

eAsistent.ro

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

Decembrie 2018



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

Editorial Decembrie - la bilanț	4
---------------------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Sănătatea publică și sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, încotro?	8
--	---

EVENIMENT

1 decembrie 2018 – 30 de ani de la prima Zi internațională dedicată HIV-SIDA	13
--	----

3 decembrie 2018 – Promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități	16
---	----

INTERVIU

Tratarea obezității	18
---------------------	----

OPINIA JURISTULUI

Educația Medicală Continuă (EMC), obligație și, în același timp, un drept al membrilor OAMGMAMR	27
---	----

ISTORIE

Am intrat în era post-antibiotice?	31
------------------------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

Cercetarea medicală înregistrează progrese majore în înțelegerea infecțiilor pneumococice	37
---	----

CĂRȚI MEDICALE

Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor	42
---	----

Cartea mea de diabet	43
----------------------	----

Dicționar de termeni pentru asistenții medicali și învățământul postliceal sanitar	44
--	----

ECHIPA	45
--------	----



Editorial Decembrie - la bilanț

Anul acesta, luna decembrie stă sub semnul a două evenimente celebrate la nivel internațional – pe 1 decembrie 2018, Organizația Mondială a Sănătății (OMS), alături de partenerii săi globali, marchează Ziua internațională HIV-SIDA, a 30-a aniversare a campaniei globale inițiate de OMS în 1988.

În plus, tema de anul acesta a Zilei internaționale a persoanelor cu dizabilități, sărbătorită pe 3 decembrie, în fiecare an, este promovarea incluziunii și egalității în societate pentru ca persoanele cu

dizabilități să își poată atinge potențialul individual și ca membru al comunității.

De asemenea, articolul *"Sănătatea publică și sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, încotro?"* din secțiunea **Educație medicală** ne prezintă câteva dintre realitățile alarmante incluse în cel mai recent raport *"Health at a Glance: Europe report"*, dezvoltat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD), în cooperare cu Comisia Europeană, și publicat în noiembrie 2018. Acestea se referă la estimări recente ce arată că 790 000 de oameni au murit prematur în UE în 2016 din cauza fumatului, excesului de alcool, dietelor nesănătoase și lipsei de mișcare. Același studiu indică și faptul că obezitatea este în creștere în majoritatea țărilor din UE, mai ales în rândul copiilor, iar consumul de droguri ilicite rămâne o problemă de sănătate publică în rândul tinerilor, în timp ce abuzul de alcool este o problemă atât pentru tineri, cât și pentru adulți.

În revistă veți găsi și un articol intitulat *"Cercetarea medicală înregistrează progrese majore în înțelegerea infecțiilor pneumococice"*. Ea prezintă un studiu publicat în 2018, în revista *Nature Microbiology*. Aici sunt prezentate rezultatele unei cercetări desfășurate de Institutul Karolinska din Suedia, în colaborare cu o echipă de cercetători de la Institutul pentru infecții și sănătate globală de la University of Liverpool din Marea Britanie și cu asistența unei facilități medicale din Uppsala (Science for Life Laboratory Mass Spectrometry Based Proteomics). Ele aduc o descoperire importantă care va duce la dezvoltarea unor noi strategii pentru combaterea infecțiilor pneumococice. Această opinie unanimă a cercetătorilor se bazează pe înțelegerea mai bună a mecanismului prin care pneumococii cauzează boli, ceea ce ar putea explica și consecințele pe termen lung ale infecțiilor pneumococice, precum bolile de inimă. Citiți acest articol în secțiunea **Lumea medicală**.

Tot în paginile revistei noastre vă adresăm o provocare - să înțelegem dacă *"Am intrat în era post-antibiotice?"*. Potrivit Societății Americane a Bolilor Infecțioase, se estimează că în spitalele din SUA sunt

mai multe decese cauzate de infecția cu *Staphylococcus aureus* rezistent la metilicilină (MRSA) decât de SIDA și tuberculoză combinate. Alte bacterii deosebit de rezistente la multiple medicamente, precum *Enterococcus faecium* rezistent la vancomicină și *Pseudomonas aeruginosa* rezistent la fluorochinolon, cauzează și ele un număr mare de decese.

Am ajuns în situația în care, după 60 de ani de folosire, eficacitatea antibioticelor împotriva infecțiilor a început să scadă progresiv. În același timp, dezvoltarea de noi medicamente antimicrobiene, inclusiv antibiotice, este acum mai înceată decât apariția și răspândirea tulpinilor rezistente. Aceasta este tema propusă în cadrul secțiunii **Istorie**.

Articolul de luna aceasta din cadrul secțiunii **Interviu** abordează o temă din ce în ce mai arzătoare și pentru România referitoare la tratarea obezității, inclusiv a obezității la copil. Concluzia bazată pe relatările unor studii, dar și pe ceea ce spun specialiștii care răspund la cele mai comune întrebări referitoare la obezitatea la copii (pe platforma www.premierphysiciannet.com), este că "același model nu se potrivește tuturor".

În cadrul secțiunii **Opinia juristului**, consilierul juridic al organizației noastre ne prezintă o pledoarie argumentată pentru educația medical continuă, în același timp, obligație și un drept al membrilor OAMGMAMR.

Nu în ultimul rând, revista vă prezintă aparițiile editoriale recomandate luna aceasta – "*Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor*", de Jaroslav Kiss, "*Cartea mea de diabet*", de Dr. Mirela Culman, și "*Dicționar de termeni pentru asistenții medicali și învățământul postliceal sanitar*", de Dr. Mariana Minea și Lucreția Titircă.

Vă dorim lectură plăcută și, cum trecerea într-un nou an se apropie, doresc celor care ne citesc, celor care ne-au acordat onoarea de a ne oferi interviuri, celor care au acceptat provocarea de a publica în revista noastră, dar și celor care, chiar dacă nu ne urmă-

resc permanent, sunt slujitori ai acestei profesii și se dăruiesc zilnic îngrijirii pacienților, multă sănătate și recunoaștere profesională.

La mulți ani, din partea echipei de conducere a OAMGMAMR filiala București și a echipei editoriale!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

Sănătatea publică și sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, încotro?

Estimări recente arată că 790 000 de oameni au murit prematur în UE în 2016 din cauza fumatului, excesului de alcool, dietelor nesănătoase și lipsei de mișcare. Deși rata fumatului a scăzut în general, ea este încă la nivelul de 1 din 5 adulți (chiar la 1 din 4 adulți, în anumite țări).

Consumul de droguri ilicite rămâne o problemă de sănătate publică în rândul tinerilor, în timp ce abuzul de alcool este o problemă atât pentru tineri, cât și pentru adulți. Alcoolul se situa, în 2016, pe locul 3 în topul factorilor de risc de îmbolnăvire și mortalitate după tutun și hipertensiunea arterială, cauzând circa 8% dintre morțile în rândul bărbaților și circa 4% în rândul femeilor.

În același timp, obezitatea este în creștere în majoritatea țărilor din UE, mai ales în rândul copiilor. Astfel, în medie, în 23 de țări din UE, 14% dintre băieții și 10% dintre fetele în vârstă de 7-8 ani suferă de obezitate. În rândul adulților, rata medie a UE este de 16%, crescând în aproape toate țările, dar cu variații destul de mari între acestea – de la 9%, în România, la 26%, în Malta.



1 din 6 persoane în țările UE a avut o problemă de sănătate mintală în 2016, peste 80 de milioane la nivel UE. Mai mult decât atât, peste 80 000 de decese au fost atribuite, în 2015, bolilor mintale sau sinuciderilor. Costul total al afecțiunilor de sănătate mintală se ridică, conform unor estimări, la peste 4% din PIB-ul UE (peste 600 milioane EUR).

Acestea sunt doar câteva dintre realitățile alarmante prezentate în cel mai recent raport *Health at a Glance: Europe report*, dezvoltat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD), în cooperare cu Comisia Europeană, și publicat în noiembrie 2018.

Dacă facem un plan detaliu pe situația României, constatăm că este, alături de Bulgaria, printre țările UE cu cele mai mici rate de deces provocat de cancer (România, mai puțin de 20%, iar Bulgaria, puțin peste 15%), în timp ce rata medie în UE este de 25.4%.

România are una dintre cele mai mici rate de deces cauzate de cancer din UE, deoarece bolile cardio-vasculare (boala cardiacă ischemică, accidentele vasculare cerebrale) și ciroza sunt principalele 3 cauze de deces.

Cum au evoluat, în România, principalele cauze de deces prematur în ultimul deceniu - 2017 față de 2007? Primele 5 locuri au rămas neschimbate - bolile cardiace ischemice și atacurile vasculare cerebrale au rămas pe primele 2 locuri, ciroza pe 3, cancerul de plămâni pe 4 și infecțiile tractului respirator inferior pe 5.

Concluziile trase de specialiști pe baza rezultatelor raportului OECD-UE despre starea sănătății în Europa și recomandările acestora conturează câteva linii principale de acțiune. În primul rând, avem nevoie de mai multă prevenție, mai multă educație pentru sănătate.

Mai mult de 1 milion de persoane mor prematur în fiecare an în UE. Moartea lor ar putea fi prevenită prin intervenții de prevenție

Investments in health systems
could prevent
**97 million premature
deaths by 2030**



SDG HEALTH PRICE TAG
www.who.int



și educație pentru sănătate mai eficace, care să ducă la schimbarea comportamentelor și alegerilor nesănătoase în privința stilului de viață. Circa 800 000 europeni mor prematur în fiecare an din cauza fumatului, consumului de alcool, alimentației nesănătoase și lipsei de activitate fizică.

De asemenea, prioritară pentru programele de prevenție ar trebui să devină și sănătatea mintală, având în vedere costul enorm pe care îl au afecțiunile asociate (peste 4% din PIB).

Avem nevoie de sisteme de sănătate mai eficace și mai centrate pe pacienți. Sistemele actuale de sănătate au făcut progrese remarcabile în tratarea bolilor grave precum infarcturile, atacurile vasculare cerebrale și diversele forme de cancer, dar există încă disparități uriașe între ratele de supraviețuire nu numai dintre diferitele țări, dar și dintre spitalele și furnizorii de servicii de sănătate din aceeași țară. Sistemele de sănătate trebuie să fie mai centrate pe pacienți, adică să îi întrebe pe aceștia, într-un mod mai sistematic, dacă starea lor este mai bună sau nu în urma diverselor intervenții. Avem nevoie să măsurăm și cât de bine fac față sistemele de asistență medicală primară unui număr din ce în ce mai mare de pacienți cu una sau mai multe boli cronice.

Avem nevoie de sisteme de sănătate mai adaptabile, inclusiv în administrarea resurselor sistemului pentru optimizarea costurilor. De exemplu, specialiștii au constatat că peste 37 de milioane de zile de internare sunt consumate în fiecare an la nivelul UE pentru probleme care ar fi putut fi gestionate la nivelul sistemului primar de sănătate, în comunități.

De asemenea, un element esențial pentru creșterea adaptabilității sistemelor de sănătate ar fi o mai mare deschidere pentru revoluția tehnologică, care oferă un potențial imens pentru îmbunătățirea prevenției, identificarea și gestionarea bolilor cronice, precum și dezvoltarea practicii bazate pe dovezi.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Documentare, traducere și adaptare după:

Raportul "Health at a Glance: Europe 2018 - State of health in the EU cycle" realizat de OECD în colaborare cu Comisia Europeană, Noiembrie 2018

https://ec.europa.eu/health/state/summary_en

<http://www.healthdata.org/results/country-profiles>

<http://www.healthdata.org/romania>

<https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-22826527-euro-stat-unul-din-4-decese-din-uniunea-europeana-este-cauzat-cancer-romania-bulgaria-printre-tarile-cele-mai-mici-rate-decese-provocate-cancer.htm?cfathp>

<https://www.who.int/>

https://ec.europa.eu/health/state/summary_en

<https://www.who.int/sdg/infographics/en/>

1 decembrie 2018 – 30 de ani de la prima Zi internațională dedicată HIV-SIDA

Pe 1 decembrie 2018, Organizația Mondială a Sănătății (OMS), alături de partenerii ei globali, va marca Ziua Internațională HIV-SIDA, a 30a aniversare a campaniei globale inițiate de OMS în 1988.

La începutul anilor 1980, înainte ca virusul HIV să fie confirmat drept cauza îmbolnăvirii cu SIDA, se credea că infecția afectează doar anumite grupuri, de exemplu bărbații homosexuali din țările dezvoltate sau persoanele care-și injectează droguri.

În 1983, chiar anul în care a fost izolat pentru prima oară virusul HIV, OMS a convocat prima adunare pentru a evalua situația globală și a declanșa monitorizarea la nivel internațional. Comunitatea internațională a înțeles atunci că HIV se poate transmite și în rândul persoanelor heterosexuale sau prin transfuziile de sânge, precum și că mamele pot transmite virusul nou născuților.

În următorii 10 ani după acel moment, a devenit evident că un răspuns eficace împotriva răspândirii infecției HIV-SIDA cerea un răspuns multisectorial cuprinzător, începând cu combaterea mar-



ginalizării, stigmatizării și discriminării celor infectați și a populațiilor cu risc ridicat, pentru ca aceștia să nu se teamă de testele de depistare a virusului și de accesarea serviciilor de tratament și îngrijire.

De asemenea, specialiștii au realizat că era nevoie de diminuarea și controlarea efectelor economice, sociale și de siguranță publică pe care le putea aduce apariția unei pandemii și, de asemenea, de consolidarea resurselor umane și financiare necesare pentru o acțiune concertată la nivel internațional. Aceasta din urmă s-a coagulat cel mai bine prin înființarea, în 1996, a UNAIDS (Programul Comun HIV-SIA al ONU), care urmărea coordonarea răspunsului multisectorial. Un alt moment important al combaterii HIV-SIDA s-a înregistrat în 2002, când s-a înființat Fondul Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei.

Ca urmare a întregului efort coordonat al comunității internaționale, au fost înregistrate succese remarcabile în implementarea pe scară tot mai largă a schemelor de tratament și îngrijire. Până în 2017, peste 75% (sau circa 28 de milioane de persoane) dintre cele estimate a fi purtătoare ale virusului HIV au reușit să aibă acces la screening-ul HIV-SIDA. Mai mult, în ultimii ani, auto-testarea se

practică pe scară tot mai largă.

Acesta este și mesajul OMS și al partenerilor săi cu ocazia aniversării de anul acesta, care se desfășoară sub deviza “Află cum stai” (“Know your status”) – totul începe cu testarea sau auto-testarea HIV-SIDA, pentru a putea demara cât mai repede pașii necesari pentru a rămâne în siguranță, neinfectat, sau a începe tratamentul și a învăța cum să oprești transmiterea infecției, protejându-i astfel și pe cei din jurul tău.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Documentare, traducere și adaptare după:

<http://www.who.int/westernpacific/news/events/detail/2018/12/01/western-pacific-events/world-aids-day-2018>

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

<http://www.who.int/hiv-aids/latest-news-and-events/why-the-hiv-epidemic-is-not-over>



International
Day of
**Persons with
Disabilities**

3 DECEMBER

3 decembrie 2018 – Promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități

Mai mult de jumătate din populația lumii trăiește acum în zone urbane, în timp ce, până în 2050, această cifră va crește până la 6,5 miliarde de oameni. Pentru a putea avea o dezvoltare durabilă, zonele urbane au nevoie de transformări semnificative în privința proiectării spațiilor și a gestionării diverselor aspecte ale vieții cotidiene.

Agenda 2030 a Organizației Națiunilor Unite de dezvoltare durabilă acordă mare importanță acestor elemente de dezvoltare urbană – astfel, unul dintre obiectivele Agendei subliniază nevoia trans-

formării orașelor și a celorlalte așezări umane în arealuri incluzive, sigure, adaptabile și rezistente provocărilor viitorului. Conferința ONU pentru Locuințe și Dezvoltare Urbană Durabilă, desfășurată în Ecuador, în 2016, a recunoscut că, în viitor, orașele și infrastructura și serviciile urbane de bază trebuie să fie mai prietenoase cu mediul și cu locuitorii lor și să fie mai incluzive, luând în calcul nevoile tuturor persoanelor, mai ales ale celor cu dizabilități.

Tema de anul acesta a Zilei internaționale a persoanelor cu dizabilități, sărbătorită pe 3 decembrie în fiecare an, este promovarea incluziunii și egalității în societate pentru ca persoanele cu dizabilități să își poată atinge potențialul individual și cel de membru al comunității.

Agenda 2030 a ONU, care urmărește ca nicio persoană să nu fie marginalizată, este un plan de acțiune ambițios al comunității internaționale. Coloana lui vertebrală o reprezintă principiul demnității fiecărei persoane și al egalității dintre ele.

În acest context, Agenda 2030 urmărește să creeze o societate în care se poate asigura participarea egală și deplină a persoanelor cu dizabilități în toate sferele vieții sociale, culturale, economice și politice, o societate în care toate persoanele au oportunități egale de a se exprima și contribui la dezvoltarea comunității.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Documentare, traducere și adaptare după:

<http://www.who.int/life-course/news/events/intl-day-of-persons-with-disabilities-2018/en/>

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/international-day-of-persons-with-disabilities-3-december/idpd18.html>

<https://www.un.org>

Tratarea obezității

"Același model nu se potrivește tuturor", spun unele studii, dar și specialiștii care răspund la cele mai comune întrebări referitoare la obezitatea la copii

Au unii copii un risc mai mare de a deveni obezi decât ceilalți? Potrivit Institutului Național de Sănătate din SUA, studiile încep să confirme faptul că factorii genetici care sunt implicați în reglarea greutateii corporale pot avea un efect semnificativ asupra riscului ca un copil să devină obez.

Deși cercetările cu privire la rolul eredității asupra obezității infantile sunt din ce în ce mai numeroase și mai bine argumentate, stilul de viață din familie are și el o importanță foarte mare.

Copiii crescuți în familii mai puțin preocupate de un stil de viață sănătos sunt mai predispuși la riscul de a deveni obezi.

De asemenea, unele medicamente pot provoca creșterea în greutate și creșterea apetitului. Copiii cu condiții de sănătate care îi împiedică să fie activi și să ardă calorii pot avea și ei probleme de obezitate.

Care este nutriția adecvată (potrivit Asociației Americane de Pediatrie - AAP) pentru un bebeluș? Un preșcolar? Un școlar? Un ado-



lescent?

Pe măsură ce copilul crește, se schimbă și nevoile sale nutriționale. Părinții și familia trebuie să aibă în vedere schimbarea nevoilor nutriționale atunci când aleg să-și hrănească copiii în creștere.

Nutriția adecvată pentru bebeluș poate include:

- laptele matern (de preferință, cel puțin, în primul an) sau formulă;
- un supliment de vitamina D pentru copiii alăptați. Vitamina D este importantă pentru buna funcționare a organelor și dezvoltarea creierului;
- substanțe solide - inclusiv cereale fortificate, fructe și legume - începând cu vârsta cuprinsă între patru și cinci luni;
- deși laptele matern și formulele vor furniza bebelușilor toate fluidele de care au nevoie, apa poate fi administrată copiilor, după introducerea alimentelor solide, iar sucul, dacă este introdus, poate fi administrat după șase luni, potrivit Asociației Americane de

Pediatrie (AAP).

Nutriția adecvată pentru un preșcolar include:

- Lapte integral, după ce copilul face un an;
- Nu există restricții privind caloriile sau alimentele cu conținut scăzut de grăsimi înainte de vârsta de doi ani. Grăsimea din alimentele cu conținut integral este esențială pentru dezvoltarea creierului la această vârstă fragedă;
- Introduceți alimente bogate în calorii și alimente bogate în vitamine, cum ar fi untul de arahide (dacă copilul nu are alergii);
- De la vârsta de doi ani și peste, copiii mici ar trebui să mănânce trei mese pe zi și una sau două gustări, conform AAP;
- Obiceiurile nutriționale la copiii mici încep să se formeze în această etapă a vieții, așadar introducerea unei varietăți de alimente și un echilibru bun al alimentelor din toate grupele de alimente vor contribui la crearea unor obiceiuri alimentare sănătoase pentru tot parcursul vieții, conform AAP;
- Dimensiunea porțiilor pentru un copil mic ar trebui să fie aproximativ un sfert din dimensiunea unei porții de adult, o porție de legume fiind de una până la două linguri și o porție de carne având dimensiunea palmei copilului, conform AAP.

Nutriția adecvată pentru un școlar presupune:

- Hrănirea copiilor ca adulții din jurul clasei I;
- Oferirea unei diete echilibrate de alimente din întreaga piramidă alimentară; Amintiți-vă că o farfurie colorată este un semn de echilibru bun;
- Includerea de cantități mici de alimente amidonice, cum ar fi cartofi, paste făinoase și orez, pentru a ajuta la utilizarea grăsimii și a colesterolului în organism, conform AAP;
- Servirea cărnii slabe;
- Evitarea cremelor și sosurilor cu un conținut ridicat de calorii,

cum ar fi untul și smântâna;

- Oferirea de alimente gătite sau coapte în loc de alimente prăjite.

Nutriția adecvată pentru un adolescent presupune:

- Menținerea obiceiurilor alimentare sănătoase ale căror baze se pun în timpul copilăriei, conform AAP;
- Includerea de cantități mici de alimente amidonice, cum ar fi cartofi, paste făinoase și orez, pentru a ajuta la utilizarea grăsimii și a colesterolului în organism;
- Servirea de carne slabă;
- Evitarea cremelor și sosurilor cu un conținut ridicat de calorii, cum ar fi untul și smântâna;
- Oferirea de alimente gătite sau coapte în loc de alimente prăjite;
- Tulburările alimentare se dezvoltă adesea în timpul adolescenței. Părintele trebuie să urmărească obiceiurile alimentare ale adolescentului și să se asigure că acesta știe cum să mențină o alimentație sănătoasă și un stil de viață sănătos și activ.

Cum ajunge să fie inclus un copil care este încă în creștere într-un program de scădere în greutate? Se face acesta într-un mod diferit față de un adult?

Elaborarea unui program de scădere în greutate la copii este diferită față de cea pentru adulții care decid să piardă în greutate. Și aceasta pentru că, în cazul copiilor, aceștia au nevoi de creștere și dezvoltare de care părinții trebuie să țină seama atunci când planifică o acțiune de scădere în greutate, potrivit Academiei Americane de Pediatrie (AAP).

Este important ca părinții să acorde atenție aportului de proteine și grăsimi sănătoase la copii.

La copii, mușchii și sistemele nervoase sunt încă în dezvoltare așa că au nevoie de alimente hrănitoare, pentru a evolua pozitiv, conform AAP.



În acest context, medicii ar putea recomanda copiilor reducerea aportului de calorii și creșterea activității acestora, pentru a promova pierderea în greutate.

Părinții care aleg pentru copiii lor o alimentație sănătoasă și exerciții fizice vor induce acestora o atenție deosebită pe tot parcursul vieții asupra acestor aspecte importante sănătății generale.

Ca părinte, trebuie să discutați cu medicul și să găsiți împreună cele mai bune modalități de a vă ajuta copilul să-și mențină o greutate sănătoasă.

Care este momentul în care medicul devine preocupat de greutatea unui copil?

Medicul va urmări Indexul de Masă Corporală (IMC) al copilului pe care-l va evalua în timpul vizitelor în cabinet. Un indice IMC de 25 până la 29 indică un copil supraponderal și un IMC de 30 sau mai mult este un indicator al obezității.

Medicul va deveni preocupat de greutatea copilului atunci când IMC se apropie de zona în care acesta poate fi considerat supraponderal.

Medicii vor arăta îngrijorare față de problemele de greutate ale copilului dacă:

- Există un istoric familial de obezitate;
- Stilul de viață al familiei nu include activitate regulată și o dietă nutritivă;
- Un copil are dizabilități fizice sau psihice care îl pun în pericol să devină supraponderal;
- Un copil ia medicamente care pot provoca creșterea în greutate sau creșterea poftei de mâncare.

Care sunt principalele măsuri pe care le poate lua familia pentru a urma o dietă adecvată?

Opinia unanimă a specialiștilor este că obiceiurile nutriționale bune sunt învățate în familie.

Iar aici, principalele măsuri includ:

- Mesele se iau într-un cadru organizat – masa se ia împreună cu familia, fără TV (sau alte distracții similare), la intervale regulate.
- Porțiile pentru copii trebuie să fie adaptate (în general, aproximativ un sfert din dimensiunea unei porții pentru un adult), conform AAP.
- Alimentație sănătoasă - copiii, ca și adulții, au nevoie de o alimentație echilibrată din toate grupele alimentare.
- Fructele și legumele trebuie să fie folosite neapărat în alimentație, mai ales pentru gustări. Potrivit Institutului Național de Sănătate din SUA, acestea pot fi proaspete, congelate, uscate sau din conservă.
- Micul dejun trebuie mâncat zilnic, pentru aduce energia de care avem nevoie peste zi.

Dincolo de aceste sfaturi care au rolul de a ne ajuta să ne menținem greutatea optimă, rămâne întrebarea ce tratament este cel mai eficient în cazul unei persoane obeze.

Concluzia unui studiu recent derulat la Școala de Sănătate Publică a Universității Brown este acesta: cel mai probabil, nu există un "tratament universal-minune" pentru obezitate. Rezultatele acestui stu-

diu au apărut în numărul din noiembrie 2018, în revista Obesity.

Analizând datele obținute de la peste 2.400 de pacienți obezi care au suferit o intervenție chirurgicală bariatrică, cercetătorii au identificat cel puțin patru subgrupe diferite de pacienți care diferă semnificativ în ceea ce privește comportamentele alimentare și tipul de diabet, precum și în ceea ce privește modul în care au scăzut în greutate în primii trei ani de după intervenția chirurgicală.

Conform opiniei coordonatorului studiului, Alison Field, șeful departamentului de epidemiologie, dacă ar exista un așa-numit "tratament minune", acesta ar fi diferit pentru diferite grupuri de persoane. Astfel, în același grup de persoane pot intra persoane foarte diferite. În același timp, un copil care devine obez până la vârsta de 5 ani va fi foarte diferit de o persoană care câștigă treptat în greutate și ajunge obez la vârsta de 65 de ani. Doar recunoașterea acestei diversități ne poate ajuta să dezvoltăm abordări mai personalizate în tratarea obezității, cred autorii studiului menționat.

Potrivit autorilor, acesta a fost primul studiu care a examinat variabile psihologice, cum ar fi modelele de alimentație, istoricul greutatei și o serie de variabile biologice, inclusiv nivelurile hormonale, pentru a identifica diferite tipuri de obezitate.

Conform acestora există patru tipologii:

Prima grupă a fost caracterizată de niveluri scăzute de lipoproteine cu densitate mare, așa-numitul „colesterol” bun și niveluri foarte ridicate de glucoză în sânge, înainte de intervenția chirurgicală. De fapt, 98% din membrii acestui grup erau diabetici, spre deosebire de alte grupuri, unde aproximativ 30% erau diabetici.

Grupa a doua a fost caracterizată de tulburări de comportament alimentar. Mai exact, 37 % au avut o tulburare legată de comportament alimentar, 61 % au indicat că au sentimentul pierderii controlului asupra nevoii de a se alimenta între mese - și 92 % au raportat că se alimentează și când nu le este foame.

Cel de-al treilea grup pare cel mai surprinzător: din punct de ve-

dere metabolic, ei reprezentau media, dar erau și cei cu nivelul cel mai scăzut de tulburare legată de comportamentul alimentar - doar 7% dintre ei au raportat consum de alimente atunci când nu erau înfometați, comparativ cu 37% pentru grupul unu, 92% pentru grupul doi și 29% pentru grupul patru. Acesta era singurul factor distinctiv al acestui grup comparativ cu celelalte.

Grupul patru cuprindea persoane care erau obeze din copilărie. Acest grup a avut cel mai mare indice de masă corporală (IMC) la vârsta de 18 ani, cu o medie de 32, comparativ cu o medie de aproximativ 25 pentru celelalte trei grupuri. Acest grup a avut, de asemenea, cel mai mare IMC înainte de chirurgie, în medie de 58, comparativ cu aproximativ 45 pentru celelalte trei grupe.

În general, în cei trei ani care au urmat procedurii bariatrice, bărbații au pierdut în medie 25% din greutatea dinainte de operație, iar femeile au pierdut în medie 30%. Echipa de cercetători a descoperit că pacienții din grupele doi și trei au beneficiat cel mai mult de intervențiile chirurgicale bariatrice. Bărbații și femeile cu tulburări de comportament alimentar au pierdut cel mai mult, cu o medie de 28,5% și, respectiv, 33,3% din greutatea pre-chirurgicală.

Concluzia acestui studiu este că înțelegerea caracteristicilor foarte diferite ale subgrupurilor de pacienți obezi ar putea să reprezinte cheia pentru elaborarea unor tratamente și intervenții mai eficiente, iar obezitatea care apare în copilărie aduce probleme suplimentare de tratament.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după:

Treating obesity: One size does not fit all – <https://www.science-daily.com/releases/2018/11/181113080923.htm>

<https://www.premierphysiciannet.com/Health-and-Wellness/Health-Topics/Childhood-Obesity/#ContactUs-tab>

foto 1 - <https://hoagmedicalgroup.com/articles/childhood-obesity-complications/>

foto 2 - <http://www.surgerync.com/2015/06/new-study-on-obesity-do-you-fall-into-one-of-these-categories/>

Educația Medicală Continuă (EMC), obligație și, în același timp, un drept al membrilor OAMGMAMR.



Opinia consilierului juridic OAMGMAMR
filiala București - Bobic Alin Victor

Motto: "Învățat e omul care se învață
neconținut și învață neconținut și pe
alții" - Nicolae Iorga

Când vine vorba despre clasicul „EMC”, asistentul medical este tentat să privească această formă de educație profesională continuă doar ca pe o activitate consumatoare de timp și resurse.

Realitatea este cu totul alta, și, chiar dacă participarea la cursuri, conferințe și alte tipuri de manifestări creditate poate fi uneori costisitoare și consumatoare de timp, trebuie înțeles faptul că experiența profesională nu este suficientă pentru o carieră de suc-

ces și că este nevoie de o pregătire continuă, pentru a putea progresa profesional.

În profesia de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, educația profesională continuă este, pe lângă o cerință legală obligatorie pentru desfășurarea activității profesionale, și o nevoie fundamentală a societății moderne, determinată de multitudinea și varietatea informațiilor, dar mai ales de progresul și evoluția științei, tehnicii și tehnologiei în domeniul medical.

Conform actului legislativ care reprezintă baza legală a profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical - OUG 144/2008 - se instituie un cadru general al obligației și, totodată, al dreptului asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali de a efectua educație continuă, în vederea creșterii gradului de competență profesională.

După cum se poate observa, educația continuă reprezintă, pe lângă obligația instituită prin art. 46 alin. (1) lit k) din OUG 144/2008, și un drept fundamental al membrului OAMGMAMR, conform art. 45 lit. e) din același act normativ.

Importanța dată de legiuitor educației medicale continue a asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical, prin instituirea ei ca obligație și drept, în același timp, impune atât OAMGMAMR cât și membrilor acestuia, să acorde o deosebită atenție educației profesionale și să o trateze cu maximă seriozitate.

Rolul principal al educației continue a asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical, conform alin. (2) al art. 46 (OUG 144/2008), este creșterea gradului lor de pregătire profesională. În subsidiar, educația continuă are drept scop și desfășurarea activității profesionale cu încredere în cunoștințele și abilitățile proprii, la standarde ridicate și în ton cu evoluția tehnică și tehnologică, la cel mai înalt nivel de pregătire profesională.

În scopul îndeplinirii obligațiilor sale legale privind educația continuă, OAMGMAMR a elaborat norme de acreditare a furnizorilor de EMC și norme de creditare a formelor de EMC prin care au fost

definite formele de educație medicală continuă care pot fi creditate și s-a stabilit un minim de credite necesare anual pentru fiecare membru.

Prin aceste activități de creditare a formelor de EMC, acreditarea furnizorilor de cursuri, inițierea și promovarea formelor de educație continuă, se oferă dreptul membrilor noștri de a beneficia de programe de perfecționare și de educație continuă, conform art 45 lit. e) din OUG 144/2008.

Numărul minim de credite EMC pe care trebuie să le realizeze un membru al OAMGMAMR este de 30 pe an. Totalizarea numărului de credite obținute se face la sfârșitul fiecărui an, când asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical trebuie să facă dovadă că a acumulat numărul de credite stabilit de Consiliul Național al OAMGMAMR, respectiv, 30.

Prin organizarea de cursuri, școli de vară, conferințe și prin crearea de posibilități de efectuare a cursurilor la distanță, on-line, prin EduAsistent, portal de educație medicală continuă, OAMGMAMR filiala București și-a îndeplinit obligația de a crea oportunități de educație continuă pentru membrii săi.

Rămâne ca membrii OAMGMAMR filiala București să-și onoreze obligația privind educația continuă și să urmeze formele de educație continuă puse la dispoziție, în vederea creșterii gradului de pregătire profesională și a menținerii activităților profesionale la un nivel ridicat.

De asemenea, este util și chiar necesar un feedback al membrilor noștri privind cursurile la care au participat, precum și privind cursurile la care-și doresc să participe, subiectele care prezintă interes sau dificultățile profesionale pe care le-au întâlnit în practică.

Concluzionând, orice profesionist are nevoie de educație continuă pentru a progresa.

Chiar și noi, personalul și reprezentanții OAMGMAMR filiala Municipiului București, avem nevoie de feedback-ul dumneavoastră,

pentru a învăța cum să venim mai bine în întâmpinarea nevoilor de formare profesională pe care le aveți și a putea, astfel, să progreseăm împreună.



Am intrat în era post-antibiotice?

În august 2016, în Statele Unite ale Americii, o femeie a fost diagnosticată cu o infecție, după o operație la șold. După ce i-au făcut testul susceptibilității antimicrobiene, medicii din Reno, Nevada, au descoperit că infecția era rezistentă la toate cele 26 de antibiotice cunoscute. Femeia a murit, apoi, din cauza șocului septic. Acesta a fost primul caz înregistrat oficial în SUA al unei bacterii rezistente la toate medicamentele antimicrobiene.

Societatea Americană a Bolilor Infecțioase estimează că în spi-

talele din SUA sunt mai multe decese cauzate de infecția cu *Staphylococcus aureus* rezistent la metilicilină (MRSA) decât de SIDA și tuberculoză combinate. Alte bacterii deosebit de rezistente la multiple medicamente, precum *Enterococcus faecium*, rezistent la vancomicina, și *Pseudomonas aeruginosa*, rezistent la fluorochinolon, cauzează și ele un număr mare de decese.

După 60 de ani de folosire, eficacitatea antibioticelor împotriva infecțiilor a început să scadă progresiv. Dezvoltarea de noi medicamente antimicrobiene, inclusiv antibiotice, este acum mai încheată decât apariția și răspândirea tulpinilor rezistente. În ultimele trei decenii, au fost introduse pe piață doar două antibiotice din clase cu adevărat noi (linezolid și daptomicină).

Era modernă a antibioticelor a început cu descoperirea penicilinei de către Sir Alexander Fleming în 1928. Iar, din anii 1940, când penicilina a început să fie administrată pe scară largă pentru a trata infecțiile, antibioticele au transformat medicina modernă și au salvat milioane de vieți (de exemplu, introducerea penicilinei a crescut șansele de supraviețuire de la 25% la 85%).

Penicilina a fost deosebit de eficace în controlarea infecțiilor bacteriene printre soldații combatanți în Al Doilea Război Mondial. Totuși, în anii 1950, rezistența la penicilină devenise deja o problemă clinică importantă. Din fericire, curând după aceea, noi clase de antibiotice au fost descoperite și folosite, reinstaurând încrederea în forța antibioticelor.

Medicina modernă este încă fundamentată pe eficacitatea antibioticelor. Ele nu numai că au salvat vieți în cazul infecțiilor (contribuind la creșterea speranței de viață la nivel global), dar au jucat un rol esențial în atingerea unor progrese majore ale medicinei, în general. De exemplu, ele previn cu succes sau tratează infecții în cazul pacienților sub chimioterapie sau supuși unor operații complexe precum cele de transplant de organe sau chirurgie cardiacă.

Din păcate, până în prezent, bacteriile au dezvoltat rezistență la aproape toate antibioticele existente. Vancomicina a fost introdusă

În practica clinică în 1972, pentru a rezolva problema rezistenței la meticilină a *Staphylococcus aureus* și a stafilococilor coagulazo-negativi. Se credea că este deosebit de dificilă inducerea rezistenței la vancomicină într-un context clinic. Și totuși, cazuri de rezistență la vancomicină au fost raportate în cazul stafilococilor coagulazo-negativi în anii 1979 și 1983. De la sfârșitul anilor 1960 și până la începutul anilor 1980, industria farmaceutică a introdus multe antibiotice noi pentru a rezolva problema rezistenței, dar apoi, după anii 1980, din ce în ce mai puține antibiotice au fost lansate pe piață. Ca urmare, începând cu anii 2010, la 60-70 de ani după ce pacienții au început să fie tratați cu antibiotice, infecțiile bacteriene au devenit din nou o amenințare majoră.

Apariția acestei amenințări majore la adresa sănătății publice este atribuită abuzului de antibiotice și folosirii lor greșite, conform studiilor epidemiologice. Astfel, parte din aceste studii arată că 30% dintre antibioticele prescrise în SUA nu sunt necesare. În cazul bacteriilor, genele pot fi moștenite de la bacterii înrudite, dar nu numai, ele pot fi moștenite și de la bacterii neînrudite. Acest transfer orizontal de gene permite ca rezistența la antibiotice să fie transferată între clase diferite de bacterii. De asemenea, rezistența poate apărea spontan, prin mutații.

O altă cauză a rezistenței la antibiotice subliniată de specialiști este folosirea antibioticelor ca suplimente pentru creșterea animalelor. Se estimează, astfel, că 80% dintre antibioticele vândute în SUA sunt folosite în cazul animalelor, în primul rând pentru a le stimula creșterea și a preveni infecțiile. Bacteriile rezistente la medicamente care apar în organismul animalelor sunt apoi transferate oamenilor după consumul produselor din carne. Anumite antibiotice, precum tetraciclina și streptomicina, sunt folosite, în unele țări, și în creșterea pomilor fructiferi, care sunt stropiți cu aceste substanțe pe post de pesticide.

De asemenea, se crede și că produsele antibacteriene folosite pe scară largă ca spray dezinfectant sau pentru curățenie au contribuit la criza rezistenței antibacteriene, deoarece ele limitează dez-



Peptide atacând bacterii

voltarea imunității copiilor și adulților la antigenii din mediu.

O altă cauză a crizei actuale a rezistenței antimicrobiene este lipsa apariției unor noi antibiotice, pusă de mulți specialiști pe seama stimulenților financiari reduși ai industriei farmaceutice și a mediului complex de reglementare.

Ca urmare a acțiunii conjugate a tuturor acestor factori, rezistența la antibiotice, inițial o problemă a mediilor spitalicești asociate cu un număr mare al infecțiilor dobândite în spital de către pacienții în stare gravă sau cu condiții de imunosupresie, s-a extins acum în comunități, unde cauzează infecții severe dificil de diagnosticat și tratat.

Pe măsură ce etapa actuală a istoriei antibioticelor se apropie de sfârșit, cercetătorii încearcă să abordeze și alte piste în lupta împotriva bacteriilor, nu numai pe cea a antibioticelor.

Astfel, există speranțe în eficacitatea unor peptide sintetice pentru vindecarea rănilor infectate (aceste peptide lucrează pentru creșterea permeabilității membranei bacteriene).

De asemenea, nano-particulele care acționează împreună cu antibioticele standard par a fi o altă soluție promițătoare. Odată ce sunt activate de lumină, nano-particulele eliberează un super-oxid, făcând bacteria susceptibilă la antibioticele la care era rezistență înainte. Alte speranțe vin de la echipa de biologi condusă de Bernhard Krismerand, care a descoperit, în nasul uman, o bacterie atât de puternică, încât poate omorâ chiar și tulpinile rezistente la antibiotice ale *Staphylococcus aureus*.

Oricum, dincolo de aceste potențiale soluții, specialiștii sunt unanimi – actuala criză a rezistenței la antibiotice cere eforturi coordonate pentru implementarea unor politici noi și reînnoirea programelor de cercetare pentru descoperirea urgentă de noi substanțe antibacteriene, mai ales pentru combaterea acelor bacterii clasificate drept cele mai periculoase, deja responsabile pentru producerea unor pierderi semnificative pentru sistemele de sănătate, pentru pacienți și pentru familiile lor.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614743/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378521/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440905002730>

<https://www.researchgate.net/blog/post/research-in-the-post-antibiotic-era>

<https://www.cdc.gov/media/dpk/antibiotic-resistance/antibiotics-week-2016/dpk-antibiotics-week-2016.html>

<https://www.reactgroup.org/uploads/publications/presentations/opening-session-otto-cars.pdf>

Foto 1: <https://www.reactgroup.org/uploads/publications/presentations/opening-session-otto-cars.pdf>

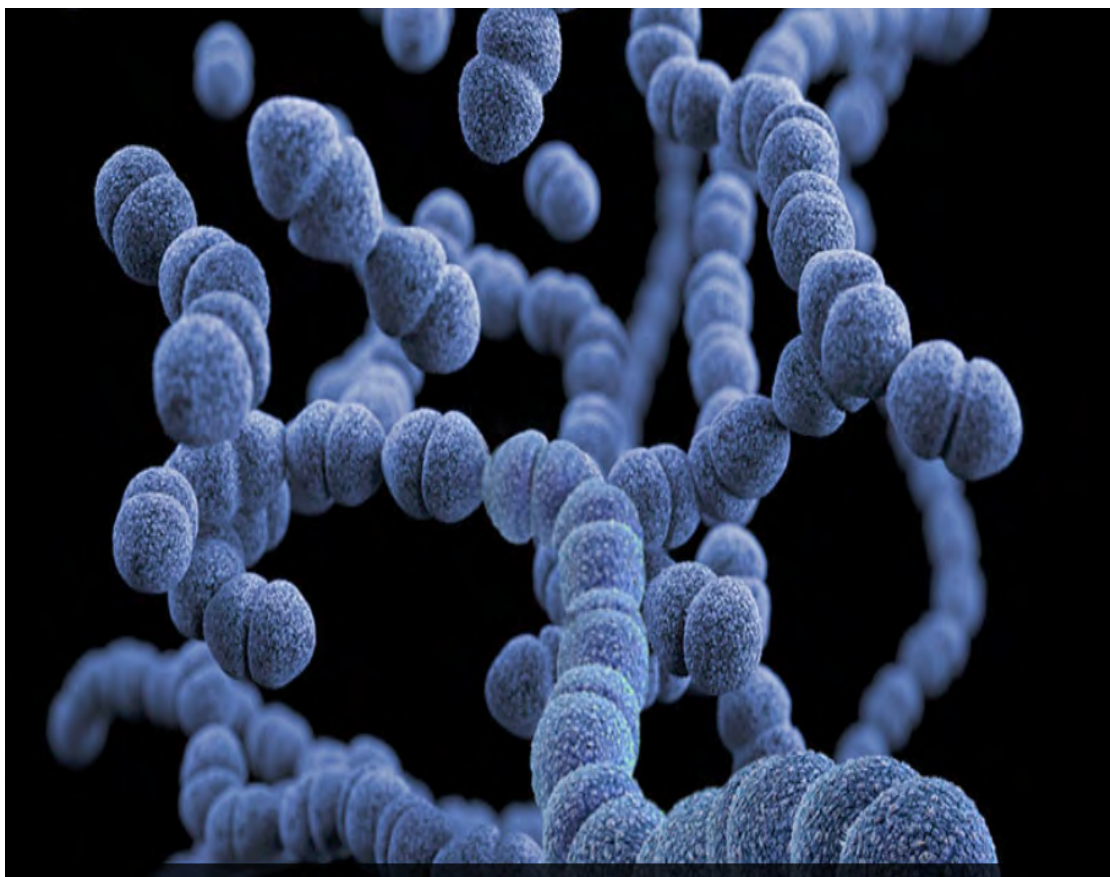
Foto 2: <https://www.diamond.ac.uk/Science/Research/Highlights/2018/peptide-antibiotics.html>

Cercetarea medicală înregistrează progrese majore în înțelegerea infecțiilor pneumococice

Publicate în 2018, în revista *Nature Microbiology*, rezultatele unui studiu desfășurat de Institutul Karolinska din Suedia, în colaborare cu o echipă de cercetători de la Institutul pentru infecții și sănătate globală de la University of Liverpool din Marea Britanie și cu asistența unei facilități medicale din Uppsala (Science for Life Laboratory Mass Spectrometry Based Proteomics) aduc speranțe pentru dezvoltarea unor noi strategii de combatere a infecțiilor pneumococice. Această opinie unanimă a cercetătorilor se bazează pe înțelegerea mai bună a mecanismului prin care pneumococii cauzează boli, ceea ce ar putea explica și consecințele pe termen lung ale infecțiilor pneumococice, precum bolile de inimă.

Pneumococii pot fi găsiți în flora normală a persoanelor sănătoase, aceste bacterii fiind, de obicei, inofensive. În același timp, infecțiile pneumococice duc la circa 2 milioane de decese anual. Pneumococii sunt cea mai comună cauză a infecțiilor tractului respirator, precum otitele și sinuzitele, dar și a infecțiilor severe, precum pneumonia și meningita.

Cercetătorii care au condus studiul menționat anterior și-au pro-



Ilustrare a streptococului pneumoniei (<https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/photos.html>)

pus să înțeleagă de ce bacteria cauzează doar câteodată boli.

În acest scop, ei s-au axat pe studierea toxinei pneumolizină, produsă de pneumococ, cea care duce la producerea de efecte patologice.

Astfel, pneumolizina poate interacționa cu un receptor special - MRC-1 – care se găsește în anumite celule imune și, în timpul acestei interacțiuni, declanșează un răspuns anti-inflamator. Odată ce se află în interiorul celulelor imunitare, bacteria se poate feri de alte atacuri și poate chiar crește pentru a duce la apariția pneumoniei.

Până la acest studiu, se credea că pneumolizina produce doar un răspuns pro-inflamator. Studiul a implicat atât celule de șoarece de laborator, cât și umane. Când cercetătorii au studiat șoarecii de laborator care nu aveau receptorul MRC-1, ei au observat că aceștia prezentau un număr mai mic de pneumococi în tractul res-

pirator superior.

În cazul infecțiilor cele mai severe, precum meningita, ca și în cazul infecțiilor tractului respirator, pneumococii găsesc o modalitate de a depăși bariera formată de vasele de sânge care vascularizează sistemul nervos central. Conform cercetărilor suedeze, anumiți pneumococi sferici mai mici și care prezintă pili reușesc să depășească această barieră sanguină și să ducă la infectarea țesutului cerebral cu ajutorul unei proteine numite RrgA.

Cercetătorii cred că aceste descoperiri pot fi importante pentru dezvoltarea unor noi tratamente și vaccinuri împotriva infecțiilor pneumococice, de la cele ale tractului respirator, la cele ale creierului, precum meningita.

Deși vaccinurile disponibile acum pot preveni majoritatea deceselor pe care le-ar putea cauza pneumonia în rândul copiilor, este nevoie de cercetări noi pentru a defini cauza celorlalte cazuri și pentru a dezvolta, testa și lansa pe piață noi vaccinuri pentru acești patogeni mai puternici. Unul dintre aceste vaccinuri salvatoare ar putea fi vaccinul pneumococic conjugat, care folosește drept element conjugat proteina D a *H. influenzae* și care urmărește să protejeze împotriva pneumoniilor pneumococice și a celor date de *H. influenzae*.

Alți factori patogeni împotriva cărora sunt în proces de dezvoltare vaccinuri includ și virusul respirator sincitial, care este cel mai comun patogen viral (25-35%) identificat la copiii cu pneumonie și bronșiolită. În plus, vaccinuri îmbunătățite împotriva tuberculozei pulmonare pot contribui și ele la controlul epidemiilor de pneumonie pediatrică.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), deși vaccinurile acoperă doar anumiți patogeni și anumite serotipuri selectate ale patogenilor țintiți, imunizarea are și alte câteva avantaje care o fac un instrument deosebit de eficace pentru controlul îmbolnăvirilor. Imunizarea conferă o protecție de durată, se poate administra rapid unor grupuri largi și poate fi oferită relativ ușor și unor grupuri

de populație care pot fi altfel greu de atins prin servicii curative de sănătate. Astfel, vaccinurile pot atinge rapid o proporție înaltă a populației și pot duce la scăderea rapidă a ratei îmbolnăvirilor.

Ce se poate aștepta în anii următori? Vaccinurile existente deja și unele care se vor descoperi între timp vor continua să fie o parte importantă a fiecărui program de control al pneumoniei la copii. OMS recomandă introducerea acestor vaccinuri, odată dovedite eficiente, în programele naționale. Mulțumită creșterii finanțării multora dintre țările în curs de dezvoltare pentru astfel de programe, un obstacol major pentru folosirea unor noi vaccinuri se poate considera depășit, ceea ce face ca extinderea vaccinării anti-pneumonie în aceste țări să devină mai accesibilă.

În ciuda acestor progrese, mai sunt multe de făcut, atrage atenția OMS. Prevenirea pneumoniei trebuie să devină o prioritate la nivel național, iar sistemele de asistență primară trebuie întărite pentru a se asigura că vaccinurile ajung la toți copiii.

În același timp, cercetarea trebuie să continue pentru a ne asigura că apar noi vaccinuri sau noi tehnologii care să ne ajute să facem față bacteriilor și virusurilor.

De asemenea, este nevoie și de extinderea sistemelor de monitorizare a eficacității vaccinurilor, precum și de îmbunătățirea capacității de adaptare a programelor de vaccinare pentru a răspunde schimbărilor survenite pe parcurs.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Documentare, traducere si adaptare după:

<https://ki.se/en/news/how-pneumococci-challenge-our-immune-system>

<https://www.sciencedaily.com/releases/2016/06/160629100216.htm>

<https://www.sciencedaily.com/releases/2018/11/181112131644.htm>

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-044503/en/>

<https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/diagnosis-treatment.html>

Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor

Autor: Jaroslav Kiss,

Editura Medicală, 2018



O lucrare care se adresează, în mod direct, asistenților medicali care activează în domeniul fizioterapiei.

Acestora le sunt prezentate concepte fundamentale din medicina fizică, pentru o mai bună înțelegere a proceselor terapeutice și de recuperare în cazul celor mai întâlnite afecțiuni ale aparatului locomotor.

Dintre aceste concepte se remarcă investigațiile paraclinice necesare diagnosticării și stabilirii eficacității terapeutico-recuperatorii sau mijloacele terapeutice specifice fizio-kineto terapiei.

Autorul pune în evidență, de asemenea, rolul asistentului medical de recuperare în diversele faze ale afecțiunilor locomotorii.

Cartea mea de diabet

Autor: Dr. Mirela Culman,
Editura Medicală, 2018

O lucrare deosebit de utilă atât pentru cadrele medicale, cât și pentru publicul larg.

Alături de informații medicale de actualitate, autoarea aduce, într-un mod accesibil, și informații despre cum să înțelegem mai bine această boală în contextul alegerilor legate de stilul nostru de viață sau despre noțiunile de bază ale managementului diabetului din punctul de vedere al pacientului.



Dicționar de termeni pentru asistenții medicali și învățământul postliceal sanitar

Actualizat de: Dr. Mariana Minea, Lucreția Titircă,

Editura Cartea Medicală, 2018



Varianta actualizată a Dicționarului rămâne o lucrare fundamentală pentru învățământul postliceal sanitar și pentru asistenții medicali.

Obiectivele principale ale volumului sunt atât reîmprospătarea cunoștințelor cadrelor medii, cât și întărirea statutului profesional al acestora drept membri de bază ai echipei medicale, colaboratori bine pregătiți ai medicilor și ai celorlalți profesioniști din echipă.

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.