. 1;5;13
R4. Atenționați părinții asupra riscurilor privind sănătatea și dezvoltarea copilului – „sindromul bebelușului scuturat”. 1;11; 2;5

2 luni

R1. Observați sugarul din punct de vedere motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv pentru vârsta de două luni. 1;2;3;12;14
R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15
R3. Observați sugarul în timpul relaționării cu părinții. 6;1;10
R4. Observați reacțiile aparținătorilor, față de sugar, în situații tensionate; fiți atenți la eventualele semne de neglijență sau abuz. 11;9;1
R5. Atenționați părinții asupra riscului reprezentat de „legănatul viguros” al bebelușului în brațe sau pe picioare, sau joaca cu el aruncându-l în aer, alergatul sau mersul pe bicicletă împreună cu acesta – „sindromul bebelușului scuturat”. 1;11;2

4 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14
R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15
R3. Urmăriți eventualele schimbări bruște de comportament, de somn sau reacții afective ale sugarului; întrebați aparținătorii dacă au apărut schimbări în familie, sau alte modificări în mediul de dezvoltare al copilului. 11; 8;
R4. Oferiți consiliere părinților. Explicați necesitatea de îndepărtare imediată a sursei riscului. 1;13;15

6 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14
R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15
R3. Observați încercând să identificați surse de risc în mediul de dezvoltare a copilului. 1;3;2;4

9 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;4;7;13
R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea prin măsurare (Fișa copilului=instrument) a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15
R3. Consiliați părinții să ofere siguranță emoțională. 1;2;3;10

12 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14;15

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15

R3. Dacă observați tulburări sau suspiciune de întârziere în dezvoltarea copilului (fizică/neuropsihică) trimiteți pentru examinare de specialitate. 1;13;15

R4. Încercați să identificați potențiale situații de risc (neglijență, abuz) la care copilul este expus; consiliați părinții pentru înțelegerea situației și îndepărtarea riscului. 1;11;7;9

18 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14;15

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15

R3. Urmăriți și identificați relaționarea copilului cu ceilalți copii ai familiei sau cu alți copii. 1;3;11

R4. Oferiți părinților informații privind violența/agesivitatea cu care se pot întâlni copiii lor. 11;10;9

2 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14;15

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15

R3. Încurajați părinții să păstreze un mediu calm și în siguranță pentru copil. 1.13.11;8

3 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14;15

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15

R3. Monitorizați cu atenție orice schimbare de comportament. 6;8;9; 11

4 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire. 1;2;3;12;14;15

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor. 1;4;7;13;14;15

R3. Continuați să urmăriți și să monitorizați cu atenție orice schimbare de comportament. 6;8;9; 11



Descriere recomandări

Vârsta copilului

NOU-NĂSCUTUL

R1. Observați dezvoltarea neuro-psihică și efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Anexa 2 Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutății, lungimii și circumferințelor nou-născutului.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului nou-născut, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

Reflexe condiționate înăscute (supt, deglutiție) (de apucare, clipește).

Din punct de vedere motor:

- ține capul ridicat un moment când este pus pe abdomen,
- ține mâinile și picioarele flectate,
- ține pumnii strânși.

Din punct de vedere socio-afectiv:

- își schimbă rapid dispoziția,
- reacționează prin plâns la stimulările bruște.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Examenul somatoscopic se face pentru a obține o impresie generală asupra dezvoltării fizice dintr-o singură privire. Este o apreciere subiectivă a stării copilului.

Examenul somatometric constă în determinări cantitative (măsurare) care se fac cu ajutorul unor instrumente:

- greutatea se măsoară cu cântarul de persoane sau cu cântarul pentru sugari;
- înălțimea sau lungimea corporală se măsoară cu antropometrul pentru copiii de peste 2 ani și cu pediometrul pentru sugar și copilul până în 2 ani;
- perimetrele (cranian și toracic) se măsoară cu ajutorul panglicii metrice.

Greutatea exprimă cantitativ starea de nutriție și se măsoară cu cântarul pentru persoane sau cântarul de sugari.

ATENȚIE!

Înainte de fiecare folosire verificați exactitatea cântarului cu ajutorul unei greutăți marcate și verificate prin așezarea acesteia pe platforma cântarului.

Pentru cântarul de sugari folosiți o greutate verificată de 100 gr. (exemplu - un pachet de biscuiți de 100 gr.)

Pentru cântarul de persoane folosiți o greutate verificată de 1Kg. (exemplu – un pachet de făină de 1 Kg.)

Pentru a efectua o măsurătoare cât mai exactă țineți cont de următoarele:

1. măsurarea se face în același moment al zilei
2. măsurarea se face cu persoana sumar îmbrăcată
3. măsurarea se face în aceeași condiție fiziologică, adică la aceeași distanță orară de la ultima hrănire a sugarului.

DETERMINAREA GREUTĂȚII

a) pentru copilul între 0-2 ani

După verificarea cântarului așezați un scutec curat pe cântarul de sugari și așezați sugarul; sugarul trebuie să fie liniștit. Notați greutatea măsurată în kilograme, sute și zeci de grame în fișa (foaia) copilului cu înregistrarea datei (zi-lună-an).

b) pentru copilul peste 2 ani (când copilul stă singur în picioare)

După verificarea cântarului explicați copilului cum trebuie să stea pe platforma acestuia, fără să se miște; notați greutatea măsurată în kilograme, sute și zeci de grame în fișa (foaia) copilului cu înregistrarea datei (zi-lună-an).

DETERMINAREA ÎNĂLȚIMII SAU LUNGIMII CORPORALE

a) pentru copilul 0-2 ani

b) pentru copilul peste 2 ani

Înălțimea corpului sau lungimea corporală este un parametru constant, comparativ cu greutatea corporală. Fără date despre înălțimea corporală nu se poate aprecia corect greutatea corpului. Acest parametru somatometric variază în condiții fiziologice datorită plasticității discurilor intervertebrale, care se turtesc în timpul zilei datorită efortului, a greutății corpului și a relaxării musculaturii coloanei vertebrale; înălțimea corpului variază și în condiții patologice – tulburări ale coloanei vertebrale și ale membrilor inferioare.

Recomandăm ca determinările înălțimii să se programeze dimineața.

1. Pentru copilul până în 2 ani măsurarea lungimii corporale se face cu ajutorul pediometrului. Acesta este un dispozitiv medical format dintr-o platformă de lemn gradată, cu o extremitate fixă, de la care pornește gradația 0 cm și un cursor. Copilul sumar îmbrăcat este așezat pe platforma de lemn, în decubit dorsal (culcat pe spate) având sub el un scutec individual curat, cu vertexul (punctul cel mai proeminent al cutiei craniene – vârful capului) lipit de extremitatea fixă; examinatorul apasă ușor cu mâna stângă genunchii copilului pentru a obține extensia membrilor inferioare și cu dreapta aduce cursorul până la plante (tălpi), care trebuie să facă un unghi de 90° cu planul pediometrului. Apoi, se ridică picioarele copilului și menținându-se cursorul imobil se citește talia în centimetri și milimetri. În cazul în care nu aveți în dotare un pediometru puteți să improvizați pe masa de înfășat suprafața de măsurare a lungimii corporale. Valoarea citită se înregistrează în foaia de monitorizare a dezvoltării copilului.
2. Pentru copilul peste 2 ani, măsurarea înălțimii corporale se realizează cu ajutorul antropometrului – dispozitiv medical care constă din 4 segmente de câte 50 cm de țevă metalică, care se ansamblează sub forma unei tije cu lungimea de 2 metri gradată în centimetri și milimetri; pe această tijă alunecă un cursor care ține lama ce se aplică pe vertexul copilului; tija pentru a se menține verticală este plasată pe un suport tripod; în dreptul gradației 0 a tijeii, se plasează o podină pe care se urcă copilul cu plantele (picioarele). Pentru a măsura înălțimea corporală, copilul trebuie să fie sumar îmbrăcat, descălțat

și să adopte o poziție corectă, o ținută perfectă, verticală cu o poziție corectă a capului, care se realizează prin așezarea copilului cu spatele la tijă astfel încât să atingă planul virtual al tijei antropometrului cu călcâiele, fesele și omoplații, iar brațele cu palmele libere lipite de trunchi și coapse, capul fiind astfel așezat încât marginea inferioară a orbitei să formeze cu marginea superioară a conductului auditiv extern, o linie orizontală. Examinatorul coboară cursorul până când paleta lamei atinge vertexul copilului. Copilul iese de sub cursor, se face citirea în centimetri și milimetri la marginea inferioară a cursorului, pe tija gradată. În cazul în care măsurarea se efectuează la domiciliul copilului, puteți să desfășurați această manevră organizând la tocul ușii un „taliometru” dintr-o panglică metrică, iar cursorul o carte copertată plasată pe vertexul copilului care să facă unghi de 90° cu planul tocului ușii. Valoarea citită se înregistrează în foaia de monitorizare a dezvoltării copilului.

DETERMINAREA CIRCUMFERINȚEI TORACICE

Acest parametru somatometric furnizează relații despre cutia toracică, maturitatea scheletului, a stratului grăos subcutanat, a mușchilor toracici și spinali, caracterizează oarecum dezvoltarea organismului în lățime și dezvoltarea organelor respiratorii. Măsurarea se realizează cu panglica metrică, așezând-o pe următoarele repere anatomice: posterior (în spate) se fixează panglica de către un ajutor sub unghiul inferior al omoplaților, se trec capetele acesteia pe sub axile (pe sub brațele ridicate care apoi revin în poziție), iar anterior (în față) se așează pe peretele toracic la nivelul areolelor mamare. Datele se înregistrează în pauza dintre inspirație – expirație; se citesc în centimetri și milimetri. Valoarea citită se înregistrează în foaia de monitorizare a dezvoltării copilului.

DETERMINAREA CIRCUMFERINȚEI CRANIENE

Se măsoară cu panglica metrică; se fixează aceasta pe următoarele repere anatomice ale capului: posterior (în spate) pe punctul cel mai proeminent al protuberanței occipitale externe, latero lateral pe sub pavilioanele urechii deasupra canalului auditiv, iar anterior (în față) imediat deasupra arcadelor sprâncenoase. Se citește în centimetri și milimetri. Valoarea citită se înregistrează în foaia de monitorizare a dezvoltării copilului.

R2. Oferiți informații despre: importanța pozițiilor variate ale bebelușului, riscurile posibilelor accidente tipice perioadei/-lor

Parcurge lista:

Schimbarea pozițiilor copilului în pătuț	Da	Nu	
Prezența riscurilor	Da	Nu	
Accident întâmplat	Da	Nu	Care

- Poziția anatomică, firească a nou născutului este asemănătoare cu cea din uterul mamei pe care a avut-o timp de 9 luni: mâinile și picioarele flectate, cu pumnii strânsi; tonusul muscular este inițial crescut și se reduce treptat.

După ce copilul a fost alăptat (hrănit) și apoi ajutat să eructeze (să elimine aerul, râgâie) se va avea grijă la schimbarea poziției la așezarea în pătuț: pe partea dreaptă, apoi după următoarea masă pe partea stângă, apoi după următoarea masă în decubit dorsal (culcat pe spate). Ca să poată sta pe partea dreaptă/stângă sprijiniți copilul cu ajutorul unui scutec curat împăturit, făcut sul și plasat în dreptul toracelui și la cap în partea posterioară (în spate).

- Chiar și în această perioadă pot să apară diverse accidente prin nesupravegherea constantă a copilului. Cele mai frecvente dintre acestea sunt: căderi de la înălțime (de pe pat/masa de înfășat), risc de asfixiere (sufocare), arsuri cu lichide fierbinți. Sfatuiți părinții să minimalizeze astfel de riscuri prin supraveghere constantă a copilului când acesta se află

pe suprafețe la înălțime, să nu lase la îndemâna copilului sau în pătuțul acestuia jucării/păturici/perne cu care se poate sufoca trăgându-le peste față, să nu manevreze copilul când consumă lichide fierbinți sau când prestează activități gospodărești de pregătire a hranei.

R3. Oferiți informații despre rolul și importanța igienei locuinței pentru sănătate

Parcurge lista:

• Locuință	Da	Nu
• Aprecierea locuinței		
Însorire	Da	Nu
Umiditate	Da	Nu
Ambianță termică	Da	Nu
Ventilație	Da	Nu
Poluare sonoră	Da	Nu
Racordare apă	Da	Nu
Racordare gaze	Da	Nu
Racordare energie electrică	Da	Nu
Casă curată	Da	Nu
• Copil curat	Da	Nu

Organizația Mondială a Sănătății consideră locuința ca fiind locul unde omul își petrece cea mai mare parte a timpului, se odihnește și își reface forța de muncă, muncește și se distrează într-un mod cât mai plăcut. Pentru copilul până în 3 ani este locul unde se dezvoltă, fizic și neuro-psihic, unde pornește în picioare, unde se joacă și unde practic își desfașoară 24 de ore din 24. Locuința are multiple influențe asupra organismului și deci asupra stării de sănătate a celor ce ocupă acel spațiu. Factorii fizici care trebuiesc luați în considerare în aprecierea unei locuințe sunt: însorirea locuinței (prezența radiațiilor luminoase și a ultravioletelor), umiditatea (a pereților locuinței și a aerului), ambianța termică (temperatura aerului), ventilația (aerisirea), poluarea sonoră etc.

- Locuința reprezintă climatul de protecție față de factorii necorespunzători din mediul extern. Aceasta trebuie să satisfacă nevoi fiziologice și psihologice ale organismului uman. Ea trebuie să nu aducă nocivități ca infecții, infestații, intoxicații, alergii și accidente.
- Întreținerea și curățenia locuinței este un element hotărâtor pentru asigurarea condițiilor favorabile organismului uman.

În urma activităților desfășurate în locuință, ea se murdărește și trebuie menținută într-o perfectă stare de curățenie. Aceasta se realizează zilnic prin: deschiderea ferestrelor și aerisirea încăperilor, îndepărtarea prafului cu ajutorul aspiratorului sau măturatul umed, ștergerea mobilei cu o cârpă ușor umectată, scuturarea lenjeriei de pat și expunerea (scoaterea) ei la soare. Curățenia se începe întotdeauna din dormitor și se termină în bucătărie cu colectarea și îndepărtarea reziduurilor (gunoi, mizerie). În afara curățeniei zilnice se efectuează și o curățenie periodică în care se scutură covoarele, se spală geamurile și perdelele, se curăță ușile și eventual se aplică substanțe dezinfectante.

- Sunt câțiva factori care trebuiesc să fie atent urmăriți de către părinți pentru a nu provoca accidente casnice, cum ar fi: încălzirea locuinței (sobe, centrale, electrică etc), racordarea locuinței la utilități (apă, energie electrică, gaze etc), spălarea rufăriei, schimbarea acesteia periodică și ori de câte ori este nevoie, întreținerea curățeniei atât în locuință cât și în afara ei (curte) etc.

R4. Observați comportamentele părinților (alimentar, relațional) – intrafamilial, cu risc pentru sănătate, identificarea situațiilor de neglijare/violență/abuz

Parcurge lista:

• Mediu de dezvoltare al copilului:		
Calm	Da	Nu
• Copilul este manevrat cu blândețe	Da	Nu
• Uz de alcool în familie	Da	Nu
• Uz de tutun în familie	Da	Nu
• Uz de droguri	Da	Nu
• Risc de neglijare sau abuz	Da	Nu
• Este necesară consiliere?	Da	Nu

Ființa umană trebuie tratată cu respect indiferent de vârstă. Copilul se formează în mediul în care crește, copiind și imitând modelele din jur. Recomandați părinților să asigure un mediu calm, liniștit, să vorbească cu ton scăzut între ei dar și cu copilul, să-l manevreze cu blândețe, să nu facă uz de alcool/tutun/droguri, să rezolve problemele apărute cu calm, fără violență, să evite situațiile de neglijare sau abuz.

Observați modalitatea de acordare a îngrijirilor nou-născutului (bont ombilical, alăptare, baie, schimbarea rufăriei etc) și eventual consiliați părinții în luarea deciziilor cele mai bune.

R5. Solicitați părinților să pună întrebări pe marginea subiectelor pe care nu se simt confortabil

Este important ca informațiile și îndrumările să fie adaptate, potrivite fiecărui părinte în parte și nu uitați că prin repetiție cu fiecare ocazie se crează mediul propice dezvoltării și înțelegerii atitudinilor sanogene, pentru a putea să furnizați ajutor cât mai suportiv.

Parcurge lista:

• Părinții au pus întrebări	Da	Nu
-----------------------------	----	----

R6. Informați părinții despre așteptările realiste cu privire la reacțiile copilului.

Parcurge lista:

• Au părinții așteptări realiste cu privire la copil:	Da	Nu
---	----	----

Copilul este o ființă vie, cu personalitate și nu este un adult în miniatură. Este important ca informațiile și îndrumările oferite părinților să fie adaptate, potrivite fiecărui părinte în parte și nu uitați că prin repetiție cu fiecare ocazie se crează mediul propice dezvoltării și înțelegerii atitudinilor sanogene.

Părinții trebuie să fie informați despre așteptările realiste cu privire la capacitatea bebelușului de a stăpâni abilitățile și despre importanța acceptării continue (în dinamică) de către părinți a copilului așa cum este el.

Vârsta copilului 1 lună

R1. Observați sugarul din punct de vedere motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv pentru vârsta aferentă.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 1 lună, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - ușoară hipertonie musculară;
 - în decubit ventral își desprinde uneori bărbia de pe pat;
 - în decubit dorsal poziție laterală a capului;
 - strânge în mână degetul examinatorului prinzându-l cu degetele, fără palmă și police.
- din punct de vedere cognitiv:
 - reacționează la stimuli luminoși, sonori, tactili, termici;
 - fixează pentru un moment jucăria din fața ochilor;
 - urmărește cu privirea jucăria aflată în mișcare, pe o rază de 45-60°
- din punct de vedere verbal:
 - emite mici sunete laringiene
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - prezintă reacții diferențiate de plăcere/neplăcere;
 - observă un moment fața persoanei care-i vorbește aplecată asupra lui.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fisa copilului=instrument) prin măsurare a greutății, lungimii și circumferințelor sugarului.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrați valorile în fișa individuală a copilului: greutatea, lungimea corporală și a circumferințelor craniană și toracică.

În prima lună de viață extrauterină, creșterea în greutate în medie este de aproximativ 750 grame, iar creșterea în lungime este în medie de 5 centimetri. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Observați acomodarea părinților la statutul de părinte

Parcurge lista:

• Părintele în relație cu copilul:		
• Vorbește	Da	Nu
• Calm	Da	Nu
• Zâmbește	Da	Nu
• Manevreează cu blândețe	Da	Nu
• Se joacă cu copilul	Da	Nu
• Stimulează copilul	Da	Nu
• Risc de neglijare/abuz/violență	Da	Nu

Observați comportamentul părinților în raport cu bebelușul și modul de adresare al acestora la nevoile copilului. Recomandați părinților ca pe perioada asigurării îngrijirilor acordate sugarului și a alăptării: să vorbească cu acesta cu ton scăzut, calm, zâmbind, să-l manevreze cu blândețe, să se joace și să stimuleze sugarul în perioada de veghe a acestuia cu ajutorul jucăriilor divers colorate.

Nu uitați să atenționați părinții despre:

- un climat bun, sanogen promovează bunăstarea și reduce riscurile;
- în timp ce mănâncă sau bea ceva fierbinte să nu țină sugarul/copilul în poală/brațe;
- să îndepărteze obiectele/jucăriile din patul copilului în timpul somnului acestuia.

Observați reacțiile aparținătorilor, față de sugar, în situații tensionate; fiți atenți la eventualele semne de neglijență sau abuz.

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemple de abuz fizic pentru perioada de sugar poate fi enumerat lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul de alcool al mamei sau droguri în timpul alăptării; la abuzul emoțional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierei fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de ritm de alimentare și de somn. El poate să devină brusc plângăcios, anxios, agitat.

ATENȚIE!

Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/aparținătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atrage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare.

R4. Atenționați părinții asupra riscurilor privind sănătatea și dezvoltarea copilului; – „sindromul bebelușului scuturat”

Parcurge lista:

• Risc de sindromul bebelușului scuturat?	Da	Nu
---	----	----

În această perioadă chiar și sugarul alimentat natural poate prezenta colici abdominale și datorită acestora copilul să fie agitat și să plângă în exces. Mama va dori să aline sugarul iar legănatul prea „viguros” al bebelușului în brațe sau pe picioare, reprezintă un factor de stres și de risc pentru sănătatea sugarului; deasemenea joaca cu el aruncându-l în aer, alergatul sau mersul pe bicicletă împreună cu acesta este la fel de riscant; aceste moduri de manevrare a sugarului pot conduce la apariția „sindromului bebelușului scuturat”.

Vârsta copilului 2 luni

R1. Observați sugarul din punct de vedere motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv pentru vârsta aferentă.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 2 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - în decubit ventral își ridică umerii și capul câteva momente;
 - apucă cu 4 degete jucăria pusă în mână, o reține scurt timp;
 - își menține scurt timp capul drept.
- din punct de vedere cognitiv:
 - acordă atenție fețelor;
 - reacționează la sunete întorcând capul în direcția lor;
 - privește câteva secunde jucăria prezentată pe linia mediană;
 - urmărește cu privirea jucăria în mișcare pe un arc de 90-120°
- din punct de vedere verbal:
 - gângurește
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - zâmbește persoanelor pe care le recunoaște sau ca răspuns atunci când i se vorbește;
 - urmărește cu privirea o persoană care se mișcă în preajmă.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă oferită de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului.

În a doua lună de viață, creșterea în greutate în medie este de aproximativ 750 grame,

iar creșterea în lungime este în medie de 4 centimetri. (vedeți Anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Observați sugarul în timpul relaționării cu părinții;

Parcurge lista

- | | | |
|--------------------------------|----|----|
| • Este vioi | Da | Nu |
| • Răspunde la stimulii din jur | Da | Nu |

Urmăriți reacțiile sugarului la intervențiile părinților: urmărește cu privirea persoanele care se mișcă în jurul lui, zâmbește persoanelor cunoscute și când i se vorbește; întoarce capul în direcția sunetului.

R4. Observați reacțiile aparținătorilor, față de sugar, în situații tensionate; fiți atenți la eventualele semne de neglijență sau abuz.

Parcurge lista:

- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| • Părintele în relație cu copilul: | | |
| • Vorbește | Da | Nu |
| • Calm | Da | Nu |
| • Zâmbește | Da | Nu |
| • Manevreează cu blândețe | Da | Nu |
| • Se joacă cu copilul | Da | Nu |
| • Stimulează copilul | Da | Nu |
| • Abuz de alcool/tutun/drog | Da | Nu |
| • Risc neglijare/abuz/violență | Da | Nu |
| • Este necesară consiliere? | Da | Nu |

Recomandați părinților să acorde toată atenția bebelușului în timpul hrănirii, îmbrăcării, îmbăierii acestuia, vorbind calm, cu ton scăzut, zâmbindu-i; să încurajeze copilul să-și ridice capul ținându-i jucăriile la nivelul ochilor în fața lui.

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemple de abuz fizic pentru perioada de sugar poate fi enumerat lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul mamei de alcool sau droguri în timpul alăptării; la abuzul emoțional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierei fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de ritm de alimentare și de somn. El poate să devină brusc plângăcios, anxios, agitat.



Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/aparținătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare. În cazul în care observați o formă continuată de abuz asupra copilului, vă sfătuim să sesizați Serviciul de Asistență Socială din cadrul administrației locale (primărie).

R5. Atenționați părinții asupra riscului reprezentat de „legănatul viguros” al bebelușului în brațe sau pe picioare, sau joaca cu el aruncându-l în aer, alergatul sau mersul pe bicicletă împreună cu acesta – „sindromul bebelușului scuturat”.

Vârsta copilului 4 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 4 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - ține capul ridicat constant;
 - împinge în picioare atunci când sub ele are o suprafață dură;
 - șade sprijinit scurt timp;
 - este capabil din decubit ventral să treacă în decubit dorsal;
 - ține jucăria cu 4 degete și palma și o poate scutura;
 - schițează o mișcare de apucare, întinzând mâinile spre jucărie, dar nu o nimerește.
- din punct de vedere cognitiv:
 - întoarce imediat capul spre persoana care îi vorbește, privind-o atent;
 - răspunde la afecțiune;
 - privește jucăria pusă în mână;
 - privește activ în jurul său;
 - urmărește mișcarea lucrurilor cu ochii dintr-o parte în alta.
- din punct de vedere verbal:
 - prezintă tendința de modulare a vocii (sonorizează cu inflexiuni),
 - emite mai multe vocale izolate;
 - modulează vocea în diferite moduri pentru a arăta foamea, durerea sau oboseala.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - zâmbește spontan persoanelor familiare;
 - stimulat râde în hohote;
 - prezintă schimbări ale mimicii și ale dispoziției când este mângâiat sau certat;
 - copiază unele mișcări sau expresii faciale;
 - îi face plăcere să se joace cu oamenii, iar la terminarea jocului poate riposta prin plâns.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutății, lungimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor/ greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului.

În a patra lună de viață, creșterea lunară în greutate în medie este de aproximativ 750 grame, iar creșterea lunară în lungime este în medie de 2 centimetri. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Urmăriți/întrebați despre eventualele schimbări bruște de comportament, de somn sau reacții afective ale sugarului; întrebați aparținătorii dacă au apărut schimbări în familie, sau alte modificări în mediul de dezvoltare al copilului.

Parcurge lista:

• Părintele în relație cu copilul:		
• Vorbește	Da	Nu
• Calm	Da	Nu
• Zâmbește	Da	Nu
• Manevreză cu blândețe	Da	Nu
• Se joacă cu copilul	Da	Nu
• Stimulează copilul	Da	Nu
• Abuz de alcool/tutun/drog	Da	Nu
• Risc neglijare/abuz/violență	Da	Nu
• Este necesară consilierea?	Da	Nu

Reacțiile copilului:

• Sugarul plânge în prezența unei persoane din familie/străine	Da	Nu
• Sugarul se alină în brațele mamei/aparținătorului	Da	Nu
• Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului	Da	Nu

Observați: dacă sugarul plânge în prezența unor persoane din familie sau a unor obiecte din mediu; dacă își găsește alinarea în brațele mamei/aparținătorilor.

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemple de abuz fizic pentru perioada de sugar poate fi enumerat lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul de alcool, tutun sau droguri al mamei în timpul alăptării; la abuzul emotional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierii fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de ritm de alimentare și de somn. El poate să devină brusc plângăcios, anxios, agitat.

ATENȚIE!

Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/aparținătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare. În cazul în care observați o formă continuată de abuz asupra copilului, vă sfătuim să sesizați Serviciul de Asistență Socială și Direcția de Protecție a copilului.

R4. Oferiți consiliere părinților. Explicați necesitatea de îndepărtare imediată a sursei riscului.

Recomandați aparținătorilor să ia în brațe și să vorbească cu bebelușul; să zâmbească și să fie veseli în acest timp, să ofere jucării adecvate vârstei, cu care să se joace împreună, cum ar

fi zornăitori sau imagini colorate, să ofere copilului său oportunități sigure de a ajunge la jucării și de a explora împrejurimile, să-i arate copilului că este acolo și că îl iubește.

Vârsta copilului 6 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 6 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - aflat în decubit dorsal își trage cearcaful de pe cap;
 - se întoarce din decubit dorsal în decubit ventral;
 - șade timp îndelungat, ușor sprijinit;
 - îndinde mâinile și apucă jucăria;
 - începe să folosească policele;
 - transferă jucăria dintr-o mână în alta.
- din punct de vedere cognitiv:
 - privește în jurul său la lucrurile din apropiere;
 - duce jucăria la gură;
 - își privește imaginea în oglindă, o atinge uneori cu mâna;
 - se uită după jucăria care i-a scăpat, încercând să o recupereze;
 - diferențiază biberonul de jucărie.
- din punct de vedere verbal:
 - răspunde la sunete emițând sunete;
 - sonorizează sunete mai variate – vocale, consoane: p, b, g, m;
 - răspunde la propriul nume;
 - emite sunete pentru a arăta bucurie sau nemulțumire.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - imită mimica veselă sau tristă a persoanelor din jur;
 - recunoaște fețe familiare și începe să știe dacă cineva este străin;
 - îi place să se joace cu alții, în special cu părinții.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui sau la locul său de joacă – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale, a patului, a locului în care se joacă.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului.

În a șasea lună de viață, creșterea lunară în greutate în medie este de aproximativ 500 grame, iar creșterea lunară în lungime este în medie de 1 centimetru. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Observați încercând să identificați surse de risc în mediul de dezvoltare al copilului.

Parcurge lista:

• Părintele în relație cu copilul:		
• Vorbește cu ton scăzut	Da	Nu
• Calm	Da	Nu
• Zâmbește	Da	Nu
• Manevrează cu blândețe	Da	Nu
• Se joacă cu copilul	Da	Nu
• Stimulează copilul	Da	Nu
• Abuz de alcool/tutun/drog	Da	Nu
• Risc neglijare/abuz/violență	Da	Nu
• Este necesară consilierea?	Da	Nu

Reacțiile copilului:

• Sugarul plânge în prezența unei persoane din familie/străine	Da	Nu
• Sugarul se alină în brațele mamei/aparținătorului	Da	Nu
• Sugarul prezintă semne de violență	Da	Nu
• Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului	Da	Nu

Printre problemele de sănătate publică generatoare de riscuri pentru sănătatea copiilor și mai ales a celor de vârstă mică sunt și abuzul și neglijarea.

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemple de abuz fizic pentru perioada de sugar poate fi enumerat lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul de alcool, tutun sau droguri al mamei în timpul alăptării; la abuzul emoțional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierei fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de ritm de alimentare și de somn. El poate să devină brusc plângăcios, anxios, agitat, retras.



Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/aparținătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare. În cazul în care observați o formă continuată de abuz asupra copilului, vă sfătuim să sesizați Serviciul de Asistență Socială și Direcția de Protecție a copilului.

Părintele/aparținătorul se joacă cu bebelușul său în fiecare zi? Când copilul aruncă o jucărie pe podea, sfătuiți părintele să o ridice și să o dea înapoi. Acest joc îl ajută să învețe cauza și efectul.

Știe să „citească” stările bebelușului său? Dacă este bebelușul fericit, să continue să facă ceea ce face; dacă este supărat, să ia o pauză și să calmeze copilul.

Ține copilul ridicat în poziția stând în șezut, pentru scurt timp susținut cu perne? Îl stimulează să se uite în jur explorând cu privirea și îi oferă jucării în acest timp? I se adresează copilului pe nume și inițiază dialogul cu acesta?

Recomandați părinților:

- crearea unui climat bun, sanogen care promovează bunăstarea și reduce riscurile în dezvoltarea copilului.

- în timp ce mănâncă sau bea ceva fierbinte să nu țină sugarul/copilul în poală/brațe

- să îndepărteze obiectele/jucăriile din patul copilului în timpul somnului acestuia

- să nu lase niciodată copilul nesupravegheat.

Vârsta copilului 9 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 9 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - stă în picioare sprijinit, pentru mai mult timp;
 - susținut de axile poate să facă mișcări de mers, să facă pași;
 - se ridică singur agățându-se sau având sprijin o mobilă;
 - începe să folosească pensa digitală;
 - primește un al 3-lea cub dând drumul unuia dintre cele două pe care le ține în mâini.
- din punct de vedere cognitiv:
 - urmărește un obiect când cade;
 - caută un obiect pe care te vede ascunzându-l;
 - prinde obiecte în pensa digitală (degetul mare și arătător);
 - găsește jucăria ascunsă în fața lui.
- din punct de vedere verbal:

- pronunță spontan sau imitativ silabe repetate, fără semnificație;
- copiază sunetele făcute de cei din jurul lui.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - începe să se teamă de persoane străine;
 - își manifestă hotărât dorințele;
 - are jucării preferate;
 - participă cu plăcere la un joc simplu cu adulții (după demonstrație) – „cucu-bau”

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea prin măsurare (Fișa copilului=instrument) a greutateii, lungimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui sau la locul său de joacă – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale, a patului, a locului în care se joacă.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului.

În a noua lună de viață, creșterea lunară în greutate în medie este de aproximativ 250 grame, iar creșterea lunară în lungime este în medie de 1 centimetru. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Consiliați părinții să ofere siguranță emoțională.

Parcurge lista:

- | | | |
|--|----|----|
| • părintele răspunde solicitărilor copilului | Da | Nu |
| • copilul răspunde solicitărilor părintelui | Da | Nu |
| • copilul plânge în prezența unei persoane străine și în lipsa mamei | Da | Nu |

Consiliați părinții să acorde atenție modului în care reacționează copilul la situații și oameni noi, să facă lucruri care să bucure copilul și să-l facă să se simtă în siguranță, ocrotit.

Pe măsură ce copilul se mișcă mai mult, părintele este sfătuit să rămână aproape, astfel încât copilul să știe/să simtă că părintele îi este aproape, îl securizează.

Sfătuiește părinții ca atunci când copilul dorește/arată ceva (vrea apă etc.), să numească obiectul și să-i vorbească despre acesta, să repete rar și clar denumirea acestuia.

Să se joace împreună „cucu-bau”.

Consiliați părinții să ofere siguranță emoțională, să stea „aproape” de copil – fizic și emoțional – să încurajeze comunicarea și relaționarea optimă, sănătoasă cu restul familiei.

Vârsta copilului 12 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 12 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - În poziție verticală, sprijinit, se apleacă să ridice o jucărie fără să-și piardă echilibrul;
 - merge ținut de o mână;
 - începe să facă singur câțiva pași;
 - se cațără pe trepte în patru labe.
- din punct de vedere cognitiv:
 - explorează în mod diferit lucrurile din jur;
 - se uită la imaginea potrivită atunci când este numită;
 - execută indicații simple precum „ridică jucăria”;
 - este receptiv la activități noi;
 - învață jocuri simple în mod imitativ;
 - arată la cerere părți ale feței – ochi, nas, gură.
- din punct de vedere verbal:
 - răspunde la cereri simple;
 - folosește gesturi simple precum scuturarea capului pentru „nu” sau mișcarea mâinii fluturate în semn de „la revedere”;
 - emite sunete cu schimbări de ton;
 - recunoaște ființele apropiate, unele obiecte sau acțiuni după denumire (vocabularul pasiv);
 - folosește două cuvinte cu semnificație precisă (vocabularul activ)
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - este timid sau nervos cu persoanele străine;
 - plânge simțindu-se nesecurizat dacă pleacă părintele prezent;
 - repetă sunete sau acțiuni pentru a atrage atenția;
 - manifestă tendința de independență și auto-servire
 - vrea să facă unele lucruri singur: să mănânce cu lingurița neîndemânatic, să bea din ceașcă etc.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați sugarul scopic – privindu-l în pătuțul lui sau la locul său de joacă – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale, a patului, a locului în care se joacă.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Dacă observați tulburări sau suspiciune de întârziere în dezvoltarea copilului (fizică/neuropsihică) trimiteți pentru examinare de specialitate.

Parcurge lista:

- | | | |
|---|----|----|
| • Dezvoltarea fizică a copilului conform vârstei | Da | Nu |
| • Dezvoltarea neuropsihică conform vârstei | Da | Nu |
| • Este necesară prezentarea/însoțirea la examinare medicală de specialitate | Da | Nu |
| • Familia se află în risc de sărăcie | Da | Nu |
| • Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului | Da | Nu |

Este momentul să corobați (să puneți laolaltă) datele de dezvoltare fizică (greutate, lungime corporală, perimetrele cranian și toracic) cu atingerea reperelor de dezvoltare neuropsihică (dezvoltare motorie, cognitivă, verbală, socio-afectivă). Dacă în urma analizei aveți suspiciuni de întârziere în dezvoltarea copilului, trimiteți/însoțiți familia cu copilul pentru examinare medicală de specialitate. Reevaluați riscurile prezente în familie și mediul din care copilul face parte. Nu uitați că de obicei există mulți factori de risc, individual, familial, mediu (social, cultural, economic, sanitar etc).

R4. Încercați să identificați potențiale situații de risc (neglijență, abuz) la care copilul este expus; consiliați părinții pentru înțelegerea situației și îndepărtarea riscului.

Parcurge lista:

- | | | |
|--|----|----|
| • Este risc de neglijare/abuz/violență asupra copilului | Da | Nu |
| • Este mama în risc de abuz/violență în familie | Da | Nu |
| • Familia se află în risc de sărăcie | Da | Nu |
| • Părinții înțeleg situația de risc în care se află | Da | Nu |
| • Părinții sunt receptivi la soluțiile oferite | Da | Nu |
| • Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului | Da | Nu |
| • Este necesară prezentarea/însoțirea la examinarea medicală de specialitate | Da | Nu |

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemplele de abuz fizic pentru perioada de sugar poate fi enumerat lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul de alcool, tutun sau droguri al mamei în timpul alăptării; la abuzul emotional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierei fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de ritm de alimentare și de somn. El poate să devină brusc plângăcios, anxios, agitat, retras.

ATENȚIE!

Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/apartenătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare. În cazul în care observați o formă continuată de abuz asupra copilului, vă sfătuim să sesizați Serviciul de Asistență Socială și Direcția de Protecție a copilului.

Vârsta copilului 18 luni

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 18 luni, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - merge singur;
 - în picioare aruncă mingea cu ambele mâini, fără să-și piardă echilibrul, o rostogolește cu piciorul;
 - trage jucării după el;
 - începe să alerge;
 - urcă și coboară scările ținut de o mână sau se ține de balustradă, cu ambele picioare pe aceeași treaptă;
 - ajută la dezbrăcare, bea din ceașcă, mănâncă cu o lingură
- din punct de vedere cognitiv:
 - știe la ce servesc lucrurile obișnuite: telefon, perie, lingură;
 - identifică un obiect uzual din 5 obiecte;
 - arată interes pentru o păpușă pe care o hrănește;
 - mâzgălește cu creionul, spontan sau imitativ, trasează linii neregulate.
- din punct de vedere verbal:
 - spune mai multe cuvinte;

- vocabular activ compus din 8 – 10 cuvinte;
- folosește cuvinte – propoziții.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - imită activități simple ale adultului: șterge praful, mătură;
 - arată afecțiuni persoanelor familiare;
 - își poate dezbrăca singur căciula, mănușile, ghetetele și ciorapii.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, lungimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Observați copilul scopic – privindu-l în mediul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

R3. Urmăriți și identificați relaționarea copilului cu ceilalți membri ai familiei și copiii ai familiei sau cu alți copii.

Parcurge lista:

Părintele în relație cu copilul:

• Vorbește cu ton scăzut	Da	Nu
• Calm	Da	Nu
• Zâmbește	Da	Nu
• Se joacă cu copilul	Da	Nu
• Stimulează copilul	Da	Nu
• Stimulează relaționarea copilului cu familia lărgită/alți copii	Da	Nu
• Laudă copilul pentru comportament bun	Da	Nu
• Părintele aplică pedepse copilului	Da	Nu
• Locurile de joacă frecventate de copil sunt sigure	Da	Nu
• Este în familie abuz de alcool/tutun/drog	Da	Nu
• Este în familie risc de neglijare/abuz/violență	Da	Nu
• Este necesară consilierea familiei	Da	Nu
• Copilul prezintă semne de violență	Da	Nu
Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului	Da	Nu
S-a primit ajutor de la Asistența Socială/Protecția copilului la sesizările anterioare	Da	Nu

Consiliați părinții cum să construiască o relație socio-afectivă între copilul lor și ceilalți membri ai familiei: să organizeze mesele în familie, la care copilul său este încurajat să se hrănească singur. Să ofere copilului un mediu sigur și iubitor. Să fie consecvent și previzibil. Să laude comportamentele bune, mai mult decât să pedepsescă comportamentele rele. Să folosească cuvinte care descriu sentimente și emoții. Să se joace cu copilul său oferind jocuri cu cuburi pentru suprapus, inele etc.

Atrageți atenția părinților asupra pericolului de înec

- copiii se pot îneca chiar dacă apa este de doar 10 cm adâncime

- să rămână lângă copilul său când face baie sau când se joacă lângă apă

Să folosească veste de salvare atunci când se află în bărci sau când se joacă pe docuri sau lângă apă sau bazine/piscine.

R4. Oferiți părinților informații privind violența/agesivitatea cu care se pot întâlni copiii lor.

Parcurge lista:

De la ultima vizită identificați schimbări de comportament la copil

• Are o privire tristă	Da	Nu
• Copilul când relaționează privește în ochi mama	Da	Nu
• Trece repede de la o stare afectivă la alta (râde-plânge)	Da	Nu
• Are poftă de mâncare exagerată	Da	Nu
• Nu are poftă de mâncare	Da	Nu
• Nu doarme noaptea	Da	Nu
• Are coșmaruri noaptea (se trezește frecvent plângând)	Da	Nu
• Are frică de adulți	Da	Nu
• Are frică de alți copii	Da	Nu
• Este agresiv față de jucării/animale	Da	Nu
• Nu prezintă interes față de joacă	Da	Nu
• Este agitat	Da	Nu
• Îi este frică fără motiv	Da	Nu
• Este retras	Da	Nu

Abuzul nu înseamnă numai o acțiune voluntară îndreptată direct asupra copilului, ci poate fi și involuntară sau indirectă. Printre exemple de abuz fizic pentru perioada de copil mic pot fi enumerate lovirea intenționată, zguduirea (legănatul viguros = abuz neintenționat), consumul de alcool, tutun sau droguri al mamei; la abuzul emotional (psihologic) se poate integra abuzul verbal (țipete, jigniri, ironizări), respingerea (refuzul apropierei fizice de copil), neglijarea repetată a nevoilor fizice, emoționale. Aceste forme de abuz pot fi provocate fie de adulții din familie, fie de copiii mai mari din familie. Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de modificare a modelului alimentar, de somn. Se poate manifesta ca: frică de adulți, reacții de spaimă, zâmbet rar, plâns, agresivitate, lipsă de interes față de joacă, somn agitat, brusc plângăcios, anxios, agitat, retras.

ATENȚIE!

Toate aceste manifestări nu sunt proprii tabloului clinic al abuzului, ele putând să facă parte și din tabloul altor boli/afecțiuni psihiatrice sau neurologice.

Dacă identificați semne de abuz asupra copilului, încercați să explicați părinților/apartinătorilor că eliminarea imediată a sursei abuzului atage după sine revenirea la normal și ca atare intrarea într-un ritm optim de dezvoltare. În cazul în care observați o formă continuată de abuz asupra copilului, vă sfătuim să sesizați Serviciul de Asistență Socială și Direcția de Protecție a copilului.

Vârsta copilului 2 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 2 ani, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - stă pe vârfuri;
 - lovește o minge;
 - își menține echilibrul mergând pe bordura trotuarului;
 - aleargă cu ușurință;
 - urcă și coboară singur scările;
 - se urcă singur pe scaun, pat, mobilă.
- din punct de vedere cognitiv:
 - privește o carte cu poze, întorcând pagină cu pagină;
 - începe să sorteze forme și culori;
 - din 10 poze familiare recunoaște, arătând sau denumind la cerere, 6 poze;
 - construiește turnuri de 4-5 cuburi;
 - urmează instrucțiuni în doi pași, cum ar fi „ridică-ți pantofii și pune-i în dulap”;
 - reproduce cu jucăriile activități curente observate în casă (culcă păpușa, hrănește ursulețul).
- din punct de vedere verbal:
 - folosește propoziții din 2-3 cuvinte, chiar incorect pronunțate;
 - folosește substantivul, verbul și adjectivul sau pronumele.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - copiază pe alții;
 - se entuziasmează când este alături de alți copii;
 - arată din ce în ce mai multă independență;
 - prezintă un comportament sfidător, făcând ceea ce i s-a spus să nu facă.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Parcurge lista:

- | | | |
|---|----|----|
| • Dezvoltarea fizică a copilului conform vârstei | Da | Nu |
| • Dezvoltarea neuropsihică conform vârstei | Da | Nu |
| • Este necesară prezentarea/însoțirea la examinare medicală de specialitate | Da | Nu |
| • S-a schimbat ceva în situația financiară a familiei | Da | Nu |
| • Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului | Da | Nu |

Observați copilul scopic – în mediul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutatea, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

La împlinirea vârstei de 2 ani corobați datele de dezvoltare fizică (greutate, lungime corporală, perimetrele cranian și toracic, conform vârstei) cu atingerea reperelor de dezvoltare neuropsihică (dezvoltare motorie, cognitivă, verbală, socio-afectivă conform vârstei). Dacă în urma analizei aveți suspiciuni de întârziere în dezvoltarea copilului, trimiteți/însoțiți familia cu copilul pentru examinare medicală de specialitate. Reevaluați riscurile pentru dezvoltarea copilului prezent în familie și mediul din care acesta face parte. Nu uitați că de obicei există mulți factori de risc, individual, familial, mediu (social, cultural, economic, sanitar etc).

R3. Încurajați părinții să păstreze un mediu calm și în siguranță pentru copil.

Parcurge lista:

- | | | |
|---|----|----|
| • Mama/apartinătorul/îngrijitorul supraveghează atent copilul | Da | Nu |
| • Există risc de accidentare în casă | Da | Nu |
| • Există risc de accidentare în afara casei/curte | Da | Nu |

Copiii mai ales cei sub 5 ani sunt expuși diferitelor accidente casnice și/sau non-casnice. Cele mai frecvente leziuni sunt provocate de accidentele în trafic, înecul, arsurile, căderea și otrăvirea. Cel mai frecvent aceste accidente se produc în casele lor sau în jurul acestora. Familia, comunitatea și guvernele au obligația de a asigura dreptul copiilor de a trăi într-un mediu sigur și de a fi protejați împotriva accidentării. Iată câteva mesaje cheie care trebuie lansate cu reveniri frecvente pentru a putea preveni accidentările copiilor.

- Multe dintre accidentări pot fi prevenite dacă părinții/apartinătorii/îngrijitorii supraveghează copiii cu atenție și păstrează mediul de acțiune al acestora în siguranță. Riscul cel mai mare îl prezintă copiii cu vârste între 12 luni și 4 ani. Iată exemple: focurile de gătit, sursele de apă, locurile în/din care pot cădea (fântani, obiecte de mobilier, pivnițe etc.), drumurile, substanțe care pot provoca otrăviri/intoxicații, obiecte/alimente care pot sufoca sau răni.
- Copiii sub 5 ani nu trebuie lăsați singuri să se joace lângă drumuri; în cazul în care

comunitatea amenajează locuri de joacă aflate lângă drumuri, acestea trebuie obligatoriu împrejmuite cu garduri. Casa și curtea trebuie împrejmuită și asigurată cu poartă închisă. Copiii mici nu se vor deplasa singuri pe drumuri. Învățați copiii să nu alerge după mingii, jucării în mișcare sau zmee care merg pe/lângă drum. Instruiți aparținătorii și copiii să meargă pe marginea drumului cu fața spre trafic. Dacă există trotuar, treceri de pietoni învățați-i să-le folosească. Atunci când merg pe bicicletă casca este necesară; când sunt transportați cu un vehicul folosiți un sistem de siguranță adecvat vârstei.

- Copiii se pot îneca în mai puțin de 2 minute și într-o cantitate foarte mică de apă. Nu lăsați niciodată copiii singuri în sau lângă apă.
- Arsurile pot fi prevenite ținând copiii departe de focuri, cuptoare de gătit, lichide/alimente fierbinți, fire electrice expuse.
- Scările, balcoanele, acoperișurile, ferestrele, zonele de joacă și de dormit trebuie securizate, folosind bariere cu bare verticale pentru a proteja copiii de cădere.
- Medicamentele, otrăvurile, insecticidele, înălbitorii, acizii, îngrășăminte (solide și lichide), combustibilii nu trebuie păstrate la îndemâna și vederea copiilor; acestea se păstrează în recipiente marcate clar, cu închideri asigurate pentru a nu putea fi deschise de copii și niciodată în sticle de băut. Aceste substanțe pot provoca leziuni grave indiferent de calea de pătrundere în organism (prin înghițire, inhalare, piele sau ochi).
- Orice obiect ascuțit nu trebuie lăsat la îndemâna copiilor (foarfece, cuțite, obiecte ascuțite, cioburi de sticlă). Pungile de plastic pot provoca sufocare și trebuie îndepărtate din preajma copiilor.
- Pentru prevenirea sufocării obiectele mici/jucării ca monede, nuci, nasturi, boabe de fasole/porumb, mărgelă, baloane, dropsuri nu trebuie lăsate la îndemâna copiilor. Alimentele trebuie tăiate în bucăți mici care pot fi mestecate și înghițite ușor de copii.

Vârsta copilului 3 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 3 ani, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - urcă și coboară scările, punând alternativ câte un picior pe o treaptă;
 - aleargă cu ușurință;
 - pedalează un triciclu (bicicletă cu 3 roți).
- din punct de vedere cognitiv:
 - descrie două acțiuni simple reprezentate pe două imagini;
 - sortează la cerere obiectele după formă (3 forme), mărime (2 mărimi), lungime (2 lungimi), culoare (2 culori);

- diferențiază două suprafețe inegale;
- cunoaște 3 poziții spațiale: sus, jos, în față sau în spate;
- trasează două linii regulate (verticale, orizontale);
- repetă după examinator 3 cifre;
- recunoaște un drum parcurs cu o săptămână înainte;
- manifestă un evident interes de cunoaștere, pune frecvent întrebări;
- își cunoaște și pronunță numele și prenumele.
- din punct de vedere verbal:
 - vorbește suficient de bine pentru ca străinii să înțeleagă de cele mai multe ori;
 - reproduce poezii și relatează situații din viața lui și a familiei;
 - receptiv la cuvinte noi;
 - poartă o conversație folosind 2 până la 3 propoziții;
 - folosește corect pluralul.
- din punct de vedere socio-afectiv (emotional):
 - copiază adulții și prietenii;
 - dă dovadă de afecțiune față de prieteni;
 - arată îngrijorare față de un prieten care plânge;
 - înțelege noțiunea de „a mea”, „a lui” sau „a ei”;
 - se separă ușor de mamă sau tată;
 - se îmbracă și se dezbracă singur.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă de către familie, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fisa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Parcurge lista:

- | | | |
|---|----|----|
| • Dezvoltarea fizică a copilului conform vârstei | Da | Nu |
| • Dezvoltarea neuropsihică conform vârstei | Da | Nu |
| • S-a schimbat ceva în situația financiară a familiei | Da | Nu |
| • S-a schimbat ceva în comportamentul copilului | Da | Nu |
| • Este necesară prezentarea/însoțirea la examinare medicală de specialitate | Da | Nu |
| • Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului | Da | Nu |

Observați copilul scopic – privindu-l în mediul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale

și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului. (vedeți anexa 1 - REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

Vârsta de 3 ani este momentul intrării copilului în colectivitate – grădiniță.

Coraborați datele de dezvoltare fizică (greutate, lungime corporală, perimetrele cranian și toracic, conform vârstei) cu atingerea reperelor de dezvoltare neuropsihică (dezvoltare motorie, cognitivă, verbală, socio-afectivă conform vârstei). Dacă în urma analizei aveți suspiciuni de întârziere în dezvoltarea copilului, trimiteți/însoțiți familia cu copilul pentru examinare medicală de specialitate și precizarea conduitei viitoare. Reevaluați riscurile pentru dezvoltarea copilului prezent în familie și mediul din care aceasta face parte. Nu uitați că de obicei există mulți factori de risc, individual, familial, mediu (social, cultural, economic, sanitar etc.).

R3. Monitorizați cu atenție orice schimbare de comportament.

Parcurge lista:

• De la ultima vizită identificați schimbări de comportament la copil		
• Are o privire tristă	Da	Nu
• Trece repede de la o stare afectivă la alta (râde-plânge)	Da	Nu
• Are poftă de mâncare exagerată	Da	Nu
• Nu are poftă de mâncare	Da	Nu
• Nu doarme noaptea	Da	Nu
• Are coșmaruri noaptea (se trezește frecvent plângând)	Da	Nu
• Are frică de adulți	Da	Nu
• Are frică de alți copii	Da	Nu
• Este agresiv față de jucării/animale	Da	Nu
• Nu prezintă interes față de joacă	Da	Nu
• Este agitat	Da	Nu
• Îi este frică fără motiv	Da	Nu
• Este retras	Da	Nu
• Nu dorește să meargă la grădiniță	Da	Nu
• Când este luat de la grădiniță cere să mai rămână*	Da	Nu

*Atașamentul față de mamă este puternic la această vârstă, motiv pentru care detașarea/despărțirea de aceasta chiar și pentru câteva ore se face de multe ori și pentru mulți copii cu greutate, cu agitație, refuz, plânsete, dar după ce mama pleacă copilul se adaptează/participă la activități cu plăcere; când vine momentul despărțirii de prietenii săi (plecarea acasă) dorește amânarea acestuia.

Copiii au dreptul să supraviețuiască, să fie în siguranță, să primească ajutor și îngrijire adecvată și să crească într-un mediu protector. Pentru copil, familia este prima linie de protecție; părinții/aparținătorii/îngrijitorii au datoria de a construi și oferi acasă (la domiciliu) un mediu protector și iubitor. În continuarea familiei vine comunitatea, școala care sunt responsabile de asigurarea unui mediu sigur și prietenos pentru copii în afara casei. Asigurând în familie, în școală și în comunitate un mediu prietenos și protectiv copiii pot să crească, să învețe și să se dezvolte la un potențial cât mai ridicat. La acest deziderat contribuie și guvernul, autoritățile locale, organizațiile neguvernamentale, biserica, intervenind astfel și asigurându-se că toți copiii sunt protejați și este prevenită maltratarea acestora.

În vederea realizării acestor condiții trebuie avute în vedere și comunicate și părinților următoarele:

- Fiecare copil are dreptul și ar trebui să aibă posibilitatea de a crește într-o familie.

În cazul în care familia nu este în măsură să asigure un mediu corespunzător și să aibă grijă de copil, autoritățile trebuie să intervină și să ia măsuri în vederea aflării motivelor după care să facă toate eforturile pentru a menține familia împreună; în cazul în care din varii motive nu se poate asigura acest lucru, se recomandă păstrarea copilului pe cât posibil în familia extinsă. Orice formă de îngrijire instituțională trebuie considerată ca o ultimă soluție și oricum o soluție temporară.

- Fiecare copil are dreptul la un nume și la o naționalitate. Prin înregistrarea nașterii copilului se asigură dreptul copilului la educație, asistență medicală și servicii sociale, juridice. Prin înregistrarea nașterii se face primul pas către protecția împotriva abuzului și exploatării.
- Copiii trebuie protejați de orice formă de violență și abuz.
- Copiii trebuie protejați de orice formă de muncă periculoasă sau exploatare (sclavia, munca forțată, producția de droguri sau traficul etc).
- Copiii pot fi expuși riscului de abuz sexual/exploatare sexuală în toate mediile în care acesta se dezvoltă (acasă, școală, comunitate etc). Pentru a putea preveni abuzul de orice fel, copiii trebuie să fie supravegheați permanent și orice schimbare de comportament să includă o intervenție imediată.
- Copiii pot fi obiectul traficului de persoane. Guvernul, societatea civilă și familia sunt responsabile de prevenirea traficului de copii.

Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de modificare a modelului alimentar, de somn. Se poate manifesta ca: frică de adulți, reacții de spaimă, zâmbet rar, plâns, agresivitate, lipsă de interes față de joacă, somn agitat, brusc plângăcios, anxios, agitat, retras.

Vârsta copilului 4 ani

R1. Observarea stării de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și socio-afectivă; achiziții noi de la ultima întâlnire.

Instrumente:

Dezvoltarea neuro-psihică*

Repere prezente	Da	Nu
Reflexe condiționate înăscute		
Din punct de vedere motor		
Din punct de vedere socio-afectiv		

*face parte din fișa individuală

REPERELE de dezvoltare neuropsihică ale copilului cu vârsta de 4 ani, pe care trebuie să le urmăriți sunt:

- din punct de vedere motor:
 - stă într-un picior apoi pe celălalt mai mult de 2 secunde;
 - pliază hârtia în diagonală, după demonstrație.
- din punct de vedere cognitiv:
 - înțelege ideea numărării;
 - începe să înțeleagă timpul;
 - își amintește părți dintr-o poveste;
 - înțelege ideea de „același” și „diferit”;
 - desenează o persoană cu 2 până la 4 părți ale corpului;

- folosește foarfecele;
- începe să copieze câteva litere mari;
- compară două obiecte ca greutate- mai greu, mai ușor. Recunoaște elementele omise pe două-patru desene incomplete. Explică o relație necesară - exemplu - de ce avem nevoie de case. Grupează imagini în raport de 2-3 noțiuni generale (animale, flori, fructe).
- din punct de vedere verbal:
 - folosește corect și sistematic pluralul în vorbirea curentă;
 - cunoaște câteva reguli de bază ale gramaticii;
 - reproduce poezii cu ușurință și interes.
- din punct de vedere socio-afectiv (emoțional):
 - Îi place să facă lucruri noi;
 - se joacă jocuri de rol „Mamă” și „Tată”;
 - este din ce în ce mai creativ ;
 - ar prefera să se joace cu alți copii decât de unul singur;
 - cooperează cu alți copii;
 - de multe ori nu pot spune ce este real și ce este fictiv;
 - vorbește despre ce îi place și ce îl interesează;
 - își pune singur pantofii, își descheie nasturii, are inițiativă în executarea unor sarcini casnice.

Dezvoltarea neuropsihică este influențată direct de dezvoltarea fizică a copilului, de factori externi precum factorii de mediu și stimularea socio-afectivă, precum și de ritmul individual al fiecărui copil.

R2. Efectuați examenul somatoscopic și somatometric cu înregistrarea (Fișa copilului=instrument) prin măsurare a greutateii, înălțimii și circumferințelor.

Instrumente:

Examen somatometric*

vârsta	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)

*face parte din fișa individuală

Parcurge lista:

• Dezvoltarea fizică a copilului conform vârstei	Da	Nu
• Dezvoltarea neuropsihică conform vârstei	Da	Nu
• S-a schimbat ceva în situația financiară a familiei	Da	Nu
• S-a schimbat ceva în comportamentul copilului	Da	Nu
• Este necesară prezentarea/însoțirea la examinare		
• medicală de specialitate	Da	Nu
• Este necesară sesizarea Asistenței sociale/protecția copilului	Da	Nu

Observați copilul scopic – privindu-l în mediul lui – privind aspectul fizic al tegumentelor, modul de mișcare spontană al copilului, starea de curățenie a acestuia, a lenjeriei individuale și a patului.

Efectuați măsurarea somatometrică și înregistrarea valorilor: greutateii, lungimii corporale și a circumferințelor craniană și toracică în fișa individuală a copilului. (vedeți anexa 1 - REPERE

SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*)

Este momentul să coroborați datele de dezvoltare fizică (greutate, înălțime, perimetrele cranian și toracic, conform vârstei) cu atingerea reperelor de dezvoltare neuropsihică (dezvoltare motorie, cognitivă, verbală, socio-afectivă conform vârstei). Dacă în urma analizei aveți suspiciuni de întârziere în dezvoltarea copilului, trimiteți/însoțiți familia cu copilul pentru examinare medicală de specialitate. Reevaluați riscurile pentru dezvoltarea copilului în familie și mediul din care acesta face parte. Nu uitați că de obicei există mulți factori de risc, individual, familial, mediu (social, cultural, economic, sanitar etc.).

R3. Continuați să urmăriți și să monitorizați cu atenție orice schimbare de comportament

Parcurge lista:

De la ultima vizită identificați schimbări de comportament la copil

• Are o privire tristă	Da	Nu
• Trece repede de la o stare afectivă la alta (râde-plânge)	Da	Nu
• Are poftă de mâncare exagerată	Da	Nu
• Nu are poftă de mâncare	Da	Nu
• Nu doarme noaptea	Da	Nu
• Are coșmaruri noaptea (se trezește frecvent plângând)	Da	Nu
• Are frică de adulți	Da	Nu
• Are frică de alți copii	Da	Nu
• Este agresiv față de jucării/animale	Da	Nu
• Nu prezintă interes față de joacă	Da	Nu
• Este agitat	Da	Nu
• Îi este frică fără motiv aparent	Da	Nu
• Este retras	Da	Nu
• Nu dorește să meargă la grădiniță	Da	Nu
• Când este luat de la grădiniță cere să mai rămână*	Da	Nu

*Atașamentul față de mamă este puternic la aceasta vârstă, motiv pentru care detașarea/despărțirea de aceasta chiar și pentru câteva ore se face de multe ori și pentru mulți copii cu greutate, cu agitație, refuz, plânsete, dar după ce mama pleacă copilul se adaptează/participă la activități cu plăcere; când vine momentul despărțirii de prietenii săi (plecarea acasă) dorește amânarea acestuia.

Copilul abuzat, de obicei, are o schimbare bruscă de comportament, de stare afectivă, de modificare a modelului alimentar, de somn. Se poate manifesta ca: frică de adulți, reacții de spaimă, zâmbet rar, plâns, agresivitate/pasivitate, lipsă de interes față de joacă, somn agitat, smerenie, atitudine îngăduitoare excesivă, comportament pseudo-adult, violență față de animale.

Monitorizarea implementării recomandărilor

Monitorizarea implementării recomandărilor se face utilizând:

- REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA* (Anexa 1)
- FIȘA INDIVIDUALĂ A COPILULUI (Anexa2)

1. National guideline for health promotion and preventive work in child health centers - Norwegian Directorate of Health - 2017, updated 2020
2. Developmental Monitoring and Screening - CDC's developmental Milestones <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html> Milestone Checklist (cdc.gov)
3. Monitoring children's development in primary care services: moving from a focus on child deficits to family-centred participatory support- Report of a virtual technical meeting 9 – 10 June 2020, World Health Organization <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335832/9789240012479-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Developmental Monitoring And screening module 13 Various contributors from UNICEF ECARO & ISSA 2016 https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/cross%20sectoral/Resource%20Modules%20for%20Home%20Visitors%20Module%2013.web_.pdf
5. The early Childhood years a time of endless opportunities MODULE 1 Various contributors from UNICEF ECARO & ISSA 2016 https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/cross%20sectoral/Resource%20Modules%20for%20Home%20Visitors%20Module%201.web_.pdf
6. Care for child development Technical Note UNICEF WHO 2012 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75149/9789241548403_eng_Technical_Note.pdf;sequence=21
7. Monitoring Child Development (0-6 Years) in the IMCI Context Pan American Health Organization 2012 <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/child-development-monitoring-imci.pdf>
8. Preventing Child Abuse and Neglect: A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities -National Center for Injury Prevention and Control/Division of Violence Prevention, Developed by: Beverly L. Fortson, PhD Joanne Klevens, MD, PhD, MPH Melissa T. Merrick, PhD Leah K. Gilbert, MD, MSPH Sandra P. Alexander, Med, 2016 Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf>
9. European report on preventing child maltreatment -Edited by: Dinesh Sethi Mark Bellis, Karen Hughes, Ruth Gilbert, Francesco Mitis, Gauden Galea -The WHO Regional Office for Europe, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
10. Facts Fourth Edition for Life - Fourth edition published in 2010 by UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP and the World Bank. <https://factsforlife.org/pdf/factsforlife-en-full.pdf>
11. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; Alexander Butchart and Alison Phinney Harvey of the WHO Department of Injuries and Violence Prevention; Marcellina Mian, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, and Tilman Färniss, University Hospital Muenster, Germany. Tony Kahane was responsible for the technical editing. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Aprecierea dezvoltării neuro-psiice la copiii între 1-36 luni, Editura Medicală, Ministerul Sănătății – Institutul de Igienă și Sănătate Publică București 1977
13. Ghid de prevenție – Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară, vol.III, Intervenții preventive adresate riscurilor prioritare la copil- problem legate de nutritive, creștere și dezvoltare la copil – Programul RO19”Initiative în sănătatea publică”
14. Elemente de Igienă Copiilor și Adolescentilor Prof.Dr.Brigitha Vlaicu Editura SOLNESS Timisoara 2000
15. Tratat de Igienă sub redacția Prof.Dr. Sergiu Manescu, coordonator Prof.Dr. Gh.Tanasescu, vol.III Editura Medicală 1986

ANEXA 1**REPERE SOMATOMETRICE ORIENTATIVE DE DEZVOLTARE
FIZICĂ A COPIILOR DIN ROMÂNIA*****FETE**

vârsta	Greutatea medie (kg și sute grame)	Înălțime medie (centimetri)	Perimetrul cranian (cm)	Perimetrul toracic (cm)
Nou-născut	3.23	50.33	33.47	32.83
1 lună	4.15	53.93	36.7	36.69
2 luni	4.99	56.77	37.81	38.06
4 luni	6.2	61.24	40.3	40.91
6 luni	7.27	65.58	42.04	42.59
9 luni	8.47	69.95	43.88	44.66
12 luni	9.52	73.72	44.93	45.94
18 luni	10.9	79.6	46.66	47.8
2 ani	12.09	84.5	47.47	48.95
3 ani	13.91	92.95	48.72	50.76
4 ani	15.99	101.79	49.66	52.58

BĂIEȚI

vârsta	Greutatea medie (kg și sute grame)	Înălțime medie (centimetri)	Perimetrul cranian (cm)	Perimetrul toracic (cm)
Nou-născut	3.35	50.99	33.88	33.34
1 lună	4.19	54.29	36.76	36.63
2 luni	5.16	57.08	38.43	38.75
4 luni	6.7	62.89	41.19	41.69
6 luni	7.72	66.9	42.94	43.44
9 luni	8.98	71.77	44.91	45.37
12 luni	9.88	74.88	45.72	46.51
18 luni	11.3	80.53	47.5	48.68
2 ani	12.47	85.24	48.27	49.75
3 ani	14.26	93.42	49.35	51.36
4 ani	16.39	102.57	50.47	53.58

*Date de dezvoltare fizică a copiilor din România "Studiu național de dezvoltare fizică a copiilor și tinerilor 0-18 ani din România – 1999 " – ediția a VIII-a – publicate în Ordinul comun Ministerul Sănătății/Ministerul Educației nr.438/4621 din 2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolariilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.

FIȘA INDIVIDUALĂ A COPILULUI

NUME ȘI PRENUME

Sex.....DATANAȘTERII.....naționalitatea.....

NUME ȘI PRENUME MAMĂvârsta

NUME ȘI PRENUME TATĂL.....vârsta.....

DOMICILIU

Născut în spitalul sau acasă

La termen (T) sau prematur (P).....

Este al copil. Număr frați și surori

Numărul persoanelor cu care copilul locuiește în cameră

Numărul persoanelor cu care copilul doarme în pat

Locuința – număr camere bucătărie separată (da/nu) baie (da/nu)

Apă de băut- rețea (da/nu) fântână (da/nu) closet (WC, latrină)

Școlarizarea mameia tatălui.....

Profesia mamei a tatălui

Antecedente patologice colaterale (boli cronice ale părinților și ale celorlalți din familia cu care locuiește)

.....

.....

.....

Antecedente personale ale copilului

Născut la câte luni de sarcină

Alăptat exclusiv la sân până la vârstaluni

Apariția primului dinte la vârsta luni; încheiată (ultimul dinte) la vârsta de luni

Primul cuvânt la vârstaluni

A pornit în picioare la vârsta deluni

Boli ale copilului

.....

.....

MONITORIZAREA DEZVOLTĂRII FIZICE*

vârsta	Data examinării (zi-lună-an)	Greutatea (kg și sute grame)	Înălțimea (centimetri și milimetri)	Circumferința craniană (centimetri)	Circumferința toracică (centimetri)
Nou născut					
1 lună					
2 luni					
4 luni					
6 luni					
9 luni					
12 luni					
18 luni					
2 ani					
3 ani					
4 ani					

* **RECOMANDARE** – vârsta de monitorizare (examinare) a copilului va fi în jurul datei de împlinire a vârstei ± 10 zile

MONITORIZAREA DEZVOLTĂRII NEUROPSIHICE*

Vârsta	Repere: M=comportament motor C=comportament cognitiv V=comportament verbal S=comportament social-afectiv	REPER PREZENT	REPER ABSENT
Nou născut	Reflexe condiționate înăscute (supt,degluțiție) (de apucare, clipește).		
	M: Ține capul ridicat un moment când este pus pe abdomen. Mâinile și picioarele flectate, pumnii strânși.		
	S: Își schimbă rapid dispoziția, reacționează prin plâns la stimulările bruște.		
1 lună	M: ușoară hipertonie musculară; în decubit ventral își desprinde uneori bărbia de pe pat; în decubit dorsal poziție laterală a capului; strânge în mână degetul examinerului prinzându-l cu degetele, fără palmă și police.		
	C: reacționează la stimuli luminoși, sonori, tactili, termici; fixează pentru un moment jucăria din fața ochilor; urmărește cu privirea jucăria aflată în mișcare, pe o rază de 45-60°		
	V: emite mici sunete laringiene		
	S: prezintă reacții diferențiate de plăcere/neplăcere; observă un moment fața persoanei care-i vorbește aplecată asupra lui.		
2 luni	M: în decubit ventral își ridică umerii și capul câteva momente; apucă cu 4 degete jucăria pusă în mână, o reține scurt timp; își menține scurt timp capul drept.		
	C: acordă atenție fețelor; reacționează la sunete întorcând capul în direcția lor; privește câteva secunde jucăria prezentată pe linia mediană; urmărește cu privirea jucăria în mișcare pe un arc de 90-120°		
	V: gângurește		
	S: zâmbeste persoanelor pe care le recunoaște sau ca răspuns atunci când i se vorbește; urmărește cu privirea o persoană care se mișcă în preajmă		
4 luni	M: ține capul ridicat constant; împinge în picioare atunci când sub ele are o suprafață dură; șade sprijinit scurt timp; este capabil din decubit ventral să treacă în decubit dorsal; ține jucăria cu 4 degete și palma și o poate scutura; schițează o mișcare de apucare, întinzând mâinile spre jucărie, dar nu o nimerește.		

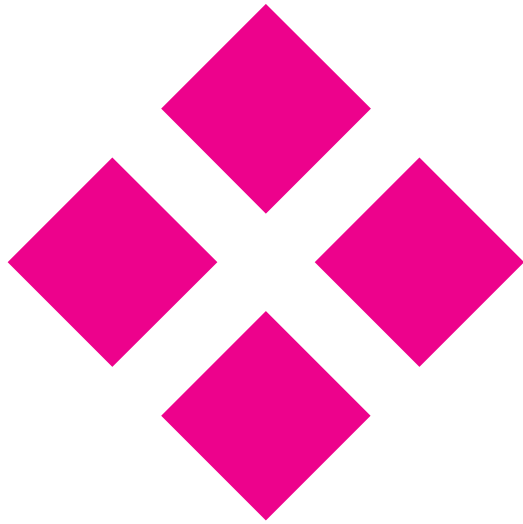
	<p>C: întoarce imediat capul spre persoana care îi vorbește, privind-o atent; răspunde la afecțiune; privește jucăria pusă în mână; privește activ în jurul său; urmărește mișcarea lucrurilor cu ochii dintr-o parte în alta.</p>		
	<p>V: prezintă tendința de modulare a vocii (sonorizează cu inflexiuni), emite mai multe vocale izolate; modulează vocea în diferite moduri pentru a arăta foamea, durerea sau oboseală.</p>		
	<p>S: zâmbeste spontan persoanelor familiare; stimulat râde în hohote; prezintă schimbări ale mimicii și ale dispoziției când este mângâiat sau certat; copiază unele mișcări sau expresii faciale; îi face plăcere să se joace cu oamenii iar la terminarea jocului poate riposta prin plâns.</p>		
6 luni	<p>M: aflat în decubit dorsal își trage cearceaful de pe cap; se întoarce din decubit dorsal în decubit ventral; șade timp îndelungat, ușor sprijinit; îndinde mâinile și apucă jucăria; începe să folosească policele; transferă jucăria dintr-o mână în alta.</p>		
	<p>C: privește în jurul său la lucrurile din apropiere; duce jucăria la gură; își privește imaginea în oglindă, o atinge uneori cu mâna; se uită după jucăria care i-a scăpat, încercând să o recupereze; diferențiază biberonul de jucărie.</p>		
	<p>V: răspunde la sunete emițând sunete; sonorizează sunete mai variate – vocale, consoane: p, b, g, m; răspunde la propriul nume; emite sunete pentru a arăta bucurie sau nemulțumire.</p>		
	<p>S: imită mimica veselă sau tristă a persoanelor din jur; recunoaște fețe familiare și începe să știe dacă cineva este străin; îi place să se joace cu alții, în special cu părinții.</p>		
9 luni	<p>M: Stă în picioare sprijinit, pentru mai mult timp; susținut de axile poate să facă mișcări de mers, să facă pași; se ridică singur agățându-se sau având sprijin o mobilă; începe să folosească pensa digitală; primește un al 3-lea cub dând drumul unuia dintre cele două pe care le ține în mâini.</p>		
	<p>C: Urmărește un obiect când cade; caută un obiect pe care te vede ascunzându-l; prinde obiecte în pensa digitală (degetul mare și arătător); găsește jucăria ascunsă în fața lui.</p>		
	<p>V: pronunță spontan sau imitativ silabe repetate, fără semnificație; copiază sunetele făcute de cei din jurul lui.</p>		

	<p>S: începe să se teamă de persoane străine; își manifestă hotărât dorințele; are jucării preferate; participă cu plăcere la un joc simplu cu adulții (după demonstrație) – „cucu-bau”</p>		
12 luni	<p>M: În poziție vertical, sprijinit, se apleacă să ridice o jucărie fără să-și piardă echilibrul; merge ținut de o mână; începe să facă singur câțiva pași; se cațără pe trepte în patru labe.</p>		
	<p>C: explorează în mod diferit lucrurile din jur; se uită la imaginea potrivită atunci când este numită; execută indicații simple precum „ridică jucăria”; este receptiv la activități noi; învață jocuri simple în mod imitativ; arată la cerere părți ale feței – ochi, nas, gură.</p>		
	<p>V: Răspunde la cereri simple; folosește gesturi simple precum scuturarea capului pentru „nu” sau mișcarea mâinii fluturate în semn de „la revedere”; emite sunete cu schimbări de ton; recunoaște ființele apropiate, unele obiecte sau acțiuni după denumire (vocabularul pasiv); folosește două cuvinte cu semnificație precisă (vocabularul activ)</p>		
	<p>S: este timid sau nervos cu persoanele străine; plânge simțindu-se nesecurizat dacă pleacă părintele prezent; repetă sunete sau acțiuni pentru a atrage atenția; Manifestă tendință de independență și auto-servire. Vrea să facă unele lucruri singur: să mănânce cu lingurița neîndemaneatic, să bea din ceașcă etc</p>		
18 luni	<p>M: merge singur; Stă în picioare și aruncă mingea cu ambele mâini, fără să-și piardă echilibrul, o rostogolește cu piciorul; trage jucării după el; începe să alerge; urcă și coboară scările ținut de o mână sau se ține de balustradă, cu ambele picioare pe aceeași treaptă; ajută la dezbrăcare, bea din ceașcă, mănâncă cu o lingură</p>		
	<p>C: știe la ce servesc lucrurile obișnuite: telefon, perie, lingură; identifică un obiect uzual din 5 obiecte; arată interes pentru o păpușă pe care o hrănește; mâzgălește cu creionul, spontan sau imitativ, trasează linii neregulate.</p>		
	<p>V: spune mai multe cuvinte; vocabular activ compus din 8 – 10 cuvinte; folosește cuvinte – propoziții.</p>		
	<p>S: imită activități simple ale adultului: șterge praful, mătură; arată afecțiune persoanelor familiare; își poate dezbrăca singur căciula, mănușile, ghetetele și ciorapii.</p>		

2 ani	<p>M: stă pe vârfuri; lovește o minge; își menține echilibrul mergând pe bordura trotuarului; aleargă cu ușurință; urcă și coboară singur scările; se urcă singur pe scaun, pat, mobilă.</p>		
	<p>C: privește o carte cu poze, întorcând pagină cu pagină; începe să sorteze forme și culori; din 10 poze familiare recunoaște, arătând sau denumind la cerere, 6 poze; construiește turnuri de 4-5 cuburi; urmează instrucțiuni în doi pași, cum ar fi „ridică-ți pantofii și pune-i în dulap”; reproduce cu jucăriile activități curente observate în casă (culcă păpușa, hrănește ursulețul).</p>		
	<p>V: folosește propoziții din 2-3 cuvinte, chiar incorect pronunțate; folosește substantivul, verbul și adjectivul sau pronumele (mama, se joacă, frumoasă, eu)</p>		
	<p>S: copiază pe alții; se entuziasmează când este alături de alți copii; arată din ce în ce mai multă independență; prezintă un comportament sfidător, făcând ceea ce i s-a spus să nu facă.</p>		
3 ani	<p>M: urcă și coboară scările, punând alternativ câte un picior pe o treaptă; aleargă cu ușurință; pedalează un triciclu (bicicletă cu 3 roți).</p>		
	<p>C: descrie două acțiuni simple reprezentate pe două imagini; sortează la cerere obiectele după formă (3 forme), mărime (2 mărimi), lungime (2 lungimi), culoare (2 culori); diferențiază 2 suprafețe inegale; cunoaște 3 poziții spațiale: sus, jos, în față, sau în spate; trasează două linii regulate (verticale, orizontale); repetă după examinator 3 cifre; recunoaște un drum parcurs cu o săptămână înainte; manifestă un evident interes de cunoaștere, pune frecvent întrebări; își cunoaște și pronunță numele și prenumele.</p>		
	<p>V: vorbește suficient de bine pentru ca străinii să înțeleagă de cele mai multe ori; reproduce poezii și relatează situații din viața lui și a familiei; receptiv la cuvinte noi; poartă o conversație folosind 2 până la 3 propoziții; folosește corect pluralul.</p>		
	<p>S: copiază adulții și prietenii; dă dovadă de afecțiune față de prieteni; arată îngrijorare față de un prieten care plânge; înțelege noțiunea de „a mea”. „a lui”, sau „a ei”; se separă ușor de mamă sau tată; se îmbracă și se dezbracă singur.</p>		

4 ani	M: stă într-un picior apoi pe celălalt mai mult de 2 secunde; pliază hârtia în diagonală, după demonstrație.		
	C: înțelege ideea numărării; începe să înțeleagă timpul; își amintește părți dintr-o poveste; înțelege ideea de „același” și „diferit”; desenează o persoană cu 2 până la 4 părți ale corpului; folosește foarfecele; începe să copieze câteva litere mari; compară două obiecte ca greutate- mai greu, mai ușor. Recunoaște elementele omise pe două- patru desene incomplete. Explica o relație necesară- exemplu-de ce avem nevoie de case. Grupează imagini în raport de 2-3 noțiuni generale (animale, flori, fructe).		
	V: folosește corect și sistematic pluralul în vorbirea curentă; cunoaște câteva reguli de bază ale gramaticii; reproduce poezii cu ușurință și interes.		
	S: îi place să facă lucruri noi; se joacă jocuri de rol „Mamă” și „Tată”; este din ce în ce mai creativ ; ar prefera să se joace cu alți copii decât de unul singur; cooperează cu alți copii; de multe ori nu pot spune ce este real și ce este fictiv; vorbește despre ce îi place și ce îl interesează; își pune singur pantofii, își descheie nasturii, are inițiativa în executarea unor sarcini casnice.		

* **RECOMANDARE** – vârsta de monitorizare (examinare) a copilului va fi în jurul datei de împlinire a vârstei ± 10 zile



Promovarea alăptării.



Sfaturi pentru îmbunătățirea practicii alăptării

**Adriana Galan,
Lidia Manuela Onofrei**



Sursa foto: Freepik

Introducere

Alăptarea reprezintă unul dintre pilonii fundamentali ai sănătății, dezvoltării și supraviețuirii copilului. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă inițierea alăptării în prima oră de după naștere și bebelușii să fie exclusiv alăptați în primele 6 luni de viață; alte alimente pot fi introduse complementar după această vârstă, cu continuarea alăptării până la 24 de luni de viață sau chiar și după aceea. (1)

Similar altor ghiduri pentru alăptare, și acest ghid respectă principiile îngrijirilor centrate pe persoană și pe familie:

- Aproape orice bebeluș sănătos poate fi alăptat;
- Alăptare exclusivă până la 6 luni, perioadă în care bebelușul NU primește alte lichide sau alimente solide, cu excepția vi-

taminelor sau siropurilor, suplimentelor minerale prescrise de medic;

- Intenția, inițierea, exclusivitatea și continuitatea alăptării pot fi influențate pozitiv sau negativ de factori sociali, economici, culturali, psihosociali sau organizaționali;
- Alăptarea întărește legătura dintre părinte și nou-născut, bebeluș și copil mic.
- Contactul piele-pe-piele între mamă și copil este cheia succesului în facilitarea alăptării;
- Asistentele medicale și echipele multidisciplinare joacă un rol esențial în inițierea, exclusivitatea și continuitatea alăptării (2)

OMS recomandă politicianilor următoarele acțiuni prioritare pentru a crește rata alăptării exclusive în primele 6 luni de viață la cel puțin 50%:

- Maternitățile și unitățile medicale sa aibă capacitatea de a sprijini alăptarea exclusivă prin extinderea și instituționalizarea sistemului “Baby-friendly”;
- Acțiuni comunitare pentru sprijinirea alăptării exclusive, incluzând campanii de comunicare adaptate contextului local;
- Limitarea reclamei agresive și neadecvate a substitutelor laptelui de mamă prin implementarea Codului internațional de marketing al substitutelor de lapte matern al OMS (2)

Sprijinul pentru alăptare la nivelul comunității este esențial. Consilierea mamelor în timpul sarcinii, imediat după naștere și în perioada neonatală (primele 28 de zile ale bebelușului) are efecte pozitive semnificative asupra ratei de alăptare exclusivă. (3) Pentru continuarea alăptării exclusive până la 6 luni, sprijinul comunitar se poate realiza prin vizite la domiciliu, contacte pre- și postnatale.

Glosar de termeni

Alăptarea - actul prin care nou-născutul primește lapte direct de la sânul mamei sau indirect prin mulgere sau pompare.

Inițierea alăptării – pașii inițiali făcuți de o persoană care alăptează pentru a spijini și obține instalarea lactației, incluzând contactul piele-pe-piele, încercări de poziționare și atașare a copilului, și extragerea de colostrum fie prin mulgere fie prin pompare.



Sursa foto: Freepik

Persoana care alăptează – se referă la acea persoană care hrănește copilul (nou-născutul, bebelușul sau copilul mic) la sân, fie direct fie indirect.

Procesul alăptării - componentele multiple necesare pentru obținerea inițierii, exclusivității și continuității alăptării. Componentele includ (fără a fi limitate la) poziționare și atașare, producerea și transferul laptelui, precum și cunoștințe și abilități de alăptare.

Alăptare continuă – alăptarea de după 6 luni și până la 2 ani sau mai târziu.

Alăptare exclusivă - acel tip de alăptare prin care bebelușul de până la 6 luni nu primește decât lapte matern fie la sân, fie indirect, ca și vitamine sau suplimente minerale sau medicamente la prescripția medicului. Bebelușii nu primesc alte lichide sau alimente solide.

Laptele matern este un aliment natural perfect, totdeauna proaspăt, curat și disponibil 24 de ore/zi, în orice zonă geografică.

Colostrul este laptele matern pe care femeile îl produc în primele zile după naștere. Are consistență mai mare și o culoare gălbuie. El conține mai multe proteine decât laptele matur.

Laptele matur este laptele matern produs după câteva zile de la naștere. Treptat, cantitatea de lapte crește și femeia simte sânii tari și grei.

Importanța problemei



Sursa foto: Freepik

OMS afirmă că ar mai fi multe de făcut pentru ca alăptarea exclusivă până la 6 luni să devină o practică curentă în alimentația bebelușilor. La nivel mondial numai 38% dintre bebeluși (0-6 luni) sunt alăptați exclusiv. (4) Unele studii indică faptul că o practică suboptimală a alăptării, incluzând alăptarea non-exclusivă, contribuie cu 11.6% la mortalitatea copiilor sub 5 ani, ceea ce este echivalentul a aproximativ 804.000 decese la copii în 2011. (2)

În ciuda dovezilor multiple că lipsa alăptării se asociază cu mortalitatea crescută și cu o morbiditate serioasă și alte efecte pe termen lung asupra sănătății, eforturile la nivelul țărilor de a crește rata alăptării exclusive și continue sunt în general modeste. Acest lucru reflectă schimbările în atitudinile față de alăptare, provocările pentru femeile care doresc sau trebuie să se întoarcă la muncă

precum și lipsa investițiilor la nivel național pentru consilierea și sprijinul femeilor care aleg să alăpteze. În 2017, numai aproximativ 41% dintre bebelușii de până la 6 luni erau alăptați exclusiv, iar rata alăptării continue până la 2 ani era de 45% (5).

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor

În studiile citate de Child Young în Infant and Young Child Feeding (6) au fost identificate dovezi clare conform cărora alăptarea exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării până la 12 luni reprezintă intervenția preventivă cu cel mai mare impact în reducerea mortalității infantile (13%), în timp ce alimentația complementară începută la 6 luni împreună cu continuarea alăptării s-a clasat a 3-a (6%). S-a estimat că cele două intervenții pot preveni aproape o cincime din mortalitatea copiilor sub cinci ani, în țările în curs de dezvoltare. Cel mai mare impact a fost legat de reducerea morbidității și mortalității prin diaree și pneumonie. (6)

Alăptarea are efecte benefice nutriționale, fizice și psihologice la copii, care se regăsesc pe întreg parcursul vieții lor. (7)

Data fiind compoziția laptelui matern în factori protectori (cu concentrație mare în colostru), alăptarea conferă beneficii reducând riscul pentru:

- infecții gastrointestinale, infecții respiratorii și ale urechii;
- boli cardiovasculare, inclusiv hipertensiune arterială;
- diabet zaharat tip 2;
- astm, boala celiacă și tulburări ale lipidelor (valori ale colesterolului total și LDL colesterolului mai mici la vârsta de adult)
- bebelușii alăptați au un risc mai redus de a deveni obezi în copilărie, adolescență și maturitatea timpurie în comparație cu cei hrăniți cu formulă de lapte. (7)

De asemenea, alăptarea poate fi un factor important în apropierea dintre mamă și copil, date fiind interacțiunea regulată, contactul pielii acestora în timpul alăptării și încurajarea reciprocă.

O meta-analiză (8) a indicat scoruri mai mari la testele de inteligență la copiii care au fost alăptați timp de cel puțin o lună față de cei care nu au fost alăptați sau au fost alăptați mai puțin de o lună. Acest efect benefic devine mai pronunțat la o durată mai mare de alăptare; sugarii prematuri hrăniți cel puțin o lună cu lapte matern înregistrează beneficii mai mari în privința scorului de inteligență măsurat la vârsta de 7-8 ani, comparativ cu cei hrăniți cu formula de lapte (aproximativ 7 unități IQ în plus). Același document arată că pe lângă beneficul adus copiilor, alăptarea asigură beneficii și mamei: pe termen scurt - grăbește involuția uterină, reduce riscul de hemoragie; crește posibilitatea de recăpătare a greutatei corporale de dinainte de sarcină și pe termen lung - reduce riscul de cancer ovarian și de sân și pe cel de a dezvolta diabet zaharat tip 2 în rândul femeilor cu istoric de diabet gestațional.

Avantajele economice ale alăptării iau în considerare scăderea costurilor pentru asigurarea alimentației copiilor, atât pentru familie cât și pentru societate, la care se adaugă diminuarea costurilor legate de scăderea incidenței și a prevalenței cel puțin a bolilor diareice și respiratorii din perioada copilăriei. (7)

Un alt ghid (9) menționează printre avantajele alăptării pentru copil: - scade incidența infecțiilor gastrointestinale, respiratorii superioare și otite; scade incidența morții subite la sugar; reduce riscul apariției alergiilor; stimulează dezvoltarea cognitivă; reduce riscul diabetului zaharat de tip 1 și 2; previne malnutriția; reduce riscul obezității și al hipercolesterolemiei.

Sumar recomandări

RECOMANDAREA		NIVEL DE EVIDENȚĂ
<p>Evaluarea</p> <p>Evaluarea intervențiilor de sprijin al alăptării inițiale, exclusivă și continuă (de la naștere până la 2 ani sau mai mult) (10)</p>	<p>Recomandarea 1</p> <p>Evaluarea procesului de alăptare prin utilizarea de instrumente validate și de încredere, pe perioada sarcinii și a principalelor etape ale lactogenezei, incluzând:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa I, (în primele 24 de ore după naștere și înainte de externare, pentru a sprijini inițierea alăptării. 2. În timpul tranziției de la Etapa I la Etapa II (între zilele 2 și 8 după naștere), pentru a sprijini creșterea semnificativă a volumului de lapte matern. 3. În timpul Etapei II și Etapei III, (de după ziua a 9-a după naștere) pentru a sprijini menținerea producției de lapte matern atâta timp cât continuă alăptarea. 	IV
<p>Intervenții</p> <p>pentru a sprijini alăptarea inițială, exclusivă și continuă (de la naștere până la 2 ani și mai mult) (10)</p>	<p>Recomandarea 2</p> <p>2.1: Faceți educația pentru alăptare din perioada perinatală (dinainte și după naștere) și atâta timp cât continuă alăptarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - într-o varietate de unități / așezări - prin diferite tehnici, inclusiv cele ajustate nevoilor populației vulnerabile. 	la
	<p>2.2: Includeți și membrii familiei (soți/parteneri și bunici) în procesul de educație și sprijin pentru alăptare.</p>	la
<p>Consilierea</p> <p>ca intervenție de sănătate publică, pentru a îmbunătăți practicile de alăptare în rândul gravidelor și a mamelor care intenționează sau care chiar alăptează (11)</p>	<p>Recomandarea 3</p> <p>3.1 Consilierea despre alăptare trebuie făcută tuturor gravidelor și mamelor cu copii mici</p>	Dovezi de calitate moderată
	<p>3.2 Consilierea despre alăptare trebuie făcută atât în perioada antenatală cât și postnatală, și până la 24 de luni sau mai mult</p>	Dovezi de calitate moderată
	<p>3.3 Consilierea despre alăptare trebuie furnizată ca o îngrijire continuă de către personal medical bine instruit și de către profesioniști de la nivelul comunității</p>	Dovezi de calitate moderată

Recomandări și instrumente

Recomandarea 1

Evaluarea procesului de alăptare este amplu și se desfășoară pe întreaga perioadă perinatală, începând dinaintea de momentul nașterii și continuând și postpartum, urmărind diferitele etape ale lactogenezei (vezi Tabel 1).

Tabel 1 Etapele lactogenezei

Etapele lactogenezei	Descriere
Etapa I (mamogeneza)	Începe la mijlocul perioadei de sarcină (trimestrul al doilea de sarcină, aproximativ săptămâna a 16-a) și ține până în ziua 2 sau 3 după naștere. Sâni cresc dezvoltându-și capacitatea de a secreta lapte, inclusiv secreția de colostru.
Etapa II (lactogeneza)	Începe în ziua 2 sau 3 după naștere și ține până în ziua a 8-a. Volumul de lapte matern crește și apoi se nivelează brusc. Până în ziua a 5-a de la naștere este secretat colostrul.
Etapa III (galactopoieza)	Începând cam din ziua a 9-a după naștere și mai departe, volumul de lapte matern produs este menținut printr-un mecanism de cerere (de la bebeluș) – ofertă (de la mama).
Etapa IV (involuția)	Involuția apare cam la 40 de zile (în medie) după ultimul alăptat al copilului, atunci când secreția de lapte încetează.

Sursa: adaptare după RNAO Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding in Newborns, Infants and Young Children (10)

Evaluarea componentelor procesului de alăptare înainte de naștere

Evaluarea procesului de alăptare începe dinaintea de naștere și include componente precum intenția mamei de a alăpta, atitudini, cunoștințe, nivelul de eficacitate autopercepută a alăptării (BSE-SF, vezi Anexa 1) și suportul social. Prin evaluările prenatale, se poate evalua probabilitatea de alăptare continuă, putându-se identifica și eventuale probleme și provocări. Procesul de evaluare reprezintă o oportunitate de (a) a aborda îngrijorările mamei; (b) a avea un impact pozitiv asupra intenției de alăptare; și (c) de a începe educația pentru alăptare (10).

În timpul perioadei de sarcină, intervențiile eficace sunt sprijinul, educația (broșuri sau alte materiale scrise), consilierea, vizite la domiciliu, apeluri telefonice, cursuri pentru viitoare mame, campanii mass-media și instruirea pentru alăptare a partenerilor și bunicelor (10).

Evaluarea componentelor procesului de alăptare după naștere

Poziționare și atașare

Poziționarea și atașarea reprezintă factori de succes ai alăptării și trebuie evaluați sistematic. După naștere (fie în spital, fie de exemplu acasă), o sesiune de alăptare trebuie neapărat observată și evaluată pentru a determina calitatea poziționării și atașării, inclusiv nivelul de confort al mamei.

Poziția corectă pentru alăptare

Se recomandă cu tărie monitorizarea eficienței alăptării prin observarea sistematică a tehnicii de alăptare și a semnelor de ineficiență a alăptării. 1A

Atașarea corectă la sân înseamnă că:

- mare parte a areolei mamare să se vadă deasupra buzei superioare a copilului;
- gura copilului să fie larg deschisă;

- buza inferioară a copilului să fie răsfrântă în afară, (Figura 1)
- obrazul copilului să atingă sânul,
 - capul și corpul copilului să fie aliniat (Figura 2),
- copilul să fie ținut aproape de corpul mamei,
- întreg corpul copilului să fie susținut.

Alte semne ale unei bune atașări la sân sunt: nasul copilului este liber; se aude când copilul înghite; brațele și mâinile copilului sunt relaxate; buzele sunt umede; prezintă satisfacție după alăptare, dă drumul la sân când este sătul; mama simte sânul golit.



Figura 1

Pentru o alăptare eficientă se recomandă ca toate mamele să fie învățate să atașeze corect copilul la sân. 1A

Când poziția pentru alăptare este corectă, plângerile de tipul durerilor, prezența leziunilor mamelonului, înroșirea sau angorjarea sânelui ar trebui să fie absente. Mama trebuie avertizată de acest lucru, iar dacă simptomele persistă și după corectarea poziției la sân, ar trebui luate în considerare alte cauze.

Semnele alăptării eficiente

Semnele majore ale alăptării eficiente sunt legate de creșterea în greutate și de gradul de hidratare. După primele 2 săptămâni creșterea în greutate a copilului poate fi de 500 până la 1000 g sau mai mult, în fiecare lună. La 10 zile - 2 săptămâni copilul ajunge la greutatea de la naștere și continuă cu o creștere de 30-40 g/zi sau 115-220 g/săptămână, până la 3 luni. (7)



Figura 2

În condițiile unei alăptări eficiente, numărul minim de scutece ude în 24 de ore este de 6, iar urina este palidă. Alte indicii pentru o alăptare eficientă sunt:

- copilul se hrănește de cel puțin 8 ori în 24 de ore;
- este mulțumit după supt (după 1-2 ore sugă din nou);
- înghite în timpul suptului;
- este alăptat la cerere;
- el este cel care termină suptul.

Semnele certe ale aportului de lapte insuficient sunt: creșterea în greutate inadecvată și semnele aportului lichidian scăzut - mai puțin de 6 scutece ude/zi, cu cantități mici de urină concentrată (culoare intensă). Semnele posibile ale unui aport de lapte insuficient sunt:

- bebelușul este nesatisfăcut la sfârșitul suptului: plânge frecvent, refuză sânul, mesele sunt lungi și dese;
- sugarul are scaune rare, de consistență crescută, verzui, în cantitate redusă;
- la începutul suptului nu apare laptele la stoarcerea sânelui;
- lipsa măririi sânilor (în timpul sarcinii);
- lipsa afluxului de lapte (după naștere). (7)

Pentru evaluarea suptului se recomandă ca asistenta să utilizeze scorul LATCH. (9) Scorul LATCH cuprinde toate criteriile de evaluare ale suptului enumerate mai jos și permite standardizarea evaluării suptului. (Anexa 2)

Acest instrument (scorul LATCH) folosește un scor cuprins între 0 și 2 pentru fiecare dintre cele 5 elemente enumerate. Sco-

rul total obținut reprezintă suma scorurilor pentru fiecare element al instrumentului și este cuprins între 0 și 10, urmând modelul scorului APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration), unde cu cât scorul este mai mare, cu atât copilul este mai sănătos. Astfel, un scor LATCH mai mic de 10 (valoarea maximă) indică faptul că se recomandă sprijin pentru mamă.

Producția de lapte matern

Pentru a asigura o alăptare eficientă se recomandă a se explica mamei mecanismul de producere a laptelui matern.

Când un copil sugă la sân, impulsurile senzoriale de la nivelul mamelonului se transmit la creier, iar hipofiza secretă hormonii prolactină și oxitocină care, transportate prin sânge la sân, determină secreția laptelui, respectiv participă la ejecția acestuia. Cu cât un copil sugă mai mult, cu atât sânii produc mai mult lapte. Dacă producția de oxitocină este deficitară, atunci laptele nu poate fi eliberat din sân. Oxitocina determină contracții uterine ajutând la reducerea sângerării. Aceste contracții pot provoca uneori dureri locale puternice la nivelul uterului.

Se recomandă alăptarea la cererea copilului, nerestricționată ca frecvență și durată (alăptarea responsabilă). Numărul supturilor va fi de minim 8/24 de ore în primele 8 săptămâni, inclusiv noaptea. 1A

Se recomandă încurajarea nerestricționării frecvenței și duratei alăptării și alăptarea copilului la fiecare 2-3 ore, luându-se în considerare variațiile de la un copil la altul, mai ales când acesta este sănătos. După alăptarea din primul sân se oferă cel de al doilea sân, când copilul pare nemulțumit. 1A

Transferul de lapte matern

Evaluarea transferului de lapte matern include atât bebelușul cât și mama deoarece transferul efectiv de lapte este puternic influențat de conexiunea creată prin alăptare. Pentru copil trebuie evaluat modul de supt-înghițire ca parte a alăptării. Un model necoordonat de supt-înghițire sau o atașare

re incorectă datorată unei poziționări inadecvate a copilului la sân poate avea efecte negative asupra transferului de lapte (vezi scorul LATCH). La mamă, transferul de lapte este influențat de stimularea sânelui prin supt și expulzarea laptelui. Orice factor de risc pentru transferul adecvat de lapte precum canale înfundate, dureri ale mameloanelor sau mameloane plate trebuie evaluate și eventual mama trebuie trimisă la un consult medical.

Cum știe o mamă dacă copilul primește lapte suficient?

Cei mai mulți bebeluși scad în greutate în primele zile de viață, dar după aceea trebuie să înceapă să crească în greutate. Asistentul medical comunitar trebuie să cântărească periodic copilul pentru a verifica creșterea în greutate.

La vizitele la domiciliu se vor evalua următoarele aspecte:

- Bebelușul este alăptat de cel puțin 8 ori în 24 de ore. Este în regulă dacă bebelușul este alăptat și mai des. Este important ca bebelușul să fie alăptat ori de câte ori simte nevoia.
- Bebelușul trece de la un ritm rapid al suptului la început la un ritm mai încetinit spre sfârșit. Trebuie să puteți auzi sau vedea bebelușul când înghite.
- După 4 zile de la naștere copilul are cel puțin trei sau patru scaune în 24 de ore. Aspectul scaunului este galben și subțire ca o supă. După 6-8 săptămâni nu mai are scaune atât de des.
- Sânii sunt mai moi după supt.

Recomandarea 2

Educație și promovare

Pentru a spijini o alăptare care să răspundă prompt cererii bebelușului este nevoie de educație și promovare a alăptării oferită de către asistentul medical comunitar și echipa comunitară. Mamele și familiile lor au nevoie de informații solide privind alăptarea la cerere, incluzând beneficiile frecvenței și duratei nerestricționate ale alăptării. Mamele trebuie asigurate că alăptarea la

cerere contribuie atât la dezvoltarea sănătoasă a copilului lor cât și la inițierea, exclusivitatea și continuitatea alăptării. (Anexa 3)

Asistentul medical comunitar trebuie să răspundă eventualelor întrebări/îngrijorări ale mamei prin oferirea de informații utile.

Astfel, dacă mama are întrebări legate de poziția corectă de alăptare (în afara celor recomandate în mod uzual), educați mama că mai există și alte poziții corecte pentru alăptare, mai ales atunci când mama are probleme (de exemplu a născut cu cezariană). Aceste poziții sunt descrise și ilustrate mai jos. Asistați și observați o sesiune de alăptare și oferiți următoarele informații referitoare la poziție:

- **Burtica bebelușului pe burta mamei:** atunci când burtica bebelușului stă pe burta mamei, acesta poate prinde mai ușor mamelonul (sfârțul). Dacă țineți copilul astfel încât nasul lui se găsește la nivelul mamelonului, acesta își poate înclina capul spre înapoi atunci când se atașează la sân. (Figura 3) În acest fel copilul va obține un volum mare de lapte și mamelonul în gura sa.



Figura 3

- **Utilizarea unei perne:** Vă poate ajuta să stați într-o poziție confortabilă sau să vă protejați cicatricea dacă aveți o operație de cezariană. (Figura 4) Nu aveți nevoie de o pernă specială pentru a alăpta, dar aceasta trebuie să fie curată. Poziția mâinilor mamei pentru prinderea copilului și poziționarea sa corectă la sân poate să difere în funcție de preferința mamei sau a copilului. (Figurile 5-6)



Figura 4



Sursa foto: Freepik

Figura 5



Sursa foto: Freepik

Figura 6



Sursa foto: Pixabay

Figura 7

- **Poziția mâinii mamei:** Dacă mâna mamei se află în spatele capului copilului, se poate ca acesta să se împingă în mâna mamei și în felul acesta atașarea nu este corectă. Este mai bine să ajutați copilul să se atașeze prin ținerea mâinii în spatele umerilor copilului și sprijinindu-i gâtul. (figurile 4-7)

- **Așteptați până când copilul are gura larg deschisă:** Urmăriți momentul când copilul are gura larg deschisă căutând mamelonul și apoi împingeți-i ușor umerii ca să-l aduceți aproape de sân. În felul acesta mamelonul și areola pătrund adânc în gura copilului realizând o atașare corectă.

- **Sprijiniți sânul:** Se poate să aveți nevoie să sprijiniți sânul cu mâna. Țineți degetele și degetul mare înapoia mamelonului astfel încât să nu atingeți gura copilului. (Figurile 5-7)

Asistentul medical comunitar se poate confrunta cu diferite îngrijorări ale mamei referitoare la eventuali noduli (umflături) resimțiți în unul sau în ambii săni care ar putea însemna un canal de lapte blocat. Iată câteva sfaturi utile pentru a scăpa de nodul:

- Puteți masa sânul cu blândețe cu degetele sau cu degetul mare în locul în care se află nodulul. Dacă faceți această manevră în timp ce alăptați copilul, poate fi de mare folos.

- Mai poate fi de ajutor o haină încălzită sau un plasture cald pe locul unde simțiți nodulul. După încălzire alăptați copilul sau mulgeți sânul sau pompați laptele din sân.

- De ajutor poate fi și alăptarea copilului într-o altă poziție. Poate fi de ajutor ca obrazul copilului să fie lipit de nodul atunci când îl alăptați.

- În cazul în care mama are un nodul dureros, prezintă o zonă înroșită a pielii în apropierea nodulului și are febră, ar putea însemna că are o infecție a sânelui. În acest caz trimiteți mama la medicul de familie care îi poate prescrie un tratament. (13)

Sfaturi utile pentru mulgerea sânelui:

- Spălați-vă pe mâini
- Masați sânul dinspre cutia toracică către mamelon

- Țineți un sân cu mâna, nu prea aproape de mamelon. Puneți degetul mare deasupra și degetele dedesubt

- Presați degetul mare și degetele în același timp, împingând înapoi către piept. (Figura 8)

- Relaxați degetul mare și celelalte degete și reluați apoi manevra. S-ar putea să dureze un timp până apare jetul de lapte. Dacă vedeți picături de lapte, le puteți aduna într-o lingură sau într-un recipient curat.

- Puteți oferi laptele copilului cu lingurița sau cu o cănuță mică. Chiar dacă copilul nu poate mânca imediat, puteți depozita laptele muls în frigider și să îl oferiți mai târziu.

Recomandarea 3

Când se face consilierea

Consilierea din timpul sarcinii sau imediat după naștere înseamnă încurajarea mamei și a familiilor lor să înceapă o relație de alimentare, îngrijire și sensibilitate cu copiii lor. Deciziile în ceea ce privește alimentația pot fi influențate la acel moment de propria experiență, de context și de alți factori înconjurători, cu consecințe pe termen scurt și lung. Consilierea pentru alăptare la acel moment are ca scop crearea unui mediu pozitiv și iubitor în care să apară pe lume nou-născutul. *Consilierea pentru alăptare postneonatală* continuă să sprijine mamele și familiile lor în încercarea lor de a construi apropierea de copil prin contactul piele pe piele și alăptarea la cerere. Mamele au nevoie de sprijin în crearea încrederii lor în alăptare, în recunoașterea reflexului de evacuare a laptelui și de alăptare eficientă, înțelegând modelele de alimentație și de creștere.

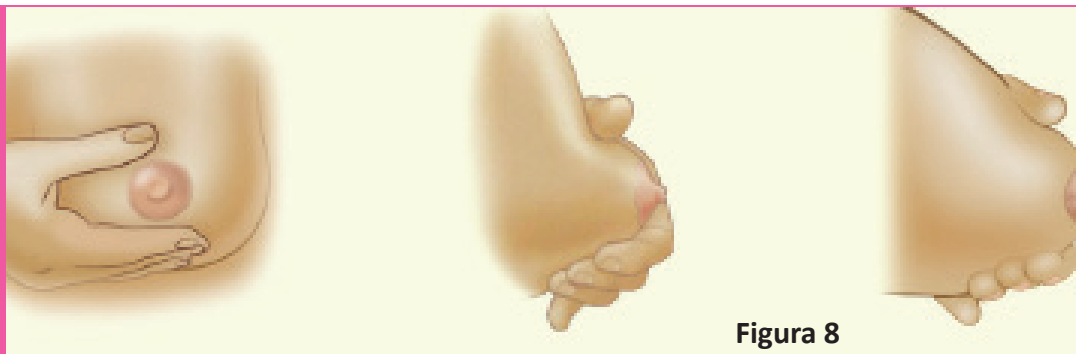


Figura 8

Presăți (înapoi spre piept)

Strângeți

Relaxați sânul

Părinții și îngrijitorii au nevoie de ajutor atunci când au întrebări despre alimentație. Această nevoie se manifestă mai ales în primele săptămâni după naștere, atunci când începe alăptarea și pe parcursul eventualelor

schimbări care pot să survină (de exemplu atunci când mama trebuie să se reîntoarcă la serviciu) când pot exista îngrijorări în ceea ce privește menținerea alăptării.

Posibile întrebări ale viitoarelor mame și posibile răspunsuri (13)

● Am sânii mici. Va fi posibil să alăptez?

Răspuns: DA. Nu contează mărimea sânilor. Si sânii mici pot fi plini de lapte!

● Fumez. Ar trebui să alăptez?

Răspunsuri:

- Dacă puteți, încetați fumatul sau măcar reduceți numărul de țigări.
- DA, chiar dacă fumezi, alăptarea tot reprezintă cea mai sănătoasă alegere pentru bebelușul tău.
- Pentru a scădea riscul pentru copilul tău, alăptatează înainte de a fuma, fumează afară în timp ce copilul stă înăuntru cu familia sau cu prietenii.
- Dacă ai fumat, spalăți-vă pe mâini și schimbați-vă hainele înainte de a vă lua copilul în brațe.

● Imi place să beau din când în când. Ar trebui să alăptez?

Răspunsuri:

- Cele mai multe mame aleg să nu consume deloc alcool sau să consume o băutură fără alcool. **ACEASTA ESTE CEA MAI SIGURĂ OPȚIUNE!**
- Dacă alegeți să consumați ocazional alcool în perioada cât alăptați, este important să planificați dinainte și să alăptați înainte de a consuma alcool.

● Nu mănânc bine întotdeauna. Pot totuși să alăptez?

Răspuns: DA, chiar dacă nu aveți cea mai bună dietă, laptele tău este totuși bun și este mult mai bun decât laptele praf.

● Pot să iau medicamente în perioada cât alăptez?

Răspuns: DA, cele mai multe medicamente sunt sigure să fie consumate pe perioada alăptării, dar verifică întotdeauna cu medicul tău de familie (sau cu farmacistul dacă nu ai medic de familie).

● Ce fac dacă am întrebări sau am nevoie de ajutor?

Răspunsuri:

- Vorbește cu un cadru medical (de exemplu asistentul medical comunitar) cu experiență în a sprijini mamele să alăpteze.
- Dacă nu ai medic de familie sau asistent medical comunitar, vorbește cu prietenii sau cu cineva din familie care au alăptat. Poți învăța multe de la alte mămici.

● Cât de repede după naștere pot să-mi alăptez copilul?

Răspuns:

Imediat după ce s-a născut (sau în decurs de 1 oră) pune-l piele-pe-piele peste tine (Figura 9) Chiar dacă bebelușul nu este pregătit să sugă imediat, este bine pentru el să stea piele-pe-piele fără întrerupere timp de 1-2 ore sau până este gata să se hrănească.

Statul piele-pe-piele îl va ajuta pe copil:

- să fie mai calm
- să respire mai bine
- să se încălzească.

Pentru a-l încuraja să sugă poți încerca următoarele manevre:

- așează-te pe spate cu o pernă care să-ți ridice capul și umerii și stai confortabil.
- așează bebelușul cu burtica pe pieptul tău.
- sprijină-i fundulețul și umerii cu mâinile tale. (Figura 9)

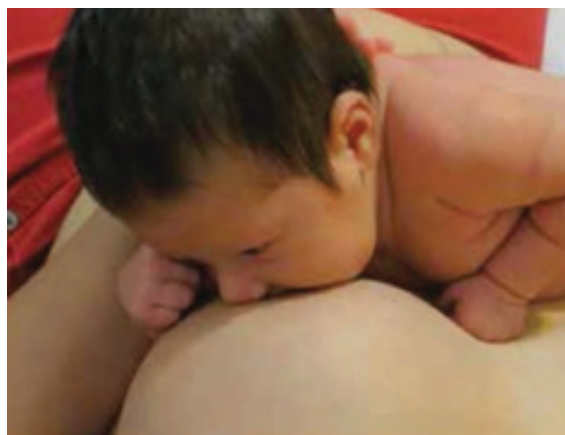


Figura 9

Monitorizare

Organizarea a cel puțin șase ședințe de consiliere/educare pot oferi un o gamă largă de informații mamelor și familiilor lor, începând cu perioada antenatală până la perioada de diversificare a alimentației sugarului (după 6 luni).

Dacă familiile au nevoie de mai multe vizite de consiliere/educare, trebuie încurajate să ceară vizite suplimentare ale asistenților medicali comunitari, astfel încât beneficiul să fie maxim și pentru sugar și pentru mama și familia ei.

Momentele de timp la care sunt bine de făcut vizitele de consiliere/educare sunt:

1. Înainte de naștere (perioada antenatală)
2. Imediat după naștere (perioada perinatală – primele 2-3 zile după naștere)
3. 1-2 săptămâni după naștere (perioada neonatală)
4. Primele 3-4 luni (sugarul mic)
5. La 6 luni (când poate începe diversificarea)
6. După 6 luni (sugarul mare)

Vizitele se pot efectua ori de câte ori mama are nevoie sau când se ivește o ocazie (de exemplu când se face invitarea la vaccinare).

Bibliografie

1. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf>
2. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. WHO/NMH/NHD/14.7 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf;jsessionid=8952936A778B93148046993E-B8E88585?sequence=1
3. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2013
4. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382:427–51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
5. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013
6. Child, Young. Infant and Young Child Feeding Nutrition (2011).
7. Ghid de prevenție: Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Vol. 3 (Intervențiile preventive adresate riscurilor prioritare la adult și copil) 2016 <https://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Ghid-Volumul-3-web.pdf>
8. Lee, Amanda, et al. în Infant feeding guidelines: information for health workers (2012)
9. Alimentația nou-născutului la termen sănătos. Asociația de Neonatologie din România, 2011 http://old.ms.ro/documente/02%20alimentatia%20nou%20nascutului%20la%20termen%20sanatos_9180_7481.pdf
10. RNAO Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding in Newborns, Infants and Young Children. 2018 (<https://rnao.ca/bpg/guidelines/breastfeeding-promoting-and-supporting-initiation-exclusivity-and-continuation-breast>)
11. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf>
12. Amini et al. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers (2019), *BMC Res Notes*. <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13104-019-4656-7.pdf>
13. My breastfeeding guide. Health Nexus Sante <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2018/12/B20-E.pdf>

Anexa 1 Forma scurtă a chestionarului BSE

Nume: _____ Prenume: _____ Vârsta mamei: _____

Data completării chestionarului: _____

	Scor
1. Pot întotdeauna să determin dacă bebelușul meu sughe suficient lapte	
2. Pot întotdeauna să fac față cu succes alăptării așa cum fac față și altor sarcini complicate	
3. Pot întotdeauna să îmi alăptez copilul fără a utiliza un supliment de lapte praf	
4. Pot întotdeauna să mă asigur că bebelușul meu este atașat corect la sân pe toată perioada mesei	
5. Pot întotdeauna să gestionez situațiile refitoare la alăptare astfel încât să fiu mulțumită	
6. Pot întotdeauna să gestionez alăptarea chiar dacă bebelușul plânge	
7. Doresc mereu să continui alăptarea	
8. Mă simt întotdeauna confortabil să alăptez în prezența membrilor de familie	
9. Sunt mereu satisfăcută de experiența mea de alăptare	
10. Pot întotdeauna să fac față faptului că alăptarea poate fi consumatoare de timp	
11. Pot întotdeauna să finalizez alăptarea bebelușului la un sân înainte de a-l pune la celălalt sân	
12. Pot întotdeauna să continui să îmi alăptez bebelușul la orice masă	
13. Pot întotdeauna să fac față cerințelor de alăptare ale bebelușului meu	
14. Pot întotdeauna să spun când a terminat bebelușul meu sesiunea de alăptare	
Total	

Sursa: The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers (12)

Scorurile pentru fiecare întrebare sunt cuprinse între 1 (deloc sigură) și 5 (întotdeauna sigură). Scorurile totale se situează în gama 14 - 70, scorurile înalte (peste 60) reflectând niveluri semnificative ale auto-eficacității alăptării.

Anexa 2 Scorul LATCH de evaluare a eficienței suptului

Nume: _____ Prenume: _____ A câta evaluare este: _____

Data completării chestionarului: _____

	Scor	0	1	2
L	Atașare (Latch)	Prea somnolent, prost dispus Nu se obține atașare sau supt	Încercări repetate, susținute de atașare sau supt Tine mamelonul în gură Trebuie stimulat pentru a sughe	Prinde sânul Limba este jos Buzele sunt rasfrânte Supt ritmic
A	Degluție audibilă (Audible swallowing)	Nu	Un pic, cu stimulare	Spontan și intermitent <24 ore Spontan și frecvent >24 de ore
T	Tipul de mamelon (Type of nipple)	Ombilicat	Plat	Protractil (poate fi întins către înainte) după stimulare

C	Comfortul sânului / mamelonului (Confort breast/nipple)	Sâni angorjați (umplerea sânilor cu mult lapte pe care bebelușul nu reușește să îl consume în timp util) Areola fisurată, sângerândă, cu echimoze Disconfort sever	Sâni plini Mamelon roșu / echimoze mici Disconfort ușor/moderat	Sân moale Mamelon nedureros
H	Poziționare (H old)	Supt asistat în întregime (personalul medical ține copilul la sân)	Asistență minimă (ridică capul, pune pernă pentru sprijin) Unele lucruri le face mama, altele este învățată Personalul medical poziționează copilul apoi mama îl preia	Nici o asistență din partea personalului Mama este capabilă să poziționeze și să țină copilul
Scor Total				

Sursa: Alimentația nou-născutului la termen sănătos (9)

Acest instrument folosește un scor cuprins între 0 și 2 pentru fiecare dintre cele 5 elemente enumerate. Scorul total obținut reprezintă suma scorurilor pentru fiecare element al instrumentului.

Anexa 3 Fișă de înregistrare a activității de educare a mamelor și a familiei

Nume: _____ Prenume: _____

A câta ședință de educare este: _____ Data completării fișei: _____

<p><i>Informații de furnizat la sfârșitul vizitei de educare a mamei și familiei.</i></p> <p>Alăptarea are efecte protectoare împotriva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecțiilor precum cele ale urechii și respiratorii. • Problemelor legate de stomac și burtă, cauzând diareea. • Sindromul morții subite. • Dezvoltării diabetului. • Obezitatea sau supraponderalitatea, factori de risc pentru boli cronice ulterioare. 	<p><i>Discuții în timpul vizitei:</i></p> <p>Laptele matern este singurul aliment de care are nevoie bebelușul Dvs. până la 6 luni. Alăptarea îl va ajuta pe bebelușul Dvs. să crească cât de sănătos se poate.</p> <p>Spuneți-mi câteva motive pentru care doriți să alăptați:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

Sursa: My breastfeeding guide (13)