



Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate
pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv **populație vulnerabilă**)



MANUAL PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ ȘCOLARĂ

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021

Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Coordonatori: Maria Alexandra Cucu, Rodica Nicolescu

MANUAL

PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ ȘCOLARĂ

BUCUREȘTI
2023



**Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate
pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv populație vulnerabilă)**

MANUAL PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ ȘCOLARĂ

Coordonatorii manualului:

Maria Alexandra Cucu

Rodica Nicolescu

Autori:

Michaela Nanu

Ioana Nanu

Rodica Nicolescu

Daniela Rajka

Ecaterina Stativă

Alexandra Maria Stănescu

Acest document este realizat în cadrul proiectului

**”Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”**,
finanțat prin Mecanismul Financiar EEA 2014 - 2021.

*Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială
a Mecanismului Financiar EEA 2014 - 2021*

CUPRINS

CAPITOLUL 1

Asistența medicală în unitățile de învățământ din perspectiva nevoilor de sănătate, în contextul reglementărilor actuale 5

1.1. Locul și rolul asistentului medical școlar în acordarea serviciilor de asistență medicală din unitățile de învățământ (Rodica Nicolescu) 5

1.1.1 Sănătatea din școală și rolul cheie al asistenților medicali școlari..... 5

1.1.2 Organizarea asistenței medicale școlare 6

1.1.3. Atribuțiile asistentului medical școlar 6

1.2. Comunicarea cu părinții și copiii (Ecaterina Stativă, Ioana Nanu) 12

CAPITOLUL 2

Sănătatea copiilor din colectivități - intervenții preventive

și curative la nivel individual..... 14

2.1. Patologie respiratorie (Ana Maria Alexandra Stănescu) 14

2.1.1. Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS) 14

2.1.2 Pneumonia comunitară 28

2.2 Tulburările emoționale și de comportament la elevi (Rodica Nicolescu, Ecaterina Stativă) 35

2.2.1 Noțiuni generale despre tulburările emoționale și de comportament, importanța recunoașterii acestora. (Rodica Nicolescu)..... 35

2.2.2. Probleme de adaptare școlară. (Rodica Nicolescu) 37

2.2.3. Tulburările de anxietate. (Rodica Nicolescu)..... 40

2.2.3.1. Anxietatea normală și patologică. Tulburările de anxietate. 40

2.2.3.2. Tulburări de anxietate întâlnite frecvent la copii și adolescenți..... 42

2.2.4. Depresia la copil și adolescent. (Rodica Nicolescu) 47

2.2.5. ADHD - Tulburarea de hiperactivitate și deficit de atenție (Rodica Nicolescu) 50

2.2.6. TSA - Tulburări din spectrul autismului (Ecaterina Stativă) 52

CAPITOLUL 3

Intervenții de sănătate publică în colectivitățile de copii și tineri, pentru prevenirea și controlul bolilor transmisibile, depistarea precoce a bolilor cronice și dispensarizare (Daniela Rajka)	55
3.1. Triaajul epidemiologic în colectivitățile de copii.....	55
3.2. Ancheta epidemiologică în colectivitățile de copii	55
3.3. Depistarea precoce și dispensarizarea principalelor afecțiuni în cabinetul medical școlar.....	66
3.3.1. Viciile de refracție	66
3.3.2. Viciile de postură	68
3.3.3. Hipertensiunea arterială.....	70
3.3.4. Obezitatea.....	72
3.3.5. Hipostatura	74

CAPITOLUL 4

Intervenții pentru promovarea sănătății și schimbarea comportamentelor în colectivitățile de copii și tineri	76
4.1 Sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri (Michaela Nanu, Ioana Nanu, Ecaterina Stativă)	76
4.2. Consumul de droguri noi (Rodica Nicolescu).....	80
4.3 Promovarea sănătății - activitate fizică, exemple de intervenții (Ecaterina Stativă, Ioana Nanu)	87
Anexa 1 Metode contraceptive recomandate adolescenților	90
Anexa 2 Semne și simptome frecvente ce pot indica o infecție cu transmitere sexuală	91

CAPITOLUL 1

Asistența medicală în unitățile de învățământ din perspectiva nevoilor de sănătate, în contextul reglementărilor actuale

1.1. Locul și rolul asistentului medical școlar în acordarea serviciilor de asistență medicală din unitățile de învățământ (Rodica Nicolescu)

1.1.1 Sănătatea din școală și rolul cheie al asistenților medicali școlari¹

DEFINIȚIE

Asistența medicală școlară reprezintă un ansamblu de activități și servicii de sănătate, organizate și derulate în colectivitățile de copii antepreșcolari, preșcolari, elevi și studenți, prin cabinetele medicale organizate conform legii, în unitățile de învățământ publice sau private, fiind parte integrantă a asistenței medicale primare și comunitare.

După familie, școala reprezintă al doilea cel mai influent mediu din viața copilului. În situația în care din ce în ce mai mulți copii ajung în școală cu probleme de sănătate, cadrele medicale din școli sunt cel mai bine poziționate să intervină. Punctul de plecare ar trebui să fie recunoașterea relației între sănătate și învățare, dintre asistența medicală școlară și bunăstarea elevilor și succesul lor educațional.

În școală se regăsesc două categorii de profesioniști în sănătate: medicii școlari și asistenții medicali școlari.

Rolul asistenței medicale școlare cuprinde atât obiectivele de sănătate, cât și obiectivele educaționale, iar serviciile furnizate se încadrează în două mari grupe:

• **Intervenții la nivel individual:**

- Care vizează copiii: identificarea semnelor și simptomelor bolilor acute/cronice și a factorilor de risc pentru sănătate, acordarea primului ajutor, consiliere individuală, referire către specialist, urmărirea compliancei la recomandări terapeutice, monitorizarea rezultatelor intervențiilor terapeutice etc.;
- Care vizează părinții: oferirea de informații despre problemele de sănătate ale copilului și/sau despre factorii de risc pentru sănătate prezenți în mediul de viață al copilului;
- Care vizează cadrele didactice: informarea acestora asupra problemelor de sănătate și a comportamentelor cu risc identificate în școală.

• **Intervenții la nivel de colectivitate:**

- Adresate copiilor, prin susținerea la clasă a unor acțiuni de promovarea sănătății și educație pentru sănătate și prin furnizarea de informații de sănătate elevilor la orele de dirigenție sau biologie;
- Adresate părinților, prin participarea la lectoratele pentru părinți pe teme de sănătate;
- Adresate cadrelor didactice, prin furnizarea de informații/instrumente de lucru pentru educația pentru sănătate, acordarea de asistență în dezvoltarea curriculumului pentru educația pentru sănătate și asigurarea unui mediu sănătos în școală.

Pentru că elevii de astăzi se pot confrunta cu crize familiale, sărăcie și violență ori condiții de viață precare, asistăm la o creștere a problemelor de sănătate fizică și mintală. **Prezența fizică în fiecare școală a unui asistent medical poate asigura un răspuns corespunzător la această paletă de probleme.**

¹ Mustață Mirela - Sănătatea din școală și rolul cheie al asistentelor medicale <https://www.easistent.ro/?p=4305>

Pentru a răspunde nevoilor de sănătate din colectivitățile de copii și tineri, rolul asistenței medicale școlare include furnizarea de servicii curative, preventive și de screening, educație pentru sănătate și asistență în luarea deciziilor cu privire la sănătate, precum și imunizare împotriva bolilor transmisibile.

1.1.2 Organizarea asistenței medicale școlare²

Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății menționează medicina școlară în cadrul domeniului de intervenție de sănătate publică ca asistență medicală preventivă acordată copiilor și tinerilor în cabinete medicale școlare organizate în unitățile de învățământ. De asemenea, conform Legii învățământului preuniversitar nr. 198/2023, antepreșcolarii, preșcolarii și elevii din unitățile școlare de stat (incluzând școlile speciale) și particulare autorizate/acreditate beneficiază de asistență medicală, psihologică și logopedică gratuită, în cabinete medicale, în centrele județene și cabinetele școlare și interșcolare de asistență psihopedagogică/psihologică și în centrele și cabinetele interșcolare logopedice, ori în unități medicale de stat.

Asistența medicală școlară pentru unitățile școlare publice și private din zona urbană și rurală din România este organizată conform Ordinului ministrului sănătății și al ministrului educației nr. 2.508/4.493/2023 pentru aprobarea Metodologiei privind asigurarea asistenței medicale a antepreșcolarilor, preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos. Prin acest ordin sunt definite categoriile de personal care asigură asistența medicală, atribuțiile medicilor școlari, medicilor dentiști școlari și ale asistenților medicali școlari, normarea acestor posturi, reglementarea supravegherii și evaluării stării de sănătate și a examinărilor medicale, dotarea cabinetelor, dar și raportarea activităților medicale din unitățile de învățământ. Conform Ordinului nr. 2.508/4.493/2023 privind asigurarea asistenței medicale a antepreșcolarilor, preșcolarilor, elevilor și studenților din unitățile de învățământ preuniversitar și universitar, statul garantează drepturile copiilor și tinerilor la sănătate, educație, mediu sănătos, protecția și îngrijirile necesare în vederea dezvoltării optime și atingerii celei mai bune stări de sănătate prin asigurarea accesului la asistență medicală primară gratuită, cu accent pe acțiunile medicale preventive, în cadrul cabinetelor medicale școlare din România.

Conform Legii 174/2011 autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de asigurarea resurselor umane, materiale și financiare aferente asistenței medicale școlare din România. În zonele în care nu există medici școlari sau asistenți medicali școlari, Consiliul Local are posibilitatea de a încheia contracte pentru asigurarea asistenței medicale școlare cu medicul de familie și/sau asistentul medicului de familie din comună. Conform OUG 162/2008 (aprobat prin Legea 174/2011), autoritățile locale sunt implicate în procesul de coordonare pentru asigurarea spațiilor și a bugetului necesar pentru dotarea spațiilor respective și pentru angajarea de personal medical necesar în școli.

Coordonarea medicinei școlare se împarte în prezent între primărie și consiliul local și județean, direcțiile de sănătate publică (DSP), Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Educației (pentru școlile speciale), însă fără a exista proceduri standard și procese care reglementează această coordonare.

Asistentul medical școlar este membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

1.1.3. Atribuțiile asistentului medical școlar

Atribuțiile asistentului medical din creșe, grădinițe și școli/licee sunt prevăzute în Anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului educației nr. 2.508/4.493/2023 pentru aprobarea Metodologiei privind asigurarea asistenței medicale a antepreșcolarilor, preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.

²Guvernanța serviciilor de asistență medicală școlară din România – UNICEF, Universitatea Babeș-Bolyai www.unicef.org

1. Identificarea și managementul riscurilor pentru sănătatea colectivității

- a) Semnalează medicului și directorului unității de învățământ nevoile de amenajare și dotare a cabinetului medical.
- b) Supraveghează modul în care se respectă programul de odihnă pasivă (somn) și activă (jocuri) a copiilor și condițiile în care se realizează aceasta.
- c) Îndrumă cadrele didactice în aplicarea metodelor de călire (aer, apă, soare, mișcare) a organismului copiilor.
- d) Supraveghează modul în care se respectă normele de igienă individuală a copiilor din creșe, grădinițe în timpul programului și la servirea mesei.
- e) Controlează igiena individuală a antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor, colaborând cu personalul didactic în informarea părinților pentru remedierea situațiilor deficitare constatate.
- f) Izolează copiii suspecti de boli transmisibile și anunță urgent medicul colectivității, familia/reprezentantul legal, și conform metodologiei, după caz, părinții contactilor.
- g) Supraveghează focarele de boli transmisibile, inițiază și aplică măsurile antiepidemice de prevenire, combatere și limitare a bolilor transmisibile din focar.
- h) Prezintă produsele biologice recoltate (exsudate nazo-faringiene) laboratoarelor de microbiologie și ridică buletinele de analiză cu rezultatele, în situațiile epidemiologice speciale din colectivitate.
- i) Întocmește zilnic în creșe, grădinițe evidența copiilor absenți din motive medicale, urmărind ca revenirea acestora în colectivitate să fie condiționată de prezentarea avizului epidemiologic favorabil, eliberat de medicul de familie/medicul curant, pentru absențe ce depășesc 3 zile lucrătoare consecutive.
- j) Monitorizează zilnic respectarea normelor de igienă din creșe, grădinițe (săli de grupă, bloc alimentar, dormitoare, spălătorie- călătorie, grupuri sanitare, curte etc.) și școli, spațiile de învățământ (săli de clasă, laboratoare, ateliere școlare, grupuri sanitare, săli de sport), de cazare (dormitoare, săli de meditații, grupuri sanitare, spălătorii) și de alimentație (bucătăriile din incinta unității de învățământ și anexele acestora, săli de mese, inclusiv în unitățile de alimentație publică aflate în incinta unității de învățământ) consemnând în caietul/fișa special destinată toate constatările făcute și aducând operativ la cunoștința medicului și, după caz, conducerii unității deficiențele constatate.
- k) Instruiește personalul administrativ și de îngrijire din spațiile de învățământ, cazare și de alimentație cu privire la sarcinile ce îi revin în asigurarea stării de igienă în spațiile respective.

2. Gestionarea circuitelor funcționale. Urmărește respectarea circuitelor funcționale autorizate și aduce la cunoștința medicului și directorului unității eventualele nereguli sesizate.

3. Monitorizează respectarea reglementărilor de sănătate publică și se implică activ în corectarea abaterilor.

4. Monitorizarea condițiilor și a modului de preparare și servire a hranei

- a) Participă la întocmirea meniurilor săptămânale.
- b) Participă la efectuarea periodică a anchetelor privind alimentația antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor în unitățile de învățământ cu bloc alimentar propriu.
- c) Consemnează zilnic, în cadrul fiecărei ture, într-un caiet anume destinat pentru controlul blocului alimentar/cantinei constatările privind starea de igienă a acestuia, starea agregatelor frigorifice, calitatea alimentelor scoase din magazie și a mâncării.
- d) Controlează și consemnează igiena individuală a personalului blocului alimentar/cantinei și starea de sănătate a acestuia, identificând persoanele care prezintă febră, diaree, infecții ale pielii, tuse cu expectorație, amigdalite pultacee, aducând la cunoștința conducerii unității de învățământ aceste constatări, care contraindică desfășurarea activității în unitatea de învățământ.
- e) Asistă la scoaterea alimentelor din magazie și controlează calitățile organoleptice ale acestora, semnând foaia de alimentație privind calitatea alimentelor.
- f) Asistă, împreună cu administratorul unității de învățământ/persoana responsabilă desemnată, la preluarea mâncării și la modul de servire al acesteia, dacă este adusă în unitate prin sistem de catering, prin contract cu unitatea de învățământ; verifică certificatele de conformitate,

respectarea legislației în ceea ce privește condițiile de transport, ambalarea corespunzătoare, termenul de valabilitate, documentele de însoțire și existența probelor alimentare inscripționate corespunzător. În situațiile în care se constată nereguli în acest proces anunță medicul și conducerea unității de învățământ pentru aplicarea măsurilor de remediere, înainte ca mâncarea să fie distribuită copiilor.

5. Servicii de menținere a stării de sănătate individuale și colective

5.1. Servicii curente

- a) Gestionează, în condițiile legii și pe baza normelor Ministerului Sănătății, instrumentarul, materialele sanitare și medicamentele de la aparatul de urgență și răspunde de utilizarea lor.
- b) Urmărește aprovizionarea cabinetului medical cu medicamente pentru aparatul de urgență, materiale sanitare și instrumentar medical, sub supravegherea medicului.
- c) Colaborează cu cadrele didactice, cu psihologi/logopezi în depistarea tulburărilor dezvoltării neuropsihomotorii și a limbajului antepreșcolarilor, preșcolarilor, comunicând medicului cele constatate.
- d) Supraveghează starea de sănătate și de igienă individuală a copiilor, iar în situații de urgență anunță după caz, medicul colectivității, serviciul de ambulanță, conducerea unității de învățământ, precum și familiile/reprezentantul legal al antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor conform protocolului pentru situații de urgență.

5.2. Imunizări în condiții epidemiologice speciale

- a) Îndeplinește măsurile stabilite de medic pentru organizarea activității de imunizare în situații epidemiologice speciale.
- b) Efectuează catagrafia copiilor eligibili pentru imunizări în situații epidemiologice speciale.
- c) Efectuează, sub supravegherea medicului, imunizările în situații epidemiologice speciale.
- d) Înregistrează imunizările efectuate în situații epidemiologice speciale în fișa de consultație și în registrul de vaccinare.
- e) Supraveghează apariția reacțiilor adverse postimunizare la vaccinarile efectuate în situații epidemiologice speciale.
- f) Încurajează cadrele didactice și părinții să faciliteze, respectiv, să accepte desfășurarea imunizărilor, în interesul superior al copilului.
- g) Răspunde de păstrarea vaccinurilor în cabinetul medical, pe durata programului de lucru, conform reglementărilor în vigoare.

5.3. Triaj epidemiologic

- a) Efectuează zilnic triajul epidemiologic al copiilor din creșe, grădinițe, examinând tegumentele, mucoasele și scalpul și consemnează triajul într-un registru special destinat. Nu vor fi admiși în colectivitate copiii care prezintă: angină cu febră, angină cu depozite pultacee, angină cu secreții nazale muco-purulente, sindrom tusigen cu febră, conjunctivită acută, ochi roșu până la diagnosticare, subicter și icter până la diagnosticare, erupții cutanate cu potențial infecto- contagios, până la diagnosticare, pediculoză (prezența de elemente vii sau lăini pe firele de păr).
- a) Semnalează medicului și directorului unității de învățământ nevoile de amenajare și dotare a cabinetului medical.
- a) copiilor și condițiile în care se realizează aceasta.
- c) Îndrumă cadrele didactice în aplicarea metodelor de călire (aer, apă, soare, mișcare) a organismului copiilor.
- d) Supraveghează modul în care se respectă normele de igienă individuală a copiilor din creșe, grădinițe în timpul programului și la servirea mesei.
- e) Controlează igiena individuală a antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor, colaborând cu personalul didactic în informarea părinților pentru remedierea situațiilor deficitare constatate.
- f) Izolează copiii suspecți de boli transmisibile și anunță urgent medicul colectivității, familia/

Atribuțiile asistentului medical din creșe grădinițe și școli/lice, conform reglementărilor în vigoare

reprezentantul legal, și conform metodologiei, după caz, părinții contactilor.

g) Supraveghează focarele de boli transmisibile, inițiază și aplică măsurile antiepidemice de prevenire, combatere și limitare a bolilor transmisibile din focar.

h) Prezintă produsele biologice recoltate (exsudate nazo-faringiene) laboratoarelor de microbiologie și ridică buletinele de analiză cu rezultatele, în situațiile epidemiologice speciale din colectivitate.

i) Întocmește zilnic în creșe, grădinițe evidența copiilor absenți din motive medicale, urmărind ca revenirea acestora în colectivitate să fie condiționată de prezentarea avizului epidemiologic favorabil, eliberat de medicul de familie/medicul curant, pentru absențe ce depășesc 3 zile lucrătoare consecutiv.

j) Monitorizează zilnic respectarea normelor de igienă din creșe, grădinițe (săli de grupă, bloc alimentar, dormitoare, spălătorie- călătorie, grupuri sanitare, curte etc.) și școli, spațiile de învățământ (săli de clasă, laboratoare, ateliere școlare, grupuri sanitare, săli de sport), de cazare (dormitoare, săli de meditații, grupuri sanitare, spălătorii) și de alimentație (bucătăriile din incinta unității de învățământ și anexele acestora, săli de mese, inclusiv în unitățile de alimentație publică aflate în incinta unității de învățământ) consemnând în caietul/fișa special destinată toate constatările făcute și aducând operativ la cunoștința medicului și, după caz, conducerii unității deficiențele constatate.

k) Instruiește personalul administrativ și de îngrijire din spațiile de învățământ, cazare și de alimentație cu privire la sarcinile ce îi revin în asigurarea stării de igienă în spațiile respective.

2. Gestionarea circuitelor funcționale. Urmărește respectarea circuitelor funcționale autorizate și aduce la cunoștința medicului și directorului unității eventualele nereguli sesizate.

3. Monitorizează respectarea reglementărilor de sănătate publică și se implică activ în corectarea abaterilor.

4. Monitorizarea condițiilor și a modului de preparare și servire a hranei

a) Participă la întocmirea meniurilor săptămânale.

b) Participă la efectuarea periodică a anchetelor privind alimentația antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor în unitățile de învățământ cu bloc alimentar propriu.

c) Consemnează zilnic, în cadrul fiecărei ture, într-un caiet anume destinat pentru controlul blocului alimentar/cantinei constatările privind starea de igienă a acestuia, starea agregatelor frigorifice, calitatea alimentelor scoase din magazie și a mâncării.

d) Controlează și consemnează igiena individuală a personalului blocului alimentar/cantinei și starea de sănătate a acestuia, identificând persoanele care prezintă febră, diaree, infecții ale pielii, tuse cu expectorație, amigdalite pultacee, aducând la cunoștința conducerii unității de învățământ aceste constatări, care contraindică desfășurarea activității în unitatea de învățământ.

e) Asistă la scoaterea alimentelor din magazie și controlează calitățile organoleptice ale acestora, semnând foaia de alimentație privind calitatea alimentelor.

f) Asistă, împreună cu administratorul unității de învățământ/persoana responsabilă desemnată, la preluarea mâncării și la modul de servire al acesteia, dacă este adusă în unitate prin sistem de catering, prin contract cu unitatea de învățământ; verifică certificatele de conformitate, respectarea legislației în ceea ce privește condițiile de transport, ambalarea corespunzătoare, termenul de valabilitate, documentele de însoțire și existența probelor alimentare inscripționate corespunzător. În situațiile în care se constată nereguli în acest proces anunță medicul și conducerea unității de învățământ pentru aplicarea măsurilor de remediere, înainte ca mâncarea să fie distribuită copiilor.

5. Servicii de menținere a stării de sănătate individuale și colective

5.1. Servicii curente

a) Gestionează, în condițiile legii și pe baza normelor Ministerului Sănătății, instrumentarul, materialele sanitare și medicamentele de la aparatul de urgență și răspunde de utilizarea lor.

- b) Urmărește aprovizionarea cabinetului medical cu medicamente pentru aparatul de urgență, materiale sanitare și instrumentar medical, sub supravegherea medicului.
- c) Colaborează cu cadrele didactice, cu psihologi/logopezi în depistarea tulburărilor dezvoltării neuropsihomotorii și a limbajului antepreșcolarilor, preșcolarilor, comunicând medicului cele constatate.
- d) Supraveghează starea de sănătate și de igienă individuală a copiilor, iar în situații de urgență anunță după caz, medicul colectivității, serviciul de ambulanță, conducerea unității de învățământ, precum și familiile/reprezentantul legal al antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor conform protocolului pentru situații de urgență.

5.2. Imunizări în condiții epidemiologice speciale

- a) Îndeplinește măsurile stabilite de medic pentru organizarea activității de imunizare în situații epidemiologice speciale.
- b) Efectuează catagrafia copiilor eligibili pentru imunizări în situații epidemiologice speciale.
- c) Efectuează, sub supravegherea medicului, imunizările în situații epidemiologice speciale.
- d) Înregistrează imunizările efectuate în situații epidemiologice speciale în fișa de consultație și în registrul de vaccinare.
- e) Supraveghează apariția reacțiilor adverse postimunizare la vaccinarile efectuate în situații epidemiologice speciale.
- f) Încurajează cadrele didactice și părinții să faciliteze, respectiv, să accepte desfășurarea imunizărilor, în interesul superior al copilului.
- g) Răspunde de păstrarea vaccinurilor în cabinetul medical, pe durata programului de lucru, conform reglementărilor în vigoare.

5.3. Triaj epidemiologic

- a) Efectuează zilnic triajul epidemiologic al copiilor din creșe, grădinițe, examinând tegumentele, mucoasele și scalpul și consemnează triajul într-un registru special destinat. Nu vor fi admiși în colectivitate copiii care prezintă: angină cu febră, angină cu depozite pultacee, angină cu secreții nazale muco-purulente, sindrom tusigen cu febră, conjunctivită acută, ochi roșu până la diagnosticare, subicter și icter până la diagnosticare, erupții cutanate cu potențial infecto- contagios, până la diagnosticare, pediculoză (prezența de elemente vii sau lindini pe firele de păr).
- b) Efectuează triajul epidemiologic al tuturor copiilor și elevilor după fiecare vacanță și ori de câte ori este nevoie, izolând la domiciliu elevii depistați cu afecțiunile menționate la alin. a).
- c) Depistează și izolează orice suspiciune/boală infecto-contagioasă, informând medicul despre aceasta.
- d) Participă la efectuarea de acțiuni de investigare epidemiologică a antepreșcolarilor, preșcolarilor/elevilor suspecti sau contacti din focarele de boli transmisibile, sub îndrumarea medicului, conform metodologiilor în vigoare.
- e) Aplică tratamentele chimioprofilactice în focare, la indicația scrisă a medicului specialist și conform metodologiilor în vigoare.
- f) Inițiază și supraveghează aplicarea măsurilor antiparazitare și antiinfecțioase în focarele din creșe, grădinițe și școli, conform normelor legale în vigoare.
- g) Execută acțiunile de supraveghere epidemiologică a bolilor infecto-contagioase în sezonul epidemic, în conformitate cu protocoalele și procedurile în vigoare și a sarcinilor repartizate de medic.

6. Servicii de examinare a stării de sănătate a copiilor, elevilor

- a) Participă, sub îndrumarea medicului, la anchetele stării de sănătate inițiate în unitățile de copii și tineri arondate, conform dispozițiilor medicului.
- b) Participă alături de medicul colectivității la examinarea medicală de bilanț a stării de sănătate a

antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor, efectuând somatometria și fiziometria, cu consemnarea rezultatelor în fișele medicale.

c) Efectuează somatometria, somatoscopia, fiziometria și examenul acuității vizuale în cadrul examenului medical periodic, înscrind datele rezultate în fișele medicale.

d) Consemnează în fișele medicale ale antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor absențele din cauze medicale, scutirile medicale de educație fizică, scutirile medicale de efort fizic la instruirea practică, certificatele medicale pentru bursele medicale școlare vizate de către medic.

e) Participă alături de medic la vizita medicală a elevilor care se înscriu în licee de specialitate și școli profesionale/licee vocaționale.

f) Participă în consiliile profesionale ale unităților de învățământ la prezentarea analizei anuale a stării de sănătate a copiilor și/sau elevilor.

g) Asigură asistență medicală pe perioada desfășurării examenelor naționale, a examenelor de bacalaureat, a examenului pentru obținerea atestatelor profesionale, a concursurilor și olimpiadelor școlare, cu excepția celor sportive, în timpul programului de lucru.

7. Monitorizarea copiilor cu afecțiuni cronice. Supraveghează copiii cu afecțiuni cronice, consemnând în fișele medicale și în registrul de evidență specială datele controalelor medicale și rezultatele examenelor/reevaluărilor medicale.

8. Eliberarea documentelor medicale necesare. Înmânează, la cerere, direct părinților/reprezentanților legali, sub semnătură, documentele medicale pregătite în prealabil, semnate și parafate de medic.

9. Servicii de asigurare a stării de sănătate individuale.

a) Acordă, la nevoie, în limita competențelor, primul ajutor antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ ardate; apelează Serviciul unic de urgență 112, informând ulterior familia și medicul colectivității, conform protocolului pentru urgențe.

b) Efectuează tratamente simptomatice antepreșcolarilor/preșcolarilor/elevilor, strict la indicația medicului școlar, cu acordul părinților/reprezentanților legali.

c) Supraveghează antepreșcolarii, preșcolarii și elevii cu afecțiuni acute și efectuează strict tratamentul de urgență indicat acestora de către medicul școlar, până la preluarea de către familie/ambulanță.

d) Completează, sub supravegherea medicului colectivității, condica de medicamente și de materiale sanitare pentru aparatul de urgență și participă la întocmirea referatului de necesitate.

10. Servicii de promovare a unui stil de viață sănătos

a) Colaborează cu educatoarele la formarea deprinderilor de igienă individuală la antepreșcolari și preșcolari.

b) Efectuează, sub îndrumarea medicului colectivității, activități de promovare a sănătății cu copiii, părinții și cu personalul didactic din creșă, grădiniță și, respectiv, în rândul copiilor/elevilor, al familiilor copiilor/elevilor și al cadrelor didactice.

c) Instruiește grupele sanitare.

d) Colaborează cu cadrele didactice în susținerea lecțiilor sau a prelegerilor privind educația pentru sănătate a antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor.

e) Participă la consiliile profesionale în care se discută și se iau măsuri vizând aspectele sanitare din unitatea de învățământ.

11. Educație medicală continuă. Participă la instruirii profesionale și la programe de educație medicală continuă conform reglementărilor în vigoare.

12. Raportare activitate

Completează, sub îndrumarea medicului, centralizatorul de activitate medicală specifică conform modelului prevăzut în Anexele: 15.1 și 15.2.

1.2. Comunicarea cu părinții și copiii (Ecaterina Stativă, Ioana Nanu)

Importanța problemei	
Comunicarea dintre asistentul medical școlar/ personal didactic și părinți, respectiv copii este deosebit de importantă deoarece: • Ajută la dezvoltarea parteneriatelor cu familiile. • Familiile se vor simți mai încrezătoare și se vor implica în sprijinirea dezvoltării copiilor lor. • Abilitățile parentale vor fi îmbunătățite. • Problemele dificile legate de copii pot fi mai bine gestionate. • Rezultatele școlare ale copiilor vor fi îmbunătățite. • Copiii cu nevoi educaționale speciale vor fi bine integrați. • Părinții vor înțelege mai bine obiectivele, reponsabilitățile și eforturile personalului didactic și medical în sprijinirea dezvoltării în ansamblu a copiilor lor	
Definiție	
Comunicarea este actul de transmitere a informațiilor, ideilor, atitudinilor sau emoțiilor de la o persoană la altă persoană sau de la un grup la altul, prin intermediul simbolurilor. Simbolurile reprezintă cuvinte, sunete, gesturi, idei sau imagini vizuale. Procesul de comunicare are patru scopuri principale: Să fim receptați, Să fim înțeleși, Să fim acceptați, Să producem o reacție/schimbare la nivelul opiniilor, atitudinilor sau comportamentelor.	
Comunicarea eficientă	
Pentru atingerea acestor scopuri, comunicarea trebuie să fie eficientă. Comunicarea cu părinții și copiii presupune abilități dezvoltate pentru ascultarea activă. Ascultarea activă presupune: • Urmărirea cu atenție a interlocutorului pentru a-i înțelege cu adevărat mesajele, interesele sau motivațiile. Ascultarea activă oferă și posibilitatea de a pune întrebări și de a clarifica informații pentru a se asigura că ambii interlocutori înțeleg același lucru. • Restabilirea mesajului vorbitorului sau parafrizarea prin rezumarea cu cuvintele ascultătorului a ceea ce a spus vorbitorul • Reflectarea emoțiilor vorbitorului. Prin aceasta se arată că ascultătorul este conectat la spusele vorbitorului și aceasta încurajează vorbitorul să continue. • Utilizarea întrebărilor deschise <i>cum, când, în ce context</i>, etc. • Evitarea judecăților de valoare pentru a încuraja părinții să comunice. • Rezumarea discuției. Orice conversație ar trebui să se încheie cu un rezumat și un plan. De ex: „...V-am auzit spunând... acum, hai să ne stabilim următorii pași...”	 

Recomandări generale pentru o bună comunicare cu părinții



- Salutați părinții cu un ton prietenos și cu zâmbet.
- Adresați-vă părinților cu numele de familie, și nu cu “mamică” / “tăticule” sau numele mic (permis doar dacă părinții vă propun acest lucru).
- Păstrați contactul vizual în timp ce vorbiți cu părinții.
- Începeți discuția prin a spune ceva pozitiv despre copil.
- Arătați interes pentru problemele pe care vi le spun părinții.
- Nu întrerupeți și nu completați propozițiile începute de ei.
- Folosiți un limbaj pe care părinții îl pot înțelege.
- Evitați să vorbiți despre problemele copilului în fața altor familii sau copii.
- Faceți în așa fel ca părinții să se simtă valorizați și că aportul lor contează mult.
- Lectoratele și conferințele cu părinții trebuie foarte bine pregătite pentru a evita barierele ce pot apărea în comunicare: utilizați limbaj simplu, mai multe tehnici de prezentare și stimulați interactivitatea.
- În comunicarea telefonică respectați orele până la care puteți suna (cel mult ora 20.00).
- În comunicarea scrisă, transmisă electronic, respectați regulile de politețe, scrierea ortografică și nu folosiți abrevieri.
- Dacă părintele face o reclamație sau solicită informații care necesită timp pentru răspuns, transmiteți-i cât mai curând că ați primit mesajul și că veți răspunde la solicitare cât mai curând posibil.
- Dacă aveți de rezolvat o problemă dificilă legată de copil solicitați opiniile părinților pentru remedierea situației și stabiliți împreună cu ei un plan de intervenție realist pe care îl monitorizați împreună și urmăriți rezultatele
- Arătați respect pentru identitatea culturală a părinților.

Recomandări generale pentru o bună comunicare cu copiii



Abilitățile de comunicare sunt vitale pentru a interacționa cu copiii în mediul școlar.

Fiecare interacțiune cu copilul este o formă de comunicare. Tonul, contactul vizual, expresia feței transmit mesaje.

- Întâmpinați copiii cu un zâmbet și adresați-vă cu numele mic, dacă îl cunoașteți sau întrebați-l cum îl cheamă dacă nu-l cunoașteți.
- Folosiți un limbaj adecvat vârstei, pentru a fi sigur că copilul vă înțelege.
- Practicați principiile ascultării active în orice conversație.
- Concentrați criticile doar pe comportament și nu vizați copilul în ansamblul său (de ex. îi spunem “Nu-mi place că ai lăsat dezordine în camera ta” Nu “Ești un dezordonat, leneș, delăsător” etc.)
- Lăudați întotdeauna eforturile pe care le face copilul și nu neapărat performanțele.
- Luați în serios ceea ce vă spune copilul, nu ironizați, persiflați
- Permiteți copilului să-și exprime opiniile, ideile sau emoțiile (de ex. nu-i spuneți “Tu ești bărbat, n-ai voie să plângi, ca fetele”.)
- Încurajați comunicarea și a copiilor cu posibilități de verbalizare limitate, prin imagini.
- Nu bagatelizați frământările copiilor (“Lasă că nu se întâmplă nimic” sau “Vorbim altădată”)
- Nu discriminați în conversații copiii din minorități etnice, din medii sărace sau cu dizabilități.

Bibliografie

<https://www.waldenu.edu/online-bachelors-programs/bs-in-elementary-education/resource/nine-ways-to-improve-parent-teacher-communication>

<https://www.edutriebe.com.au/educator-resources/12-tips-for-effective-communication-with-parents-for-educators/>

<https://www.highspeedtraining.co.uk/hub/how-to-communicate-with-parents-effectively/>

<https://www.virtuallabschool.org/school-age/communication-and-language-development/lesson-2>

Sursă poze: www.freepik.com

CAPITOLUL 2

Sănătatea copiilor din colectivități – intervenții preventive și curative la nivel individual

2.1. Patologie respiratorie (Ana Maria Alexandra Stănescu)

Sistemul respirator are un rol vital în menținerea echilibrului oxigenului în organism și în eliminarea gazelor reziduale, devenind parte integrantă a sănătății și bunăstării generale. Patologia respiratorie la copii cuprinde o gamă largă de tulburări și afecțiuni ce afectează sistemul respirator în curs de dezvoltare la pacienții pediatrici. Acest domeniu al medicinei se concentrează pe diagnosticul, tratamentul și managementul bolilor, inclusiv anomaliile respiratorii la copii. Înțelegerea patologiei respiratorii pediatrice este esențială, problemele respiratorii sunt o cauză comună de morbiditate și mortalitate la copiii din întreaga lume.

Aspecte esențiale:

- Dezvoltarea specifică - dezvoltarea continuă a sistemului respirator la copii. Având în vedere anatomia și fiziologia în evoluție se vor avea în vedere implicațiile pentru prezentarea și managementul bolii³.
- Printre cele mai frecvente afecțiuni respiratorii la copii se numără: infecțiile ale tractului respirator superior, infecțiile tractului respirator inferior (pneumonia), astmul, anomalii congenitale, fibroză chistică, displazia bronhopulmonară^{4,5,6,7}.
- Diagnostic – pentru patologiile respiratorii pediatrice se folosesc diverse metode de diagnosticare, inclusiv examenul fizic, studii imagistice precum radiografii toracice, teste funcționale pulmonare, bronhoscopie și teste de laborator.
- Management și terapie - managementul patologiilor respiratorii pediatrice implică adesea o abordare multidisciplinară, incluzând medicație (precum: bronhodilatatoare, antibiotice), terapii respiratorii, suport cu oxigen, intervenții nutriționale și intervenții chirurgicale atunci când este necesar.
- Prevenție - Măsurile preventive, cum ar fi vaccinarea împotriva agenților patogeni respiratori și reducerea la minimum a expunerii la poluanții din mediu, joacă un rol crucial în sănătatea respiratorie. Inițiativele de sănătate publică urmăresc reducerea impactului bolilor respiratorii la copii prin educație și intervenții, reducând absenteismul școlar și al părinților⁸.

Patologia respiratorie pediatrică este un domeniu în evoluție, cu implicații semnificative pentru sănătatea și bunăstarea copiilor. Înțelegerea provocărilor unice, diagnosticarea precoce și gestionarea cuprinzătoare a afecțiunilor respiratorii la pacienții pediatrici este esențială pentru a oferi cele mai bune îngrijiri și rezultate posibile.

2.1.1. Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS)

Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare la copii sunt cele mai frecvente boli ale copilăriei cauzate de diferiți viruși și uneori bacterii. Nu necesită de obicei spitalizare ci numai izolare la domiciliu. Aceste infecții sunt un motiv frecvent pentru vizitele medicale la copii. Practicile adecvate de igienă și vaccinarea (de exemplu, vaccinul antigripal) sunt esențiale pentru prevenirea acestor infecții la școlari. Infecțiile acute respiratorii sunt clasificate pe criterii anatomice, etiologice și clinice.

³ Kliegman, R. M., Stanton, B. F., St. Geme, J. W., & Schor, N. F. (Eds.). (2015). *Nelson Textbook of Pediatrics* (20th ed.). Elsevier.

⁴ Cherry, J. D., & Harrison, G. J. (2018). Respiratory Syncytial Virus: Not „Just a Cold.” *Journal of Pediatrics*, 203, 16–18.

⁵ Castro-Rodriguez, J. A., & Mallol, J. (2019). *Pediatric Respiratory Medicine: An Update. Pediatric Pulmonology*, 54(8), 1205–1211.

⁶ Adzick, N. S., & Thom, E. A. (2019). A Randomized Trial of Prenatal versus Postnatal Repair of Myelomeningocele. *New England Journal of Medicine*, 380(13), 1241–1249.

⁷ Rowe, S. M., & Miller, S. (2019). Cystic Fibrosis. *New England Journal of Medicine*, 381(19), 1877–1887.

⁸ American Academy of Pediatrics. (2017). *Red Book: 2018–2021 Report of the Committee on Infectious Diseases* (31st ed.). American Academy of Pediatrics.

RINOFARINGITA ACUTĂ

DEFINIȚIE

Rinofaringita acută, denumită și "răceala comună", este o infecție virală acută, de scurtă durată, autolimitată, caracterizată prin inflamarea căilor nazale (rinită) și a faringelui, care duce la simptome precum rinoree, congestie nazală, strănut, dureri faringiene și tuse. Este cauzată în principal de diferite virusuri respiratorii, inclusiv rinovirusuri, coronavirusuri și adenovirusuri, virusurile gripale, virusul sincițial respirator și este una dintre cele mai răspândite boli infecțioase la nivel mondial. Rinofaringitele acute sunt cele mai frecvente infecții la copii.

EPIDEMIOLOGIE^{9,10,11,12,13}

Epidemiologia rinofaringitei este influențată de diverși factori, inclusiv sezonalitate, vârstă și densitatea populației.

Vârsta: Rinofaringita acută afectează indivizi din toate grupele de vârstă, dar copiii, în special cei sub 6 ani, sunt mai susceptibili. Preșcolarii mici intrați în colectivitate recent pot face până la 9-12 episoade pe an. Acest lucru se datorează parțial dezvoltării sistemului lor imunitar și contactului strâns cu colegii din școală și grădiniță. Vârsta afectată predominant este între 5 luni și 8 ani.

Diversitatea virală: Rinovirusurile sunt agenții cauzali primari ai rinofaringitei acute, dar și alte virusuri, cum ar fi coronavirusurile, adenovirusurile, virusurile gripale, paragripale și virusul sincițial respirator ce pot provoca simptome similare. Diversitatea virusurilor responsabile de rinofaringită contribuie la apariția sa pe scară largă.

Sezonalitate: Rinofaringita acută prezintă un model sezonier distinct, cu un vârf de incidență în lunile de toamnă și iarnă în regiunile temperate și în scădere primăvara. Această sezonalitate este atribuită unor factori precum scăderea umidității și creșterea aglomerației interioare, care promovează transmiterea virusurilor.

Transmitere: Rinofaringita acută se răspândește în principal pe cale aeriană, prin picături respiratorii atunci când o persoană infectată tușește sau strănută. Contactul apropiat cu persoanele infectate și atingerea suprafețelor contaminate contribuie, de asemenea, la transmitere. Frecventarea colectivităților de copii și tabagismul pasiv constituie factori favorizanți. Zonele cu densități mai mari de populație (în special mediile urbane) se confruntă adesea cu rate mai mari de transmitere a rinofaringitei.

Imunitate: Expunerea anterioară la aceleași virusuri poate oferi imunitate parțială, reducând probabilitatea reinfectării. Cu toate acestea, numărul mare de tulpini și capacitatea lor mutagenă face dificilă dezvoltarea imunității complete.

Copiii cu imunodeficiențe și/sau deficit de nutriție au cea mai mare frecvență de rinofaringită acută în primul an de colectivitate. Incubația durează între câteva ore până la 1-2 zile.

MANIFESTĂRI CLINICE^{14,15}

Este important să recunoaștem simptomele, deoarece ele pot ajuta la diagnosticarea și gestionarea acestei boli comune din copilărie.

Vom avea în vedere - prezentarea și severitatea simptomelor pot varia foarte mult de la un copil la altul. Deși rinofaringita acută este de obicei o boală autolimitată, cu vindecare spontană, monitorizarea copiilor pentru complicații sau simptome severe este esențială. Este recomandată îndrumarea medicală privind gestionarea simptomelor la copii.

⁹ Falsey AR, Walsh EE. (2006). Respiratory syncytial virus infection in adults. *Clinical Microbiology Reviews*, 13(3), 371-384

¹⁰ Fendrick AM, Monto AS, Nightengale B, Sarnes M. (2003). The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 163(4), 487-494.

¹¹ Monto AS. (2002). Epidemiology of viral respiratory infections. *The American Journal of Medicine*, 112(6), 4S-12S.

¹² Shaman J, Kohn M. (2009). Absolute humidity modulates influenza survival, transmission, and seasonality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(9), 3243-3248.

¹³ Turner RB. (2007). Epidemiology, pathogenesis, and treatment of the common cold. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 99(4), 355-361.

¹⁴ Eccles R. (2005). Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(11), 718-725.

¹⁵ Turner RB. (2007). Epidemiology, pathogenesis, and treatment of the common cold. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 99(4), 355-361.

MANIFESTĂRI CLINICE^{16,17,18,19,20,21,22}

- **Debut de obicei brusc**
- **Stare generală bună** – în funcție de prezența febrei.
- **Eritem faringian și nazal**
- **Rinoree** - este simptomatologia caracteristică la copii, apoasă în prima zi, apoi devine purulentă.
- **Strănut** - crizele frecvente datorate iritației nazale.
- **Tuse** - copiii pot dezvolta o tuse uscată sau productivă.
- **Odinofagie** (dureri faringiene) – poate provoca disconfort.
- **Febră** – nu este prezentă în toate cazurile, ea poate dura de la câteva ore până la 3 zile (maxim 5 zile).
- **Iritabilitate și agitație** - sugarii și copiii mici pot deveni iritabili sau agitați din cauza disconfortului și a somnului perturbat.
- **Lipsa poftei de mâncare** – pofta de mâncare redusă poate fi cauzată de congestie, lipsa sau reducerea gustului și mirosului, și disconfort faringian.
- **Astenie** – copiii pot prezenta semne de oboseală, posibil legate de răspunsul imun al organismului.
- **Cefalee** - copiii mai mari pot avea dureri de cap ușoare ca urmare a congestiei sinusurilor și a presiunii.
- **Frisoare** – la copii mai mari.
- **Modificări ale vocii** - la copiii mai mari, o durere faringiană poate evolua spre laringită și modificări ale vocii.
- **Adenopatie cervicală**
- **Timpane ușor congestionale**
- **Dureri auriculare**
- **Mialgii**
- **Vărsături**

TRATAMENT^{23,24,25,26,27}

Tratamentul rinofaringitei acute la copii implică în primul rând gestionarea simptomelor și acordarea de îngrijiri de susținere, deoarece este o infecție virală, de cele mai multe ori limitată. Medicii pot oferi sfaturi personalizate și recomandări de tratament în funcție de vârsta și nevoile specifice ale copilului. Nu există tratament specific ci tratament simptomatic. Câteva recomandări generale sunt reprezentate de:

- Hidratarea – aportul de lichide se va asigura oral fracționat și frecvent.
- Odihna - copilul se va odihni adecvat pentru a sprijini răspunsul imun al organismului și recuperarea.

¹⁶ Gwaltney JM Jr, Hendley JO, Simon G, Jordan WS Jr. (1967). Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response. *The Journal of the American Medical Association*, 202(6), 494-500.

¹⁷ Smith JA. (1999). Acute upper respiratory infections in children. *The Medical Journal of Australia*, 171(7), 359-360.

¹⁸ Monto AS. (2002). Epidemiology of viral respiratory infections. *The American Journal of Medicine*, 112(6), 4S-12S.

¹⁹ Kaiser L, Lew D, Hirschel B, Auckenthaler R, Morabia A, Heald A, et al. (1996). Effects of antibiotic treatment in the subset of common-cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions. *The Lancet*, 347(9014), 1507-1510.

²⁰ Dando SJ, Mackay-Sim A, Norton R, Currie BJ, St. John JA, Ekberg JA, et al. (2014). Pathogens penetrating the central nervous system: infection pathways and the cellular and molecular mechanisms of invasion. *Clinical Microbiology Reviews*, 27(4), 691-726.

²¹ Falsey AR, Walsh EE. (2006). Respiratory syncytial virus infection in adults. *Clinical Microbiology Reviews*, 13(3), 371-384.

²² Kaiser L, Lew D, Hirschel B, Auckenthaler R, Morabia A, Heald A, et al. (1996). Effects of antibiotic treatment in the subset of common-cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions. *The Lancet*, 347 (9014), 1507-1510.

²³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Common Cold Treatment. <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/for-patients/common-illnesses/colds.html>

²⁴ National Health Service (NHS). (2021). How to Treat a Cold. <https://www.nhs.uk/conditions/common-cold/treatment/>

²⁵ Mayo Clinic. (2021). Common Cold in Babies: How to Keep Baby Comfortable. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/expert-answers/infant-cold/faq-20473338>

²⁶ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Fever and Pain Medicine: How Much to Give Your Child. <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/medication-safety/Pages/How-to-Give-Medicine.aspx>

²⁷ U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2017). Use Caution When Giving Cough and Cold Products to Kids. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/use-caution-when-giving-cough-and-cold-products-kids>

TRATAMENT
- Umidificarea aerului atmosferic - Dezobstrucția foselor nazale – se poate realiza prin îndepărtarea/aspirarea secrețiilor nazale. De asemenea, picăturile nazale salină pot ajuta la ameliorarea congestiei nazale la copii prin subțierea mucusului și facilitarea respirației. Picăturile nazale se administrează cu 15-20 min înainte de masă. - Medicamente fără prescripție medicală - precum acetaminofenul (paracetamolul) sau ibuprofenul, în funcție de greutate și vîrstă, pot fi utilizate sub îndrumarea unui profesionist din domeniul sănătății pentru a ameliora febra și disconfortul. - Evitarea anumitor medicamente pentru tuse și rinoree - nu sunt, în general, recomandate copiilor sub 6 ani din cauza potențialelor efecte secundare.
EVOLUȚIE
Rinofaringita acută necomplicată nu necesită internare ci izolare la domiciliu. Apogeul simptomatologiei rinofaringitei acute este la 2-4 zile. Dacă nu apar complicații, boala este autolimitată la 5-7 zile (maxim 10 zile).
MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE ^{28,29,30,31,32,33}
Prevenirea răspândirii rinofaringitei acute la copii presupune măsuri colective de reducere a transmiterii virusului. Aceste măsuri preventive sunt deosebit de importante în medii precum școlile. De asemenea, aceste măsuri pot ajuta la prevenirea răspândirii și a altor infecții respiratorii în comunitate. ☞ Igiena corectă a mâinilor - spălarea frecventă a mâinilor cu apă și săpun timp de cel puțin 20 de secunde, în special după tuse, strănut, folosirea toaletei și înainte de a mânca sau a pregăti mâncarea. ☞ Dezinfectarea mâinilor - furnizați dezinfectante pentru mâini cu cel puțin 60% alcool pentru situațiile în care spălarea mâinilor nu este ușor disponibilă, cum ar fi în sălile de clasă. ☞ Distanțarea fizică - încurajați distanțarea fizică, acolo unde este posibil. ☞ Purtarea măștilor - în situațiile în care distanțarea fizică este dificilă, purtarea măștilor de față, în special pentru copiii mai mari, poate ajuta la reducerea răspândirii virusurilor. ☞ Igienă respiratorie - Învățați copiii să își acopere gura și nasul cu un șervețel sau cu cotul atunci când tușesc sau strănută și să arunce șervețele în mod corespunzător. ☞ Ventilație - Asigurați o ventilație adecvată în spațiile interioare pentru a îmbunătăți circulația aerului și a reduce concentrația de picături respiratorii. ☞ Curățare și dezinfecție - curățați și dezinfectați în mod regulat suprafețele atinse frecvent, cum ar fi clanțe de uși, bănci și materiale comune pentru clasă. ☞ Vaccinarea - Promovați vaccinarea împotriva virusurilor inclusiv a gripei sezoniere pentru copiii eligibili, deoarece unele simptome respiratorii ale rinofaringitei acute se suprapun cu cele ale gripei. ☞ Promovați obiceiuri bune pentru sănătate - Încurajați obiceiurile sănătoase, cum ar fi să dormi suficient, să mănânci o dietă echilibrată și să fii activ fizic, pentru a întări sistemul imunitar. Învățați părinții să țină copiii acasă atunci când sunt bolnavi pentru a preveni răspândirea virusurilor în colectivitate/comunitate. ☞ Educație - Oferiți educație părinților, profesorilor și copiilor despre importanța acestor măsuri preventive și despre cum să recunoască simptomele rinofaringitei acute. Asistenta are un rol major de a combate folosirea antibioticelor pe scară largă în rinofaringita acută. ☞ În rinofaringita acută identificarea virusului este recomandată numai în cazul unei epidemii în colectivitate; altfel nu este necesar. ☞ Recomandare pentru părinți de a merge la consult după primele 72h pentru a identifica posibilele complicații.

²⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Hand Hygiene in Schools.

https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/etiquette/coughing_sneezing.html

²⁹ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). COVID-19 Guidance for Safe Schools.

<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/>

³⁰ U.S. Environmental Protection Agency (EPA). (2021). Indoor Air and Coronavirus (COVID-19).

<https://www.epa.gov/coronavirus/indoor-air-and-coronavirus-covid-19>

³¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Cleaning and Disinfecting Your Facility.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/disinfecting-building-facility.html>

³² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Frequently Asked Questions about School Health.

<https://www.cdc.gov/healthyschools/faq.htm>

³³ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Guidance on School Re-entry.

<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/guidance-on-school-re-entry/>

FARINGITA STREPTOCOCICĂ

Faringita streptococică face parte din grupul faringitelor acute. Faringitele acute au agent etiologic viral (adenovirusurile, virusurile gripale, coxsakie, herpes simplex, virusul Ebstein-Barr și altele) și etiologie bacteriană – cea mai semnificativă este faringita streptococică ce reprezintă o problemă de sănătate publică dacă nu este diagnosticată corect și tratată cu antibiotic, apărând complicații importante.

DEFINIȚIE³⁴

Faringita streptococică este o infecție bacteriană contagioasă a faringelui și amigdalelor cauzată de streptococul beta-hemolitic de grup A. Este de obicei asociată cu simptome precum durere faringiană, febră și ganglioni limfatici inflamați. Tratamentul implică de obicei antibiotice pentru a preveni complicațiile și pentru a reduce durata simptomelor.

EPIDEMIOLOGIE^{35, 36, 37}

Epidemiologia faringitei streptococice poate varia în funcție de regiune și poate fi influențată de factori precum accesul la asistență medicală, ratele de vaccinare și modificările prevalenței unor tulpini de streptococ beta-hemolitic tip A specifice. Supravegherea și monitorizarea cazurilor de faringită streptococică ajută la reducerea impactului acesteia asupra sănătății copiilor.

- ❖ Faringita streptococică este o boală frecventă a copilăriei, în special la copiii de vârstă școlară. Se estimează că faringita streptococică reprezintă o proporție semnificativă a cazurilor de faringită pediatrică. Incidența la copil este de 1 episod la fiecare 4-5 ani.
- ❖ Faringita streptococică poate afecta persoane de toate vârstele, dar este mai frecvent observată la copiii cu vârste cuprinse între 5 și 15 ani.
- ❖ Are un anumit caracter sezonier, cu rate de incidență mai ridicate la sfârșitul toamnei, iarna și la începutul primăverii în regiunile temperate.
- ❖ Faringita streptococică se transmite în principal pe cale orală prin picături respiratorii atunci când o persoană infectată tușește sau strănută și prin alimente contaminate. Contactul apropiat în cadrul școlii și al grădiniței poate facilita transmiterea.
- ❖ Faringita streptococică întârziată sau netratată poate duce la complicații precum reumatism articular acut și glomerulonefrita post-streptococică, deși aceste complicații au devenit mai puțin frecvente în ultimii ani.
- ❖ Epidemiologia poate varia în funcție de prevalența tulpinilor specifice, de factorii lor de virulență și de imunitatea copilului.

³⁴ Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. (2012). Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 55(10), e86-e102.

³⁵ Tanz RR, Gerber MA, Kabat W, Rippe J, Seshadri R, & Shulman ST. (2005). Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: implications for management of pharyngitis. *Pediatrics*, 115(2), 280-286.

³⁶ Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, & Schwartz RH. (2002). Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 35(2), 113-125.

³⁷ Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, & Weber M. (2005). The global burden of group A streptococcal diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(11), 685-694.

Este important de reținut că nu toți copiii cu faringită streptococică vor prezenta toate aceste simptome enumerate mai jos, iar severitatea simptomelor poate varia. În plus, simptomele faringitei streptococice se pot suprapune cu cele ale infecțiilor virale, astfel încât un diagnostic clinic ar trebui confirmat prin teste de laborator.



Mai rar pot să apară: disfonie, tuse, semne de rinită, diaree, modificări linguale, uneori un exantem (precum în scarlatină).

Testele diagnostice includ: cultura exudat faringian = "standard de aur" pentru confirmarea diagnosticului, teste de detecție rapidă a antigenelor streptococice. Nu este indicat determinarea ASLO în timpul episodului acut. Reactanții de fază acută nu sunt utili în diferențierea faringitei streptococice de cea virală.

³⁸ Tanz RR, Gerber MA, Kabat W, Rippe J, Seshadri R, & Shulman ST. (2005). Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: implications for management of pharyngitis. *Pediatrics*, 115(2), 280-286.

³⁹ Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, & Schwartz RH. (2002). Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 35(2), 113-125.

⁴⁰ Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, & Weber M. (2005). The global burden of group A streptococcal diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(11), 685-694.

⁴¹ Shea PR, Ewbank AL, Gonzalez-Lugo JH, et al. (2011). Group A *Streptococcus* emm gene types in pharyngeal isolates, Ontario, Canada, 2002-2010. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11), 2010-2017.

TRATAMENT

La cazurile confirmate, antibioterapia este tratamentul de elecție și trebuie inițiată imediat. Antibioterapia se inițiază numai conform indicațiilor medicului.

Regim igenodietetic.

Tratament simptomatic.

EVOLUȚIE⁴²

Prognosticul pentru faringita streptococică la copii este, în general, foarte bun cu un tratament adecvat. Când sunt diagnosticați și tratați prompt cu antibiotice, majoritatea copiilor experimentează o ameliorare rapidă a simptomelor, iar complicațiile sunt rare. În primele 24-48h de la instituirea tratamentului cu antibiotic pacientul nu mai este contagios. Boala durează 7-10 zile, dacă febra persistă reprezintă semn de alarmă pentru apariția complicațiilor.

COMPLICAȚII^{43, 44, 45}

Faringita streptococică la copii, dacă este lăsată netratată sau gestionată inadecvat, poate duce la diverse complicații. Aceste complicații sunt relativ rare în țările industrializate astăzi, datorită disponibilității antibioticelor și practicilor îmbunătățite de asistență medicală. Cu toate acestea, ele sunt importante de conștientizat.

Este esențial să rețineți că, cu un tratament antibiotic adecvat, riscul acestor complicații este redus semnificativ. Diagnosticul precoce și gestionarea faringitei streptococice sunt esențiale pentru a preveni dezvoltarea complicațiilor, iar antibioticele sunt de obicei prescrise pentru a trata infecția și pentru a reduce riscul de complicații.

Printre complicații se regăsesc:

- ❖ Adenită cervicală
- ❖ Abces periamigdalian
- ❖ Otită medie supurată
- ❖ Mastoidită
- ❖ Sinuzită
- ❖ Pneumonie
- ❖ Sepsis
- ❖ Endocardită
- ❖ Meningită
- ❖ Reumatism articular acut poststreptococică
- ❖ Artrită reactivă poststreptococică
- ❖ Glomerulonefrită acută poststreptococică
- ❖ Eritem nodos
- ❖ Coreea acută Sydenham poststreptococică

⁴² Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, & Schwartz RH. (2002). Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 35(2), 113-125.

⁴³ Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, et al. (2009). Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: A scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*, 119(11), 1541-1551.

⁴⁴ Rodriguez-Iturbe B, Musser JM. (2008). The Current State of Poststreptococcal Glomerulonephritis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 19(10), 1855-1864.

⁴⁵ Uzel I, Ozturk S, Evren C, et al. (2012). Acute sinusitis complications. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76(2), 181-184.

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE^{46, 47, 48}

Prevenirea răspândirii faringitei streptococice într-un cadru colectiv, cum ar fi o școală sau o grădiniță, este importantă pentru a reduce riscul de apariție a focarelor și pentru a proteja sănătatea copiilor. Iată câteva măsuri preventive în cadrul colectivităților:

- ☞ Diagnostic și tratament precoce - copiii cu suspiciune de faringită streptococică trebuie evaluați de personalul medical. Cei cu faringită streptococică confirmată ar trebui să primească un tratament antibiotic adecvat.
- ☞ Igiena mâinilor - promovați spălarea regulată a mâinilor cu apă și săpun.
- ☞ Igienă respiratorie - învățați copiii să își acopere gura și nasul cu un șervețel sau cu cotul atunci când tușesc sau strănută.
- ☞ Încurajați copiii să evite utilizarea în comun a articolelor precum pahare, ustensile și prosoape, care pot facilita răspândirea bacteriilor.
- ☞ Curățați și dezinfectați în mod regulat suprafețele atinse frecvent.
- ☞ Oferiți educație copiilor, studenților, părinților și personalului despre simptomele faringitei streptococice, complicațiile și despre importanța respectării indicațiilor asistenței medicale, inclusiv despre finalizarea întregii perioade de antibioterapie.
- ☞ Implementați politici care impun copiilor cu faringită streptococică să rămână acasă pentru efectuarea corectă a tratamentului.
- ☞ Promovați măsuri de distanțare fizică, acolo unde este posibil, pentru a reduce contactul apropiat și potențiala transmitere.

OTITA MEDIE ACUTĂ (OMA)

DEFINIȚIE⁴⁹

Otită medie acută la copii este o afecțiune inflamatorie acută a urechii medii de origine virală sau bacteriană a cărei evoluție spontană este spre perforarea timpanului și supurație. Otită medie acută este caracterizată prin apariția rapidă a otalgiei, adesea însoțită de febră, iritabilitate și modificări ale auzului.

EPIDEMIOLOGIE^{50, 51, 52}

Înțelegerea epidemiologiei OMA este esențială pentru planificarea asistenței medicale, strategiile de vaccinare și dezvoltarea de linii directe pentru diagnostic și management. De asemenea, subliniază importanța măsurilor preventive, cum ar fi vaccinarea și evitarea expunerii la fumatul pasiv, pentru a reduce povara OMA la copii.

- ❖ Otită medie acută este una dintre cele mai frecvente infecții ale copilăriei, cu o prevalență ridicată în rândul copiilor din întreaga lume. Apare adesea în copilăria timpurie, cu incidență maximă la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 2 ani. Se estimează că 80% dintre copii vor avea un episod în primii 3 ani.
- ❖ Incidența OMA variază în funcție de regiune și poate fi influențată de factori precum accesul la asistență medicală, ratele de vaccinare și condițiile de mediu. OMA reprezintă o povară pentru sistemul de sănătate. Incidența OMA prezintă adesea variații sezoniere, cu rate mai mari în lunile mai reci, care pot fi legate de infecțiile tractului respirator superior și alți factori.

⁴⁶ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Hand Hygiene in Schools*.

https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/etiquette/coughing_sneezing.html

⁴⁷ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Guidelines for Infectious Disease in Schools. <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/guidelines-for-infectious-disease-in-schools/>

⁴⁸ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Prevention and Control of Infections in Child Care Centers. <https://pediatrics.aappublications.org/content/105/3/650>

⁴⁹ Lieberthal, A. S., Carroll, A. E., Chonmaitree, T., Ganiats, T. G., Hoberman, A., Jackson, M. A., ... & Schwartz, R. H. (2013). The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*, 131(3), e964-e999.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e964>

⁵⁰ Rovers, M. M., Schilder, A. G. M., Zielhuis, G. A., & Rosenfeld, R. M. (2004). Otitis media. *The Lancet*, 363(9407), 465-473.

⁵¹ Teele, D. W., Klein, J. O., & Rosner, B. (1989). Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: A prospective, cohort study. *Journal of Infectious Diseases*, 160(1), 83-94.

⁵² Hersh, A. L., & Shapiro, D. J. (2011). Pneumococcal conjugate vaccine for preventing acute otitis media: Which children benefit most? *The Journal of Pediatrics*, 158(5), 725-727.

EPIDEMIOLOGIE

- ❖ Mai mulți factori de risc contribuie la dezvoltarea OMA la copii, inclusiv vârsta (copiii mici sunt mai susceptibili), expunerea la fumatul pasiv și antecedentele de infecții ale urechii.
- ❖ Agenții patogeni bacterieni, în special *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* și *Moraxella catarrhalis*, sunt în mod obișnuit asociați cu OMA, deși infecțiile virale pot juca, de asemenea, un rol în dezvoltarea acesteia.
- ❖ Introducerea vaccinurilor, cum ar fi vaccinul pneumococic conjugat și vaccinul *Haemophilus influenzae* tip B, a condus la o reducere a cazurilor de OMA cauzate de agenți patogeni prevenibile prin vaccin.
- ❖ OMA poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții copiilor afectați și a familiilor acestora din cauza durerii, disconfortului și potențialelor probleme de auz.

MANIFESTĂRI CLINICE^{53, 54, 55, 56, 57}

Nu toți copiii cu OMA vor prezenta toate simptomele, iar severitatea și combinația de simptome pot varia. În plus, OMA poate fi diagnosticată de profesioniștii din domeniul sănătății pe baza evaluării clinice, inclusiv prezența durerii la nivelul urechii și modificări ale aspectului timpanului. Diagnosticul prompt și managementul adecvat, care poate include tratamentul cu antibiotice, sunt esențiale pentru ameliorarea simptomelor și prevenirea potențialelor complicații.

- Debut acut cu semne și simptome ce indică inflamația mucoasei din urechea medie.
- Prezența exudatului la nivelul urechii medii.
- Semne și simptome ale inflamației la nivelul urechii medii.
- Otalgie, pulsatilă, cu debut brusc - durerea la nivelul urechii, cunoscută și sub numele de otalgie, este unul dintre cele mai comune și proeminente simptome ale OMA. Este adesea descrisă ca o durere ascuțită sau pulsantă și poate fi severă.
- Semne/simptome de infecție respiratorie înaltă - OMA poate fi precedată sau însoțită de simptome ale căilor respiratorii superioare, cum ar fi congestia nazală, tusea sau durerea faringiană, ceea ce poate face dificilă diferențierea de infecțiile respiratorii virale
- Febră
- Letargie
- Iritabilitate - sugarii și copiii mici cu OMA pot deveni iritabili, agitați din cauza disconfortului și durerii asociate cu infecția
- Anorexie
- Otoree - OMA poate duce la acumularea de lichid în urechea medie, ceea ce poate duce la drenajul lichidului din ureche. Această descărcare poate fi limpede sau purulentă.
- Cefalee
- Vertij (la copii mai mari)
- Hipoacuzie (la copii mai mari) - pierderea auzului sau auzul înfundat pot apare din cauza prezenței lichidului în urechea medie

⁵³ Lieberthal, A. S., Carroll, A. E., Chonmaitree, T., Ganiats, T. G., Hoberman, A., Jackson, M. A., ... & Schwartz, R. H. (2013). The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*, 131(3), e964-e999.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e964>

⁵⁴ Rosenfeld, R. M., Vertrees, J. E., Carr, J., Cipolle, R. J., & Uden, D. L. (2003). Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: Metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. *The Journal of Pediatrics*, 143(2), 198-204.

⁵⁵ Teele, D. W., Klein, J. O., & Rosner, B. (1989). Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: A prospective, cohort study. *Journal of Infectious Diseases*, 160(1), 83-94.

⁵⁶ Pichichero, M. E. (2002). Acute otitis media: Part I. Improving diagnostic accuracy. *American Family Physician*, 66(9), 1669-1676.

⁵⁷ American Academy of Pediatrics (AAP). (2013). Otitis Media With Effusion. *Pediatrics*, 131(3), e964-e999.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e964>

TRATAMENT^{58, 59, 60, 61, 62}

Tratamentul otitei medii acute la copii implică adesea o combinație de abordări care vizează ameliorarea simptomelor și abordarea infecției de bază. Alegerea tratamentului poate depinde de diverși factori, inclusiv vârsta copilului, severitatea simptomelor și probabilitatea infecției bacteriene. Tratamentul va avea în vedere:

Terapia durerii

Terapia orală de analgezice se va institui cât mai rapid. Analgezicele fără prescripție medicală, cum ar fi acetaminofenul (paracetamolul) sau ibuprofenul, pot fi recomandate pentru a atenua durerile la nivelul urechii și pentru a reduce febra. Administrarea se face după vârsta de 3 luni iar dozele trebuie administrate în funcție de vârsta și greutatea copilului, iar părinții sau îngrijitorii trebuie să urmeze instrucțiunile de pe etichetă sau să solicite îndrumare medicală.

Terapie cu antibiotice

Alegerea antibioticului poate depinde de rezistență și de factorii individuali ai pacientului.

Majoritatea copiilor cu OMA unilaterală izolată nu necesită terapie cu antibiotic. Cele mai multe cazuri de OMA se datorează infecțiilor virale ale tractului respirator superior, fiind indicat să se aștepte 24-48h înainte de a începe terapia cu antibiotice.

Se impune inițierea antibiotei la:

- Vârsta sub 6 luni
- Vârsta sub 2 ani când OMA este bilaterală
- Peste 48h de la debutul simptomatologiei
- Prezența perforației timpanului
- La copii imunodeprimați

Metode chirurgicale

Mirinoglotomia – se indică când nu există răspuns la tratamentul antibiotic

Adenoidectomia – se indică în cazul recurențelor

Antrostomia/Mastoidectomia – în cazul complicațiilor – otomastoidită

Observare

Această abordare implică o monitorizare atentă a simptomelor copilului și poate fi o opțiune pentru anumite cazuri

Evitarea expunerii la fumat

Reducerea expunerii la fumatul pasiv poate fi benefică, deoarece fumatul poate exacerba simptomele și crește riscul de infecții ale urechii

EVOLUȚIE^{63, 64}

Prognosticul pentru otita medie acută la copii este în general favorabil cu un tratament adecvat. În cele mai multe cazuri, se rezolvă fără complicații. Cu toate acestea, prognosticul poate varia în funcție de factori precum severitatea infecției, eficacitatea tratamentului și prezența factorilor de risc.

Cu un tratament adecvat, majoritatea cazurilor au o îmbunătățire rapidă a simptomelor, inclusiv ameliorarea durerilor și a febrei. Majoritatea copiilor se recuperează complet fără complicații pe termen lung sau pierderea auzului atunci când infecția este gestionată corespunzător.

Unii copii pot prezenta episoade recurente de OMA, dar acestea pot fi adesea gestionate cu îngrijire medicală adecvată. AOM poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții unui copil și a familiei din cauza durerii, disconfortului și simptomelor asociate.

⁵⁸ Wald, E. R., Applegate, K. E., Bordley, C., Darrow, D. H., Glode, M. P., Marcy, S. M., ... & Williams Jr, P. V. (2004). Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*, 114(4), 1063-1084.

⁵⁹ American Academy of Pediatrics (AAP). (2013). Otitis Media With Effusion. *Pediatrics*, 131(3), e964-e999. <https://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e964>

⁶⁰ Marchisio, P., Cantarutti, L., Sturkenboom, M., & Giroto, S. (2018). Observational prospective study of acute otitis media with spontaneous tympanic membrane perforation. *European Journal of Pediatrics*, 177(6), 841-849.

⁶¹ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Treatment of the Child with Otitis Media with Effusion. *Pediatrics*, 148(6), e2021053767. <https://pediatrics.aappublications.org/content/148/6/e2021053767>

⁶² American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Otitis Media: Smoking and Your Child's Ears. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/ear-nose-throat/Pages/Otitis-Media-Smoking-and-Your-Childs-Ears.aspx>

⁶³ Rovers, M. M., Schilder, A. G. M., Zielhuis, G. A., & Rosenfeld, R. M. (2004). Otitis media. *The Lancet*, 363(9407), 465-473.

⁶⁴ Pichichero, M. E. (2002). Acute otitis media: Part I. Improving diagnostic accuracy. *American Family Physician*, 66(9), 1669-1676.

COMPLICAȚII^{65, 66, 67}

Otita medie acută la copii poate duce, în unele cazuri, la complicații, deși sunt relativ mai puțin frecvente, mai ales cu un tratament prompt și adecvat.

Complicații:

- abcesul cerebral
- meningita
- empiemul subdural
- mastoidita acută
- paralizie facială
- labirintită acută
- septicemia

Complicații pe termen lung:

- pierderea auzului
- întârzierea dezvoltării limbajului/vorbirii
- perforația timpanului

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE^{68, 69, 70, 71}

Prevenirea otitei medii acute într-o colectivitate, cum ar fi o grădiniță sau o școală, implică implementarea unor măsuri pentru a reduce riscul de infecții și pentru a promova sănătatea urechii la copii. Aceste măsuri preventive urmăresc să reducă riscul de OMA și complicațiile sale într-un cadru colectiv.

- ☞ Promovați vaccinarea
- ☞ Igiena respiratorie
- ☞ Evitarea fumatului pasiv
- ☞ Reducerea contactul apropiat
- ☞ Curățare și dezinfecție regulată
- ☞ Încurajați părinții să solicite asistență medicală promptă pentru copiii cu simptome de infecție a urechii și asigurați-vă că copiii primesc tratament adecvat și îngrijire ulterioară
- ☞ Oferiți educație copiilor, părinților și personalului despre semnele, simptomele și complicațiile OMA

SINUZITA

DEFINIȚIE⁷²

Sinuzita la copii se caracterizează prin inflamația sinusurilor cu apariția unei colecții purulente, ducând la simptome precum congestie nazală, dureri faciale, cefalee și secreții nazale. Poate apare ca o afecțiune acută, subacută sau cronică și este adesea asociată cu infecții ale tractului respirator superior.

⁶⁵ Marchisio, P., Cantarutti, L., Sturkenboom, M., & Girotto, S. (2018). *Observational prospective study of acute otitis media with spontaneous tympanic membrane perforation*. *European Journal of Pediatrics*, 177(6), 841-849.

⁶⁶ Dubey, S. P., & Larawin, V. (2011). *Complications of chronic suppurative otitis media and their management*. *Laryngoscope*, 121(11), 2644-2654.

⁶⁷ Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., ... & Borgna-Pignatti, C. (2012). *Burden of disease caused by otitis media: Systematic review and global estimates*. *PLoS ONE*, 7(4), e36226.

⁶⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for Ages 18 or Younger, United States, 2021*. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>

⁶⁹ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). *Immunization in Special Clinical Circumstances*.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/147/6/e2021052323>

⁷⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Hand Hygiene in Schools*.

https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/etiquette/coughing_sneezing.html

⁷¹ American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). *Healthy Child Care*.

<https://www.healthychildren.org/English/family-life/work-play/Pages/Healthy-Child-Care.aspx>

⁷² Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S., et al. (2015). *Clinical practice guideline (update): adult sinusitis*. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 152(2 Suppl), S1-S39.

Datele epidemiologice privind sinuzita la copii oferă informații valoroase asupra prevalenței și poverii acestei afecțiuni în rândul populațiilor pediatrice.

- ❖ Sinuzita este o afecțiune frecventă la copii, estimările sugerând că până la 6-7% din prezentări sunt legate de sinuzită.
- ❖ Sinuzita poate apărea la orice vârstă la copii, dar este mai frecventă la copiii mai mari și adolescenții. Sinusurile paranazale continuă să se dezvolte pe măsură ce copilul crește, făcându-i mai susceptibili la sinuzită la vârste mai mari.
- ❖ Nu există o predilecție semnificativă de gen în sinuzita pediatrică, deoarece afectează atât băieții cât și fetele.
- ❖ Sinuzita acută este mai frecventă la copii decât sinuzita cronică. Majoritatea cazurilor de sinuzită acută sunt asociate cu infecții ale tractului respirator superior.
- ❖ Sinuzita la copii prezintă adesea variații sezoniere, cu mai multe cazuri raportate în lunile de toamnă și iarnă, care coincid cu vârful infecțiilor respiratorii.
- ❖ Factorii patogeni implicați cel mai adesea sunt virali însă pot fi și bacterieni.



MANIFESTĂRI CLINICE^{76, 77}

Sinuzita la copii se caracterizează printr-o varietate de simptome care pot fi similare cu cele observate la adulți. Cu toate acestea, prezentarea simptomelor poate varia în funcție de vârsta copilului și de durata afecțiunii.

- Congestia nazală este un simptom comun al sinuzitei la copii. Poate fi persistentă și poate determina disconfort.

⁷³ Bhattacharyya, N. (2010). Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis. *The Laryngoscope*, 120(3), 585-586.

⁷⁴ Wald, E. R. (2019). Sinusitis in Children. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 260-269.

⁷⁵ Sarrell, E. M., Tal, G., Witzling, M., & Someck, E. (2004). Seasonal variation in acute sinusitis in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 23(11), 1057-1060.

⁷⁶ Wald, E. R. (2019). Sinusitis in Children. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 260-269.

⁷⁷ Sarrell, E. M., Tal, G., Witzling, M., & Someck, E. (2004). Seasonal variation in acute sinusitis in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 23(11), 1057-1060.

MANIFESTĂRI CLINICE

- Copiii cu sinuzită au adesea secreții nazale, care pot varia de la limpezi la purulente.
- Tusea, în special atunci când este însoțită de simptome nazale, este o acuză frecventă la copiii cu sinuzită.
- Unii copii și adolescenți mai mari pot experimenta dureri faciale sau presiune, adesea în jurul frunții, obrazilor sau ochilor.
- Copiii mai mari pot raporta cefalee, mai ales dacă sinuzita este asociată cu disconfort facial.
- Durerile faciale și cefaleea asociate sinuzitei sunt specifice dacă se accentuează la aplecarea capului în față, la trezire sau în tuse (situații în care crește presiunea în fosele nazale).
- Febra poate apărea în cadrul sinuzitei, în special atunci când este asociată cu o infecție bacteriană acută.
- Halitoza sau respirația urât mirositoare pot fi observate la unii copii cu sinuzită, mai ales dacă există picurare postnazală.
- Copiii cu sinuzită pot fi obosiți și iritabili, posibil din cauza tulburărilor de somn și a disconfortului.
- Copiii mai mici pot avea un apetit scăzut sau pot refuza să mănânce din cauza congestiei nazale și a disconfortului.
- Sensibilitate dureroasă la presiunea punctelor sinusale în cazul sinuzitei acute.

Forme clinice

Simptome persistente, în special nazale, tuse cu durată 10-30 zile, fără ameliorare.	Simptome severe, febră mare (mai mult de 3-4 zile), rinoree purulentă, stare generală alterată.	Simptome agravate care apar secundar unei infecții respiratorii virale, după 6-7 zile de ameliorare a simptomelor inițiale
--	---	--

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL^{78, 79, 80, 81}

Diagnosticul diferențial se va face cu:

- Sinuzita alergică
- Corpuri străini nazali
- Adenoidita hipertrofică
- Anomalii de structură
- Meningita
- Infecții dentare

TRATAMENT⁸²

Tratamentul sinuzitei la copii depinde de cauza de bază, durata și severitatea afecțiunii. Este important de reținut că deciziile de tratament ar trebui luate de medic, deoarece acestea vor lua în considerare vârsta copilului, starea generală de sănătate, cauza suspectată a sinuzitei și prezența oricăror complicații atunci când se stabilește cel mai potrivit plan de tratament. Antibioticele, dacă sunt prescrise, trebuie utilizate conform instrucțiunilor, iar parcursul complet trebuie finalizat, chiar dacă simptomele se ameliorează înainte de finalizare.

⁷⁸ Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *The Lancet*, 366(9499), 1809-1820.

⁷⁹ Mani, N., & Opheim, K. E. (2019). Nasal foreign bodies in children. *American Family Physician*, 99(5), 295-300.

⁸⁰ Chen, P. G., Kim, D. C., & Batra, P. S. (2014). Adenoid hypertrophy and pediatric sinus disease. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 47(5), 725-742.

⁸¹ Nelson, H. S., Lahr, J., Rule, R., & Bock, A. (2018). Changes in the diagnosis and management of sinusitis and allergic rhinitis from 2007 to 2012. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 120(4), 429-433.

⁸² Alandejani, T., Marsan, J., Ferris, W., & Slinger, R. (2013). The role of saline nasal washings in the treatment of pediatric chronic rhinosinusitis. *The International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(9), 1482-1488.

TRATAMENT^{83, 84}

- Sinuzita virală acută este de obicei gestionată cu îngrijiri de susținere, inclusiv odihnă, hidratare și analgezice fără prescripție medicală cum ar fi acetaminofenul/ibuprofenul pentru a atenua simptomele.
- Dacă se suspectează sinuzită bacteriană, se pot prescrie antibiotice.
- Utilizarea pe termen scurt a decongestionanțelor nazale sau a spray-urilor nazale cu soluție salină poate ajuta la ameliorarea congestiei nazale la copii, dar acestea nu trebuie utilizate mai mult de câteva zile pentru a evita congestia de rebound.
- Irigarea salină nazală cu o seringă cu bulb sau un sistem de irigare nazală poate ajuta la curățarea mucusului din căile nazale, în special la copiii mai mari și adolescenții.
- În unele cazuri, se poate recomanda utilizarea de corticosteroizi nazali topici pentru a reduce inflamația nazală și pentru a îmbunătăți simptomele.
- Medicamentele antipiretice și pentru ameliorarea durerii fără prescripție medicală, cum ar fi acetaminofenul sau ibuprofenul, pot ajuta la atenuarea febrei, a cefaleei și a durerilor faciale.
- Intervenția chirurgicală, cum ar fi adenoidectomia sau intervenția chirurgicală endoscopică a sinusurilor, poate fi luată în considerare pentru copii cu sinuzită cronică sau recurentă care nu răspund la alte tratamente.

Indicații**pentru****antibioterapie**

În sinuzitele subacute (fără ameliorarea simptomatologiei la 7 zile) cu etiologie bacteriană

În cazul simptomatologiei severe

Forme clinice complicate

Infecții bacteriene asociate

Afecțiuni favorizante (astm, fibroză chistică, sinuzite operate)

COMPLICAȚII^{85, 86, 87, 88}

Sinuzita la copii, dacă nu este gestionată corespunzător sau dacă devine cronică, poate duce la diverse complicații. Diagnosticul precoce și tratamentul adecvat al sinuzitei la copii sunt esențiale pentru prevenirea complicațiilor. Dacă un copil prezintă simptome persistente sau severe de sinuzită, se recomandă consultul medical pentru a determina gestionarea adecvată și pentru a minimiza riscul de complicații.

- Când sinuzita persistă pentru o perioadă lungă de timp, aceasta poate deveni cronică. Sinuzita cronică poate provoca simptome continue, afectând calitatea vieții unui copil.
- Unii copii pot prezenta episoade recurente de sinuzită, ducând la accese frecvente de boală și la necesitatea unor cure repetate de tratament.
- În cazurile severe, sinuzita acută poate duce la celulită orbitală, o infecție a țesuturilor din jurul ochiului. Această afecțiune necesită asistență medicală imediată.
- Celulita preseptală este o infecție a pleoapei și a țesuturilor înconjurătoare. Poate apare ca o complicație a sinuzitei la copii și se prezintă de obicei cu inflamarea și roșeață a pleoapelor.
- Osteomielita osului etmoid, maxilar și frontal.
- Deși rară, sinuzita netratată sau severă poate duce la complicații intracraniene mai grave, cum ar fi meningita, abcesul cerebral sau abcesul epidural.
- Sinuzita cronică la copii poate duce la dezvoltarea unor afecțiuni precum sinuzita fungică alergică, care se caracterizează prin prezența ciupercilor în sinusuri și necesită tratament specializat.
- Uneori sinuzita cronică duce la dezvoltarea polipilor nazali, escrescențe necanceroase în căile nazale care pot provoca obstrucție nazală.
- Sinuzita cronică sau recurentă poate afecta în mod semnificativ viața de zi cu zi a unui copil, provocând pierderea zilelor de școală, tulburări de somn și o scădere a bunăstării generale.

⁸³ Wald, E. R. (2019). Sinusitis in Children. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 260-269.

⁸⁴ Chen, P. G., Kim, D. C., & Batra, P. S. (2014). Adenoid hypertrophy and pediatric sinus disease. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 47(5), 725-742.

⁸⁵ Wald, E. R. (2019). Sinusitis in Children. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 260-269.

⁸⁶ Gandhi, D. B., Gourishankar, A., Malkin, B., & Austin, J. R. (2012). Pediatric orbital cellulitis—a clinical and microbiologic review. *The Journal of Pediatric Infectious Diseases*, 7(4), 229-236.

⁸⁷ Chow, A. W. (2018). Life-threatening infections of the head and neck: an otolaryngological emergency. *Ear, Nose & Throat Journal*, 97(5), E40-E47.

⁸⁸ Kupferberg, S. B., Bent, J. P., Kuhn, F. A., & Palmer, J. N. (2019). Sinonasal fungal infections: A series review. *Ear, Nose & Throat Journal*, 98(5), 303-310.

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE^{89, 90, 91, 92, 93, 94}

Măsurile preventive pentru sinuzită la copii în cadrul unor colectivități precum școli, grădinițe și comunități sunt esențiale pentru a reduce transmiterea infecțiilor respiratorii și a minimiza riscul de sinuzită. Aceste măsuri preventive, atunci când sunt implementate în colectivități, în medii educaționale și comunitare, pot contribui la un mediu mai sănătos pentru copii, reducând riscul de infecții respiratorii și sinuzite ulterioare. Campaniile continue de educație și conștientizare sunt esențiale pentru a se asigura că aceste măsuri sunt urmate în mod consecvent.

- ☞ Promovarea spălării regulate a mâinilor cu apă și săpun în rândul copiilor și al personalului din școli și creșe poate ajuta la reducerea răspândirii virusurilor respiratorii.
- ☞ Încurajarea copiilor să-și acopere gura și nasul cu un șervețel sau cu un cot atunci când tușesc sau strănută, pot preveni răspândirea agenților patogeni respiratori în cadrul colectivului.
- ☞ Asigurarea faptului că copiii sunt vaccinați cu vaccinurile recomandate, inclusiv vaccinurile antigripale și pneumococice, poate ajuta la prevenirea infecțiilor respiratorii și a sinuzitei asociate.
- ☞ Menținerea unei bune calități a aerului din interior în școli și grădinițe prin sisteme adecvate de ventilație și filtrare poate ajuta la reducerea concentrației de alergeni și agenți patogeni respiratori.
- ☞ Educarea părinților, îngrijitorilor și personalului școlii cu privire la importanța recunoașterii timpurii a simptomelor și a îngrijirii medicale prompte pentru copiii cu infecții respiratorii poate ajuta la prevenirea complicațiilor cum ar fi sinuzita

2.1.2 Pneumonia comunitară

DEFINIȚIE⁹⁵

Pneumonia comunitară la copii se referă la o infecție acută a tractului respirator inferior care apare în afara instituțiilor de asistență medicală, afectând de obicei copiii din comunitate. Se caracterizează prin inflamarea acută a parenchimului pulmonar și consolidarea țesutului pulmonar, ducând la simptome precum tuse, febră și detresă respiratorie și este adesea asociată cu imagini radiologice specifice.

⁸⁹ World Health Organization (WHO). (2019). *Hand Hygiene in Outpatient and Home-Based Care and Long-Term Care Facilities: A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*. Retrieved from <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514861>

⁹⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Cover Your Cough. Retrieved from https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/etiquette/coughing_sneezing.html

⁹¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Children and Influenza (Flu). Retrieved from <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/children.htm>

⁹² World Health Organization (WHO). (2020). *Pneumococcal vaccines WHO position paper – 2020*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IVB-20.08>

⁹³ U.S. Environmental Protection Agency (EPA). (2020). *Indoor Air Quality (IAQ) in Schools*. Retrieved from <https://www.epa.gov/iaq-school>

⁹⁴ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Resources for School Administrators on Reopening Schools*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/schools.html>

⁹⁵ Bradley, J. S., Byington, C. L., Shah, S. S., Alverson, B., Carter, E. R., Harrison, C., ... & Swanson, J. T. (2011). *The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: Clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America*. *Clinical Infectious Diseases*, 53(7), e25-e76. <https://academic.oup.com/cid/article/53/7/e25/330148>

EPIDEMIOLOGIE^{96, 97, 98}

Epidemiologia pneumoniei comunitare la copii implică studiul incidenței, prevalenței, factorilor de risc în cadrul populației pediatrice. Datele epidemiologice oferă informații valoroase asupra poverii și caracteristicilor acestei infecții respiratorii la copii.

- ❖ Pneumonia comunitară este o boală comună a copilăriei, cu o incidență anuală estimată de 34 până la 40 de cazuri la 1.000 de copii cu vârsta sub cinci ani.
- ❖ Poate afecta copiii de toate vârstele, dar este mai frecventă la copiii mai mici. Sugarii și copiii cu vârsta sub doi ani sunt expuși unui risc mai mare.
- ❖ Există adesea o variație sezonieră a incidenței la copii. Ea tinde să fie mai răspândită în lunile de toamnă și iarnă.
- ❖ Cei mai frecvenți agenți patogeni care cauzează pneumonia comunitară la copii sunt *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* și virusul respirator sincițial.
- ❖ Poate exista etiologie mixtă vio-bacteriană. De obicei în aceste cazuri evoluția este severă.
- ❖ Aproximativ 20% dintre copiii diagnosticați necesită spitalizare din cauza severității simptomelor sau a afecțiunilor medicale subiacente.
- ❖ Introducerea vaccinurilor, cum ar fi vaccinul pneumococic conjugat și vaccinul *Haemophilus influenzae* tip B, a condus la o reducere semnificativă a incidenței CAP cauzate de acești agenți patogeni.
- ❖ Ratele de mortalitate la copii sunt relativ scăzute, în special în țările dezvoltate. Cu toate acestea, pneumonia comunitară poate duce în continuare la complicații grave și ocazional la deces.

MANIFESTĂRI CLINICE^{99, 100, 101, 102}

Simptomele pneumoniei comunitare la copii pot varia ca prezentare și severitate.

Simptome generale:

- Febră - este un simptom distinctiv
- Tuse - persistentă, adesea însoțită de producția de spută
- Insuficiență respiratorie - copiii pot prezenta semne de detresă respiratorie, inclusiv respirație rapidă (tahipnee), retracții și erupție nazală
- Dureri toracice - copiii se pot plânge de durere în piept, care este de obicei descrisă ca o senzație ascuțită sau înjunghiată
- Wheezing-ul - un șuierat ascuțit în timpul respirației, poate să apară la copiii cu pneumonie comunitară, mai ales dacă există astm bronșic sau infecție virală asociată
- Scăderea apetitului - copiii pot refuza alimentele sau lichidele datorită disconfortului
- Oboseală și iritabilitate - adesea din cauza efectelor sistemice ale infecției
- Congestie nazală și rinoree - copiii pot prezenta simptome de infecție a tractului respirator superior
- Vărsături și diaree - simptomele gastrointestinale, pot să apară în special la grupele de vârstă mai mici
- Cianoză - cazurile severe pot duce la cianoză, o decolorare albastruie a pielii și a membranelor mucoase din cauza nivelului scăzut de oxigen

⁹⁶ Nascimento-Carvalho, C. M., Ribeiro, C. T., Cardoso, M. R., & Barral, A. (2012). The role of respiratory viral infections among children hospitalized for community-acquired pneumonia in a developing country. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(9), 1042-1046.

⁹⁷ Sáez-Llorens, X., & McCracken, G. H. (2003). Bacterial pneumonia in children: Clinical features, diagnosis, and treatment. In: *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 14(3), 219-227.

⁹⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Pneumococcal Disease: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pneumo.html>

⁹⁹ Nascimento-Carvalho, C. M., Ribeiro, C. T., Cardoso, M. R., & Barral, A. (2012). The role of respiratory viral infections among children hospitalized for community-acquired pneumonia in a developing country. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(9), 1042-1046.

¹⁰⁰ Bradley, J. S., Byington, C. L., Shah, S. S., et al. (2011). The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 53(7), e25-e76.

¹⁰¹ Sáez-Llorens, X., & McCracken, G. H. (2003). Bacterial pneumonia in children: Clinical features, diagnosis, and treatment. In: *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 14(3), 219-227.

¹⁰² Drăgănescu, A. "În Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie, coord. Doina Anca Pleșca, Editura Amaltea, 2019, 35-44."

Criterii de diagnostic și severitate

Pneumonie acută formă ușoară

- Temperatură sub 38,5⁰ C
- Detresă respiratorie absentă sau ușoară
- Tahipnee: FR sub 70 resp/min la sugar și FR sub 50 resp/min la copil peste 1 an
- Tiraj absent sau subcostal/intercostal suprasternal minim
- Absența geamătului respirator
- Absența apneei
- Absența hipoxemiei
- Colorație tegumentară normală
- Frecvență cardiacă normală
- Toleranță digestivă normală
- Timp de recolorare capilară sub 2 sec
- Status mental nemodificat

Pneumonie acută formă severă

- Temperatură peste 38,5⁰ C
- Detresă respiratorie moderată sau severă
- Tahipnee: FR peste 70 resp/min la sugar și FR peste 50 resp/min la copil peste 1 an
- Tiraj suprasternal/intercostal și subcostal moderat/sever
- Dispnee severă
- Geamăt
- Apnee
- Bătăi ale aripilor nazale
- Hipoxemie
- Cianoză
- Tahicardie
- Intoleranță digestivă
- Timp de recolorare capilară peste 2 sec
- Status mental alterat

Criterii ce pledează pentru forma virală

- Febră moderată
- Vârsta mică
- Debut progresiv cu semne de IACRS
- Faringită
- Wheezing
- Modificări fizice pulmonare bilaterale, aspect radiologic pulmonar de hiperinflație și accentuarea desenului pulmonar interstițial

Factori de risc pentru formele severe

- Afecțiuni cardiopulmonare cronice
- Boli neurocognitive
- Imunodeficiențe
- Boli genetice
- Boli metabolice

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL^{103, 104, 105, 106, 107, 108, 109}

Diagnosticul diferențial al pneumoniei comunitare la copii presupune luarea în considerare a altor afecțiuni care pot prezenta simptome similare precum:

- Infecțiile respiratorii virale, cum ar fi bronșiolita sau gripa, pot imita simptomele pneumoniei comunitare la copii
- Copiii cu astm bronșic pot prezenta exacerbări care se prezintă cu tuse, respirație șuierătoare și detresă respiratorie, similare cu pneumonia
- Bronșiolita, adesea cauzată de virusul sincițial respirator, afectează în primul rând sugarii și copiii mici și poate duce la simptome precum tuse, respirație șuierătoare și febră
- Boala de reflux gastroesofagian se poate manifesta cu simptome precum tuse cronică, disconfort toracic și regurgitare, care în unele cazuri pot fi confundate cu pneumonia
- În cazurile în care un copil a inhalat un obiect străin, acesta poate provoca simptome respiratorii și febră, care ar putea fi confundate cu pneumonia
- Reacțiile alergice, inclusiv alergiile alimentare sau alergiile de mediu, pot duce la simptome respiratorii precum tusea și respirația șuierătoare
- Copiii cu boală cardiacă congenitală pot prezenta simptome cum ar fi respirația rapidă, cianoza și wincapacitatea de a se dezvolta, care pot imita pneumonia

TRATAMENT^{110, 111, 112}

Tratamentul pneumoniei comunitare la copii implică de obicei antibiotice și îngrijire de susținere. Principiile generale ale tratamentului sunt:

Terapia cu antibiotice

Nu se recomandă administrarea de rutină în formele ușoare la vârsta preșcolară.

Pneumonie bacteriană – terapia de primă linie = Amoxicilină. Terapie alternativă = Amoxicilină-clavulant.

Pneumonie atipică – macrolide = Azitromicină/Claritromicină.

Îngrijire de susținere

Îngrijirea de susținere este esențială și poate include menținerea hidratării, utilizarea medicamentelor care scad febra precum acetaminofenul sau ibuprofenul și asigurarea unei alimentații adecvate

Terapia cu oxigen

Copiii cu detresă respiratorie severă pot necesita terapie suplimentară cu oxigen pentru a menține un nivel adecvat de oxigen în sânge

¹⁰³ Nascimento-Carvalho, C. M., Ribeiro, C. T., Cardoso, M. R., & Barral, A. (2012). The role of respiratory viral infections among children hospitalized for community-acquired pneumonia in a developing country. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(9), 1042-1046.

¹⁰⁴ National Asthma Education and Prevention Program. (2007). Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute (US).

¹⁰⁵ American Academy of Pediatrics. (2014). Bronchiolitis. In: *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases* (31st ed.), 274-280.

¹⁰⁶ Lightdale, J. R., Gremse, D. A., & Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. (2013). Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics*, 131(5), e1684-e1695.

¹⁰⁷ Gupta, D., Subramanian, S., & Shah, A. (2019). Foreign body aspiration in children: anesthetic and intensive care management. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 35(Suppl 1), S12-S16.

¹⁰⁸ Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2006). Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), S470-S475.

¹⁰⁹ Hoffman, J. I., & Kaplan, S. (2015). The incidence of congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(12), 1890-1900.

¹¹⁰ Bradley, J. S., Byington, C. L., Shah, S. S., et al. (2011). The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 53(7), e25-e76.

¹¹¹ Sáez-Llorens, X., & McCracken, G. H. (2003). Bacterial pneumonia in children: Clinical features, diagnosis, and treatment. In: *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 14(3), 219-227.

¹¹² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Pneumococcal Disease: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pneumo.htm>

TRATAMENT

Fizioterapie toracică

Fizioterapia toracică, cum ar fi drenajul postural și percuția, poate fi benefică în unele cazuri pentru a ajuta la curățarea mucusului din căile respiratorii

Vaccinare

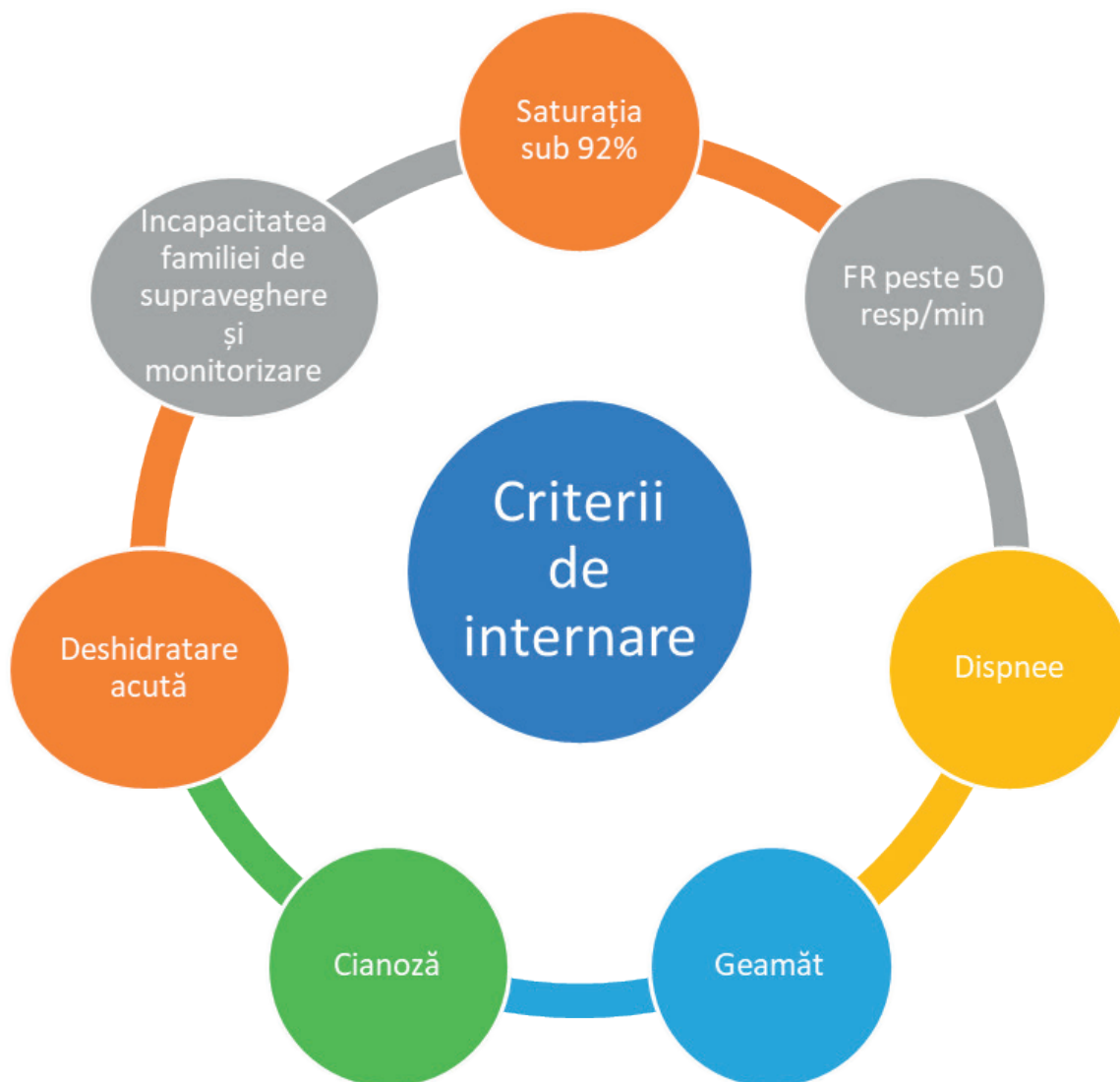
Vaccinările de rutină din copilărie, inclusiv vaccinul pneumococic conjugat și vaccinul Haemophilus influenzae tip B, pot ajuta la prevenirea pneumoniei comunitare cauzată de agenți patogeni specifici

Monitorizare

Monitorizarea atentă de către un cadru medical este esențială pentru a monitoriza progresul copilului și pentru a ajusta tratamentul după cum este necesar.

Spitalizare

Spitalizarea poate fi necesară pentru copiii cu pneumonie comunitară severă, cei care nu pot tolera medicamentele orale sau cei cu afecțiuni medicale subiacente



EVOLUȚIE^{113, 114, 115}

Prognosticul pentru copiii cu pneumonie comunitară variază în funcție de mai mulți factori, inclusiv vârsta copilului, starea generală de sănătate, agentul patogen cauzator și oportunitatea tratamentului. În general, prognosticul pentru la copii este bun cu îngrijiri medicale adecvate.

Este important de menționat că diagnosticul precoce, tratamentul adecvat și îngrijirea de susținere joacă un rol crucial în îmbunătățirea prognosticului. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să monitorizeze îndeaproape copiii cu pneumonie și să ajusteze tratamentul după cum este necesar pentru a asigura un rezultat favorabil.

Factori favorabili

- Tratament antibiotic adecvat
- Inițierea terapiei în timp util
- Etiologie cauzată de virusuri sau agenți patogeni atipici

Factori mai puțin favorabili

- Formele severe
- Prezența revărsatului pleural
- Prezența insuficienței respiratorii
- Copii cu imunodeficiență
- Copii cu boală pulmonară cronică

COMPLICAȚII

Pneumonia comunitară la copii poate duce la diverse complicații, mai ales dacă nu este diagnosticată și tratată prompt.

- Revărsat pleural, este o acumulare de lichid în spațiul pleural din jurul plămânilor. Acest lucru poate apare atunci când infecția se extinde la pleură, provocând inflamație.
- Revărsatul pleural se poate infecta, ducând la empiem. Empiemul este o colecție de puroi în spațiul pleural și este o complicație mai severă.
- Abcesele pulmonare sunt complicații rare, dar grave. Ele implică formarea unei cavități localizate, pline cu puroi, în țesutul pulmonar.
- Pneumonia comunitară poate duce la bacteriemie, care este prezența bacteriilor în fluxul sanguin. Bacteremia poate duce la răspândirea infecției în alte părți ale corpului.
- În cazurile severe, poate evolua spre sepsis, o afecțiune care pune viața în pericol, caracterizată printr-un răspuns inflamator sistemic la infecție. Sepsisul poate duce la disfuncție și eșec de organ.
- Pneumonia comunitară severă, mai ales atunci când este cauzată de anumiți agenți patogeni sau la copiii cu afecțiuni de sănătate subiacente, poate duce la insuficiență respiratorie, necesitând ventilație mecanică.
- Boala prelungită sau episoadele recurente de pneumonie la copii pot duce la întârzierea creșterii și a problemelor de dezvoltare.
- În cazuri rare, infecțiile bacteriene asociate pot duce la complicații neurologice, cum ar fi meningita sau encefalita.

¹¹³ Sáez-Llorens, X., & McCracken, G. H. (2003). Bacterial pneumonia in children: Clinical features, diagnosis, and treatment. In: *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 14(3), 219-227.

¹¹⁴ Bradley, J. S., Byington, C. L., Shah, S. S., et al. (2011). The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 53(7), e25-e76.

¹¹⁵ Nascimento-Carvalho, C. M., Ribeiro, C. T., Cardoso, M. R., & Barral, A. (2012). The role of respiratory viral infections among children hospitalized for community-acquired pneumonia in a developing country. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(9), 1042-1046

Măsurile preventive joacă un rol crucial în reducerea incidenței și răspândirii pneumoniei comunitare la copii, în special în medii colective precum școli, grădinițe și comunități.

- ☞ Vaccinarea, inclusiv vaccinul pneumococic conjugat și vaccinul *Haemophilus influenzae* tip B.
- ☞ Vaccinarea anuală împotriva gripei este recomandată tuturor copiilor cu vârsta peste șase luni pentru a reduce riscul de pneumonie și complicații legate de gripă.
- ☞ Promovarea unor bune practici de igienă a mâinilor, inclusiv spălarea regulată a mâinilor cu apă și săpun, poate ajuta la reducerea răspândirii infecțiilor respiratorii, inclusiv a pneumoniei comunitare.
- ☞ Încurajarea copiilor să-și acopere gura și nasul cu un șervețel sau cu un cot atunci când tușesc sau strănută poate ajuta la prevenirea răspândirii agenților patogeni respiratori.
- ☞ Reducerea expunerii copiilor la fumatul pasiv le poate reduce riscul de infecții respiratorii, inclusiv pneumonie.
- ☞ Asigurarea că copiii au o dietă echilibrată și promovarea alăptării pentru sugari le poate întări sistemul imunitar, făcându-i mai puțin sensibili la infecții.
- ☞ În medii colective, cum ar fi școlile și grădinițele, implementarea măsurilor pentru a reduce supraaglomerarea și a asigura o ventilație adecvată poate ajuta la prevenirea răspândirii infecțiilor respiratorii.
- ☞ Când un copil este diagnosticat cu o infecție respiratorie contagioasă, este esențial să se izoleze copilul și să se implementeze măsuri de carantină, după caz, pentru a preveni răspândirea la alții.
- ☞ Copilul cu pneumonie comunitară va păstra repaus la pat în cameră bine aerisită și se va urmări zilnic sindromul funcțional respirator; colorația feței, cianoză (necesită oxigenoterapie); numărul de respirații/minut; frecvența cardiacă; pulsul; dispnee.

¹¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Pneumococcal Disease: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pneumo.html>

¹¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Children and Influenza (Flu)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/children.htm>

¹¹⁸ World Health Organization (WHO). (2019). *Hand Hygiene in Outpatient and Home-Based Care and Long-Term Care Facilities: A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*. Retrieved from <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514861>

¹¹⁹ U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

¹²⁰ Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., et al. (2013). *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.

2.2 Tulburările emoționale și de comportament la elevi (Rodica Nicolescu, Ecaterina Stativă)

2.2.1 Noțiuni generale despre tulburările emoționale și de comportament, importanța recunoașterii acestora. (Rodica Nicolescu)

Asistenții medicali școlari se pot confrunta în activitatea zilnică cu diverse cazuri de manifestări somato-psihice la copiii și tinerii din colectivitatea școlară arondată, ce pot fi expresia mascată a unor tulburări emoționale, unele dintre ele nediagnosticate și cu potențial de agravare.

Informații pe care asistentul medical școlar trebuie să le cunoască pentru identificarea precoce a tulburărilor emoționale și de comportament ale elevilor

- Noțiuni teoretice privind particularitățile tulburărilor emoționale și de comportament la copii și adolescenți;
- Semne de recunoaștere a celor mai frecvente tulburări emoționale și de comportament întâlnite la copii și adolescenți
- Recomandări de intervenții în limita competenței profesionale pentru identificarea precoce a tulburărilor emoționale și prevenirea complicațiilor medicale, sociale, educaționale.
- Atitudinea recomandată personalului medical din grădinițe și școli în relația cu copiii/ părinții/ aparținătorii.

Definiții¹²¹

Termenul de **tulburări emoționale** nu este un termen cu acuratețe ridicată din punct de vedere medical, dar este frecvent utilizat când se face referire la tulburările psihice care implică emoțiile. Denumirile corecte pentru aceste categorii de boli sunt cele specifice: tulburări de anxietate, tulburări depresive, tulburări de comportament, tulburări de personalitate etc.

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor pe care organismul le execută ca răspuns la stimulii din mediul înconjurător. Pe fondul interacțiunii copilului cu școala, cu familia, cu grupurile de prieteni etc. pot apărea **comportamente adaptative**, sau, dimpotriva, se pot contura **comportamente dezadaptative**, aflate în conflict cu normele sociale. **Tulburările de comportament** sunt forme de dezechilibru psihic ce implică probleme în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unor structuri neuro-psihice morbide, a unor factori din mediul înconjurător sau interacțiunii dintre acestea.

Tulburarea de conduită se referă la angajarea în mod repetat în acțiuni agresive față de oameni și animale, violarea regulilor, distrugerea proprietăților, comportament necinstit și de înșelare.

Tulburările emoțional-comportamentale au un spectru larg de manifestări care, în mediul școlar, au ca efect perturbarea procesului instructiv-educativ. Din aceste considerente, se folosește pentru aceste comportamente deranjante conceptul de **comportamente disruptive**.

Tulburările afective la copii și adolescenți, în special depresia, manifestă o structură complexă, cu multiple forme de manifestare și simptomatologie polimorfă. Acest fenomen poate fi explicat prin faptul că tulburările afective se dezvoltă la o personalitate încă neformată și, în plus, adeseori la o personalitate cu dificultăți de dezvoltare psihofiziologică normală. De multe ori, manifestarea abaterilor disciplinare sesizate de către persoanele implicate în procesul instructiv-educativ (îngrijitori, educatori, instructori, profesori), dar și de celelalte persoane din anturajul copilului (părinți, prieteni, comunitate etc.) reprezintă markeri ai tulburărilor emoționale.

¹²¹ Balaban-Popa O. – Tulburări emoționale

https://www.sfatulmedicului.ro/Psihologie-si-psihoterapie/tulburari-emotionale_11699

Tipuri de tulburări emoționale ¹²²	
Tulburările de anxietate	tulburarea de panică, agorafobia, tulburarea obsesiv compulsivă etc.
Tulburările afective	depresia majoră, tulburarea bipolară, tulburarea distimică etc.
Tulburările rezultate în urma abuzului de substanțe	consum problematic de droguri, alcool
Tulburările de alimentație	anorexia, bulimia
Tulburările de comportament	agresivitatea, comportamentul antisocial, intenția suicidală
Tulburările de personalitate	personalitate evitantă, personalitate antisocială, personalitate histrionică, personalitate schizoidă, personalitate dependentă, personalitate pasiv-agresivă, personalitate paranoidă, personalitate schizotipală, sindrom borderline etc.

Semnele unei posibile suferințe emoționale a copilului
- Somatizarea este acea simptomatologie fizică pentru care nu poate fi identificată o cauză organică. În aceste cazuri, e posibil ca manifestările somatice să fie expresia unui tip de suferință emoțională încă neidentificată. Manifestările somatice pot fi dermatologice, digestive, respiratorii, alergice. - Agitația, hiperkinezia – acei copii neliniștiți, aflați în continuă mișcare. - Lentoarea, oboseala permanentă, nivelul energetic scăzut – pot fi semne ale depresiei. - Încordarea musculară – apare frecvent în cazul copiilor cu inteligență superioară care ajung să se confrunte cu anxietate clinică, în care corpul se află permanent în stare de vigilență. - Schimbarea bruscă și nejustificată a dispoziției. E important să ținem cont de faptul că, cu cât copiii sunt mai mici, cu atât variabilitatea emoțională este mai accentuată, întrucât ei încă nu își pot regla emoțiile. - Stabilitatea dispozițiilor emoționale negative. Un copil care este în cea mai mare parte a timpului prost dispus mai ales într-un context bun, indicând o lipsă de corelație între mediul de viață și răspunsul emoțional (frică, furie, tristețe, apatie, dezinteres, iritabilitate, rușine, vinovăție, îngrijorare, neliniște, panică, disperare etc.) - Labilitatea emoțională, nejustificată de context sau etapă de vârstă. - Dispoziția emoțională plată – pare că nimic nu-l bucură, nimic nu-l supără

Caracteristicile comportamentului unui elev care suferă de tulburări emoționale ¹²³	
- perturbă activitățile din clasă; - nu se poate adapta la normele sociale care privesc spațiul și bunurile personale; - manifestă rezistență la schimbare; - comportamentul său se depreciază cu trecerea timpului; - transmite informații irelevante sau fără legătură cu normele clasei; - are un comportament agresiv; - intimidează și manifestă violență față de colegii săi; - are o stimă de sine scăzută;	- se concentrează cu dificultate; - întâmpină dificultăți de lucru în grup; - deseori manipulează situațiile; - este impulsiv; - este neatent și distras cu ușurință; - nu urmează normele clasei; - absentează în mod regulat de la școală; - învinovățește constant alți colegi.

Mulți dintre copiii cu tulburări emoționale s-ar putea să nu fie niciodată diagnosticați și să nu primească intervenția terapeutică necesară pentru a se adapta, deoarece părinții evită să apeleze la un ajutor de specialitate, din cauza posibilei stigmatizări ulterioare sau din cauza lipsei de informare. De multe

¹²² Dobrescu I. sub redacția, "Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului", Ed. Infomedica, 2010

¹²³ Raluca Silvia Matei, Rodica Gabriela Enache – "Optimizarea calității vieții copiilor și adolescenților. Studii și cercetări în psihopedagogie specială și asistență socială" Editura Universitară București, 2019

ori, părinții, dar și unele cadre didactice, preferă să pună etichete cum ar fi „rău”, „obraznic”, „dificil”, „neascultător”, etc., învinuind copilul și părinții, considerând abaterile comportamentale ca fiind exclusiv consecințele unor deficiențe educaționale sau de caracter și ignorând total suferința și problemele emoționale ale copilului. În alte situații, părinții sau cadrele didactice evită și resping eticheta-diagnostic de dificultăți specifice de învățare sau tulburări emoțional-comportamentale, de teama implicațiilor viitoare ale diagnosticului asupra parcursului academic sau profesional al copilului. În acest context, asistentul medical școlar poate juca un rol important în identificarea precoce a tulburărilor emoționale și de comportament ale elevilor, precum și în sprijinirea familiilor și cadrelor didactice în gestionarea lor corectă.

2.2.2. Probleme de adaptare școlară. (Rodica Nicolescu)

Tulburarea de adaptare - DEFINIȚIE ¹²⁴	
Tulburarea de adaptare este considerată un sindrom al răspunsului la stres, fiind clasificată în DSM-5 (Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale) și în ICD-11 (Clasificarea Internațională a Bolilor) alături de alte tulburări legate de stres. Incapacitatea de adaptare constă într-un grup de simptome precum tristețea, teama, îngrijorarea, lipsa de speranță, modificări ale comportamentului. Manifestările tulburării de adaptare apar până la 3 luni de la evenimentul stresor și dispar în maximum 6 luni de la încheierea evenimentului.	
Cauze ale tulburării de adaptare la elevi ¹²⁵	
Nu există o singură cauză care să declanșeze tulburările de adaptare. Reacția copilului sau adolescentului la un eveniment stresant depinde mult de: • factorii care țin de copil: vârsta, nivelul de maturitate, temperamentul, experiența sa anterioară cu evenimente stresante, vulnerabilitatea; • factorii care țin de evenimentele stresante: durata, intensitatea, dacă e un eveniment unic sau care se repetă. Dintre evenimentele care pot declanșa o tulburare de adaptare la copii enumerăm: • schimbări în ceea ce privește școala – schimbarea școlii sau a clasei ori trecerea în următorul ciclu de învățământ; • divorțul sau despărțirea părinților; • apariția unui nou copil în familie; • pierderea unui animal de companie; • boală bruscă sau cronică a copilului sau a unui membru din familie; • pierderea unui părinte.	

Tipuri de inadaptare școlară	
Inadaptarea școlară cognitivă	exprimă dificultățile și-n final eșecul unui copil în procesul de învățare a unor noțiuni pe care-n condiții normale le-ar putea învăța fără vreun efort deosebit.
Inadaptarea școlară emoțional-evaluativă	este asociată cu manifestări emoționale în procesul de învățare. Include anxietate și griji cu privire la problemele care apar la școală, tristețe, dezamăgire, somatizare etc.
Inadaptarea școlară comportamentală	constă în schimbări ale comportamentului în mediul școlar (agresivitate, reacții de respingere).
Inadaptarea școlară somatică	asociată cu diferite probleme de dezvoltare fizică sau de sănătate.
Inadaptarea școlară de tip comunicativ	dificultăți în stabilirea contactelor atât cu adulții, cât și cu cei de aceeași vârstă.

¹²⁴ Asociația Americană de Psihiatrie: Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, a cincea ediție, DSM-5, 2013

¹²⁵ Psih. Oana Costin - Tulburarea de adaptare la copii – cauze, simptome, tratament
<https://sfaturimedicale.ro/tulburarea-de-adaptare/>

Particularități ale tulburării de adaptare la copii și adolescenți¹²⁶

- Nu întotdeauna atunci când un copil are dificultăți în a se adapta după un eveniment dificil este vorba despre o tulburare de adaptare. Pentru a fi diagnosticată tulburarea de adaptare, afectarea funcționalității copilului ar trebui să fie dincolo de ce e normal în contextul situației dificile prin care trece.
- În general, o tulburare de adaptare afectează mai multe zone ale vieții unui copil sau adolescent. De exemplu: dificultăți de socializare și/sau în relaționarea cu prietenii, scăderea notelor la școală, refuzul de a mai merge la școală, comportamente agresive etc.
- Copiii și adolescenții care suferă de tulburare de adaptare pot prezenta și simptome fizice, cum ar fi oboseala, durerile de cap, indigestia și insomnia.

Dacă nu sunt tratate, tulburările de adaptare la copii și adolescenți pot evolua către depresie, tulburări de anxietate, consum de substanțe.



Sursa foto: <https://www.freepik.com/>

Inadaptarea școlară este o tulburare în adaptarea unui copil de vârstă școlară la condițiile unei instituții de învățământ, în care abilitățile de învățare scad, iar relațiile cu profesorii și colegii de clasă se deteriorează. Cel mai adesea, apare la școlarii mici, dar poate apărea și la elevii de liceu.

Criterii de evaluare a tulburării de adaptare la copii și adolescenți¹²⁷

- simptomele au debutat în termen de 3 luni de la apariția factorului stresant;
- simptomele sunt peste ceea ce este considerat tipic în aceste circumstanțe;
- afectează în mod semnificativ viața personală, funcționarea socială, performanța sau prezența la școală;
- simptomele nu durează mai mult de 6 luni după ce evenimentul s-a încheiat. Totuși, dacă factorul de stres este continuu, simptomele pot dura mai mult de 6 luni;
- Tulburarea de adaptare poate arăta uneori ca alte afecțiuni, cum ar fi Sindromul de stres post-traumatic (PTSD), Tulburarea de spectru autist (TSA), anxietatea sau depresia. Acesta este motivul pentru care o evaluare amănunțită este esențială pentru un diagnostic corect. Aceste afecțiuni au în comun simptome similare, inclusiv anxietatea și starea de spirit alterată, dar diferența cheie constă în cauza și durata simptomelor.

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Identificarea semnelor sugestive pentru tulburarea de adaptare școlară. • Efectuarea unui examen fizic complet, inclusiv teste de vedere și auz. • Analizarea istoricului medical, pentru a verifica existența altor stări patologice care pot afecta comportamentul copilului. • Informarea părinților asupra suspectării existenței unei tulburări de adaptare și oferirea de informații generale despre tulburarea de adaptare școlară • Furnizarea de recomandări generale pentru părinții elevilor cu tulburare de adaptare, utile în prevenirea absenteismului/abandonului școlar • Informarea cadrelor didactice în vederea identificării unor posibile situații generatoare de tulburări de adaptare (conflicte, sub-/suprastimulare, bullying etc.) și acordarea de sprijin pentru gestionarea acestor cazuri. • Culegerea de informații referitoare la existența altor probleme ale elevului la școală (dificultăți de învățare, absențe de la ore, comportamente indezirabile etc.), acasă (tulburări de somn, de alimentație etc) sau de relaționare (cu colegii, cu profesorii, cu părinții sau cu o persoană anume), dacă a trecut printr-un eveniment stresant în trecutul apropiat și de cât timp durează manifestările neplăcute pentru care s-a prezentat la cabinet. • Urmărirea compliancei la recomandările oferite de psiholog, consilier școlar sau pedo-psihiatru	• Trimiterea cazului la medicul școlar/de familie. • Referirea pentru evaluarea de specialitate a copilului/adolescentului, împreună cu medicul unității de învățământ, în cazul în care semnele sugestive pentru tulburarea de adaptare școlară durează de mai bine de 2 săptămâni și nu se ameliorează.

¹²⁶ Psih. Oana Costin - Tulburarea de adaptare la copii – cauze, simptome, tratament
<https://sfaturimedicale.ro/tulburarea-de-adaptare/>

¹²⁷ Asociația Americană de Psihiatrie: Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, a cincea ediție, DSM-5, 2013

În context școlar, adaptarea se referă atât la întrunirea condițiilor impuse de programa școlară, cât și la integrarea socială eficientă în mediul școlar. Problemele de adaptare emoțională își pun amprenta negativă asupra randamentului școlar chiar din primii ani de școală.

Adaptarea școlară constă în ajustarea reciprocă a procesului de educație, pe de o parte, și a caracteristicilor de personalitate ale elevului, pe de alta parte. Un elev este adaptat atunci când realizează, în egală măsură, adaptarea pedagogică și adaptarea relațională.

Informații pe care asistentul medical școlar le poate oferi părinților și cadrelor didactice pentru depistarea precoce, prevenirea, combaterea și gestionarea corectă a tulburărilor de adaptare școlară¹²⁸

- Primul pas în prevenirea problemelor de adaptare școlară este o pregătire cuprinzătoare a copilului pentru școală, pregătirea psihologică fiind una din componente. Înainte de intrarea copilului într-o colectivitate nouă, e nevoie să se determine nivelul cunoștințelor și abilităților existente, să se studieze potențialul intelectual, nivelul dezvoltării gândirii, atenția, memoria și, dacă este necesar, să se utilizeze corecția psihologică.
- Există multe modalități naturale puternice și simple prin care stresul poate fi redus, aplicabile în special adolescenților, dar și școlarilor de vârstă mai mică:
 - relaxarea musculară progresivă,
 - respirația profundă
 - exercițiile fizice.
 - ascultarea muzicii
 - pentru copiii mai mici, sunt benefice jocurile antrenante și deconectante, în special cele în aer liber, în mijlocul naturii.
- În paralel cu aplicarea acestor tehnici care ajută copilul să facă față situațiilor stresante, trebuie identificate elementele declanșatoare și corectarea lor (situații de bullying, conflicte cu cadre didactice/colegi, sub-/suprastimulare, neînțelegere/nedreptăți etc.). În unele cazuri se poate ajunge chiar la schimbarea școlii.
- Principala modalitate de combatere a inadaptării școlare este ajutorul psihologic. În același timp, este foarte important ca persoanele apropiate, în special părinții, să acorde atenția cuvenită lucrului de lungă durată cu un psiholog.
- Dacă într-o colectivitate există copii diagnosticați cu tulburare de adaptare școlară, rolul asistentului medical școlar este de a sprijini în continuare elevul, familia și cadrele didactice în intervențiile terapeutice și aplicarea tehnicilor de adaptare recomandate de psihologul/psihiatrul pentru copii.

¹²⁸ Adjustment Disorders in Children – <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/>

2.2.3. Tulburările de anxietate. (Rodica Nicolescu)

2.2.3.1. Anxietatea normală și patologică. Tulburările de anxietate.

DEFINIȚII¹²⁹

- **Anxietatea** este o emoție negativă care implică sentimente de nervozitate, teamă, frică sau îngrijorare. Anxietatea la copii și adolescenți poate fi descrisă ca un răspuns extrem la o situație sau eveniment pe care o percepe ca amenințătoare și este disproporționat în raport cu pericolul real. Răspunsul anxios include gânduri de pericol iminent, creșterea frecvenței cardiace și respirație rapidă și, adesea, evitarea situațiilor sau a evenimentelor care provoacă disconfort.
- **Tulburarea de anxietate** se caracterizează printr-o senzație constantă de frică, îngrijorare și tensiune, resimțită pentru o durată lungă de timp și cu o intensitate extrem de pronunțată, fapt ce afectează calitatea vieții. Simptomele trebuie să fie prezente minim 4 săptămâni la copil și adolescent ca să se poată pune un diagnostic de tulburare anxioasă.

Forme de manifestare a anxietății la copil și adolescent¹³⁰

Există trei moduri probabile în care copilul va resimți efectele anxietății:

La nivelul proceselor mentale



Sursa foto: <https://www.freepik.com/>

gânduri centrate pe un anumit tip de pericol sau amenințare. De exemplu pot fi îngrijorați că se vor răni, că cineva drag lor va fi rănit sau că se va râde de ei.

Fizic, la nivelul corpului



Sursa foto: <https://unsplash.com/>

sub impactul anxietății corpul devine mai încordat sau activat. Din aceasta cauză, atunci când sunt anxioși, copiii pot acuza stări de vomă, dureri de cap, dureri de stomac, diaree și oboseală.

Prin afectarea comportamentului



Sursa foto: <https://pixabay.com/>

devin neliniștiți, încep să umble de colo colo, să plângă, să se ascundă după părinți sau să tremure. Poate fi vorba de un comportament evitant evident sau mai subtil.

¹²⁹ Asociația Americană de Psihiatrie: Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, a cincea ediție, DSM-5, 2013

¹³⁰ Constans, R., Golden, A.-M., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moradi, A. & Yule, W. (2003) – "Anxiety and judgements about emotional events in children and adolescents".

Simptome ale tulburărilor de anxietate	
Simptome care sugerează probleme cardiologice	• palpitații; • înțepături toracice în zona inimii; • ritmul cardiac crescut; • dureri la nivelul toracelui; • amorțeli; • furnicături în membre; • frica intensă că poți avea un atac de cord/leșin; • tensiune arterială crescută.
Simptome care sugerează probleme respiratorii	• senzație de nod în gât; • senzație de lipsă de aer sau sufocare; • senzații de amețeală; • „cap ușor” sau leșin; • senzație de moarte iminentă prin sufocare.
Simptome care sugerează probleme digestive	• dureri la nivelul abdomenului; • diaree; • constipație; • greață; • „nod în stomac sau în gât”; • tremor; • transpirații reci sau calde; • stare de încordare.
Simptome psihice	• derealizare sau depersonalizare (resimțite ca senzația că te privești din exterior, că te depărtezi de corp, că exteriorul apare cam ciudat sau modificat); • frica intensă că poți să pierzi controlul; • frica de a nu înnebuni; • neliniște; • îngrijorare sau iritabilitate; • senzația de a fi mereu „ca pe ace”, în alertă; • oboseală cronică; • tulburări de concentrare.

Tipuri de tulburări anxioase la copil și adolescent ¹³¹
• fobiile specifice (frica de obiecte sau de situații specifice), • anxietatea de separare (mai ales în copilăria timpurie), • anxietatea generalizată, • anxietatea/fobia socială, • tulburarea obsesiv compulsivă, • sindromul de panică, • tulburarea de stres posttraumatic (în urma unui eveniment sau a unei serii de evenimente traumatice).

¹³¹ Asociația Americană de Psihiatrie: Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, a cincea ediție, DSM-5, 2013

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Identificarea semnelor sugestive pentru tulburarea de anxietate - Efectuarea unui examen clinic general, sub îndrumarea medicului școlar, pentru excluderea sau identificarea unor stări patologice care ar putea complica patologia mentală sau care pot mima simptomatologia tulburării de anxietate: - Hiperfuncția tiroidiană - Boli cardiovasculare - Boli respiratorii - Boli digestive - Alte boli neuro-psiice - Analizarea istoricului medical, pentru a verifica existența altor stări patologice care pot mima/genera simptomele tulburării de anxietate - Acordarea primului ajutor în cazul atacurilor de panică - Informarea părinților asupra suspiciunii de diagnostic și oferirea de informații generale despre tulburarea de anxietate - Urmărirea complianței la recomandările terapeutice oferite de pedopsihiatru, în cazul elevilor diagnosticați cu tulburare de anxietate - Monitorizarea evoluției bolii - Furnizarea de recomandări generale pentru părinții elevilor cu tulburare de anxietate, utile în gestionarea simptomelor. - Informarea cadrelor didactice în vederea implementării în școală a unor activități și tehnici de reducere a anxietății (de ex. exerciții fizice în recreații)	- Trimiterea cazului la medicul școlar/de familie. - Dacă recunoașteți la elevii din colectivitate arondată semnele sugestive pentru o tulburare de anxietate, conduita recomandată este de a informa părinții copilului/adolescentului asupra necesității unei consultații de specialitate, pentru diagnostic și tratament. Tulburarea de anxietate este un diagnostic ce poate fi pus doar de către un specialist și care necesită un tratament adecvat și adaptat nevoilor fiecărei persoane în parte.

2.2.3.2. Tulburări de anxietate întâlnite frecvent la copii și adolescenți.

TULBURAREA DE ANXIETATE DE SEPARARE^{132,133}

DEFINIȚIE	
Tulburarea de anxietate de separare este teama marcată, care nu este justificată de etapa de dezvoltare în care se află copilul, legată de separarea de figura principală de atașament (de regulă, părinții). Tulburarea de anxietate de separare este diagnosticată atunci când simptomele sunt exagerate în raport cu vârsta și cauzează suferință semnificativă în funcționarea zilnică. Anxietatea de separare este o etapă normală în dezvoltarea copilului, care începe în a doua jumătate a primului an de viață, atinge apogeul între vârsta de 18 și 24 de luni și poate să continue până la vârsta de aproximativ șase ani.	
MANIFESTĂRILE TULBURĂRII DE ANXIETATE DE SEPARARE	
Semnele tulburării psihiatrice denumită anxietate de separare pot include: • refuz școlar; • teama excesivă de a pierde un părinte; • teama excesivă că un părinte ar putea păți ceva rău; • teama excesivă de a rămâne singur acasă; • refuzul permanent de a merge la culcare dacă nu este însoțit de unul din părinți; • acuze fizice repetate ori de câte ori copilul trebuie să se despartă de unul din părinți; • stres recurent și excesiv în ceea ce privește îndepărtarea de casă sau de cei dragi; • simptome somatice – dureri de cap, tulburări digestive - grețuri, vărsături, dureri abdominale, diaree; • coșmaruri repetate pe tema separării; • refuzul de a pleca de acasă, refuzul de a rămâne la grădiniță/școală.	 Sursa foto: https://www.freepik.com/

¹³² Dobrescu I. sub redacția, "Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului", Ed. Infomedica, 2010

¹³³ Leerkes, E.M., Paradise, M., O'Brien, M., Calkins, S.D. & Lange, G. (2008). Emotion and Cognition Processes in Preschool Children, Merrill-Palmer Quarterly

MANIFESTĂRILE TULBURĂRII DE ANXIETATE DE SEPARARE

Semnele tulburării psihice denumite anxietate de separare pot include:

- refuz școlar;
- teama excesivă de a pierde un părinte;
- teama excesivă că un părinte ar putea păți ceva rău;
- teama excesivă de a rămâne singur acasă;
- refuzul permanent de a merge la culcare dacă nu este însoțit de unul din părinți;
- acuze fizice repetate ori de câte ori copilul trebuie să se despartă de unul din părinți;
- stres recurent și excesiv în ceea ce privește îndepărtarea de casă sau de cei dragi;
- simptome somatice – dureri de cap, tulburări digestive - grețuri, vărsături, dureri abdominale, diaree;
- coșmaruri repetate pe tema separării;
- refuzul de a pleca de acasă, refuzul de a rămâne la grădiniță/școală.

Aceste manifestări trebuie să apară înainte de 18 ani, trebuie să dureze 4 săptămâni sau mai mult și trebuie să creeze probleme serioase de performanță școlară, abilități sociale sau alte funcții, pentru a fi considerate o tulburare.

EVALUAREA PACIENTULUI

- Anamneza – identificarea semnelor sugestive pentru tulburarea de anxietate de separare
- Excluderea altor cauze ale manifestărilor somatice

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Identificarea semnelor sugestive pentru tulburarea de anxietate de separare • Efectuarea unui examen clinic general, pentru depistarea altor cauze ale manifestărilor somatice • Informarea părinților asupra suspiciunii de diagnostic și oferirea de informații generale despre tulburarea de anxietate de separare • Urmărirea compliancei la recomandările terapeutice oferite de pedopsihiatru, în cazul elevilor diagnosticați • Monitorizarea evoluției • Furnizarea de recomandări generale pentru părinți • Informarea cadrelor didactice în vederea implementării în școală a unor activități și tehnici de reducere a anxietății (de ex. exerciții fizice în recreații)	• Trimiterea cazului la medicul școlar. • Referirea pentru evaluarea de specialitate a copilului în vederea stabilirii diagnosticului și tratament adecvat

INTERVENȚII PREVENTIVE ÎN CAZ DE ANXIETATE DE SEPARARE. RECOMANDĂRI PENTRU PĂRINȚI.

- Pregătiți-vă copilul înainte de separare, asigurându-l că vă veți întoarce. Tratați serios anxietatea și reacționați cu înțelegere, răbdare și încredere: „Știu că nu vrei să plec acum, dar mă voi întoarce după școală”. Nu luați în derâdere subiectul: „Ești atât de stupid să plângi pentru asta”. „Mă superi așa tare când plângi așa!”
- Adoptați un comportament calm și înțelegător: „Știu că ești supărat că trebuie să intru în bucătărie, dar trebuie să gătesc cina.”
- Creați un mediu de siguranță pentru copilul dumneavoastră oferind multă dragoste și atenție. Copiii mici învață mai repede atunci când primesc atenția și afecțiunea necesară.
- Practicați separările pe termen scurt în jurul casei. Pe măsură ce intrați în camera următoare, discutați cu copilul: „Unde a plecat mami?” Când vă întoarceți, spuneți-i: „Iată-mă!” Aceste separări repetate ar putea ajuta copilul să înțeleagă că separarea de dumneavoastră este doar temporară.
- Nu vă feriți de copil când plecați. Chiar dacă este tentant, această abordare va duce la mai multe dificultăți următoarea dată când plecați.
- Mențineți controlul asupra temerilor dumneavoastră. În cazul în care copilul simte sau vă vede teama la plecare, acesta va înțelege că ceva este în neregulă.

DEFINIȚIE
Tulburarea de panică se manifestă prin apariția atacurilor de panică, stări emoționale extrem de puternice, asociate cu o senzație de moarte iminentă, chiar dacă nu este prezent niciun pericol real. Atacurile durează câteva minute și pot fi declanșate mereu de același factor de stres sau de mai mulți factori diferiți. Este o tulburare marcată de momente în care anxietatea atinge brusc intensități foarte mari (în aproximativ 15 minute). Tulburarea de panică este de asemenea caracterizată de teama intensă și exagerată în ceea ce privește repetarea atacului de panică, presupune și evitarea expunerii la stimuli care sunt considerați că pot provoca atacul de panică și bineînțeles eforturi extreme de a evita reapariția acestuia.

MANIFESTĂRILE ATACULUI DE PANICĂ	
Pentru ca o perioadă distinctă de frică și disconfort să fie diagnosticata drept atac de panică este nevoie ca 4 sau mai multe dintre următoarele 13 simptome să apară brusc și să crească în intensitate în decurs de 10 minute:	
1. Palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac 2. Transpirații 3. Tremor 4. Senzații de scurtare a respirației sau de “nod în gât” 5. Senzație de sufocare 6. Durere sau disconfort precordial 7. Greață sau disconfort abdominal	8. Senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin 9. Derealizare (sentimentul de irealitate) sau depersonalizare (detașare de sine) 10. Frica de pierdere a controlului sau de a nu înnebuni 11. Frica de moarte 12. Parestezii (senzații de amorțeală sau de furnicături) 13. Frisoane sau valuri de căldură

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
• Prezența a minim 4 simptome caracteristice atacului de panică • Măsurarea TA și AV. • Examenul medical general - necesar pentru a se stabili dacă există sau nu cauze medicale ale simptomelor atacului de panică	simptomele nu se ameliorează în 15-20 de minute

INTERVENȚII	TRIMITERE
• Examen clinic general, sub îndrumarea medicului școlar, pentru a se stabili dacă există sau nu cauze medicale ale simptomelor atacului de panică. • Acordarea primului ajutor • Oferirea de recomandări generale în vederea prevenirii atacurilor de panică (exercițiile fizice, practicarea unor hobby-uri, exercițiile de respirație, meditația și anumite tehnici de relaxare)	• Trimiterea cazului la medicul școlar. • Trimiterea cazului la psihologul școlar. În urma consultului psihologic, este posibil ca elevul să fie îndrumat spre pedo-psihiatru în vederea diagnosticării unei eventuale tulburări mai largi în cadrul căreia se manifestă atacurile de panică, deoarece acestea nu reprezintă în sine o categorie de diagnostic. • Apel la 112 dacă sunt instalate motivele de alertare (simptomele nu se ameliorează în 15-20 de minute)

¹³⁴ Dobrescu I. sub redacția, “Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului”, Ed. Infomedica, 2010

¹³⁵ Balaban-Popa O. – Anxietatea și atacurile de panică

https://www.sfatulmedicului.ro/Anxietate-si-atac-de-panica/anxietatea-si-atacurile-de-panica_55

PRIMUL AJUTOR ÎN ATACUL DE PANICĂ

- Pacientul vă fi așezat în poziția de șezut, nu va fi întins la orizontală pentru că aceasta poziție poate amplifica frica și anxietatea.
- Exercițiile de respirație sunt foarte importante. Încercați să îl ajutați să inspire și să expire rar. O metodă este să îl sfătuiți să inspire în timp ce dvs. numărați cu voce tare. Numărați din ce în ce mai rar, până când remarcați că respirația a revenit la un ritm normal. Exercițiile de respirație se pot combina și cu încordarea musculaturii la inspirare și cu relaxarea bruscă la expirare.
- Dacă sunteți siguri că vă aflați în fața unui atac de panică (și nu altei afecțiuni cardio-vasculare sau respiratorii), pentru a ajuta la restabilirea nivelului optim de dioxid de carbon în organism, rugați elevul să respire într-o pungă de hârtie, timp de 2-3 minute. Astfel se previne hiper-oxigenarea cauzată de semnalul interpretat greșit de către creier de a solicita mai mult oxigen pentru a face față pericolului.
- Se masează mușchii din partea superioară a spatelui, tâmpile și încheieturile mâinilor, discutând și încercând calmarea elevului.
- Foarte important este ca cineva să discute cu elevul, să-i povestească orice, astfel încât acestuia să-i fie distrasă atenția, depășind în felul acesta mai ușor atacul de panică.
- Niciodată nu lăsați singur un elev care suferă un atac de panică. Cel mai bine este să rămâneți alături până își revine complet, pentru a vă asigura că nu este nevoie de asistența medicală de urgență.
- Cel care suferă un atac de panică trebuie să fie ajutat să conștientizeze faptul că nu se va muri din cauza atacului de panică. Explicați-i că din cauza bătailor puternice ale inimii și a hiperventilației, creierul poate înțelege că moartea este iminentă, dar aceasta nu se poate întâmpla în realitate.

FOBIA ȘCOLARĂ/REFUZUL ȘCOLAR¹³⁶

DEFINIȚIE

Fobia școlară se poate defini ca o tulburare de adaptare apărută la copiii care, pentru motive iraționale, refuză să meargă la școală, trecând prin reacții anxioase dramatice sau prin panică la încercarea de a fi forțați. Deși nu este listată în manualele de clasificare a tulburărilor psihice (ICD 10 sau DSM 5), este frecvent întâlnită în practica clinică. În cazul fobiei școlare, anxietatea și comportamentul evitant au legătură cu școala, respectiv copilul refuză să meargă la școală sau să participe la ore. Acest fenomen poate să apară oricând pe parcursul educațional al unui copil, de la grădiniță până la liceu.

CAUZE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• un părinte bolnav (uneori refuzul școlar apare după însănătoșirea părintelui);• părinți divorțați sau conflicte permanente între părinți;• moartea unei persoane dragi din familie;• mutarea dintr-o locuință în alta în cursul primului an de școală;• neînțelegeri cu profesorii sau colegii. | <ul style="list-style-type: none">• părinți îngrijorați excesiv pentru copilul lor din diverse motive (de ex. probleme de sănătate).• copilul se simte singur și pierdut (mai ales într-o școală nouă);• lipsa prietenilor;• hărțuire de către un alt copil;• gelozia pe un frate/soră mai mic/mică ramasă/acasă cu unul dintre părinți. |
|---|--|

Fobia școlară apare în general între 7 și 13 ani, afectând un procent între 2-5% din copiii de vârstă școlară. Problema începe deseori cu lamentări ale copilului, cu formulări critice negative cu privire la școală și continuă cu reticența de a merge la școală sau de a rămâne acolo, în ciuda tuturor încercărilor de convingere din partea părinților sau a profesorilor sau a pedepselor aplicate. Este foarte adesea însoțită de simptome fizice: greață, dureri de cap, dureri abdominale.

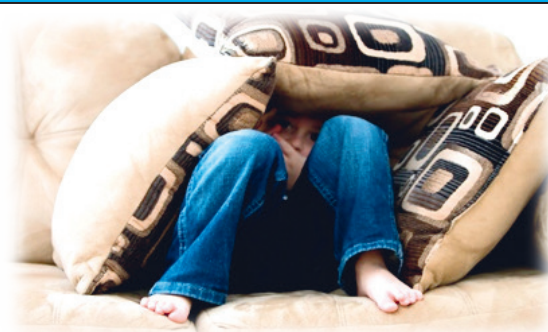
Fobia școlară este, mai degrabă, un refuz școlar pe un fond anxios. Copilului sau adolescentului nu-i este teamă de școala în sine, ci de ceea ce i s-ar putea întâmpla acolo. De aceea termenul de fobie școlară nu este tocmai corect și este de preferat cel de **refuz școlar**.

¹³⁶ Diaconu S. M. - Refuzul școlar/fobia școlară https://www.sfatulmedicului.ro/Fobiile/refuzul-scolar-fobia-scolara_141

MANIFESTĂRILE REFUZULUI ȘCOLAR

Semnele suferinței asociate cu mersul la școală pot include:

- copilul protestează și plânge în fiecare dimineață înainte de a pleca la școală;
- copilul întârzie la ore în fiecare zi;
- copilul dezvoltă tot felul de simptome fizice când este timpul să plece la școală (dureri de cap, dureri de burtă, stare de vomă, amețeli, etc).



Sursa foto: <https://www.freepik.com/>

În general, copilul sau adolescentul refuză să meargă la școală pentru că trăiește situații stresante legate de ideea de a merge la școală. Absența nemotivată de la școală se poate datora și delicvenței sau tulburării de conduită și trebuie diferențiată de refuzul școlar, căci nu are în spate o anxietate. În timp ce elevul chiulanguie, de obicei, se laudă față de colegii/prietenii săi că lipsește de la școală, elevul cu refuz școlar din cauza anxietății sau a temerilor tinde să fie reținut și stânjenit de incapacitatea sa de a merge la școală și evită să vorbească despre acest subiect.

Copilul poate prezenta această frică de școală pentru că:

- îi este teamă să fie departe de părinții lui (anxietate de separare);
- îi este teamă să nu ia microbi de la școală (tulburare obsesiv-compulsivă)
- îi poate fi teamă să fie în preajma altor copii (anxietate socială).

EVALUAREA PACIENTULUI

- Anamneza – identificarea cauzelor refuzului școlar
- Excluderea altor cauze ale manifestărilor somatice

INTERVENȚII

- Educarea și informarea părinților despre această tulburare și despre tratamentul/terapia ei. Se indică familiei cum să-și ajute copilul să facă față anxietății și cum s-o reducă. Se ajută familia să înțeleagă că fiecare copil funcționează în ritmul lui, iar critica și cearta nu sunt de ajutor în scăderea fricii copilului.
- Examen clinic general, sub îndrumarea medicului școlar, pentru excluderea sau identificarea altor cauze ale manifestărilor somatice care însoțesc fobia școlară
- Informarea părinților asupra suspiciunii de diagnostic și oferirea de informații generale despre refuzul școlar
- Furnizarea de recomandări generale pentru părinții elevilor cu fobie școlară
- Informarea cadrelor didactice despre existența în clasă a acestei probleme.

TRIMITERE

- Trimiterea cazului la medicul școlar.
- Trimiterea elevului la consilierul școlar al unității de învățământ.

Ocaziile de a practica tehnici de relaxare care reduc semnificativ nivelul anxietății (de exemplu exerciții aerobice în timpul recreațiilor) ar fi bine să fie disponibile tuturor elevilor, dar mai ales celor anxioși.

INTERVENȚII PREVENTIVE ÎN CAZ DE FOBIE ȘCOLARĂ. RECOMANDĂRI PENTRU PĂRINȚI

Părinții sau alte persoane apropiate copilului pot interveni înainte ca această problemă să se agraveze.

- Ascultarea atentă și cu răbdare a îngrijorărilor și temerilor copilului legate de mersul la școală este foarte importantă. Unele din motivele pentru care copilul refuză să mai meargă la școală pot fi: un alt copil care îl hărțuiește, teama de a nu ține pasul cu ceilalți colegi de clasă, teama de eșec.
- Hotărârea fermă de a merge la școală în fiecare zi și la timp, precum și evitarea prelungirii momentului despărțirii când copilul se pregătește să meargă la școală.
- Reducerea avantajelor statului acasă (fără jocuri/televizor, program de studiu etc.)
- Ajută mult convingerea că elevul va trece peste această problemă și comunicarea acestei convingeri copilului (cu condiția ca părinții sau alte persoane apropiate trebuie să fie ei mai întâi convinși de acest lucru, înainte de a încerca să-l convingă pe copil).
- Părinții sau alte persoane apropiate trebuie să reasigure continuu copilul că ei vor fi acolo când el se va întoarce de la școală.
- Copilul trebuie să fie luat la timp de la școală pentru a nu crede că a fost uitat și părăsit.
- De câte ori se întâmplă ceva care poate să împiedice mersul copilului la școală (de ex. eveniment traumatic sau acte de vandalism extreme) trebuie toată atenția concentrată pentru a ajuta copiii să se simtă în siguranță din nou la școală. Consilierea suportivă este frecvent disponibilă în școli pentru astfel de situații, pentru a minimaliza întărirea comportamentului evitant.

2.2.4. Depresia la copil și adolescent^{137,138,139} (Rodica Nicolescu)

DEFINIȚIE

Depresia este o tulburare a dispoziției care provoacă un sentiment persistent de tristețe și de pierdere a interesului sau a plăcerii; afectează modul în care o persoană simte, gândește și se comportă și poate duce la o varietate de probleme emoționale și fizice.

CAUZE	FACTORI DE RISC	
• vulnerabilitate biologică – moștenită în proporție de 40-65%, care se corelează cu o emotivitate negativă a copilului, • vulnerabilitate dobândită – legată de o educație bazată pe critică și respingere, sau/și un răspuns inadecvat la tristețe, observat la părinți sau la persoanele de atașament (bunici, frați, unchi, etc). Antecedentele heredo-colaterale împreună cu factorii de risc contribuie la debutul tulburărilor.	BIOLOGICI	• Antecedente personale și heredo-colaterale de depresie • Consumul de substanțe psihoactive sau alcool al părinților • Antecedente heredo-colaterale de tulburare bipolară • Sexul feminin • Pubertate • Patologie medicală cronică (diabet, obezitate etc.)
	PSIHOLOGICI	• Tulburări psihice comorbide (anxietate, PTSD, ADHD, consum de droguri, tulburări alimentare etc.)
	FAMILIALI	• Abuz • Neglijență • Tulburări psihice ale părinților • Conflicte între părinți și copii • Stil de parenting negativ, manifestat prin respingere sau neimplicare
	SOCIALI	• Bullying • Comportament delictiv • Instituționalizare • Vagabondaj

¹³⁷ Balaban-Popa O. - "Depresia la copil și adolescent"

https://www.sfatulmedicului.ro/Depresia---tristetea-patologica/depresia-la-copil-si-adolescent_17

¹³⁸ Inga Deliv – „Particularități clinico-evolutive ale depresiei la copii și adolescenți” https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/3334/1/Particularitati_clinico_evolutionale_depresiei_la_copii_si_adolescenti.pdf

¹³⁹ Georgescu O. - "Depresia și anxietatea la copii și adolescenți"

<https://www.bellanima.ro/articole/depresia-si-anxietatea-la-copii-si-adolescenti/>

Depresia din copilărie diferă de tristețea normală și de emoțiile cotidiene care pot să apară pe măsură ce un copil crește și se dezvoltă. Atunci când un copil pare trist, nu înseamnă neapărat că se află în depresie, dar când tristețea interferează deranjant cu activitățile sociale normale, interesele, școala, viața în familie, acest lucru poate fi un indicator al depresiei. O persoană tânără care este deprimată nu se mai bucură la școală, de joacă sau de compania prietenilor și poate fi lipsită de energie sau poate avea alte simptome. Depresia poate dura o perioadă lungă de timp și poate avea o evoluție ciclică, cu perioade de boală alternând cu perioade fără semne de boală.

Întrucât la copii simptomele depresiei pot varia semnificativ, ele pot trece neobservate sau pot fi greșit interpretate; oscilațiile emoționale și psihologice care vin cu creșterea și pubertatea maschează uneori ceea ce este de fapt depresie.

SEMNE ALE DEPRESIEI	
ȘCOLAR MIC	ADOLESCENT
 Sursa foto: https://pixabay.com/	 Sursa foto: https://pixabay.com/
• iritabilitate sau manifestări de furie neadecvate contextului • probleme de comportament evidente • sentimente continue de tristețe și neputință • retragerea din mediul social • sensibilitate crescută la respingere • reducerea sau creșterea apetitului • insomnii sau somn excesiv • izbucniri în plâns sau accese de furie verbală • dificultăți de concentrare • manifestări somatice (dureri de stomac, dureri de cap, probleme legate de controlul sfincterian), care nu răspund la tratament • reducerea abilității de a funcționa în timpul evenimentelor și activităților de acasă sau cu prietenii, la școală, în activitățile extrașcolare • sentimente de vină sau lipsă de valoare • incapacitatea de a gândi clar sau de a se concentra • gânduri sau vorbe despre moarte sau suicid.	• certăreț • agresiv • hipersensibil emoțional • izolat • impulsiv • inactiv (renunță sau refuză să participe la activități) • lipsit de inițiativă • plictisit • suspicios • creștere/scădere neintenționată în greutate • probleme de somn: dificultăți de adormire sau în a rămâne treaz, somn neodihnitor, stă treaz toată noaptea • dificultăți de concentrare, scăderea performanțelor școlare • dificultăți de relaționare • petrece mult timp în pat, doarme ziua, se simte bolnav • face comentarii negative despre sine: „sunt urâtă”, „sunt grasă”, „sunt prost”, „sunt prea scund” „nimănui nu-i place de mine” • obsedat de teme morbide, afirmă că ar vrea să moară, se gândește sau încearcă să se sinucidă, • poate prezenta manifestări psihotice

EVALUAREA PACIENTULUI	MOTIVE DE ALERTARE
- Anamneza: identificarea și notarea elementelor sugestive pentru diagnosticul de depresie - Examen fizic general, sub îndrumarea medicului școlar, pentru a determina dacă există alte cauze ale simptomelor, precum hipotiroidism sau anemie.	- Prezența ideății suicidare. - Preocuparea pentru moarte sau sinucidere sau încetarea recentă bruscă a majorității relațiilor de prietenie. - Copilul este în situația de a se automutila, dacă amenință alte persoane sau dacă apar semne ce anunța o tentativă de sinucidere; - Copilul aude voci inexistente (halucinații auditive).

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Identificarea semnelor sugestive pentru depresie. - Efectuarea unui examen clinic general, sub îndrumarea medicului școlar, pentru a se stabili dacă există sau nu cauze medicale ale simptomelor. - Analizarea istoricului medical și de familie, pentru identificarea unor factori declanșatori ai depresiei. - Informarea părinților asupra posibilității existenței unei suferințe emoționale a copilului. - Urmărirea compliancei la tratament, în cazul elevilor diagnosticați cu depresie - Urmărirea evoluției și monitorizarea rezultatelor tratamentului - Furnizarea de informații și recomandări generale pentru părinți, în vederea prevenirii și gestionării corecte a depresiei. - Informarea cadrelor didactice în vederea abordării personalizate a elevilor cu depresie și prevenirii apariției complicațiilor (inclusiv elemente de evaluare a riscului suicidar) - Oferirea de recomandări generale: - un stil de viață sănătos, integrarea activității sociale și a activității fizice joacă un rol extrem de important în planul de tratament al pacienților și sunt strâns legate de evoluția favorabilă a cazurilor. - Sportul, hrana echilibrată și somnul sunt elemente-cheie în construirea unei stări psihice bune. - Sub supravegherea medicului școlar se pot recomanda suplimente alimentare de zinc, magneziu, omega 3, vitaminele B și D3 și probiotice care pot îmbunătăți stările afective, elimină anxietatea și depresia și ajută la menținerea unui tonus mental optim. - Activitatea fizică regulată, efortul fizic susținut și exercițiile fizice intense pot ameliora simptomele ușoare și moderate ale depresiei. În cazurile severe, este preferată și recomandată asocierea dintre exercițiile fizice și tratamentul farmacologic.	- Trimiterea cazului la medicul școlar. - Trimiterea cazului la psihologul școlar. În urma consultului psihologic, elevul va fi îndrumat spre pedopsihiatru, în vederea diagnosticării. - Dacă sunt instalate motivele de alertare, împreună cu medicul școlar și/ sau psihologul școlar – trimiterea cazului de urgență la pedopsihiatru. - Apel la 112 dacă elevul este în situația de a se automutila, dacă amenință alte persoane, dacă aude voci inexistente sau dacă apar semne ce anunță o tentativă de sinucidere.

2.2.5. ADHD – Tulburarea de hiperactivitate și deficit de atenție ^{140,141,142} (Rodica Nicolescu)

DEFINIȚIE

Tulburarea de deficit de atenție cu hiperactivitate este una dintre cele mai frecvente tulburări mentale care afectează copiii, putând persista și la vârsta adultă. ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) este o tulburare de neurodezvoltare caracterizată prin:

- neatenție – nu se poate menține focalizarea atenției în sarcini de lucru sau de joc,
- hiperactivitate – excesul de mișcare inadecvat contextului sau indicațiilor,
- impulsivitate – acte pripite, desfășurate aproape simultan cu gândul.

Sindromul ADHD este descris în ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision), ca fiind un grup de tulburări caracterizate printr-un debut timpuriu (de obicei, în primii cinci ani de viață), lipsa perseverenței în activitățile care necesită implicare cognitivă și o tendință de a trece de la o activitate la alta fără a termina nici una, împreună cu o activitate dezorganizată, neregulată și excesivă. Un diagnostic de ADHD necesită să fie prezente cel puțin 6 simptome în cazul copiilor cu vârsta < 16 ani sau cel puțin 5 simptome în cazul adolescenților > 17 ani; simptomele sunt prezente de cel puțin 6 luni, nu sunt în concordanță cu nivelul de dezvoltare și au un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice.

TIPURI DE ADHD

ADHD predominant neatent (denumit în trecut ADD - attention deficit disorder). Copiii cu această afecțiune nu sunt hiperactivi. Ei nu au nivelul ridicat de energie observat la alții cu ADHD. Copiii cu această formă pot părea timizi, „în propria lor lume”. Pot rămâne nediagnosticați, deoarece simptomele pot fi atribuite visării cu ochii deschiși.



Sursa foto: <https://www.freepik.com/>

ADHD predominant hiperactiv-impulsiv. Copiii cu această formă de ADHD debordează de energie și se mișcă în mod constant într-un mod care provoacă probleme. Această formă este mai vizibilă decât tipul neatent.

ADHD combinat. Un copil cu acest tip are simptome atât de neatenție, cât și de hiperactivitate/impulsivitate.

¹⁴⁰ Asociația Americană de Psihiatrie: *Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale, a cincea ediție, DSM-5, 2013*

¹⁴¹ Dobrescu I., „Copilul neascultător, agitat și neatent”, Ed. Infomedica, 2005

¹⁴² Gheorghe R. O. „Tulburarea de atenție cu hiperactivitate - integrarea școlară a copilului cu ADHD” – Asociația pentru Dezvoltarea Copilului.

MANIFESTĂRI ALE ADHD		
Copil preșcolar	Copil de vârstă școlară	Adolescent
- Foarte energic, foarte curios, pare că nu obosește niciodată - La joacă este gălăgios, strică jucăriile, se rănește des - Solicită atenție excesivă din partea familiei - Are crize de furie frecvent, generate de lucruri mărunte sau aparent fără motiv - Poate prezenta întârzieri în dezvoltarea motorie sau în achiziția limbajului - Doarme puțin, adoarme și se trezește greu, somnul este neodihnitor - Cooperează cu dificultate - Are dificultăți în îndeplinirea sarcinilor zilnice (spălat pe dinți, îmbrăcat etc.)	- Neliniștit, hiperactiv - Distras cu ușurință - Are dificultăți în efectuarea temelor (teme incomplete, pierdute sau uitate) - Nu poate estima timpul, nu are simțul timpului - Poate prezenta tulburări de învățare, ticuri, enurezis/ encompresis - Are dificultăți în respectarea regulilor, poate avea relații tensionate cu colegii, învățătorii/profesorii - Este impulsiv, de multe ori agresiv - Dezorganizat - Are abilități de autoîngrijire insuficient dezvoltate	- Este mai puțin hiperactiv dar foarte impulsiv - Neatent, ușor de distras, plictisit - Poate avea accese de furie, toleranță scăzută la frustrare - Risc crescut de abuz de substanțe, delicvență, activitate sexuală precoce - Se comportă inadecvat la școală (risc de a fi exmatriculați, suspendați sau sancționați) - Probleme de disciplină la școală sau în familie - Nu recunoaște autoritatea, poate dezvolta comportamente antisociale - Are stimă de sine scăzută - Poate fi apatic și predispus la depresii, poate asocia anxietate - Dezvoltă relații tensionate

EVALUAREA PACIENTULUI
- Identificarea semnelor sugestive pentru ADHD - Efectuarea unui examen fizic complet, inclusiv teste de vedere și auz - Analizarea istoricului medical, pentru a verifica existența altor stări patologice care pot afecta comportamentul copilului.

INTERVENȚII	TRIMITERE
- Informarea părinților asupra suspiciunii de diagnostic și oferirea de informații generale despre această tulburare de neurodezvoltare - Urmărirea complianței la recomandările terapeutice oferite de pedo-psihiatru, în cazul elevilor diagnosticați cu ADHD, - Urmărirea și/sau administrarea tratamentului conform indicațiilor primite de la specialist - Furnizarea de recomandări generale pentru părinții elevilor cu ADHD, utile în gestionarea simptomelor și a tulburărilor de comportament asociate - Informarea cadrelor didactice în vederea abordării personalizate a elevilor cu ADHD și adaptării metodelor pedagogice la cerințele speciale ale acestora, pentru buna desfășurare a procesului instructiv-educativ pentru toți elevii clasei. Intervenția în ADHD este multidisciplinară – medicală, psihologică și educațională. În consecință, este important ca un copil cu ADHD să fie recunoscut, dus la medicul psihiatru de copii și să fie implicat într-un plan de tratament și intervenție terapeutică și educațională.	Trimiterea cazului la medicul școlar și referirea pentru evaluarea de specialitate a copilului sau adolescentului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratament adecvat Rețineți: Doar medicul psihiatru poate diagnostica și trata ADHD.

RECOMANDĂRI PENTRU PĂRINȚII COPIILOR CU ADHD

Următoarele strategii pot fi aplicate de către părinți în mediul familial:

- urmărirea unui program scris al tuturor sarcinilor;
- împărțirea sarcinilor mai mari în unele mai mici, mai ușor de gestionat;
- organizarea articolelor școlare și a jucăriilor;
- stabilirea unor reguli clare și coerente;
- recompensarea copilului, atunci când îndeplinește corect sarcini;
- încurajarea copiilor de a se angaja în activități care le fac plăcere pentru a-și spori stima de sine;
- asigurarea unei diete sănătoase și echilibrate;
- implicarea în activități sportive care pot îmbunătăți starea generală a copilului, cel puțin 60 de minute de activitate fizică pe zi;
- asigurarea condițiilor pentru cel puțin 8 ore de somn nocturn;
- limitarea timpului petrecut în fața televizorului, a calculatorului sau a telefonului mobil;
- petrecerea timpului în aer liber.

2.2.6. TSA - Tulburări din spectrul autismului (Ecaterina Stativă)

Definiție

Autismul sau Tulburarea din spectrul autist (TSA) este o tulburare de neurodezvoltare asociată cu simptome care includ deficite în comunicare și interacțiune socială precum și prezența unor modele de comportament, interese sau activități restrictive și repetitive, în contexte multiple. Termenul de „spectru” se referă la faptul că există grade foarte variate de afectare, de la un copil la altul și chiar la același copil, de-a lungul timpului

Criterii de diagnostic (DSM-5)²⁰

Criteriul 1. Deficiențe persistente în comunicarea și interacțiunea socială, manifestate în mai multe contexte (exemplele sunt ilustrative, nu exhaustive):

- Deficiențe în reciprocitatea social-emoțională (abordarea socială anormală, eșecul unui dialog, împărtășire redusă a intereselor, emoțiilor sau afectelor, eșecul interacțiunilor sociale).
- Deficiențe în comportamentele comunicative nonverbale utilizate pentru interacțiunea socială; anomalii în contactul vizual și limbajul corpului; deficite în înțelegerea și utilizarea gesturilor; lipsa totală de expresii faciale și comunicare nonverbală.
- Deficiențe în dezvoltarea, menținerea și înțelegerea relațiilor, variind, de la dificultăți de adaptare a comportamentului la diverse contexte sociale; dificultăți în a împărtăși jocul imaginativ/simbolic sau în a face prieteni; absența interesului față de semenii.

Criteriul 2. Tipare de comportament restrictive și repetitive, interese sau activități manifestate prin cel puțin două forme (exemplele sunt ilustrative, nu exhaustive):

- Mișcări motorii stereotipe sau repetitive, realizate prin folosirea obiectelor sau a vorbirii (stereotipuri motorii simple, alinierea jucăriilor, fluturarea sau răsturnarea obiectelor, ecolalie, fraze idiosincratice).
- Insistență, uniformitate, aderarea inflexibilă la rutine sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal (de exemplu, suferință extremă la schimbări mici, dificultăți la tranziții, modele rigide de gândire, ritualuri de salut, nevoia de a lua aceeași cale sau de a mânca aceeași mâncare în fiecare zi).
- Interese foarte restrânse, fixate, care sunt anormale ca intensitate sau focalizare (de exemplu, atașament puternic sau preocupare pentru obiecte neobișnuite, interese excesiv de delimitate sau perseverente).
- Hiper- sau hipo-reactivitate la aportul senzorial sau interes neobișnuit pentru aspectele senzoriale ale mediului (indiferență aparentă față de durere/temperatură, răspuns negativ la sunete sau texturi specifice, miros sau atingere excesivă a obiectelor, fascinație vizuală pentru lumini sau mișcări).

Aceste deficiențe și tipare de comportament rezultă din provocările care stau la baza capacității copilului de a percepe lumea prin simțuri și de a-și folosi corpul și gândirea pentru a răspunde la aceasta

Cauze, factori de risc

Cauze

- Autismul este o tulburare neurobiologică influențată atât de factori genetici, cât și de mediu (infecții virale, medicamente, complicații în timpul sarcinii, poluanți atmosferici etc.) care afectează creierul, dar până acum nicio cauză finală nu a fost elucidată. Oamenii de știință au ajuns la concluzia că există multiple cauze ale TSA care acționează împreună pentru a schimba cele mai comune moduri în care se dezvoltă creierul.

Factori de risc:

- **Genele** (moștenite de la părinți sau mutațiile spontane apărute la făt) reprezintă unul dintre factorii importanți de risc; persoanele cu anumite afecțiuni genetice sau cromozomiale, cum ar fi sindromul X fragil sau scleroza tuberoasă, au un risc crescut.
- **Administrarea, în timpul sarcinii, a anumitor medicamente** de exemplu, acidul valproic sau talidomida
- **Prematuritatea severă** < 26 săptămâni), greutatea mică la naștere și complicațiile la naștere
- **Vârsta parentală mai înaintată a ambilor părinți** (> 35 ani la femei și > 40 ani la bărbați)
- **Sexul** copilului – băieții au de 4 ori mai multe șanse de a dezvolta tulburare din spectrul autist comparativ cu fetele

Variabilitatea manifestărilor în TSA

Manifestări *comportamentale* specifice ale TSA.

Apar în copilăria timpurie. Majoritatea copiilor prezintă simptomele specifice între 12-18 luni.

Copilul :

- Evită sau nu păstrează contactul vizual
- Nu răspunde la nume, până la vârsta de 9 luni
- Nu arată expresii faciale precum fericit, trist, furios și surprins, până la vârsta de 9 luni
- Nu joacă jocuri interactive simple precum cucu-bau, până la vârsta de 12 luni
- Folosește puțin sau deloc limbajul nonverbal până la vârsta de 12 luni (de exemplu, nu face semnul de *la revedere*)
- Nu imită
- Nu urmărește un obiect arătat cu degetul și nu arată cu degetul
- Nu observă alți copii și nu se alătură lor la jocuri până la vârsta de 36 de luni
- Nu se preface a fi altceva/altcineva, în timpul jocului simbolic
- Nu cântă, nu dansează sub 60 de luni.

1. Comportamente restrictive și repetitive

- Copilul alinază jucăriile sau alte obiecte și se supără atunci când ordinea este schimbată
- Repetă cuvinte sau fraze iar și iar (numită ecolalie)
- Se joacă cu jucăriile în același fel, de fiecare dată
- Se concentrează pe unele părți ale obiectelor (de exemplu, roți)
- Are interese obsesive
- Trebuie să urmeze anumite rutine
- Bate palma, flutură din mâini, leagănă corpul sau se învârtă în cerc
- Are reacții neobișnuite la sunete, mirosuri sau gusturi

2. Alte manifestări

- Cunoștințe lingvistice întârziate
- Abilități de mișcare întârziate
- Abilități cognitive sau de învățare întârziate
- Comportament hiperactiv, impulsiv și/sau neatent

RETINEȚI! Este posibil ca un copil cu TSA să nu aibă toate sau niciuna dintre caracteristicile enumerate din exemplele de mai sus.

Diagnostic

Diagnosticarea TSA poate fi dificilă, deoarece nu există un test medical specific pentru a diagnostica tulburarea. Medicii și alți profesioniști analizează istoricul de dezvoltare și comportamentul copilului pentru a pune un diagnostic.

De-a lungul timpului au fost validate variate teste de screening pentru medici de familie sau psihiatri, în vederea depistării simptomelor din spectrul autist, atât pentru copii cât și pentru adulți.

Instrumentele de screening pe care le utilizează medicii de familie din România pot identifica riscurile și orienta părinții către specialist pentru un diagnostic.

Intervenții terapeutice

- Odata ce copilul a fost diagnosticat, părinții trebuie să primescă informații relevante, servicii, recomandări și sprijin practic, în conformitate cu nevoile copilului.
- O gamă largă de intervenții, aplicate de la prima copilărie și de-a lungul vieții, pot optimiza bunăstarea și calitatea vieții persoanelor cu autism.
- Accesul în timp util la intervenții psihosociale bazate pe dovezi pot îmbunătăți capacitatea copiilor cu autism de a comunica eficient și de a interacționa social
- Există multe tipuri de tratamente disponibile care implică mai multe abordări: comportamental, de dezvoltare, educațional, social-relațional, farmacologic, psihologic, complementar și alternative la abordări comportamentale.

Majoritatea acestor intervenții sunt costisitoare și nu sunt decontate prin sistemul național de asigurări de sănătate.

Rolul asistentului medical școlar pentru integrarea școlară a copiilor cu TSA

- Toți copiii, inclusiv cei cu autism, au dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mentală.
- Și totuși, persoanele cu autism sunt adesea supuse stigmatizării și discriminării, inclusiv privarea nedreptă de educație adecvată posibilităților sale. De multe ori copiii și părinții lor etichetează și-i rejectează pe acești copii doar pentru simplul motiv că sunt diferiți.
- Această atitudine o pot avea și unele cadrele didactice, îndeosebi când copilul cu TSA este înscris la școala de masă.

În acest context, Ordinul ministrului sănătății și al ministrului educației nr. 2.508/4.493/2023 conferă asistentului medical școlar atribuții care pot contracara manifestările de discriminare în mediul școlar. Astfel, Anexa 2 prevede la punctul 10 mai multe atribuții prin care asistentul medical școlar furnizează în mediul școlar *servicii de promovare a unui stil de viață sănătos*, după cum urmează:

b) Efectuează, sub îndrumarea medicului colectivității, activități de promovare a sănătății cu copiii, părinții și cu personalul didactic din creșă, grădiniță și, respectiv, în rândul copiilor/elevilor, al familiilor copiilor/elevilor și al cadrelor didactice.

d) Colaborează cu cadrele didactice în susținerea lecțiilor sau a prelegerilor privind educația pentru sănătate a antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor.

e) Participă la consiliile profesionale în care se discută și se iau măsuri vizând aspectele sanitare din unitatea de învățământ.

Aceste atribuții obligă asistentul medical școlar la inițierea, în acest context, a unor acțiuni de informare și educare a adulților și a copiilor. De exemplu :

- Acțiuni de informare a copiilor, în contextul promovării drepturilor copilului, pentru înțelegerea și acceptarea diversității umane și acceptarea diferențelor între oameni ca fiind normale.
- Organizarea lectoratelor cu părinții unde pot fi abordate teme care abordează discriminarea după diferite criterii, pentru a-i conștientiza că drepturile de care se bucură copiii neurotipici sunt aceleași și pentru cei care nu se încadrează în tiparele majorității, iar aceste drepturi trebuie respectate.
- Cadrele didactice care interacționează cu copiii TSA trebuie informate asupra modului în care se poate comunica cu acești copii, cunoscând fiind faptul că modul de comunicare este unul dintre aspectele deficitare la acești copii. Astfel :
 - Vorbirea trebuie utilizată în propoziții simple, scurte și clare.
 - Cuvintele trebuie utilizate doar în sensul lor propriu nu și figurat (ex. Expresia *Floare la ureche* înseamnă pentru copilul cu TSA , o floare așezată la ureche)
 - Comunicarea vizuală prin imagini este utilă în special pentru copiii nonverbal, dar nu numai.
 - Comportamentele lor trebuie înțelese ca reacții de apărare în contexte în care are loc afectarea senzorială a auzului, mirosului sau gustului, percepute de copiii cu TSA la intensități neobișnuite.
 - Structurarea timpului poate ajuta persoanele cu autism să dea sens zilei lor.
 - Sprijinul eficient depinde de empatie și înțelegerea lumii din perspectiva persoanei cu autism.
 - Persoanele cu autism răspund de obicei cel mai bine într-un mediu calm.

CAPITOLUL 3

Intervenții de sănătate publică în colectivitățile de copii și tineri, pentru prevenirea și controlul bolilor transmisibile, depistarea precoce a bolilor cronice și dispensarizare (Daniela Rajka)

3.1. Triaajul epidemiologic în colectivitățile de copii

Triaajul epidemiologic este una dintre principalele măsuri de prevenire a răspândirii bolilor infecțioase în colectivitățile de copii.

Conform Ordinului comun al Ministrului Sănătății și Ministrului Educației nr. 2508/4493/2023, privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, **asistentul medical efectuează triaajul epidemiologic:**

- zilnic, copiilor din grădinițe,
- după fiecare vacanță și ori de câte ori este nevoie, elevilor din școli și licee
- zilnic, personalului din blocurile alimentare din unitățile de învățământ

Triaajul epidemiologic constă în:

• Anamneză scurtă asupra unor simptome prezentate acasă: **respiratorii** (tuse, strănut, usturimi ale fundului de gât, secreție nazală), **digestive** (dureri la înghițit, diaree, vărsături), **urinare** (urini închise la culoare), **musculare** (dureri, întâlnite uneori în stările gripale) sau **ale stării generale** (astenie, cefalee, febră), precum și **dacă au intrat în contact cu unele boli transmisibile**

• Termometrizare – când se suspicionează prezența febrei

• Examenul obiectiv

-al cavității bucale și faringelui, pentru depistarea precoce a anginelor virale/bacteriene

-al tegumentelor și conjunctivelor, pentru depistarea unor erupții pe piele sau modificări de culoare a conjunctivelor, evocatoare de unele boli contagioase eruptive – varicela, rujeola, scarlatina, rubeola, mononucleoză infecțioasă, boală mână-gură-picior și scabia sau râia, – ori a hepatitei virale, dar și a parotiditei epidemice în caz de tumefiere a zonei submandibulare¹⁴³

-al scalpului – pentru depistarea semnelor de parazitoze

Nu vor fi admiși în colectivitate copiii care prezintă: angină cu febră, angină cu depozite pultacee, angină cu secreții nazale muco-purulente, sindrom tusigen cu febră, conjunctivită acută, ochi roșu până la diagnosticare, subicter și icter până la diagnosticare, erupții cutanate cu potențial infecto- contagios, până la diagnosticare, pediculoză (prezența de elemente vii sau lindini pe firele de păr)¹⁴⁴.

3.2. Ancheta epidemiologică în colectivitățile de copii

Ancheta epidemiologică reprezintă o metodă științifică prin care se studiază cauzele apariției bolilor infecțioase, cu scopul de a preveni răspândirea acestora.

Intervenția în focar urmărește tratarea corectă a cazurilor, prevenirea răspândirii bolii și verificarea eficienței măsurilor aplicate. Măsurile antiepidemice se adresează sursei de infecție, căilor de transmitere și contactelor¹⁴⁵

Asistentul medical din grădinițe și școli are un rol important în efectuarea anchetei epidemiologice, conform Ordinului comun 2508/4493/2023:

¹⁴³ Bucur Gh. *Triaajele epidemiologice în grădinițe și școli*. Medic.ro 2008;41(V):68-69

¹⁴⁴ ORDIN nr. 2508/4.493/2023 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos

¹⁴⁵ Bocșan SI. *Epidemiologie practică pentru medicii de familie*. Editura Medicală Universitară Iuliu Hațieganu. Cluj-Napoca.1999

- Depistează și izolează orice suspiciune/boală infecto-contagioasă, informând medicul despre aceasta.
 - Participă la efectuarea de acțiuni de investigare epidemiologică a preșcolarilor/elevilor suspecti sau contacți din focarele de boli transmisibile, sub îndrumarea medicului, conform metodologiilor în vigoare.
 - Execută acțiunile de supraveghere epidemiologică a bolilor infecto-contagioase în sezonul epidemic, în conformitate cu protocoalele și procedurile în vigoare și a sarcinilor repartizate de medic.
 - Supraveghează focarele de boli transmisibile, inițiază și aplică măsurile antiepidemice de prevenire, combatere și limitare a bolilor transmisibile din focar.
- Ancheta epidemiologică trebuie să stabilească:
1. Date referitoare la primul caz de boală infecțioasă apărut în colectivitate:
 - Date de identitate ale bolnavului
 - Data debutului bolii
 - Simptomele prin care se manifestă boala
 - Data depistării bolii
 - Data internării (dacă există)
 - Modul de stabilire a diagnosticului : conform definiției clinice, diagnostic etiologic, condiții epidemiologice
 - Antecedente vaccinale (dacă boala beneficiază de vaccin)
 - Sursa de infecție: este cunoscută/nu, se încearcă stabilirea sursei, în funcție de perioada de incubație specifică fiecărei boli
 2. Măsuri față de suspect/bolnav – izolare
 3. Stabilirea contacților de colectivitate: date de identitate, date de contact, antecedente vaccinale
 4. Măsuri față de contacți – simptomatici/asimptomatici
 5. Măsuri de prevenire a răspândirii bolii în colectivitate: educație pentru sănătate, curățenie, dezinfecție

INFECȚIILE STREPTOCOCICE¹⁴⁶

DEFINIȚIE

Scarlatina este o boală infecțioasă bacteriană, determinată de anumite serotipuri de streptococ beta hemolitic de grup A, caracterizată prin inflamația amigdalelor faringiene și rash cutanat.

EPIDEMIOLOGIE

Perioada de incubație: scurtă, 2-5 zile

Contagiozitatea este mare, în special în colectivități și familie.

Calea de transmitere:

-aeriană, prin picături de salivă. Persoanele infectate răspândesc bacteria prin picături de salivă în timp ce vorbesc, tușesc/strănută.

-contact direct

-transmiterea prin alimente manipulate necorespunzător este posibilă, rar

Transmiterea prin intermediul suprafețelor nu a putut fi demonstrată.

Reinfecția este posibilă, cu o altă tulpină de streptococ.

¹⁴⁶ <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/scarlet-fever.html>

MANIFESTĂRI CLINICE

Febra are debut brusc și valori ridicate.

Angina se caracterizează prin eritem intens al faringelui; amigdalele sunt hiperemice și tumefiate, putând prezenta depozite pultacee; sunt frecvente peteșiile roșietice la nivelul palatului

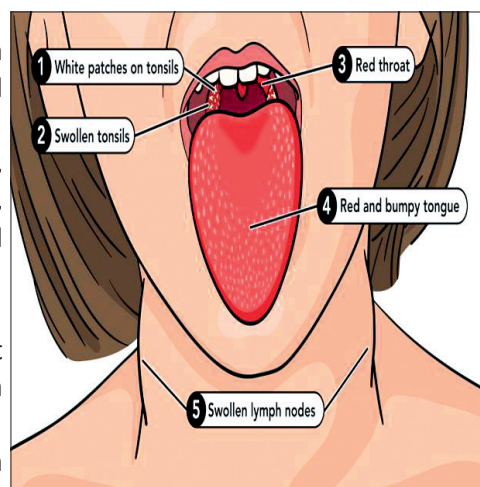
Erupția cutanată apare sub formă de micropapule eritematoase, aspre la pipăit, la nivelul toracelui, anterior. Erupția respect fața, faciesul are aspect palmuit, datorită eritemului de la nivelul obrazilor, însoțit de paloare periorală.

La nivelul plicilor de flexiune apar semnele Pastia.

Limba este mai întâi eritematoasă, apoi se acoperă de un depozit albicios care se descuamează, lăsând după câteva zile o limbă zmeurie.

Perioada de convalescență se însoțește de descuamarea tegumentelor, întâlnită frecvent la nivel palmar și plantar.

Ciclul lingual din scarlatină



<https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/scarlet-fever.html>

COMPLICAȚII

Locale: flegmon amigdalian, abces periamigdalian

La distanță: reumatism articular acut, glomerulo-nefrita poststreptococică – pot apărea prin răspuns imun și nu prin infecția directă cu streptococ

CAZ POSIBIL ¹⁴⁷	CAZ PROBABIL	CAZ CONFIRMAT
Orice persoană cu vârsta ≤ 14 ani, care - întrunește cele 3 criterii clinice: angină, febră, erupție cutanată micropapuloasă, eritematoasă, aspră la pipăit și: - nus-a recoltat exsudat nazofaringian dintr-un motiv justificat SAU - rezultatul investigației de laborator este negativ datorită administrării de antibiotic înaintea recoltării exsudatului nazofaringian	Orice persoană cu vârsta ≤ 14 ani, care - întrunește criteriile clinice și - are legătură epidemiologică cu un caz confirmat	Orice persoană cu vârsta ≤ 14 ani, care - întrunește criteriile clinice și - are izolat SGA prin cultura exsudatului faringian ! testul rapid de identificare a streptococului nu intră în definiția cazului confirmat de scarlatină

Focarul este definit ca apariția a cel puțin 3 cazuri (confirmate/ probabile) de scarlatină într-o colectivitate, raportate la distanță de maximum 10 zile unul față de celălalt și cu legatură epidemiologică între cazuri.

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE

- Spalarea corectă a mâinilor cu apă și săpun este pasul cel mai important în prevenirea acestei infecții. Trebuie efectuată după tuse/strănut și înainte de masa/prepararea mesei.
- Respectarea regulilor de prevenire a infecțiilor respiratorii: tuse/strănut în plica cotului
- Izolarea copilului diagnosticat (probabil sau confirmat) - până la dispariția simptomatologiei
- Scarlatina este boală cu declarare obligatorie la DSP, pe Fișa Unică de Raportare
- Focarul de scarlatină din colectivitate se raportează la DSP
- **Măsuri față de contactii din colectivitate¹⁴⁸:**

¹⁴⁷ <https://www.cnsb.ro/index.php/metodologii/scarlatina/451-metodologie-de-supraveghere-scarlatina-2016-01-08-2016/file>

¹⁴⁸ <https://www.cnsb.ro/index.php/metodologii/scarlatina/451-metodologie-de-supraveghere-scarlatina-2016-01-08-2016/file>

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE

- vor fi supravegheați zilnic timp de 10 zile de la apariția ultimului caz de scarlatină;
- contactii** de clasă/grupă **febrili și/sau cu angină eritematoasă** vor fi investigați cu laboratorul (exsudat faringian) pentru depistarea SGA;
- acestora li se va administra tratament profilactic până la primirea rezultatelor de laborator (exsudat faringian)
- după obținerea rezultatelor de laborator se întrerupe tratamentul la cei negativi și se continuă în cazul anginelor eritematoase cu SGA timp de 10 zile;
- întoarcerea în colectivitate se poate face după 48 de ore de la administrarea tratamentului și prezentarea avizului epidemiologic.

- **Măsuri în colectivitate:**

Educație pentru sănătate adresată personalului didactic, părinților, copiilor și angajaților din sectorul alimentar, privind modalitățile de transmitere a scarlatinei

Aerisirea frecventă a spațiilor

Dezinfecția în focarul de scarlatină detectat în colectivitate se efectuează de către unitatea de învățământ cu dezinfectanți uzuali la care SGA este sensibil.

ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN COLECTIVITATE

Trebuie să cuprindă:

- Datele de identitate ale bolnavului
- Data debutului bolii, principalele simptome
- Data depistării bolii
- Data internării (dacă există)
- Modalitatea de diagnostic: conform definiției clinice, criterii epidemiologice, diagnostic de laborator
- Sursa de infecție: cunoscută: DA/NU
- Datele de identitate și de contact ale contactilor din colectivitate

ANGINA STREPTOCOCICĂ¹⁴⁹

Etiologie: streptococul beta-hemolitic de tip A

Simptomatologie: durere în gât, apărută brusc, dificultate la înghițire, febră +/- cefalee, dureri abdominale, greață/vărsături.

Pacienții cu faringită streptococică NU prezintă de obicei tuse, rinoree, răgușeală, ulceratii ale mucoasei bucale sau conjunctivită. Aceste simptome sugerează cu tărie o etiologie virală.

Examenul clinic evidențiază:

- eritem faringian,
- amigdale hipertrofice, cu/fără depozit pultaceu,
- peteșii la nivelul palatului,
- adenopatie latero-cervicală.

Angina streptococică însoțită de rash cutanat = scarlatină

PURTĂTORII DE STREPTOCOC BETA HEMOLITIC¹⁵⁰

Purtătorii asimptomatici de streptococ beta hemolitic de grup A sunt reprezentați de acele persoane care au rezultat pozitiv la exsudatul faringian, fără să aibă semne/simptome clinice sau valori ridicate ale ASLO. Aceștia nu necesită tratament cu antibiotic.

Purtătorii asimptomatici transmit foarte rar streptococul beta-hemolitic celor din jur și au un risc foarte mic de a dezvolta complicații.

Persoanele considerate că au episoade recurente de faringită streptococică prezintă de cele mai multe ori episoade de faringită virală, concomitente stării de purtător de streptococ.

Purtătorii sunt tratați cu antibiotic numai dacă fac parte din focare de angina streptococică/scarlatină din colectivități.

¹⁴⁹ <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/strep-throat.html>

¹⁵⁰ <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/strep-throat.html>

VARICELA¹⁵¹

DEFINIȚIE
Varicela este o boală contagioasă determinată de virusul varicelo-zosterian, caracterizată prin erupții caracteristice, papule, vezicule și pustule, la nivelul pielii (inclusiv a scalpului) și mucoaselor.

EPIDEMIOLOGIE
Perioada de incubație: în medie 14-16 zile (până la 21 de zile) Contagiozitate: cu 1-2 zile înaintea apariției leziunilor eruptive, până la apariția crustelor. Se consideră ca fiind necontagioasă persoana la care nu mai apar noi leziuni de cel puțin 24 de ore. Calea de transmitere: aeriană/contact direct cu veziculele Varicela este o boală intens contagioasă, receptivitatea la infecție fiind de aproape 90%.

MANIFESTĂRI CLINICE
Debut: febră, cefalee, oboseală Perioada de stare se caracterizează prin apariția erupției, inițial pe piept, față, gât, spate, cuprinzând apoi întreg corpul. De asemenea sunt afectate mucoasele: bucală, conjunctivală și genitală Leziunile sunt inițial sub formă de macule (pete roșiatice), apoi papule care se transformă în vezicule, inițial cu conținut clar, apoi turbure, devenind pustule care se usucă și apar crustele. Aceste tipuri de leziuni se observă de obicei concomitent pe tegumente, fiind o caracteristică a bolii. Erupția durează aproximativ 7-10 zile (până la 14 zile).
 Erupția în varicelă https://www.cdc.gov/chickenpox/images/people_varicella2-lg.jpg

COMPLICAȚII	FACTORI DE RISC
• Suprainfectarea bacteriană a leziunilor • Pneumonie • Encefalită	• Vârsta sub 1 an • Vârsta peste 12 ani • Sarcina • Existența unui deficit imun

DIAGNOSTIC PROBABIL ¹⁵²	DIAGNOSTIC CONFIRMAT ²
Se face conform definiției clinice: Boală acută, cu erupție generalizată și caracter multiform: macule, papule, vezicule, pustule, cruste, apărute pe tegument și mucoase, și fără legătură epidemiologică cu un alt caz probabil sau confirmat, și fără confirmare de laborator	Conform definiției clinice: Boală acută, cu erupție generalizată și caracter multiform: macule, papule, vezicule, pustule, cruste, apărute pe tegument și mucoase, și Cu legătură epidemiologică cu un alt caz probabil sau confirmat, SAU Confirmată de laborator
Două cazuri probabile, cu legătură epidemiologică confirmată, vor fi considerate confirmate, chiar în absența diagnosticului de laborator.	

¹⁵¹ <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/varicella-2010/>

¹⁵² <https://www.cdc.gov/chickenpox/health-departments/conducting-surveillance.html>

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE

- Izolarea copilului diagnosticat (probabil sau confirmat), până la dispariția leziunilor active
- Varicela este boală cu declarare obligatorie la DSP, pe Fișa Unică de Raportare
- Măsuri față de contactii din colectivitate:
 - Contactii asimptomatici NU se izolează la domiciliu
 - Se face triaj zilnic riguros al contactilor, cu termometrizare și examinarea tegumentelor și mucoaselor
 - Se izolează contactii la primul simptom/semn de boală
 - Se stabilesc antecedentele vaccinale ale contactilor
 - Se recomandă vaccinarea contactilor nevaccinați până în acel moment
- Măsuri în colectivitate:
 - Educație pentru sănătate
 - Aerisirea frecventă a spațiilor
 - Dezinfecția suprafețelor și a obiectelor folosite în comun
 - Spălarea frecventă a mâinilor

ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN COLECTIVITATE

Trebuie să cuprindă:

- Datele de identitate ale bolnavului
- Data debutului bolii, principalele simptome
- Data depistării bolii
- Data internării (dacă există)
- Modalitatea de diagnostic: conform definiției clinice, criterii epidemiologice, diagnostic de laborator
- Sursa de infecție: cunoscută DA/NU
- Antecedentele vaccinale ale bolnavului
- Datele de identitate și de contact ale contactilor din colectivitate

BOALA MÂNĂ-GURĂ-PICIOR¹⁵³

DEFINIȚIE

Boala mână-gură-picior este o boală contagioasă, produsă de virusuri din familia enterovirus, caracterizată prin leziuni la nivelul mucoasei bucale și la nivel cutanat, pe mâini și picioare, frecventă la copiii cu vârsta sub 5 ani.

EPIDEMIOLOGIE

Etiologie: Boala este produsă de virusuri din familia enterovirus: Coxsackie tip A16, Coxsackie tip A6 și Enterovirus 71. Virusul se găsește în secreții (salivă, mucus), vezicule și în fecale.

Perioada de incubație este scurtă: 3-5 zile

Contagiozitatea este maximă în prima săptămână de la infectare, dar poate persista zile/săptămâni după dispariția simptomelor. Persoanele infectate și asimptomatice pot de asemenea răspândi boala.

Transmiterea se face prin:

1. contact direct (îmbrățișări, sărut),
2. picături de salivă, atunci când copilul infectat tușește, strănută sau vorbește
3. atingerea suprafețelor și obiectelor contaminate (jucării, prosop, veselă)
4. schimbarea scutecelor murdare cu fecale

MANIFESTĂRI CLINICE¹⁵⁴

După o incubație de 3-5 zile pot apărea: febră, dificultăți la înghițire, dureri de gât, stare generală modificată.

La nivelul cavității bucale apar inițial pete roșii pe limbă, obraji, palatul moale, pete care se transformă în vezicule și devin dureroase. Sunt însoțite de dificultăți la înghițire, refuzul alimentației, hipersalivație. Erupția cutanată apare caracteristic în palme și pe tălpi, dar poate fi prezentă și pe brațe, picioare sau fese. Erupția nu este pruriginoasă, constă în pete și vezicule care pot conține în lichid virusul care provoacă boala.

Boala este autolimitată în 7-10 zile și se tratează de cele mai multe ori acasă.

¹⁵³ <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>

¹⁵⁴ World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2011). A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). WHO Regional Office for the Western Pacific. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207490/9789290615255_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Erupția la nivelul feței

https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/images/toddler-eating.jpg?_=37567



Erupția la nivelul piciorului

https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/images/hfmd-childs-foot.jpg?_=68186

CRITERII DE PREZENTARE LA SPITAL

1. Copilul nu se hidratează corespunzător și există riscul deshidratării
2. Febra persistă mai mult de 3 zile
3. Copilul are o deficiență imună
4. Simptomatologia este severă
5. Vârsta mică a copilului (sub 6 luni)

MĂSURI DE PREVENȚIE

- **Spălarea pe mâini:** spălarea frecventă pe mâini cu apă și săpun, timp de cel puțin 20 de secunde. Dacă apa nu este disponibilă, se pot folosi soluții de dezinfecție pe bază de alcool.
Mâinile trebuie spălate:
 - După schimbarea scutecelor
 - După folosirea toaletei
 - După ștergerea nasului, tuse sau strănut
 - Înainte și după îngrijirea unei persoane bolnave
 Ajutați copiii să se spele pe mâini. Asigurați-vă că se spală corect și frecvent, ajutați-i să își păstreze veziculele curate și sfătuiți-i să nu le atingă.
- **Evitarea contactului direct** cu persoane bolnave
- **Evitarea atingerii ochilor, nasului și gurii**, cu mâinile nespălate
- **Curățenia și dezinfecția:** este necesară curățenia și dezinfecția frecventă a suprafețelor și obiectelor atinse de mai multe persoane (jucării, clanțele ușilor)

MĂSURI ÎN FOCAR, ÎN COLECTIVITATE

Boala mână-gură-picior, fiind o boală autolimitată, nu este cu declarare obligatorie

Două sau mai multe cazuri apărute într-o colectivitate, în decurs de 10 zile impun declararea focarului în acea colectivitate.

Focarul de boală-mână-gură-picior în colectivitate se anunță la DSP teritorial.

Împreună cu reprezentanții DSP, se adoptă măsuri antiepidemice în focar:

- Triaj riguros al copiilor la intrarea în colectivitate
- Educație pentru sănătate, cu accent pe respectarea regulilor de igienă
- Curățenie și dezinfecție susținute

Nu se recomandă închiderea colectivităților în care există focare de boală mână-gură-picior, deoarece nu există dovezi concrete privitoare la eficacitatea acestei măsuri în reducerea transmiterii bolii.

ROSEOLA INFANTUM¹⁵⁵

DEFINIȚIE

Roseola infantum/exantem subit/a șasea boală eruptivă este o infecție virală caracterizată prin febră înaltă, urmată de erupție tegumentară, apărută la copii cu vârsta sub 2-3 ani.

EPIDEMIOLOGIE

Etiologie: herpesvirus

Perioada de incubație: 5-15 zile

Calea de transmitere: aeriană, prin picături de salivă care conțin virusul

Contagiozitatea – mare, în perioada febrilă

MANIFESTĂRI CLINICE

Debutul este cu febră mare, care apare după 5-15 zile de la expunerea la virus. Poate ajunge la 40°C și durează 3-5 zile.

Febra poate fi însoțită de iritabilitate, inapetență, disfagie, otalgie.

Erupția apare după câteva zile de la apariția febrei. Se caracterizează prin micropapule roz, apărute inițial pe abdomen, care se extind apoi pe față, gât, mâini și picioare; erupția este de obicei nepruriginoasă și durează de la câteva ore la 2-3 zile.

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE

- Spălarea frecventă a mâinilor cu apă și săpun
- Aerisirea frecventă a încăperilor
- Triaj riguros, cu termometrizare

GRIPA¹⁵⁶

DEFINIȚIE

Gripa este o infecție virală a căilor respiratorii, produsă de virusurile gripale, cu evoluție sezonieră (toamna-iarna).

EPIDEMIOLOGIE

Perioada de incubație: scurtă, 1-3 zile

Contagiozitatea este mare, în special în colectivități și familie. Persoana infectată este contagioasă cu 24 ore înainte de apariția simptomelor și în primele 5-7 zile de boală.

Calea de transmitere:

-aeriană, prin picături de salivă. Persoanele infectate răspândesc virusul prin picături de salivă în timp ce vorbesc, tușesc/strănută.

-contact direct

Transmiterea prin intermediul suprafețelor și obiectelor este posibilă.

Profilaxie specifică: vaccinare antigripală cu vaccin cu virus viu atenuat/vaccin inactiv

MANIFESTĂRI CLINICE

Debut brusc cu febră, frisoane, cefalee, oboseală, mialgii, tuse, dureri în gât, rinoree/nas înfundat, vărsături și diaree (mai frecvente la copii).

Complicații: sinuzita, otita, pneumonia

Factori de risc: copiii cu vârste mici, persoanele cu afecțiuni cronice

¹⁵⁵ www.hopkinsmedicine.org

¹⁵⁶ <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>

DIAGNOSTIC ¹⁵⁷		
CRITERII CLINICE	CRITERII DE LABORATOR	CRITERIUL EPIDEMIOLOGIC
• Febră $\geq 38^{\circ}\text{C}$ și • Tuse și • Debut în perioada de 10 zile anterioare și • În absența altui diagnostic și/sau radiologic	• Detecție genetică de tip și subtip: RT-PCR/Real Time-PCR • Izolare și caracterizare de virusuri gripale: tip/subtip	Orice persoană care îndeplinește criteriile clinice și are legătură epidemiologică cu un caz confirmat
Focarul este definit ca apariția a cel puțin 1- 3 cazuri (confirmate obligatoriu cu laboratorul) de gripă într-o colectivitate, raportate la distanță de maximum 10 zile unul față de celălalt și cu legătură epidemiologică între cazuri.		

CAZ POSIBIL	CAZ PROBABIL	CAZ CONFIRMAT
caz care îndeplinește criteriile clinice	caz care îndeplinește criteriile clinice și are legătură epidemiologică cu un caz confirmat cu laboratorul	caz care îndeplinește criteriile clinice și de laborator

Diagnostic diferențial răceală/gripă		
Semne și simptome	Răceală	Gripă
Debut	progresiv	brusc
Febră, frisoane	rare	frecvente, temperaturi ridicate
Cefalee	rară	frecventă
Mialgii	ușoare	frecvente, severe
Oboseală, slăbiciune	uneori	frecvente
Dureri de gât	frecvent	rar
Rinoree/nas înfundat	frecvent	rar
Tuse, dureri toracice	ușoare, până la moderate	severe
Strănut	comun	rar

CRITERII DE PREZENTARE LA SPITAL
1. Dispnee (respirație rapidă sau dificultăți de respirație) 2. Cianoza buzelor sau a feței 3. Tiraj subcostal 4. Dureri musculare severe (copilul refuză să meargă) 5. Semne de deshidratare (copilul nu urinează mai mult de 8 ore, mucoasa bucală este uscată, copilul plânge fără lacrimi) 6. Febră mai mare de 40°, care nu cedează la antitermice

MĂSURI DE PREVENȚIE
Vaccinarea anuală, antigripală este esențială în prevenirea formelor severe de boală! • Evitarea contactului cu persoane bolnave • Evitarea aglomerațiilor, în sezon epidemic (mijloace de transport în comun, colectivități) • Izolarea la domiciliu a bolnavilor de la primul semn de boală; copiii se pot întoarce în colectivitate după 24 ore de la dispariția simptomelor • Spălarea corectă a mâinilor cu apă și săpun, după tuse/strănut și înainte de masă/prepararea mesei. • Tuse/strănut în șervețel/plica cotului • Evitarea atingerii gurii, ochilor și nasului, cu mâinile nespălate • Dezinfecția frecventă a suprafețelor și a obiectelor atinse de mai multe persoane

¹⁵⁷ <https://www.cnsb.ro/index.php/metodologii/gripa-infectii-acute-respiratorii-si-sari/2743-metodologia-de-supraveghere-gripa-infectii-respiratorii-acute-si-sari-2021-2022-actualizare-12-octombrie-2021/file>

TRATAMENT
Tratamentul antiviral se prescrie numai de către medic și este eficient dacă este inițiat în primele două zile de la debutul simptomelor. Tratamentul antibiotic este contraindicat în gripa necomplicată cu suprainfecție bacteriană.

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE ¹⁵⁸
- Măsuri față de bolnavi: se izolează la domiciliu de la primul semn de boală - Măsuri față de contacti: <u>Contactii simptomatici, fără factori de risc</u>: se confirm clinic și epidemiologic ca și caz de gripă (fără să fie necesară recoltarea probelor de laborator), se izolează la domiciliu 7 zile de la apariția simptomelor, se tratează simptomatic și se supraveghează clinic <u>Contactii asimptomatici fara factori de risc</u> vor fi supravegheați clinico-epidemiologic timp de 7 zile de la ultimul contact cu caz confirmat cu gripa. <u>Contactii asimptomatici cu factori de risc</u> vor primi tratament profilactic cu antivirale timp de 7 zile de la ultimul contact cu caz confirmat cu gripa. - Măsuri în colectivitate: - Dezinfecția frecventă a suprafețelor și a obiectelor atinse de mai multe persoane - Aerisirea frecventă a încăperilor - Educație pentru sănătate: spălarea corectă a mâinilor cu apă și săpun, după tuse/strănut și înainte de masă/prepararea mesei, tuse/strănut în șervețel/plica cotului, evitarea atingerii gurii, ochilor și nasului, cu mâinile nespălate

SINDROMUL RESPIRATOR ACUT CU NOUL CORONAVIRUS (COVID-19)¹⁵⁹

DEFINIȚIE
Sindromul respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19) este o boală infecțioasă produsă de virusul SARS-CoV-2.

EPIDEMIOLOGIE
Perioada de incubație: scurtă, 1-3 zile Contagiozitatea: Un caz este considerat infecțios cu 2 zile înaintea debutului și încă 7 zile după debut. Calea de transmitere: -aeriană, prin picături de salivă. Persoanele infectate răspândesc virusul prin picături de salivă în timp ce vorbesc, tușesc/strănută. -contact direct Transmiterea prin intermediul suprafețelor și obiectelor este posibilă. Profilaxie specifică: există vaccin

DIAGNOSTIC		
CRITERII CLINICE	CRITERII DE LABORATOR	CRITERIUL EPIDEMIOLOGIC
ice persoană care prezintă cel puțin unul din următoarele semne și simptome: - tuse - febră - scurtarea respirației - debut brusc al anosmiei, ageuziei sau disgeuziei Notă: Pentru copiii cu vârsta până la 16 ani care prezintă manifestări gastro-intestinale (vărsături, diaree) neasociate cu alimentația, se poate suspecta infecția cu SARS-CoV-2. Simptome și semne adiționale mai puțin specifice pot include cefalee, frisoane, mialgii, astenie, vărsături și/sau diaree.	Detectia acidului nucleic sau a antigenului SARS-CoV-2 într-o probă biologică. Testul rapid antigenic ar trebui efectuat în maximum 5 zile după data debutului sau în maximum 7 zile după data expunerii. Dacă data expunerii nu este cunoscută, testul rapid antigenic ar trebui efectuat cât mai curând posibil.	Contact direct cu un caz confirmat cu COVID-19 în perioada de 7 zile anterioară datei debutului
Focarul este definit ca apariția a cel puțin 3 cazuri de COVID-19 într-o colectivitate.		

¹⁵⁸<file:///C:/Users/user/Documents/proiect%20INSP/Managementul%20focarelor%20de%20gripa%20si%20al%20contactilor.pdf>

¹⁵⁹file:///C:/Users/a/Downloads/Metodologia%20de%20supraveghere%20a%20COVID-19_Actualizare%2022.08.2023.pdf

CAZ POSIBIL	CAZ PROBABIL	CAZ CONFIRMAT
persoana care îndeplinește criteriile clinice	persoana care îndeplinește criteriile clinice și are legătură epidemiologică cu un caz confirmat cu laboratorul	persoana care îndeplinește criteriile de laborator
Testarea pentru SARS-CoV-2 este recomandată pentru toate cazurile posibile.		

MĂSURI DE PREVENȚIE
• Evitarea contactului cu persoane bolnave • Evitarea aglomerațiilor, în sezon epidemic (mijloace de transport în comun, colectivități) • Spălarea corectă a mâinilor cu apă și săpun, după tuse/strănut și înainte de masă/prepararea mesei. • Tuse/strănut în șervețel/plica cotului • Evitarea atingerii gurii, ochilor și nasului, cu mâinile nespălate • Dezinfecția frecventă a suprafețelor și a obiectelor atinse de mai multe persoane

MĂSURI DE PREVENȚIE ÎN COLECTIVITATE
• Măsuri față de bolnavi: izolarea cazului pe toată durata perioadei infecțioase, în funcție de forma clinică, la domiciliu, respectiv în spital/secție de boli infecțioase; dacă forma clinică este ușoară, se poate opta pentru portul măștii, fără izolare la domiciliu • Măsuri față de contacți: Medicul de familie recomanda contactului autodeclararea în cazul debutului unor eventuale simptome în perioada de 7 zile de la ultima expunere la cazul confirmat. • Măsuri în colectivitate: Dezinfecția frecventă a suprafețelor și a obiectelor atinse de mai multe persoane Aerisirea frecventă a încăperilor • Educație pentru sănătate: Spălarea corectă a mâinilor cu apă și săpun, după tuse/strănut și înainte de masă/prepararea mesei, tuse/strănut în șervețel/plica cotului, evitarea atingerii gurii, ochilor și nasului, cu mâinile nespălate

TESTE PENTRU DETECTIA ANTIGENULUI SARS-COV-2 ¹⁶⁰
• Proba biologică de elecție pentru detecția antigenului SARS-CoV-2 este <u>exsudatul nasofaringian</u>. Detecția antigenică din produse biologice nerecomandate (ex.salivă), impune retestarea unui produs biologic recomandat în vederea confirmării. • Testele rapide pentru detecția antigenului SARS-CoV-2 au cel mai bun rezultat în cazurile cu încărcătură virală ridicată, la cazurile pre-simptomatice și simptomatice timpurii, până la cinci zile de la debut • În situații de prevalență ridicată, testele rapide pot fi aplicate pentru testarea cazurilor posibile și probabile de COVID-19 care se prezintă pentru asistență medicală. • În focarele confirmate prin RT-PCR, testele rapide pot fi utilizate pentru testarea contacților simptomatici, pentru a facilita detectarea timpurie a altor cazuri, ca parte a supravegherii contacților și a investigării focarului.

¹⁶⁰ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-useof-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf

3.3. Depistarea precoce și dispensarizarea principalelor afecțiuni în cabinetul medical școlar

Examenul periodic efectuat de către asistentul medical școlar reprezintă, împreună cu examenul de bilanț al stării de sănătate una dintre activitățile cele mai importante care se desfășoară în cabinetele medicale din unitățile de învățământ, datorită rolului în depistarea precoce a diferitelor afecțiuni.

Conform Ordinului Ministrului Sănătății și Ministrului Educației nr. 2508/4493/2023, privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, asistentul medical

- Efectuează somatometria, somatoscopia, fiziometria și examenul acuității vizuale în cadrul examenului medical periodic, înscriind datele rezultate în fișele medicale.

- Participă alături de medicul colectivității la examinarea medicală de bilanț a stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor, efectuând somatometria și fiziometria, cu consemnarea rezultatelor în fișele medicale

Principalele afecțiuni care pot fi depistate precoce în cabinetul medical școlar, prin examenul de bilanț al stării de sănătate și examenele periodice sunt: viciile de refracție, viciile de postură, hipertensiunea arterială, obezitatea și hipostatura.

3.3.1. Viciile de refracție

DEFINIȚII

Miopia este un viciu de refracție sferic în care razele luminoase provenite de la distanță focalizează într-un punct focal secundar situat în fața retinei, astfel încât pe retină apare un cerc de difuziune, care determină vederea neclară a obiectului aflat la distanță. Vederea la aproape este în general neafectată.

Hipermetropia este ametropia ce apare când axul longitudinal al globului ocular este prea scurt, când forța de refracție a mediilor refringente este prea slabă, sau curbura corneei prea redusă. Razele luminoase sunt focalizate dincolo de retină, fiind afectată vederea de aproape, la distanță mică.

Astigmatismul este un viciu de refracție datorat imperfecțiunii curburii cristalinului sau corneei și puterii de refracție diferite. Există astigmatism miopic sau astigmatism hipermetropic.

Anizometropia este determinată de capacitatea de refracție diferită a celor doi ochi, unul fiind normal (emetrop), iar celălalt ametrop, în diferite grade sau ambii ochi ametropi (cu vicii de refracție diferite).

Ambliopia (ochiul leneș) reprezintă reducerea de obicei unilaterală a acuității vizuale¹⁶¹, diagnosticată atunci când este detectat un nivel scăzut al acuității vizuale la nivelul unui ochi. Este principala cauză de acuitate vizuală scăzută monolaterală în copilărie.

CLASIFICAREA MIOPIEI

În funcție de vârstă la care debutează, miopia se clasifică în:

- Miopia congenitală – prezentă la naștere, cu evoluție progresivă spre creșterea valorilor dioptrice;
- Miopia dobândită – cea mai frecventă formă de miopie, cu debut în copilăria mică sau adolescență, cu progresie până în jurul vârstei de 21 de ani, vârstă până la care se contraindică chirurgia de corecție ;
- Miopia cu debut tardiv – la adulții peste 20 de ani;

În funcție de valoarea acesteia (exprimată în dioptrii) se consideră:

- Miopie mică – miopia cu valori mai mici de -3.00 dioptrii;
- Miopie medie – miopia cu valori între -3,00 și -6,00 dioptrii;
- Miopie mare – miopia cu valori peste 6 dioptrii;

Atribuțiile asistentului medical școlar în depistarea precoce și monitorizarea viciilor de refracție

- Evaluează anual acuitatea vizuală a preșcolarilor și elevilor în cadrul examenului periodic și de bilanț al stării de sănătate
- Identifică, împreună cu medicul școlar, copiii care au nevoie de bilet de trimitere la examen oftalmologic
- Informează părinții copiilor asupra necesității efectuării examenului oftalmologic, atunci când este cazul
- Consemnează în fișa medicală a copilului rezultatul examenului oftalmologic
- Verifică compliancea copilului la recomandările medicului oftalmolog
- Monitorizează evoluția cazurilor

¹⁶¹ Sevan S, Teodosescu O. Amblyopia – etiopathogenesis and current treatment options. Journal of School and University Medicine 2017;4(3):37-43

EVALUAREA PACIENTULUI

Pentru măsurarea acuității vizuale sunt necesare următoarele materiale¹⁶²:

- **planșa de acuitate vizuală** cu optotipuri adaptate vârstei (imagini, „E”-uri „răsturnate”, inele „C” Landolt, simboluri Lea, litere).
- Pentru **acoperirea a câte unui ochi** în vederea examinării celuilalt, se pot utiliza două perechi de ochelari, fiecare cu o lentilă acoperită, sau se acoperă câte un ochi cu o bucată de hârtie sau plastic. Nu este indicat să se acopere ochiul cu palma deoarece copilul poate trișa uitându-se printre degete.
- O **sală cu luminozitate corespunzătoare**; planșa nu necesită iluminare suplimentară atâta timp cât încăperea în care se face examinarea este bine iluminată.

Planșa se va plasa față de copil la distanța indicată pe aceasta sau în instrucțiunile ei de utilizare, la același nivel cu ochii copilului.

ATENȚIE! Acuitatea vizuală trebuie determinată întotdeauna monocular.

Pornind de la prima linie de sus a tabelului, i se va cere copilului să indice câte un optotip de pe fiecare linie. Se va prezenta succesiv fiecare linie, de sus în jos, până când un simbol este ratat.

Când copilul indică greșit un simbol, se va reveni la linia de deasupra simbolului ratat și se va solicita copilului să identifice fiecare simbol de pe acea linie.

Ultima linie la care a identificat corect „jumătate + 1” dintre simboluri corespunde acuității vizuale măsurate.

INTERPRETAREA REZULTATELOR

Se va nota acuitatea vizuală măsurată la fiecare ochi ca valoare zecimală (marcată pe planșă la capetele fiecărui rând) ex: „AV OD (“acuitate vizuală ochi drept”) = 0,8”; „AV OS (“acuitate vizuală ochi stâng”) = 1,0”.

Valoarea prag este definită după cum urmează:

- La copiii în vârstă de 4 ani: AV la fiecare ochi este de cel puțin 0,63
- La copiii în vârstă de 5 ani: AV la fiecare ochi este de cel puțin 0,8
- La copiii școlari: AV la fiecare ochi este de 1

Se retestează după o lună copiii la care se bănuiește că nu au trecut testul pentru că nu au fost atenți și nu din cauza unei AV efectiv scăzute.

CRITERII DE TRIMITERE LA OFTALMOLOGIE

Se trimit la examen de specialitate:

- copiii de 4 ani: care au AV la fiecare ochi mai mică de 0,63
- copiii de 5 ani: care au AV la fiecare ochi mai mică de 0,8
- copiii școlari: care au AV la fiecare ochi mai mică de 1
- copiii care au o diferență mai mare de două linii între AV a celor doi ochi, chiar dacă la unul dintre ochi AV este normală

MONITORIZAREA VICIILOR DE REFRACTIE ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR

are drept obiective:

- evaluarea anuală a acuității vizuale tuturor preșcolarilor și elevilor
- luarea în evidență a viciilor de refracție, în urma rezultatelor examenului oftalmologic
- educație pentru sănătate: Evitarea activităților prelungite la aproape (citit, privitul monitoarelor calculatoarelor, telefoanelor, Ipadurilor), ce solicită acomodarea, este importantă, mai ales la copii

¹⁶² Kik J, Nordmann M, Rajka D, Mara M, Cainap S, Teodosescu O, Vladescu, Simonsz HJ & all. Vision screening of four and five-year-old children in Cluj county. Recommendations for nationwide implementation. The Journal of School and University Medicine. 2021;8(4):5-25

3.3.2. Viciile de postură

DEFINIȚII

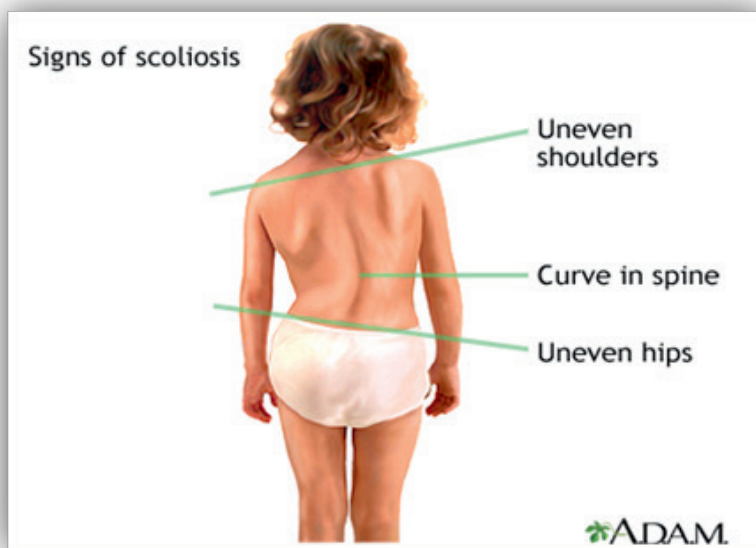
Atitudinea scoliotică este o problemă de statică reversibilă și fără leziuni definitive ale coloanei vertebrale, mai frecventă la copii și adolescenți, în perioada de creștere.

Scolioza este o deviație laterală, incomplet reductibilă, a coloanei vertebrale, cu evoluție progresivă. Se manifestă în trei planuri: frontal, sagital și orizontal (pe o suprafață mai mare sau mai mică) cu rotația corpurilor vertebrale. Convexitatea (respectiv, gibozitatea) este cea care conferă denumirea direcției scoliozei.

Cifoza reprezintă o accentuare patologică, a curburilor coloanei vertebrale, în plan antero-posterior, cu concavitatea înainte. Cifoza posturală - cea mai frecventă, este reversibilă și datorată posturii defectuoase.

Cifoza Scheuermann apare la adolescenți și este determinată de modificări la nivelul corpurilor și spațiilor vertebrale, evidențiabile radiologic.

Lordoza (hiperlordoza) reprezintă accentuarea patologică a curburilor coloanei vertebrale în plan antero-posterior, cu concavitatea posterior



Scolioza

<https://medlineplus.gov/ency/article/001241.htm>

ETIOLOGIE

Deformările coloanei vertebrale se produc în timpul copilăriei între 9 și 12 ani și în perioada adolescenței¹⁶³, și sunt determinate de două categorii de factori:

- factori genetici - sunt primordiali;
- factori de mediu - sunt reprezentați de:
 - postură incorectă, timp îndelungat
 - obezitate
 - sedentarism.

¹⁶³ Cioviță C, Voinea C, Opran T, Săpoi V, Kamal D, Trăistaru R. "The importance of evaluating postural alignment at scholars". *Journal of School and University Medicine* 2016;3(4): 5-12

Atribuțiile asistentului medical școlar în depistarea precoce și monitorizarea viciilor de postură

- Examinează anual aparatul locomotor al preșcolarilor și elevilor în cadrul examenului periodic al stării de sănătate
- Informează medicul școlar cu privire la abaterile constatate
- Informează părinții copiilor asupra necesității efectuării examenului de specialitate, ortopedic/de recuperare, atunci când este cazul
- Consemnează în fișa medicală a copilului rezultatul examenului de la medicul specialist ortoped/de recuperare
- Verifică compliancea copilului la recomandările medicului specialist ortoped/de recuperare
- Monitorizează evoluția cazurilor
- Informează copiii și părinții cu privire la factorii de risc implicați în apariția viciilor de postură
- Informează conducerea unității de învățământ cu privire la respectarea condițiilor de mediu care pot preveni apariția viciilor de postură

EVALUAREA PACIENTULUI

1. Observarea mersului
2. Examenul membrelor inferioare pentru depistarea unei eventuale inegalități în lungime
3. Examenul musculaturii centurilor scapulară și pelviană.
4. Examinarea toracelui în plan frontal anterior și posterior, în poziție ortostatică
5. Examenul clinic al coloanei vertebrale

Se urmărește poziția capului, rectitudinea coloanei, precum și simetria la nivelul: trunchiului, umerilor, omoplaților, taliei, șoldurilor

Testul Adams – copilul este rugat să se aplece în față cu palmele împreunate. În cazul existenței scoliozei se remarcă asimetria musculaturii paravertebrale cu apariția de partea convexității acesteia a unui gibus rezultat din coastele rotate.



Testul Adams

ADAM.

<https://medlineplus.gov/ency/article/001241.htm>

INTERPRETAREA REZULTATELOR

Coloana vertebrală poate fi normală:

- ✓ **în plan frontal**, linia apofizelor spinose, situată pe verticala care pleacă de la nivelul protuberanței occipitale externe, cade în pliul interfesier;
- ✓ **în plan sagital**, verticala pornită de la tragus atinge partea anterioară a umărului, taie marginea inferioară a cutiei toracice la jumătatea distanței dintre planul anterior și cel posterior al trunchiului și trece prin centrul feței externe a marelui trohanter, căzând la mijlocul piciorului;

Coloana vertebrală poate fi **deviată**:

- ✓ lateral - **atitudine scolioțică sau scolioză**
- ✓ anteroposterior
- cu concavitatea înainte: **atitudine cifotică/cifoasă**
- cu concavitatea orientată înapoi: **atitudine lordotică/ lordoză**
- ✓ combinată (cifoscolioze sau cifolordoze)

MONITORIZAREA VICIILOR DE POSTURĂ ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR

Tulburările de statică vertebrală depistate în cabinetul medical școlar:

- ✓ se iau în evidență
- ✓ sunt trimise la medicul specialist
- ✓ se urmăresc în dinamică

PREVENIREA VICIILOR DE POSTURĂ

Sunt importante:

- educarea copilului pentru a avea o poziție corectă pe scaun, în bancă, la masă sau în fața calculatorului – acasă sau la școală; poziția corectă este cu picioarele sprijinite pe sol și spatele drept, lipit de bancă
- o înălțime adecvată a scaunului, a biroului, asigurarea corespunzătoare a sursei de lumină, astfel încât copilul să nu se aplece asupra mesei, ci să aibă spatele drept;
- ghiozdanul sau rucsacul va fi purtat alternativ în mâini sau pe spate, avantajând poziția corectă a spatelui;
- copiii cu vicii de postură și deficiențe ușoare nu sunt scutiți de orele de educație fizică, orele de educație fizică favorizând dezvoltarea fizică armonioasă;
- formarea deprinderii de practicare independentă și regulată atât a programului minim de exerciții de gimnastică, cât și a unor activități speciale recreative sau chiar de performanță (înot, atletism);

În cadrul orelor de promovare a unui stil de viață sănătos sunt combătute anumite deprinderi defectuoase care pot favoriza sau accentua deviația vertebrală

În cadrul lectoratelor cu părinții aceștia sunt învățați și încurajați să urmărească și ei deviațiile coloanei vertebrale ale propriului copil, iar cadrele didactice sunt consiliate asupra poziției corecte pe care trebuie să o adopte elevii în bancă¹⁶⁴.

3.3.3. Hipertensiunea arterială

ETIOLOGIE

Etiologia HTA este multifactorială¹⁶⁵

HTA esențială este mai frecventă la adolescent și adultul tânăr – nu are o cauză evidentă, este de obicei o HTA std. 1 și este asociată cu istoric familial pozitiv de HTA

HTA secundară – este de obicei o HTA std 2 și apare ca sindrom în cadrul

- afecțiunilor renale: boli renale parenchimatoase, reno-vasculare, tumorale - 20% din cazurile de HTA la copil sunt cauzate de boli renale cronice.
- cardiovasculare: obstrucția arcului aortic, coarctația de aortă, vasculite,
- afecțiunilor endocrine: hiperaldosteronism, hipersecreție de mineralcorticoizi, hiperplazie adrenală, sindrom Cushing, afecțiuni tiroidiene, feocromocitom,
- ale sistemului nervos central: tumori, traumatisme, neurofibromatoza tip I von Recklinghausen

FACTORI DE RISC

Factori de risc pentru HTA sunt:

- prematuritatea, greutatea mică la naștere,
- tulburările de somn în legătură cu respirația,
- fumatul parental,
- antecedente heredocolaterale patologice la rude de gradul 1 și 2 (HTA, diabet zaharat).

Supraponderea și obezitatea la copiii cu activitate fizică redusă sunt factori de risc crescut pentru HTAS.

¹⁶⁴ Moldovan K. *Child and adolescent scoliosis. Journal of School and University Medicine* 2016;3(2): 20-34

¹⁶⁵ Flynn J, Kaelber D, Baker-Smith C, Blowey D, Carroll A & all and Subcommittee on Screening and Management of High Blood Pressure in Children. *Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents, Pediatrics*, Vol. 140, Nr.3, From the American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline, September 2017;140(3):e20171904

Atribuțiile asistentului medical școlar în depistarea precoce și monitorizarea HTA

- Măsoară anual tensiunea arterială a preșcolarilor și elevilor în cadrul examenului periodic și de bilanț al stării de sănătate
- Informează medicul școlar cu privire la abaterile constatate
- Informează părinții copiilor asupra necesității efectuării examenului de specialitate, pediatric/ cardiologic, atunci când este cazul
- Consemnează în fișa medicală a copilului rezultatul examenului de la medicul specialist
- Verifică compliancea copilului la recomandările medicului specialist
- Monitorizează evoluția cazurilor
- Informează copiii și părinții cu privire la factorii de risc implicați în apariția HTA

EVALUAREA PACIENTULUI

Măsurarea regulată a TA se recomandă¹⁶⁶ începând cu vârsta de 3 ani,

- o dată pe an la copiii sănătoși
- la fiecare consultație pentru copiii cu: obezitate, boli renale, diabet, coarctăție de aortă, boli aflate în tratament cu agenți farmacologici care pot influența TA

Tehnica măsurării TA:

- prin palpate se apreciază pulsația arterei radiale la nivelul plicii cubitale, pentru stabilirea locului unde urmează să se aplice stetoscopul,
- prin pompare cu para de cauciuc se umflă aer în camera de presiune mai mult cu 30 mm Hg de la dispariția pulsului radial,
- apoi se desumflă cu 2 mm Hg la fiecare secundă;

TAS este considerată cea valoare la care apar primele zgomote (faza I Korotkoff),

TAD corespunde valorii la care dispar zgomotele (faza V Korotkoff);

Tensiunea arterială se determină la ambele brațe și se înregistrează datele de la brațul cu cifre mai înalte ale TA

STADIALIZAREA HTA la adolescent

Diagnosticul HTA la copii trebuie să țină cont de raportarea la vârstă, gen și înălțime, conform tabelelor de percentile ale TA.

La adolescent, cf. Asociației Americane de Pediatrie, **valorile TA sunt considerate normale dacă TA<120mmHg/80mmHg**

Stadializarea HTA

- TA normală înaltă dacă TA=120-129mmHg/80-89mmHg
- HTA std. I dacă TA =130-139 mmHg/80-89 mmHg
- HTA std. 2 dacă TA≥140/90 mmHg

MONITORIZAREA HTA ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR

- Se înregistrează valorile TA
- Se corectează eventualele abateri de la un stil de viață sănătos (alimentație, activitate fizică, odihnă, suplimente alimentare, alți factori de stres).
- Dacă valorile ridicate persistă, copilul va fi orientat spre un serviciu de pediatrie sau cardiologie pediatrică pentru investigații complexe și precizare de diagnostic.
- Dacă sunt simptomatici, evaluarea cardiologică și instituirea tratamentului se face imediat

¹⁶⁶ Urbina E, Alpert B, Flynn J, Hayman L, Harshfi eld G, Jakobson M et al. Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Children and Adolescents: Recommendations for Standards Assessment. A Scientific Statement From the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension and Obesity, in Youth and the Council for High Blood Pressure Research, Hypertension. Journal of the American Heart Association, <http://hyper.ahajournals.org/> by guest on March 19, 2017, <http://hyper.ahajournals.org/content/52/3/433>

ALGORITM DE MONITORIZARE A HTA ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR¹⁶⁷

- **preHTA** - recomandarea schimbării stilului de viață
 - reevaluare după 6 luni
 - dacă TA este normală la reevaluare: modificarea stilului de viață și măsurarea TA cu ocazia examinărilor de bilanț a stării de sănătate
 - dacă TA este crescută la 2 reevaluări consecutive, se trimite la cardiologie
- **HTA std 1** - recomandarea schimbării stilului de viață
 - reevaluare după 1-2 săptămâni/ mai repede dacă este simptomatic
 - dacă TA este normală la reevaluare, se continuă măsurarea TA cu ocazia examinărilor de bilanț al stării de sănătate
 - dacă TA este crescută la 2 reevaluări consecutive, se trimite la cardiologie
- **HTA std 2** - se trimite la cardiologie

RECOMANDĂRI PRIVIND MODIFICAREA STILULUI DE VIAȚĂ¹⁶⁸

- exerciții fizice de 3-5 ori pe săptămână, câte 40 minute, în aer liber,
- evitarea activităților cu caracter sedentar mai mult de 2 ore/zi,
- reducerea consumului de sare, de zahăr și a băuturilor carbogazoase,
- încurajarea consumului de fructe, legume, cereale integrale,
- excluderea tabagismului, consumului de alcool și a băuturilor energizante,
- implicarea în competiții sportive (este interzisă doar pacienților cu HTA gr.II, necontrolată și/sau leziuni organice).

MESAJE CHEIE

HTA la copii este frecvent subdiagnosticată, datorită absenței simptomelor – **importanța măsurării de rutină a TA!**

Diagnosticul HTA la copiii mici trebuie să țină cont de raportarea la vârstă, gen și înălțime

3.3.4. Obezitatea

DEFINIȚIE

Obezitatea este rezultatul dezechilibrului între aportul și necesitățile energetice¹⁶⁹.

Atunci când aporturile sunt egale cu necesitățile, bilanțul este echilibrat și creșterea staturo-ponderală rămâne normală¹⁷⁰. Atunci când aporturile sunt superioare necesităților, excesul de energie e stocat sub formă de trigliceride în țesutul adipos. Creșterea țesutului adipos implică mai întâi o creștere de volum, apoi a numărului de adipocite.

ETIOLOGIE	FACTORI DE RISC
• Factorii genetici exercită influențe atât asupra gradului obezității cât și asupra distribuției grăsimii corporale. Obezitatea este determinată poligenic¹⁷¹. Deși obezitatea copilului se corelează frecvent cu adipozitatea parentală, transmiterea ereditară a fost demonstrată la doar 0,2-0,7% din cazurile cu obezitate familială. • Factorii individuali sunt reprezentați de factori comportamentali (alimentație, nivelul activității fizice) și de factori psihogeni. • Factorii de mediu țin atât de nivelul socio-economic cât și de factorii familiali	• alimentația: nivelul aportului energetic, compoziția în macronutrienți a alimentelor și comportamentul alimentar sunt cei 3 factori nutriționali responsabili de excesul ponderal la copil¹⁷². • scăderea activității fizice joacă un rol major. Activitatea fizică crește consumul energetic total și de repaus, favorizând dezvoltarea masei musculare. Numărul orelor petrecute în fața unui ecran este asociat semnificativ cu obezitatea • nivelul socio-economic ridicat este un factor de risc pentru obezitate în țările sărace, în timp ce nivelul scăzut este în general un factor de risc în țările dezvoltate • obezitatea părinților

¹⁶⁷ Palii I, Rudi M, Mătrăgună N, Pîrțu L. Hipertensiunea arterială esențială la copil. Protocol clinic național, Chișinău 2013

¹⁶⁸ Neghirlă A, Rus I, Hațegan C, Onose M, Heinrich L, Bârsan D, Dălăilău-Rus NS, Oroian A, Șamșudean M. Arterial hypertension in adolescents – prospective study. *Journal of School and University Medicine* 2018;5(1): 5-15

¹⁶⁹ Basdevant A – Analyse clinique du comportement alimentaire – *La Revue du Practicien* – 2000; 50:484-4

¹⁷⁰ Whitehead RG, Alison AP – Longitudinal study of energy needs – *Feeding from toddlers to adolescence* – Ed. Philadelphia – 1996

¹⁷¹ Caflish, M. – L'adolescent obese: un case-tete ou un defi ? – *Revue Medicale Suisse* – 2007 – www.medhyg.ch

¹⁷² Dommergues JP – Obesite d l'enfant et de l'adolescent – une nouvelle epidemie? – *Communication aux JTA* 2005

Atribuțiile asistentului medical școlar în evaluarea stării de nutriție a preșcolarilor și elevilor
- Măsoară anual greutatea și înălțimea preșcolarilor și elevilor în cadrul examenului periodic și de bilanț al stării de sănătate - Calculează Indicele de masă corporală și, în colaborare cu medicul școlar face încadrarea stării de nutriție a copilului - Informează părinții copiilor asupra necesității efectuării examenului de specialitate, pediatric/endocrinologic, atunci când este cazul - Consemnează în fișa medicală a copilului rezultatul examenului de la medicul specialist - Verifică compliancea copilului la recomandările medicului specialist - Monitorizează evoluția cazurilor - Informează copiii și părinții cu privire la factorii de risc implicați în apariția obezității

EVALUAREA PACIENTULUI	
Măsurătorile antropometrice trebuie să fie făcute¹⁷³ în cursul dimineții, înainte de prânzul, cu copilul îmbrăcat sumar, fără încălțăminte. Cântărele și taliometrele trebuie să fie bine calibrate, astfel încât să realizeze măsurători corecte și precise. Se notează pentru fiecare copil, imediat, Greutatea în kilograme (cu zecimale) și Înălțimea (în centimetri). Se calculează IMC (indicele de masă corporală), ca raport al greutății la pătratul înălțimii $IMC = G \text{ (kg)} \times 100 / I^2 \text{ (cm)}$	
IMC la adult	IMC la copil
Pe baza IMC, adulții pot fi încadrați în următoarele categorii: - subponderali: $IMC < 18,5$ - normoponderali: $IMC = 18,5 - 24,9$ - supraponderali: $IMC = 25 - 29,9$ - Obezitate: $IMC > 30$	Pentru copii este necesară raportarea IMC la curbele percentile, pentru vârstă și sex, care exprimă schimbările dinamice ale IMC în timpul creșterii¹⁷⁴. Clasificarea stării de nutriție la copii se face în funcție de percentilele (p) IMC, astfel: - Subpondere: $IMC < p 5$ - Normoponderalitate: $p 5 < IMC < p 85$ - Suprapondere: $IMC > p 85$ - Obezitate: $IMC > p 95$

MONITORIZAREA OBEZITĂȚII ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR
are drept obiective: - supravegherea anuală a evoluției IMC în raport cu curbele percentile - identificarea copiilor cu risc de a dezvolta obezitate: cei cu creșterea bruscă în greutate înainte de vârsta de 6 ani

PRINCIPII ALE TRATAMENTULUI DIETETIC ÎN OBEZITATE
Este esențial ca aportul energetic să fie redus, pentru a negativa balanța energetică. Prescripțiile dietetice vizând reducerea aportului caloric trebuie să țină cont de obiceiurile alimentare individuale și să nu facă apel la restricții alimentare severe: regimurile moderat restrictive aduc, în general, rezultate mai bune pe termen lung și induc mai puține efecte secundare decât cele severe¹⁷⁵. - Reducerea rației calorice cu aproximativ 15-30% din aportul alimentar pe care îl avea copilul până atunci. - Proporția principiilor nutritive din rația calorică în timpul tratamentului trebuie menținută la: 55% glucide, 30% lipide și 15% proteine. - Aportul glucidic trebuie să fie reprezentat de hidrocarbonate complexe, excluzându-se glucidele simple. - Proteinele trebuie să aibă dublă proveniență: animală și vegetală. - Este contraindicat aportul crescut de acizi grași saturați și de colesterol. - Dietele bogate în fibre alimentare sunt mai reduse caloric, cresc timpul de masticare și împiedică astfel consumul unor cantități suplimentare de alimente pentru atingerea senzației de sațietate - Regimul bogat în produse vegetale proaspete acoperă nevoile de oligoelemente și vitamine

¹⁷³ Nicolescu R. COSI – WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative. *Journal of School and University Medicine* 2017;4(11):47-53

¹⁷⁴ <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>

¹⁷⁵ Association Francaise d'Etude et de la Recherche sur l'obesite – Recommandation pour le diagnostic, la prevention et les traitement des obesites en France – Cahier de nutrition et de dietetique – 1998; vol.33, spl.

3.3.5. Hipostatura

DEFINIȚII

Hipostatura este definită ca fiind o înălțime mai mică decât percentila 3 sau cu 2 deviații standard (DS) sub valoarea medie pentru vârstă și sex; poate fi idiopatică sau poate fi întâlnită în diferite boli/sindroame.

ETIOLOGIE

Statura mică idiopatică¹⁷⁶:

- este definită ca hipostatură fara cauze organice; este proporționată
- include copiii sănătoși care au talia cu mai mult de 2 SD sub media pentru vârstă și sex (include și o parte din pacienții cu statură mică familială și statură mică constituțională)
- se caracterizează prin înălțime inferioară față de media vârstei, în absența oricărei tulburări endocrine, organice, metabolice, fără probleme psihosociale, cu aport corespunzător de principii nutritive

Statura mică familială (genetică) se caracterizează prin¹⁷⁷:

- talie normală pentru vârsta gestațională;
- reducerea vitezei de creștere între 6 și 18 luni, urmată de o creștere constantă sub percentila 5 până la atingerea taliei finale care este potrivită taliei țintă (apreciată în funcție de talia părinților);
- pubertatea și vârsta osoasă nu sunt întârziate, iar pacienții au o dezvoltare proporționată;
- talia finală este de obicei la limita inferioară a normalului sau sub aceasta

Întârzierea constituțională a creșterii prezintă¹⁷⁸:

- frânarea creșterii în timpul primilor 2 ani de viață, urmată de o viteză de creștere normală, cu o accelerare tardivă în perioada adolescenței, ducând la o talie finală apropiată de talia țintă;
- este mai frecventă la băieți și e posibil ca și părinții să fi avut o creștere întârziată;
- pacienții au o pubertate întârziată și o vârstă osoasă întârziată;
- examenul fizic – normal;
- testele de laborator - normale

Displaziile scheletice: osteogenesis imperfecta, acondroplazia, pseudohipoparatiroidismul

Retardul de creștere intrauterină

Boli genetice: Turner, Patau, Down, Prader-Willi, Noonan, mucopolizaharidozele

Tulburări hormonale: deficitul de hormon de creștere, hipotiroidismul, hipercorticismul, excesul de steroizi

Boli cronice, terapia pe termen lung cu corticosteroizi

Nanismul psihosocial

Atribuțiile asistentului medical școlar în evaluarea staturii preșcolarilor și elevilor

- Măsoară anual înălțimea preșcolarilor și elevilor în cadrul examenului periodic și de bilanț al stării de sănătate
- Încadrează în percentile, în colaborare cu medicul școlar, datele obținute la somatometrie
- Informează părinții copiilor asupra necesității efectuării examenului de specialitate, pediatric/endocrinologic, atunci când este cazul
- Consemnează în fișa medicală a copilului rezultatul examenului de la medicul specialist
- Monitorizează evoluția cazurilor

¹⁷⁶ Puiu I, Stepan D, Marinău L, Singer C, Maria V. Short stature – a continuous challenge in pediatric practice. *Journal of School and University Medicine* 2017;4(11):20

¹⁷⁷ Allen DB, Cuttler L. Short stature in children—challenges and choices. *N Engl J Med* 2013;1220–1

¹⁷⁸ Clark PA. Constitutional Growth Delay. *Medscape* 2015

EVALUAREA PACIENTULUI

Evaluarea exactă a copiilor este esențială pentru diferențierea între creșterea normală și anormală și implică măsurarea și calcularea unor parametri care se raportează la valori de referință și care sunt reprezentați de:

- **talie,**
- **greutate,**
- **indice de masă corporală (kg/m²)**

Măsurătorile taliei repetate în timp, permit calcularea unei rate de creștere (sau **viteza de creștere**).

Evaluarea vitezei de creștere la fiecare vizită medicală facilitează identificarea precoce a problemelor de creștere.

Datele obținute la somatometrie se înregistrează în fișa medicală a copilului și sunt încadrate în grupe sigmatice (deviații standard). Se trasează curba de creștere în înălțime, pe grafic.

Înregistrarea de către asistentul medical școlar a valorilor înălțimii pe curba de creștere¹⁷⁹, în fiecare an, este un indicator esențial în observarea vitezei de creștere, furnizând elemente importante pentru etiologia hipostaturii.

INTERPRETAREA REZULTATELOR

Dacă parametrii evoluează în culoarul +2 și -2 deviații standard sau între percentila 3 și 95, creșterea este considerată normală

Deficitul statural este definit ca fiind o înălțime mai mică decât percentila 3 sau cu 2 deviații standard (DS) sub valoarea medie pentru vârstă și sex

Orice copil cu talia < -2DS sau sub percentila 3 trebuie investigat

MONITORIZAREA HIPOSTATURII ÎN CABINETUL MEDICAL ȘCOLAR

are drept obiective:

- evaluarea anuală a înălțimii tuturor preșcolarilor și elevilor
- trasarea curbei de creștere în înălțime
- evaluarea vitezei de creștere în înălțime

¹⁷⁹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/child-growth-standards/indicators/length-height-for-age/cht-hfa-girls-p-2-5.pdf?sfvrsn=c5f19457_10_

CAPITOLUL 4

Intervenții pentru promovarea sănătății și schimbarea comportamentelor în colectivitățile de copii și tineri

4.1 Sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri (Michaela Nanu, Ioana Nanu, Ecaterina Stativă)

Definiții
Sănătatea sexuală și reproductivă este parte a sănătății generale și se definește ca bunăstare fizică, emoțională și socială în toate aspectele care au legătură cu sexualitatea și sistemul reproductiv atât la femei cât și la bărbați.
Sănătatea sexuală și reproductivă necesită o abordare pozitivă și respectuoasă a sexualității și a relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute și sigure, fără constrângere, discriminare și violență.

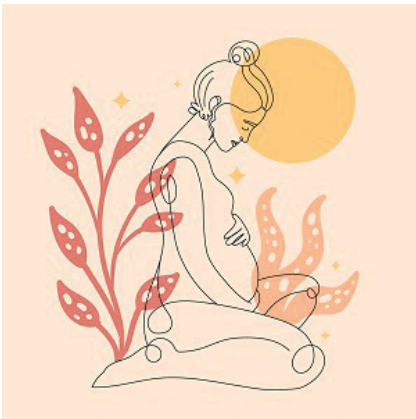
Standarde de calitate pentru serviciile de sănătate sexuală și reproductivă
Serviciile esențiale de sănătate sexuală și reproductivă trebuie să îndeplinească standardele de sănătate publică și drepturile omului, “Disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate” ale dreptului la sănătate.
Serviciile ar trebui să includă:
• informații corecte și consiliere privind sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv educație sexuală cuprinzătoare, bazată pe dovezi • informații, consiliere și îngrijire legate de funcția și satisfacția sexuală • prevenirea, detectarea și gestionarea violenței și constrângerii sexuale și bazate pe gen • alegere de metode contraceptive sigure și eficiente • îngrijire sigură și eficientă antenatală, la naștere și postnatală • servicii și îngrijire de avort sigure și eficiente • prevenirea, gestionarea și tratamentul infertilității • prevenirea, detectarea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV, și a infecțiilor tractului reproducător • prevenirea, detectarea și tratamentul cancerelor la nivelul sistemului reproducător

Drepturile sexuale și reproductive ale adolescenților și tinerilor
Documentele internaționale la care și România a aderat insistă asupra drepturilor sexuale și reproductive ale adolescenților și tinerilor. Acestea includ dreptul la sănătate, la informare și educație, dreptul de acces la servicii de calitate, prietenoase, nediscriminatorii, confidențiale și accesibile și dreptul a fi feriți de orice fel de violență sexuală, bazată pe gen sau coerciție.

Riscurile majore care pot afecta sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților

Adolescența este o perioadă de tranziție majoră din punct de vedere fizic, emoțional și social de la cea a copilăriei la cea de adult. Riscurile majore care pot afecta sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților vizează sarcina la adolescente, bolile cu transmitere sexuală și violența sexuală.

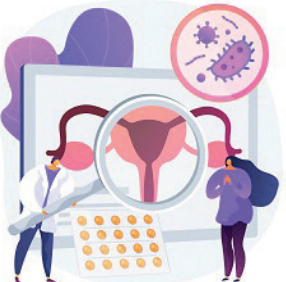
1. Sarcina în adolescență

Importanța problemei	
Maturizarea fiziologică din pubertate asigură suportul biologic necesar fecundației și apariției sarcinii la adolescente în contextul în care cognitiv și afectiv fetele nu sunt pregătite pentru a deveni mame.	
	
Riscul sarcinii	
Adolescenții sunt mai predispuși la comportamente de risc pentru o sarcină nedorită din cauza lipsei de educație și informare, comunicare deficitară cu adulții, acces limitat la contracepție, pudoare față de utilizarea mijloacelor contraceptive sau mituri legate de utilizarea acestora. La adolescente riscul crește semnificativ în situația existenței unor factori psihosociali adjuvanți: sărăcie, educație scăzută, abuzul fizic și sexual, familii dezorganizate.	
Efectele secundare	
Se cunoaște faptul că sarcina la adolescente poate antrena complicații medicale atât în sarcină sau la naștere, anemie, eclampsie, hipertensiune arterială, infecții sistemice puerperale și leziuni ale tractului genital. De asemenea, copiii mamelor adolescente sunt născuți frecvent prematur, au greutate mică la naștere, prezintă un retard al creșterii intrauterine și sunt expuși mai frecvent riscului de îmbolnăviri în perioada neonatală. Nu în ultimul rând este de menționat faptul că sarcina în adolescență antrenează consecințe negative psihosociale și educaționale, abandon școlar, discriminare de către colegi și societate și nu în ultimul rând sărăcie.	
Diagnosticul	
Se pune pe baza semnelor clinice de sarcină și testelor care detectează modificările hormonale. Testele de sarcină efectuate la domiciliu pot da rezultate fals pozitive sau fals negative în cazul unor teste efectuate incorect sau prea devreme. Medicul de familie are responsabilitatea stabilirii diagnosticului de sarcină și luării în evidență a femeii gravide.	
De reținut!	Important!
Adolescenții trebuie să fie informați privind consecințele posibile ale sarcinii în adolescență, cum pot fi recunoscute primele semne de sarcină și unde să se adreseze, legislația și serviciile medicale și psihologice disponibile, cum pot preveni sarcina.	În abordarea sarcinii în adolescență, trebuie acordată atenție și sexualității băieților și informării acestora privind responsabilitatea în prevenirea sarcinii dar și asupra rolului taților în asigurarea unei parenteralități adecvate. Organizația Mondială a Sănătății militează pentru focalizarea atenției pe educația băieților cu scopul reducerii sarcinii în adolescență.

2. Prevenirea sarcinilor în adolescență - contracepție

Legislație	
Legislația din România asigură dreptul adolescenților la prevenirea sarcinilor nedorite prin folosirea metodelor de planificare familială – contracepție și evitarea nașterilor prin avort la cerere. Copiii până la 18 ani pot accesa consultația de planificare familială la medicul de familie sau în asistența medicală ambulatorie pentru consiliere și prescrierea unei metode contraceptive. Conform aceleiași legislații (legea 95/2006) privind reforma în domeniul sănătății până la vârsta de 16 ani minorii nu pot avea acces la mijloace contraceptive fără acordul părinților sau al tutorelui.	
Eligibilitate	
Adolescenții sunt eligibili să folosească orice metodă contraceptivă (luând în considerare criteriile OMS de eligibilitate).	
■ Atenție! Vârsta în sine și doar aceasta nu constituie un motiv pentru a refuza orice metodă contraceptivă. În situații particulare, ale unor boli cronice, alegerea metodei se face în cadrul unui consult de specialitate analizând beneficiile și riscurile.	■ De reținut! Adolescenții trebuie să fie informați de existența și tipul mijloacelor contraceptive, eficiență, efecte adverse posibile, modul de acces la serviciile de planificare familială și contraceptive.
Metode contraceptive	
Metode hormonale, diferențiate după modul de administrare în: contraceptive orale, implanturi, preparate injectabile, dispozitive intrauterine cu suport hormonal.	
Metode non-hormonale: metode de barieră mecanică, prezervativul masculin și feminin, diafragma, metode de barieră chimică, spermicidele, metoda calendarului (a recunoașterii perioadei fertile), dispozitive intrauterine cu cupru, contracepția de urgență.	
Particularități de folosință	
Trebuie luate în considerație în procesul de informare și consiliere, aspecte care vin în întâmpinarea așteptărilor acestora și anume: • siguranță și eficiență, • să fie ușor de utilizat, • să nu influențeze actul sexual • să fie ieftine • să fie utilizabile independent de sfatul medicului, păstrarea anonimatului folosirii contracepției.	

3. Bolile cu transmitere sexuală

Etiologia	Prevenție
În grupul infecțiilor cu transmitere sexuală mai des întâlnite sunt: Chlamidioza frecvent întâlnită la adolescent, Gonoreea ce poate afecta atât bărbații cât și femeile, Sifilis – boala cu afectare multisistemică și evoluție nefavorabilă în lipsa tratamentului adecvat, Herpes genital, Infecția cu Virusul Papiloma Uman (Human Papiloma Virus = HPV) cu o prevalență maximă la adolescente și risc de apariție a cancerului de col uterin. 	Prevenirea acestor afecțiuni și a complicațiilor se realizează prin: • abținerea, cea mai eficientă metodă • folosirea corectă a prezervativului la contact sexual • evitarea partenerilor multipli și a comportamentelor de risc, a consumului de alcool, droguri 
Factori de risc	Servicii
Infecțiile cu transmitere sexuală au o incidență mai mare la adolescenți și tineri în raport cu populația adultă, fiind prezente atât la băieți cât și la fete, mai ales în caz de debut precoce a vieții sexuale, lacune în informații, sex neprotejat, abuz sexual, parteneri multipli, asocierea cu alte comportamente de risc, alcool, droguri.	Informarea asupra metodelor preventive, consult de specialitate în prezența unei simptomatologii orientative, vaccinare (HPV, hepatită), păstrarea unor reguli de igienă generală, confidențialitatea serviciilor. În caz de suspiciune de infecție cu transmitere sexuală este necesar consultul de specialitate pentru diagnostic și tratament
Complicații	De reținut!
Infecțiile cu transmitere sexuală dau complicații imediate sau pe termen lung ca de exemplu dureri pelvine, inflamații genitale, afectare sistemică (a diferitelor organe în funcție de etiologie), cancere, sterilitate și infertilitate masculine și feminine, complicații în sarcină.	Adolescenții trebuie informați asupra riscului infecțiilor cu transmitere sexuală, simptomatologiei în caz de infecție, metodei de prevenire insistând asupra importanței vaccinării și asistență în caz de infecție.

4. Violența sexuală

Se poate produce în orice context, în familie, comunitate, școală. Adesea este subraportată deoarece victimele nu reclamă abuzul de teama stigmei sociale determinate de valorile comunității în care trăiesc.

Forme de abuz sexual	Intervenții
• Formele de violență sexuală sunt frecvent asociate cu violența de gen, îndreptată asupra unei persoane pe baza sexului său și include (OMS) : • Violența împotriva fetelor: viol comis de persoane străine, viol în cadrul mariajului sau întâlnirilor, avansuri sexuale nedorite, hărțuire sexuală, abuz sexual împotriva persoanelor cu dizabilități, abuz sexual împotriva copiilor, căsătoria și coabitarea forțată, interzicerea accesului la contraceptive sau protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală, acte de violență împotriva integrității sexuale, inclusiv controlul forțat pentru constatarea virginității, prostituție forțată, viol în timpul conflictelor armate.	Orice persoană care intră în contact cu persoane supuse violenței sexuale sau au cunoștințe de asemenea practici pot interveni semnalând autoritățile abilitate, Direcția de Protecție a Copilului, poliție, Parchet, situația întâlnită. În situația unui abuz sexual managementul de caz implică o abordare multidisciplinară care pleacă întotdeauna de la identificarea și semnalizarea situației.

• Violența sexuală împotriva băieților include: violul, sterilizarea forțată, masturbarea forțată, violența genitală	Copiii și familia acestora trebuie informați și susținuți să semnaleze situațiile de violență sexuală și cui să se adreseze. De asemenea trebuie să fie învățați să diferențieze atingerile hrănitoare de cele nocive premergătoare de abuz sexual.
Efecte Violența sexuală poate antrena efecte negative pe termen scurt și lung: • Sarcină la fete • Boli cu transmitere sexuală, HIV/ SIDA, complicații ginecologice • Consecințe psihologice, sindromul de traumă postviol, anxietate, depresie, fobii sociale.	

Materialul de față reprezintă o transpunere în rezumat a informațiilor din Ghidul de prevenție Sănătatea reproducerii și sexualității la tineri elaborat de INSMC în anul 2022 ISBN: 978-606-098-069-8.
Sursă poze: www.freepik.com

4.2. Consumul de droguri noi (Rodica Nicolescu)

Definiție ¹⁸⁰	
Organizația Mondială a Sănătății definește drogul ca fiind o substanță solidă, lichidă sau gazoasă, a cărei folosință se transformă în obicei și care afectează direct creierul și sistemul nervos, schimbă sentimentele, dispoziția și gândirea, percepția și/sau starea de conștiență, modificând imaginea asupra realității înconjurătoare	
Droguri utilizate de tinerii din România ^{181,182}	
	• Conform celui mai recent raport al ANA (Agenția Națională Anti-drog), în România se remarcă o încetinire a ritmului de creștere a consumului pentru majoritatea drogurilor ilicite, excepție făcând consumul de substanțe psihoactive noi (NPS - new psychoactive substance). • Canabisul continuă să fie unul dintre cele mai consumate droguri în România, atât de populația generală (locul 2 în clasamentul celor mai consumate droguri ilicite din România, după noile substanțe psihoactive), cât și de populația școlară. O practică frecventă este utilizarea de produse pe bază de canabis contaminate cu canabinoizi sintetici periculoși care prezintă riscuri pentru sănătatea consumatorilor. • Alte droguri consumate de tineri, în ordinea descrescătoare a frecvenței (conform ESPAD 2019): solvenți/substanțe inhalante, cocaină, LSD sau alte halucinogene, Ecstasy, heroină, ketamină, crack, metamfetamine, amfetamine, GHB • Tinerii încearcă să experimenteze toate drogurile; există o tendință de a cumpăra de oriunde, cât mai ieftin, urmărind doar să obțină acea intensitate a trăirilor pe care și-o doresc. ATENȚIE! Orice consum de droguri este problematic. În momentul în care o persoană este dispusă să fumeze o țigară cu marijuana, există riscul potențial de a consuma și alte substanțe.

¹⁸⁰ Organizația Mondială a Sănătății, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

¹⁸¹ Raport ANA (Agenția Națională Anti-drog) - 2022 <http://www.ana.gov.ro/>

¹⁸² Raportul European privind drogurile 2022 Centrul European pentru Monitorizarea Drogurilor și a dependenței de Droguri (EMCDDA) <https://www.emcdda.europa.eu/publications/>

NPS – Noile substanțe psihoactive. Riscuri asociate consumului¹⁸³

- Substanțele noi cu efect psihoactiv, cunoscute inițial drept etnobotanice, au fost comercializate mai mulți ani în cadrul așa-numitelor „magazine de vise”. Legea 194 din 2011 este cea care a instituit un regim sever pentru comercializarea unor asemenea substanțe, magazinele s-au desființat, dar vânzarea a continuat pe ascuns. Ulterior, puteau fi condamnați penal atât vânzătorii cât și cumpărătorii de substanțe cu efecte psihoactive, dar o decizie a Înaltei Curți de Casație și Justiție din 2018 a stabilit că legea este neclară iar deținerea nu a mai fost considerată infracțiune.
- Majoritatea acestor droguri sunt amestecuri sintetice cu compoziție necunoscută. Ele au fost create de laboratoare clandestine pentru a mima efectele substanțelor binecunoscute cum ar fi canabisul sau cocaina, dar în componența lor au inclus diferite tipuri de amestecuri chimice care potențează efectul substanței active. Imită drogurile, dar au un efect mai puțin previzibil și pot conține elemente cu toxicitate ridicată, de la insecticid la acid de baterie și chiar otravă de șobolani.
- În interiorul aceluiași plic de drog pot fi incluse substanțe care sunt din toate categoriile (stimulente, inhibitoare și psihedelice), ceea ce este un lucru foarte periculos.
- Produc senzații ca după consumul de droguri clasice „curate”, dar mult mai intense decât ale substanței active preponderente, datorită compușilor chimici adăugați.
- Sunt de obicei vândute prin internet și adesea sunt etichetate ca având în compoziție ingrediente diferite față de cele reale. Pentru a eluda controlul, produsele sunt deseori etichetate fraudulos, ca „îngrășământ pentru plante”, „sare de baie”, „substanțe chimice pentru cercetare”, „amestec de plante uscate”, „bețișoare parfumate” etc. și sunt însoțite de declinări ale responsabilității, potrivit cărora nu sunt destinate consumului uman.

Utilizatorii pot fi expuși în necunoaștință de cauză la substanțe cu potență mare, ceea ce poate crește riscul de evenimente de supradoză fatale.

Indicii care pot sugera consumul de droguri¹⁸⁴

- **Schimbări ale personalității.** De exemplu, o persoană calmă, care vorbește cumpătat ar putea deveni brusc zgomotoasă și abuzivă sau o persoană vorbărească și extrovertită ar putea deveni tăcută și retrasă. Aceste modificări pot apărea însă treptat, fiind greu de detectat.
- **Schimbări bruște de dispoziție.** La consumatorii de droguri, starea de spirit poate alterna dintr-o dată de la veselie la tristețe și invers, uneori se observă chiar agresivitate neobișnuită, aparent fără motiv. De asemenea, comportamentul extrem poate fi declanșat de cele mai inofensive evenimente sau declarații.
- **Posibile schimbări ale aspectului fizic sau ale stării generale.** Din cauza consumului de droguri pot apărea modificări în aspectul fizic sau în starea generală de bine a unei persoane. Aceste modificări se pot instala brusc sau treptat.

modificări ale greutății prin pierderea/exacerbarea poftei de mâncare	schimbări ale orelor de somn retracția sau dilatarea pupilelor	vorbire încâlcită greață și vărsături	reacții lente mers nesigur	euforie transpirații
---	---	--	-------------------------------	-------------------------

- **Schimbări în performanța școlară.** Deteriorarea semnificativă a performanțelor școlare (în special în cazul în care elevul avea note bune) sau, fel de bine, o schimbare rapidă de la o performanță slabă la una superioară în școală pot fi indicatori ai consumului de droguri.
- **Pierderea gradată a interesului** pentru școală, muncă, hobby-uri, sporturi, prieteni.
- **Schimbări în „nivelul de trai”.** Schimbările stilului de viață al unei persoane tinere în ceea ce privește anturajul, o schimbare în tabieturi, în stilul vestimentar etc.

¹⁸³ <https://www.medichub.ro/reviste-de-specialitate/farmacist-ro/noile-substante-psihoactive-actori-noi-intr-o-drama-veche-toxicodependenta-id-4543-cmsid-62>

¹⁸⁴ http://medfam.ro/books/igienacop/Introducere/Cuprins/Capitolul_4/4__Drogurile/body_4__drogurile.html

- **Căutarea de bani sau creșterea veniturilor** (în cazul în care comercializează), dispariția banilor sau a unor obiecte de valoare din casă. Cumpărarea de droguri este costisitoare și odată cu creșterea nivelului dependenței cresc și sumele necesare. Tinerii nu se folosesc întotdeauna de bani pentru procurarea de droguri. De exemplu, haine, bijuterii, telefoane etc. sau activitățile sexuale sunt de obicei tranzacționate pentru droguri.
- **Pete neobișnuite, mirosuri ciudate pe piele sau îmbrăcăminte.**
- **Schimbarea grupului de prieteni**, precum și tendința de tăinuire a acestor “prieteni”.
- **Deteriorarea relațiilor sociale.**
- **Abuzul de droguri cauzează și alte tipuri de probleme comportamentale și sociale:**
 - Accidente, absenteism, delincvență.
 - Toxicomanii cronici au tendința de a abandona școala și au un cerc de prieteni unde consumul de droguri este foarte răspândit.
 - De multe ori, părinții lor sunt ei înșiși consumatori de alcool și/sau droguri.
 - Deoarece consumul de droguri este ilegal, utilizatorii și furnizorii sunt direct sau indirect antrenați într-o rețea de delincvență și posibil de violență. Este un motiv din cauza căruia numeroși tineri recurg la furtul de bani sau de bunuri de la alte persoane, crime sau prostituție pentru a-și procura drogul.

Manifestări clinice în intoxicațiile cu NPS¹⁸⁵

EFFECTE, TABLOU CLINIC - Simptome variate și polimorfe

- **Manifestări nespecifice** (somnolență, greață, agitație)
- **Manifestări specifice în funcție de tipul substanței**

*Canabinoide sintetice (substanțe de tip “spice”, cu efecte THC-like, dar cu intensitate și durată mai mare. *THC este substanța cu efect psihoactiv din cannabis):*

- Relaxare, spontaneitate, percepția de trecere lentă a timpului, amețeli, stări de euforie, somnolență
- Creșterea apetitului, gura uscată, hiperemie conjunctivală, ochi strălucitori
- Tahicardie, transpirații, diminuarea coordonării mișcărilor.
- Alterare senzorială, dificultăți în executarea unor funcții mentale complexe precum învățarea, comunicarea verbală sau memoria.
- Consumul repetat poate duce la fenomenul de dependență.
- În majoritatea cazurilor, la scurt timp după încetarea consumului se instalează o stare de anxietate, iar dacă apar semnele sevrajului (insomnie, tremor, greață, transpirații, depresie, agitație, paranoia etc.) este indicat să se apeleze rapid la ajutor medical.
- **Simptomele intoxicației** sunt asemănătoare cu cele ale intoxicației cu cannabis, dar mai severe, tabloul clinic cuprinzând cel mai frecvent: agitație, greață, palpitații, sincopă, halucinații. Mai puțin comune sunt: accidentul vascular cerebral, convulsiile, infarctul miocardic, distrugerii ale fibrei musculare, afectarea renală, vărsături incoercibile, psihoză și chiar deces.

Catinone sintetice (substanțe cu efecte stimulante asemănătoare cu cele ale amfetaminei sau cocainei - metcatinona, mefedrona, substituenți de Ecstasy):

- Consumatorul se simte plin de energie, foarte activ fizic, gândește repede, este foarte vorbăreț și euforic
- Încredere în sine exagerată, dezinhibare, panică, confuzie, paranoia. Pot declanșa psihoze.

¹⁸⁵ https://rjp.com.ro/articles/2019.4/RJP_2019_4_RO_Art-01.pdf

- Pot pune presiune asupra inimii și a sistemului nervos, slăbesc sistemul imunitar, scad apetitul
- **Simptomele intoxicației** sunt, de asemenea, asemănătoare cu cele ale intoxicațiilor cu amfetamine, metamfetamine sau cocaină (în funcție de tipul substanței), dar mai severe. Au fost descrise:
 - hipertermia care este un efect tipic catinonelor sintetice
 - efecte simpaticomimetice similare amfetaminelor și derivaților acestora
 - efecte cardiovasculare severe: tahicardie, aritmii, tulburări circulatorii
 - efecte neurologice: convulsii.

Halucinogene (LSD, ciuperci magice etc.):

- Alterează percepția asupra realității.
- Pot instala o stare euforică, de căldură, de "desprindere de real".
- Sinestezii (sunetele sunt văzute și culorile sunt auzite)
- Confuzie, panică, halucinații.
- Anumite droguri psihedelice pot avea efecte disociative puternice, dând senzația de separare între minte și corp, cea ce poate interfera cu judecata de moment, consumatorul riscând să acționeze neglijent sau periculos, mai ales dacă acesta se află într-un spațiu nesigur.

• Manifestări specifice în funcție de modul de consum

<i>Consum prin inhalare sau fumat</i>	tuse, bronhoplegie, depresie respiratorie
<i>Ingestie</i>	dureri abdominale, vărsături, diaree
<i>Administrare injectabilă</i>	efecte sistemice instalate uneori rapid

DEBUTUL SIMPTOMELOR – depinde de modul de consum

<i>Consum prin inhalare sau fumat</i>	debut imediat după consum, intensitatea maximă - la 20-30 de minute și durata de 3-4 ore
<i>Ingestie</i>	debut la 30-60 de minute, durata până la 6 ore
<i>Administrare injectabilă</i>	Instalare imediată, în minutele ce urmează administrării.

MANIFESTĂRILE CLINICE ALE CONSUMULUI CRONIC DE DROGURI NOI

Tulburări neurologice și psihice:

- încetinirea mecanismelor psihice complexe (capacitatea de învățare, de concentrare și memorie)
- afectarea lucidității mentale și coordonării psihomotorii
- tulburări psihice de tip schizofrenie la persoanele ce au o predispoziție în acest sens

Tulburări cardiovasculare:

- tulburări de ritm,
- hipotensiune arterială sau hipertensiune arterială,

Tulburări respiratorii - tuse, depresie respiratorie/hiperventilație, afectare bronho-pulmonară

Tulburări digestive – greață, dureri abdominale, tulburări de tranzit intestinal, afectare hepatică.

Consumul cronic va conduce în timp la *fenomenul de toleranță* (necesitatea creșterii dozei pentru obținerea efectului) dar și la *fenomenul de dependență* atât psihică cât și fizică.

SINDROMUL DE DEPENDENȚĂ¹⁸⁶

ICD 10 (The 10th Revision of The International Classification of Diseases and Health Problems) definește sindromul de dependență ca un ansamblu de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care folosirea unei substanțe sau a unei clase de substanțe dobândește o prioritate mult mai mare pentru un individ, față de alte comportamente care anterior aveau valoare mai mare.

Conform ICD, sindromul de dependență este diagnosticat dacă cel puțin 3 din următoarele criterii de încadrare se manifestă într-o perioadă de 12 luni:

- Dorință puternică sau compulsiune de a consuma substanța.
- Dificultăți în controlarea comportamentului de consum al substanței.
- Simptome de sevraj (abstinență) la întreruperea sau reducerea consumului, manifestată prin sindrom caracteristic de abstinență sau prin consumul substanței (sau al uneia înrudite) pentru a ameliora sau evita simptomele de abstinență.
- Dovezi de toleranță (concretizate prin creșterea dozelor).
- Neglijarea progresivă a intereselor și preocupărilor alternative, creșterea timpului necesar procurării, consumului sau revenirii din starea cauzată de efectele substanței.

Persistență în consumul substanței, în ciuda dovezilor clare de consecințe dăunătoare.

Intervențiile asistentului medical școlar oferite la nivel individual

ELEVI	PĂRINȚI	PROFESORI
• Evaluarea riscului pentru consumul de droguri, precum și identificarea semnelor unui posibil consum problematic • Informarea elevului asupra riscurilor pentru sănătate generate de consumul de droguri • Acordarea primului ajutor și apelarea serviciilor de urgență în cazul intoxicației acute cu droguri • Referire către psiholog/psihiatru specializați în dependența de substanțe, în cazul suspectării consumului cronic de droguri și informarea părinților asupra necesității intervenției • Consiliere (intervenție scurtă/interviu motivațional) • Acordare de sprijin pentru schimbarea comportamentului • Urmărirea compliancei la recomandări sau tratament • Monitorizarea rezultatelor	• Informarea familiei asupra problemelor elevului • Oferirea de informații privind riscurile consumului de droguri, beneficiile prevenirii/opririi consumului, serviciile disponibile etc.	• Informarea profesorilor diriginți asupra existenței în clasă a unor elevi consumatori de droguri • Oferirea de informații privind riscurile consumului de droguri, beneficiile prevenirii/opririi consumului, serviciile disponibile etc. • Informarea directorului unității de învățământ asupra existenței în școală a unor elevi consumatori de substanțe psihoactive, pentru a întreprinde acțiunile necesare împiedicării accesului elevilor la droguri și adoptarea de măsuri locale împotriva traficului

Intervențiile asistentului medical școlar oferite la nivel de colectivitate		
ELEVI	PĂRINȚI	PROFESORI
- Efectuarea, sub îndrumarea medicului colectivității, de activități de promovare a sănătății cu elevii, respectiv intervenții la clasă (prezentări, lecții, studii de caz etc.) - Participarea activă în programele de prevenție a consumului de droguri existente la nivel local, alături de medici, psihologi, cadre didactice. - Informarea tuturor elevilor asupra riscurilor asociate consumului de substanțe psihoactive, prin metode și canale de comunicare adecvate vârstei (pentru elevii de vârstă mică – oferirea de informații necesare construirii abilității de a rezista tentațiilor, iar pentru grupa de vârstă cea mai expusă - oferirea de informații specifice despre riscurile la care se expun).	Participarea la lecto-ratele cu părinții, pe teme de sănătate și oferirea de informații utile în prevenirea consumului de droguri.	- Colaborarea cu cadrele didactice în susținerea lecțiilor privind educația pentru sănătate a preșcolarilor și elevilor, prin furnizarea de informații și instrumente de lucru - Informarea profesorilor privind cerințele unui climat favorabil în școală pentru prevenirea consumului de droguri (oferirea unui exemplu pozitiv de conduită, comunicarea și respectarea fermă a regulilor etc) - Colaborarea cu conducerea școlii în stabilirea politicii școlii și respectarea normelor impuse de regulamentele de ordine interioară - Oferirea de informații pentru asigurarea unui mediu sănătos în școală.

Managementul cazurilor în care se suspectează consumul de droguri ^{187,188}
- Țineți cont de următoarele aspecte: - Nicio școală nu e în afara riscului! Consumul de droguri noi - care sunt mult mai ieftine, accesibile și prezentate ca fiind “legale” – a devenit foarte frecvent la tinerii din România, practic în toate școlile din mediul urban există adolescenți care au încercat cel puțin o dată astfel de substanțe. - Negarea problemei, continuarea considerării consumului de droguri un subiect tabu, precum și marginalizarea, excluderea adolescenților consumatori din colectivitate sau aplicarea de măsuri disciplinare severe consumatorilor sunt atitudini și practici care agravează situația. - Vârsta de debut a consumului e-n scădere – s-au identificat cazuri de consum de droguri la copii de 10 ani. În prezent, în România, vârsta medie de debut a consumului este de 13 ani. - Păstrați la îndemână datele de contact ale unor specialiști/servicii medicale specializate/ONG-uri la care să puteți apela în caz că identificați în școala dumneavoastră un consum problematic de substanțe psihoactive. - Diagnosticul pozitiv de intoxicație acută cu NPS se va stabili exclusiv pe baza anamnezei și a examenului clinic. În cazul în care suspectați o intoxicație acută cu NPS la un elev, solicitați imediat serviciul de urgență. Până la sosirea echipajului, pe lângă eventualele măsuri de prim-ajutor, inițiați următoarele măsuri: - Încercați să aflați ce a consumat, cu cât timp în urmă și care a fost modul de administrare. Stabiliți o comunicare pe un ton calm și empatic, astfel încât elevul să nu se simtă amenințat și să vă ofere informațiile de care aveți nevoie. - Țineți cont că datorită fricii generate de faptul că a fost prins, elevul ascunde întotdeauna adevărul. Asigurați-l că rolul dumneavoastră e să-i acordați asistență medicală, nu aveți atribuții și nici competență pentru aplicarea de măsuri legale. - Lăsați ancheta privind proveniența drogului și circumstanțele consumului pe seama organelor competente. Concentrați-vă pe notarea informațiilor despre drogul consumat (ce, când, cum, de când) și pe urmărirea simptomatologiei.

¹⁸⁶ www.salvaticopiii.ro/sci-ro/files/e0/e08e12c4-97ed-4bd5-a8fd-dff642eee72b.pdf

¹⁸⁷ <http://infodrog.ro/substante-psihoactive.html>

-  Nu recurgeți la amenințări și nu aplicați elevului măsuri care ar putea fi percepute ca amenințătoare.

DATORITĂ COMPOZIȚIEI NECUNOSCUTE A DROGULUI UTILIZAT, INTOXICAȚIA ACUTĂ CU SUBSTANȚE PSIHOACTIVE NOI ESTE O URGENȚĂ MEDICALĂ

- Dacă în școala în care vă desfășurați activitatea identificați un elev pe care-l suspectați de **consum cronic** de substanțe psihoactive:
 1. Prima măsură recomandată este să aflați de cât mai multe informații
 - informații despre drog - ce consumă, de când consumă
 - informații despre familie
 - Informații despre anturaj
 2. Împreună cu medicul din școală și cu consilierul școlar (dacă există) încercați să stabiliți un dialog cu elevul. Nu-l judecați, nu-l amenințați, asigurați-l de sprijinul dumneavoastră; țineți cont de faptul că s-ar putea să fiți singurul lui "prieten" (probleme în familie, pedepsirea prin lege a consumului, inexistența unor servicii specializate pentru minorii dependenți etc.)
 3. Împreună cu medicul din școală, informați familia elevului și oferiți-i sprijinul dumneavoastră în gestionarea situației (inclusiv recomandare către psiholog/psihiatru specializați în dependența de substanțe).
 4. Informați profesorii diriginți și conducerea școlii pentru a întreprinde măsurile necesare împiedicării accesului adolescenților la droguri (identificarea provenienței, reclamarea la poliție a traficului de droguri).

Prevenirea consumului de droguri. Intervențiile asistentului medical școlar. ^{189,190}

Singura modalitate cu eficiență dovedită prevenirea consumului de droguri este o **educație susținută și permanentă în școli și licee**. Măsurile educative de prevenire și combatere a consumului de droguri trebuie să se adreseze deopotrivă tinerilor, familiilor, personalului din școli:

- Informarea tinerilor asupra riscurilor asociate consumului de substanțe psihoactive. Pentru a avea efect, măsurile de prevenire specifice trebuie să fie axate pe grupa de vârstă cea mai expusă. Unul din modurile de determinare a vârstei vulnerabile constă în a se raporta la statisticile asupra vârstei primei doze – în România, vârsta medie de debut al consumului este de 13 ani. Pentru elevii cu vârsta mai mică, trebuie să se pună accent pe construirea abilităților de a rezista mesajelor și tentațiilor din jurul lor.
- Instruirea cadrelor didactice și a întregului personal din școală pentru identificarea precoce a expunerii elevilor la droguri și adoptarea de măsuri locale împotriva traficului.
- Educarea părinților în vederea menținerii unui mediu familial sănătos și echilibrat și a unei bune comunicări cu copiii.

Exemple de intervenții:

- *Pentru elevii din școala primară și gimnaziu* (cu vârste mai mici decât media vârstei estimate de debut a consumului), cele mai eficiente intervenții de prevenire a consumului de substanțe nocive sunt cele care urmăresc dezvoltarea abilităților și strategiilor de coping. Este esențial ca acest tip de intervenții educative să înceapă cât mai devreme, pentru că elevii sunt foarte expuși la fenomenul drogurilor, în primul rând prin mass-media, încă din clasele primare. Prevenirea se face la clasă, în programe structurate în mai multe ședințe (cel puțin 10 ore) centrate pe construirea abilităților tinerilor de a deveni mai capabili să reziste mesajelor și tentațiilor din jurul lor. E nevoie ca aceste programe să fie implementate de către psihologi și asistenți sociali, consilieri școlari sau chiar de profesorii diriginți, cu sprijinul personalului medical școlar.
- *Pentru elevii care fie consumă deja droguri, fie prezintă un risc crescut de a face acest lucru, sau în situații în care se știe că riscurile consumului de noi substanțe psihoactive sunt crescute* (diferite evenimente, tabere, olimpiade școlare), intervențiile cele mai potrivite sunt cele specifice de educație și de reducere a efectelor nocive, respectiv informații precise despre pericolele la care se expun consumând substanțe necunoscute.
- *Pentru elevii cunoscuți ca dependenți de droguri*, cele mai potrivite sunt tehnicile de harm-reduction și îndrumarea către specialiști în adicții.

¹⁸⁸ http://medfam.ro/books/igienacop/Introducere/Cuprins/Capitolul_4/4__Drogurile/body_4_drogurile.html

¹⁸⁹ Raportul European privind drogurile 2022 Centrul European pentru Monitorizarea Drogurilor și a dependenței de Droguri (EMCDDA) <https://www.emcdda.europa.eu/publications/>

Recomandări pentru asistenții medicali școlari:

- Identificați programele de prevenție a consumului de droguri existente la nivel local și participați activ în aceste programe, alături de medici, psihologi, cadre didactice.
- Cunoașteți-vă elevii din colectivitate! Astfel veți putea fi primii care observă prezența factorilor de risc pentru consumul de droguri, precum și semnele unui posibil consum problematic. Identificați condițiile psiho-sociale care pot duce la instabilitate emoțională și inadaptare, conduită asocială și antisocială. Depistarea precoce a acestora este foarte importantă în prevenirea consecințelor și a extinderii fenomenului.
- Câștigați încrederea elevilor din colectivitatea dumneavoastră. Arătați-le înțelegere și empatie. Evitați să stigmatizați problemele emoționale sau să amenințați cu măsuri disciplinare în caz că suspectați consumul de droguri.
- În caz că suspectați consumul de droguri, anunțați medicul școlii și profesorii diriginți și sprijiniți în continuare toate acțiunile întreprinse de aceștia (discuții cu elevul, informarea părinților, recomandarea de specialiști, acordarea asistenței medicale în limita competenței profesionale și legale).

4.3 Promovarea sănătății – activitate fizică, exemple de intervenții (Ecaterina Stativă, Ioana Nanu)

Definiții

Activitatea fizică este orice mișcare voluntară a corpului produsă de mușchii scheletici care necesită consum de energie. Activitatea fizică cuprinde toate activitățile, la orice intensitate, efectuate în orice moment al zilei sau nopții.

Activitatea fizică include întregul spectru al mișcărilor umane – de la activitățile obișnuite legate de viața de zi cu zi, exerciții fizice asociate cu diferite forme de recreere și divertisment sau hobby-uri, până la participarea la antrenamente și competiții sportive.

Inactivitatea fizică este caracterizată ca o condiție în care mișcarea corpului este redusă la minimum, iar consumul de energie este insuficient. În general, **comportamentul sedentar** implică orice moment când ești așezat sau întins, dar ar trebui să ții cont de faptul că derularea telefonului, vizionarea televizorului, lucrul la computer, jocul video, cititul sunt și ele comportamente sedentare.

Beneficiile activității fizice pentru sănătate

Activitatea fizică este o funcție umană primară care este **o condiție prealabilă pentru o sănătate bună de-a lungul vieții**.

Activitatea fizică regulată poate ajuta copiii și adolescenții

- să îmbunătățească sănătatea cardiorespiratorie,
- să construiască oase și mușchi puternici,
- să controleze greutatea,
- să reducă simptomele de anxietate și depresie,
- să reducă riscul de a dezvolta afecțiuni de sănătate precum: boli de inimă.

Efectele negative ale sedentarismului

În prezent există o tendință globală de a reduce nivelurile zilnice ale acesteia.

- Potrivit cercetărilor, o treime dintre adulții din lume nu au un stil de viață suficient de activ iar o proporție semnificativă a adulților din Europa petrec mai mult de patru ore pe zi stând jos, ceea ce poate contribui la formarea stilului lor de viață sedentar.

- Stilul de viață sedentar duce la o perturbare a echilibrului energetic, ceea ce duce în cele din urmă la **creșterea în greutate**.

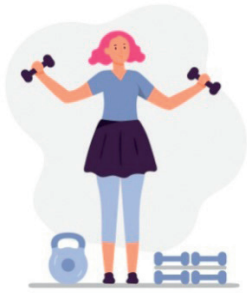
În ultimele decenii, indicatorii de supraponderalitate și obezitate au crescut și continuă să crească, afectând frecvent copiii și adolescenții.

Recomandări OMS	
Copiii și adolescenții ar trebui să facă cel puțin o medie de 60 de minute pe zi de activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă , mai ales aerobică.	
Activități aerobice de intensitate viguroasă , precum cele care întăresc mușchii și oasele, trebuie încorporate cel puțin 3 zile pe săptămână .	

REȚINEȚI	
• Este mai bine să faci o activitate fizică decât să nu faci niciuna. • Chiar dacă copiii și adolescenții nu îndeplinesc toate recomandările, efectuarea unor activități fizice le va aduce beneficii sănătății. • Copiii și adolescenții ar trebui să înceapă prin a face cantități mici de activitate fizică și să crească treptat frecvența, intensitatea și durata în timp. • Este important să oferim tuturor copiilor și adolescenților oportunități sigure și echitabile și încurajare, să participe la activități fizice care sunt plăcute, oferă varietate și sunt adecvate vârstei și abilităților lor.	
! Pentru combaterea sedentarismului se recomandă limitarea timpului petrecut în fața ecranelor în special în activitățile de timp liber.	 TIME LIMIT

REȚINEȚI	
Multe dintre beneficiile pentru sănătate ale activității fizice pentru copii și adolescenții se referă și la cei care trăiesc cu dizabilități. Pentru copiii cu dizabilități beneficiile activității fizice includ: îmbunătățirea cogniției la persoanele cu boli sau tulburări care afectează funcția cognitivă, inclusiv deficitul de atenție/ tulburarea de hiperactivitate (ADHD); îmbunătățirea funcției fizice poate apărea și la copiii cu dizabilități intelectuale. Durata și intensitatea activităților fizice sunt aceleași ca și în cazul celorlalți copii. Comportament sedentar trebuie evitat pe cât posibil și la copiii cu dizabilități având aceleași efecte negative asupra sănătății și a comportamentului pro-social.	
• Copiii și adolescenții care trăiesc cu dizabilități ar trebui să înceapă prin a face cantități mici de activitate fizică și treptat crește frecvența, intensitatea și durata în timp. • Nu există riscuri majore pentru copiii și adolescenții care trăiesc cu dizabilități să se angajeze în activitate fizică când este adecvată stării de sănătate și funcției fizice. • Copiii și adolescenții care trăiesc cu dizabilități trebuie să consulte un profesionist din domeniul sănătății pentru a ajuta la determinarea tipului și a volumului de activitate adecvat pentru aceștia.	

TIPURI DE EXERCIȚII	
Exercițiile aerobice activează un grup mare de mușchi. Acestea îmbunătățesc sănătatea generală, arderea grăsimilor și sănătatea inimii. Exemple: alergarea, mersul rapid, urcatul scărilor, boxul, ciclismul, înotul etc. Caracteristica acestor exerciții este mișcarea constantă fără pauză, nu necesită viteză mare, sunt de intensitate lentă până la medie, ceea ce accelerează pulsul la un nivel sănătos.	

Exercițiile de întărire musculară servesc la creșterea masei musculare pentru că odată cu vârsta, se pierde masă musculară. Exercițiile de forță construiesc și întăresc musculatura. Exercițiile includ ridicarea de greutatea cu propriul corp sau cu ajutorul aparatelor. Întărirea mușchilor contribuie la o mai bună postură și echilibru.	
Exerciții de întărire a oaselor Exemple de exerciții de întărire a oaselor sunt: săritul cu coarda, tenisul, urcatul scărilor, dansul, alergarea și ridicarea greutăților.	
Exercițiile de întindere îmbunătățesc forța și flexibilitatea oamenilor și sunt de cea mai mare importanță pentru sportivii activi. Îmbunătățesc rezistența și elasticitatea ligamentelor. Îmbunătățesc lubrifierea articulațiilor Majoritatea oamenilor au tendința să se limiteze la unul sau două tipuri de exerciții și să le ignore pe celelalte. Ideal ar fi să alegeți din fiecare categorie exerciții care vă fac plăcere și sunt benefice asupra sănătății pe termen lung.	

Bibliografie

How to measure your physical activity <https://vemofamily.com/physical-activity-and-exercise>

WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR

Physical Activity <https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/facts.htm>

Activitatea fizică în școală <https://www.living-democracy.com/ro/principals/active-school/awareness/physical-activity-in-schools/>

Sursă poze: www.freepik.com

Anexa 1

Metode contraceptive recomandate adolescenților

Metode	Descriere	Recomandare
Hormonale		
a. Pilula estro- progestativă	Sunt preparate ce conțin progesteron și estrogen sintetici	Se recomandă ca o metodă deosebit de eficientă pentru adolescente.
b. Pilula numai cu progesteron	Sunt preparate care conțin doar o doză mică de progestative.	Se recomandă ca sigure și potrivite pentru adolescentele care fumează.
c. Implanturi	Sunt dispozitive medicale ce eliberează doze mici de progesteron	Se recomandă la adolescente, sunt foarte eficiente
d. Preparat injectabil	Sunt preparate injectabile cu hormoni de sinteză	Sunt eficiente pentru adolescente.
e. Dispozitive intrauterine cu levonorgestrel	Dispozitive ce se montează în uter și eliberează cantități mici de progesteron	Sunt eficiente pentru adolescente.
Non hormonale		
a. Prezervativele masculine	Barieră mecanică de pătrundere a spermatozoidilor în vagin.	Este o metodă eficientă de contracepție în cazul adolescentelor.
b. Diafragma	Barieră formată dintr-o membrană de cauciuc care se plasează în fundul vaginului peste care se aplică spermicide.	Este o metodă eficientă de contracepție în cazul adolescentelor.
c. Dispozitiv intrauterin cu cupru	Dispozitiv care se fixează în uter și care eliberează cupru în uter pentru a împiedica spermatozoidii să supraviețuiască.	Este o metodă eficientă de contracepție în cazul adolescentelor.
d. Spermicide	Substanțe chimice care inactivează spermatozoidii.	Este o metodă eficientă de contracepție în cazul adolescentelor.
Contracepția de urgență		
Pilula de a doua zi pe bază de ulipristal acetat sau levonorgestrel	Este o pilulă care împiedică eliberarea ovulului după un act sexual neprotejat.	Este recomandată ca metodă de urgență care trebuie utilizată ca excepție.

Anexa 2

Semne și simptome frecvente ce pot indica o infecție cu transmitere sexuală

Semne și simptome ce pot indica o infecție cu transmitere sexuală	
La femei	La bărbați
• durere sau usturime la urinare	• durere sau usturime la urinare
• durere sau disconfort pe durata actului sexual	• durere sau disconfort pe durata actului sexual
• disconfort în zona genitală	• durere în zona testiculelor
• mâncărimi în zona vaginală sau perianală	• disconfort și mâncărimi în zona genitală și zona perianală
• scurgeri sau secreții vaginale anormale (miros, culoare, aspect)	• iritații, rani, umflături, pustule sau vezicule în zona penisului, testiculelor, feselor, interiorul coapselor (mai rar în cavitatea bucală)
• iriții, răni, umflături, pustule sau vezicule în zona vaginului, feselor, interiorul coapselor (mai rar în zona cavității bucale, gâtului)	• scurgeri, secreții peniene sau la nivelul prepuțului anormale - miros, culoare, aspect; sângerări peniene
• sângerări vaginale în afara ciclului menstrual	
• dureri la nivelul abdomenului inferior	

