

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Gutan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

PINTENII CALCANEENI ȘI FASCITA PLANTARĂ

Protocol clinic instituțional

PCI – 443

Edineț 2025

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 95.

" 10 " 11 2025

*"Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.665 din 23.07.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Pintenii calcaneeni și fasciita plantară” în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 665 din 23.07.2025 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național ”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară*”, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

O R D O N :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”*.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”*. în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”*.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”*. în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Lutan

Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

23 iulie 2025

Nr. 665

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINSUL

SUMARUL RECOMANDĂRIILOR.....	5
PREFAȚĂ.....	6
A.PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	7
A.1 Diagnosticul:.....	7
A.2 Codul bolii.....	7
A.3 Utilizatorii.....	7
A.4 Obiectivele protocolului.....	7
A.5 Data elaborării protocolului: 2025.....	8
A.6 Data următoarei revizuirii: 2030.....	8
A.7 Clase de recomandare și nivele de evidență.....	8
A.8 Definițiile folosite în protocol.....	9
A.9 Informația epidemiologică.....	10
B. PARTEA GENERALĂ.....	11
Nivelul de asistență medicală primară.....	11
C.1. Algoritm de conduită a pacientului cu Pintenii calcaneeni și fasciita plantară (în continuare PCFP).....	14
C.2 Etiologia, factorii de risc, profilaxia, conduita, complicațiile, externarea, supravegherea pacienților cu PCFP.....	17
C.2.1. Factorii de risc.....	17
C.2.2. Profilaxia PCFP.....	18
C.2.3. Conduita pacientului cu PCFP.....	20
C.2.4. Supravegherea pacienților.....	35
D. RESURSELE UMANE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCN.....	37
Pentru prestatorii de Asistență Medicală Primară.....	37
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	38
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE.....	40
ANEXE.....	42
Anexa 1. Informație pentru pacientul cu PCFP.....	42
Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru tratamentul pintenilor calcaneeni și a fasciitei plantare.....	44
Anexa 4. Simbolurile utilizate în elaborarea algoritmilor de conduită a pacientului cu Pintenii calcaneeni și fasciita plantară.....	46

LISTA ABREVIERILOR FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abreviere	Definiție
AAFP	American Academy of Family Physicians (Academia Americană a Medicilor de Familie)
AAPMR	American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (Academia Americană de Medicină Fizică și Reabilitare)
AAPSM	American Academy of Podiatric Sports Medicine (Academia Americană de Medicină Sportivă Pediatrică)
AAOS	American Academy of Orthopaedic Surgeons (Academia Americană a Chirurgilor Ortopezi)
ACFAS	American College of Foot and Ankle Surgeons (Colegiul American al Chirurgilor Piciorului și Gleznei)
AINS	Antiinflamatoare Nesteroidiene
AMP	Asistență Medicală Primară
AMS	Asistență Medicală Spitalicească
AMSA	Asistență Medicală Specializată de Ambulator
AMUP	Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
ANSSS	Act Normativ de Standardizare a Serviciilor de Sănătate
APMA	American Podiatric Medical Association (Asociația Medicală Podiatrică Americană)
ATC	Sistemul de Clasificare Anatomică Terapeutică Chimică
BJSM	British Journal of Sports Medicine
CIM-10	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNEAS	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
CPG	Clinical Practice Guideline (Ghid de Practică Clinică)
CRPS	Sindromul Regional Complex DureroS
CS	Centrul de Sănătate
CT	Tomografie Computerizată
DCI	Denumire Comună Internațională (a medicamentelor)
DEGRO	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (Societatea Germană de Radio-Oncologie)
EML	Essential Medicines List (Lista Medicamentelor Esențiale a OMS)
EPF	Fasciotomie Plantară Endoscopică
ESWT	Extracorporeal Shockwave Therapy (Terapie cu Unde de Șoc Extracorporeale)
FAAM	Foot and Ankle Ability Measure

FFI	Foot Function Index
FHSQ	Foot Health Status Questionnaire
FP	Fasciită Plantară
FPI-6	Foot Posture Index - 6 itemi
Gy	Gray (unitate de măsură pentru doza absorbită de radiații)
HILT	High-Intensity Laser Therapy (Terapie cu Laser de Înaltă Intensitate)
IMC	Indice de Masă Corporală
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
JOSPT	Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy
LD-RT	Low-Dose Radiotherapy (Radioterapie cu Doze Mici)
LEFS	Lower Extremity Function Scale
LLLT	Low-Level Laser Therapy (Terapie cu Laser de Nivel Scăzut)
mg	Miligram
ml	Mililitru
mm	Milimetru
MS	Ministerul Sănătății
NIHR	National Institute for Health and Care Research (Marea Britanie)
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCFP	Pintenii Calcaneeni și Fasciita Plantară
PCN	Protocol Clinic Național
PHP	Plantar Heel Pain (Durere la Nivelul Călcâiului Plantar)
PO	Per Os (Administrare Orală)
PRP	Plasmă Bogată în Trombocite
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
ROM	Range of Motion (Amplitudinea Mișcării)
RT	Radioterapie
SC	Subcutanat
TVP	Tromboză Venoasă Profundă
UPU	Unitate de Primiri Urgențe
US	Ultrasonografie (Ecografie)
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
VAS	Visual Analogue Scale (Scala Vizuală Analogă a durerii)
VSH	Viteza de Sedimentare a Hematiilor

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Diagnosticul pintenilor calcaneeni și al fasciitei plantare (PCFP) se bazează fundamental pe anamneză și examenul clinic detaliat, acordând atenție caracteristicilor durerii (în special durerea la primii pași matinali) și efectuând teste specifice precum testul Windlass (**Clasa I, Nivel B/C**). Investigațiile imagistice de rutină (radiografie, ecografie, RMN) nu sunt, de regulă, necesare pentru diagnosticul inițial în cazurile tipice de PCFP (**Clasa III, Nivel B**); acestea sunt indicate în situații atipice, nerresponsive la tratament sau pentru excluderea altor patologii. Este esențială efectuarea unui diagnostic diferențial atent, care să ia în considerare afecțiuni precum fracturile de stres calcaneene, sindroamele de compresie nervoasă, tendinopatia ahileană și artropatiile inflamatorii (**Clasa I, Nivel C**).
- Abordarea terapeutică inițială este conservatoare și multimodală. Educația pacientului privind natura afecțiunii, auto-managementul, modificarea activității și alegerea încălțăminte adecvate reprezintă o componentă esențială a tratamentului (**Clasa I, Nivel C**). Stretching-ul specific al fasciei plantare și al complexului gastrocnemian-solear este recomandat pentru reducerea durerii și îmbunătățirea funcției pe termen scurt și lung (**Clasa I, Nivel A**). Bandajarea (taping-ul) piciorului poate oferi ameliorare pe termen scurt a durerii și funcției, în combinație cu alte terapii (**Clasa I, Nivel A**). Pentru pacienții cu durere persistentă la primii pași dimineața, ar trebui luate în considerare atelele nocturne, utilizate pe o perioadă de 1-3 luni (**Clasa I, Nivel A**). Ortezele plantare, prefabricate sau personalizate, pot fi utilizate în combinație cu alte tratamente, deși nu sunt recomandate ca terapie izolată de primă intenție (**Clasa IIb, Nivel B/C**). Terapia manuală, incluzând mobilizări articulare și ale țesuturilor moi, este recomandată pentru reducerea durerii și îmbunătățirea funcției (**Clasa I, Nivel A**).
- Tratamentul medicamentos conservator include antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) orale sau topice, care pot fi utilizate pentru managementul durerii pe termen scurt, în special în fazele acute (**Clasa IIb, Nivel C**). Injecțiile locale cu glucocorticoizi, preferabil sub ghidaj ecografic, pot fi luate în considerare pentru ameliorarea durerii pe termen scurt în cazurile nerresponsive la alte tratamente conservatoare; acestea trebuie utilizate cu prudență din cauza riscurilor potențiale, iar recomandările recente sugerează o utilizare restrictivă în cazurile non-inflamatorii (**Clasa variabilă I/IIa/IIb/III, Nivel A/B/C, în funcție de context și ghidaj**).
- Pentru cazurile cronice sau refractare la tratamentele conservatoare inițiale, pot fi luate în considerare opțiuni terapeutice suplimentare. Terapia cu unde de șoc extracorporale (ESWT) poate fi o opțiune pentru pacienții cu PCFP cronică (>3-6 luni), deși eficacitatea variază în funcție de tipul de ESWT și protocolul utilizat (**Clasa IIb, Nivel B/C**). Terapia cu laser de nivel scăzut (LLLT) ar trebui luată în considerare ca parte a unui program de reabilitare pentru reducerea durerii pe termen scurt (**Clasa IIa, Nivel B**). De asemenea, radioterapia cu doze mici (LD-RT) poate fi o opțiune pentru PCFP cronică, dureroasă, nerresponsivă la alte tratamente

conservatoare, conform recomandărilor unor societăți de radio-oncologie (**Clasa I, Nivel A/B, conform DEGRO**)

- Tratatamentul chirurgical, incluzînd proceduri precum fasciotomia plantată sau recesiunea gastrocnemiană, este rezervat unui procent mic de pacienți cu simptome severe și invalidante, care nu au răspuns la un tratament conservator compregensiv aplicat timp de cel puțin 6-12 luni (**Clasa Iib, Nivel C**).
- Indiferent de schema terapeutică aplicată, supravegherea pacienților post-tratament este esențială pentru monitorizarea evoluției, managementul prompt al eventualelor recurențe și consolidarea măsurilor profilactice pe termen lung (**Clasa Iia, Nivel C**).

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-443 ”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”**, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implimentării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Șerbatiuc Olga – Medic pediatru;

Slivciuc Ala – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: Noiembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 95 din 10.11.2025)
în baza:

- **PCN-443 ”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”**. Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.665 din 23.07.2025 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național ”Pintenii calcaneeni și fasciita plantară”.

A.PARTEA INTRODUCIVĂ

A.1 Diagnosticul:

Pintenii calcaneeni și fasciita plantară

Exemple de diagnostic clinic:

1. Fasciită plantară cronică, picior stâng, cu prezența unui pinten calcanean inferior, fără răspuns la tratamentul conservator inițial.
2. Durere acută la nivelul călcâiului drept (talalgie plantară medială), sugestivă pentru fasciită plantară, cu limitarea funcțională a mersului.
3. Sindromul pintenului calcanean bilateral, cu fasciită plantară asociată,

A.2 Codul bolii

M77.3 Exostoza calcaneană

M72.2 Fibromatoza aponevrozei plantare

Fasciita plantară

A.3 Utilizatorii

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie, asistentele medicale de familie).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4 Obiectivele protocolului

1. Sporirea calității diagnosticului clinic, paraclinic și a tratamentului pintenilor calcaneeni și al fasciitei plantare, bazat pe dovezi științifice actuale.
2. Asigurarea eşalonării corecte a pacientului cu pintenii calcaneeni și fasciită plantară către nivelul de asistență medicală corespunzător și către specialistul în domeniu (ortoped-traumatolog, medic de reabilitare) pentru aplicarea unui tratament adecvat și în timp util.
3. Reducerea duratei simptomatologiei, prevenirea cronicizării afecțiunii și a complicațiilor asociate (de exemplu, limitarea mobilității, afectarea calității vieții).
4. Optimizarea managementului terapeutic al pacienților cu pintenii calcaneeni și fasciită plantară la toate nivelurile de asistență medicală.
5. Promovarea unei abordări multidisciplinare în managementul pacienților cu această afecțiune.
6. Standardizarea conduitelor terapeutice în vederea reducerii variabilității nejustificate în practica medicală.
7. Îmbunătățirea rezultatelor funcționale și a calității vieții pacienților afectați.

A.5 Data elaborării protocolului: 2025

A.6 Data următoarei revizuirii: 2030

A.7 Clase de recomandare și nivele de evidență

Niveluri ale dovezilor științifice și grade de recomandare

Nivelul Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor review-uri sistematice, studii randomizate și controlate.
Nivelul Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput, cu metodologie riguroasă.
Nivelul IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivelul IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivelul III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute, cu metodologie riguroasă, studii comparative, de corelație și caz-control.
Nivelul IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi Ia sau Ib)
Gradul B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi IIa, IIb sau III).
Gradul C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivelurile de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Gradul D	Punct de bună practică/recomandare de bună practică bazată pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a ghidului/protocolului.

A.8 Definițiile folosite în protocol

Fasciita plantară: O afecțiune caracterizată prin durere la nivelul feței plantare a călcâiului, cel mai adesea la inserția proximală a fasciei plantare pe tuberculul medial al calcaneului. Este considerată în principal o afecțiune degenerativă ("fasciopatie") a fasciei plantare, rezultată din suprasolicitare și microtraumatisme repetitive

Pinten calcanean (Exostoza calcaneană): O proeminență osoasă (osteofit) care se poate dezvolta pe fața inferioară (plantară) sau posterioară a calcaneului. În contextul durerii plantare, se referă cel mai frecvent la pintenul plantar inferior, care este adesea asociat imagistic cu fasciita plantară, dar nu este considerat cauza primară a durerii .

Talalgie: Termen general care descrie durerea localizată la nivelul călcâiului.

Mecanismul "Windlass": Mecanism biomecanic prin care dorsiflexia degetelor (în special a halucelui) tensionează fascia plantară, contribuind la ridicarea arcului longitudinal medial și la rigidizarea piciorului în faza de propulsie a mersului.

Orteze plantare: Dispozitive medicale (suporturi plantare) introduse în încălțăminte pentru a oferi suport arcului piciorului, a redistribui presiunea plantară și/sau a corecta anomaliiile biomecanice. Pot fi prefabricate sau personalizate.

Terapia cu unde de șoc extracorporeale (ESWT): O modalitate terapeutică non-invazivă care utilizează unde acustice de înaltă energie pentru a stimula procesele de vindecare în țesuturile afectate.

Terapia cu laser de nivel scăzut (LLLT): O formă de fotobiomodulare care utilizează lumina laser de intensitate scăzută pentru a reduce durerea, inflamația și a promova vindecarea tisulară.

Radioterapie (cu doze mici - LD-RT): Modalitate terapeutică ce implică utilizarea controlată a radiațiilor ionizante în doze mici, fracționate, aplicate local la nivelul zonei afectate de fasciită plantară cronică, cu scopul principal de a reduce durerea și inflamația prin efecte analgezice și antiinflamatorii.

Blocadă cu glucocorticoizi (Injectie locală cu glucocorticoizi): Procedură medicală minim invazivă care constă în administrarea prin injectare a unei soluții conținând un preparat corticosteroid (cu puternic efect antiinflamator), adesea în combinație cu un anestezic local, direct în zona de maximă sensibilitate a fasciei plantare sau peri-fascial, preferabil sub ghidaj ecografic. Scopul este reducerea rapidă a durerii și inflamației locale. Dozele trebuie individualizate, preferându-se dozele minime eficiente. Periodicitatea administrării este limitată; deși o singură injecție poate fi suficientă pentru ameliorarea pe termen scurt, repetările se efectuează cu prudență, la intervale de câteva săptămâni sau luni (de regulă, minim 4-6 săptămâni), iar numărul total de injecții într-o anumită locație este limitat (ex. nu mai mult de 2-3 pe an) pentru a minimiza riscurile de efecte adverse locale (ex.

atrofia țesutului adipos, ruptura fasciei), riscuri care pot crește cu dozele cumulative administrate.

Fasciotomie plantară: Procedură chirurgicală care implică secționarea parțială a fasciei plantare pentru a elibera tensiunea.

Recesiune gastrocnemiană: Procedură chirurgicală care vizează alungirea mușchiului gastrocnemian pentru a reduce tensiunea transmisă fasciei plantare, în special în prezența contracturii de equin.

A.9 Informația epidemiologică

Fasciita plantară este o afecțiune frecventă, reprezentând cea mai comună cauză de durere la nivelul călcâiului la adulți și afectând aproximativ 1 din 10 persoane pe parcursul vieții. Aceasta generează un număr considerabil de vizite medicale, estimându-se aproximativ 1 milion de vizite anual doar în Statele Unite. Ghidul de Practică Clinică (CPG) al Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT) din 2023 indică faptul că fasciita plantară contribuie la aproximativ 15% din patologia piciorului în populația generală. Durerea la nivelul călcâiului plantar (PHP), termen adesea utilizat interschimbabil cu fasciita plantară, afectează între 4% și 7% din populația generală și constituie aproximativ 8% din totalul accidentărilor legate de alergare.

Fasciita plantară apare cel mai frecvent la persoanele cu vârsta cuprinsă între 40 și 60 de ani. Unele surse notează o incidență ușor mai mare la femei în acest interval de vârstă, deși alte studii nu raportează o predilecție clară legată de sex.

Aproximativ 50% dintre pacienții cu fasciită plantară prezintă și piteni calcaneeni vizibili radiografic. Este important de menționat că pitenii calcaneeni pot fi prezenți și la persoane asimptomatice și nu sunt considerați cauza primară a durerii în fasciita plantară. Implicarea bilaterală este raportată în aproximativ 20% - 30% din cazuri (Notă: Sursa este despre ESWT; referința pentru bilateralitate din "Documentul Ghid" era mai degrabă o observație generală, nu specificată în. Poate necesita o referință mai bună dacă detaliul este crucial). Prevalența ridicată și utilizarea semnificativă a serviciilor de sănătate indică o povară socio-economică importantă.

B. PARTEA GENERALĂ

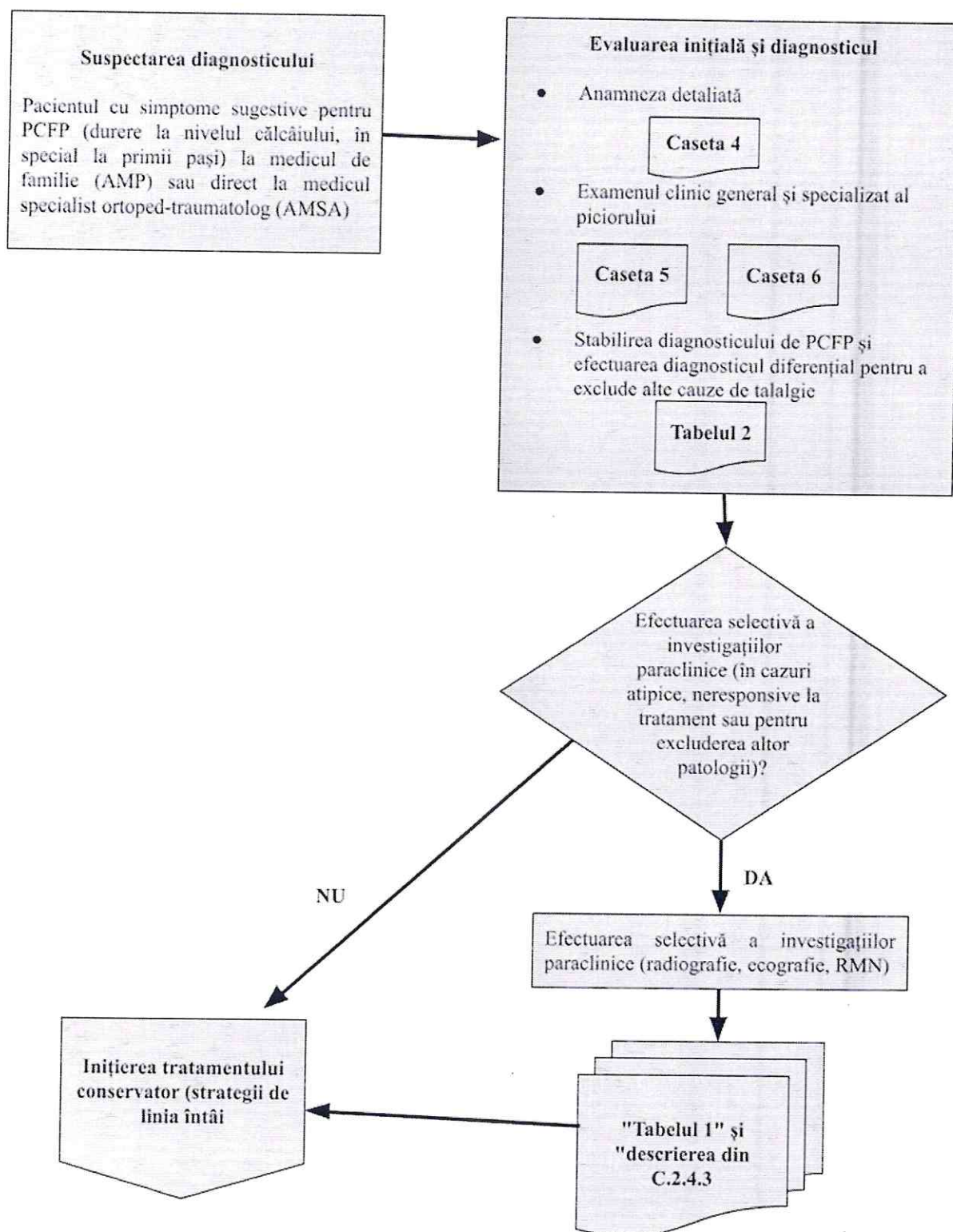
Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxie nespecifică	Prevenirea apariției PCFP prin identificarea și corectarea factorilor de risc modificabili este esențială, având în vedere prevalența ridicată a afecțiunii. Educația pacienților joacă un rol cheie.	Standard/obligatoriu: • Consilierea pacienților privind factorii de risc pentru PCFP și măsurile generale de prevenție (Caseta 2, 3). • Încurajarea menținerii unei greutate corporale optime. • Recomandarea purtării de încălțăminte adecvată și evitarea suprasolicitării bruște. • Promovarea exercițiilor regulate de stretching pentru musculatura gambei și fascia plantară. (Clasa I, Nivel C pentru aspectele educaționale)
2. Diagnosticul preliminar al pintenilor calcaneeni și al fasciitei plantare (PCFP)	Stabilirea diagnosticului preliminar este important pentru inițierea promptă a măsurilor terapeutice, ameliorarea simptomatologiei și prevenirea cronicizării. Diagnosticul PCFP este preponderent clinic.	Standard/Obligatory: • Efectuarea anamnezei detaliate, cu accent pe caracteristicile durerii și factorii de risc (Caseta 4). • Realizarea examenului clinic general și specializat al piciorului și gleznei, incluzând inspecția, palparea punctelor dureroase specifice (inserția proximală a fasciei plantare) și efectuarea testelor specifice (ex. testul Windlass pozitiv) (Caseta 5, 6). • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte cauze de talalgie (Tabelul 2). • Investigațiile paraclinice (radiografie, ecografie) nu sunt necesare de rutină pentru diagnosticul inițial în cazurile tipice. (Clasa I, Nivel B/C pentru componentele clinice)
3. Inițierea tratamentului conservator și educația pacientului	Majoritatea pacienților (80-90%) răspund favorabil la tratamentul conservator în decurs	Standard/Recomandabil: • Educarea pacientului privind natura afecțiunii, prognosticul și importanța aderenței la tratament.

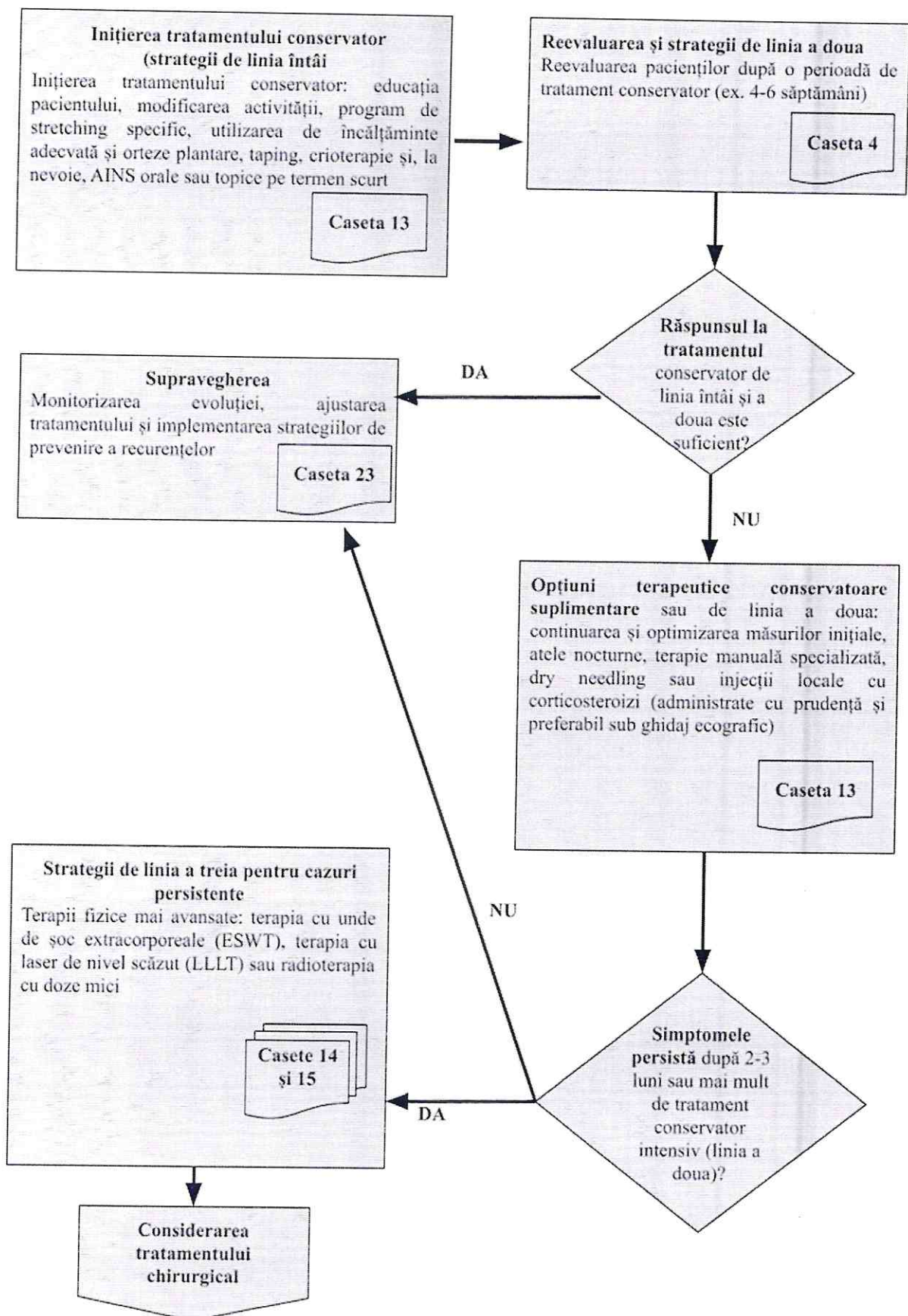
	de 10-12 luni. O abordare multimodală este adesea superioară [[327]]. Educația pacientului este crucială.	• Recomandarea măsurilor de auto-îngrijire: repaus relativ (modificarea activităților care exacerbează durerea), aplicarea de gheață. • Prescrierea și instruirea privind programul de stretching specific pentru fascia plantară și tendonul ahilean/mușchii gambei (Caseta 13) • Consiliere privind încălțăminte adecvată și utilizarea ortezelor plantare prefabricate/suporturilor de arc (Caseta 13). • Bandajarea piciorului (taping, ex. tehnica Low-Dye) pentru ameliorarea pe termen scurt a durerii (Caseta 13). • Considerarea administrării de AINS orale pe termen scurt pentru controlul durerii în faza acută, cu precauțiile necesare (Caseta 13). (Clasa I pentru majoritatea intervențiilor conservatoare de primă linie, Nivel A/B)
4. Deciderea necesității consultului medicului ortoped-traumatolog și/sau referirea	Asigurarea unui management specializat în cazurile care nu răspund la tratamentul inițial, în cazurile atipice sau când diagnosticul este incert.	Recomandabil: • Referirea pacientului către medicul ortoped-traumatolog în următoarele situații: - Lipsa ameliorării simptomelor după 4-6 săptămâni de tratament conservator corect aplicat. - Prezentare clinică atipică sau suspiciune de altă patologie. - Necesitatea unor investigații paraclinice suplimentare care nu sunt disponibile la nivel primar. - Considerarea unor opțiuni terapeutice de linia a doua sau a treia (de exemplu, injecții, ESWT, etc. - care pot fi inițiate/recomandate de specialist). - Dorința pacientului pentru o a doua opinie. • Spitalizarea nu este de regulă necesară pentru PCFP și este rezervată unor situații excepționale (Caseta 10).

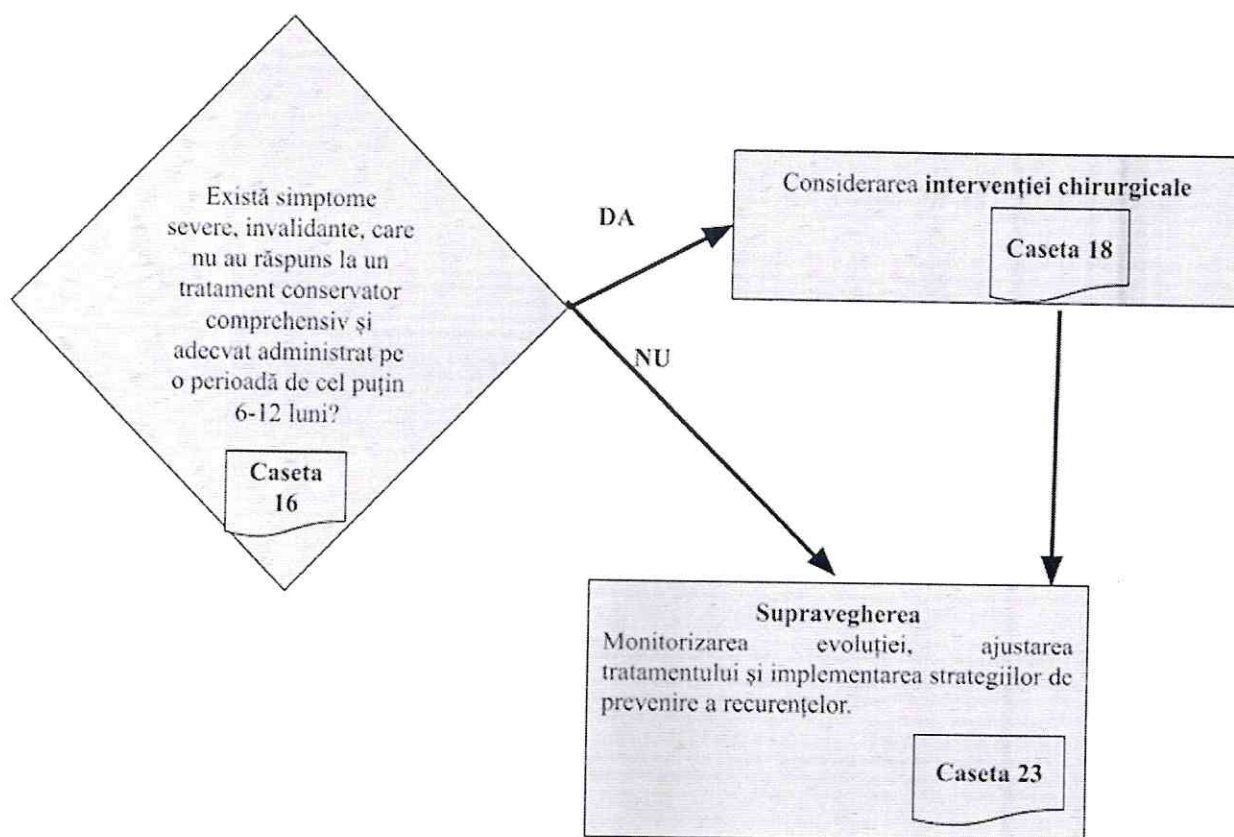
		(Clasa I, Nivel C pentru decizia de referire bazată pe criterii clinice)
5. Supravegherea evoluției	Monitorizarea răspunsului la tratament și ajustarea planului terapeutic. Prevenirea recurențelor.	Recomandabil: • Programarea vizitelor de reevaluare pentru a monitoriza evoluția simptomelor și funcționalitatea. • Utilizarea unor instrumente simple de evaluare a durerii (ex. scala vizuală analogă - VAS). • Întărirea aderenței la măsurile de auto-îngrijire și profilaxie secundară (Caseta 23). (Clasa IIa, Nivel C)

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.1. Algoritm de conduită a pacientului cu Pintenii calcaneeni și fasciita plantară (în continuare PCFP)







C.2 Etiologia, factorii de risc, profilaxia, conduita, complicațiile, externarea, supravegherea pacienților cu PCFP

C.2.1. Factorii de risc

Caseta 1. Factorii de risc în PCFP

Identificarea și managementul factorilor de risc sunt esențiale în prevenirea și tratamentul fasciitei plantare. Acești factori sunt diverși și pot fi clasificați astfel:

1. Factori biomecanici:

- **Limitarea dorsiflexiei gleznei:** Este un factor de risc important, în special la persoanele non-atletice. Aceasta poate conduce la o pronație excesivă compensatorie a piciorului, crescând astfel tensiunea asupra fasciei plantare. Ghidul JOSPT din 2014 recomandă evaluarea acestui aspect (Nivel B, conform sistemului de gradare JOSPT).
- **Anomalii ale posturii piciorului:**
 - Picior plat (pes planus) și/sau pronație excesivă.
 - Picior scobit (pes cavus) sau arc plantar înalt.
 - Scor anormal la Indexul de Postură a Piciorului (FPI-6).
- **Retracția (rigiditatea) musculaturii posterioare a gambei:** Tensiune la nivelul tendonului ahilean și al complexului muscular gastrocnemian-solear.
- **Tulburări ale mersului.**

2. Compoziția corporală și încărcătura mecanică:

- **Obezitatea / Indice de Masă Corporală (IMC) crescut:** Un IMC > 27 kg/m² este un factor de risc semnificativ la persoanele non-atletice. Ghidul JOSPT din 2014 recomandă evaluarea unui IMC ridicat la persoanele non-atletice (Nivel B, conform sistemului de gradare JOSPT).
- **Creșterea ponderală bruscă și semnificativă.**

3. Factori legați de activitate:

- **Ortostatism și mers prelungit:** În special pe suprafețe dure, frecvent asociat cu anumite profesii. Ghidul JOSPT din 2014 recomandă evaluarea activităților profesionale cu încărcare (Nivel B, conform sistemului de gradare JOSPT).
- **Alergarea:** Factor de risc important atât la alergătorii amatori, cât și la cei de performanță. Ghidul JOSPT din 2014 recomandă evaluarea alergării (Nivel B, conform sistemului de gradare JOSPT).
- **Creșterea bruscă a nivelului, intensității sau duratei activității fizice**
- **Tehnici de antrenament inadecvate sau suprasolicitare funcțională**

4. Încălțăminte:

- **Utilizarea de încălțăminte necorespunzătoare:** Pantofi uzați, cu talpă foarte subțire, prea largi, fără suport adecvat al arcului plantar sau cu capacitate redusă de absorbție a șocurilor (de exemplu, șlapi).
- **Purtarea frecventă a pantofilor cu toc înalt:** Poate contribui la scurtarea tendonului ahilean și la creșterea tensiunii asupra fasciei plantare.

5. Alți factori:

- **Vârsta:** Incidența maximă se înregistrează în intervalul 40-60 de ani.
- **Discrepanța în lungimea membrelor inferioare.**
- **Atrofia perniței adipoase calcaneene** (în special la persoanele în vârstă).
- **Stilul de viață sedentar** alternat cu perioade de activitate fizică intensă și negraduală.
- **Asocierea cu spondiloartropatii seronegative:** Întâlnită în aproximativ 15% din cazuri, deși aceste afecțiuni pot avea o componentă inflamatorie distinctă față de forma degenerativă tipică a fasciitei plantare.

Este importantă distincția între factorii de risc modificabili (ex: IMC, tipul de încălțăminte, nivelul de activitate, flexibilitatea musculară) și cei mai puțin modificabili (ex: vârsta, anumite particularități anatomice) pentru a elabora strategii profilactice și terapeutice personalizate și eficiente. Evaluarea trebuie să ia în considerare integritatea funcțională a întregului lanț kinetic al membrului inferior, nu doar structurile piciorului.

C.2.2. Profilaxia PCFP

Caseta 2. Profilaxia PCFP

Profilaxia fasciitei plantare vizează reducerea stresului mecanic asupra fasciei plantare prin abordarea factorilor de risc modificabili și prin educația pacienților privind autoîngrijirea.

Principii și măsuri de prevenție primară și secundară (prevenirea recurențelor):

1. Managementul greutateii corporale:

- Menținerea unei greutatei corporale optime este esențială pentru a diminua sarcina exercitată asupra structurilor piciorului. Clinicienii pot oferi consiliere și educație privind importanța exercițiilor fizice regulate și a unei diete echilibrate pentru atingerea și menținerea unei mase corporale sănătoase (Grad D, bazat pe JOSPT Grad E).

2. Alegerea și utilizarea corectă a încălțăminte:

- Se recomandă purtarea constantă a încălțămintei care oferă suport adecvat arcului longitudinal medial, amortizare suficientă a șocurilor și o bună stabilitate a piciorului.
- Este importantă evitarea purtării prelungite a pantofilor complet plați, cu talpă foarte subțire, uzați, precum și a mersului desculț pe suprafețe dure pentru perioade extinse.
- Încălțămintea sportivă trebuie înlocuită periodic, în funcție de gradul de uzură și de tipul de activitate.
- Se va limita pe cât posibil purtarea pantofilor cu toc înalt.

3. Adaptarea activității fizice și tehnici de antrenament:

- Se vor evita creșterile bruște și excesive ale intensității, duratei sau frecvenței efortului fizic, în special în activități precum alergarea, săriturile sau ortostatismul prelungit.
- Orice modificare a regimului de activitate fizică trebuie făcută gradual.
- Sportivii trebuie să respecte tehnicile corecte de antrenament și să includă perioade adecvate de refacere.

4. Program regulat de stretching și menținerea flexibilității:

- Este crucială efectuarea zilnică a exercițiilor de stretching specifice pentru fascia plantară (de exemplu, prin dorsiflexia pasivă a degetelor), tendonul ahilean și musculatura gambei (gastrocnemieni și soleari). Aceste exerciții sunt deosebit de importante înainte de primii pași dimineața și înainte/după efortul fizic.

5. Utilizarea suporturilor plantare (orteze):

- Pentru persoanele cu particularități biomecanice predispozante (de exemplu, picior plat pronat, picior cav) sau pentru cele implicate în activități care presupun o încărcare mare și prelungită a picioarelor, utilizarea preventivă a suporturilor plantare (prefabricate sau personalizate) poate fi benefică.

6. Ergonomia locului de muncă:

- În cazul profesiilor care necesită ortostatism prelungit, se recomandă implementarea unor măsuri ergonomice precum utilizarea covorașelor anti-oboșală, efectuarea unor pauze regulate pentru mișcare și exerciții de stretching, și purtarea constantă a unei încălțămintei de protecție și susținere adecvată.

7. Evaluare și corectare precoce a deficiențelor biomecanice (în context profilactic):

- **Anamneza:** identificarea activă a persoanelor cu risc crescut prin evaluarea istoricului ocupațional și sportiv, a tipului de încălțămintă

utilizat, a variațiilor ponderale și a cunoștințelor privind tehnicile corecte de stretching.

- **Examenul fizic:** include evaluarea IMC-ului, a tipului de picior (de exemplu, prin utilizarea Indexului de postură a piciorului - FPI), a amplitudinii de mișcare în articulația gleznei (în special dorsiflexia) și a flexibilității musculaturii gambei (de exemplu, testul Silfverskiöld). Analiza mersului poate identifica tulburări biomecanice subtile. Intervenția precoce asupra acestor deficiențe poate reduce semnificativ riscul de apariție a PCFP.
- **Investigațiile paraclinice:** de regulă, nu sunt indicate pentru profilaxia primară la persoanele asimptomatice.

Aderența pe termen lung la aceste măsuri preventive este crucială pentru evitarea apariției inițiale sau a recurențelor fasciitei plantare. Chiar dacă nivelul de evidență pentru unele măsuri profilactice specifice poate varia, recomandările actuale se bazează pe o înțelegere solidă a factorilor de risc și a principiilor biomecanice și de tratament.

C.2.3. Conduita pacientului cu PCFP

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu PCFP

Anamneza detaliată joacă un rol central în diagnosticul fasciitei plantare. Informațiile cheie care trebuie obținute de la pacient includ:

1. Caracteristicile durerii:

- **Localizare:** tipic, durere în regiunea plantară medială a călcâiului, la nivelul tuberculului medial al calcaneului. Durerea poate iradia proximal în cazuri severe.
- **Debut:** de obicei gradual, adesea asociat cu o modificare recentă a nivelului de activitate cu încărcare biomecanică.
- **Tipul durerii:** adesea descrisă ca ascuțită, ca o "înțepătură" sau "un cui", în special la primii pași. Poate deveni o durere surdă pe parcursul zilei.
- **Cronologie și factori agravanți:**
 - Durere maximă la primii pași dimineața sau după o perioadă de repaus (de exemplu, stat prelungit pe scaun) – simptom considerat aproape patognomonic.
 - Ameliorare parțială după o scurtă perioadă de mișcare inițială, urmată de agravare după activitate prelungită (mers, ortostatism) sau la sfârșitul zilei.
 - Agravare la mersul desculț sau cu încălțăminte fără suport.

- **Factori de ameliorare:** repausul, încălțăminte de susținere, aplicarea de gheață, mișcarea inițială (temporar).
- **Durata simptomelor:** importantă pentru diferențierea formelor acute (<3-6 luni) de cele cronice.

2. Istoricul activității fizice și ocupaționale:

- Nivelurile actuale de activitate și orice modificări recente în intensitate, durată sau tip de activitate.
- Tipul de ocupație (necesită ortostatism prelungit, mers pe distanțe mari?).
- Activități recreative sau sportive practicate (în special alergare, dans, aerobic, sărituri).

3. Tipul de încălțăminte utilizat:

- Tipul de încălțăminte purtat în mod obișnuit la locul de muncă și în timpul liber.
- Modificări recente ale tipului de încălțăminte.

4. Istoricul medical general:

- Episoade anterioare de durere la nivelul călcâiului sau diagnostic de fasciită plantară.
- Tratamente anterioare pentru durerea de călcâi (auto-administrate sau prescrise) și răspunsul la acestea.
- Prezența unor afecțiuni sistemice (de exemplu, spondiloartropatii seronegative, diabet zaharat, gută) care ar putea contribui la simptomatologie.
- Variații recente ale greutății corporale.

5. Absența simptomelor atipice:

- Paretezii, amorțeli, senzație de arsură (sugestive pentru o componentă neuropatică).
- Durere nocturnă intensă, semne sistemice de infecție (febră, frisoane) sau neoplazie (scădere ponderală inexplicabilă).

Conform Ghidului de Practică Clinică (CPG) al JOSPT din 2023 (Grad B, conform sistemului de gradare JOSPT), criteriile diagnostice din anamneză includ:

* Durere plantară medială la nivelul călcâiului: cea mai intensă la primii pași după o perioadă de inactivitate, dar și agravată după o încărcare prelungită.

* Durere la nivelul călcâiului precipitată de o creștere recentă a activității cu încărcare.

Anamneza detaliată ghidează nu doar diagnosticul, ci și stratificarea abordării

terapeutice, ajutând la adaptarea planului de management la particularitățile individuale ale pacientului (cronicitate, nivel de activitate, tratamente anterioare eșuate).

C.2.3.2. Manifestările clinice PCFP

Caseta 4. Examen clinic general

Examenul clinic general al pacientului cu suspiciune de piteni calcaneeni și fasciită plantară (PCFP) urmărește evaluarea stării generale de sănătate și identificarea unor eventuale semne care ar putea indica o altă etiologie a durerii sau prezența unor comorbidități relevante.

1. Observația generală:

- Se evaluează aspectul general al pacientului, starea de nutriție (relevantă pentru IMC ca factor de risc).
- Se observă prezența unui eventual mers antalgic (șchiopătare, evitare a sprijinului pe călcâi) încă de la intrarea pacientului în cabinetul de consultație.

2. Evaluarea semnelor sistemice:

- Deși PCFP este de obicei o afecțiune localizată, se vor căuta indicii pentru posibile afecțiuni inflamatorii sistemice (de exemplu, spondiloartropatii), mai ales dacă anamneza a relevat simptome sugestive (dureri articulare multiple, redoare matinală prelungită în alte articulații, manifestări cutanate sau oculare).

3. Inspecția sumară a membrilor inferioare:

- Se poate efectua o inspecție sumară bilaterală a membrilor inferioare pentru a identifica asimetrii majore, deformări osoase evidente sau semne de alte afecțiuni musculo-scheletale care ar putea influența biomecanica piciorului.

Deși diagnosticul PCFP este preponderent bazat pe examenul localizat al piciorului, o abordare generală inițială contribuie la contextualizarea simptomatologiei și la excluderea unor "steaguri roșii".

Caseta 5. Examen clinic specializat

Diagnosticul fasciitei plantare este în mare măsură clinic, bazat pe o anamneză caracteristică și pe constatări specifice la examenul fizic localizat.

1. Inspecția piciorului și a gleznei:

- Se examinează piciorul pentru a identifica eventuala prezență a unei tumefacții ușoare localizate în jurul călcâiului (deși edemul marcat este neobișnuit). Eritemul este rar în fasciita plantară cronică.
- Se evaluează postura piciorului, căutând semne de picior plat (pes planus) sau picior scobit (pes cavus). Se poate utiliza Indexul de postură

a piciorului-6 (FPI-6) pentru o evaluare obiectivă; un scor anormal este menționat în criteriile de diagnostic ale CPG-ului JOSPT din 2023 (Grad B).

2. **Palparea:**

- Elementul cheie este identificarea durerii și a sensibilității la palparea directă a inserției proximale a fasciei plantare, pe aspectul anteromedial al calcaneului (tuberculul medial calcanean).
- Se poate palpa și traiectul fasciei plantare pentru a identifica alte zone de sensibilitate sau prezența unor noduli (sugestivi pentru boala Ledderhose).

3. **Evaluarea amplitudinii de mișcare (Range of Motion - ROM):**

- Se evaluează amplitudinea mișcării la nivelul articulației talocrurale (gleznei), în special dorsiflexia, atât activ, cât și pasiv. O limitare a dorsiflexiei, cu genunchiul extins (indicând o retracție a gastrocnemienilor) și/sau cu genunchiul flectat (indicând o retracție a solearului), este o constatare frecventă și relevantă. CPG-ul JOSPT din 2023 include limitarea ROM în dorsiflexia talocrurală în criteriile sale de diagnostic (Grad B).
- Se evaluează și mobilitatea articulației subtalare și a articulațiilor mediotarsiene.

4. **Teste specifice:**

- **Testul Windlass (sau testul Jack):** implică reproducerea durerii caracteristice la nivelul călcâiului prin dorsiflexia pasivă forțată a degetelor piciorului (în special a halucelui), în timp ce glezna este stabilizată. Un test Windlass pozitiv este un criteriu de diagnostic important (CPG JOSPT 2023, Grad B).
- **Teste pentru excluderea sindromului de tunel tarsian:** de exemplu, percuția ușoară posterior de maleola medială (semnul Tinel) poate reproduce simptome iradiante dacă nervul tibial posterior este comprimat. CPG-ul JOSPT din 2023 recomandă teste negative pentru tunelul tarsian pentru a susține diagnosticul de fasciită plantară (Grad B)

5. **Examenul neurologic sumar:**

- Se evaluează sensibilitatea cutanată la nivelul piciorului pentru a identifica eventuale deficite care ar putea sugera o neuropatie compresivă (de exemplu, nervul Baxter) sau o radiculopatie.
- Se poate testa forța musculaturii intrinseci și extrinseci a piciorului.

Prezența pintenilor calcaneeni, deși frecventă la examenul imagistic (aproximativ 50% din cazuri), nu reprezintă o manifestare clinică direct palpabilă sau o cauză

directă a durerii în fasciita plantară; durerea provine de la inflamația/degenerescenta fasciei. Un examen clinic specializat amănunțit este esențial pentru confirmarea diagnosticului de PCFP și pentru excluderea altor cauze de talalgie.

Caseta 7. Indicații pentru consultul medicului ortoped-traumatolog

Toate persoanele diagnosticate cu PCFP trebuie să aibă consultații obligatorii cu un medic ortoped-traumatolog, un chirurg, și un oncolog specializat în ortopedie-traumatologie.

C.2.3.3. Diagnosticul diferențiat

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial în calcaneodinie

Afecțiunea	Caracteristici Clinice Distinctive și Anamnestice	Investigații Utile pentru Diferențiere	Referințe
Fractura de stres calcaneană	Istoric de activitate fizică intensă sau creștere bruscă a acesteia; durere care se agravează progresiv cu activitatea, putând deveni prezentă și în repaus; sensibilitate la compresia medială și laterală a calcaneului.	Radiografie (poate fi negativă inițial), scintigrafie osoasă (hipercaptare intensă), CT, RMN (evidențiază edem osos, linia de fractură).	
Sindroame de compresie nervoasă:			
- Sindromul de tunel tarsian	Compresia nervului tibial posterior sau a ramurilor sale; simptomele pot include arsură, furnicături, amorțeală sau durere care iradiază în arcadă, degete sau proximal; semnul Tinel pozitiv deasupra tunelului tarsian.	Studii electrofiziologice (EMG/NCV) pot confirma compresia nervoasă; RMN poate evidenția cauze compresive (ganglioni, varice). Testele negative susțin diagnosticul de PCFP.	

- Compresia nervului Baxter (nerv calcanean inferior)	Compresia primei ramuri a nervului plantar lateral; durerea poate fi similară cu cea din PCFP, dar poate fi mai laterală sau difuză și adesea fără durerea clasică "la primul pas"; sensibilitate de-a lungul traiectului nervos.	Diagnostic clinic dificil; studii electrofiziologice; RMN poate fi util; răspuns la blocarea nervoasă diagnostică.	
- Compresia nervului calcanean medial	Simptome neuropatice în teritoriul nervului calcanean medial.	Similar cu alte neuropatii compresive; diagnostic clinic și EMG/NCV.	
Atrofia/Contuzia perniței adipoase calcaneene	Durere profundă, asemănătoare unei contuzii, în centrul călcâiului (sub calcaneu), adesea mai accentuată pe suprafețe dure și la impact direct; sensibilitate la palparea directă a perniței adipoase centrale.	Diagnostic preponderent clinic; ecografia sau RMN pot evidenția subțierea perniței adipoase.	
Tendinopatia/Tendinita ahileană (inserțională sau non-inserțională)	Durere localizată la nivelul călcâiului posterior, la inserția tendonului ahilean sau în corpul tendonului; agravată de activitățile care încarcă tendonul (de exemplu, propulsie, urcatul scărilor).	Examen clinic (localizarea durerii și a eventualei tumefacții); ecografia sau RMN pot confirma tendinopatia.	
Bursita retrocalcaneană	Inflamația bursei dintre tendonul ahilean și calcaneu; durere și tumefacție posterioară la nivelul călcâiului.	Examen clinic; ecografia sau RMN pot vizualiza bursa inflamată.	
Deformitatea Haglund	Prominență osoasă pe aspectul posterosuperior al calcaneului; poate duce la bursită retrocalcaneană și iritația tendonului ahilean.	Radiografie laterală a gleznei.	

Boala Sever (Apofizita calcaneană)	Specifică copiilor și adolescenților cu schelet imatur; durere la nivelul călcâiului posterior (la nivelul apofizei calcaneene), agravată de activitate fizică.	Diagnostic clinic; radiografia poate fi normală sau poate arăta fragmentarea apofizei (variație normală).	
Afecțiuni inflamatorii sistemice (Spondiloartropatii)	Spondilita anchilozantă, artrita psoriazică, artrita reactivă pot cauza entezită la inserția fasciei plantare; se caută alte semne sistemice (dureri/tumefacții articulare în alte locații, dureri de spate, modificări cutanate/unghiale, uveită).	Markeri inflamatori serologici (VSH, CRP), HLA-B27, factor reumatoid (de obicei negativ), imagistică specifică articulațiilor afectate. Recomandare JOSPT 2014 (Grad C) de a le considera .	
Fibrom plantar proximal (Boala Ledderhose)	Prezența unuia sau mai multor noduli palpabili în fascia plantară; pot fi sau nu dureroși.	Examen clinic (palparea nodulilor); ecografia sau RMN pot confirma prezența și extinderea nodulilor.	
Tumori osoase/ale țesuturilor moi (Maligne/Benigne)	Rare, dar de luat în considerare în cazuri de durere persistentă, nocturnă, progresivă, sau prezentare atipică, scădere ponderală inexplicabilă.	Radiografie, RMN, CT, scintigrafie osoasă; biopsie dacă este indicat.	
Infecție (Osteomielită, Infecție a țesuturilor moi)	Rară în absența traumatismelor deschise, a intervențiilor chirurgicale recente sau a bolilor sistemice predispozante (diabet zaharat, imunosupresie); semne locale de infecție (roșeață, căldură, tumefacție marcată, fluctuență) și sistemice (febră).	Markeri inflamatori (VSH, CRP, leucocitoză); hemoculturi; puncție aspirativă/biopsie pentru culturi și examen histologic; RMN, scintigrafie cu leucocite marcate.	
Altele	Durere osoasă în siclemie, contuzie osoasă, durere neuropatică de altă origine (de exemplu, radiculopatie S1), etiologii vasculare	Investigații specifice în funcție de suspiciunea clinică (teste electrofiziologice pentru radiculopatie, Doppler vascular etc.).	

	(insuficiență arterială, claudicație).		
--	--	--	--

Un diagnostic diferențial amănunțit este crucial pentru a asigura un management adecvat și pentru a evita omiterea unor afecțiuni care necesită o abordare terapeutică diferită

C.2.3.4. Criteriile de spitalizare

Caseta 6 . Criteriile de spitalizare:

Spitalizarea pentru fasciita plantară (PCFP) sau pintenii calcaneeni este **extrem de rară** și, în general, nu este indicată pentru afecțiunea în sine, care este gestionată preponderent în regim ambulatoriu. Majoritatea ghidurilor și surselor de referință se concentrează pe managementul conservator sau pe intervenții chirurgicale efectuate în regim de spitalizare de zi sau ambulatoriu.

Cu toate acestea, spitalizarea poate fi luată în considerare în circumstanțe excepționale sau indirect legate de PCFP:

1. Necesitatea intervenției chirurgicale pentru PCFP:

- Deși multe proceduri chirurgicale pentru PCFP (de exemplu, fasciotomia plantară endoscopică) pot fi efectuate în regim ambulatoriu, unele cazuri, în funcție de complexitatea intervenției (de exemplu, proceduri deschise mai extinse), comorbiditățile pacientului sau protocoalele instituționale, ar putea necesita o scurtă perioadă de spitalizare pentru monitorizare postoperatorie și managementul inițial al durerii.

2. Managementul durerii severe și necontrolate în prezența unor comorbidități semnificative:

- În situații foarte rare, dacă durerea cauzată de PCFP este excepțional de severă, și nu poate fi controlată adecvat în ambulatoriu, iar pacientul prezintă comorbidități importante care complică managementul durerii sau mobilitatea, spitalizarea pe termen scurt ar putea fi considerată pentru stabilizarea durerii.

3. Complicații severe ale tratamentului ambulatoriu:

- Deși rare, apariția unor complicații severe ale tratamentelor efectuate în ambulatoriu (de exemplu, o infecție profundă post-injecțională care necesită administrare de antibiotice intravenoase, drenaj chirurgical sau debridare) ar putea impune spitalizarea.

4. Incertitudine diagnostică cu suspiciune de patologie gravă subiacentă:

- Dacă în cursul evaluării pentru durerea de călcâi se ridică suspiciunea

unei afecțiuni grave care necesită investigații și/sau intervenții urgente în regim de internare (de exemplu, suspiciune de tumoră osoasă sau a țesuturilor moi cu caracter agresiv, osteomielită acută, abces profund, fractură complexă instabilă care nu a fost inițial recunoscută), spitalizarea devine necesară pentru diagnosticul și tratamentul acestei patologii primare.

Este important de subliniat că aceste situații sunt atipice pentru evoluția obișnuită a PCFP. Decizia de spitalizare se va lua individualizat, în funcție de starea clinică a pacientului, severitatea simptomatologiei, prezența complicațiilor, comorbidităților și necesitatea unor intervenții care nu pot fi realizate în condiții de siguranță în ambulatoriu.

C.2.3.5. Tratamentul

C.2.3.5.1. Tratamentul conservator în cadrul CS, CMF, cabinetului specializat de ortopedie și traumatologie din/sau secția consultativă a IMSP Spitalului Raional, Municipal și Republican

Caseta 7. Tratamentul non-chirurgical al CFP(nemedicamentos/medicamentos)

Tratamentul conservator reprezintă prima linie de abordare în managementul PCFP și include o varietate de modalități care vizează reducerea durerii, a inflamației (acolo unde este prezentă) și corectarea factorilor biomecanici predispozanți. O abordare multimodală este adesea superioară intervențiilor izolate, iar participarea activă a pacientului este crucială pentru succes.

I. Tratamentul Nemedicamentos Conservator

1. Educația pacientului și consiliere:

- Informarea pacientului despre natura afecțiunii, evoluția naturală, factorii agravanți și opțiunile de tratament.
- Consiliere privind managementul încărcăturii (evitarea activităților care exacerbează durerea, modificarea activităților cu impact mare).
- Recomandări privind pierderea în greutate la pacienții supraponderali/obezi (bazat pe consens și principii teoretice, se poate considera **(Nivel de evidență C)**).
- Sfaturi privind alegerea încălțămintei adecvate.
- Aceasta reprezintă o componentă crucială a managementului.

2. Stretchingul (întinderea):

- **Stretching specific fasciei plantare:** implică dorsiflexia degetelor pentru a tensiona fascia; este considerat mai benefic decât stretching-ul izolat al tendonului ahilean.
- **Stretchingul complexului gastrocnemian-solear (mușchii gambei).**
- **Recomandare:** Se recomandă utilizarea stretching-ului specific fasciei

plantare și al complexului gastrocnemian-solear pentru reducerea durerii pe termen scurt și lung, precum și pentru îmbunătățirea funcției (**Clasa I, Nivel de evidență A**).

- Exercițiile ar trebui efectuate zilnic, în special înainte de primii pași dimineața și după perioade de inactivitate.

3. **Încălțăminte de susținere și orteze plantare (suporturi plantare):**

- Utilizarea de pantofi cu suport adecvat al arcului longitudinal medial și amortizare bună.
- **Orteze plantare (prefabricate sau personalizate):** au rolul de a oferi suport arcului, de a reduce pronția excesivă și de a diminua tensiunea asupra fasciei.
- **Recomandare:** Nu se recomandă utilizarea ortezelor (prefabricate sau personalizate) ca tratament izolat pentru ameliorarea durerii pe termen scurt; totuși, clinicienii pot utiliza orteze (prefabricate sau personalizate) în combinație cu alte tratamente pentru a reduce durerea și a îmbunătăți funcția (**Clasa IIb, Nivel de evidență B/C**). Unele studii indică faptul că ortezele prefabricate pot fi la fel de eficiente ca cele personalizate pentru reducerea durerii pe termen scurt, deși beneficiul pe termen lung nu este constant semnificativ clinic, iar alte ghiduri au găsit ortezele prefabricate ineficiente.

4. **Bandajarea (Taping):**

- Aplicarea de benzi adezive (de exemplu, tehnica Low-Dye) pentru a susține arcul piciorului și a limita pronția excesivă.
- **Recomandare:** Se recomandă utilizarea tehnicilor de taping al piciorului (rigid sau elastic) în conjuncție cu alte tratamente de terapie fizică pentru îmbunătățiri pe termen scurt (1 până la ≤ 6 săptămâni) ale durerii și funcției (**Clasa I, Nivel de evidență A**).

5. **Atelele nocturne (Night Splints):**

- Mențin glezna în poziție neutră sau de ușoară dorsiflexie în timpul somnului pentru a preveni contractura fasciei plantare și a mușchilor gambei.
- **Recomandare:** Se recomandă prescrierea unui program de 1-3 luni de atele nocturne pentru persoanele care au în mod constant durere la primul pas dimineața (**Clasa I, Nivel de evidență A**). Unele surse menționează că dovezile sunt contradictorii (**Nivel de evidență B/C**).

6. **Terapia manuală:**

- Include mobilizări/manipulări articulare și ale țesuturilor moi ale extremității inferioare (picior, gleznă, gambă).
- **Recomandare:** Se recomandă utilizarea terapiei manuale pentru a aborda restricțiile relevante, a reduce durerea și a îmbunătăți funcția

(Clasa I, Nivel de evidență A). Aceasta poate include masajul prin fricțiune profundă al arcadei și inserției fasciei.

7. Exerciții terapeutice/Reeducare neuromusculară:

- Exerciții de întărire a musculaturii intrinseci și extrinseci a piciorului și gleznei.
- Programe de încărcare progresivă a fasciei plantare.
- **Recomandare:** Clinicienii ar putea lua în considerare includerea exercițiilor de întărire a musculaturii intrinseci și a programelor de încărcare mare (**Clasa IIb, Nivel de evidență C**).

8. Agenți fizici (Crioterapie/Termoterapie):

- **Crioterapia (gheață):** aplicarea locală de gheață pentru reducerea durerii și a unei posibile inflamații acute.
- **Termoterapia (căldură):** aplicarea locală de căldură poate fi utilă pentru punctele trigger miofasciale sau pentru relaxarea musculară înainte de stretching.
- **Recomandare:** Se poate lua în considerare utilizarea căldurii locale (**Clasa IIb, Nivel de evidență C**).

9. Dry Needling / Acupunctura:

- Inserarea de ace subțiri în puncte trigger miofasciale din mușchii gambei (gastrocnemian, solear) și plantari.
- **Recomandare:** Ar trebui luată în considerare utilizarea dry needling-ului pentru reducerea durerii pe termen scurt și lung, precum și pentru îmbunătățiri pe termen lung ale funcției și dizabilității (**Clasa IIa, Nivel de evidență B**). Alte surse indică necesitatea unor studii de calitate superioară.

10. Alte intervenții conservatoare:

- **Modificarea activității/repausul relativ:** reducerea activităților care provoacă durere.
- **Fonoforeza cu ketoprofenum gel:** ar putea fi luată în considerare pentru a reduce durerea (**Clasa IIb, Nivel de evidență C**).
- **Iontoforeza/electroterapia:** dovezile sunt contradictorii pentru utilizarea acestora ca tratament de linia a doua (**Clasa III / Nivel de evidență C - nerecomandat sau fără dovezi clare de beneficiu**).
- **Ultrasunetele terapeutice:** nu sunt recomandate pentru a spori beneficiile stretching-ului (**Clasa III / Nivel de evidență A - împotriva utilizării**).

II. Tratamentul medicamentos

Tratamentul medicamentos în fasciita plantară vizează în principal ameliorarea

durerii și, în unele cazuri, reducerea inflamației, deși natura predominant degenerativă a afecțiunii cronice este tot mai recunoscută. Selecția medicamentelor trebuie să se bazeze pe dovezi științifice, profilul de siguranță și, unde este cazul, pe includerea în listele de medicamente esențiale.

Antiinflamatoare Nesteroidiene (AINS) Orale:

Sunt frecvent utilizate pentru ameliorarea inițială a durerii, în special în fazele acute sau cu componentă inflamatorie. Eficacitatea lor pe termen lung în formele cronice, degenerative, poate fi limitată la controlul simptomatic. Unele studii nu au demonstrat o diferență semnificativă comparativ cu placebo în ceea ce privește scorurile de durere și dizabilitate în fasciita plantară. Panelul ACFAS (2017) a considerat incertă siguranța și eficacitatea AINS în durerea asociată cu fasciita plantară acută (Clasa IIb, Nivel de evidență C).

Exemple utilizate (se va consulta Lista Națională a Medicamentelor Esențiale și Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor pentru disponibilitate și reglementări specifice):

- *Ibuprofenum* (Cod ATC: M01AE01)
 - Forma farmaceutică: Comprimate 200 mg, 400 mg.
 - Mod de administrare: Per os (PO).
 - Doza unică: 200-400 mg. Se poate repeta la 6-8 ore.
 - Doza nictemerală maximă: 1200-2400 mg (în funcție de indicație și forma farmaceutică).
 - Durata tratamentului: Pe termen scurt (ex. 5-7 zile). Se recomandă utilizarea pe termen scurt.
 - Status OMS EML: Core List.
- *Naproxenum* (Cod ATC: M01AE02)
 - Forma farmaceutică: Comprimate 250 mg, 500 mg.
 - Mod de administrare: PO.
 - Doza unică: 250-500 mg.
 - Doza nictemerală: 500-1000 mg fracționat în 1-2 prize.
 - Durata tratamentului: Pe termen scurt. O altă opțiune pe termen scurt.
 - Status OMS EML: Core List.
- *Diclofenacum* (Cod ATC: M01AB05)
 - Forma farmaceutică: Comprimate/Capsule 25 mg, 50 mg.
 - Mod de administrare: PO (sau rectal). Un studiu a utilizat 50 mg de 2 ori pe zi timp de 4 săptămâni.
 - Doza unică: 25-50 mg.

- Doza nictemerală: 50-150 mg fracționat în 2-3 prize.
- Durata tratamentului: Pe termen scurt.
- Status OMS EML: Core List.
- *Celecoxibum* (Cod ATC: M01AH01)
 - Forma farmaceutică: nespecificat, dar de obicei capsule.
 - Mod de administrare: PO.
 - Doză: Studiat în doze de 200 mg o dată pe zi, dar fără a demonstra superioritate statistică față de placebo plus regim conservator într-un studiu specific.
 - Durata tratamentului: nespecificat.

Precauții: Este esențială prudența din cauza efectelor adverse gastrointestinale, cardiovasculare și renale. Se recomandă utilizarea celei mai mici doze eficiente pentru cel mai scurt timp posibil.

Antiinflamatoare Nesteroidiene (AINS) Topice:

Pot ajuta la ameliorarea durerii localizate, cu un profil de siguranță sistemică mai bun comparativ cu AINS orale. Formele farmaceutice includ gel, cremă, plasture (Cod ATC M02AA). Dovezile specifice pentru eficacitatea lor în fasciita plantară, provenite din ghiduri de înalt nivel, sunt limitate (Clasa IIb, Nivel de evidență C).

Exemple de substanțe active:

- *Ibuprofenum* (topic)
 - Forma farmaceutică: Gel/Cremă.
 - Mod de administrare: Topic, aplicare locală pe zona dureroasă de 2-4 ori/zi.
- *Ketoprofenum* (topic) (Cod ATC: M02AA10)
 - Forma farmaceutică: Gel 2.5%.
 - Mod de administrare: Topic; aplicare locală pe zona afectată de 2-3 ori/zi.
 - Durata tratamentului: Conform indicațiilor, de obicei până la 7-10 zile.
- *Diclofenacum* (topic, ca *Diclofenacum diethylammonium*) (Cod ATC: M02AA15)
 - Forma farmaceutică: Gel/Cremă 1% sau 2%.
 - Mod de administrare: Topic; aplicare locală pe zona afectată de 2-4 ori/zi.
 - Durata tratamentului: Conform indicațiilor, de obicei până la 7-14 zile.

Injectii cu Glucocorticoizi:

Acționează prin efectul antiinflamator local puternic. Sunt indicate pentru ameliorarea

durerii pe termen scurt în fasciita plantară acută și cronică, adesea când măsurile conservatoare inițiale nu au avut succes. Recomandare: Pentru durerea de călcâi plantară *neinflamatorie*, recomandarea recentă (BMJ RAPM 2025) este *împotriva* injecțiilor cu glucocorticoizi (se poate considera Clasa III, Nivel de evidență C/B - bazat pe interpretarea "Grad D" din sursă) Pentru durerea de călcâi *inflamatorie reumatică* neresponsivă la măsuri conservatoare, acestea *ar putea fi luate în considerare* (se poate considera Clasa IIb, Nivel de evidență C). Alte ghiduri susțin ameliorarea pe termen scurt (AAFP 2019 - Nivel B; AAFP 2018 - Nivel A; mapate la Clasa I/IIa, Nivel de evidență A/B), cu superioritatea ghidajului ecografic. Revizuirea Cochrane din 2017 a găsit dovezi de calitate scăzută pentru ameliorarea durerii <1 lună. ACFAS (2017) le consideră sigure și eficiente (Apropiate - consens, mapat la Clasa IIb, Nivel de evidență C).

Administrare: Se preferă ghidajul ecografic pentru creșterea acurateței și reducerea riscurilor. Frecvența este de obicei o singură injecție; repetările sunt posibile la intervale de săptămâni sau luni, dar cu prudență. Dozele trebuie individualizate, cu tendința actuală spre doze mai mici.

Medicamente utilizate (disponibilitatea conform Listei Medicamentelor compensate și Nomenclatorului de Stat):

- *Betamethasoni natrii phosphas* (sub formă de combinație de dipropionat de betametazonă și fosfat disodic de betametazonă) (Cod ATC: H02AB01)
 - Forma farmaceutică: Suspensie injectabilă.
 - Mod de administrare: Intra-/peri-lezional, preferabil sub ghidaj ecografic.
 - Doza unică: Echivalent a 3-7 mg *Betamethasoni natrii phosphas* (0.5-1 ml suspensie comercială).
 - Periodicitate: De obicei, o singură injecție; repetări posibile cu prudență la intervale de minim 4-6 săptămâni, evaluând raportul risc-beneficiu; număr total de injecții limitat (ex. maxim 2-3 într-o locație/an).
- *Methylprednisolonum* (Cod ATC: H02AB04)
 - Forma farmaceutică: Suspensie injectabilă.
 - Mod de administrare: Intra-/peri-lezional, preferabil sub ghidaj ecografic.
 - Doza unică: 20-40 mg (doza minimă eficientă recomandată).
 - Periodicitate: Similar cu *Betamethasoni natrii phosphas*.
- *Triamcinolonum* (Cod ATC: H02AB08)
 - Forma farmaceutică: Suspensie injectabilă.

- Mod de administrare: Intra-/peri-lezional, preferabil sub ghidaj ecografic.
- Doza unică: 20-40 mg (doza minimă eficientă recomandată).
- Periodicitate: Similar cu *Betamethasoni natrii phosphas*.
- *Dexamethasonum* (Cod ATC: H02AB02)
 - Forma farmaceutică: Soluție injectabilă.
 - Mod de administrare: Intra-/peri-lezional, preferabil sub ghidaj ecografic.
 - Doza unică: 4-8 mg.
 - Periodicitate: Similar cu *Betamethasoni natrii phosphas*.

Anestezice locale (pentru utilizare în combinație cu glucocorticoizi):

- *Lidocaini hydrochloridum* (Cod ATC: N01BB02)
 - Forma farmaceutică: Soluție injectabilă 1% (10 mg/ml) sau 2% (20 mg/ml).
 - Mod de administrare: Prin infiltrație locală.
 - Doza unică: Variabilă, în funcție de volumul necesar (ex. 1-5 ml), fără a depăși doza maximă recomandată.

Complicații posibile ale injecțiilor cu glucocorticoizi: Ruptura fasciei plantare, atrofia pernii adipoase calcaneene, infecție, modificări cutanate (hipopigmentare, atrofie), durere post-injecțională tranzitorie.

Alte Tratamente Injectabile (Dovezi în curs de dezvoltare, utilizare limitată în practica standard):

- Produse derivate din sânge autolog (Plasmă bogată în trombocite - PRP, sânge integral): Dovezile actuale sunt limitate și neconcludente pentru a recomanda utilizarea de rutină (Clasa IIb/III, Nivel de evidență C/B).
- Injecții cu toxină botulinică: Unele studii mici și o meta-analiză au arătat potențial de ameliorare a durerii și funcției, dar necesită cercetări suplimentare pentru a stabili rolul și siguranța pe termen lung (Clasa IIb, Nivel de evidență C/B).

Rolul AINS orale este în principal simptomatic pe termen scurt. Injecțiile cu glucocorticoizi pot oferi ameliorare tranzitorie, dar trebuie utilizate cu prudență din cauza riscurilor potențiale, iar recomandările recente înclină spre o utilizare mai restrictivă, în special în cazurile considerate non-inflamatorii. Terapiile injectabile emergente necesită dovezi suplimentare solide.

C.2.4. Supravegherea pacienților

Caseta 8. Supravegherea pacienților ce au suportat tratamentul PCFP :

Supravegherea pacienților cu fasciită plantară este esențială atât după tratamentul conservator, cât și după cel chirurgical, pentru a monitoriza evoluția clinică, a gestiona eventualele recurențe și a optimiza rezultatele funcționale pe termen lung. Utilizarea unor măsuri de rezultat validate este importantă pentru a cuantifica progresul.

1. Supravegherea post-tratament conservator:

- **Monitorizarea simptomelor:** se evaluează rezoluția sau persistența/recurența durerii, în special a durerii matinale caracteristice și a durerii la palpare.
- **Consolidarea măsurilor profilactice:** se accentuează importanța continuării pe termen lung a măsurilor de auto-îngrijire pentru a preveni recurența, incluzând programul de stretching, purtarea încălțămintei adecvate și managementul greutății corporale. Prevenirea recurenței este un obiectiv cheie.
- **Utilizarea chestionarelor de autoevaluare validate:** CPG-ul JOSPT din 2023 (Grad B - **Clasa IIa, Nivel de evidență B** în sistemul PCN) recomandă utilizarea unor instrumente precum Foot and Ankle Ability Measure (FAAM), Foot Health Status Questionnaire (FHSQ), Foot Function Index (FFI) sau Lower Extremity Function Scale (LEFS) pentru a evalua modificările funcționale pe parcursul episodului de îngrijire.
- **Reevaluarea parametrilor clinici:** se reevaluează amplitudinea de mișcare a gleznei și IMC-ul la persoanele non-atletice.
- **Plan de reevaluare:** se recomandă reevaluarea și, eventual, trimiterea la specialist dacă simptomele persistă mai mult de 6 săptămâni în ciuda tratamentului conservator inițial.

2. Supravegherea post-chirurgicală:

- **Programări regulate postoperatorii:** sunt necesare pentru a monitoriza vindecarea plăgii, durerea, funcția și pentru a ajusta programul de reabilitare. Un program tipic poate include controale la 2 săptămâni (verificarea plăgii, îndepărtarea suturilor), 6 săptămâni, 3 luni, 6 luni, 1 an, și ulterior la nevoie.
- **Supravegherea kinetoterapeutului:** este esențială pentru recuperarea optimă și progresia sigură a programului de reabilitare.
- **Monitorizarea pe termen lung:** se urmărește apariția eventualelor complicații tardive sau a semnelor de recurență a simptomatologiei.

3. Prognosticul pe termen lung:

- Majoritatea pacienților (80-90%) raportează ameliorarea simptomelor

cu tratament conservator în decurs de 10-12 luni.

- Totuși, o minoritate semnificativă poate experimenta simptome persistente. Un studiu longitudinal (Hansen et al., 2018) a constatat că riscul de a avea fasciită plantară simptomatică la 10 ani de la debutul simptomelor era de 45.6%. Pacienții asimptomatici din acel studiu au avut fasciită plantară în medie timp de 725 de zile. Aceasta subliniază natura potențial de lungă durată a afecțiunii pentru unii indivizi.
- Un prognostic pe termen lung mai puțin favorabil a fost asociat cu sexul feminin și cu durerea bilaterală.
- Într-un studiu pe termen lung, grosimea fasciei la ecografie a scăzut în timp indiferent de simptome și nu a avut impact asupra prognosticului; doar 24% dintre pacienții asimptomatici au avut o fascie normală la ecografie la urmărire.
- Recurența după intervenția chirurgicală este relativ scăzută dacă se respectă îngrijirea postoperatorie adecvată și măsurile preventive.

4. Educația pacientului pentru managementul pe termen lung:

- Continuarea purtării de încălțăminte adecvată și a ortezelor, dacă este necesar.
- Menținerea unei greutate corporale sănătoase.
- Efectuarea regulată a exercițiilor de stretching.
- Revenirea graduală la activități, evitând suprasolicitarea.
- Conștientizarea semnelor precoce de recurență și auto-management prompt sau solicitarea de sfat medical.

Supravegherea continuă și adaptarea strategiilor de management sunt importante pentru a asigura rezultate optime pe termen lung și pentru a minimiza impactul PCFP asupra calității vieții pacientului.

D. RESURSELE UMANE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCN

Pentru prestatorii de Asistență Medicală Primară	Personal: • Medic de familie. • Asistent/ă medical/ă de familie. • Asistent/ă medical/ă comunitar/ă. Aparataj, utilaj: • Echipament standard pentru cabinetul medicului de familie (stetoscop, tensiometru, termometru, cântar medical, taliometru etc.). • Ciocănel pentru reflexe, diapazon, ruletă metrică. • Materiale pentru aplicarea bandajelor adezive (taping), feșe elastice. • Acces la servicii de referire pentru investigații imagistice (radiografie, ecografie – conform arondării și dotărilor). • Materiale educaționale pentru pacienți (pliante/broșuri despre PCFP, exerciții de stretching, recomandări privind încălțăminte). • Formulare pentru evidența medicală, bilete de trimitere. Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010) Medicamente și parafarmaceutice pentru prescriere: • Analgezice neopioide și antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) orale pentru managementul durerii pe termen scurt: <i>Paracetamol</i>; <i>Ibuprofenum</i>; <i>Diclofenacum sodic/potasic</i>; <i>Naproxenum</i>. • Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru uz topic: <i>Diclofenacum diethylammonium</i>; <i>Ketoprofenum</i>. • Antiseptice pentru piele: <i>Spiritus aethylicus</i>, soluție cutanată 70%.
---	--

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Obiectivele protocolului	Măsura atingerii obiectivelor (Indicator specific)	Metoda de calculare a indicatorului (Formula)
1.1. Sporirea calității diagnosticului clinic, paraclinic și a tratamentului pintenilor calcaneeni și al fasciitei plantare, bazat pe dovezi științifice actuale.	Ponderea pacienților la care s-a depistat primar piteni calcaneeni și fasciita plantară (în %).	(Numărul de pacienți la care s-a depistat primar piteni calcaneeni și fasciita plantară recente pe parcursul ultimului an / Numărul total de pacienți la care s-a depistat primar piteni calcaneeni și fasciita plantară) X 100.
1.2. Sporirea calității diagnosticului clinic, paraclinic și a tratamentului pintenilor calcaneeni și al fasciitei plantare, bazat pe dovezi științifice actuale.	Ponderea pacienților cu PCFP la care diagnosticul a inclus anamneza și examenul clinic detaliat conform recomandărilor PCN (ex. testul Windlass) în ultimul an.	(Nr. pacienți cu PCFP la care s-a efectuat anamneză și examen clinic conform PCN în ultimul an / Nr. total de pacienți nou diagnosticați cu PCFP în ultimul an) x 100
2. Asigurarea eșalonării corecte a pacientului cu piteni calcaneeni și fasciită plantară către nivelul de asistență medicală corespunzător și către specialistul în domeniu (ortoped-traumatolog, medic de reabilitare) pentru aplicarea unui tratament adecvat și în timp util.	Ponderea pacienților cu PCFP care nu au răspuns la tratamentul conservator inițial (4-6 săptămâni la AMP) și au fost referiți către medicul ortoped-traumatolog.	(Nr. pacienți cu PCFP neresponsivi la tratament inițial la AMP și referiți la specialist / Nr. total de pacienți cu PCFP neresponsivi la tratament inițial la AMP) x 100
3. Reducerea duratei simptomatologiei, prevenirea cronicizării afecțiunii și a complicațiilor asociate (de exemplu, limitarea mobilității, afectarea calității vieții).	Rata pacienților cu PCFP care raportează ameliorarea semnificativă a durerii (ex. scădere cu X puncte pe scala VAS sau FFI) după Y luni de tratament conservator conform PCN.	(Nr. pacienți cu PCFP cu ameliorare semnificativă a durerii după Y luni de tratament conform PCN / Nr. total de pacienți cu PCFP sub tratament conform PCN evaluați la Y luni) x 100

4. Optimizarea managementului terapeutic al pacienților cu piteni calcaneeni și fasciită plantară la toate nivelurile de asistență medicală.	Ponderea pacienților cu PCFP tratați conservator la care s-au aplicat cel puțin X metode non-farmacologice recomandate de PCN (stretching, educație, modificare încălțăminte etc.) înainte de considerare a terapiilor invazive.	$(\text{Nr. pacienți cu PCFP cu } \geq X \text{ metode non-farmacologice aplicate} / \text{Nr. total de pacienți cu PCFP tratați conservator}) \times 100$
5. Promovarea unei abordări multidisciplinare în managementul pacienților cu această afecțiune.	Ponderea cazurilor complexe/refractare de PCFP discutate în cadrul unui consult multidisciplinar (ex. medic ortoped, medic de reabilitare, fiziokinetoterapeut) înainte de decizii terapeutice majore (ex. chirurgie).	$(\text{Nr. cazuri complexe/refractare de PCFP discutate multidisciplinar} / \text{Nr. total de cazuri complexe/refractare de PCFP}) \times 100$
6. Standardizarea conduitelor terapeutice în vederea reducerii variabilității nejustificate în practica medicală.	Gradul de completare a fișei standardizate de audit medical bazat pe criterii pentru PCFP în instituțiile medicale evaluate.	$(\text{Suma fișelor de audit completate conform criteriilor} / \text{Numărul total de fișe de audit care trebuiau completate}) \times 100$ (sau analiza calitativă a abaterilor)
7. Îmbunătățirea rezultatelor funcționale și a calității vieții pacienților afectați.	Modificarea medie a scorului Indexului Funcțional al Piciorului (FFI) la pacienții cu PCFP la Z luni post-începutul tratamentului conform PCN.	Media (FFI inițial – FFI la Z luni) pentru un lot de pacienți.

Notă: PCN – Protocol Clinic Național; PCFP – Pitenii Calcaneeni și Fasciita Plantară; AMP – Asistență Medicală Primară; VAS – Scala Vizuală Analogă a durerii (Visual Analogue Scale); FFI – Indexul Funcțional al Piciorului (Foot Function Index)

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația ortoped	IMSP SR Edineț	Cab.207, Cab.214
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
Consultații specialiști	IMSP SR Edineț	Registratură

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

Anexa 1. Informație pentru pacientul cu PCFP.

(Ghid pentru pacienți, părinți)

Acest ghid a fost creat pentru a vă oferi informații esențiale despre aflarea în fața diagnosticului de pîteni calcaneeni și fasceita plantară (PCFP), probleme comune care duc la durere de călcâi și disconfort.

Despre PCFP:

PCFP reprezintă o inflamație a fasciei plantare, bandă de țesut care leagă călcâiul de degetele de la picioare și susține arcul piciorului. În unele cazuri, pe calcaneu se poate dezvolta un pîten osos desemnat "pîten calcanean".

Simptome:

- Durere în zona călcâiului sau sub plantă, mai intensă dimineața sau după perioade de repaus.
- Durere care se agravează la începerea mersului după o perioadă de inactivitate.
- Disconfort la palparea specifică a călcâiului.

Diagnostic:

Diagnosticul se bazează pe istoricul medical și examen fizic detaliat. În unele cazuri, pot fi necesare investigații suplimentare, precum radiografiile, RMN-ul sau ultrasonografia, pentru a exclude alte cauze ale durerii și pentru a evalua structura fasciei plantare.

Opțiuni de tratament:

- *conservator*: reprezintă prima linie de tratament și includ odihnă, aplicarea de gheață, exerciții de întindere, încălțăminte adecvată și, la nevoie, medicamente antiinflamatoare.
- *tratamente avansate*: în cazurile în care simptomele persistă, pot fi luate în considerare fizioterapia, terapia cu unde de șoc extracorporeale (ESWT), injecțiile cu glucocorticoizi sau chiar terapia cu laser.
- *radioterapie*: în situații selecționate, administrarea de radiații de doză joasă poate fi benefică pentru reducerea inflamației și durerii.
- *tratament chirurgical*: este considerat pentru cazurile rezistente la tratamentul conservator, după o evaluare atentă a beneficiilor și riscurilor.

Prevenire:

- menținerea unei greutăți corporale sănătoase și participarea la exerciții fizice regulate, cu accent pe întărirea și flexibilitatea piciorului și călcâiului.
- alegerea corespunzătoare a încălțăminte, cu suport adecvat pentru arc și amortizare.
- urmărirea unui regim de îngrijire acasă, inclusiv exerciții de întindere și fortificare recomandate de medic sau fizioterapeut.

Concluzie

Se dorește că prin adoptarea unor măsuri pro-active și prin colaborarea cu echipa de îngrijire medicală, să se ajungă la controlul optim al simptomelor PCFP și la îmbunătățirea calității

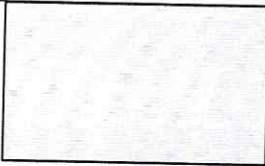
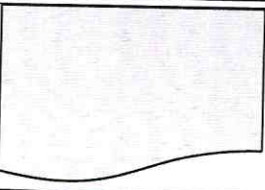
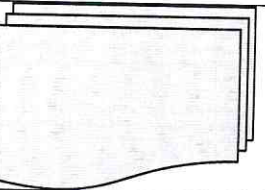
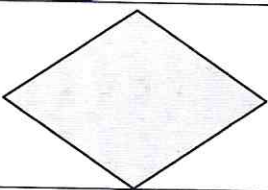
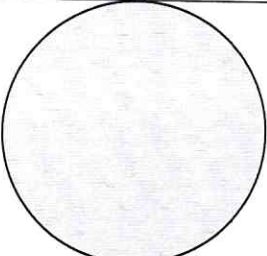
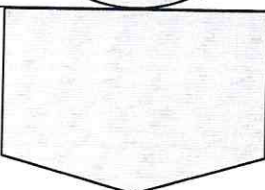
vieții. Pentru orice întrebări suplimentare sau nelămuriri, nu ezitați să discutați cu medicul dumneavoastră.

Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru tratamentul pintenilor calcaneeni și a fasciitei plantare

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII din PCN		
	DOMENIUL PROMPT	DEFINIȚII ȘI NOTE
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	ZZ-LL-AAAA sau necunoscut = 9
4	Sexul pacientului/ei	bărbat = 1; femeie = 2
5	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2
INTERNAREA		
6	Data și ora internării în spital	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9
7	Starea pacientului/ei la internare (gravitatea)	ușoară = 2; medie = 3; gravă = 4; necunoscut = 9
8	Durata internării în spital (zile)	numărul de zile; necunoscut = 9
9	Transferul în alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 terapie intensiva = 2; chirurgie = 3; alte secții = 4
10	Respectarea criteriilor de spitalizare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 dificultate de stabilire a diagnosticului = 6
DIAGNOSTICUL		
11	Investigații de laborator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 analiza generală a sângelui = 2; analiza generală a urinei = 3; examenul biochimic = 4; exsudat faringian (examen bacteriologic) = 7; examene histologic și citologic (intraoperatoriu) = 8
12	Investigații instrumentale	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 Radiografie = 2; CT = 3
13	Consultat de alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9; cardiolog = 2; endocrinolog = 3; reumatolog = 4; chirurg vascular = 6; oncolog = 7; alți medici specialiști = 8
14	Investigații indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR		
15	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; secția consultativă = 3; spital = 4; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9
16	Modul în care a fost internat pacientul	urgent = 2; programat = 3; necunoscut = 9
17	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9

18	Factori identificabili de risc înregistrați	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
19	Evidența dispanserică	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
	TRATAMENTUL	
20	Unde a fost inițiat tratamentul	CS = 1; CMF = 2; secția consultativă = 3; spital = 4; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9
21	Tratamentul etiopatogenetic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 AINS = 2; glicozaminoglicani = 3; glucocorticoizi = 4; antibiotice = 6; radioterapie = 7; analgezice opioide = 8
22	Tratament chirurgical	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 pacientul a refuzat tratamentul = 2; contraindicații = 3
23	Tratamentul de reabilitare p/op	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
24	Monitorizarea tratamentului înregistrată	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
25	Tratamentul maladiilor concomitente	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
26	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
27	Complicații înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 trombembolie = 2; infecție superficială = 3; infecție profundă = 4; alte complicații = 6
28	Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; lipsa de complicațiilor postoperatorii = 2; lipsa febrei și sindromului algic pronunțat = 3; starea generală – satisfăcătoare și St. loc. favorabil = 4
29	Externare cu prescrierea tratamentului și recomandărilor	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
30	Supravegherea pacientului/ei după externare	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
31	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9

Anexa 4. Simbolurile utilizate în elaborarea algoritmilor de conduită a pacientului cu Pintenii calcaneeni și fasciita plantară

	Simbolul activității - reprezintă orice acțiune descrisă.
	Simbolul documentului - este utilizat pentru a reprezenta orice tip de document, de exemplu: protocol, standard etc.
	Simbolul documentelor multiple - este utilizat pentru a reprezenta un set de documente, de exemplu: ordine, protocoale etc.
	Simbolul decizional - este o joncțiune unde trebuie luată o decizie, de exemplu: acțiune într-o anumită circumstanță/situație clinică; aprobare sau respingere.
	Simbolul de conectare - este utilizat pentru a reprezenta pe aceeași diagramă conexiunea cu un alt proces/activitate după caz.
	Simbolul de conectare cu pagina următoare - este utilizat pentru a indica continuarea algoritmului pe pagina următoare. În acest simbol se înscrie numărul paginii pentru a facilita referința.