

Pachetul intervențiilor esențiale în controlul bolilor netransmisibile la nivel de AMP

Conferința regională cu genericul
„Biblioteca sănătății în oficiul medicului de familie”
28 mai 2019, mun. Chișinău

Planul global de acțiuni 2013-2020



1. Reducerea mortalității premature prin BNT cu 25%
2. Acoperirea a 80% din BNT de bază cu tehnologii medicale
3. Acoperirea a 50% din BNT de bază cu terapie medicamentoasă și consiliere
4. 0% creștere a DZ și obezității
5. Reducerea cu 25% a HTA
6. Reducerea cu 30% a consumului de tutun
7. Reducerea cu 30% a consumului de sare
8. Reducerea cu 10% a inactivității fizice
9. Reducerea cu 10% a consumului nociv de alcool

Declarația politică privind BNT

- Accentul de bază pe 4 tipuri de BNT și 4 factori de risc comuni ce condiționează aceste boli

BNT	Factor de Risc	Consumul de tutun	Inactivitatea fizică	Alimentația nesănătoasă	Consumul nociv de alcool
IMA și AVC		+	+	+	+
DZ		+	+	+	+
Cancer		+	+	+	+
BPCO		+	+		

Obiective



O reducere relativă de 25% a mortalității generale cauzate de boli cardiovasculare, cancer, diabet zaharat sau boli respiratorii cronice.



Cel puțin 50% din persoanele eligibile să beneficieze de terapie medicamentoasă și consiliere (inclusiv controlul glicemic) pentru prevenirea atacului de cord și accidentului vascular cerebral.

Protocoalele PEN ale OMS

- Promovează modele eficiente de furnizare a serviciilor la nivel de AMP pentru managementul eficient al BNT.
- Abordare integrată a managementului pacientului cu BNT cu factori comuni de risc:
 - ✓ **PEN nr.1** - HTA+ DZ
 - ✓ **PEN nr.3** - BPCO+ AB
 - ✓ **PEN nr.4** - CCU+CGM
- Accent pe detectarea și reducerea factorilor de risc ce determină BNT – **PEN nr.2**
- Îmbunătățirea practicii de prescriere rațională a medicamentelor în vederea ameliorării indicatorilor de sănătate și reducerea costurilor serviciilor medicale.
- Elaborate în baza celor mai robuste dovezi acumulate, care includ minimul de intervenții ce asigură o cost-eficacitate maximă.



Protocoale clinice standardizate pentru medicii de familie

1. Dislipidemiile
2. Evaluarea riscului cardiovascular
3. Managementul riscului cardiovascular global
4. Hipertensiunea arterială
5. Diabetul zaharat
6. Alcoolismul
7. Astmul bronșic la adult
8. Bronhopneumopatia cronică obstructivă
9. Cancerul glandei mamare
10. Cancerul de col uterin, etc.



Cadrul normativ

- **Ordinul MSMPS nr.181 din 13.02.2019** Cu privire la aprobarea Protocolului adaptat al OMS PEN nr.1 „Prevenirea atacului de cord, accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin managementul integrat al DZ și HTA” **abrogă PCSPMF:**
 - *Dislipidemiile*
 - *Evaluarea riscului cardiovascular*
 - *Managementul riscului cardiovascular global*
 - *Hipertensiunea arterială*
 - *Diabetul zaharat*

- **Ordinul MSMPS nr.182 din 13.02.2019** Cu privire la aprobarea Protocolului adaptat al OMS PEN nr.2 „Educația pentru sănătate și consiliere pentru conduita sănătoasă”

PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE (PEN) NR.1

Prevenirea atacului de cord, accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin intermediul managementului integrat al DZ și HTA

Când poate fi utilizat acest Protocol?

- Protocolul clinic poate fi utilizat atât pentru managementul de rutină al HTA și DZ, cât și pentru screening, axându-se pe următoarele categorii de persoane:
 - vârsta ≥ 40 ani sau < 40 ani cu cel puțin una din următoarele caracteristici:
 - fumători
 - circumferință abdominală crescută (poziție verticală) B: ≥ 94 cm; F: ≥ 80 cm
 - cunoscuți cu HTA
 - cunoscuți cu DZ
 - cu cazuri de BCV în rândul rudelor de gradul I
 - cu cazuri de DZ sau boli renale în rândul rudelor de gradul I

Urmați instrucțiunile de la Acțiunea 1 până la Acțiunea 5, pas cu pas

Acțiunea 1. Întrebați despre:

- Boli cardiace diagnosticate, accident vascular cerebral (AVC), atac ischemic tranzitoriu (AIT), DZ, boli renale
- Angină pectorală, îngreunarea respirației în caz de efort și în stare de repaus, amorțeală sau slăbiciune a membrelor, pierdere în greutate, sete sporită, poliurie, umflare a feței și a picioarelor, sânge în urină, ș.a.
- Medicamente primite de pacient
- Consumul curent de tutun (da/nu) (dacă răspunsul este da, aplicați PEN nr. 2)
- Consumul de alcool (da/nu) (dacă răspunsul este da, aplicați PEN nr. 2)
- Ocupația (sedentară sau activă)
- Practicarea > 30 de min. de activitate fizică cel puțin 5 zile/săpt. (da/nu) (dacă nu, aplicați PEN nr. 2)

Acțiunea 2. Evaluați (examinarea fizică și testarea sângelui și a urinei):

- Măsurați circumferința abdominală
- Măsurați înălțimea, masa corporală și calculați IMC
- Măsurați tensiunea arterială, verificați prezența edemului periferic
- Palpați apexul pentru a identifica șocul apexian atenuat, deplasat
- Ascultați inima (ritmul și suflul cardiac), determinați frecvența contracțiilor cardiace
- Ascultați pulmonii (raluri mici nesonore, respirație atenuată)
- Examinați abdomenul (sensibilitatea hepatică)
- Colesterolul total, o dată pe an
- Glicemia bazală, o dată pe an

În cazul pacienților cu HTA: ECG, oftalmoscopie (< 40 ani și la HTA de gradul 3), HDL și LDL colesterol, creatinina serică, Na, K, hemoglobina, acidul uric, analiza generală de urină - o dată pe an

În cazul pacienților cu DZ:

- Screeningul complicațiilor: examinați picioarele (sensibilitatea, pulsul, prezența ulcerelor, deformărilor), oftalmoscopie
- Hemoglobina glicozilată (HbA1c) - de 2 ori pe an
- Microalbuminuria sau în lipsa posibilității - proteinuria cantitativă, creatinina serică, trigliceridele, HDL și LDL colesterol - o dată pe an

Acțiunea 3. Estimați riscul cardiovascular (RCV) și riscul DZ (pentru cei care nu au fost referiți): nota * excepție pacienții cu BCV constituită sau boală cronică renală și DZ

- Utilizați Diagrama de predicție a riscului cardiovascular SCORE (o dată la 5 ani cu riscul ≤ 1 și la fiecare vizită dacă se întreprind intervenții nemedicamentoase sau medicamentoase):
 - Utilizați vârsta, sexul, statutul de fumător, tensiunea arterială sistolică
 - Dacă vârsta este de 50-59 ani, selectați grupul de vârstă 50, dacă vârsta este de 60-69 ani, selectați grupul de vârstă 60 etc., pentru persoanele cu vârsta < 40 ani, selectați grupul de vârstă 40
 - Dacă persoana deja urmează un tratament, utilizați nivelele pre-tratament ale factorilor de risc (dacă informația este disponibilă, evaluați și înregistrați riscul pre-tratament, evaluați și riscul curent utilizând nivelele curente ale factorilor de risc)
 - Schemele de risc subestimează riscul în cazul celor cu antecedente familiale de BCV la vârste premature, obezitate, diabet zaharat, nivel sporit de trigliceride, persoanele cu boală renală, ș.a.
- Utilizați Chestionarul FINDRISC pentru estimarea riscului DZ (conform algoritmului)

➤ Când poate fi utilizat acest Protocol?

➤ Instrucțiuni privind acțiunile pas cu pas

Acțiunea 1. Întrebările care urmează a fi adresate

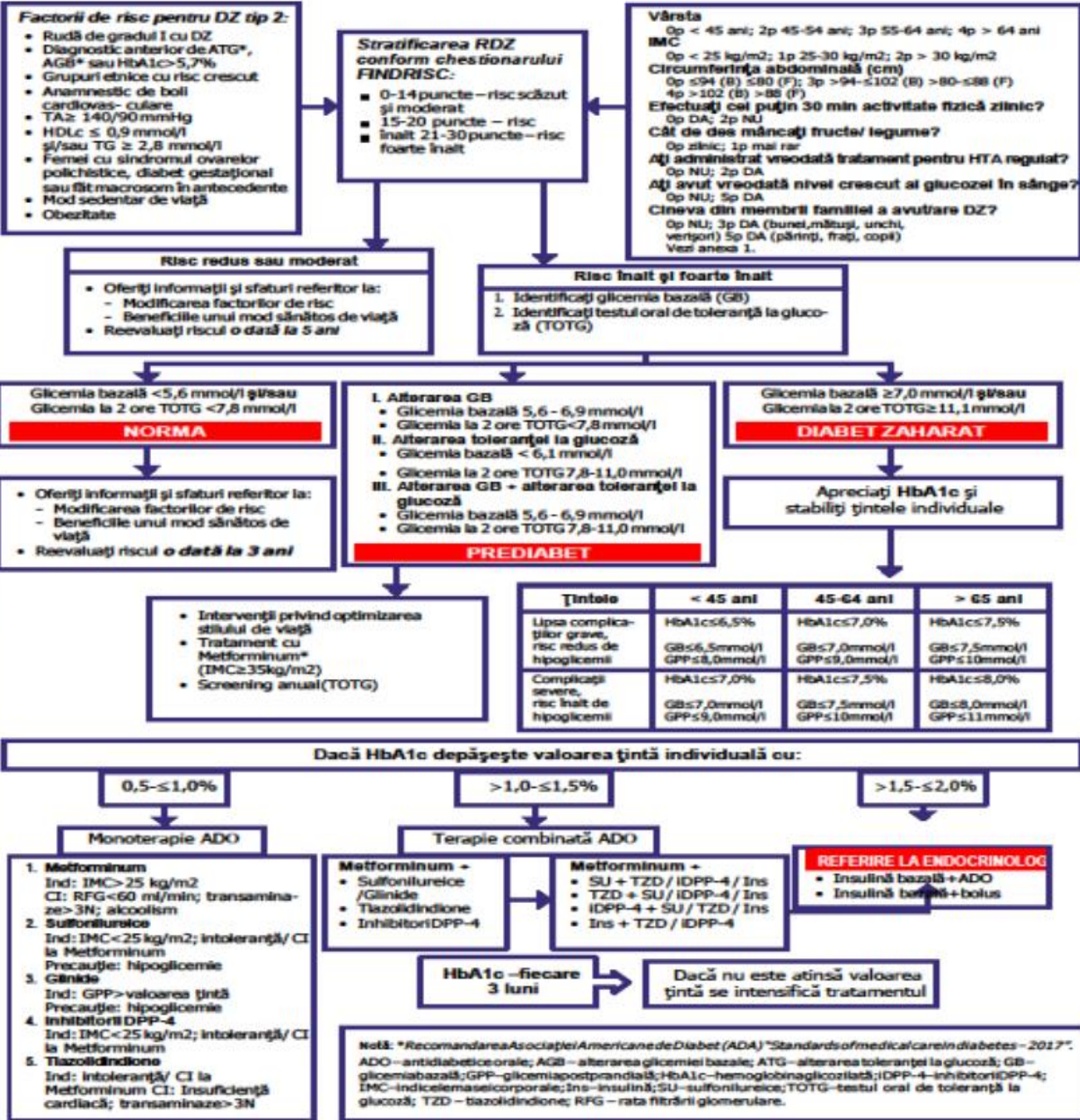
Acțiunea 2. Evaluarea (examinarea fizică și testarea sângelui și a urinei)

Acțiunea 3. Estimarea riscului cardiovascular (RCV) și riscului DZ (pentru cei care nu au fost referiți)

*Nota * excepție pacienții cu BCV constituită sau boală cronică renală și DZ*



Interpretați rezultatele estimării riscului DZ (RDZ) și intervenții



➤ Interpretarea rezultatelor estimării

Riscului DZ

➤ Intervențiile necesare:

▪ În dependență de RDZ, glicemia bazală, TOTG: normă, prediabet și DZ

▪ Aprecierea HbA1c și stabilirea țintelor individuale

▪ Monoterapie ADO

▪ Terapie combinată ADO

▪ Referire la endocrinolog

Acțiunea 4: Criterii de referire pentru toate vizitele:

De urgență:

- TAd > 120 mmHg
- Durere "de novo" în piept sau schimbarea gradului de severitate a anginei pectorale, sau simptome de AVC sau AIT
- Semne de afectare a organului țintă (creier, retină, cord, rinichi, vase)
- Preeclampsie și eclampsie în timpul sarcinii
- DZ cu deteriorare recentă a vederii

Programate:

- Sufiu cardiac nou apărut sau modificat
- TAs > 140/TAd > 90 mmHg în cazul persoanelor < 40 ani (pentru a exclude hipertensiunea secundară)
- TA ridicată > 140/90 mmHg (în DZ peste 130/80 mmHg) la pacienții aflați pe dubla sau tripla terapie antihipertensivă
- În cazul bolilor cardiace cunoscute, AVC, AIT, DZ, boli renale - referire conform PCN
- Proteinurie de orice tip, clearance-ul creatininei scăzut (< 60 ml/min/1,73 m²)
- Colesterol total > 8 mmol/l
- Risc cardiovascular înalt și foarte înalt ≥ 10%
- DZ la persoane cu vârsta < 40 ani
- DZ cu tratament insuficient (dacă HbA1c depășește valoarea țintă individuală cu 2%)
- DZ cu infecții severe și/sau picior diabetic

Dacă criteriile de referire nu sunt prezente, treceți la Acțiunea 5

Acțiunea 5. Oferiți consiliere și tratați după cum se indică mai jos reieșind din RCV

Risc	Consiliere și tratament	Intervenții adiționale pentru persoanele cu DZ:
Risc Moderat ≤9%	<ul style="list-style-type: none">■ Oferiți consiliere cu privire la dietă, activitate fizică, renunțare la fumat și evitarea consumului nociv de alcool (conform PEN nr.2)■ Dacă RCV < 5 %, supraveghere după 12 luni■ Dacă RCV constituie 5 - ≤9 %, iar LDL ≥2,6 (dacă este disponibil LDL) ori colesterolul total ≥8 mmol/l - indicați statine;■ Supraveghere o dată la 3 luni, până la atingerea țintelor, apoi după 6-9 luni	<ul style="list-style-type: none">■ Indicați un anti- HTA pentru cei cu TA >130/80 mmHg■ Indicați statine pentru cei cu DZ tip 2 cu vârsta > 40 ani, care au valori majorate ale LDL (≥1,8 mmol/L)
Risc Înalt 10-14%	<ul style="list-style-type: none">■ Oferiți consiliere cu privire la dietă, activitate fizică, renunțare la fumat și evitarea consumului nociv de alcool (conform PEN nr.2)■ În TA persistentă >140/90 mm Hg, examinați posibilitatea indicării medicamentelor (vezi Algoritmul terapiei medicamentoase)■ Dacă LDL constituie ≥1,8 (dacă este disponibil LDL) ori colesterolul total ≥7,5 mmol/L - indicați statine■ Supraveghere o dată la 3-6 luni	<ul style="list-style-type: none">■ Oferiți sfaturi cu privire la igiena picioarelor, tăierea unghiilor, tratamentul bățăturilor, încălțăminte potrivită și evaluați riscul piciorului diabetic utilizând metode simple (inspectare, senzația de înțepătură)
Risc Foarte înalt ≥15%	<ul style="list-style-type: none">■ Oferiți consiliere cu privire la dietă, activitate fizică, renunțare la fumat și evitarea consumului nociv de alcool (conform PEN nr.2)■ În TA persistentă > 130/80mm Hg, examinați posibilitatea indicării medicamentelor (vezi Algoritmul terapiei medicamentoase)■ Indicați statine■ Supraveghere o dată la 3 luni, dacă nu se reduce RCV după șase luni se face referire la următorul nivel de asistență medicală	<ul style="list-style-type: none">■ Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei sunt recomandați ca tratament de primă linie pentru hipertensiune■ Beta blocantele nu sunt recomandate pentru tratamentul inițial, dar pot fi utilizate dacă inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sunt contraindicați.
Aspecte importante de practică	<ul style="list-style-type: none">■ Indicați tratamentul medicamentos pentru următoarele categorii de persoane:<ul style="list-style-type: none">- Cu DZ și boală cardiovasculară stabilă (boala cardiacă coronariană, IMA, AIT, BCV/boli vasculare periferice), boli renale. Dacă pacientul primește tratament și situația e stabilă, continuați tratamentul deja indicat și considerați-l cu RCV ≥15%.- Cu albuminurie, retinopatie, hipertrofie ventriculară pe stânga- Cu HTA persistentă >160/100 mmHg; tratament anti-hipertensiv.- Cu un colesterol total de 7,5 mmol/l sau peste; consiliere cu privire la modul de viață și utilizarea statinelor.■ Planificați intervenții pentru persoana concretă, pe termen scurt (1-3 luni) și pe termen lung.	<ul style="list-style-type: none">■ Supravegheați o dată la 3 luni HbA1c (până la atingerea valorii țintă individuale, apoi o dată la 6 luni) și zilnicul de autocontrol al pacientului

Acțiunea 4: Criterii de referire pentru toate vizitele:

■ De urgență

■ Programate

Dacă criteriile de referire nu sunt prezente, se trece la **Acțiunea 5**: Consilierea și tratamentul reieșind din RCV identificat:

✓ Moderat ≤9%

✓ Înalt 10-14%

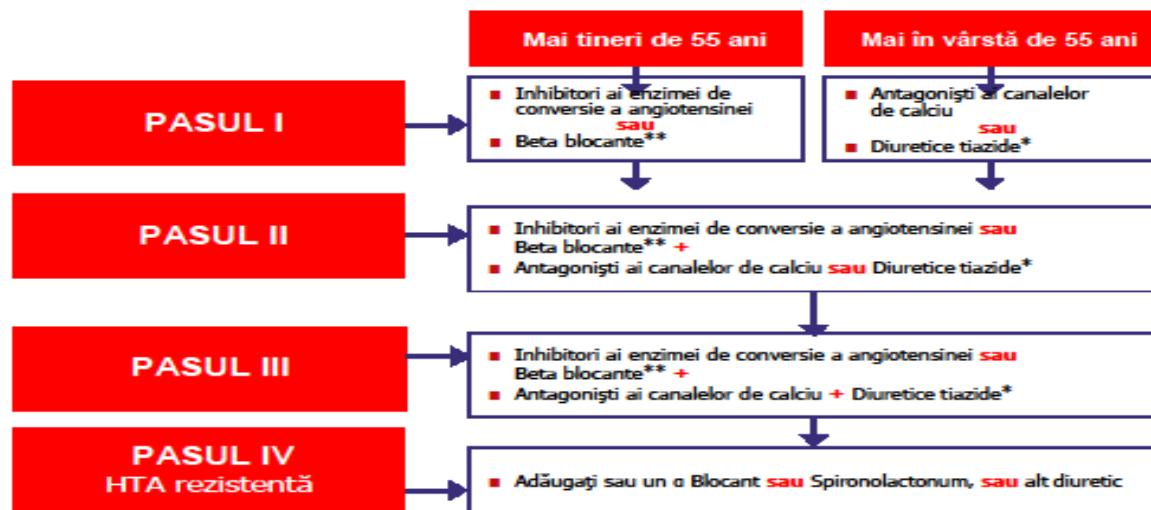
✓ Foarte înalt ≥15%

➤ Intervențiile adiționale pentru persoanele cu diabet zaharat



Proiect
Viață Sănătoasă
Reducerea poverii bolilor netransmisibile

5.1 Algoritmul terapiei medicamentoase în HTA



Notă: Testați creatinina și potasiul în ser înainte de indicarea unui inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanților receptorilor de angiotensină.

*Diuretice tiazide în doze mici (12.5 mg). ** Terapie combinată cu Betablocante și diuretice poate induce diabetul zaharat

Sfaturi pentru pacienți și familie

- Evitați sarea de bucătărie și reduceți bucatele sărate, cum ar fi murăturile, peștele sărat, fast-food, alimentele procesate, alimentele conservate și cuburi concentrate de supă
- Verificați cu regularitate nivelul glucozei în sânge (zilnicul de autocontrol), tensiunea arterială (auto-măsurarea TA la domiciliu)

Sfaturi specifice pentru DZ

- Reduceți greutatea corporală prin reducerea aportului alimentar
- Dați preferință alimentelor cu indicele glicemic redus (de ex. fasole, linte, ovăz și fructe proaspete) drept sursă de carbohidrați în regimul alimentar
- Dacă utilizați medicamente (sulfanilureice, glinide, insulină) pentru DZ, care ar putea cauza reducerea drastică a nivelului de glucoză în sânge, purtați mereu cu Dumneavoastră zahar sau dulciuri
- Dacă ați fost diagnosticat cu DZ, trebuie să consultați un oftalmolog pentru identificarea unor posibile complicații (retinopatie diabetică), ulterior la fiecare 2 ani sau conform recomandării oftalmologului
- Evitați să mergeți desculț sau fără ciorapi
- Spălați picioarele în apă caldă și uscați-le bine, în special între degete
- Nu tăiați bățaturile sau nodurile și nu utilizați agenți chimici asupra acestora
- Examinați picioarele în fiecare zi și dacă observați vreo problemă sau leziune, adresați-vă la medic

Repețați

Întrebați despre: simptome noi, conformarea cu sfaturile privind consumul de tutun și alcool, activitatea fizică, regimul alimentar sănătos, medicamente, etc.

Acțiunea 2 Evaluați (examinare fizică)

Acțiunea 3 Estimați riscul cardiovascular. În caz de DZ evaluați țintele individuale

Acțiunea 4 Referiți, dacă este necesar la specialist

Acțiunea 5 Oferiți consiliere și tratați conform protocolului

➤ Algoritmul terapiei medicamentoase în HTA

➤ Sfaturi pentru pacienți și familie

➤ Sfaturi specifice pentru DZ



PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE PEN NR.2

Educația pentru sănătate și consilierea cu privire la conduita sănătoasă

Când poate fi utilizat acest Protocol?

Protocolul clinic este destinat pentru educația și consilierea tuturor persoanelor cu privire la conduita sănătoasă prin:

1. Practicarea sistematică a activității fizice.
2. Adoptarea unui regim alimentar sănătos.
3. Renunțarea la fumat.
4. Evitarea consumului nociv de alcool.
5. Adresarea și supravegherea la medicul de familie și respectarea recomandărilor și tratamentului indicat.

Urmați instrucțiunile de la Acțiunea 1 până la 5, pas cu pas.

Acțiunea 1. Recomandați practicarea sistematică a activității fizice

- Sporirea progresivă a activității fizice până la un nivel moderat (de exemplu, mersul pe jos), cel puțin 30 min/zi, 5 zile/săptămână.
- Controlul masei corporale (greutății) prin practicarea unui nivel adecvat de activitate fizică.

Acțiunea 2. Recomandați adoptarea unui regim alimentar sănătos

- **Consumul de sare (clorura de sodiu)**
 - Restricționarea consumului de sare mai puțin de 5 grame (o linguriță) pe zi.
 - Reducerea cantității de sare adăugată la gătit, limitarea consumului de produse alimentare procesate și de tip fast food.
- **Consumul de fructe și legumele**
 - Consumul a 5 porții (400-500 grame) de fructe și legume pe zi, preponderent în stare proaspătă.
 - 1 porție este echivalentă cu 1 (un) măr, 1 (o) portocală, 1 (o) banană, 1 (un) morcov sau a 3 (trei) linguri de legume gătite.
- **Consumul de alimente grase**
 - Limitarea consumului de carne grasă, produse lactate grase (frișcă, smântână) și a uleiului de gătit (mai puțin de 2 linguri pe zi).
 - Înlocuirea untului de porc, a untului și margarinei cu ulei de floarea soarelui, ulei de măsline, ulei de rapiță, ulei de soia.
 - Înlocuirea cămii de porc și de vită cu carne de găină (fără piele), leguminoase (fasole, năut, mazăre, linte), pește.
- **Regimul alimentar general**
 - Respectarea regimului de cel puțin trei mese pe zi.
 - Diversificarea regimului alimentar, includerea preponderentă a produselor de origine vegetală.
 - Gătirea preferențială prin fierbere, coacere, înăbușire.
 - Reducerea consumului de zahăr, produselor de cofetărie și patiserie, băuturilor răcoritoare și energizante.
- **Aplicați algoritmul celor 5 A pentru persoanele supraponderale**
 - Inițiați o discuție (**Ask**) despre masa corporală (greutatea) a pacientului într-un mod necritic și evaluați patogeneza excesului de greutate.
 - Acordați sfaturi (**Advise**) privind beneficiile pentru sănătate a scăderii în greutate, informați despre riscurile supraponderabilității și obezității, opțiunile de tratament și strategiile pe termen lung pentru reducerea greutateii.
 - Evaluați (**Assess**) nivelul de pregătire a pacientului pentru a reduce masa corporală.
 - Stabiliți un acord dintre medic și pacient (**Agree**) cu privire la așteptările și obiectivele pentru scăderea în greutate și opțiunile de tratament individualizate.
 - Oferiți sprijin (**Assist**) pentru respectarea planului de tratament convenit și monitorizarea implementării acestuia.

➤ Când poate fi utilizat acest Protocol?

➤ Instrucțiuni privind acțiunile pas cu pas

Acțiunea 1. Recomandări privind practicarea sistematică a activității fizice

Acțiunea 2. Recomandări privind adoptarea unui regim alimentar sănătos

■ *Consumul de sare*

■ *Consumul de fructe și legumele*

■ *Consumul de alimente grase*

■ *Regimul alimentar general*

■ *Algoritmul celor 5 A pentru persoanele supraponderale*



Proiect
Viață Sănătoasă
Reducerea poverii bolilor netransmisibile

Acțiunea 3. Evaluați și oferiți consiliere privind renunțarea la fumat

- **Încurajați** toți nefumătorii de a nu începe să fumeze.
- **Recomandați** cu insistență tuturor fumătorilor, inclusiv celor care utilizează alte forme de tutun, să renunțe la fumat și susțineți aceste eforturi.
- **Sfătuiți** pacienții de a nu consuma tutun atunci când există riscuri adiționale: în timpul sarcinii, alăptării la sân, boli cardiovasculare, diabet zaharat.
- **Informați pacientii despre:**
 - după vârsta de 35 de ani, pentru fiecare an în care se fumează în continuare se pierde, în medie, trei luni de viață;
 - beneficiile renunțării la fumat sunt substanțiale și rapide. Riscul de deces datorat fumului începe să scadă la scurt timp după renunțare, iar tendința descendentă se menține de-a lungul a încă 10-15 ani.

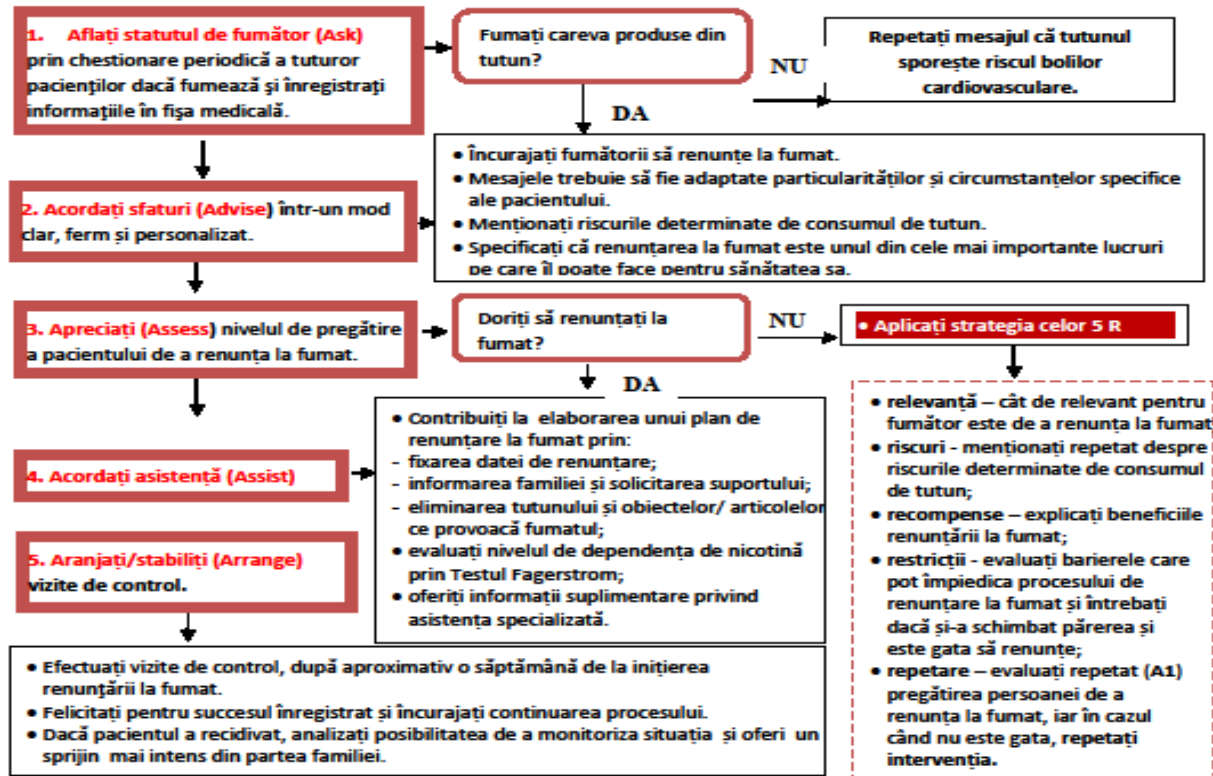
Aplicați Algoritmii celor 5 A și Strategia celor 5 R.

3.1 Testul Fagerstrom

Testul Fagerstrom (anexă) – instrument-standard pentru evaluarea intensității dependenței fizice de nicotină, care se poate realiza în doar câteva minute și poate ajuta medicii să:

- evalueze nivelul de pregătire a fumătorului să renunțe la fumat;
- evalueze încrederea fumătorului în succesul renunțării la fumat;
- evalueze dacă persoanele pot renunța la fumat cu ușurință sau nu;
- prescrie terapia de substituție a nicotinei pentru sevrăjul nicotinic.

3.2 Algoritmii celor 5 A și Strategia celor 5 R



Acțiunea 3. Evaluarea și consilierea privind renunțarea la fumat

Aplicarea Algoritmii celor 5 A

1. **Aflați statutul de fumător (Ask)**
2. **Acordați sfaturi (Advise)**
3. **Apreciați (Assess)** nivelul de pregătire a pacientului de a renunța la fumat
4. **Acordați asistență (Assist)**
5. **Aranjați/stabiliți (Arrange)** vizite de control

Aplicarea Strategiei celor 5 R, când nu se dorește să renunțe la fumat:

1. **Relevanță**
2. **Riscuri**
3. **Recompense**
4. **Restricții**
5. **Repetare – evaluați repetat (A1)**

Testul Fagerstrom



Proiect
Viață Sănătoasă
Reducerea poverii bolilor netransmisibile

Acțiunea 4. Evaluati nivelul de consum al alcoolului și oferiți consiliere

- Sustineți abținerea la alcool.
- Atenționați și sfătuiți pacientii să nu consume alcool când există riscuri adiționale:
 - femeile gravide, cele care intenționează să rămână gravide sau alăptează la sân;
 - conducerea unui mijloc de transport sau munca la diferite utilaje mecanice sau automate;
 - administrarea medicamentelor ce interacționează cu alcoolul, cum ar fi sedativele, preparatele analgezice și unele antihipertensive;
 - o contraindicație determinată de boală;
 - dificultăți în controlul consumului de alcool.
- Informați despre efectele nocive ale consumului de alcool asupra sănătății care sunt proporționale cu cantitatea și modelul de consum. Unele efecte sunt acute, fiind asociate cu ocazii particulare de consum, iar altele sunt cronice, determinate de consumul repetat. Menționați că alcoolul afectează aproape toate organele corpului uman și contribuie la apariția a mai mult de 60 maladii și traumatisme. Printre maladiile cronice determinate de consumul nociv de alcool sunt cirozele, pancreatitele, cardiomiopatiile, hipertensiunea, accidentul vascular cerebral și mai multe tipuri de cancer.
- Aplicați testul **AUDIT** (anexă) pentru a identifica persoanele cu consum riscant și nociv de alcool.
- În cazul identificării persoanelor cu consum riscant și nociv de alcool aplicați următorii pași:
 - **Acordați sfaturi (Advise)** într-un mod clar, ferm și personalizat, în vederea reducerii consumului de alcool până la un risc scăzut al consumului (bărbați: < 2 băuturi standard/zi, < 14/săptămână; femei: < 1 băutură standard /zi, < 7 / săptămână; persoane peste 65 ani < 1 băutură standard/ zi). Mesajele trebuie să fie adaptate particularităților și circumstanțelor specifice, precum și stării de sănătate ale pacientului. Menționați riscurile determinate de consumul de alcool. Specificați faptul că reducerea consumului de alcool este un factor important pentru a îmbunătăți stării de sănătate.
 - **Evaluați (Assess)** nivelul de pregătire a pacientului de a reduce nivelul de consum. În cazul în care pacientul este gata să reducă consumul, treceți la următorul pas, iar dacă nu - menționați repetat despre riscurile determinate de consumul de alcool, beneficiile reducerii consumului, evaluați barierele ce pot împiedica procesul de reducere a consumului și întrebați dacă și-a schimbat părerea și este gata să reducă consumul.
 - **Acordați asistență (Assist)** în elaborarea unui plan de reducere a consumului de alcool. Oferiți informații suplimentare. La necesitate, trimiteți la specialist pentru a primi servicii specializate de tratament.
 - **Aranjați/stabiliți (Arrange)** următoarele vizite de control, după aproximativ o săptămână de la inițierea reducerii consumului. Stabiliți numărul de vizite repetate în conformitate cu algoritmul.

1 băutură standard de alcool = 1 unitate de alcool (U) = 10 g de alcool pur

• Bere: 330 ml cu 4% alcool = 10 g de etanol = 1.0 U

• Vin: 120 ml cu 12% alcool = 10 g etanol = 1.0 U

• „Tărie” (ex: whisky, țuică, vodcă, gin): 30 ml cu alcool 40% = 10 g etanol = 1 U

Formula de calcul:

Cantitatea de băutură în litri (volumul recipientului) înmulțită cu procentele în volum de alcool (%) înmulțită cu 0,79 (care este densitatea etanolului la temperatura camerei) este egală cu numărul de băuturi standard.

Exemplu: o sticlă de bere de 500 ml, cu 5% alcool în volum: 0,5 înmulțit cu 5 înmulțit cu 0,79 este egal cu 1,97 băuturi standard: $0,5 \times 5 \times 0,789 = 1,97 \approx 2$ băuturi standard (U)

Acțiunea 4. Evaluarea nivelului de consum al alcoolului și oferirea consilierii

➤ Aplicarea **Testului AUDIT** pentru a identifica persoanele cu consum riscant și nociv de alcool

În cazul identificării persoanelor cu consum riscant și nociv de alcool :

■ **Acordați sfaturi (Advise)**

■ **Apreciați (Assess)** nivelul de pregătire a pacientului de a reduce nivelul de consum

■ **Acordați asistență (Assist)** în elaborarea unui plan de reducere a consumului de alcool

■ **Aranjați/stabiliți (Arrange)** următoarele vizite de control



Proiect
Viața Sănătoasă
Reducerea poverii bolilor netransmisibile

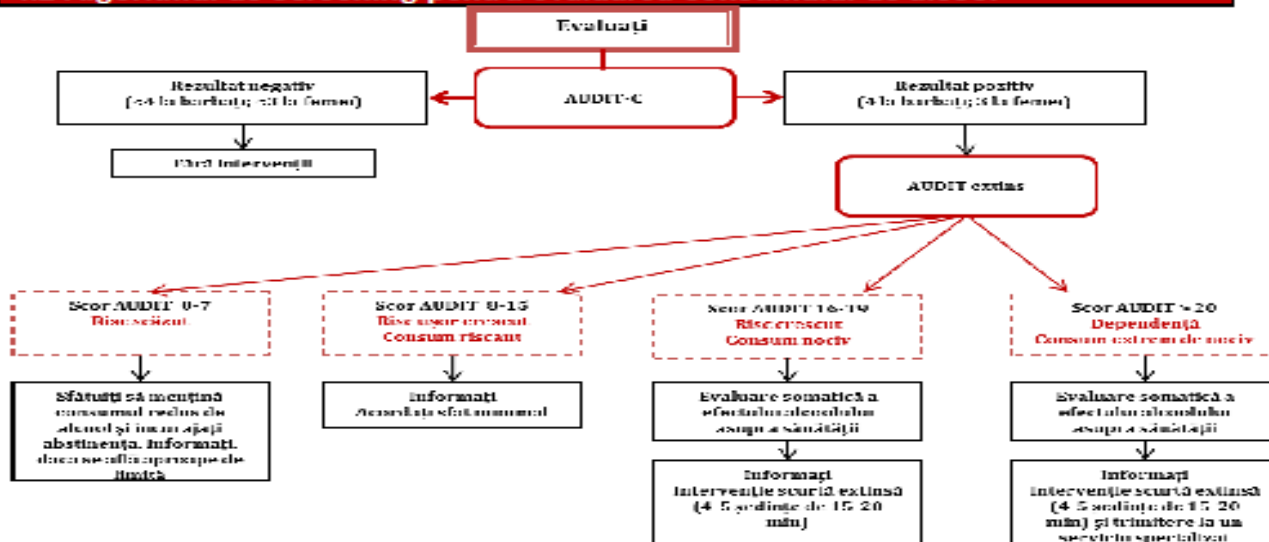
4.1 Principalele recomandări pentru screening

- Se recomandă efectuarea screeningului pentru identificarea consumului inadecvat de alcool în populația-țintă începând cu 18 ani, iar evaluarea repetată peste fiecare 4-5 ani. La adolescenții cu vârsta de 15-18 ani se recomandă evaluare anuală.
 - Pentru pre-screening se va aplica AUDIT-C care conține primele 3 întrebări din AUDIT. La un scor de >4 la bărbați și > 3 la femei se va completa chestionarul AUDIT integral.
 - Se va considera zona de risc scorul 4 la bărbați și 3 la femei pentru AUDIT-C, și scorul de la 8 și mai mare pentru testul AUDIT.
 - Se recomandă aplicarea chestionarului, înaintea consultației, ca parte dintr-o evaluare a factorilor de risc. El poate fi aplicat de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie. Chestionarul poate fi și autoadministrat.
 - Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru identificarea riscului consumului de alcool. Biomarkerii pot fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.
 - Recomandați, în funcție de starea sănătății, bărbații să nu consume mai mult de 2 U/zi și nu mai mult de 14 unități pe săptămână; femeile și bărbații peste 65 ani să nu consume mai mult de 1U/zi și nu mai mult de 7 unități pe săptămână.
- În cazul aplicării chestionarului AUDIT integral, se recomandă la scoruri de: (i) 8-15 sfat minimal; (ii) 16-19 intervenția scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 min) pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool; și (iii) ≥20 intervenția scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 min) și referire către tratament specializat în adicții.

➤4.1 Principalele recomandări pentru screening

➤4.2 Algoritmul de screening pentru evaluarea consumului de alcool

4.2 Algoritmul de screening pentru evaluarea consumului de alcool



Acțiunea 5. Consilierea cu referire la respectarea tratamentului indicat

Acțiunea 5. Consilierea cu referire la respectarea tratamentului indicat

Dacă pacientului i se indică medicamente:

- Învățați-l cum se administrează la domiciliu medicamentele prescrise:
 - explicați-i diferența între medicamentele pentru control pe termen lung (de ex. în HTA) și cele pentru alinare rapidă (de ex. pentru respirația șuierătoare);
 - spuneți-i care sunt motivele pentru indicarea medicamentelor.
- Arătați-i pacientului doza necesară.
- Explicați-i de câte ori pe zi să ia medicamentul.
- Etichetați și ambalați pastilele.
- Verificați dacă pacientul a înțeles explicațiile.

Explicați importanța păstrării unui stoc adecvat de medicamente și necesității de a lua medicamentele în mod regulat conform indicației, chiar dacă nu există simptome.

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 182 din 13.02.2019 Cu privire la aprobarea Protocolului adaptat al OMS PEN nr.2 „Educația pentru sănătate și consilierea cu privire la conduita sănătoasă”.



Proiect
Viața Sănătoasă
Reducerea poverii bolilor netransmisibile

Testul Fagerstrom pentru dependența de nicotină

1.	Cât de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?	
	Mai puțin de 5 minute	3
	6-30 minute	2
	31- 60 minute	1
	Mai mult de 60 de minute	0
2.	Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locurile unde acesta este interzis (de exemplu, biserică, cinematograful, tren, restaurant etc.)?	
	DA	1
	NU	0
3.	La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?	
	La prima țigară de dimineață	1
	La celelalte	0
4.	Câte țigări/ zi fumați?	
	Mai puțin de 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Mai mult de 30	3
5.	Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?	
	DA	1
	NU	0
6.	Continuați să fumați chiar și atunci când sunteți foarte bolnav, imobilizat la pat în mare parte a zilei?	
	DA	1
	NU	0

Punctaj:

0-2 puncte	dependență foarte mică	6-7 puncte	dependență mare
3-4 puncte	dependență mică	8-10 puncte	dependență foarte mare
5 puncte	dependență medie		

Rezultate:

Dacă gradul de dependență este mare sau foarte mare, se va folosi terapia de substituție a nicotinei.

Chestionarul AUDIT de evaluare a consumului riscant și nociv de alcool

1. Cât de des consumați produse ce conțin alcool?				
(0) Niciodată (treceți la Întrebarea 9-10)	(1) O dată în lună sau mai rar	(2) 2-4 pe lună	(3) 2-3 ori pe săptămână	(4) 4 sau > pe săptămână
2. Câte băuturi alcoolice standard consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?				
(0) Una sau două	(1) Trei sau patru	(2) Cinci sau șase	(3) Șapte sau nouă	(4) Zece sau mai mult
3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi standard la o singură ocazie?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți de consumat alcool odată ce ați început?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza consumului de alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți alcool de dimineață ca să vă reveniți după o beție?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați consumat alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în ziua trecută din cauză că ați băut alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămănal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați consumat alcool?				
(0) Nu	(2) Da, dar nu în ultimul an	(4) Da, în ultimul an		
10. O rudă, un prieten, un medic sau altcineva a fost îngrijorat că consumați alcool și v-a sfătuit să-l reduceți?				
(0) Nu	(2) Da, dar nu în ultimul an	(4) Da, în ultimul an		
SCOR CHESTIONAR _____				
Interpretare rezultate: 1-7 p. Risc scăzut pentru sănătate 8-15 p. Consum riscant 16-19 p. Consum nociv, dăunător 20 > Consum extrem de nociv, posibil dependentă				

Traseul pacientului cu HTA și DZ



Asistentul medical de familie/Asistentul medical comunitar

- Identificarea persoanelor din grupul de risc pentru HTA și DZ în baza criteriilor de: vârstă, factori de risc comportamentali (consum de alcool, tutun, obezitate etc.), anamnezic familial agravat, boli concomitente care agravează pronosticul
- Invitarea activă și programarea pentru consult medical a persoanelor cu factori de risc pentru HTA și DZ
- Invitarea și programarea pentru consult medical a pacienților luați la evidență cu diagnosticul de HTA și DZ

Asistentul medical din cabinetul de triaj/Asistentul medical de familie

- Măsurarea TA, FCC
- Măsurarea circumferinței abdominale
- Antropometria cu calcularea IMC
- Determinarea acuității vizuale
- Determinarea glicemiei bazale (cu glucometru la necesitate)
- Determinarea colesterolului (cu colesterolmetru la disponibilitate și necesitate)
- Evaluarea comportamentului alimentar (PEN nr.2)
- Evaluarea nivelului de activitate fizică (PEN nr.2)
- Evaluarea consumului de alcool - Testul AUDIT (PEN nr.2)
- Evaluarea consumului de tutun și nivelului de dependență - Chestionarul Fagerstrom (PEN nr.2)
- Aprecierea riscului cardiovascular - SCORE
- ECG (la necesitate)
- Controlul piciorului diabetic
- Consilierea/școlarizarea pacienților cu referire la modul sănătos de viață (PEN nr.2)
- În caz de necesitate - managementul urgențelor (BCV, DZ)

Cei fără
risc

- Încurajarea și consilierea/școlarizarea pacienților cu referire la modul sănătos de viață (PEN nr.2)
- Reevaluarea peste 1 an

NU

Medicul de familie

- Examenul clinic (anamnezic, evaluare conform PEN nr.1)
- Oftalmoscopia
- Calcularea/interpretarea riscului cardiovascular și FINDriscului
- Stabilirea diagnosticului prezumtiv / clinic
- Recomandarea tratamentului (conform PEN nr.1)
- Consilierea cu referire la controlul HTA și/sau DZ (PEN nr.1 și PEN nr.2)
- Elaborarea planului individual de supraveghere

Cei cu
risc de
HTA,
DZ

Necesită investigații
suplimentare?

Da

Laborator

- Investigații de laborator și instrumentale conform prevederilor PEN nr.1

Medicul de familie

- Reevaluarea pacientului
- Interpretarea rezultatelor investigațiilor de laborator și instrumentale

Sunt prezente criteriile
de referire?

Nu

Da

Medicul de familie

- Stabilirea diagnosticului final
- Recomandarea tratamentului (conform PEN nr.1)
- Consilierea cu referire la controlul HTA și/sau DZ (PEN nr.1 și PEN nr.2)
- Elaborarea planului individual de supraveghere

Medicii specialiști de profil

- În cazul prezentei criteriilor de referire conform PEN nr.2

Mulțumesc pentru atenție!