

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București

Aprilie 2017



Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți? Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Aprilie, o lună marcată de importante evenimente de sănătate publică 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Sarcina și diabetul – riscuri pentru mamă și făt 7

EVENIMENT

OAMGMAMR Filiala București a marcat Ziua Mondială a Sănătății (7 aprilie) printr-un eveniment organizat în parteneriat cu Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia” 11

7 Aprilie – Ziua Mondială a Sănătății, dedicată anul acesta depresiei 19

“#VaccinesWork” - Vaccinurile ajută! Săptămâna Mondială a Imunizării - 24-30 Aprilie 2017 24

ISTORIE

Istoria depresiei – de ce ar trebui să ne preocupe? 27

LUMEA MEDICALĂ

Lumea medicală - Biopsii lichide pentru depistarea tumorilor 40

Lumea medicală - Stenturile bio-absorbabile 43

CĂRȚI MEDICALE

Biofizică și imagistică medicală pentru asistenții medicali 46

Esențialul în Medicina de Familie 47

Farmacologie pentru moașe și asistenți medicali - Editia a II-a, revizuită și adăugită 48

ECHIPA 57



Aprilie, o lună marcată de importante evenimente de sănătate publică

În numele echipei OAMGMAMR – Filiala București, vă doresc ca Sfintele Sărbători Pascale să vă aducă reînnoirea iubirii față de aproapele nostru și spiritul dăruirii.

Luna aprilie e marcată și de alte evenimente importante, de data aceasta din domeniul sănătății publice, care stau sub semnul grijii și iubirii față de noi înșine și de cei din jurul nostru. În prim plan se află Ziua Mondială a Sănătății, pe care o sărbătorim în fiecare an, pe 7 aprilie, dar și Săptămâna Mondială a Imunizării, din perioada 24-30 aprilie.

OAMGMAMR Filiala București a marcat printr-un eveniment propriu Ziua Mondială a Sănătății, organizând, în parteneriat cu Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”, conferința “Să vorbim despre depresie”. Puteți găsi în acest număr o prezentare pe larg a evenimentului desfășurat pe 7 aprilie la Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”. Articolul cuprinde și o trecere în revistă a lucrărilor științifice incluse în programul conferinței. Acestea au suscitât interesul participanților, mulțumită abordărilor diverse și aspectelor de mare actualitate acoperite, dar și modului dinamic în care au fost prezentate de către autorii lor, specialiști în domeniu.

Depresia, tema de anul acesta a Zilei Mondiale a Sănătății, este reflectată pe larg în numărul de aprilie al revistei. Articolul despre istoria depresiei în diversele perioade istorice ne arată că aceasta a fost întotdeauna o problemă de sănătate a umanității. În același timp, articolul dedicat Zilei Mondiale a Sănătății ne arată amploarea acestei boli în prezent și cum îi putem ajuta pe cei din jurul nostru care sunt afectați de această condiție medicală.

Tot la secțiunea Eveniment regăsim și un articol despre Săptămâna Mondială a Imunizării - 24-30 Aprilie 2017. Pentru campania organizată anul acesta, OMS și partenerii săi urmăresc să sublinieze importanța imunizării și locul prioritar pe care aceasta trebuie să-l ocupe pe agenda globală de sănătate publică, arătând rolul acesteia în dezvoltarea sustenabilă și siguranța medicală la nivel mondial. Imunizarea de rutină este o piatră de temelie a unui sistem performant de medicină primară. Ea îi dă fiecărui copil șansa unei vieți sănătoase, încă din primele luni.

Secțiunea Educația Medicală ne prezintă un articol despre diabet și sarcină, o problemă serioasă care primește din ce în ce mai multă atenție, pe măsură ce multe țări înregistrează o creștere dramatică a numărului de cazuri de diabet, deseori nediagnosticate, iar riscurile pe care această boală le aduce pentru mamă și făt sunt, din păcate, semnificative.

La rubrica Lumea Medicală aflăm despre două inovații tehnologice

care se așteaptă să fie folosite pe scară mai largă, începând cu anul 2017 – biopsiile lichide pentru depistarea tumorilor și stenturile bioabsorbabile.

Din numărul de aprilie nu lipsesc nici recomandările editoriale - lucrările alese pentru acest număr sunt „Biofizică și imagistică medicală pentru asistenți medicali”, de Hary Hărlăuanu, (Editura ALL, 2017), „Esențialul în Medicina de Familie”, de Prof. Dr. Adrian Restian, Prof. Dr. Dumitru Matei, Editura Amaltea, 2016 și „Farmacologie pentru moașe și asistenți medicali”, de Oana Andreia Coman, Editura Medicală, 2015.

Ne dorim să vă bucurați și de numărul de aprilie, o lună marcată de importante evenimente de sănătate publică pe care le-am reflectat în conținutul revistei. Ca întotdeauna, vă așteptăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și să alegeți să publicați articolele dumneavoastră în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Sarcina și diabetul – riscuri pentru mamă și făt

Diabetul în timpul sarcinii este o problemă serioasă. Ea se bucură acum de atenție sporită, desigur, pe bună dreptate. Multe țări înregistrează o creștere dramatică a numărului de cazuri de diabet, deseori nediagnosticate, iar riscurile pe care această boală le aduce pentru mamă și făt sunt, din păcate, semnificative.

Prevalența diabetului în cazul adulților mai tineri, inclusiv al femeilor aflate la vârsta maternității, este în creștere. Acest fenomen

este așteptat să se accentueze, pe măsură ce diabetul de tip 2 apare la tot mai mulți copii.

Dintre femeile care au diabet în timpul sarcinii, se estimează că aproximativ 87.5% au diabet gestațional (care este sau nu rezolvat după perioada sarcinii), 7.5% au diabet de tip 1, iar restul de 5% au diabet de tip 2.

Avorturile spontane, pre-eclampsia și travaliul înainte de termen sunt mai frecvente în cazul femeilor cu diabet pre-existent. În plus, retinopatia diabetică se poate deteriora rapid în timpul sarcinii. Nașterea unui făt mort, malformațiile congenitale (defecte ale membrilor, rinichilor, transpoziția vaselor mari de sânge, malformații ale inimii, anormalități ale sistemului gastro-intestinal sau problemele de adaptare post-natală, precum hipoglicemia, sunt mai comune în cazul femeilor cu diabet pre-existent. De asemenea, copiii născuți de mame diabetice tind să fie anormal de mari și să aibă o vârstă gestațională mai scăzută.

De aceea, în lumea medicală se pune din ce în ce mai mult accent pe dezvoltarea și promovarea unor recomandări speciale pentru gravidele cu diabet și pentru realizarea screening-ului pentru această boală înainte de inițierea sarcinii. Aceste recomandări subliniază nevoia ca femeile diabetice să beneficieze de consiliere pre-concepție, care s-a dovedit că reduce riscurile și problemele efective pe care le-ar avea de înfruntat mamele și feții.

În plus, specialiștii iau în calcul și faptul că destul de multe sarcini sunt neplanificate și vin ca o surpriză. Ca urmare, medicii sunt încurajați ca atunci când consultă femei care vin cu suspiciunea de sarcină să le prezinte acestora și avantajele de a trece prin screening-ul pentru diabet, chiar dacă, într-o lume ideală, acest screening se derulează ca o pre-condiție a deciziei de a rămâne gravidă.

Femeilor diabetice li se recomandă cu tărie să se asigure că nu apar sarcini neplanificate. În plus, în multe țări dezvoltate, programul de educație pentru sănătate prevede ca fetelor cu diabet să li se prezinte riscurile unei sarcini neplanificate, înainte ca acestea să ajun-



gă la vârsta maternității, iar părinților li se recomandă să-și ducă copiii la screening la o vârstă cât mai mică.

Medicii și nutriționiștii sunt încurajați să le sfătuiască pe femeile supra-ponderale (cu un indice de masă corporală – IMC - în intervalul 25-29.9) sau obeze ($IMC \geq 30$) să piardă din greutate înainte să rămână însărcinate. O greutate sănătoasă reduce major riscurile la care se expune gravida, de la nașterea pre-matură la diabetul gestațional sau hipertensiune. În plus, o greutate sănătoasă crește șansele de concepție.

Într-o situație ideală, medicii care consultă femeile cu diabet care plănuiesc o sarcină le recomandă acestora să se programeze la consult și în cadrul unei clinici de diabet, nutriție și boli metabolice. Ele trebuie să devină conștiente de nevoia de a fi monitorizate și de a primi informații suplimentare despre cum se pot proteja pe ele însele și feții lor.

Încă din perioada concepției, dar mai ales în timpul sarcinii, pacientele trebuie să controleze foarte strict nivelul glucozei. Acest

lucru va contribui la scăderea riscurilor de întrerupere a sarcinii, de malformații congenitale ale fătului, de naștere a unui făt mort sau al morții la naștere a acestuia. Pacienta trebuie să discute cu medicul curant, încă înainte de sarcină, care va fi nivelul glicemiei pe care trebuie să-l urmărească în timpul gravidității și după.

Studii recente au dovedit beneficiile majore ale acestui efort de consiliere și extra monitorizare a femeilor cu diabet înainte de concepție și, mai ales, în timpul sarcinii, în special atunci când recomandările au urmărit nu numai țintirea unui anumit nivel de glicemie, dar și alți factori cheie ai educației pentru sănătate, precum sfatul de a nu fuma, de a lua acid folic, de a scădea în greutate și de a adopta o dietă sănătoasă.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

International Health News – Mar 2017 (numarul 275) – Editor In chief William R. Ware, PhD

<https://patient.info/doctor/pre-pregnancy-counselling>

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/chapter/introduction> - “Diabetul in sarcina: management din faza de pre-conceptie pana in perioada postnatala” (Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period) - NICE guideline [NG3] Published date: February 2015 Last updated: August 2015

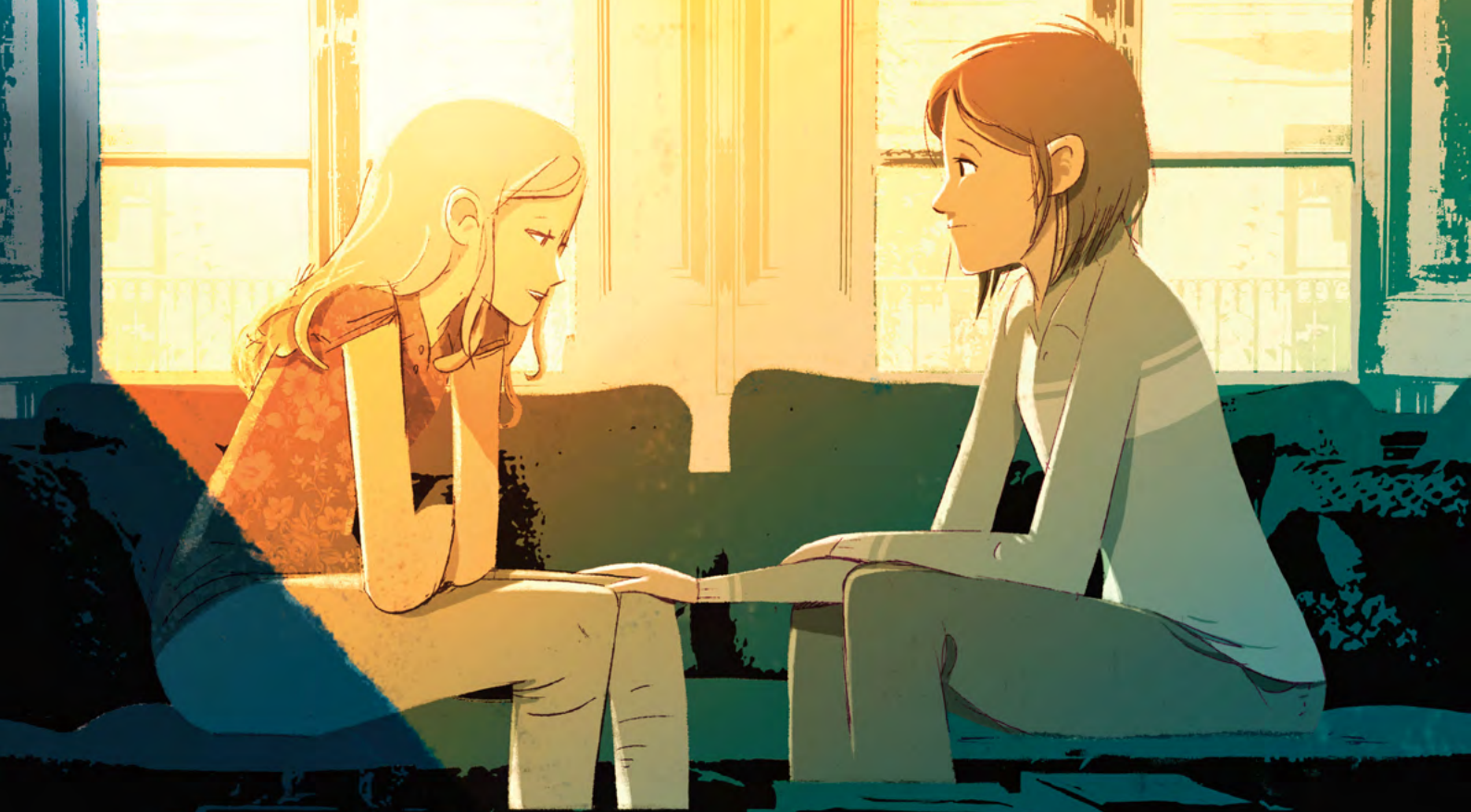
OAMGMAMR Filiala București a marcat Ziua Mondială a Sănătății (7 aprilie) printr-un eveniment organizat în parteneriat cu Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”

Conferința “Să vorbim despre depresie” a debutat cu o scurtă prezentare a acestei unități medicale de referință în domeniu, în cadrul căruia se desfășoară și activități de învățământ superior pentru catedrele specializate din Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București, dar și activități de cercetare care contribuie la progresul psihiatriei românești, în sincron cu cea europeană și internațională. Gazdele evenimentului au fost Doina Carmen Mazilu, Președintele OAMGMAMR - Filiala București și Corina Gagi, Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”.

Sesiunea științifică a conferinței a fost precedată de mesajul Administrației Prezidențiale, transmis de Conferențiar Dr. Diana Păun, Consilier de Stat, care a subliniat deschiderea instituției sale către parteneriatul cu OAMGMAMR, ca reprezentant important al sistemului medical din România și care poate ajuta la gestionarea problemelor de sănătate publică.

Același semnal de susținere a venit și din partea Ministerului Sănătății, prin vocea Ministrului Sănătății, Profesor Dr. Florian Bodog. Mesajul său a fost transmis prin intermediul unui material video re-

Depression Let's talk



LetsTalk

www.who.int/depression/en



World Health
Organization

alizat în cadrul campaniei de comunicare organizată pentru Ziua Mondială a Sănătății și a reprezentat un apel pentru eliminarea stigmatizării celor afectați de depresie și pentru întărirea sprijinului social acordat acestora, alături de sprijinul medical.

Materialul video a mai inclus apariții ale Șefului Biroului pentru România al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), Dr. Milijana Grbic, care a promovat Campania OMS “Depression, Let’s talk” desfășurată la nivel mondial cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății de pe 7 aprilie. În cadrul acestora s-a subliniat faptul că scopul campaniei este de a determina din ce în ce mai mulți oameni afectați de depresie să caute ajutor, în loc să-și ascundă condiția.

Aceeași pledoarie pentru deschidere a venit și din partea Directorului Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, Profesor Asociat Dr. Ileana Botezat. Aceasta a promovat ideea de a-i încuraja pe cei din jurul nostru care manifestă simptome ale depresiei să se adreseze medicului de familie sau direct specialiștilor din domeniul sănătății mintale.

Sesiunea științifică a cuprins lucrări ale unor specialiști în domeniu, care au suscitat un mare interes, mulțumită abordărilor diverse și aspectelor de mare actualitate acoperite, dar și modului dinamic în care au fost prezentate.

Prezentarea “**Depresia - caracteristici generale**” susținută de Prof. Dr. Mirela Manea, medic primar psihiatru, a subliniat importanța încadrării corecte a depresiei, mai ales în contextul în care în anul 2020 va deveni a doua cauză de dizabilitate la nivel mondial, depășind în top cancerul sau diabetul zaharat.

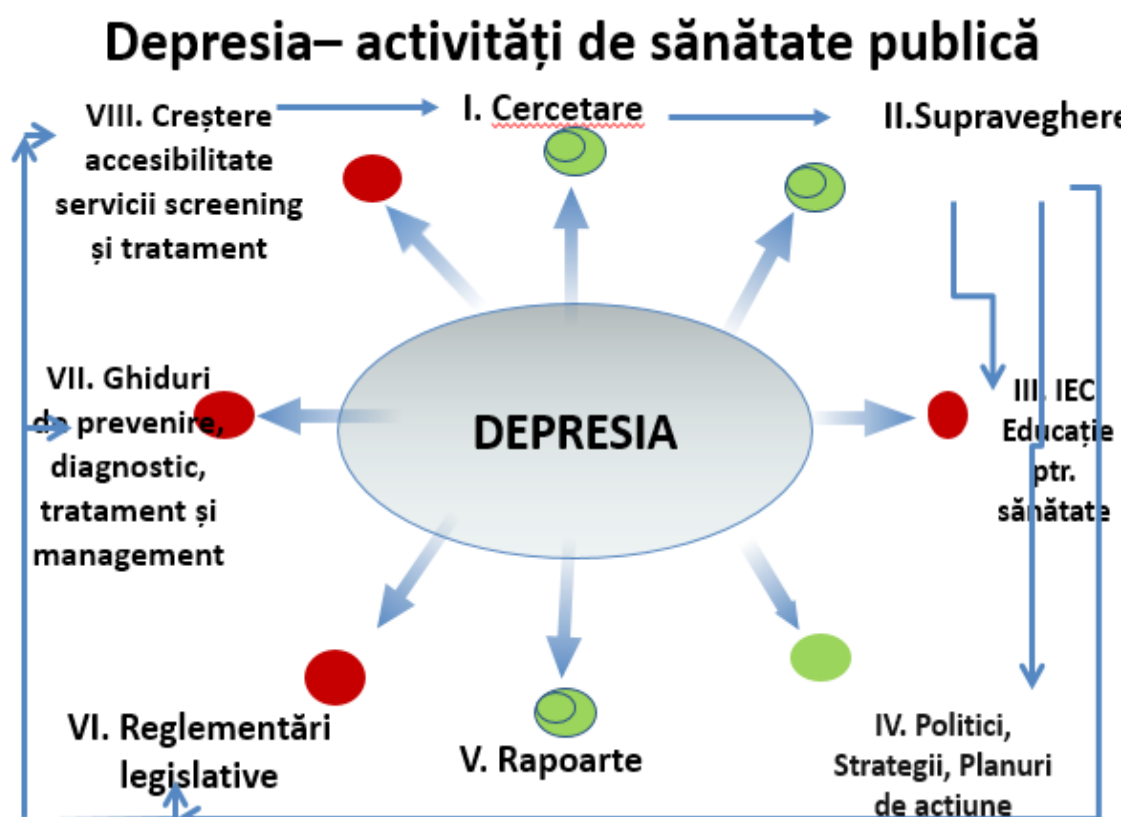
O secțiune extrem de interesantă a prezentării a fost cea despre etiologia depresiei, Prof. Dr. Manea trecând în revistă diversitatea teoriilor existente, de la ipoteza factorilor biochimici (în care depresia e cauzată de dezechilibre ale elementelor ce reglează procesele de neurotransmisie) la cea genetică, cea psihologică (a stresului) sau cea cronobiologică.

De asemenea, având în vedere manifestările ei clinice polimorfe,

lucrarea a pledat pentru importanța unui consult de specialitate pentru diagnosticarea depresiei.

Dr. Claudia Dima, medic primar sănătate publică, Centrul Național de Promovare a Sănătății, a prezentat apoi, în lucrarea **Depresia - Intervenții în sănătatea publică** - „Să stăm de vorbă-Rupe bariera tăcerii”, multitudinea de activități care sunt necesare pentru o gestionare eficientă a depresiei ca problemă de sănătate publică.

Diagramă din lucrarea Depresia –Intervenții în sănătatea publică - „Să stăm de vorbă-Rupe bariera tăcerii” – Dr. Claudia Dima - Institutul Național de Sănătate Publică



Astfel, un aspect central al intervențiilor de sănătate publică trebuie să fie ocupat de educația pentru sănătate. În acest sens, lucrarea a prezentat prin ce se poate traduce această preocupare în activitatea de zi cu zi a instituțiilor din domeniu, începând cu difuzarea informațiilor legate de prevenirea, diagnosticul și tratamentul depresiei. Dr. Dima a pus accentul pe factorii individuali

de risc (genul feminin, sărăcia, evenimentele negative din viață) și pe comportamentele de risc precum alcoolismul sau consumul de droguri. A fost subliniată și importanța unor activități care să stimuleze motivația și încrederea în sine, factori decisivi pentru îmbunătățirea stării de sănătate, lucru valabil nu numai în cazul depresiei, de altfel.

Un capitol special a fost dedicat importanței comunicării în prevenirea și tratarea depresiei, aceasta fiind ilustrată prin campania „Să stăm de vorbă-Rupe bariera tăcerii”, dezvoltată cu scopul de a schimba percepția socială asupra bolilor mintale, inclusiv a depresiei, și cu obiectivul general de a crește numărul persoanelor depresive care caută ajutor, dar și al capacității comunității de a li-l acorda. Unul dintre exemplele de bună practică în acest domeniu este Ghidul de practică pentru medicii de familie pe tema depresiei adultului, care a fost dezvoltat în cadrul proiectului “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” derulat de Institutul Național de Sănătate Publică.

Lucrarea **Depresia și comorbidități în asistența medicală primară** prezentată de Dr. Ileana Botezat, medic primar psihiatru, Director la Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Anti-drog a ple-dat pentru integrarea îngrijirilor primare, psihiatriei și sănătății publice, cu accent pe bolile netransmisibile. Printre beneficiile clare ale unui asemenea demers ar fi posibila sinergie a intervențiilor, care ar duce și la utilizarea mai eficientă a resurselor, construirea unui cadru comun de cercetare pentru serviciile de sănătate sau completarea formării în domeniul educației pentru sănătate a membrilor echipei medicale.

Una dintre modalitățile eficace în care poate fi realizată această integrare este screening-ul pentru simptomele depresiei pe care îl pot face cabinetele de medicină de familie.

În acest context, autoarea a prezentat etapele unui studiu derulat simultan în India, Iran, România și China în 2012, ca parte dintr-un proiect al Asociației Mondiale de Psihiatrie. Obiectivele studiului au

CHESTIONAR PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE A PACIENTULUI-9 (PHQ-9)

În ultimele 2 săptămâni, cât de des v-a deranjat oricare
dintre următoarele probleme?
(Folosiți bifa "✓" pentru a indica răspunsul)

	Deloc	Câteva zile	Peste jumătate din zile	Aproape zilnic
1. Interesul sau plăcerea limitate de a face diverse lucruri	0	1	2	3
2. Sentimentul de tristețe, deprimare sau deznădăjduire	0	1	2	3
3. Dificultăți de adormire sau de continuitate a somnului ori somnul prea îndelungat	0	1	2	3
4. Senzația de oboseală sau lipsă de energie	0	1	2	3
5. Apetit redus sau alimentare excesivă	0	1	2	3
6. Sentimente negative la adresa dvs. — sau că sunteți un (o) ratat(ă) sau că v-ați dezamăgit, pe dvs. sau familia dvs.	0	1	2	3
7. Dificultăți de concentrare asupra unor lucruri precum cititul ziarului sau uitatul la televizor	0	1	2	3
8. Mișcarea sau vorbitul atât de lente încât alte persoane ar fi putut remarca? Sau contrariul — o stare de neliniște sau agitație excesivă, care v-a făcut să vă mișcați mult mai mult decât de obicei	0	1	2	3
9. Gânduri că v-ar fi mai bine mort sau gândul de a vă face vreun rău	0	1	2	3

For office coding: 0 + + +
=Total Score:

Dacă ați bifat oricare din aceste probleme, cât de mult v-au îngreunat ele munca, rezolvarea
treburilor de acasă sau buna înțelegere cu ceilalți?

Deloc	Oarecum	Foarte mult	Extrem de mult
☐	☐	☐	☐

3 ☒ 4

fost determinarea prevalenței simptomelor depresive în ultimele două săptămâni la pacienții care s-au adresat medicilor de familie în perioada 18-24 iunie 2012 și evaluarea relației dintre comorbiditățile asociate și simptomele depresive.

Studiul a demonstrat, printre altele, utilitatea folosirii ca instrument de screening a chestionarului PHQ-9 privind starea de sănătate a

pacientului.

O altă lucrare de mare interes a fost **Managementul tentativei de suicid** prezentată de Conf. Dr. Adela Ciobanu, medic primar psihiatru, mai ales în contextul creșterii constante a ratei tentative-lor de suicid în ultimii 20 de ani. Un punct central al prezentării a fost afirmarea prevenției suicidului drept un obiectiv prioritar al asistenței psihiatrice de urgență. În acest sens, pornind de la impresia clinică intuitivă, eroarea prin plus de diagnostic și internarea de urgență sunt preferabile erorii prin minus de diagnostic, prima întărind siguranța pacientului.

Dr. Eduard Moțoescu, medic primar psihiatru, șef de lucrări, a participat la Sesiunea Științifică cu lucrarea **“Comunicarea cu pacientul depresiv”**. Aceasta pledează pentru îmbunătățirea comunicării cu pacientul, începând cu abilitatea de a asculta. “A ști să asculți este prima condiție a unui demers terapeutic reușit”, a punctat autorul.

De asemenea, lucrarea trece în revista atributele unei comunicări reușite cu pacientul depresiv, de la credibilitatea și experiența persoanei care transmite mesajul la conținutul acestuia și modul în care se expun avantajele tratamentului. Dr. Moțoescu a subliniat și dezavantajele unei utilizări excesive a unui limbaj de specialitate și situațiile în care cadrul medical tinde să folosească cel mai des un asemenea limbaj, precum supraestimarea nivelului de cunoștințe ale pacientului sau lipsa de preocupare pentru psihologia bolnavului și cât a înțeles acesta.

Dr. Mihnea Manea, medic specialist psihiatru, șef lucrări, a prezentat **Depresia cu comorbidități**. Începutul prezentării a fost deosebit de incitant, autorul vorbind despre cele câteva profesii care se pot asocia în timp cu depresia – profesioniștii din sănătate, profesorii, artiștii sau contabilii. Un alt punct de interes maxim al lucrării a fost legat de semnalul de alarmă pe care specialiștii din domeniul medical, începând cu medicul de familie, trebuie să-l tragă atunci când o boală somatică nu are o evoluție satisfăcătoare, în ciuda unui tratament adecvat. Această situație poate apărea din cauza unei tulburări depresive comorbide.



Lucrarea **Depresia postpartum** a doamnei Dr. Ana Cristache, medic specialist psihiatru, asistent universitar, a prezentat particularitățile acestei forme de depresie, începând cu etiologia și factorii de risc (de exemplu, femeile cu afecțiuni psihiatrice preexistente). Dintre teoriile etiologice, se remarcă teoria factorilor hormonal, conform căreia prăbușirea nivelului de hormoni estrogeni din perioada post-partum, odată cu eliminarea placentei care produce cantități importante din acești hormoni, duce la scăderea majoră a transmisiei de serotonină, ceea ce poate cauza apariția simptomelor depresive.

Lucrarea a subliniat și posibila apariție a unor serioase simptome psihotice precum ideile delirante legate de nou născut, multe dintre acestea cu risc de infanticid, ceea ce aduce cu sine considerarea cazului drept o urgență psihiatrică.

La finalul Sesiunii Științifice, Psihologul Clinică Elena Pană de la Compartimentul de Psihiatrie Comunitară și Reabilitare Psiho-So-

cială a Spitalului Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia” a prezentat lucrarea **Intervenții psihosociale în depresie**. Aceasta s-a axat pe rolul psihoterapeutului în reintegrarea deplină în societate a pacienților cu depresie prin sprijinirea lor pentru a înțelege și rezolva sau îmbunătăți problemele de viață care au contribuit la apariția depresiei.

Autoarea a prezentat și Programul Național de Sănătate Mintală și Profilaxie în Patologia Psihiatrică, derulat în cadrul Compartimentului de Psihiatrie Comunitară și Reintegrare Psiho-Socială, Program al cărui obiectiv general este dezvoltarea unor activități de terapie ocupațională pentru facilitarea reabilitării și reinsertiei profesionale și sociale a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală.

”Terapeutul ocupațional poate ajuta persoana cu depresie să își restructureze viața de zi cu zi, să găsească semnificație în ocupațiile zilnice și să redefinească sensul identității” - din lucrarea **Intervenții psihosociale în depresie** – Psiholog Clinician Elena Pană.

Evenimentul “Să vorbim despre depresie”, organizat de către OAM-GMAMR Filiala București în parteneriat cu Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”, pe 7 aprilie 2017, cu prilejul Zilei Mondiale a Sănătății, a reprezentat un demers deosebit de util pentru a aduce în prim planul agendei de sănătate publică o boală despre care s-a vorbit și s-a făcut, totuși, destul de puțin, la nivel de societate, în ciuda poverii semnificative de dizabilitate pe care o aduce.

Articol realizat de Mirela Mustăță, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

7 Aprilie – Ziua Mondială a Sănătății, dedicată anul acesta depresiei

Conform unei analize sistematice a datelor statistice provenind din studii ale Uniunii Europene (UE), tulburările de sănătate mintală sunt, de departe, cea mai importantă categorie de condiții medicale cronice care afectează populația UE. Tulburările depresive unipolare reprezintă principala condiție cronică, atât pe teritoriul Uniunii, cât și la nivel global, înregistrând o creștere de aproape 20% în ultimii 10 ani.

În România, există mai mult de 2 milioane de cazuri de depresie, în timp ce la nivel mondial există peste 350 milioane, conform unui raport al Organizației Mondiale a Sănătății.

Depresia îi afectează pe oamenii de toate vârstele, din toate categoriile sociale, din toate țările. Nu este, deci, întâmplător că tema de anul acesta a Zilei Mondiale a Sănătății, sărbătorită pe 7 aprilie, este legată de depresie și de importanța faptului ca noi, ceilalți, să le oferim sprijinul nostru, măcar prin a vorbi cu ei despre ce îi afectează.

O înțelegere mai bună din partea societății a ce înseamnă depre-

An illustration of two women in a park-like setting. On the left, a younger woman with long brown hair, wearing a dark jacket and a striped scarf, sits cross-legged on the ground, gesturing with her hands as if speaking. On the right, an older woman wearing a headscarf and a dark coat sits on a bench, listening. The background features a large tree with dense foliage and a warm, golden light filtering through the leaves, suggesting a sunset or sunrise. The overall mood is calm and supportive.

Depression Let's talk

sia și cum poate fi prevenită și tratată va contribui la reducerea stigmatului social asociat cu această condiție medicală, ceea ce, la rândul ei, va face ca mai mulți dintre cei afectați să caute ajutor.

Depresia poate afecta pe oricine și nu este un semn de slăbiciune. Acesta este cel mai important mesaj pe care putem să-l transmitem persoanelor afectate.

Din păcate, în România, stigmatul social aruncat asupra celor suferinzi este încă foarte puternic, ceea ce contribuie direct la subdiagnosticarea acestor cazuri.

Astfel, conform datelor Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate, pentru cei 9,1 milioane de asigurați în total, sub 5% dintre prescripțiile decontate au fost pentru o afecțiune de sănătate mintală.

Depresia este și mai prezentă, dar și mai ignorată și netratată, în rândul populației în vârstă. Și, din păcate, ei prezintă un risc de suicid mai mare decât al altor categorii de vârstă, atât în România, cât și la nivel mondial.

Depresia poate fi prevenită și tratată, fie prin psihoterapie, fie prin medicație specifică, fie printr-o combinație a celor două. Din păcate, deși s-au dezvoltat multe medicamente pentru a echilibra sau declanșa eliberarea de serotonină, norepinefrină și alți neurotransmițători, această medicație nu își face efectul, cel puțin nu destul de repede, pentru o treime dintre pacienți.

Începând cu anul 2013, există speranțe, totuși, că opțiunile medicamentoase se vor îmbogăți cu o variantă mai eficace.

Ketamina, un medicament folosit frecvent pentru anestezie, este în prezent studiat intens pentru capacitatea lui de a ținti și inhiba acțiunea receptorului N-Metil-D-Aspartat. Până acum, rezultatele primelor cercetări au fost pozitive, indicând că 70% dintre pacienții cu depresie rezistentă la tratament au înregistrat o îmbunătățire a simptomelor la 24 de ore de la injectarea cu o doză mică de ketamină. Se pare că, pentru prima oară, avem de a face cu un tratament rapid pentru cei cu depresie severă care, se speră, va începe

a fi folosit pe scară mai largă în anul 2017.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<https://www.agerpres.ro/sanatate/2017/04/07/cnas-vrea-sa-dez-volte-programele-nationale-de-sanatate-care-tintesc-anumite-afectiuni-mintale-si-neurologice-degenerative-16-25-51> - AGER-PRES/(AS — autor: Irinela Vișan, editor: Andreea Rotaru, editor online: Ada Vîlceanu)

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/>

<https://consultqd.clevelandclinic.org/2016/10/top-10-medical-innovations-2017-revealed/>

<http://www.romania-insider.com/one-in-ten-romanians-is-depressed/>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/posters-depression/en/>

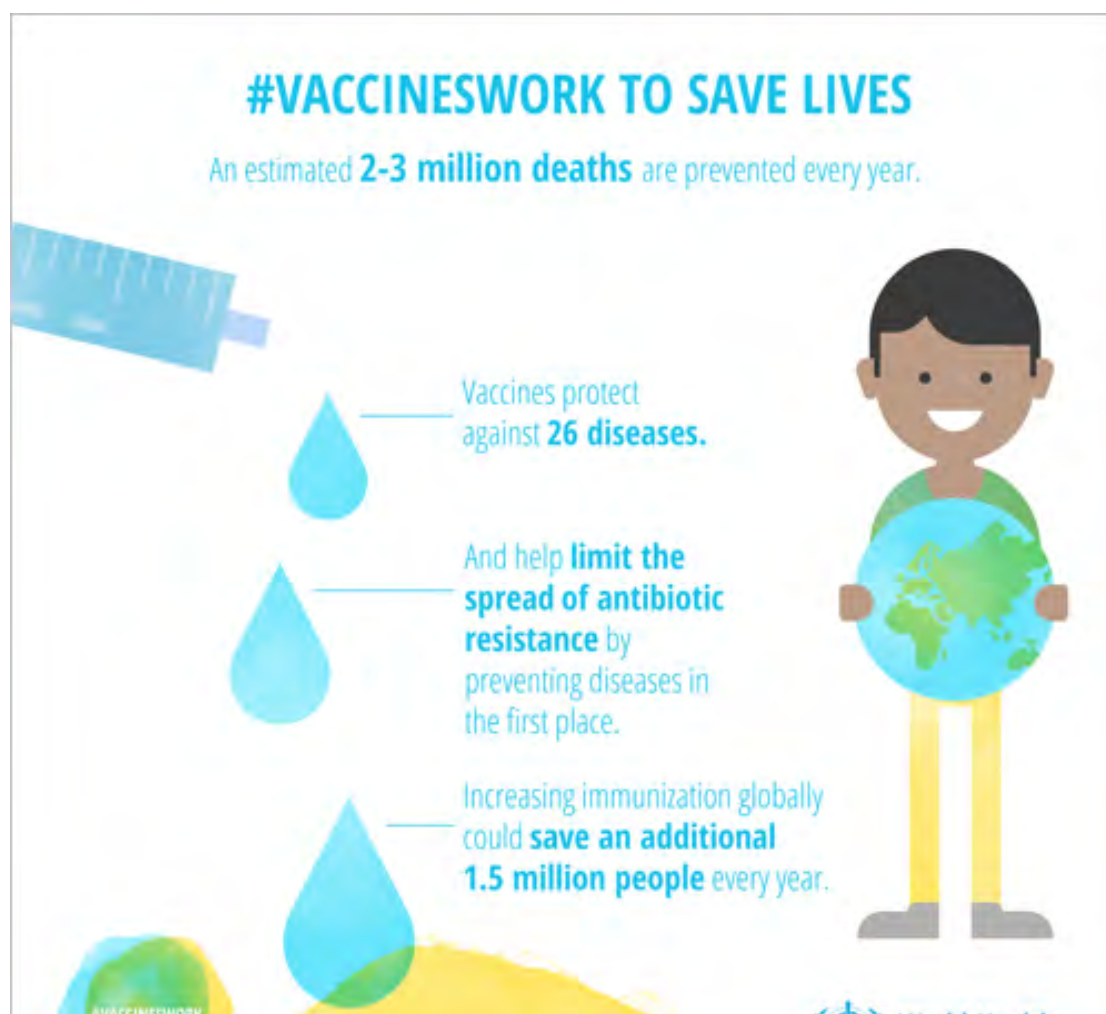
“#VaccinesWork” - Vaccinurile ajută!

Săptămâna Mondială a Imunizării - 24-30 Aprilie 2017

În ultimele câteva săptămâni, mass-media a abundat în știri despre epidemia de rujeolă din România, începută în 2016. România se află pe lista Centrului European de prevenire și control al bolilor cu țările în care boala se transmite endemic, alături de 5 alte țări.

Această situație nu este deloc întâmplătoare, din moment ce România înregistrează, în ultimii ani, o scădere aproape continuă a acoperirii vaccinale. Conform participanților la Conferința Națională RoVaccin 2017, principalele cauze care au dus și continuă să ducă la scăderea acoperirii vaccinale au fost neprezentarea părinților la medicul de familie, lipsa temporară a unora dintre vaccinuri și refuzul vaccinării, mai ales în privința vaccinului ROR (anti-rujeolic).

Legea vaccinării, care este în stadiul de dezbatere publică, va încerca să promoveze acest demers. De asemenea, ea va încerca să asigure cadrul necesar derulării fără probleme a programelor naționale de vaccinare, inclusiv prin stabilirea unor contracte multianuale de achiziție care să elimine sincopile din ultimul timp.



De ce acest demers? Pe plan mondial, s-a demonstrat că imunizarea previne anual între 2 și 3 milioane de decese, fiind recunoscută drept una dintre cele mai de succes și cost-eficiente intervenții de sănătate publică.

În cadrul campaniei organizată anul acesta pentru Săptămâna Mondială a Vaccinării, OMS și partenerii săi urmăresc să sublinieze importanța imunizării și locul prioritar pe care aceasta trebuie să-l ocupe pe agenda globală de sănătate publică. Ei insistă pe rolul imunizării în dezvoltarea sustenabilă și siguranța medicală la nivel mondial.

Imunizarea de rutină este piatra de temelie a unui sistem performativ de medicină primară. Ea îi dă fiecărui copil șansa unei vieți sănătoase, încă din primele luni de viață. Iată de ce acest demers trebuie susținut nu doar la nivel legislativ, dar și la nivel de imple-

mentare. Pe de o parte, vorbim despre asigurarea fără sincope a acoperirii cu vaccinuri și, pe de altă parte, de stimularea în mod adecvat a vaccinării, care să implice în egală măsură educarea și obținerea acceptului părinților și motivarea medicilor de familie să sprijine concret și activ procesul de imunizare.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.who.int/mediacentre/en/>

<https://www.agerpres.ro/sanatate/2017/03/15/epidemia-de-ruje-ola-in-romania-3-446-de-cazuri-inregistrate-in-37-de-judete-cu-17-persoane-decedate-grupaj--11-54-54>

<http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/conferinta-nationala-rovaccin-2017-aduce-in-dezbatere-vaccinarea-ca-urgen-ta-de-sanatate-publica/>

<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/ministrul-sanatatii-le-gea-vaccinarii-nu-va-impune-sanctiuni-16225423>

Istoria depresiei – de ce ar trebui să ne preocupe?

Depresia a fost întotdeauna o problemă de sănătate a umanității. De ce o istorie a unei astfel de probleme? Dacă acceptăm că se poate contura un parcurs istoric al modului în care cancerul a fost diagnosticat și tratat de-a lungul timpului, de ce nu se poate face același lucru și în cazul depresiei?

Cumva, în Occident, am ajuns să privim depresia aproape ca pe orice altă boală fizică, comparația fiind tentantă, pentru că diminuează stigmatul asociat unei boli psihice. Dacă un pacient nu s-ar simți jenat că apelează la un tratament pentru tratarea unei tumori la splină, de exemplu, de ce s-ar simți rău că apelează la ajutor pentru a trata o tumoare invizibilă pe creier?

Însă, oricât de mult ne-am dori să simplificăm lucrurile, bolile psihice, în general, și depresia, în particular, nu sunt deloc simple. În cazul lor, vorbim despre un amestec de genetică și mediu, despre fizic și mental, despre biologic și psihologic, despre nivelul individual și cel cultural. Cu alte cuvinte, modul în care fiecare experimentează depresia și cum interpretăm ceea ce ni se întâmplă este generat nu numai de sentimentele noastre, dar și de ceea ce cul-



tura din care facem parte ne spune că ar trebui să însemne acele sentimente. Iar acest sistem de interpretare a variat considerabil în timp și spațiu și continuă să fie diferit și astăzi. Provocarea este să știm cum se manifestă și de ce se întâmplă acest lucru.

Dacă parcurgem retrospectiv paginile istoriei umanității, documentele scrise de vindecători, filozofi, scriitori de-a lungul veacurilor indică existența milenară a depresiei ca problemă de sănătate și luptele continue și, uneori, ingenioase ale oamenilor de a găsi un tratament pentru această boală.

Denumită inițial "melancolie", depresia apare în textele mesopotamiene antice în al doilea mileniu î.Hr. Pe atunci, toate bolile psihice erau considerate ca având origine "demoniacă", deci de ele se ocupau preoții. Prin comparație "medicii" tratau leziuni fizice. Astfel, depresia era considerată o boală spirituală (sau mentală),

mai degrabă decât una fizică.

Referitor la cauzele melancoliei, viziunile grecilor antici și romaniilor cunosc o timidă evoluție. Dacă literatura din perioada veche conține multe referiri la boli psihice cauzate de spirite sau demoni, cu timpul apar și referințe de natură psihologică sau biologică. Astfel, dacă în secolul al 5-lea î.Hr. istoricul grec Herodot scria despre un rege care a fost înnebunit de spiritele rele, iar primii babilonieni, chinezii și civilizațiile egiptene vedeau, de asemenea, bolile mintale ca o formă de posedare demonică, iar tehnicile de exorcizare (cum ar fi bătaia sau înfometare) erau folosite ca tratamente, medicii romani și grecii timpurii considerau că depresia este atât o boală biologică cât și una psihologică.

Pentru ei, gimnastica, masajul, dietele speciale, muzica și băile, alături de un amestec de extract de mac și lapte de măgar au devenit remediile folosite pentru a atenua simptomele depresive.

Hippocrate, un medic grec, a sugerat că trăsăturile de personalitate și bolile mintale sunt legate de fluidele corporale, numite umori, care pot fi echilibrate sau dezechilibrate. El menționează patru astfel de umori: bila galbenă, bila neagră, flegma și sângele. Hippocrate clasifică bolile mintale în categorii care au inclus mania, melancolia (depresia) și febra creierului. El credea că melancolia este cauzată de prea multă bilă neagră în splină. Pentru aceasta el folosea ca tratament următoarele: tehnica presupus terapeutică de a elimina sânge din organism, băile, exercițiile și dieta.

Spre deosebire de Hippocrate, celebrul filozof și om de stat roman Cicero a susținut că melancolia este cauzată de furie violentă, frică și durere; o explicație bazată pe dezechilibre mintale, mai degrabă decât unele de natură fizică. Chiar și Hippocrate ajunge la concluzia că bolile mintale, cum ar fi melancolia severă, au oarecum de-a face cu creierul.

În ultimii ani înainte de Hristos, influența viziunii lui Hippocrate se estompează, teoria predominantă printre romanii educați fiind aceea că bolile mintale, cum ar fi depresia, sunt cauzate de demoni

și de mânia zeilor. De exemplu, Cornelius Celsus (25 î.C.- 50 d.C) recomanda înfometarea, încătușarea (lanțuri la picioare) și bătaia ca “tratamente”. În schimb, medicii persani, cum ar fi Rhazes (865-925 d.C), medic șef la spitalul din Bagdad, se dovedeau reprezentanții unei școli de gândire care vedea creierul ca fiind la originea bolilor mintale și a melancoliei. Pentru el, tratamentele bolilor psihice conțineau hidroterapie (băi) și primele forme de terapie comportamentală (recompense pentru comportamentul adecvat).

Este meritul lui Galen, un medic roman din secolul II, de a fi conturat teoria că unele persoane care suferă de melancolie și alte boli mintale se nasc cu un temperament care le predispune la astfel de suferințe și că tratamentele pot face foarte puțin pentru aceste persoane.

La rândul lor, filozofii stoici romani au venit cu o abordare filozofică a melancoliei și au susținut că tulburările mintale și emoționale sunt cauzate de o percepție greșită asupra propriilor experiențe și situații de viață. Acești filozofi credeau că modul în care sunt percepute evenimentele dezastruoase sau stresante, ar putea accentua sau reprimă anxietatea (și, în consecință, melancolia). Astfel, aceștia au susținut că schimbarea percepției cognitive asupra circumstanțelor de viață ar putea atenua chinul mental.

După căderea Imperiului Roman, în secolul al V-lea, gândirea științifică cu privire la cauzele bolilor mintale a regresat din nou. În timpul Evului Mediu, explicațiile bolilor psihice erau prin excelență religioase. Cei mai mulți oameni credeau că oamenii bolnavi mintal sunt posedați de diavol, demoni sau vrăjitoare și erau capabili să infecteze alte persoane cu nebunia lor. “Tratamentele” constau în exorcizare și alte strategii barbare, cum ar fi înecul și arderea pe rug. Doar o mică minoritate de medici a continuat să creadă că bolile mintale au drept cauză umori corporale dezechilibrate, dieta săracă sau durerea.

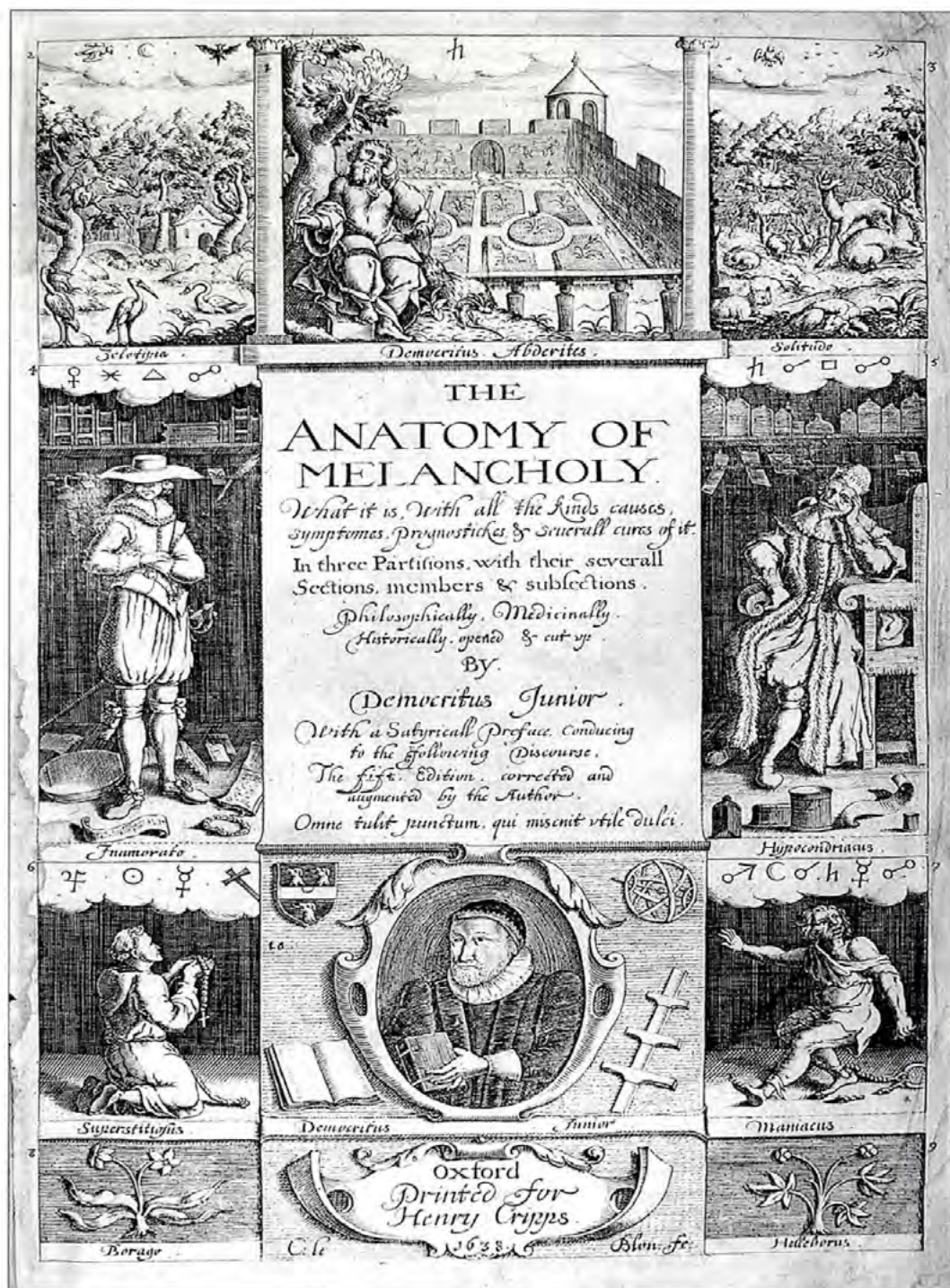
În timpul Renașterii, care a început în Italia, în secolul al XIV-lea și s-a răspândit în toată Europa, în secolele XVI și XVII, gândirea despre bolile mintale a fost caracterizată în egală măsură de regres

și de progres. Pe de o parte, vânătorile de vrăjitoare și execuțiile bolnavilor mintal erau destul de frecvente, în toată Europa. Pe de altă parte, unii medici au revenit la convingerile lui Hippocrate, afirmând că bolile mintale sunt generate de cauze naturale și că vrăjitoarele sunt, de fapt, persoane cu probleme psihice care au nevoie de tratament. Mai mult, tratamentele pentru melancolie folosite în Grecia antică aveau să revină în actualitate - mersul pe jos, reflecția filozofică, rugăciunea, poțiunile, dormitul în hamace și laptele matern.

Semnificativ pentru Renaștere este și faptul că scriitorii și filozofii perioadei văd stările depresive prin lentila aristotelică - ca un posibil catalizator de geniu și măreție. Filozoful italian renescentist Marsilio Ficino va postula faptul că melancolicii ajung astfel pentru că se străduiesc să înțeleagă taina și slava lui Dumnezeu, dar își dau seama că ei n-au cum să o obțină aici, pe Pământ. Cel care-i aduce la disperare este decalajul dintre potențialul lor elevat și "picioarele de plumb". „Atât timp cât suntem reprezentanții lui Dumnezeu pe pământ, suntem deranjați continuu de nostalgie pentru patria cerească”, scrie Ficino. De aceea, pentru renescentiștii europeni, melancolia a devenit un semn de calitate, profunzime și complexitate intelectuală.

A fi melancolic în Europa Renașterii devine un semn de elitism. Aristocrații și scriitorii încep să-și asume cu mândrie un dram de temperament melancolic. În literatură sau teatru, personajele urсуze și capricioase ajung să fie la modă. Cel mai faimos dintre ei a fost, probabil, Hamlet al lui Shakespeare.

În cartea sa dedicată subiectului - Anatomia melancoliei - publicată în anul 1621, savantul englez Robert Burton conturează istoria, cauzele și tratamentele posibile ale condiției. Tot el subliniază binecuvântările creative care vin odată cu ea. Lucrare enciclopedică cu peste 1000 de pagini, cartea descrie cauzele psihologice și sociale (cum ar fi sărăcia, frica și singurătatea), dar și remediile - dieta, exercițiile fizice, distragerea atenției, călătoriile, purgativele, flebotomia, remediile din plante, căsătoria, chiar și terapia prin



muzică.

La începutul Epocii Luminilor (secolele XVIII și începutul secolului XIX), se credea că depresia este moștenită, o slăbiciune de neschimbat legată de temperament, ceea ce ducea la ideea că cei afectați trebuie fie evitați, fie închiși. Ca urmare, cei mai mulți bolnavi mintal ajungeau fără adăpost și săraci, iar unii erau închiși în

instituții.

Medicul englez George Cheyne (sec. XVIII) va dezvolta teoria că melancolia este cauzată de confortul și luxul în creștere generate de industrializare și propune drept tratament o dietă vegetariană spartană. Cel mai bun remediu pentru bolile mintale precum depresia este exercițiul fizic sau munca, crede Samuel Johnson, un melancolic el însuși. El afirmă că viața rurală produce oameni înimosi și robuști emoțional, în timp ce viața de oraș le diminuează rezistența și-i face vulnerabili la depresie.

Romantismul, perioada primei jumătăți a sec. XIX revigorează ideea că starea de spirit întunecată erau mediul propice geniului creator și înțelepciunii perceptive.

În Melancolia lui Lincoln, Joshua Wolf Shenk constată că dispoziția melancolică a președintelui American era „caracterizată nu numai prin mohorală, asceză și mizantropie, dar și prin reflecție profundă, perseverență și energie mare pentru acțiune”.

Poeți precum John Keats și Samuel Taylor Coleridge aveau să scrie ode melancoliei și deprimării. Lord Byron va numi stările lui întunecate „un dar de temut”, iar filozofi precum Schopenhauer și Kierkegaard au găsit confort și chiar plăcere în disperarea și anxietatea lor. Acesta din urmă avea să scrie: „În marea mea melancolie, am iubit viața, pentru că am iubit melancolia mea”.

Însă renașterea melancoliei va fi de scurtă durată. Progresele din biologie și psihologie din a doua jumătate a secolului XIX vor pune bazele concepției moderne asupra depresiei - o boală mintală care împiedică, mai degrabă decât facilitează, manifestare autentică a sinelui.

Psihologii încep să construiască teoria potrivit căreia melancolia este cauzată de un sistem nervos suprasolicitat. Simptome precum neliniște, letargie și deprimare vor fi semnele unui ritm tot mai mare de industrializare și tehnologizare, potrivit neurologului american George Miller Beard. El inventează termenul de „neurasenie” pentru a descrie condiția generată de „excitarea nervoasă”



adusă de viața modernă. Celor care manifestau primele simptome li se recomanda evitarea consumului de alcool și carne, programul prelungit și compania persoanelor toxice.

Această perioadă reprezintă momentul de cotitură în gândirea referitoare la natura melancoliei. Dacă până acum se credea că aceasta este un defect al intelectului, creierului sau corpului, acum începe să fie privită ca o tulburare emoțională.

În anul 1895, psihiatrul german Emil Kraepelin va aduce contribuții semnificative privind abordarea și tratamentul sănătății mintale. El este primul care va separa depresia maniacală și schizofrenia și va clasifica oficial diverse tipuri de melancolie, în funcție de severitatea lor. Tot el va propune, de asemenea, o bază biologică și genetică pentru „starea depresivă” și va susține că tratarea melancoliei cere intervenție medicală.

Tot în această perioadă, încet-încet, termenul ”depresie” începe să fie folosit împreună cu cel de ”melancolie” și-l va înlocui definitiv la mijlocul sec. XX.

Începutul secolului XX este dominat de abordarea psiho-analitică a



lui Freud. Îndepărtându-se de abordarea psiho-biologică a lui Kraepelin, în eseul său „Doliul și melancolia”, Sigmund Freud susține că, în timp ce doliul (definit ca durere în urma pierderii) și melancolia au aceleași simptome, melancolia este o stare depresivă fără o cauză anume, sau cel puțin cu o cauză necunoscută, inconștientă. De aceea, psihanaliza este necesară pentru a căuta rădăcinile sale subliminale.

Alți psihanalști freudieni au susținut că melancolia are la bază un tip de narcisism. Sandor Rado credea că melancolicii sunt, pur și simplu, persoane care caută aprobare și afecțiune și că, atunci când dragostea nu este reciprocă, apare melancolia. Melanie Klein și alții au emis ipoteza că melancolia este rezultatul respingerii de către mamă; cu cât este mai intensă ostilitatea din partea mamei, cu atât va fi mai intensă depresia.

Cel care va reduce decalajul dintre perspectiva psihanalitică a lui Freud și punctul de vedere psihobiologic lui Kraepelin a fost Adolf Meyer.

El va afirma că experiențele din copilărie precum și genetica pot pot mări predispoziția cuiva către melancolie. Cu toate acestea, el crede că experiența din trecut și genetica nu reprezintă destinul persoanei. El crede, de asemenea, că termenul ”depresie” și nu ”melancolie” trebuie folosit pentru a descrie condiția severă și prelun-

gită de proastă dispoziție.

Mijlocul secolului XX, prin progresele neuroștiinței, va aduce informații fără precedent despre modul în care funcționează mintea. De exemplu, psihiatrii și psihologii au aflat că atât produsele chimice cât și curentul electric stimulează activitatea creierului, că diferite părți ale creierului sunt responsabile pentru diferite comportamente și că modificările la nivelul creierului pot schimba modul în care o persoană acționează sau se simte. Având această înțelegere, tratamente precum terapia cu electro-șocuri și lobotomiile au fost efectuate, în speranța de a vindeca sau cel puțin diminua severitatea stărilor depresive.

O altă dezvoltare majoră a secolului XX este crearea de categorii formale pentru a clasifica diverse boli mintale. Pentru a ajuta la standardizarea și tratamentul bolilor psihice într-o manieră cât mai asemănătoare cu boala biologică, psihologii și psihiatrii vor dezvolta împreună Manualul American Statistic și de Diagnostic al Bolilor Mintale (DSM), în 1952. În prima ediție a DSM, termenul "melancolie" a fost înlocuit cu reacție depresivă, pentru a descrie starea de proastă-dispoziție severă, care rezultă dintr-un conflict intern sau dintr-un eveniment identificabil cum ar fi pierderea locului de muncă sau un divorț.

Perioada anilor 50 vine și cu dezvoltări în lumea farmaceutică, tranchilizantele devenind tratamente populare pentru anxietate. De acum, idea că medicamentele pot fi folosite pentru a altera stările mintale indezirabile pregătește terenul pentru dezvoltarea și acceptarea lor în tratarea depresiei, în plus de soluția psihoterapeutică care prevalase până în acel moment. În încercarea lor de a câștiga teren, companiile farmaceutice și cercetătorii din domeniul psihologiei vor susține că depresia este doar un dezechilibru chimic în creier și că anumite medicamente îl pot remedia. Ei fac adesea analogia cu diabetul, unde aportul de insulină echilibrează zahărul din sânge, în mod similar producându-se și reechilibrarea creierului, cu ajutorul medicamentelor anti-depresive.

Efectul acestei bătălii a fost acela că, în numai 30 de ani, numărul



americanilor care luau anti-depresive a crescut de la 2.5 milioane în 1980 la 40 milioane în 2010 (o creștere de 1500%).

Văzută prin prisma acestei evoluții, versiunea DSM-III este privită adesea de istoricii psihologiei ca o victorie a psiho-biologilor și o mare înfrângere a psiho-analiștilor. Ea include așa numita Tulburare Depresivă Severă (Major Depressive Disorder - MDD) care se diferențiază de anxietate sau nevroză.

Pentru a fi diagnosticat cu MDD, un pacient trebuie să îndeplinească trei criterii:

- 1) o stare disforică (trist, să se simtă fără speranță),
- 2) cel puțin patru simptome dintr-o listă care include lipsa apetitului, somnolență, nivel scăzut de energie, pierderea interesului pentru activități normale și vinovăție excesivă și
- 3) simptomele trebuie să persiste cel puțin două săptămâni. În plus de MDD, au fost adoptate alte categorii depresive, inclusiv tulburarea distimică, care se caracterizează printr-o stare de proastă dispoziție mai puțin pregnantă, dar de durată.

Problema este că DSM-III nu face o distincție clară între tristețe și depresie. Ca urmare, mulți oameni au început a cauta tratament pentru depresie, chiar și pentru o tristețe „normală” generată de o situație de viață obișnuită ca un divorț sau pierderea unui loc de muncă. În cele din urmă, în timp ce medicalizarea depresiei duce oarecum la reducerea stigmei, ea transferă în zona patologicului emoții și comportamente altfel normale.

Însă, a doua jumătate a secolului XX vine și cu progrese în tabăra psiho-analitică.

Cel mai proeminent este noul tratament dezvoltat de psihiatrul Aaron Beck de la Universitatea din Pennsylvania, în anii 1960. Numită terapie cognitiv comportamentală (TCC), această formă de terapie se bazează pe premisa că depresia este cauzată de cognițiile negative, greșite. Scopul TCC este de a ajuta individul deprimat să identifice gândurile greșite și să le înlocuiască cu cele mai concordante cu realitatea. În timp ce TCC și altele asemănătoare au câștigat teren, puține persoane care suferă de depresie apelează la ele, deoarece acestea sunt costisitoare atât financiar cât și ca timp. De aceea, pentru mulți oameni, medicamentele sunt mai convenabile și mai eficiente.

Lansat în 2000, DSM-IV a făcut câteva schimbări în ceea ce privește diagnosticul depresiei prin adăugarea de niveluri sau stadii. Astfel, o persoană ar putea fi diagnosticată cu tulburare depresivă ușoară, în cazul în care ar manifesta două dintre simptomele de depresie majoră, în loc de patru. De asemenea, acesta a eliminat diagnosticarea cu MDD a unei persoane care a pierdut pe cineva apropiat. DSM-V, publicat în 2013, a făcut unele re-clasificări, pentru a ajuta la atenuarea posibilei supra-diagnosticări a depresiei.

După cum se poate vedea din acest periplu prin istoria depresiei (la nivelul Occidentului), punctele de vedere ale societății asupra naturii și tratamentului acesteia au variat foarte mult în timp și au fost ciclice adesea. De la echilibrarea umorilor la echilibrarea neurotransmițătorilor. De la gândirea dreaptă a stoicilor la gândirea corectată prin terapie cognitiv comportamentală. Concepția

asupra depresiei este o călătorie de tip roller-coaster în universul condiției umane, iar înțelegerea asupra acesteia poate fi cu greu definită drept stabilă, definitivă sau liniară.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.artofmanliness.com/2015/03/16/the-history-of-depression/>

<https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/>

<http://www.historytoday.com/blog/2012/08/history-depression>

Biopsii lichide pentru depistarea tumorilor

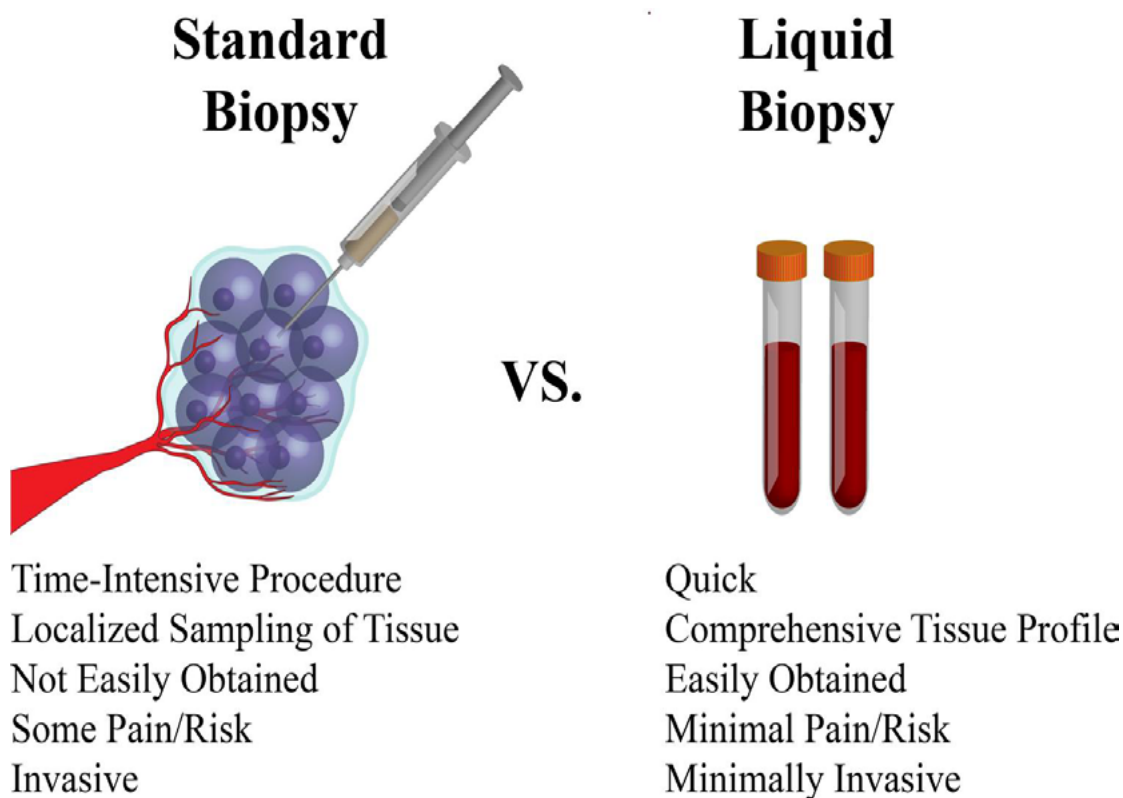
Specialiștii se așteaptă ca anul 2017 să marcheze începerea folosirii pe scară mai largă a testelor cunoscute sub numele de “biopsii lichide”.

Ele descoperă existența unei tumori prin identificarea fragmentelor de ADN pe care aceasta le eliberează în sânge și care sunt, de obicei, de peste 100 de ori mai prezente aici decât celulele tumorale.

Aceste fragmente de ADN pe care tumorile le lasă în sânge pot fi folosite pentru screening-ul neinvaziv, în cazul cancerelor aflate în stadii timpurii, pentru monitorizarea răspunsului organismului la tratament, în cazul cancerelor depistate deja și pentru înțelegerea cauzelor pentru care anumite cancere sunt rezistente la terapie.

Pentru majoritatea tumorilor, o biopsie pe bază de țesut aduce destule provocări, fiind costisitoare, dureroasă sau chiar potențial riscantă pentru pacient.

Deși aceste biopsii lichide sunt încă în proces de validare, câteva companii lucrează deja la dezvoltarea unor truse de testare pe



care plănuiesc să le lanseze pe piață în 2017.

Apariția biopsiilor lichide pare a fi un moment de răscruce în diagnosticarea cu mai mare precizie și mai rapidă a cancerului, apariția testului salutat deja drept revoluționar de mulți specialiști fiind accelerată de inițiativa “Cancer Moonshot” (“Salt spre luna”) lansată de Guvernul Federal al SUA în ianuarie 2016.

Programul Cancer Moonshoot 2020 este derulat de o largă coaliție formată din cercetători din mediul universitar medical, oncologi sau importante firme farmaceutice ori din domeniul biotehnologiei și urmărește să găsească un remediu pentru cancer până în 2020.

Articol realizat de Mirela Mustăță, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<https://consultqd.clevelandclinic.org/2016/10/top-10-medical-innovations-2017-revealed/>

<http://www.cancermoonshot2020.org/>

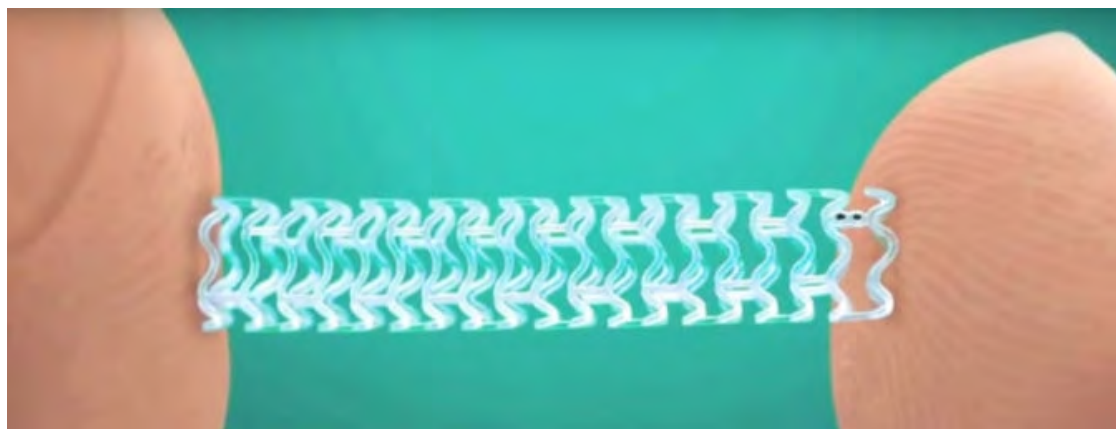
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356857/>

Stenturile bio-absorbabile

Câteva milioane de oameni trec în fiecare an prin operații de implantare a unor stenturi metalice în arterele coronariene. Aceste tuburi mici mențin deschise vasele de sânge după proceduri precum angioplastia cu balon, care lărgeste arterele înfundate de cheaguri sau de placă ateromatoasă.

După circa 6 luni, majoritatea arterelor supuse unor asemenea proceduri se vindecă și pot sta deschise de la sine, însă stentul metalic este acolo pe viață. În majoritatea cazurilor, nu apar probleme - perețele arterial se vindecă în jurul stentului fără efecte secundare. Dar cu cât stentul stă mai mult în corp, cu atât crește riscul unor efecte pe termen lung. De exemplu, un stent permanent poate cauza inflamație intermitentă și formarea de cheaguri la locul implantului.

În consecință, în ultimul deceniu s-au desfășurat numeroase cercetări pentru dezvoltarea unor stenturi biodegradabile, în speranța că acestea vor permite evitarea dezavantajelor stenturilor metalice.



Dintre acestea, cele mai importante sunt – tromboza acută sau întârziată, nevoia de administrare a terapiei duale antiplachetare și interferența dintre un corpus metallic permanent și tomografiile computerizate, rezonanța magnetică sau remodelarea și elasticitatea vasculară. Toate aceste dezavantaje ar fi evitate în cazul stenturilor biodegradabile.

Înainte de folosirea pe scară largă a acestui nou dispozitiv, specialiștii cer însă efectuarea mai multor studii legate de siguranța și eficacitatea lui. Cele de până acum au arătat că generația actuală de stenturi biodegradabile, care are un timp de resorbire de 2-4 ani, nu prezintă avantaje concludente față de cele metalice. Mai mult, un studiu efectuat în Olanda și încheiat în noiembrie 2016 a subliniat existența unor posibile riscuri de tromboză mai ridicate decât la actuala generație de stenturi metalice.

Astfel, studiul AIDA (The Amsterdam Investigator-Initiated Absorb Strategy All-Comers Trial - AIDA) derulat de cercetători de la Centrul Inimii din cadrul Centrului Academic Medical al Universității din Amsterdam a fost conceput pentru a compara rezultatele folosirii celor două tipuri de dispozitive într-o populație de pacienți care o reflectă pe cea întâlnită în practica clinică de rutină. Eșantionul a cuprins 1845 de pacienți. Ei au luat parte la studiu, în perioada august 2013 – decembrie 2015. 924 dintre aceștia au fost aleși în mod aleatoriu să primească un stent biodegradabil, în timp ce 921 au primit un stent metalic. Rezultatele publicate la sfârșitul lui 2016 nu au arătat nicio diferență semnificativă în privința parame-

trului principal, funcționarea vasului de sânge pe care s-a efectuat procedura.

Rezultatele au arătat, în schimb, că stenturile biodegradabile au fost asociate, în decursul celor 2 ani de monitorizare post intervenție, unei incidențe semnificativ mai mari de tromboză asociată implantării dispozitivului, atât per ansamblu, cât și spre finalul perioadei de monitorizare.

Ca urmare, având în vedere aceste rezultate, clinicienii sunt mai degrabă rezervați acum față de oportunitatea folosirii pe scară mai largă a acestei generații de stenturi biodegradabile.

Beneficiile acestora rămân o oportunitate nematerializată deocamdată, însă specialiștii sunt încrezători că noile generații de stenturi biodegradabile la care se lucrează deja vor înclina balanța în favoarea lor, în câțiva ani.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<https://consultqd.clevelandclinic.org/2016/10/top-10-medical-innovations-2017-revealed/>

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614954#t=article>

<http://www.cathlabdigest.com/articles/Bioabsorbable-Stents-%E2%80%93-Where-Are-We-Now>

<http://www.mtu.edu/news/stories/2013/april/zinc-perfect-material-for-bioabsorbable-stents.html>

Biofizică și imagistică medicală pentru asistenți medicali

Autor: Hary Hărlăuanu,

Editura: ALL, Anul apariției : 2017



Destinat personalului mediu din sistemul sanitar și elevilor școlilor sanitare postliceale, lucrarea urmărește să îi ajute pe aceștia să înțeleagă aspectele biofizice ale proceselor și structurilor din organism.

De asemenea, autorul a acoperit și conceptele esențiale ale folosirii aparaturii din laboratorul clinic și erorile care pot apărea în pregătirea probelor. Acestea le vor permite să dobândească cunoștințele de bază necesare pentru activitatea practică de măsurare, control și verificare în laborator.

Din cuprinsul lucrării remarcăm secțiunile dedicate biofizicii celulare, imagisticii medicale și pregătirii pacienților pentru explorarea radiologică.

Esențialul în Medicina de Familie

Autori: Prof. Dr. Adrian Restian, Coordonator Prof. Dr. Dumitru Matei

Editura Amaltea, Anul apariției (pentru ediția a 3a): 2016

Având în vedere așteptata creștere a importanței rolului asistenților medicali în medicina primară, lucrarea de față prezintă un interes deosebit pentru această categorie de profesioniști din sănătate.

La momentul actual, specialiștii din medicina primară sunt chemați să înțeleagă pacienții în integralitatea lor, pornind de la stilul de viață, și să adopte o abordare multidisciplinară, fundamentată pe educația pentru sănătate.

Din ce în ce mai mulți specialiști consideră că accentul trebuie pus pe eliminarea sau reducerea factorilor de risc ai diverselor boli cronice netransmisibile, mulți dintre acești factori fiind legați de stilul de viață.

În acest context, medicina de familie este cea mai bine poziționată pentru a interveni eficace, iar lucrarea de față le oferă profesioniștilor din medicina de familie, medici și asistenți medicali, conceptele și instrumentele cheie pentru această intervenție.



Farmacologie pentru moașe și asistenți medicali

- Editia a II-a, revizuită și adăugită

Autor: Oana Andreia Coman, Editura Medicală

Anul apariției (pentru ediția a II-a): 2015



Olucrare deosebit de utilă asistenților medicali, moașelor și studenților Facultăților de Moașe și Asistenți care doresc să aprofundeze studiul farmacologiei.

Sunt prezentate principalele clase de substanțe active și medicamente, precum și modurile în care acestea interacționează.

Foarte utilă este prezentarea diverselor tipuri de farmacologii, în funcție de sistemele și aparatele corpului uman.

Un accent special este pus pe distrugerea fizică și chimică a microorganismelor cu ajutorul dezinfectantelor, antisepticelor și sterilizantelor, precum și pe chimioterapicele antimicrobiene, subiecte de mare actualitate.

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammr buc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.