

eAsistent.ro

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

AUGUST 2023



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

Părinți fără frontiere – cum gestionăm grijile lor, pentru a-i salva pe copii de boli ce reapar? 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

„Să dăm viață anilor și ani vieții”, spunea Ana Aslan 8

EVENIMENT

Ziua mondială de luptă împotriva cancerului pulmonar 2023: istorie și semnificație 14

INTERVIU

Cum știu dacă intestinul meu este sănătos. Episodul 2 19

OPINIA JURISTULUI

Avizarea anuală 26

ISTORIE

Istoria cercetarilor și descoperirilor legate de cancerul cervical - partea a 2-a 29

LUMEA MEDICALĂ

Cât de sănătos este microbiomul tău intestinal și cât de mult contează acest lucru? Episodul 2 35

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Cadrul i - PARIHS – Caracteristici principale și modalități de utilizare în cadrul proiectelor de implementare a practicilor bazate pe dovezi 41

CĂRȚI MEDICALE

“Deep medicine, cum inteligența artificială poate face ca asistența medicală să redevină umană” (Deep medicine, how artificial intelligence can make healthcare human again), de Eric Topol, ed. Basic Books, 2019 54

“Mai bine: notițele unui chirurg despre performanță” (Better: A Surgeon's Notes on Performance), de Atul Gawande, Ed. Picador USA, 2008 56

“Să nu faci rău. Povești despre viață, moarte și operații pe creier” (Do no harm. Stories about Life, Death and Brain Surgery), de Henry Marsh, Ed. Phoenix House, 2014 57

ECHIPA EDITORIALĂ 58

Foto copertă: istockphoto.com



Părinți fără frontiere – cum gestionăm grijile lor, pentru a-i salva pe copii de boli ce reapar?

Părinții de pretutindeni pot depune mărturie despre faptul că a deveni părinte poate fi în egală măsură emoționant și înspăimântător. Toți trec printr-o varietate de emoții, de la entuziasm și

bucurie, la teamă și frustrare.

Odată cu copilul, în doar câteva zile, tot ceea ce părintele credea că citise sau că știe despre creșterea copiilor pare să se șteargă și se trezește fără răspunsuri simple: De ce nu reușesc să-mi liniștesc copilul care plânge? De ce nu vrea să se prindă la sân? Când va învăța să se rostogolească? Adevărul este că, uneori, chiar și părinții care se află la a doua experiență se trezesc excesiv de preocupați de creșterea și dezvoltarea copilului lor.

Și, de cele mai multe ori, în încercarea de a deveni specialiști în materie de parenting, în lipsa unei educații mai structurate, sau a unui mentor în zona de parenting, încep să citească tot ce găsesc despre creșterea și dezvoltarea copilului, dar mai ales despre cele mai mari frici ale părinților.

Iar în ceea ce privește fricile, la o simplă căutare pe această temă, vedem că topul acestor temeri este dat de: preocupările legate de hrănirea copilului la sân, lipsa somnului, când să apelez la medic, creșterea în greutate, plânsul, atingerea reperelor de creștere, dar și siguranța vaccinurilor.

Legat de acest ultim aspect, în ciuda dovezilor științifice și a celor aduse de experiența medicală care arată că vaccinurile pentru copii previn bolile și salvează vieți, tema vaccinurilor la copii continuă să fie o sursă de controverse în foarte multe țări.

De aceea, pentru a nu-și pune copiii în pericol, părinții, care vor ce este cel mai bine pentru copilul lor și au responsabilitatea de a lua decizii în cunoștință de cauză, au nevoie să fie sprijiniți să învețe să separe faptele științifice legate de vaccinarea copiilor de diversele mituri și dezinformări care tot circulă pe aceste teme.

Pentru mulți dintre actualii părinți care nu mai văd în jurul lor anumite boli precum rujeola, difteria sau poliomiелita, poate apărea întrebarea: de ce copilul meu trebuie să fie vaccinat pentru boli care nu mai sunt atât de răspândite?

Un răspuns corect aici este acela că tocmai faptul că programele de

vaccinare au avut succes a dus la limitarea incidenței acestor boli. Dar, pentru că din ce în ce mai mulți părinți refuză să-și vaccineze copiii, bolile reapar. Despre asta ne spune un recent articol¹ în care doctorul Simin Aysel Florescu, managerul Spitalului de Boli Infecțioase "Victor Babeș" din București și doctorul Adrian Marinescu, directorul medical al Institutului de Boli Infecțioase "Matei Balș", tot din București, avertizează asupra pericolelor care pândesc copiii neprotejați prin vaccinare.

Pe lângă copiii ai căror părinți refuză vaccinarea, la risc sunt și copiii care nu se vaccinează din motive medicale, dacă, în diverse comunități în care aceștia merg (la grădiniță, la locurile de joacă, la școală) se întâlnesc cu un copil bolnav. Astfel, studiile ne spun că, în comparație cu copiii vaccinați, copiii care nu se vaccinează din motive medicale au un risc de 35 de ori mai mare de a face rujeolă, un risc de opt ori mai mare de tuse convulsivă (pertussis) și un risc de nouă ori mai mare de varicelă.

Și, așa cum ne previn medicii, aceste boli nu sunt chiar atât de simple pentru copil. De exemplu, un copil poate face o formă de rujeolă gravă. Este o boală care are în proporție de cel puțin 30% complicații, de diverse tipuri, de la cele respiratorii, otice, oculare, până la complicații severe, chiar encefalită, sau bronhopneumonie, unele dintre ele pot fi chiar fatale pentru copil. De exemplu, de la rujeolă, unii copiii sunt expuși la o complicație peste ani de zile care se cheamă panencefalita sclerozantă subacută și care este o boală fatală. Apare undeva în jurul vârstei de 10-14 ani la copiii care au trecut prin rujeolă, nu la toți, evident și care nu are niciun fel de soluție terapeutică. Ea este cauzată de persistența virusului rujeolic la nivelul creierului, acesta activându-se după ani de zile. Însă nu avem de unde să știm care copil va face această formă și care nu.

Ce știm cu siguranță este că niciun părinte nu vrea să-și expună co-

1 Tot mai mulți copii, nevaccinați împotriva... | <https://www.news.ro/social/tot-multi-copii-nevaccinati-impotriva-rujeolei-altor-boli-simin-florescu-rujeola-da-complicatii-diverse-tipuri-unele-dintre-pot-fatale-copil-adrian-marinescu-pacate-ajungem-cazuri-dramatice-1922400214002023081021284102>

pilul unui risc. Mai degrabă, singura lui grijă este tocmai aceea de a nu-l expune unui risc perceput, despre care aude sau citește în diverse surse care-i alimentează deliberat această temere.

De aceea, apreciez că eforturile de a consilia părinții pe această temă despre care vorbește proiectul [Strategiei naționale de vaccinare în România pentru perioada 2023 – 2030](#)² pot răspunde exact acestei nevoi a lor.

Însă, abordarea trebuie să fie cea potrivită. Iată un lucru despre care poate merită să discutăm mai mult. Ce putem face diferit, pentru a ghida mai bine părintele?

Cum scriam și luna trecută, când vorbeam despre vaccinarea HPV, aceasta poate fi o schimbare care poate contribui la salvarea de vieți într-un alt mod decât cel în care eram obișnuiți. La final va duce și la ameliorarea indicatorilor de țară privind sănătatea, care depinde, dincolo de ce fac autoritățile, de fiecare dintre noi cei, care lucrăm în domeniul sănătății, și nu numai. Dar, ceea ce este cel mai important decât orice, va salva viața copiilor noștri.

În plus de acest subiect de reflecție, vă încurajez să alocați timp și să citiți articolele lunii august, care prezintă o serie de teme de actualitate și vă trimit cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

2 <https://www.ms.ro/ro/transparenta-decizionala/acte-normative-in-transparenta/hot%C4%83r%C3%A2re-a-guvernului-privind-aprobarea-strategiei-na%C8%9Bio-nale-de-vaccinare-%C3%AEEn-rom%C3%A2nia-pentru-perioada-2023-2030/>



„Să dăm viață anilor și ani vieții”, spunea Ana Aslan.

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Nimic mai valabil peste timp, pe măsura ce medicina, știința îngrijirilor și cea a asistenței sociale au progresat și continuă să progreseze, iar speranța de viață crește și ea.

Cum ne trăim ultimul deceniu, ultimii ani ai vieții? Este calitatea vieții noastre decentă? Sunt ultimii noștri ani “cu viață în ei”, după cum atât de înțelept observa marea noastră cercetătoare în științele gerontologiei, sau sunt ei parcurși într-o stare de suferință permanentă, lipsiți de autonomie funcțională, cognitivă și emoțională?

Pornind de la aceste teme, vom încerca, în acest articol, să vă prezentăm multitudinea de fațete ale procesului de îmbătrânire activă, în care adăugăm viață anilor. În plus, vom vedea și câteva modalități la îndemâna fiecăruia dintre noi prin care ne putem pregăti, prin alegerile legate de stilul de viață, în timpul adolescenței și, mai ales, al perioadei adulte, pentru o bătrânețe bună, cu viață în ea, și cum o putem susține, odată ce atingem borna vârstei a treia.

Un nou studiu prezentat la *Nutrition 2023*, conferința organizată de Societatea Americană de Nutriție în iulie 2023, a dezvăluit, pe baza fișelor medicale și a datelor din chestionarele a 719.147 de participanți la *Programul Veterans Affairs Million Veteran*, că bărbații și femeile care au adoptat cele opt obiceiuri de mai jos până la vârsta de 40 de ani aveau datele pentru a trăi cu 24 și, respectiv, 23 de ani mai mult decât cei care nu au adoptat niciunul.

Aceste opt obiceiuri-cheie care v-ar putea afecta semnificativ durata de viață sunt:

1. Rămâneți activi din punct de vedere fizic.
2. Abțineți-vă de la fumat.
3. Gestionati-vă eficient stresul.
4. Respectați o dietă echilibrată.
5. Abțineți-vă de la consumul excesiv de alcool.
6. Asigurați-vă că aveți o bună igienă a somnului.
7. Evitați dependența de opioide.
8. Promovați relații sociale pozitive.

Deși este cu atât mai bine cu cât aceste obiceiuri sunt adoptate mai devreme în viață, chiar și schimbările făcute mai târziu pot avea beneficii semnificative. După cum spune Dr. Nguyen, cercetătorul principal al studiului, "*chiar dacă faceți schimbări la 40 sau la 60 de ani, acestea sunt totuși benefice*". Cercetarea este observațională și nu poate stabili cauzalitatea, dar constatările subliniază în mod incontestabil importanța unei abordări holistice a bunăstării.

Obiceiurile legate de stilul de viață, cum ar fi activitatea fizică redusă, consumul de opioide și fumatul, au avut cel mai mare impact asupra duratei de viață, crescând riscul de deces cu 30-45%. Stresul, consumul excesiv de alcool, dieta limitată și igiena inadecvată a somnului au crescut riscul de deces cu 20-30%.

În plus, condițiile de sănătate mintală, precum anxietatea sau depresia, au fost asociate cu 8% din decesele premature, subliniind importanța luării în considerare a acestor factori în cercetările viitoare.

Cei mai mulți dintre factorii de mai sus sunt legați de sănătatea sistemului nostru cardio-vascular, un factor determinant al longevității.

Pe de altă parte, în cadrul cercetării prezentate la conferința *Nutrition 2023* din SUA, lipsa relațiilor sociale pozitive a fost asociată cu un risc de deces cu 5% mai mare.

Legat de beneficiile pentru sănătate ale **relațiilor sociale pozitive**, o altă cercetare cheie care merită discutată este *Studiul Harvard asupra dezvoltării adulților* (Harvard Study of Adult Development), care poate fi cel mai cuprinzător studiu realizat vreodată, deoarece și-a urmărit participanții pe parcursul întregii lor vieți adulte. Studiul a fost început în Boston în 1938 și a acoperit deja trei generații: bunicii, părinții și copiii, care sunt acum considerați "baby boomeri".

Acesta a analizat mai mult de 2000 de persoane de-a lungul a 85 de ani de studiu longitudinal.

În ianuarie, Robert Waldinger, MD, actualul director al acestui studiu incredibil, a publicat cartea *The Good Life: Lessons From the World's Longest Scientific Study of Happiness*, scrisă împreună cu directorul

asociat al studiului, Marc Schulz, PhD.

Urmărind această populație numeroasă timp de peste opt decenii, studiul a scos la iveală factorii cei mai bine corelați cu bunăstarea și fericirea.

Iată câteva dintre principalele concepte ale autorilor. Cei mai fericiți participanți la studiu au avut în comun doi factori majori de-a lungul celor 85 de ani: îngrijirea sănătății și stabilirea unor relații de iubire cu ceilalți. Pare evident că a avea o stare de sănătate bună este esențial pentru a trăi bine. Cu toate acestea, spre surprinderea lor, cercetătorii au stabilit că relațiile bune au fost cel mai semnificativ indicator al sănătății și fericirii în timpul îmbătrânirii. Și aceasta, deoarece, conexiunile sociale slabe sunt asociate cu un risc crescut de boli cardiovasculare, hipertensiune, diabet, boli infecțioase, afectarea funcției cognitive, depresie și anxietate.

Concluzia este confirmată și de o meta-analiză a datelor din 113 țări care arată că singurătatea este o problemă globală, cu niveluri problematice de singurătate la o proporție substanțială a populației din multe țări. Dar datele sunt puține, în special în țările cu venituri mici și medii, și suferă de lipsa unor instrumente de evaluare validate. În plus, este esențială o mai bună monitorizare și definiții standardizate.

Mai mult, contrar ideii că singurătatea și izolarea socială sunt probleme care afectează mai ales persoanele în vârstă, cercetarea arată că singurătatea afectează persoane de toate vârstele. De aceea, este necesară o abordare pe parcursul vieții, pentru a înțelege singurătatea și a o atenua. Adolescenții și adulții tineri, pentru care socializarea este o parte esențială a dezvoltării, ar putea fi deosebit de vulnerabili, cu potențiale consecințe pe termen lung asupra bunăstării mentale și fizice. Așa cum a arătat perioada anilor 2020-2022, eforturile de abordare a singurătății vor trebui să fie personalizate, având în vedere complexitatea și eterogenitatea acestora. Având în vedere toate acestea, singurătatea devine o problemă care necesită atenție din partea întregii societăți.

Însă comunitatea medicală poate avea un rol cheie, nu în ultimul rând, prin creșterea gradului de conștientizare și prin contribuția la reducerea stigmatului în jurul singurătății.

Deocamdată, o contribuție utilă pe care o poate aduce un profesionist din domeniul sănătății la atenuarea singurătății este aceea de a învăța cum să aibă o interacțiune semnificativă cu pacienții. Stabilirea unei conexiuni, chiar și numai pentru scurt timp, cât durează o consultație, ar putea face o mare diferență.

În același timp, unii medici încep să facă recomandări benefice din zona "prescrierii sociale", sugerându-le pacienților să se implice în activități de voluntariat și în alte activități prin care construiesc relații sociale directe. *"Timpul petrecut față în față vă ajută să vă conectați cu ceilalți și vă poate face să vă simțiți mai puțin izolați"*, explică Matthew Lee, sociolog și cercetător asociat la Programul de înflorire umană de la Universitatea Harvard. *"Faptul de a fi prezent fizic într-o interacțiune vă poate ajuta să vă simțiți mai implicat cu ceilalți, mai valorizat și este mai probabil să aveți un sentiment de identitate comună - toate acestea fiind lucruri care pot ajuta la atenuarea singurătății."*

O mai bună conectivitate socială poate reduce riscul de a fi diagnosticat cu depresie sau anxietate, spune și un studiu recent publicat în International Journal of Public Health de Matthew Lee și de o echipă de cercetători de la Universitatea Harvard. Iar ambele sunt asociate cu bolile de inimă sau cu înrăutățirea afecțiunilor cardiace existente.

Pentru toate aceste motive și cu toate dovezile care ne asigură de avantajele pentru sănătate ale **relațiilor sociale pozitive**, să nu uitați că și dacă faceți schimbări la 40 sau la 60 de ani, acestea sunt totuși benefice.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Longevity: 8 habits can add 24 years to lifespan, new study finds (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/8-healthy-longevity-habits-add-24-years-to-lifespan>)
2. <https://nutrition.org/n23/>
3. 14 Surprising Facts About Growing Older No One Ever Told You (<https://www.webmd.com/healthy-aging/ss/slideshow-aging-surprises>)
4. <https://www.health.harvard.edu/blog/3-simple-swaps-for-better-heart-health-202209262812>
5. Lessons From the Longest Study on Happiness (<https://www.medscape.com/viewarticle/994286>)
6. Loneliness as a health issue (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2823%2901411-3>)
7. Sursa foto: <https://www.health.harvard.edu/>



Ziua mondială de luptă împotriva cancerului pulmonar 2023: istorie și semnificație

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Istorie

Pentru o lungă perioadă de timp din istoria omenirii, cancerul pulmonar a fost o boală relativ rară. Ea a fost identificată de medici la începutul secolului al XIX-lea. Practic, în urmă cu 150 de ani,

mai puțin de 1% până la 2% din populația lumii suferea de această afecțiune, potrivit studiilor. Evident, numărul scăzut al acestor cercetări și capacitatea de diagnosticare limitată pot fi tot atâtea motive pentru care situația stătea astfel.

Însă, când studiem secolul XX, vedem că, chiar dacă la începutul acesteia boala era încă destul de rară, spre sfârșitul lui, cel puțin în cazul bărbaților, a devenit principalul motiv al deceselor legate de cancer, în peste 25 de țări.

Publicații relevante științific din anii 1930 au emis ipoteza că această creștere ar putea fi un efect direct al poluării aerului, al creșterii traficului și chiar al expunerii crescute la gaze în timpul Primului Război Mondial. Totuși acestea nu au oferit o explicație asupra motivelor pentru care ratele cancerului pulmonar au crescut și în țări și zone în care nu se aplicau aceste cauze. S-a crezut, de asemenea, că fumatul a avut o contribuție importantă, deși cercetările privind această asociere au primit puțină atenție la început. Oamenii au devenit conștienți de consecințele negative ale fumatului abia după ce cercetările efectuate în anii 1940 și 1950 au furnizat dovezi concrete care îl legau de cancerul pulmonar.

Ce știm astăzi este faptul că acest tip de cancer, cunoscut și sub numele de carcinom pulmonar, este o tumoră pulmonară malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor în țesuturile plămânilor. Această creștere se poate răspândi dincolo de plămâni, prin procesul de metastază, în țesuturile din apropiere sau în alte părți ale corpului.

Incidența și mortalitatea atribuite cancerului pulmonar au crescut constant începând cu anii 1930, predominant din cauza popularității fumatului. Articolul de referință al lui Sir Richard Doll și Austin Hill din 1950 a descris dovezi din ce în ce mai numeroase că există o asociere între cancerul pulmonar și fumat. Iar perioada cât persoana fumează, ca și numărul de țigări pe zi, sunt direct proporționale cu incidența cancerului pulmonar.

Prin urmare, în ultimii 100 de ani, cancerul pulmonar s-a transformat, dintr-o boală rară într-o problemă globală. Eforturile de combatere a acestei boli mortale au dus la o mai bună înțelegere a etiologiei variate și multifactoriale a cancerului pulmonar, împreună cu caracteristicile histologice și moleculare și clasificarea tumorilor pulmonare individuale.

Cele mai frecvente simptome sunt tusea (inclusiv tusea cu sânge), pierderea în greutate, dificultățile de respirație și durerile toracice.

Pe de altă parte, susceptibilitatea genetică la cancerul pulmonar este și ea în curs de studiu.

Plămânul fiind cel mai frecvent loc de metastază, cancerul pulmonar metastatic este mai frecvent decât tumora primară.

Dirjecțiile actuale de cercetare pentru tratamentul cancerului pulmonar includ imunoterapia, care încurajează sistemul imunitar al organismului să atace celulele tumorale, epigenetica și noi combinații de chimioterapie și radioterapie, atât singure, cât și împreună. Multe dintre aceste noi tratamente acționează prin blocarea punctelor de control imunitar, perturbând capacitatea cancerului de a se sustrage sistemului imunitar.

Așadar, cancerul pulmonar este asociat cu etiologia cunoscută a tutunului, a fumului și a mediului. Ce merită reținut este și faptul că există posibilități de reducere a incidenței prin sensibilizarea populației, în general și a celei cu grad mare de risc, în special.

Ce semnifică Ziua mondială de luptă împotriva cancerului pulmonar 2023

În 2012, forumul Societăților Internaționale de Pneumologie, împreună cu Asociația Internațională pentru Studiul Cancerului Pulmonar și American College of Chest Physicians a lansat o campanie de sensibilizare cu privire la cancerul pulmonar și la problemele conexe.

Conferința Mondială privind Cancerul Pulmonar este cea mai cunoscută organizație din lume care se concentrează, în principal, pe probleme legate de cancerul pulmonar și pe creșterea conștientizării acestuia.

Anul 2012 este și cel care a marcat desemnarea zilei de 1 august drept Ziua Mondială de Luptă împotriva Cancerului Pulmonar. Scopul a fost acela de a atrage atenția asupra problemelor legate de cancerul pulmonar și de a accentua nevoia de creștere a finanțării necesare pentru cercetarea în acest domeniu.

Ca atare, scopul campaniei din 2023 este acela de a educa oamenii cu privire la ce înseamnă această boală și de ce este important să fie diagnosticată cât mai timpuriu.

Judecând după datele anunțate cu prilejul zilei de 1 august 2023 de reprezentantul instituției cele mai specializate pe această patologie din București, Institutul "Marius Nasta", tema este foarte relevantă și în România. Numai aici, 694 de cazuri de cancer pulmonar au fost diagnosticate în primele șase luni ale acestui an în cadrul acestui spital, iar 61,39% dintre acestea aveau metastaze.

Pe lângă continuarea și nuanțarea politicilor actuale de renunțare la fumat, pentru a le crește eficiența, și implementarea unor politici mai restrictive pentru toate produsele din tutun, un ajutor important pentru diagnosticarea timpurie poate fi și screeningul pulmonar. Acesta este indicat, potrivit recomandărilor medicului Beatrice Maler, fumătorilor asimptomatici și foștilor fumători care au vârsta cuprinsă între 50 și 80 de ani, au fumat 20 de ani sau mai mult și fie continuă să fumeze, fie s-au lăsat în ultimii 15 ani.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Trends of mortality attributed to carcinoma of the lung. The decli-

- ning rate of increase - Gilliam - 1961 - Cancer - Wiley Online Library
2. Lung cancer: the global killer - MedCrave online
 3. Anglia anunță lansarea unui program național de screening pentru cancerul pulmonar (cancer-plan.ro)
 4. Ziua mondială de luptă împotriva cancerului pulmonar: 694 de cazuri au fost diagnosticate în primele șase luni (medichub.ro)
 5. Honoring World Lung Cancer Day - August 1, 2023 | LCFA (lcfamerica.org)
 6. World Lung Cancer Day - Lung Cancer Research Foundation
 7. World Lung Cancer Day 2023: History & Significance (ndtv.com)



Cum știu dacă intestinul meu este sănătos. Episodul 2.

Timp aprox. de lectură: 7 minute

În prima parte a articolului de luna trecută făceam observația că discuțiile cu personalul medical pot reprezenta tot atâtea ocazii de a educa pacienții sau publicul. Cu toate că, uneori, limbajul nu este tocmai cel adaptat nevoilor oamenilor.

Pentru a crea această punte de legătură, un articol din The New York Times încerca o intermediere între cele două lumi, preluând întrebările oamenilor și, apoi, aducând mai aproape dovezile științifice de

cititor, într-un limbaj accesibil.

Un astfel de demers de educare a publicului este cel prin care persoanele interesate pot să afle mai multe despre modul în care funcționează legătura dintre intestinul uman și restul corpului, dar și cum își pot păstra sănătatea, inclusiv prin modificarea comportamentului alimentar și a stilului de viață.

În prima parte a articolului autorii explicau 1. legătura dintre intestin și restul corpului; 2. care sunt lucrurile relativ simple pe care le putem face pentru a ne îmbunătăți sănătatea intestinală; 3. care sunt alimentele care nu fac bine sănătății intestinale; 4. de ce apar și cum putem evita așa numitele "arsuri la stomac" și 5. în ce măsură există o legătură între riscul de a dezvolta ulcer și mâncarea picantă sau o viață plină de stres.

Vom continua acum cu alte întrebări și recomandări din The New York Times.

Ce este "sindromul intestinului permeabil" și cum pot ști dacă îl am?

Deși este adevărat că o mucoasă intestinală permeabilă poate fi asociată cu unele afecțiuni medicale, a răspuns doctorul Chey, sindromul nu este recunoscut drept un diagnostic medical. Iar afirmațiile care apar pe internet potrivit cărora acesta ar cauza numeroase boli sau că suplimentele pot rezolva problema, a adăugat el, nu sunt susținute de știință. Sindromul de intestin permeabil se bazează pe ideea că o mucoasă intestinală mai permeabilă permite substanțelor toxice și altor molecule nedorite să pătrundă în organism, dar nu există un test clinic bine validat pentru acest sindrom, a mai precizat doctorul Chey. Ce este adevărat este că cercetătorii au modalități de măsurare a permeabilității mucoasei intestinale și investighează modul în care aceasta ar putea fi legată de afecțiuni precum sindromul colonului iritabil, boala inflamatorie intestinală și boala celiacă.

De asemenea, doctorul Walter a precizat că este adevărat că alimentele bogate în fibre, cât mai puține alimente procesate și evitarea anumitor ingrediente, cum ar fi emulgatorii, pot îmbunătăți bariera.

Carbohidrații rafinați, cum ar fi zahărul sau făina albă, pot provoca o creștere excesivă a fungilor (ciupercilor) din intestinul meu?

Există furnizori de servicii medicale funcționale care susțin că un consum prea mare de zahăr sau de alți carbohidrați rafinați poate provoca o creștere excesivă a ciupercilor, în special a drojdiei Candida, în intestin, provocând simptome precum disconfort intestinal, erupții cutanate și oboseală. Problema, spun ei, poate fi tratată prin dietele restrictive, detoxifiere, suplimente sau uleiuri esențiale.

Ce știm cu siguranță este că, deși este adevărat că o creștere excesivă a diferitelor tipuri de ciuperci în organism poate determina probleme precum infecțiile cu drojdie sau aftele, în acest moment nu există dovezi care să lege consumul de zahăr sau de alți carbohidrați rafinați de creșterea prea mare a drojdiei în tractul gastrointestinal, a declarat doctorul Satish Rao, gastroenterolog și profesor de medicină la Universitatea Augusta din Georgia. El a mai precizat și că este posibil ca ciuperca să se dezvolte excesiv în intestinul subțire, cel mai adesea la persoanele care au luat antibiotice sau medicamente cu steroizi, sunt imunocompromise, au diabet sau au probleme precum tulburările de motilitate care duc la o mișcare mai lentă a alimentelor prin tractul gastrointestinal. El tratează astfel de pacienți cu medicamente anti-fungice orale. Însă subiecte precum cât de frecventă este această afecțiune, precum și cum să o diagnosticheze și să o trateze sunt încă controversate în rândul gastroenterologilor, de aceea mulți nu o testează. Rolul drojdiei și al altor ciuperci în sănătatea intestinului este un domeniu care necesită mult mai multe cercetări, a spus acesta.

Sunt antibioticele rele pentru sănătatea intestinului meu? Și dacă da, ce pot face pentru a preveni daunele?

În procesul de eliminare a bacteriilor dăunătoare, antibioticele pot ucide între 90 și 99 % din microbii benefici din intestin, a spus doctorul Sonnenburg, ca și cum am bombarda letal acest ecosistem.

Deși după o cură medie de antibiotice, microbii intestinali ar trebui să se refacă în următoarele săptămâni și luni, între timp, sunteți mai vulnerabil la anumite infecții (cu Salmonella, de exemplu), dintre care unele pot fi grave.

Deși lumea științifică nu este unanimă în ceea ce privește modul în care dieta influențează refacerea microbilor intestinali după un tratament cu antibiotice, doctorul Sonnenburg a recomandat acest sfat familiar: consumați alimente bogate în fibre, pe bază de plante și fermentate. În ceea ce privește ajutorul suplimentelor probiotice, cercetările sunt încă neclare. Unele studii efectuate au testat diferite tipuri de antibiotice și probiotice, iar rezultatele lor au fost inconsistente, a spus doctorul Sonnenburg. În același timp, un studiu din 2018 (Study Cell) a constatat că administrarea de probiotice a întârziat, de fapt, refacerea microbiomului.

Am văzut o mulțime de reclame care recomandă curățarea colonului. Ce sunt acestea și ar trebui să fac și eu una?

Nu există niciun motiv pentru a face o cură de curățare a colonului, cu excepția cazului în care medicul dumneavoastră o recomandă, a spus doctorul May.

Unii furnizori de servicii medicale alternative pot susține că acest

proces de curățare a colonului poate elimina toxinele, crește energia, vă poate întări sistemul imunitar și vă poate ajuta să pierdeți în greutate. Dar corpul dumneavoastră este deja echipat cu sisteme eficiente de gestionare a deșeurilor și a toxinelor prin intermediul rinichilor, ficatului și a tractului intestinal, iar orice greutate pe care ați putea-o pierde în urma unei cure de curățare a colonului va fi temporară.

De asemenea, curățarea colonului poate aduce unele riscuri, a adăugat doctorul May. Curățarea frecventă a colonului prin irigare sau utilizarea laxativelor poate perturba contracțiile musculare coordonate care deplasează scaunul prin colon, ceea ce poate duce uneori la probleme de constipație, a spus ea. Iar suplimentele nu sunt strict reglementate, pentru a asigura siguranță și eficacitate.

Doctorul May a recomandat în mod special evitarea procedurilor care implică folosirea unor cantități mari de lichide care să "spele" colonul, fie că sunt efectuate acasă sau într-o clinică de medicină alternativă. "Acestea pot fi foarte periculoase" din cauza riscului de perforare a colonului sau a unei infecții introduse de un echipament necurățat, a spus ea. Clismele cu cafea, în special, au provocat inflamații ale rectului și colonului și chiar moartea.

Așadar, ce ar trebui să fac pentru a avea grijă de colonul meu?

Urmați constant aceste 3 sfaturi simple și atât de cunoscute:

1. Urmați o dietă sănătoasă, bogată în fructe și legume și cu cantități limitate de alimente procesate, zaharoase și prăjite.
2. Beți suficientă apă.
3. Rămâneți activi fizic.

Cu acestea puteți menține colonul în bună stare de funcționare, a precizat doctorul May.

Un articol de analiză publicat în 2021 în revista JAMA Network Open, de exemplu, a concluzionat că un consum mai mare de fibre alimentare, cu mai puțină carne roșie și puțin alcool a fost asociat cu un risc mai mic de cancer colorectal (a doua cauză principală a deceselor cauzate de cancer din Statele Unite în 2020).

Experții recomandă, de asemenea, ca majoritatea adulților să înceapă depistarea cancerului de colon la vârsta de 45 de ani (sau 40 de ani, dacă aveți antecedente familiale), a declarat doctorul May. Colonoscopia este cea mai frecventă metodă de screening, dar sunt disponibile și alte teste (vezi recomandările CDC), inclusiv teste neinvazive de scaun. "Există multe modalități de a vă supune la screening", a spus doctorul May, "și toată lumea trebuie să o facă".

Pentru a preveni constipația, ce funcționează?

Sănătatea și buna funcționare a intestinului înseamnă întâi de toate: o dietă sănătoasă, bogată în fibre. În plus, creșterea activității fizice și a aportului zilnic de apă poate reduce problemele de constipație, a spus doctorul Chey.

Mai mult, unele studii au arătat că prin consumul de prune uscate și de kiwi putem atenua constipația cronică. Suplimentele de fibre de psyllium pot fi, de asemenea, luate zilnic, dacă este necesar - doar asigurați-vă că beți multă apă împreună cu ele, a mai spus acesta.

Pe de altă parte, obiceiul de a lua micul dejun zilnic și de a consuma cafea pot ajuta adesea la menținerea unor mișcări intestinale regulate.

Dacă folosesc laxative fără prescripție medicală, intestinul meu va dezvolta o toleranță sau va deveni dependent de ele?

Există îngrijorarea că utilizarea regulată și pe termen lung a laxativelor stimulante poate face ca activitatea normală a colonului să se piardă, ducând la oarecare dependență. Aceste laxative par a fi sigure, dar au fost studiate doar în cadrul unor studii care au durat aproximativ patru săptămâni, a spus doctorul Chey, așa că, deocamdată, el recomandă laxativele stimulante doar pentru o utilizare ocazională sau pe termen scurt.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după Cum știu dacă intestinul meu este sănătos? Răspunsurile la întrebările dumneavoastră despre microbiom - The New York Times (<https://www.nytimes.com/interactive/2023/02/22/well/eat/gut-microbiome-health.html>)

Sursa foto: Your Digestive System: 5 Ways to Support Gut Health | <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/your-digestive-system-5-ways-to-support-gut-health>

Avizarea anuală

Timp aproximativ de lectură: 3 minute

Parte integrantă a procesului de autorizare a exercitării profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, avizarea anuală este un proces esențial reglementat de Ordonanța de Urgență a Guvernului (OUG) nr. 144/2008, privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și privind organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR).

A exercita profesia de asistent medical generalist, moașă sau asistent medical în mod legal, înseamnă a deține Certificat de membru OAMGMAMR și un aviz anual, aspect prevăzut de art. 16 alin. (1) din OUG 144/2008.

Scopul dispozițiilor legale indicate mai sus este de a fixa și valoriza principiul certitudinii calităților profesionale, precum și pe cel al încrederii legitime. Mai exact, prin respectarea acestor prevederi legale, noi toți (pacienți, organizație profesională, profesioniști în acordarea îngrijirilor de sănătate) dobândim certitudinea și încrederea că

există stabilitate, continuitate, cunoștințe și abilități profesionale, cel puțin la standarde acceptabile.

Avizul anual se eliberează la cerere, la data începerii activității profesionale sau în ultimul trimestru al anului în curs pentru anul următor, dacă sunt îndeplinite **cumulativ** următoarele condiții prevăzute de reglementările legale în vigoare:

1. întrunirea celor 30 credite EMC aferente anului anterior celui pentru care se eliberează avizul. Este important de menționat și că, persoanele care sunt la debutul carierei lor profesionale și solicită prima avizare, nu trebuie să realizeze creditele EMC;
2. dovada deținerii unei asigurări de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, care este valabilă pentru perioada 1 ianuarie – 31 decembrie a anului pentru care se eliberează avizul, încheiată, cel puțin, la valoare minimă stabilită de OAMG-MAMR pentru locul de muncă în care solicitantul își exercită profesia;
3. plata la zi a cotizației de membru.

Pe lângă condițiile generale, în scopul obținerii avizului anual, odată cu cererea de solicitare a avizului, membrii trebuie să prezinte o serie de documente care fac dovada existenței locului de muncă și baza de calcul a cotizației, cum sunt adeverința eliberată de angajator, raport per salariat semnat, ștampilat și datat de către angajator, alte documente, în funcție de modul de exercitare a profesiei și modul de plată al cotizației.

Asistenții medicali generaliști, moașele și asistenți medicali pensionari care își continuă activitatea profesională au obligația să depună inclusiv un certificat medical tip A5, pe lângă documentele și condițiile standard pentru avizare.

Important de reținut este că exercitarea profesiei fără deținerea avizului anual intră sub incidența art. 19 alin. (1) din OUG 144/2008 (*"practicarea profesiei de asistent medical generalist, moașă sau asistent medical de către o persoană care nu are această calitate ori nu*

îndeplinește condițiile prevăzute de prezenta ordonanță de urgență constituie infracțiune și se pedepsește conform prevederilor Codului penal.”).

Nu în ultimul rând, pentru a evita aglomerația din ultimele zile ale perioadei de avizare, vă recomandăm să aveți în vedere că perioada de avizare pentru anul 2024 începe la data de 02.10.2023.

Bobic Alin Victor – consilier juridic în cadrul OAMGMAMR Filiala București



Istoria cercetarilor și descoperirilor legate de cancerul cervical - partea a 2-a

Timp aprox. de lectură: 6 minute

La începutul anilor 1900, cancerul de col uterin era una dintre principalele cauze de deces la femeile din Statele Unite, cu peste 40.000 de decese în fiecare an.

În 1916, omul de știință grec Georgios Papanicolaou, considerat părintele citologiei (studiul și examinarea unor tipuri de celule unice pentru diagnosticarea bolilor), studia cromozomii sexuali și fiziologia cobailor la Departamentul de Patologie al Universității din New York

și la Departamentul de Anatomie al Colegiului Medical al Universității Cornell. În urma cercetărilor sale, Papanicolaou a descris modele citologice și modificări fiziologice în probele vaginale de la cobai și a considerat că descoperirile sale pot fi relevante și pentru fiziologia umană și pentru sistemul reproducător uman.

În anii 1920, Papanicolaou a studiat mostre de la voluntari umani și a descoperit diferențe între celulele normale și cele maligne, atunci când celulele prelevate de la colul uterin au fost examinate la microscop. Papanicolaou și-a prezentat descoperirile în 1928, însă alți oameni de știință i-au respins cercetările, în mare parte pe baza unor erori și greșeli de ortografie (deoarece Papanicolaou încă învăța limba engleză după ce emigrase în Statele Unite), precum și pe baza credinței comune conform căreia celulele nu puteau fi folosite pentru a diagnostica cancerul de col uterin.

În ciuda acestei reacții negative, Papanicolaou a continuat să studieze cancerul de col uterin și să dezvolte metoda sa de screening. În 1939, a colaborat cu doctorii ginecologi Herbert Traut și Andrew Marchetti la un studiu clinic pentru pe baza testului de screening al lui Papanicolaou. Timp de trei ani, cercetătorii au evaluat testul de depistare a cancerului de col uterin pe mai mult de 3.000 de femei. În acest interval, cercetătorii au diagnosticat 179 de cazuri de cancer, dintre care 127 de cancere de col uterin. Aproape toate cazurile de cancer de col uterin erau invizibile la ochi și la inspecția vizuală a colului uterin și nu ar fi fost descoperite fără a examina celulele la microscop. Papanicolaou și Traut au publicat rezultatele studiului în 1941 și 1943.

Testul Papanicolaou a fost perfecționat în continuare de Dr. J Ernest Ayre, un ginecolog canadian. În cazul testului inițial al lui Papanicolaou, celulele din vagin și din colul uterin erau colectate cu o pipetă de sticlă, care permitea obținerea unui număr mic de celule. Ayre a modificat testul și a folosit o metodă de răzuire cu o spatulă, ceea ce a permis colectarea cu ușurință a mai multor celule. Spatulă Ayre a fost brevetată în 1949.

Accesibilitatea anatomică a colului uterin la examinarea directă, cu o etapă preclinică lungă în timpul căreia leziunile precursore pot fi tratate conservator și cu succes (95%), fac ca neoplazia cervicală să fie ideală pentru eforturile de prevenire secundară, cum ar fi screening-ul.

În plus, există numeroase date epidemiologice convingătoare care arată că, de la introducerea testului Papanicolaou în țările cu programe de screening bine organizate și cu o acoperire largă a populației, atât incidența, cât și mortalitatea prin cancer de col uterin au scăzut semnificativ. Cele mai bune date care susțin aceste observații provin din țările nordice. Incidența cancerului de col uterin a scăzut cu mai mult de 50% în Finlanda, Suedia, Danemarca și Islanda, unde programele organizate de screening cervical au fost stabilite în anii 1960. Este interesant faptul că, în ciuda disponibilității unui program de screening Papanicolaou în Anglia, incidența cancerului de col uterin a rămas relativ constantă, până la introducerea unui program de screening organizat în 1988, care a dus la o reducere dramatică în anii următori.

Incidența și mortalitatea prin cancerul de col uterin în Statele Unite a scăzut semnificativ, din anii 1950, cu peste 70%. Acest declin este atribuit, în principal, introducerii testului Papanicolaou în anii 1940. Cancerul de col uterin care, în această țară, era ucigașul numărul unu al femeilor, se află acum pe locul 12 în topul deceselor cauzate de cancer la femei în SUA.

Cancerul de col uterin este a doua cea mai frecventă dintre toate afecțiunile maligne feminine la nivel mondial, 80% dintre cazuri fiind înregistrate în țările cu resurse reduse. În timp ce în Statele Unite și în majoritatea țărilor dezvoltate, cancerul de col uterin reprezintă 7% din toate tumorile maligne feminine, în țările în curs de dezvoltare, acesta reprezintă 24% din toate cancerele de acest tip. Această disparitate este atribuită în primul rând lipsei de screening și de tratament al leziunilor pre canceroase.

Cele mai recente recomandări ale United States Preventive Services

Task Force (USPSTF) includ testarea citologică la fiecare trei ani pentru femeile cu vârste cuprinse între 21 și 29 de ani. Pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 30 și 65 de ani, se recomandă testarea prin citologie la fiecare trei ani, testarea HPV la fiecare cinci ani sau testarea în comun cu citologia și HPV la fiecare cinci ani.

Deși testul Papanicolaou cervical/vaginal a avut un succes extraordinar în reducerea incidenței și a ratei mortalității cauzate de cancerul de col uterin, acesta are și limitări, în special în ceea ce privește rezultatele false negative ale testului de screening. Prin urmare, interesul s-a concentrat asupra dezvoltării de tehnologii care să îmbunătățească acuratețea screening-ului pentru cancerul de col uterin. Tehnica de recoltare a citologiei pe bază de lichide (LBC) are ca scop îmbunătățirea prelevării de probe citologice și a calității specimenelor.

În cazul tehnicilor convenționale de frotiu, doar o fracțiune din materialul celular colectat din colul uterin este transferat pe lamele de sticlă. În loc să se împrăștie celulele cervicale exfoliate pe lamele de sticlă, în cazul citologiei pe bază de lichid (LBC), dispozitivul de prelevare a probelor este clătit sau agitat energic într-o fiolă cu conservant/fixator, producând o suspensie de celule care sunt filtrate înainte de a se realiza o lamă. În principiu, aceste modificări ale prelevării de probe prezintă mai multe avantaje față de testul Papanicolaou convențional. Astfel, se asigură captarea în suspensie a unei cantități mai mari de celule cervicale colectate și se transferă cea mai mare parte a materialului celular colectat în mediul de colectare pentru prelucrarea ulterioară. Aceste tehnici permit, de asemenea, îndepărtarea materialului străin, cum ar fi sângele, asigurând că lamelele sunt compuse dintr-un strat uniform. Detaliile echipamentului și tehnicilor de transfer al materialului celular pe lamelele de sticlă variază de la un producător la altul, dar principiul central este împărtășit de diverși producători.

Având în vedere dezvoltarea unor vaccinuri profilactice eficiente împotriva tipurilor 16 și 18 de HPV, precum și a celor două tipuri cu risc scăzut 6 și 11, este, de asemenea, important să se reconsidere

practicile de screening. Prevenirea infecțiilor cu HPV 16 și 18 poate, teoretic, să reducă ratele de cancer de col uterin cu 70% la nivel mondial. Cu toate acestea, în prezent, aceste vaccinuri sunt costisitoare și necesită trei programe de vaccinare, ceea ce ar putea face foarte dificilă punerea în aplicare în mediile cu resurse reduse. În țările dezvoltate, impactul vaccinării ar putea fi reducerea numărului de anomalii detectate prin screening. Deoarece HPV 16 și 18 cauzează de departe cele mai evidente anomalii citologice severe și, având în vedere că vaccinarea ar reduce mica parte a testelor anormale care sunt HSIL sau cancer, valoarea predictivă pozitivă a unei citologii anormale pentru prezicerea CIN3 și a cancerului ar scădea, într-o epocă în care există o acoperire vaccinală mare a populației și în care eficacitatea vaccinului durează o perioadă lungă de timp. Prin urmare, algoritmi de screening vor trebui să fie reevaluați, în cazul populațiilor vaccinate.

Organizarea programelor de screening în țările în curs de dezvoltare, unde povara cancerului de col uterin este cea mai mare, a rămas o provocare. Există numeroase obstacole în calea screening-ului pentru cancerul de col uterin în țările cu resurse reduse, atribuite în general lipsei de infrastructură și de resurse - tehnice, medicale și financiare - și lipsei de conștientizare și de educație cu privire la cancerul de col uterin în rândul femeilor și al furnizorilor de servicii medicale. În plus, în Africa și America de Sud, care suportă cea mai mare povară a cancerului de col uterin, există nevoi de asistență medicală concurențe, cum ar fi HIV/SIDA, boli infecțioase cum ar fi malaria, tuberculoza, precum și rate ridicate ale mortalității infantile și materne. În plus, nu există prea mulți medici calificați și lipsesc materialele de laborator și personalul adecvat, precum și unitățile de tratament.

În 2021, OMS și-a reînnoit recomandările pentru depistarea și tratamentul cancerului de col uterin, precizând că testele bazate pe ADN HPV sunt mai eficiente decât cele bazate pe citologie, în special pentru țările cu venituri mici și medii, deoarece sunt mai calitative.

Testele bazate pe ADN pentru depistarea virusului papiloma uman

(HPV) s-au dovedit a fi mai eficiente decât metodele de screening utilizate în prezent în mod obișnuit pentru depistarea și prevenirea cancerului de col uterin.

Studiile privind testarea ADN HPV pentru depistarea cancerului de col uterin sunt promițătoare. În plus, reducerea costului și creșterea disponibilității vaccinurilor HPV în țările în curs de dezvoltare aduce și mai multă speranță pentru următoarea generație de femei din întreaga lume, în special din țările cu venituri mici și medii.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Cervical Cancer Awareness Month: History of the First Cancer Screening Test | Masonic Cancer Center (umn.edu)
2. Cervical Cancer Prevention - Cervical Screening: Science in Evolution - PMC (nih.gov)
3. Cervical Cancer: A Preventable Death - PMC (nih.gov)
4. Into the archives: the story of HPV and cervical cancer (cancerresearchuk.org)
5. History of Cancer Screening and Early Detection: 20th Century to Present | American Cancer Society
6. Advances in technologies for cervical cancer detection in low-resource settings - PMC (nih.gov)
7. WHO recommends DNA testing as a first-choice screening method for cervical cancer prevention
8. Sursa foto: www.who.int



Cât de sănătos este microbiomul tău intestinal și cât de mult contează acest lucru? Episodul 2

Timp aprox. de lectură: 6 minute

După cum arătam în primul episod, studiile existente arată că devierile microbiotei intestinale sunt legate de numeroase boli, inclusiv obezitatea, diabetul de tip 2, steatoza hepatică, bolile intestinale și mai multe tipuri de cancer.

Poate părea surprinzător, dar studii recente arată că există indicii ce leagă problemele microbiotei și de **tulburări de sănătate mintală**.

Astfel, s-a demonstrat că microbii intestinali influențează și funcțiile

neurologice, iar aceste legături au fost denumite "axa intestin-cerebel".

Microbiota intestinală comunică cu creierul prin trei căi majore - calea neuronală (nervul vag, sistemul nervos enteric), calea imunitară (citokine) și calea endocrină (axa HPA, hormoni intestinali). O funcționare deficitară a acestei conexiuni poate duce la manifestarea tulburărilor psihice. Speciile microbiene intestinale comune aparținând filului Firmicutes și Actinobacteria, precum și genurilor Bacteroides și Bifidobacterium, pot contribui la tulburările de sănătate mintală.

Diferitele tulburări mintale sunt caracterizate de comunitatea microbiană intestinală diferențiată, care este, în general, predominată de un gen sau de o familie de bacterii. În special, în unele dintre tulburări, există o supraabundență de specii microbiene specifice. De exemplu, abundența de Lactobacillus sp. și Bifidobacterium sp. în tulburări precum schizofrenia și, respectiv, tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD). Motivul probabil pentru acest lucru poate fi atribuit complexității microbiotei intestinale.

În acest context, este important de menționat că, recent, cercetătorii de la Universitatea din Helsinki au identificat tulpini specifice ale bacteriei Desulfovibrio în intestin, prin intermediul unui studiu pe animale, care ar putea fi cauza bolii Parkinson. Oamenii de știință consideră că descoperirile lor pot ajuta medicii să depisteze persoanele care sunt purtătoare ale acestei bacterii specifice, precum și să o utilizeze ca țintă pentru potențiale terapii. Acest studiu a fost publicat recent în revista Frontiers în 2021.

Doctorul Daniel Truong, neurolog, director medical și fondator al Institutului pentru Parkinson și tulburări de mișcare de la Memorial Care Orange Coast Medical Center, a declarat că cercetările efectuate până în prezent nu au confirmat definitiv una sau alta dintre posibilele cauze ale bolii Parkinson. *"O teorie este că infecțiile pot declanșa sau contribui la dezvoltarea bolii Parkinson la anumite persoane care sunt predispuse genetic la această boală"*, a detaliat doctorul Truong. *"Acest lucru ar putea avea loc printr-o varietate de mecanisme, cum*

ar fi inflamația sau activarea sistemului imunitar. Anumite studii au descoperit că persoanele care au avut unele infecții, cum ar fi cele cauzate de bacteria Helicobacter pylori sau de virusul gripal, pot avea un risc crescut de a dezvolta boala Parkinson mai târziu în viață", a adăugat el. "Alte studii au sugerat că infecțiile cronice de nivel scăzut, cum ar fi boala parodontală, pot fi, de asemenea, asociate cu un risc mai mare de apariție a bolii Parkinson".

Și cum până la 80% dintre persoanele cu boala Parkinson suferă de constipație, Dr. Truong a spus că acest lucru poate duce la acumularea de toxine și deșeuri în intestin, ceea ce poate duce la alterarea microbiomului intestinal.

Timp de ani de zile, cercetătorii au sugerat că o toxină sau o bacterie care produce toxine ar putea cauza boala Parkinson. Acest lucru se datorează faptului că, constipația precede adesea - chiar și cu 10 ani înainte - simptomele bolii, când creierul este deja afectat. *"Prin urmare, a fost destul de (logic) să începem să studiem bacteriile ca fiind un motiv pentru agregarea alfa-sinucleinei",* a adăugat doctorul Saris. În 2021, doctorul Saris și echipa sa de cercetare de la Universitatea din Helsinki au publicat o cercetare care arată o asocierie între bacteria Desulfovibrio și boala Parkinson. *"Rezultatele primului nostru studiu au sugerat că bacteriile Desulfovibrio ar putea, pe baza corelației cu pacienții cu Parkinson, să aibă ceva de-a face cu inițierea bolii",* a explicat doctorul Saris

"Bacteria Desulfovibrio este o bacterie comună în sol, apă și fecale de animale", a explicat, pentru Medical News Today, Per Saris, profesor la Departamentul de Microbiologie al Universității din Helsinki și autorul principal al acestui studiu. *"Cu toții le întâlnim prin intermediul alimentelor, a ceea ce bem și a contactelor cu mediul înconjurător".* Tipic pentru metabolismul lor este să producă hidrogen sulfurat, despre care cercetătorii cred că joacă un rol atunci când inflamația pe care o provoacă reduce eficiența sistemului de detoxifiere a hidrogenului sulfurat din organism, provocând inflamații.

Doctorul Melita Petrossian, neurolog și director al Pacific Movement

Disorders Center din cadrul Pacific Neuroscience Institute din Santa Monica, California, a menționat că aceasta este o teorie mai recentă despre dezvoltarea bolii Parkinson prin intermediul intestinului. *"Înainte de aceasta, teoria era că factorii de mediu au contribuit la intrarea toxinelor prin nas, prin nervul olfactiv până la bulbul olfactiv, iar de acolo direct înapoi în trunchiul cerebral. Așadar, în zilele noastre, cred că consensul este că există probabil un amestec de unde provine Parkinsonul. Pentru unii oameni, începe din intestin, iar pentru alții, începe din bulbul olfactiv."*

În plus, un studiu publicat în martie 2023 a constatat că bacteria *Desulfovibrio* a crescut severitatea bolii la persoanele cu boala Parkinson. În acest studiu, doctorul Saris și echipa sa au folosit un studiu cu viermi pentru a examina în continuare corelația dintre bacteria *Desulfovibrio* și Parkinson.

Oamenii de știință au colectat probe de materii fecale de la 10 pacienți cu boala Parkinson și de la soții sănătoși ai acestora. Probele au fost verificate pentru bacteria *Desulfovibrio* și, dacă au fost găsite, au fost izolate. Viermii au fost apoi hrăniți fie cu bacteria *Desulfovibrio* izolată, fie cu tulpini de bacterii *E. coli*.

În urma analizei, oamenii de știință au descoperit că viermii hrăniți cu bacteriile *Desulfovibrio* de la pacienții cu boala Parkinson aveau agregate de alfa-sinucleină semnificativ mai multe și mai mari decât viermii hrăniți cu bacterii *Desulfovibrio* de la persoane sănătoase sau cu *E. coli*.

În plus, cercetătorii au observat că viermii hrăniți cu bacteria *Desulfovibrio* de la pacienții cu boala Parkinson au murit în număr semnificativ mai mare decât viermii hrăniți cu *E. coli*.

Cercetătorii au sugerat că ar putea fi o idee bună ca screening-ul să se concentreze asupra persoanelor cu cantități mari de bacterii *Desulfovibrio*.

În același timp, cercetătorii trebuie să confirme rezultatele actuale și, de asemenea, ca un pas următor, să caute bacterii sau alimente care

să inhibe în mod specific *Desulfovibrio* ca o potențială abordare terapeutică a bolii Parkinson, ceea ce ar reprezenta un progres în acest domeniu. Această cale ar permite ca terapiile să fie direcționate către intestin, fără a fi nevoie să intre în sânge sau în creier.

Sunt posibile o serie de strategii terapeutice pentru a viza microbiomul intestinal, dar modificările nutriționale par a fi cea mai evidentă, neinvazivă și imediată modalitate de a modifica compoziția și funcția microbiomului intestinal.

Astfel, studii recente controlate randomizate au arătat că atât compoziția, cât și funcția răspund în mod consecvent la intervenții dietetice specifice. Fibrele alimentare și grăsimile nesaturate, separat sau într-o dietă sănătoasă, cum ar fi dieta mediteraneană, au ca rezultat o abundență relativă mai mare a bacteriilor producătoare de butirat, iar acestea produc, la rândul lor, rezultate îmbunătățite în ceea ce privește sănătatea.

În ultimele două decenii, s-au înregistrat progrese considerabile. De la observații clinice inițiale la abordări mai mecaniciste, domeniul microbiotei intestinale și al sănătății evoluează rapid.

Datorită numeroaselor eforturi, comunitatea științifică se îndreaptă treptat către medicina personalizată, iar era microbiomului reprezintă în mod clar o parte importantă a schimbării de paradigmă în viitorul medicinei și al abordărilor nutriționale.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Boala Parkinson ar putea porni de la bacteriile din intestin, spun cercetătorii (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/parkinsons-may-start-from-bacteria-in-the-gut>)
2. Microbiomul intestinal și sănătatea: perspective mecaniciste | Gut

(<https://gut.bmj.com/content/71/5/1020>)

3. Frontiere | Bacteriile *Desulfovibrio* sunt asociate cu boala Parkinson
(<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2021.652617/full>)

4. Rolul microbiomului intestinal în bolile cronice: o analiză narativă |
European Journal of Clinical Nutrition (<https://www.nature.com/articles/s41430-021-00991-6>)

5. Sursa foto: [nytimes.com](https://www.nytimes.com)

Cadrul i - PARIHS – Caracteristici principale și modalități de utilizare în cadrul proiectelor de implementare a practicilor bazate pe dovezi

Cadrul integrat - Promoting Action on Research Implementation in Health Services, i-PARIHS, (2016) a rezultat din îmbunătățirea cadrului PARIHS (2002). Nevoia de „rafinare” a cadrului inițial a fost identificată prin analiza critică a literaturii (peste 40 de lucrări PARIHS elaborate în perioada 2008-2016) [1] din care au rezultat următoarele limitări importante în utilizarea eficientă a acestui concept:

1. Tendința de a adapta dovezile conform experienței clinice locale, ceea ce înseamnă că rareori erau preluate dovezile rezultate din revizuri sistematice sau ghiduri clinice și aplicate în mod direct în cadrul unui proiect de implementare. În general, recomandările erau discutate și revizuite de către facilitatori și completate cu un set de criterii de audit.
2. Eșecul în recunoașterea rolului central al persoanelor implicate în implementare și lipsa de claritate în înțelegerea constructelor și sub-constructelor cadrului.
3. Focus pe rolul de facilitator și mai puțin pe procesul de facilita-

re.

4. Lipsa unei definiții clare a implementării cu succes.

Să ne reamintim, din articolul anterior, structura cadrului inițial PARIHS. Modelul se bazează pe Cadrul conceptual elaborat de Kitson et al, 1998 [2], care a pornit de la ipoteza conform căreia **implementarea cu succes este o funcție a interacțiunii dinamice dintre trei constructe** (Dovezi, Context și Facilitare) **însoțite de o serie de sub-constructe aferente** (Figura 1).

În continuare sunt descrise modificările constructului inițial PARISH în raport cu limitările identificate prin analiza critică a literaturii.



Fig. 1. Implementarea cu succes a dovezilor cercetării în practica clinică, cadrul conceptual PARIHS (adaptat după Kitson et al, 1998)

1. Tendința de a adapta dovezile conform experienței clinice locale

Dacă constructul DOVEZI a cadrului original PARIHS [3] aborda dovezile ținând cont de sub-constructe aferente: informațiile din cercetare, experiența clinică a personalului medical și experiența pacientului, cadrul revizuit i-PARIHS include o abordare explicită a modului în care caracteristicile cunoașterii influențează **difuzarea și integrarea cunoștințelor** în diferite contexte clinice. În majoritatea studiilor, s-a observat că, de cele mai multe ori, **recomandările de practică** extrase din ghiduri clinice sau din analize sistematice, înainte de imple-

mentare, erau supuse unui **proces de „adaptare”** [4,5,6] prin:

- Înființarea unui grup local de stakeholderi/părți interesate (reprezentanți ai pacienților, clinicieni, cercetători și manageri) cu rolul de a lua în considerare dovezile și de a stabili prioritățile la nivel local.
- Armonizarea dovezilor cu prioritățile și practicile locale, în scopul asigurării compatibilității dintre schimbarea practicii și contextul clinic.

Prin urmare, în cadrul i-PARIHS, constructul „DOVEZI” a fost redenumit „INOVAȚIE” pentru a se sublinia **rolul fundamental al cercetării în implementarea dovezilor**. Dovezile sunt un tip de cunoaștere și reprezintă principale resurse care pot genera schimbarea și îmbunătățirea practici clinice. Acest fenomen a fost descris de Roger în *Teoria difuzării inovațiilor* [4,5] pledând pentru **adecvarea noilor cunoștințe (dovezi) în raport cu practica existentă, identificarea avantajelor și testarea lor prealabilă**. Astfel, „INOVAȚIA” devine constructul central al cadrului i-PARIHS, care evidențiază rolul esențial al dovezilor în inovare. În contextul proiectelor de implementare, principalele **caracteristici ale inovației** sunt:

- Sursele de cunoaștere;
- Claritatea dovezilor obținute prin studii de cercetare;
- Gradul de adecvare a dovezilor cu practica clinică cu valorile existente (compatibilitate sau contestabilitate);
- Gradul de utilizare facilă a dovezilor;
- Avantajul implementării dovezilor;
- Testabilitatea prin implementarea dovezilor la scară mică;
- Rezultatele observabile obținute din implementarea dovezilor.

2. Eșecul în recunoașterea rolului central al persoa-

nelor implicate în implementare și lipsa de claritate în înțelegerea constructelor și sub-constructelor cadrului.

O dată cu identificarea acestei limitări, cadrulul actualizat i-PARIHS i s-a atribuit un nou construct denumit „DESTINATAR” [7]. Destinatarii sunt persoane care pot fi afectate sau care pot influența implementarea, atât la nivel individual, cât și la nivel colectiv de echipă (pacienți, personal clinic și manageri). Această extensie permite cadrului i-PARIHS să ia în considerare impactul pe care indivizii și echipele îl pot avea în susținerea unei inovații/schimbări în practica clinică, prin integrarea de dovezi (cunoștințe noi) [7,8]. Această necesitate a fost evidențiată în studiile implementate prin apariția noțiunii de „linii mentale colective”, care au influențat preluarea dovezilor în practică manifestată prin ușurința integrării dovezilor în practica clinică, sau din contră, prin rezistența la schimbare [9,10,11]. Implicarea activă a stakeholderilor în analizarea opiniilor, valorilor și atitudinilor lor cu privire la realizarea obiectivelor propuse în proiectele de implementare ar putea contribui la gestionarea rezistenței la schimbare și la sustenabilitatea proiectelor de implementare. În acest context, rezistența la schimbare ar putea fi o mare consumatoare de resurse (timp, energie, finanțe).

Relația dintre inovație și destinatari este interdependentă, facilitatorul având rolul de a identifica barierele în implementare și de a elabora strategii adecvate pentru aceste bariere [12]. Principalele caracteristici ale destinatarilor sunt:

- Motivația;
- Valorile și credințele;
- Abilitățile și cunoștințele;
- Resursele disponibile și capacitatea lor de susținere;
- Implicarea liderilor de opinie locali;

- Colaborarea și munca în echipă;
- Existența rețelelor de schimbare;
- Puterea și autoritatea;
- Recunoașterea limitelor proprii.

„CONTEXTUL” rămâne un construct de bază în i-PARIHS, însă focusat pe delimitarea specifică a nivelului de context: micro, mezo și macro - context, care ar putea acționa pentru a permite sau pentru a constrânge implementarea. În cadrul PARIHS, contextul a fost definit în termeni de resurse, cultură, leadership și orientare către evaluare și învățare, fără a se ține cont de o delimitare clară a contextului micro (contextul local al secției/departamentului/unității sau context organizațional). De asemenea, nu a fost considerat impactul pe care sistemul de sănătate – contextul extern – l-ar putea avea asupra proceselor și rezultatelor implementării (factori contextuali la nivel mezo și macro) [13,14] De exemplu, în unele studii de cercetare, sistemul extern (național) de management al calității în sănătate a reprezentat un motor pentru introducerea de schimbări care să contribuie la îmbunătățirea calității serviciilor medicale la nivel local [15].

În consecință, în cadrul i-PARIHS, intervine o distincție clară a contextului intern micro (local imediat și organizațional) și a contextului extern mezo și macro (sistemul de sănătate însoțit de cadrul politic și de reglementare specific). Prin cadrul politic specific sunt vizate politicile de sănătate naționale, inclusiv standarde naționale de calitate, proceduri și protocoale de referință. Caracteristicile principale ale diferitelor tipuri de context sunt reprezentate în tabelul următor [16].

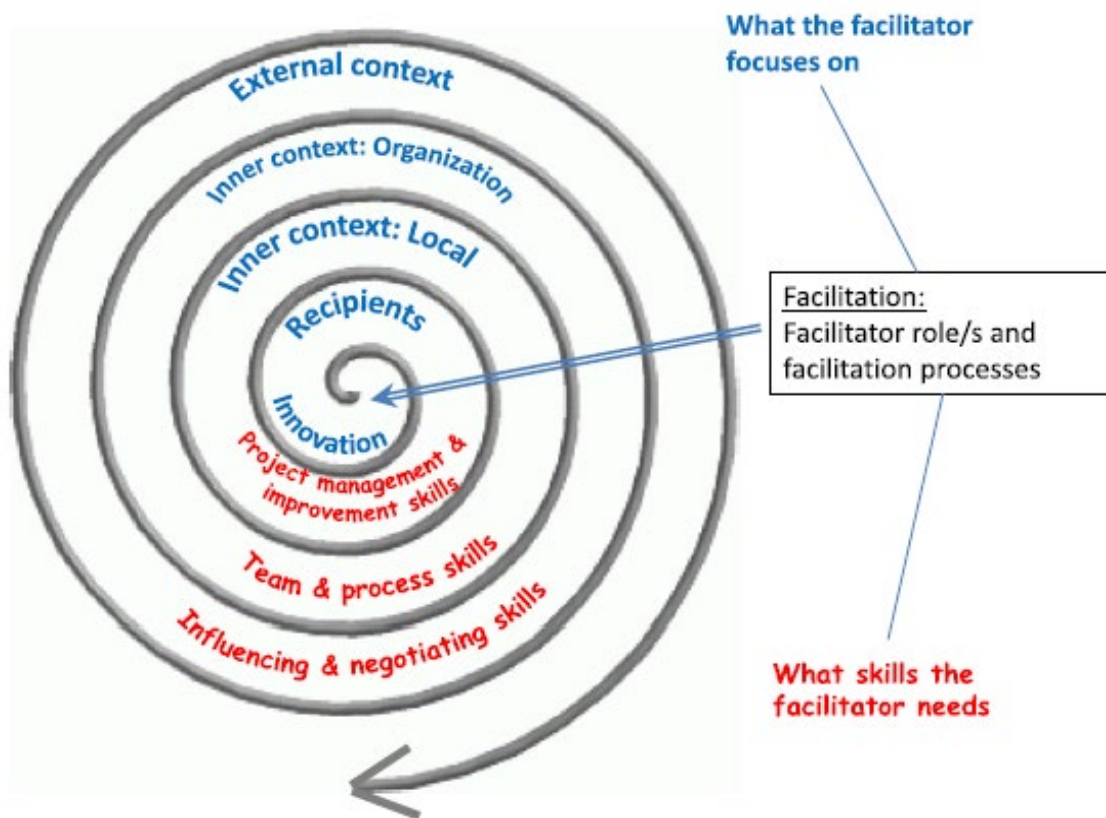
Tabel. Caracteristici principale ale contextului micro, mezo și macro (adaptat după Harvey and Kitson, 2016)

<i>Context local imediat (secție, departament/unitate)</i>	<i>Context organizațional</i>	<i>Context extern (sistem medical național)</i>
- Susținere formală și informală a leadership-ului - Cultură organizațională locală - Experiență anterioară cu privire la inovare și schimbare - Mecanisme de integrare a schimbării - Procese de evaluare și feedback - Educație profesională continuă	- Priorități organizaționale - Leadership și susținere managerială - Cultură organizațională - Structură organizațională - Istoria inovației și schimbării practicilor clinice în organizație - Capacitate de absorbție a inovației - Rețele de formare profesională continuă adaptate pe nevoi educaționale	- Politici și priorități de sănătate - Stimulente și mandate pentru inovare în organizații - Cadre de reglementare - (In) stabilitatea mediului - Rețele și relații inter-organizaționale

3. Focus pe rolul de facilitator și mai puțin pe procesul de facilitare.

În cadrul i-PARIHS, „FACILITAREA” reprezintă un construct de bază, însă focusul facilitării migrează pe rolul de activare a implementării prin evaluarea impactului inovației și a răspunsului destinatarilor la schimbare, luând în considerare caracteristicile contextuale. În FACILITARE, sunt esențiale atât rolul facilitatorului, cât și procesul de facilitare care este constituit din strategii și acțiuni adecvate pentru implementarea cu succes a inovației. Prin urmare, succesul sau insuccesul implementării este atribuit capacității facilitatorului de gestionare a procesului de facilitare a inovației (schimbării) care să permită destinatarilor să implementeze intervenții adaptate contextului intern și extern.

La nivel internațional, rolul facilitatorului în susținerea implementării schimbărilor în practica clinică a fost introdus în anii 1980 [17,18],



În mare parte fiind asociat cu îmbunătățirea calității în îngrijirile medicale primare [18,19]. În acest sens, facilitatorii utilizează strategii de facilitare, care de cele mai multe ori sunt:

- utilizarea instrumentelor de audit și feedback;
- crearea de consens interactiv, inclusiv în stabilirea obiectivelor;
- utilizarea instrumentelor de îmbunătățire a calității, ca de exemplu ciclul PDSA (Plan-Do-Study-Act).

Facilitarea poate fi realizată de unul sau mai mulți **facilitatori instruiți**, care susțin navigarea destinatarilor (indivizi și echipe) prin procesele complexe de schimbare și provocările contextuale ce pot fi întâmpinate pe parcursul implementării. Facilitatorii pot fi interni cadrului de implementare, externi sau micști (interni și externi).

Pentru a-și îndeplini rolul în mod eficient, facilitatorii ar trebui să dețină cunoștințele și abilitățile necesare pentru a acționa într-un mod flexibil și receptiv în adaptarea și abordarea inovației la: (a) pro-

blematica particulară (practica ce necesită îmbunătățire), (b) contextul și (c) persoanele implicate (destinatarii inovației) [21,22]. De asemenea, facilitatorul trebuie să aibă o înțelegere consolidată în ceea ce privește:

- natura inovației (obiectul implementării);
- indivizii și echipele care trebuie să pună în aplicare schimbarea (destinatarii);
- mediul de lucru (context local, organizațional și al sistemului de sănătate).

Din acest motiv, în cadrul proiectării și realizării studiilor de implementare care utilizează modelul i-PARIHS, o importanță esențială este atribuită etapelor de recrutare, selecție, pregătire și dezvoltare profesională a facilitatorilor.

4. Lipsa unei definiții clare a implementării cu succes.

În cadrul i-PARIHS, implementarea cu succes (SI) rezultă din facilitarea (F) unei inovații (I) cu destinatarii vizați (D) în contextul lor (C), adică $SI = F(I,D,C)$.

Prin urmare, implementarea cu succes este definită ca atingerea obiectivelor de implementare, inclusiv:

- Adoptarea și integrarea inovației în practică;
- Implicarea activă a destinatarilor (indivizi, echipe și alte părți interesate);
- Reducerea/minimizarea variației contextului pe parcursul implementării inovației.

În acest sens, există o serie de teorii care contribuie la definirea implementării cu succes a inovației.

Teoria lui Weiner [23] consideră **schimbarea comportamentului colectiv** ca fiind un element cheie în pregătirea organizațională pentru schimbare, fiind cunoscut faptul că, schimbarea comportamentelor are la bază angajamentul în schimbare al destinatarilor (dorința de a produce schimbarea practicii) și eficacitatea schimbării (capacitatea lor de a schimba practicile neconforme).

Teoriile lui Carl Rogers [24] și *John Heron* [25] au influențat perspectiva teoretică asupra facilitării prin organizarea și implementarea etapelor de furnizare a intervențiilor adecvate, instruirea continuă a destinatarilor cu privire la implementarea intervențiilor, convingerea și chiar constrângerea destinatarilor de a acționa în sensul schimbării.

Sistemul Deming de cunoștințe profunde în scopul îmbunătățirii practicii clinice, cu accent pe înțelegerea sistemelor, proceselor, învățării experiențiale și interacțiunii umane [26] reprezintă o teorie care promovează implicarea locală și asumarea procesului de implementare a îmbunătățirii, în special în gândirea modului în care facilitatorii își exercită rolul în practică.

Alte teorii sunt în legătură cu complexitatea procesului de schimbare [27,28], capacitatea de absorbție a organizației [29], formare profesională continuă [30], leadership și cultura organizațională [31]. O importanță deosebită o reprezintă teoria cu privire la **susținerea schimbării pe termen lung** (sustenabilitate). O astfel de teorie este *Teoria procesului de normalizare* [32,33] care recunoaște importanța interacțiunii destinatarilor în contextul lor și propune patru mecanisme esențiale de acțiune: coerență, participare cognitivă, acțiune colectivă și monitorizare reflexivă.

În concluzie, cadrul i-PARIHS revizuit este un model adecvat, utilizat la nivel internațional în proiectele de implementare a practicilor bazate pe dovezi. Acest cadru poziționează facilitarea ca ingredient activ al implementării, cu rol în evaluarea și adecvarea inovației care urmează să fie implementată de destinatarii vizați în contextul lor local, organizațional și al sistemului de sănătate. Facilitarea este operaționalizată printr-o rețea de facilitatori care aplică o serie stra-

tegii de îmbunătățire cu rol în structurarea procesului de implementare, angajarea și gestionarea relațiilor dintre părțile interesate cheie, precum și identificarea barierelor în calea implementării în context specific.

Autori:

1. Mariana Zazu – Specialist în Dezvoltare Organizațională, OAMGMAMR Filiala București; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI
2. Andreea Năstase – Departamentul Profesional-Științific de Cercetare și Dezvoltare a profesiei, OAMGMAMR Filiala București

Surse de documentare:

- [1] Helfrich C, Damschroder L, Hagedorn H, Daggett G, Sahay A, Ritchie M, et al. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci.* 2010;5:82.
- [2] Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. 1998. *Quality in Health Care* 7, 149–159.
- [3] Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs.* 2004;47:81–90.
- [4] Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th ed. New York: The Free Press; 1995.
- [5] Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
- [6] Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and*

recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581–629.

[7] Rycroft-Malone J, Seers K, Chandler J, Hawkes C, Crichton N, Allen C, et al. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implement Sci.* 2013;8(1):28.

[8] Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD000125.

[9] Kislov R, Harvey G, Walshe K. Collaborations for leadership in applied health research and care: lessons from the theory of communities of practice. *Implement Sci.* 2011;6:64.

[10] Gabbay J, May A. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ.* 2004;329:1013.

[11] Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. *Implement Sci.* 2015;10:45.

[12] Harvey G, Kitson A. Translating evidence into healthcare policy and practice: single versus multi-faceted implementation strategies— is there a simple answer to a complex question? *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(3):123–6.

[13] Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.

[14] Flottorp S, Oxman A, Krause J, Musila N, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8(1):35.

[15] Harvey G, Kitson A, Munn Z. Promoting continence in nursing ho-

mes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. *Int J Evid Based Healthc*. 2012;10(4):388–96.

[16] Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation science*. 2015 Dec;11(1):1-3.

[17] Harvey G, Loftus-Hills A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Kitson A, McCormack B, et al. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *J Adv Nurs*. 2002;37(6):577–88.

[18] Fullard E, Fowler G, Gray M. Facilitating prevention in primary care. *BMJ*. 2004;289:1585–7.

[19] Engels Y, van den Hombergh P, Mookink H, van den Hoogen H, van den Bosch W, Grol R. The effects of a team-based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomised controlled trial. *Brit J Gen Pract*. 2006;6:781–7.

[20] Liddy C, Laferriere D, Baskerville B, Dahrouge S, Knox L, Hogg W. An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions. *Healthc Policy*. 2013;8:58–67.

[21] Morrell C, Harvey G. *The clinical audit handbook: improving the quality of health care*. London: Baillière Tindall; 1999.

[22] Ritchie MJ, Kirchner JE, Parker LE, Curran GM, Fortney JC, Pitcock JA, Bonner LM, Kilbourne AM. Evaluation of an implementation facilitation strategy for settings that experience significant implementation barriers. *Implement Sci*. 2015;10 Suppl 1:A46.

[23] Weiner B. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*. 2009;4(1):67.

[24] Rogers CR. *Freedom to learn—a view of What Education Might Become*. Charles Merrill: Columbus, Ohio; 1969.

[25] Heron J. *The facilitator's handbook*. London: Kogan Page; 1989.

[26] Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts: MIT

Press; 2000.

[27] Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323:625–8.

[28] Downe S. Beyond evidence-based medicine: complexity and stories of maternity care. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(1):232–7.

[29] Harvey G, Jas P, Walshe K. Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding interorganisational variation in performance improvement. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(1):48–55.

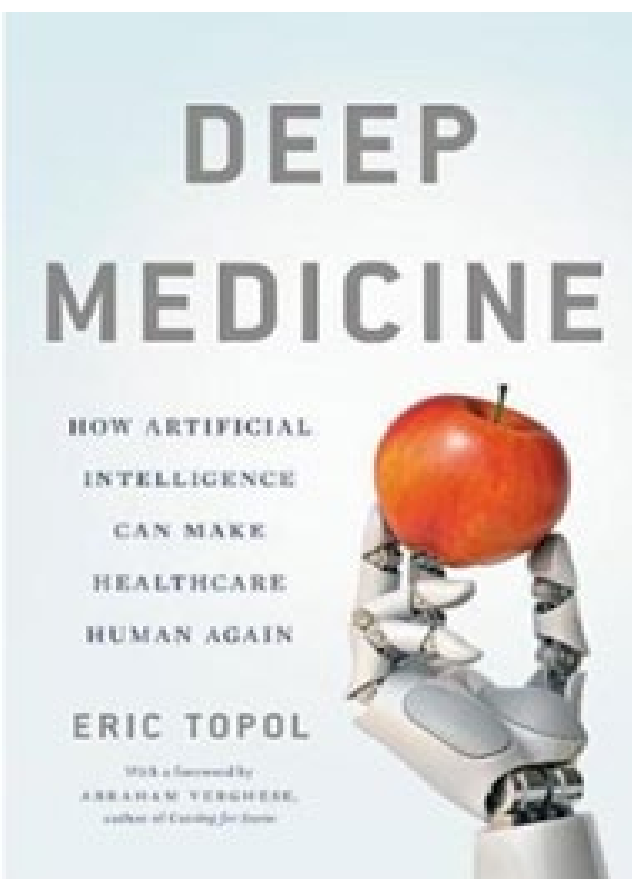
[30] Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday; 1990.

[31] Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.

[32] May C, Finch T. Implementation, embedding, and integration: an outline of Normalization Process Theory. *Sociology*. 2009;43(3):535–54.

[33] May C, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: normalization Process Theory. *Implement Sci*. 2009;4(1):29.

“Deep medicine, cum inteligența artificială poate face ca asistența medicală să redevină umană” (Deep medicine, how artificial intelligence can make healthcare human again), de Eric Topol, ed. Basic Books, 2019



În zilele noastre, o vizită la un medic este ca un zbor pe pilot automat: medicii își petrec majoritatea timpului tastând la calculator, cu un minim contact vizual. În general, programările durează doar câteva minute, iar medicul nu are timp suficient pentru a se conecta la povestea pacientului sau pentru a explica cum și de ce pot fi întreprinse diferite proceduri și tratamente.

Ca urmare, erorile abundă: într-adevăr, diagnosticarea greșită este a patra cauză de deces în Statele Unite, după bolile de inimă, cancer și accidentul vascular cerebral.

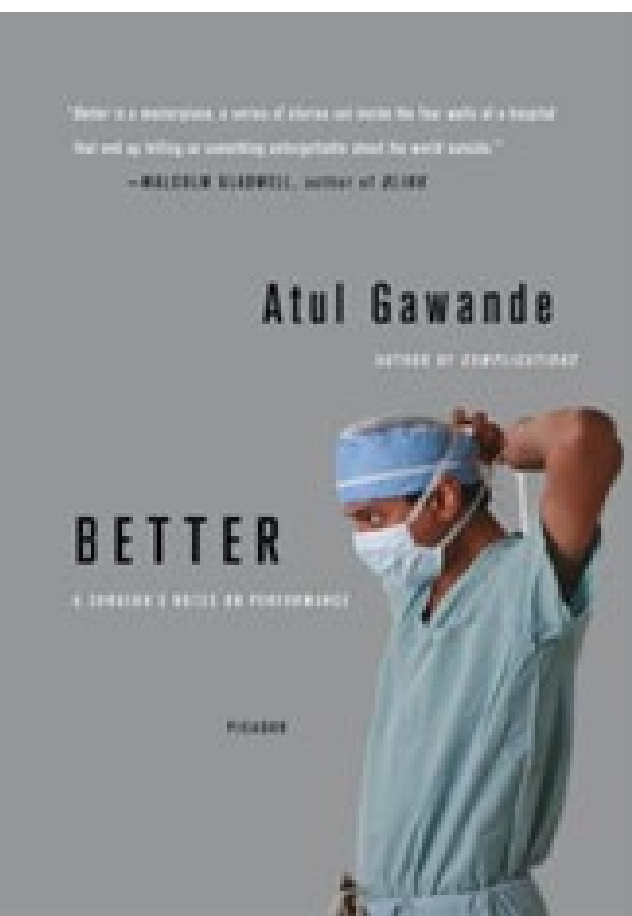
Acest lucru se datorează faptului că, în ciuda faptului că au acces la mai multe resurse ca niciodată, medicii sunt vulnerabili nu doar la cererea pieței de a vedea cât mai mulți pacienți, ci și la distrage-

rea atenției, epuizare, supraîncărcare cu date și propriile prejudecăți. Medicii sunt pur și simplu depășiți.

În tot acest tablou, autorul crede că inteligența artificială poate ajuta. Procesarea limbajului uman ar putea înregistra automat notele de la vizitele noastre la medic, psihiatrii virtuali ar putea prezice mai bine riscul de sinucidere sau alte probleme de sănătate mintală pentru pacienții vulnerabili, iar software-ul de învățare profundă va face din fiecare medic un maestru în diagnosticare. În plus, am putea chiar să folosim aplicații pentru smartphone pentru a ne face propriile "selfie-uri" medicale pentru examene ale epidermei și a primi analize imediate. În plus, asistenții virtuali de smartphone de astăzi - Alexa, Siri, Cortana - ar putea analiza datele noastre zilnice de sănătate pentru a reduce necesitatea vizitelor la medic și a deplasărilor la camera de urgență, precum și sprijinul pentru persoanele care suferă de astm, epilepsie și boli de inimă. Prin integrarea unor astfel de instrumente în practica medicală zilnică a medicilor, aceștia ar putea petrece mai puțin timp colectând și catalogând informații și mai mult timp oferind o îngrijire amănunțită și semnificativă pentru pacienții lor, așa cum nicio mașină nu poate face.

Inteligența artificială poate contribui, de asemenea, la reducerea costului ridicat al asistenței medicale, atât pentru persoanele fizice, cât și pentru economie în general. De exemplu, în SUA, sectorul medical consumă în prezent 20 % din produsul intern brut - este cel mai mare sector pe total și ca locuri de muncă. Și este foarte inefficient. De exemplu, costul cu imagistica medicală: în SUA se efectuează peste 20 de milioane de scanări medicale în fiecare zi, iar un RMN, de exemplu, costă de la sute la mii de dolari. Inteligența artificială ar putea procesa 260 de milioane de scanări medicale (mai mult de două săptămâni) în mai puțin de 24 de ore, la un cost de numai 1000 de dolari. În prezent, americanii plătesc miliarde și miliarde de dolari pentru aceeași muncă.

"Mai bine: notițele unui chirurg despre performanță" (Better: A Surgeon's Notes on Performance), de Atul Gawande, Ed. Picador USA, 2008



Lupta pentru performanță este universală: fiecare dintre noi se confruntă cu oboseala, resursele limitate și abilitățile insuficiente în tot ceea ce face. Dar nicăieri nu este mai importantă această dorință de a face mai bine decât în medicină, unde viețile pot fi puse în joc de orice decizie.

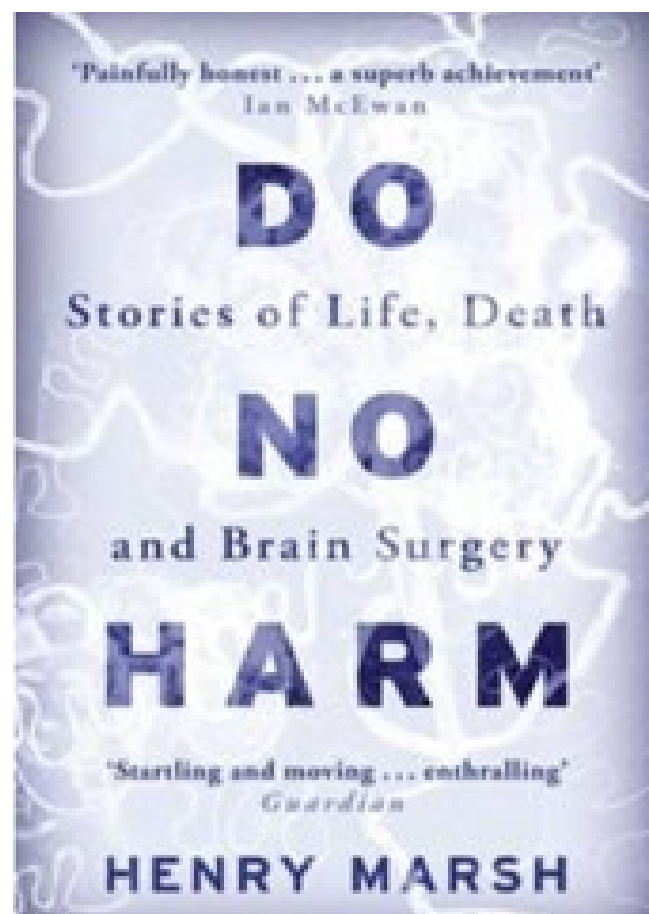
Fiind parte din această lume, autorul examinează, prin relatări captivante de eșecuri și triumfuri medicale, modul în care se obține succesul în această profesie complexă și plină de riscuri.

Autorul analizează profesia de medic, complexă și plină de riscuri, și modul în care cei implicați progresează de la "bine la excelență". Practic, Gawande oferă o perspectivă rară și o relatare sinceră și directă a propriei sale vieți de chirurg.

"Să nu faci rău. Povești despre viață, moarte și operații pe creier" (Do no harm. Stories about Life, Death and Brain Surgery), de Henry Marsh, Ed. Phoenix House, 2014

Cum este să fii un neurochirurg? Cum e să ții viața cuiva în mâinile tale, să tai prin ceea ce creează gândirea, sentimentele și rațiunea? Cum trăiești cu consecințele atunci când totul merge prost?

Cartea oferă o perspectivă unică asupra suferințelor și coborâșurilor unei vieți dedicate operării creierului uman, în toată complexitatea sa rafinată. Cu o candoare și o compasiune uimitoare, Henry Marsh dezvăluie drama antrenantă a operației, haosul și confuzia unui spital modern aglomerat și, mai presus de toate, nevoia de speranță atunci când te confrunți cu cele mai chinuitoare decizii ale vieții.



Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

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