

## 1. Cefalhematomul

Este o colectie hemoragica localizata sub periostul unui sau mai multor oase craniene, ca urmare a ruperii unor vase de sange in cursul nasterii. Colectia sanguine este bine delimitata la nivelul suturilor craniene. Localizarea cea mai frecventa este parietala.

Acumularea de sange se efectueaza lent, cefalhematomul fiind evident clinic dupa cateva ore sau zile de la nastere. Tegumentele sunt nemodificate, punga hematomului este fluctuenta, bine delimitata, de o bordura proeminenta, datorita depunerii de fibrina la nivelul periferiei hematomului, dand impresia falsa de infundarea craniului.

Rezorbția hematomului se face lent in 2-8 saptamani, in functie de volumul acestuia. Nu se va efectua punctiunea hematomului, datorita riscului de infectie. Daca hematomul se asociaza si cu fractura craniana, acesta nu necesita tratament.

## 2. Stridorul laringian congenital

Stridorul se datoreaza unei consistente scazute a peretelui laringian, determinate genetic si care apare cu o frecventa de aproximativ 1 caz /3000 nou nascuti.

Tablou clinic

- Boala se manifesta in primele zile sau saptamani de la nastere, simptomatologia accentuandu-se in primele luni si cu evolutie spre disparitie spontana intre 6-12 luni, rareori in cursul celui de-al doilea an de viata
- Simptomatologia clinica este frusta (stare generala neafectata, absenta febrei si a tulburarilor digestive)
- Simptomul dominant este stridorul laringian cu caracter inspirator, aparitie intermitenta, declansat de agitatie, alimentatie, infectii respiratorii
- Intensitatea sa variaza cu pozitia (accentuare în decubit dorsal si flexie anterioara)



- Tuse, agitație
- Anomalii congenitale (neuro-psișice, cardiace, scheletice)

Diagnosticul diferential se face cu:

- Malfomațiile cartilajelor
- Hipoplazia mandibulei
- Gusa congenitală
- Sindromul Pierre Robin

Evoluția este favorabilă, cu vindecare spontană în primii 2 ani de viață, dar cu persistența unor anomalii minore ale funcției pulmonare până la adolescență

Tratament: nu există specific; în cazurile severe se impune intubația traheală sau traheostomia

### 3. Endocarditele bacteriene

Etiologie:

- Factori favorizanti: cardiopatii congenitale
  - reumatism articular acut
  - cateter venos
  - interventii instrumentare dentare
  - urinare
  - intestinale
- Factori cauzali: Streptococul Viridans (50%)
  - Stafilococul auriu (40%)
  - Enterococ
  - Streptococ beta hemolitic



Pneumococ

Fungi, rickettsii

#### Tablou clinic

- Boala apare dupa varsta de 3 ani, in special la copii cu anomalii cardiace (tetralogia Fallot, DSV, stenoza aortica, persistenta de canal arterial, valvulopatii post reumatismale)
- Endocardita acuta se manifesta clinic ca o septicemie grava, cu manifestari cardiace si sistemice
- Endocardita lenta debuteaza insidiuos la un copil cu cardiopatie preexistenta prin: febra neregulata rezistenta la tratament, paloare, astenie, anorexie, eruptii vasculare petesiale, noduli cutanati durerosi si mobili, manifestari embolice (pulmonare, cerebrale, renale, splenice); la auscultatie apar sufluri noi si semne de insuficienta cardiaca sau pericardita.

#### Examen de laborator releva:

- Leucocitoza, polinucleoza, VSH crescut, CRP pozitiva, hipergamaglobulinemie, anemie, proteinurie, hematurie, hemoculturi pozitive

#### 4. Oxiuraza

Enterobius vermicularis este un vierme cilindric de culoare alba, femela masoara 9-12mm lungime, iar mascului 3-5mm lungime.

#### Epidemiologie

Oxiurii traiesc in regiunea ileonului terminal, dupa fecundare femelele migreaza si depun ouale la nivelul regiunii anale. Contaminarea copilului se face prin scarpinarea zonei pruruginoase perianale, de pe lenjeria de corp si de pe obiectele contaminate. Contaminarea cea mai frecventa este fecal-orală, ouale ajung in intestine, elibereaza larva care migreaza in colon si se transforma in adult, in 15-28 zile de la contaminare.



## Tablou clinic

- Apare frecvent la copii intre 2-15 ani si se manifesta prin: prurit anal cu leziuni de grataj, microhemoragii si suprainfectii.

La fetite, parazitarea poate fi genital cu complicatii inflamatorii zonale;

- Tulburari digestive nespecifice: dureri abdominale, care simuleaza apendicita, greata, anorexie, tulburari de tranzit intestinal;
- Manifestari neurologice: insomnie, cosmar, caracter instabil, bruxism, enuresis.

Diagnosticul se stabileste prin observarea oxiurilor la nivelul marginii anale, prin eliminarea acestora prin scaun, sau prin depistarea oualor de paraziti la examenul coproparazitologic.

## Tratament:

- Profilactic: igiena corecta (taierea unghiilor, spalarea inainte de masa si dupa defecare, schimbarea zilnica a lenjeriei de corp)

## Tratament medical

- Pamoat de pyrantel (combantrin): 10-11mg/kg in doza unica cu repetare dupa 2 saptamani
- Mebendazol (vermox): 100mg, in doza unica, cu repetare dupa 2 saptamani
- Pamoatul de pirviniu (Vermigal): 5mg/kg, in doza unica, cu repetare dupa 2 saptamani
- Derivati de piperazina (nematocton): 50-65mg/kg/zi in doza unica zilnica timp de 7 zile

## 5. Insuficienta renala acuta

### Tablou clinic

1. Faza initiala (de debut)



În această fază simptomatologia este nespecifică, polimorfă, predominând manifestările bolii de bază (gastroenterite, cardiopatii, obstrucții vasculare, uropatii vasculare).

## 2. Insuficiența renală propriu-zisă (perioada de stare)

În această perioadă se înregistrează:

- a) Oligurie, anurie
- b) Retenție azotată
- c) Tulburări hidroelectrolitice și acido bazice
- d) Anemie
- e) Scăderea rezistenței la infecții

a) Anuria se observă în:

- GNA rapid progresivă
- sindromul hemolitic uremic
- obstrucția arterei sau venei renale principale
- uropatii obstructive complete
- necroza corticală
- necroza tubulară acută, ischemică sau toxică

Durata perioadei oligo-anurice variază în raport cu boala de bază (1-3 săptămâni)

b) Retenția azotată este reprezentată de creșterea nivelurilor sanguine ale ureei, creatininei și acidului uric; scăderea acestora reflectă o ameliorare a bolii sau un efect al dializei renale

Tulburările digestive, astenia, hemoragiile, infecțiile sunt influențate de produsele catabolismului proteic care inhibă procesele metabolice normale.

c) Tulburările hidroelectrolitice și acido bazice:

- sunt în general consecințe ale supraîncărcării hidrice (orală sau prin PEV)



- hiperhidratarea produce: HTA, edem pulmonar, edem cerebral, convulsii tonico-clonice

- in cursul I.R.A. se inregistreaza: hiponatremie, hipoproteinemie, hipopotasemie, acidoza metabolic, hipocalcemie, etc.

d) Anemia se datoreaza scaderii productiei medulare si a duratei de viata a hematiilor; bolnavii avand tendinta la hemoragie

e) Scaderea rezistentei la infectii se manifesta prin infectii renale, in special legate de cateterism si reprezinta o cauza frecventa de deces in I.R.A.

### 3. Reluarea diurezei

- se manifesta in prima faza prin poliurie si concorda cu scaderea retentiei azotate

- in aceasta faza este necesara monitorizarea hidroelectrolitica si acido bazica (greutate, diureza, ionograma, rezerva alcalina, EKG)

## 6. Intoxicatia acuta cu alcool etilic

- se intalneste rar la copii, dar poate imbraca forme severe care pot lasa sechele neurologice ireversibile

- ingestia de alcool poate da intoxicatii voluntare sau accidentale

- concentratia sanguina variaza in functie de tipul bauturii ingerate, concentratia in zahar a bauturii, starea de plenitudine a stomacului si existenta unei suferinte hepatice

- doza letala de alcool este de aprox. 3g/kg alcool absolute, sensibilitatea copilului fiind mult mai mare decat a adultului

Tablou clinic evolueaza in 3 faze

- Faza de excitatie alcoolemia 0,5-1.5mg/ml
- Faza de betie alcoolica (1,5-2,5mg/ml)



- Faza de coma (peste 2,5mg/ml), care la copil se poate instala mai repede

La sugari si copilul mic coma se poate instala la valori mai mici ale alcoolemiei, lucru favorizat de catre hipoglicemie severa care este responsabila si de aparitia convulsiilor. Stadiul de coma linistita are o durata de 6-12 ore, cu abolirea reflexelor, midriaza si convulsii hipoglicemice. Decesul poate surveni prin convulsii si asfixie acuta, la valori ale alcoolemiei de peste 5mg/ml.

Biologic se evidentiaza: hipoglicemie, acidoza metabolica severa.

Tratament:

- Spalatura gastrica precoce cu solutie de bicarbonat de sodiu 3-5%
- Combaterea hipoglicemiei prin administrare de glucoza 33%, 2ml/kg iv, apoi perfuzie cu glucoza de 10%
- Tratamentul edemului cerebral acut cu dexametazona 0,1mg/kg iv
- Combaterea acidozei metabolice cu bicarbonat de sodiu 4,2% iv
- Aport de vitamine B1 si B6 in doze mari

## **7. Alimentatia prin gavaj: scop, efectuarea tehnicii, introducerea sondei**

Scop- inlocuirea alimentatiei pe cale orala, in cazul: nou-nascutilor fara reflex de deglutitie, nou-nascutilor si copiilor cu anomalii ale faringelui si esofagului, probleme respiratorii, stare de constienta abolita.

Efectuarea tehnicii:

1. Introducerea sondei
  - Se aseaza copilul in decubit dorsal
  - Se spala mainile cu apa si sapun
  - Se aproximeaza pe sonda lungimea care se introduce, masurand astfel:
    - de la nas la lobul urechii, apoi la apendicele xifoid
    - de la nas la lobul urechii, apoi la un punct situat la jumatatea distantei dintre apendicele xifoid si ombilic si se marcheaza lungimea cu o banda de romplast



- se lubrifiaza sonda si se introduce si cavitataea bucala sau endonazal prin faringe si esofag pana la marcajul fixat

La nou-nascut este caracteristica respiratia nazala, ceea ce indica introducerea sondei pe cale orala cauzand astfel mai putin disconfort si stimuland in acelasi timp reflexul de supt.

- Daca se alege: - calea orala – capatul proximal al sondei se introduce spre partea posterioara a faringelui
  - calea endonazala- capatul proximal al sondei se introduce spre baza nasului si apoi se impinge usor spre occiput
- Daca pacientul este copil mare, constient si cooperant, capabil sa inghita la comanda, se sincronizeaza patrunderea sondei cu deglutitia si respiratia
- Se extrage sonda urgent daca se observa agitatie, tuse, facies congestionat sau alte reactii care exprima o dificultate
- Pe tot timpul executiei se pastreaza contactul verbal si/sau fizic cu copilul asigurandu-i un mediu de securitate
- Se verifica pozitia sondei prin urmatoarele metode:

a) se aseaza amboul unei seringi la capatul extern la sondei si se aspira

- Existenta continutului gastric indica prezenta sondei in stomac
- Absenta continutului gastric nu semnifica neaparat introducerea gresita a sondei: stomacul poate fi gol sau sonda, desi in stomac, nu este in contact cu lichidul gastric

b) se introduce cu seringa o cantitate mica de aer prin sonda si cu ajutorul stetoscopului se percep sunetele hidroaerice din epigastru; sunetele caracteristice se pot auzi cand:

- capatul sondei este in stomac
- aerul patrunde in stomac dar capatul sondei este situat superior fata de cardia





Avand in vedere siguranta relativa a fiecarei metode in parte, se recomanda dubla verificare: se fixeaza sonda la obraz cu o banda adeziva hipoalergena.

## **8. Injectia intramusculara: executie**

1. Se pregatesc materialele necesare
2. Se spala mainile cu apa si sapun
3. Se rupe gatul fiolei sau se taie cu pila sau se desprinde capacul metalic al flaconului si se sterge dopul de cauciuc cu un tampon de vata cu solutie antiseptica; se desface ambalajul seringii, se ataseaza acul la amboul seringii in conditii de asepsie, se indeparteaza teaca din plastic a acului; daca medicamentul este sub forma de pulbere se dizolva continutul cu o cantitate corespunzatoare de solvent
4. Se aspira in seringa o cantitate de aer echivalenta cu volumul de solutie
5. Se introduce varful acului in flacon si se intoarce flaconul cu dopul in jos; se apasa pistonul seringii pentru a injecta aerul in flacon si se agita; se aspira volumul de solutie indicat continuand doza de substanta activa necesara
6. Se elimina aerul din seringa: tinand seringa cu acul atasat in pozitie verticala in sus, cand toate bulele sunt in partea superioara a lichidului, se impinge usor pistonul evitand evacuarea medicamentului
7. Se schimba acul cu un steri adecvat
8. Se verifica daca volumul de medicament este cel indicat
9. Se pozitioneaza copilul in functie de regiunea unde se efectueaza injectia si dezvoltarea sa psiho-motorie: decubit ventral pentru muschii fesieri, dorsal sau sezand pentru muschii coapsei, dorsal, sezand sau in picioare cu mana in sold pentru muschiul deltoid



10. Se dezbraca regiunea aleasa, se solicita ajutorul colegei daca copilul este agitat, se vorbeste in permanenta cu copilul pentru a-i diminua anxietatea si a-i distraze atentia, va fi asigurat ca nu doare foarte tare, iar senzatia neplacuta va fi de scurta durata

11. Se dezinfecteaza locul injectiei prin miscari circulare si se lasa tegumentul sa se usuce

12. Se intinde tegumentul intre police si celelalte degete pentru ca acul sa patrunda in teritoriul muscular profund si cu o miscare rapida se introduce acul perpendicular in stratul muscular

13. Se aspira pentru a observa daca apare sange In seringă; in acest caz se retrage acul, se verifica din nou cantitatea de solutie, se schimba acul si se inteapa iar. Daca nu apare sange, se impinge pistonul lent, pana cand seringă se goleste

14. Se retrage acul rapid si se maseaza regiunea cu un tampon cu solutie antiseptic

15. Se imbraca copilul, se linisteste, asigurandu-l inca o data de scopul injectiei si sa nu creada ca este un mijloc de a-l pedepsi

16. Se arunca seringă si acele intr-o cutie speciala rezistenta la intepaturi

17. Se noteaza data, ora la care s-a efectuat injectia, locul injectiei, eventualele incidente si se calculeaza doza urmatoare.

## **9. Ingrijirea copilului cu arsuri: probleme si obiective**

### Probleme

1. Tegumente alterate
  - Din cauza contactului cu agentii termici, chimic, curent electric, manifestat prin: eritem, edem, flictene cu continut serocitrin sau hemoragic, ulceratii
2. Anxietate
  - Legata de durere, teama de pedeapasa manifestata prin agitatie, plans



3. Perturbarea respiratiei si circulatiei

- Datorata actiunii curentului electric manifestat prin risc de asfixie, modificari de ritm cardiac

4. Risc de complicatii

- Din cauza: leziunilor cutanate extinse, pierderi de lichide

Manifestari: posibila deshidratare, suprainfectie

5. Lipsa de cunostinte ( a parintilor)

- Din cauza ignorantei

Manifestari: incapacitatea de a preveni accidentele la copil

Obiective

1. Prevenirea complicatiilor
2. Asigurarea respiratiei si circulatiei in limite normale
3. Combaterea anxietatii
4. Ameliorarea leziunilor cutanate
5. Asigurarea unui nivel optim de cunostine pentru parinti

**10. Clasificarea deseurilor: tipurile de deseuri intalnite in activitatea medicala**



(1) În vederea unei bune gestionări a deșeurilor medicale se utilizează codurile din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare.

(2) Tipurile de deșeuri, inclusiv cele periculoase prevăzute în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare, întâlnite frecvent în activitățile medicale, sunt exemplificate în tabelul următor:

Cod deșeu, conform Hotărârii Guvernului nr. <b>856/2002</b>	Categoriile de deșeuri rezultate din activități medicale
18 01 01 obiecte ascuțite (cu excepția 18 01 03*)	Deșeurile înțepătoare-tăietoare: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlărie spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios în situația în care deșeurile mai sus menționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipientele care au conținut vaccinuri, sunt considerate deșeuri infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.



	În situația în care obiectele ascuțite au intrat în contact cu substanțe/materiale periculoase sunt considerate deșeuri periculoase și sunt incluse în categoria 18 01 06*.
18 01 02 fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge (cu excepția 18 01 03*)	Deșeurile anatomo-patologice constând în fragmente din organe și organe umane, părți anatomice, lichide organice, material biopsie rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă etc.), părți anatomice rezultate din laboratoarele de autopsie, recipiente pentru sânge și sânge etc. Toate aceste deșeuri sunt considerate infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.
18 01 03* deșeuri ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	Deșeurile infecțioase, respectiv deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sânge ori cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor, perfuzoare cu tubulatură, recipiente care au conținut sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, materiale de laborator folosite, scutece care provin de la pacienți internați în unități sanitare cu specific de boli infecțioase sau în secții de boli infecțioase ale unităților sanitare, cadavre de animale rezultate în urma activităților de cercetare și experimentare etc.
18 01 04 deșeuri ale căror colectare și eliminare nu fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	Îmbrăcăminte necontaminată, aparate gipsate, lenjerie necontaminată, deșeuri rezultate după tratarea/decontaminarea termică a deșeurilor infecțioase, recipiente care au conținut medicamente, altele decât citotoxice și citostatice etc.
18 01 06* chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase	Acizi, baze, solvenți halogenați, alte tipuri de solvenți, produse chimice organice și anorganice, inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare, produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie, soluții de formaldehidă etc.
18 01 07 chimicale, altele decât cele specificate la 18 01 06*	Produse chimice organice și anorganice nepericuloase (care nu necesită etichetare specifică), dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat, substanțe de curățare etc.), soluții antiseptice, deșeuri de la aparatele de diagnostic cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc., care nu se încadrează la 18 01 06*
18 01 08* medicamente citotoxice și citostatice	Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
18 01 09 medicamente, altele decât cele specificate la 18 01 08	Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
18 01 10* deșeuri de amalgam de la tratamentele stomatologice; aceste deșeuri sunt considerate periculoase.	Capsule sau resturi de amalgam (mercur), dinți extrași care au obturații de amalgam, coroane dentare, punți dentare, materiale compozite fotopolimerizabile, ciment glasionomer etc.

NOTĂ:

