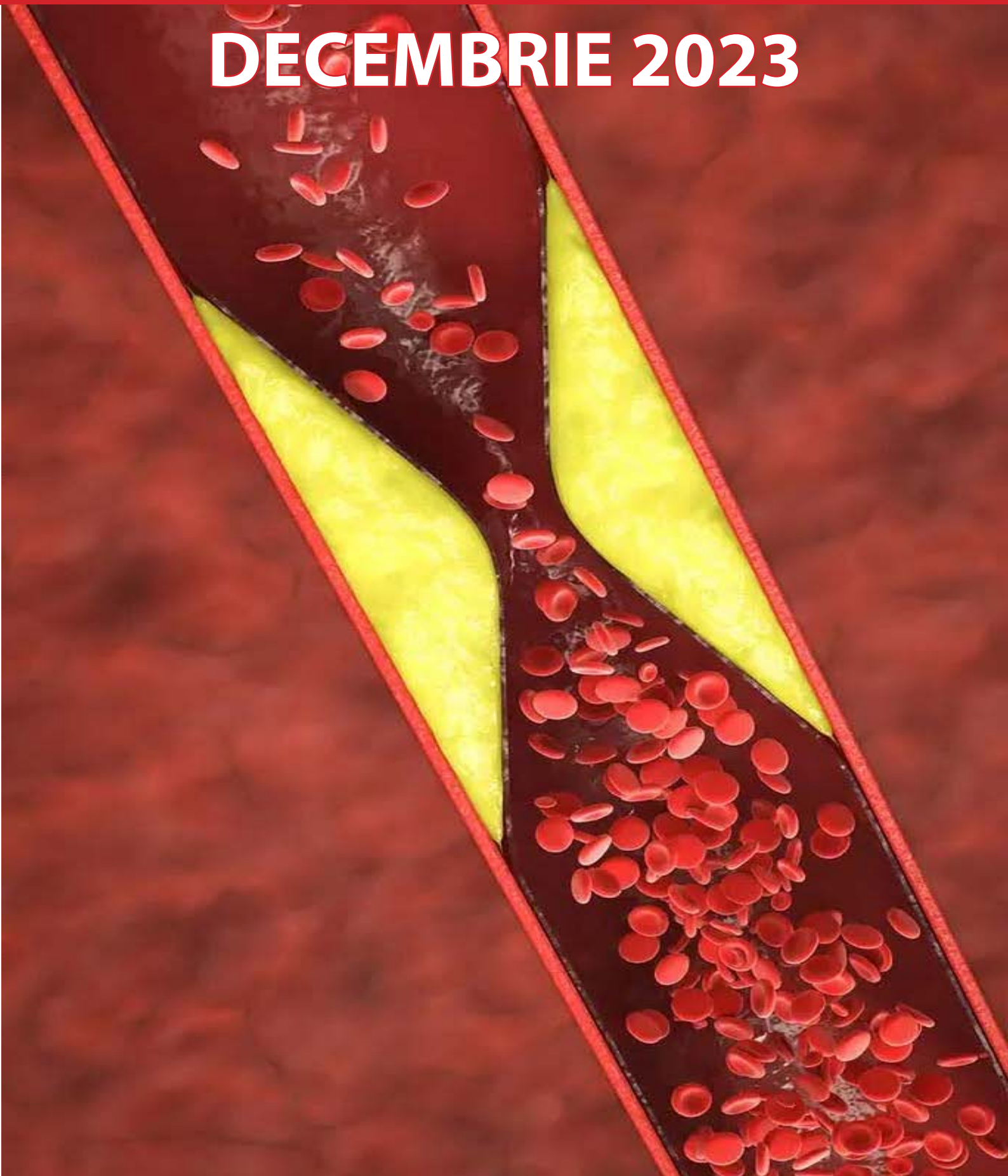


eAsistent.ro

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

DECEMBRIE 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

În anotimpul rece este important să avem și mai multă grijă de sănătatea noastră 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Cum gestionăm acum Boala Alzheimer? 7

EVENIMENT

Ziua internațională de pregătire în caz de epidemii - 27 decembrie 17

INTERVIU

Cele mai frecvente mituri despre colesterol 20

ISTORIE

Istoria psihiatriei pediatrice – episodul 2 27

LUMEA MEDICALĂ

Semnele diabetului de tip 2, importanța diagnosticării timpurii și principalele opțiuni terapeutice ..35

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică 42

CĂRȚI MEDICALE

Revoluția glucozei. Echilibrarea glicemiei poate să-ți schimbe viața, de Jessie Inchauspe, Ed. Publica, 2022 54

Marele dicționar al bolilor și afecțiunilor. Cauzele subtile ale îmbolnăvirii, Ediția a IV-a de Jacques Martel, Ed. Ascendent, 2023 56

Respirația. O nouă știință a unei arte pierdute, de James Nestor, Ed. Lifestyle Publishing, 2021 58

ECHIPA EDITORIALĂ 59

Foto copertă: OAMGMAMR filiala București



În anotimpul rece este important să avem și mai multă grijă de sănătatea noastră

Suntem deja în prima lună de iarnă și temperaturile au scăzut, iar zilele au devenit mai scurte. Ca efect, în general, avem tendința de a reduce activitatea fizică, de a petrece mai mult timp în inte-

rior, de a consuma mai multe alimente bogate în calorii și mai puține fructe și legume proaspete. Iar toate aceste comportamente pot contribui nu doar la creșterea greutateii corporale, ci și la creșterea tensiunii arteriale.

Pe de altă parte, când corpul este expus la frig, vasele de sânge periferice tind să se contracte, pentru a menține temperatura corpului, presiunea arterială și a asigura sângele și oxigenul necesar organelor. Pe de altă parte, constricția vaselor de sânge poate avea un efect secundar asupra tensiunii arteriale. Deși răspunsul natural al organismului este, în general, favorabil pentru că ne asigură protecția împotriva frigului și circulația sangvină esențială pentru organism, el poate avea un efect negativ pentru persoanele cu hipertensiune.

Un alt element îngrijorător pentru sănătatea noastră iarna este și scăderea nivelului de vitamina D, pentru că expunerea noastră la principala sursă de vitamina D, soarele, este mult limitată. Iar lipsa vitaminei D are implicații semnificative asupra sănătății cardiovasculare, inclusiv pentru că produce o perturbare a echilibrului tensiunii arteriale.

Un studiu publicat¹ recent vorbește despre creșterea cu până la 1.7 mm Hg a tensiunii, în special a celei sistolice (cea superioară) în lunile de iarnă față de lunile de vară.

Ce implicații poate avea acest lucru?

În primul rând este foarte important ca fiecare dintre noi, mai ales cei care se știu cu probleme de hipertensiune, să ne monitorizăm tensiunea arterială în mod regulat, pe perioada sezonului rece. Dacă o facem zilnic câteva zile la rând, cu timpul ne va deveni o simplă obișnuință.

Apoi, este bine să ne menținem un stil de viață care să ne protejeze sănătatea, cu multă mișcare, pe cât posibil în aer curat, bazat pe o alimentație echilibrată care să conțină cât mai multe legume verzi și, dacă medicul ne recomandă, un aport suplimentar de vitamina D.

1 Cold weather may pose challenges to treating high blood pressure | American Heart Association (<https://newsroom.heart.org/news/cold-weather-may-pose-challenges-to-treating-high-blood-pressure>)

Atât mișcarea, cât și exercițiile fizice, ajută la eliberarea de substanțe care dilată vasele de sânge și reduc presiunea arterială.

Tot în cazul persoanelor hipertensive se recomandă, dacă iau tratament, să o facă cu regularitate, conform prescripției medicului, să limiteze consumul de sare din alimentație și să fie atente la greutatea corporală.

În general, dar mai ales pentru persoanele în vârstă este important să ne îmbrăcăm corespunzător temperaturilor exterioare, pentru a evita efectele negative ale frigului asupra propriei sănătăți.

Dincolo de aceste gânduri de grijă pentru sănătate, vă încurajez să alocați timp și să citiți articolele lunii decembrie, care prezintă o serie de teme de actualitate, și vă trimit, ca de obicei în preajma sărbătorilor de iarnă, cele mai bune gânduri, un an nou cu sănătate și multe împliniri pe plan personal și profesional!



Sărbători fericite, La Mulți Ani!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Cum gestionăm acum Boala Alzheimer?

Timp aprox. de lectură: 10 minute



Una din opt persoane de 65 de ani și peste această vârstă suferă de această formă devastatoare de demență. Alzheimer este cea mai frecventă cauză de demență, a șaptea cauză de deces la nivel mondial și o sursă de suferință pentru zeci de milioane de persoane care trăiesc cu această boală sau care îngrijesc aceste persoane.

Mult timp boala Alzheimer a fost considerată nu doar incurabilă, ci și netratabilă. Este degenerativă, progresând de la "deficiență cognitivă ușoară" la pierderi grave de memorie și, în cele din urmă, la neputință totală. Riscurile de a o dezvolta cresc odată cu vârsta. Specialiștii se așteaptă ca, pe măsură ce tot mai mulți dintre noi vor trăi mai mult, boala să fie și mai răspândită.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că, până în 2050, peste 150 de milioane de persoane din întreaga lume vor trăi cu demență.

În acest context, este esențial ca societatea să fie bine echipată pentru a face față acestei situații. Și suntem mult mai bine echipați pen-



tru a face față acestei afecțiuni grave decât acum 10 ani.

De ce credem că acum suntem mai bine pregătiți pentru a face față acestei afecțiuni grave?

1. Întâi de toate, știm să recunoaștem semnele mai devreme

La începutul bolii Alzheimer, amintirile pe termen lung rămân de obicei intacte, în timp ce amintirile pe termen scurt devin vagi. Persoana iubită poate uita conversațiile pe care le-ați avut. Este posibil să repete întrebări la care a primit deja un răspuns. Boala perturbă, de asemenea, vorbirea, astfel încât s-ar putea să se străduiască să își amintească cuvinte comune.

Pe lângă pierderea memoriei, Alzheimer poate provoca confuzie și schimbări de comportament. Persoana iubită se poate pierde în locuri familiare. Schimbările de dispoziție și scăpările de judecată sunt, de asemenea, frecvente, la fel ca și igiena precară. Persoanele care erau cândva elegante pot începe să poarte haine pătate și să uite să se spele pe cap.

2. Apoi, înțelegem mai bine ce se întâmplă cu creierul

Boala Alzheimer provoacă moartea celulelor nervoase și pierderea de

țesut în tot creierul. Pe măsură ce boala se agravează, țesutul cerebral se micșorează, iar zonele care conțin lichid cefalorahidian devin mai mari. Țesutul bolnav de Alzheimer are mult mai puține celule nervoase și sinapse decât un țesut sănătos. Plăcile se formează atunci când bucăți de proteine numite beta-amiloid se aglomerează. Beta-amiloidul provine dintr-o proteină mai mare care se găsește în membrana grasă care înconjoară celulele nervoase. Acesta este "lipicios" din punct de vedere chimic și se acumulează treptat în plăci.

Cea mai dăunătoare formă de beta-amiloid poate fi reprezentată de grupuri de câteva bucăți, mai degrabă decât de plăcile în sine. Micile aglomerări pot bloca semnalizarea de la celulă la celulă la nivelul sinapselor. De asemenea, ele pot activa celulele sistemului imunitar care declanșează inflamații și devorează celulele dezactivate.

3. În plus, au fost dezvoltate ghiduri pentru îngrijitori, membri ai familiei sau nu, care îi echipează pe aceștia să gestioneze mai eficient pacientul și pe ei înșiși pentru a evita epuizarea.

Unele dintre **sfaturile cheie pentru îngrijirea pacientului** din acest set sunt:

Siguranța înainte de toate: Există un risc de siguranță imediat pentru persoana cu demență dacă îndeplinește singură o anumită sarcină? Dacă nu există niciun risc imediat de rănire sau de vătămare, încurajați-o și continuați să o supravegheați, dacă este necesar.

Evitați stresul: Acordați prioritate sarcinilor sau acțiunilor care nu provoacă un stres inutil pentru persoana cu demență. De exemplu, dacă știți că mersul la cumpărături va fi frustrant pentru persoana cu demență, solicitați-i participarea pentru a contura un meniu săptămânal și a organiza o listă de cumpărături.

Faceți o presupunere pozitivă: Presupuneți că persoana cu demență

este capabilă să îndeplinească sarcina. Dacă simțiți frustrare, încercați să identificați cauza frustrării înainte de a interveni. Concentrați-vă pe nevoile sale actuale, mai degrabă decât să vă gândiți la viitor.

Creați un semnal de ajutor: Identificați un indiciu sau o frază pe care o puteți folosi pentru a confirma dacă persoana cu demență se simte confortabil să primească sprijin. De exemplu, puteți fi de acord să folosiți o frază de genul: "Pot să vă ajut cu ceva?" sau un semn din cap pentru a semnala că este în regulă să interveniți dacă persoana cu demență are dificultăți în a-și aminti un cuvânt sau un nume.

Vorbiți despre asta: Cel mai bun mod de a determina cum și când să oferiți sprijin este să întrebați direct. Întrebați persoana cu demență de ce are nevoie sau care sunt frustrările pe care le resimte. Discutați despre asta, apoi faceți un plan. Cât timp pacientul este încă în măsură să ia decizii importante, discutați cu un avocat despre redactarea unor documente. Acestea sunt documente juridice care precizează ce își dorește în ceea ce privește tratamentele medicale și îngrijirea la sfârșitul vieții. Acestea ar trebui să numească pe cineva care să ia decizii privind îngrijirea sănătății și să gestioneze finanțele în numele lor. Acest lucru va ajuta la evitarea confuziei mai târziu, în cazul în care nu mai sunt în măsură să își exprime dorințele.

Să lucrăm mai bine împreună: Găsiți activități pe care să le faceți împreună și discutați în continuare despre așteptările privind modul în care veți oferi sprijin. Verificați în mod regulat, întrebând persoana cu demență dacă îi oferiți un nivel de asistență care este confortabil sau adecvat.

Ajutați-i să facă exerciții fizice: Chiar dacă persoana iubită poate avea dificultăți fizice în a se mișca, ea poate face exerciții fizice. Cheia este să fiți creativi. Luați un scaun, de exemplu. O persoană poate face tot felul de exerciții în timp ce stă jos. Își poate încrucișa brațele și își poate răsuci partea superioară a corpului. Pot face ridicări ale brațelor și întinderi ale picioarelor. Și pot împinge împotriva scaunului cu mâinile. Unora le place să lovească aerul în ritmul melodiei preferate, de asemenea.

Pe măsură ce boala avansează, nevoile persoanei care trăiește cu Alzheimer se vor schimba și se vor accentua. De obicei, o persoană cu Alzheimer în stadiu avansat: are dificultăți în a mânca și a înghiți; are nevoie de asistență la mers și, în cele din urmă, nu mai poate merge; are nevoie de ajutor cu normă întreagă pentru îngrijirea personală; este vulnerabilă la infecții, în special la pneumonie. În timpul stadiilor târzii, rolul de îngrijitor se concentrează pe păstrarea calității vieții și a demnității.

Deși o persoană aflată în stadiul tardiv al bolii Alzheimer își pierde de obicei capacitatea de a vorbi și de a-și exprima nevoile, cercetările ne spun că un nucleu al sinelui persoanei poate rămâne. Acest lucru înseamnă că este posibil să puteți continua să vă conectați pe tot parcursul stadiului tardiv al bolii. În acest moment al bolii, lumea este experimentată în primul rând prin intermediul simțurilor. Vă puteți exprima afecțiunea prin atingere, sunet, vedere, gust și miros.

Pentru evitarea burnout-ului ca îngrijitor puteți:

Ține un jurnal. V-ați simțit vreodată trist, dar nu puteți găsi sursa acestui sentiment? Sau poate că ați fost exasperat de frustrare, fără nicio ieșire pentru a vă descărca? S-a constatat că jurnalul are efecte deosebite asupra bunăstării mentale și emoționale. Actul de a vă scrie gândurile vă forțează creierul să vă proceseze sentimentele și frustrările pe măsură ce le articulați pe hârtie. Iar procesul are un efect de liniștire.

Permiteți-vă să simțiți emoții negative. Nu fiecare zi de îngrijire va fi precum o plimbare în parc. Deși mulți îngrijitori se așteaptă ca prezența lor să aibă întotdeauna un impact pozitiv asupra sănătății persoanei îngrijite, pur și simplu nu poate fi cazul în fiecare zi. Iar atunci când persoana îngrijită are o boală progresivă precum boala Alzheimer sau demența, trebuie să recunoașteți că aceasta este o așteptare nerealistă. În loc să vă înăbușiți sentimentele de furie, stres sau resentimente, ceea ce exacerbează epuizarea îngrijitorului, dați-

le drumul și învățați să vă canalizați sentimentele negative într-un mod sănătos.

Cunoașteți-vă limitele. Dacă faceți o verificare a realității din când în când, vă veți reaminti că este în regulă să întâmpinați eșecuri sau să vă simțiți epuizați de sarcinile dumneavoastră. Nu vă gândiți că doar pentru că sunteți ocupat să aveți grijă de altcineva înseamnă că nu vă puteți rezerva timp pentru dumneavoastră. Chiar dacă este vorba doar de o oră, o jumătate de oră sau 15 minute, oferiți-vă timp personal pentru a vă detensiona.

Căutați tipare. Ce anume din rolul de îngrijitor vă induce stresul, anxietatea sau depresia? Există ceva anume care se întâmplă zilnic și vă declanșează sentimentele negative? Știind ce declanșează sentimentele de epuizare a îngrijitorului vă oferă informații utile pentru a vă ajuta să preveniți apariția lor în viitor. Atunci când stabiliți ce vă induce sentimentele de epuizare a îngrijitorului, vă puteți pregăti - sau chiar evita - ca acestea să se mai producă.

Citiți o carte. Există o serie de cărți excelente pentru îngrijitori recomandate în grupurile de sprijin pentru a-i ajuta pe îngrijitori de-a lungul călătoriei de îngrijire. Aceste cărți oferă sfaturi extrem de necesare despre cum să păstrăm îngrijirea gestionabilă și plină de satisfacții.

Alăturați-vă unui grup de sprijin pentru îngrijitori. Grupurile de sprijin pentru îngrijitori oferă sprijin emoțional, informații, resurse și o platformă pentru îngrijitori pentru a împărtăși strategii și lecții învățate împreună cu alți îngrijitori.

4. Acum există tratamente care încetinesc progresia bolii.

Deși nu există niciun leac pentru Alzheimer și nicio modalitate de a încetini deteriorarea nervilor din creier, există medicamente care par să ajute la menținerea abilităților mentale și la încetinirea efectelor bolii.

În cadrul unui studiu lansat recent, la care au participat 1.736 de persoane care prezentau simptome timpurii ale bolii Alzheimer, s-a demonstrat că Donanemab a "încetinit semnificativ" progresia bolii - cu 35% după 76 de săptămâni, conform unei măsurători. Ca și cei doi predecesori ai săi, Donanemab este un anticorp a cărui țintă este beta-amiloidul.

Însă aceste medicamente au și mari dezavantaje, pe lângă costul lor ridicat. Unul dintre acestea este reprezentat de efectele secundare periculoase. Alt dezavantaj este faptul că aceste medicamentele funcționează doar pentru cei aflați în stadii incipiente ale bolii Alzheimer.

Provocarea diagnosticării timpurii a bolii - înainte ca oamenii să înceapă să prezinte simptome evidente - este și ea dificilă. Beta-amiloidul începe să formeze plăci în creier cu ani sau chiar decenii înainte de apariția simptomelor. Un test de sânge poate măsura nivelul proteinei, dar este costisitor și greu de obținut. Deocamdată, diagnosticarea se face în principal prin tomografie cu emisie de pozitroni, care necesită un echipament de spital scump - sau prin examinarea lichidului cefalorahidian extras printr-o tehnică complicată numită puncție lombară.

O veste încurajatoare a fost publicată în 2023. Ea a fost declanșată de observarea dificultății pacienților cu Alzheimer de a face diferența între amintiri similare, cum ar fi parcare în locuri diferite în fiecare zi și apoi să știe unde au parcat. Amintirile legate de lucruri pe care le fac des, cum ar fi mâncatul sau administrarea de medicamente, se încurcă în mintea lor. Capacitatea de a distinge între amintiri similare depinde de o mică fâșie de țesut cerebral numită girusul dentat.

Studiile pe șoareci au arătat că girusul dentat este una dintre puținele părți ale creierului care generează neuroni noi chiar și la vârsta adultă. Se crede că acești neuroni noi ajută la menținerea distincției între amintirile similare. Este mai puțin clar dacă se întâmplă ceva similar la oameni. Dar o serie de noi rezultate descrise în această săptămână la conferința Societății pentru Neuroștiință de la Washington

sugerează că s-ar putea întâmpla. Și dacă este așa, atunci încurajarea acestui proces ar putea oferi un nou tratament pentru boala Alzheimer.

Până în anii 1960, oamenii de știință credeau că creierul adult nu produce neuroni noi. Apoi, au început să apară dovezi că în creierul șobolanilor și șoarecilor adulți au apărut neuroni tineri, în special în bulbul olfactiv, care procesează mirosul, și în girusul dentat. Acești noi neuroni se dezvoltaseră din celule progenitoare neuronale, un tip de neuron nediferențiat asemănător unei celule stem, într-un proces pe care oamenii de știință îl numesc neurogeneză.

Și se pare că există o legătură, cel puțin la șoareci, între acești noi neuroni și boala Alzheimer. Șoarecii modificați genetic pentru a avea simptome asemănătoare cu cele ale bolii Alzheimer au, de asemenea, mai puțini neuroni tineri în creierul lor.

Două studii publicate în 2021 și 2022 au arătat că încurajarea neurogenezei ar putea îmbunătăți memoria la aceste animale. Iar o lucrare publicată în aprilie 2023 a constatat că stimularea neurogenezei a determinat, de asemenea, alte celule cunoscute sub numele de microglia să înceapă să curețe încurcăturile de proteine, numite plăci de beta-amiloid, care sunt caracteristice bolii Alzheimer.

Studiul neurogenezei la om este dificil. Scanerile RMN nu pot urmări creșterea neuronilor individuali. Oamenii de știință trebuie să preleveze mostre de țesut cerebral de la cadavre și fie să le coloreze cu substanțe chimice care se leagă numai de neuronii tineri, fie să măsoare genele care au fost exprimate în celulele creierului, pentru a căuta semnele distinctive ale tinereții.

Au fost publicate zeci de astfel de lucrări. Dar pentru fiecare dintre cele care au găsit dovezi de neurogeneză, o alta nu a reușit să facă acest lucru. Tabăra pro-neurogeneză crede că rezultatele nule se datorează țesutului cerebral de proastă calitate sau tehnicilor de conservare rudimentare. Cei care nu sunt de acord cu această idee susțin că, fie oamenii nu dezvoltă acești neuroni în girusul dentat, fie, dacă o fac,

sunt prea puțini pentru a fi utili.

Cercetarea prezentată în aprilie 2023 întărește argumentele în favoarea neurogenezei umane. Maura Boldrini de la Universitatea Columbia, María Llorens-Martín de la Universitatea din Madrid, Orly Lazarov de la Universitatea Illinois din Chicago și Hongjun Song de la Universitatea din Pennsylvania au prezentat dovezi ale existenței unor neuroni tineri în grilele dentate ale oamenilor - deși majoritatea rezultatelor lor nu au fost încă revizuite de colegi. Trei dintre acești cercetători au studiat, de asemenea, creierile unor persoane în vârstă sănătoase sau ale unor persoane cu boala Alzheimer. Rezultatele lor au sugerat că producția de presupuși noi neuroni încetinește odată cu vârsta și scade vertiginos în cazul bolii Alzheimer. Studiile anterioare efectuate de două dintre aceste grupuri au constatat, de asemenea, că pacienții cu Alzheimer care aveau mai mulți neuroni de acest tip aveau o memorie mai bună.

Dar, deși noile cercetări întăresc cazul neurogenezei umane, ele nu sunt încă definitive. Un grup de cercetători de la Universitatea Yale s-a întrebat dacă nu cumva tehnica de colorare folosită în unul dintre studii a marcat accidental alte celule cerebrale, cum ar fi astrociitele. Aceștia sunt, de asemenea, îngrijorați de faptul că studiile tind să găsească foarte puține celule progenitoare.

Pe de altă parte, unii producători de medicamente avansează deja cu studii clinice dezvoltate pe baza paradigmei neurogenezei umane. O astfel de companie din SUA a declarat că rezultatele unui studiu clinic timpuriu au sugerat că un nou medicament despre care firma susține că sporește neurogeneza la șoareci a îmbunătățit memoria la persoanele cu Alzheimer moderat. Dacă testele ulterioare se dovedesc la fel de încurajatoare, aceasta ar putea fi o dovadă în plus că teoria neurogenezei în cazul bolii Alzheimer ar putea avea într-adevăr ceva de spus.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.alz.org/help-support/caregiving>
2. Caregivers' Guide to Alzheimer's Disease (webmd.com)
3. Could newborn neurons reverse Alzheimer's? (<https://www.economist.com/science-and-technology/2023/11/15/could-new-born-neurons-reverse-alzheimers>)
4. <https://www.economist.com/science-and-technology/2023/07/18/a-new-treatment-for-alzheimers-offers-hope-but-raises-questions-too>
5. <https://www.wehelpcaregivers.com/news/7-strategies-to-avoid-caregiver-burnout/>
6. Sursa foto: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers/brain_tour_part_2



Un instrument mondial menit
să îmbunătățească prevenirea
unor viitoare pandemii,
pregătirea pentru acestea și
răspunsul la acestea

Ziua internațională de pregătire în caz de epidemii - 27 decembrie

Timp aprox. de lectură: 2 minute

Bolile infecțioase și marile epidemii au un impact devastator asupra vieții oamenilor, provocând victime și afectând dezvoltarea socială și economică pe termen lung, după cum a demonstrat recenta pandemie Covid-19.

Am trecut printr-o experiență care ne-a arătat cum crizele mondiale în domeniul sănătății amenință să copleșească sistemele de sănătate deja suprasolicitate, să perturbe lanțurile de aprovizionare la nivel



mondial și să provoace distrugeri disproporționate ale mijloacelor de trai ale oamenilor, resimțite cel mai puternic în rândul populațiilor vulnerabile și al economiilor țărilor cele mai sărace.

Dacă subiectul iese din atenția publică la nivel internațional, viitoarele epidemii ar putea depăși epidemiile anterioare din punct de vedere al intensității și gravității.

Iată de ce, cu prilejul Zilei internaționale de pregătire în caz de epidemii, merită amintite eforturile pe care Organizația Mondială a Sănătății (OMS) le face pentru a defini, negocia și semna, cu cele 194 de țări membre ale organizației, un acord care urmărește să îmbunătățească programele de prevenire a unor viitoare pandemii și pregătirea răspunsului la acestea la nivel mondial.

Ce urmărește de fapt acest acord este să asigure un angajament politic mondial, să definească procese și sarcini clare, să asigure sprijin pe termen lung din partea sectorului public și a celui privat la toate nivelurile și să promoveze o abordare care integrează ansamblul administrației unui stat și ansamblul societății, înglobând aspectele legate de sănătate în toate domeniile de politici relevante (precum cercetarea, inovarea, finanțarea, transporturile).

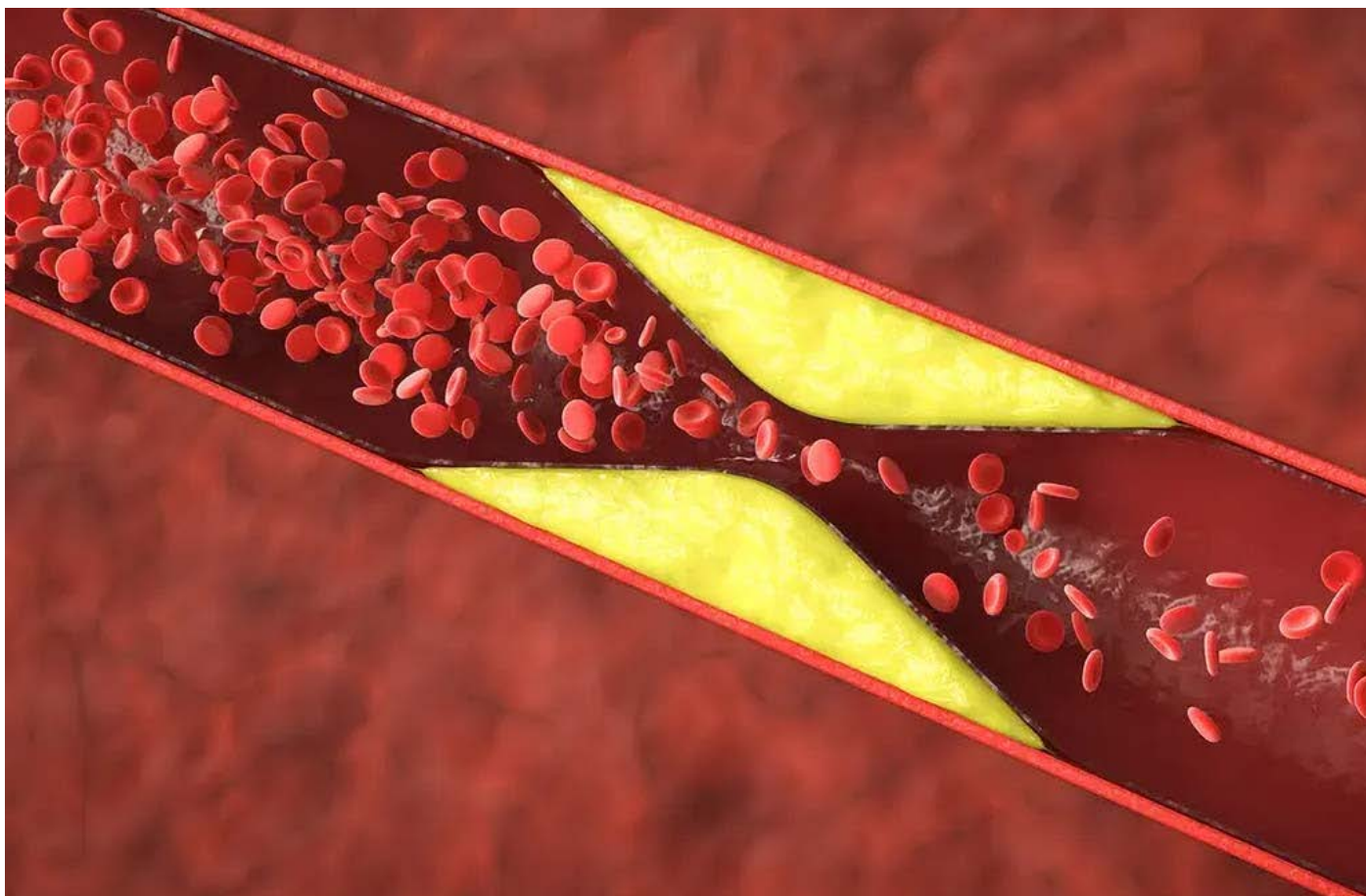
Beneficiile potențiale directe sunt reprezentate așadar și de asigurarea unui acces mai echitabil la mijloacele medicale de răspuns de înaltă calitate (de la vaccinuri, la terapii și metode de diagnosticare) și partajarea datelor de monitorizare, a datelor genetice, a eșantioanelor, a tehnologiilor și a beneficiilor asociate acestora, conducând la consolidarea rezilienței la diverse niveluri (naționale, regionale, mondiale) la viitoare pandemii și a capacităților de combatere a acestora.

Odată adoptat, instrumentul va fi obligatoriu din punct de vedere juridic și va avea ca fundament Constituția OMS.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. International Day of Epidemic Preparedness | United Nations (<https://www.un.org/en/observances/epidemic-preparedness-day>)
2. Un acord internațional privind prevenirea pandemiilor și pregătirea pentru acestea - Consilium (<https://www.consilium.europa.eu/ro/policies/coronavirus/pandemic-treaty/>)
3. Acordul global privind pandemiile pe scurt - Consilium (<https://www.consilium.europa.eu/ro/infographics/towards-an-international-treaty-on-pandemics/>) (inclusiv sursa ilustrațiilor)



Cele mai frecvente mituri despre colesterol

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Discuțiile despre colesterol din mediul online, în lipsa unor elemente de verificare, pot genera confuzie. De aceea, validarea unora dintre întrebările frecvente despre colesterolul din sânge folosind surse verificate poate fi utilă și, în final, poate contribui la

salvarea unor vieți.

Ce înseamnă, de fapt, cifrele legate colesterol? Pot alimentele pe care le consumăm să schimbe nivelul colesterolului?

Acest articol își propune să facă diferența dintre mit și realitate în ceea ce privește colesterolul.

În plus, el se vrea și un îndemn de a vă verifica periodic colesterolul, astfel încât să vă cunoașteți cifrele și riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral, pentru a lua măsuri de protecție.

În pofida renumelui său rău, colesterolul este esențial pentru viață. El este o componentă esențială a membranelor celulare animale. Însă, atunci când este prezent la niveluri ridicate în sânge, el crește riscul de boli cardiovasculare.

Colesterolul, împreună cu alte substanțe, cum ar fi calciul, se acumulează în plăci pe pereții arterelor. În timp, acest lucru îngustează vasele de sânge și poate duce la complicații, inclusiv la accident vascular cerebral și la atac de cord.

Dacă ne uităm la datele Centrului pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din SUA, aproape 2 din 5 adulți americani au un nivel ridicat de colesterol (colesterol total în sânge ≥ 200 mg/dL). Iar prea mult colesterol expune persoana respectivă la riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral, două cauze principale de deces în Statele Unite.

Pe de altă parte, datele din România vorbesc și ele despre 30% dintre români care au un nivel ridicat al colesterolului.

În final, datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) estimează că nivelurile ridicate de colesterol sunt responsabile pentru 2,6 milioane de decese în fiecare an. Iar această situație se referă la toate țările de pe glob. Având în vedere prevalența, nu este de mirare că interesul pentru subiect este mare, ca și nivelul de dezinformare.

Așadar, pentru a încerca să separăm adevărul de ficțiune, am analizat câteva surse credibile și vă prezentăm în cele ce urmează cele

mai importante teme legate de subiectul acesta.

Mitul 1. Tot colesterolul este rău

Nimic mai greșit, ne spun specialiștii!

Colesterolul este o componentă vitală a membranelor celulare. În afară de rolul său structural în membrane, este, de asemenea, vital în producția de hormoni steroizi, vitamina D și acid biliar. Așa se face că, deși nivelurile ridicate de colesterol reprezintă un factor de risc pentru boli cardio-vasculare, fără colesterol nu am putea supraviețui.

"Colesterolul nu este rău. Este doar un martor nevinovat al stilului nostru de viață modern de astăzi...Organismele noastre nu au fost concepute pentru a trăi într-un mediu în care alimentele sunt în exces și, astfel, atunci când colesterolul este în exces, acesta se va depune în corpul nostru. Când locul de depunere sunt vasele noastre de sânge, cum se întâmplă adesea, atunci este rău pentru noi...Dincolo de funcțiile pe care le are colesterolul în organism, modul în care este transportat contează, și-l face dăunător sau nu pentru sănătate. Astfel, colesterolul este transportat în organism prin lipoproteine, care sunt substanțe formate din grăsimi și proteine. Acest transport are loc în două moduri principale.

Lipoproteina cu densitate scăzută (LDL) transportă colesterolul din ficat către celule, unde este utilizat în mai multe procese. Oamenii numesc uneori LDL colesterolul "rău", deoarece nivelurile ridicate de colesterol LDL din sânge cresc riscul de boli cardiovasculare.

Lipoproteinele cu densitate mare (HDL) sunt adesea denumite colesterol "bun", deoarece transportă colesterolul înapoi la ficat. Odată ajuns acolo, colesterolul este eliminat din organism, reducând astfel riscul cardiovascular." – a explicat dr. Robert Greenfield, un cardiolog, lipidolog și internist certificat la Memorial Care Heart & Vascular Institute din cadrul Orange Coast Medical Center din Fountain Valley, California în discuția cu publicația Medical News Today .

Mitul 2. Am o greutate normală, deci nu pot avea colesterolul ridicat

Greșit, din nou!

"Echilibrul colesterolului este într-adevăr o funcție a ceea ce mâncăm, dar și a geneticii noastre. De exemplu, o persoană se poate naște cu o tendință genetică de a nu procesa eficient colesterolul....Pentru că este genetică a fost numită hipercolesterolemie familială și ar putea fi la fel de frecventă ca 1 din 200 de persoane. Pe de altă parte, greutatea este mai mult o funcție a metabolismului moștenit și a echilibrului dintre kaloriile consumate și cele cheltuite" – a explicat dr. Robert Greenfield

"Chiar dacă aveți o greutate sănătoasă, colesterolul dumneavoastră poate fi anormal. Alți factori care au un impact asupra colesterolului sunt alimentele pe care le consumați, obiceiurile de exerciții fizice, dacă fumați și cât de mult alcool consumați" – a confirmat și dr. Edo Paz, cardiolog și vice-președinte la Medical at K Health.

"Persoanele care au o greutate sănătoasă ar putea avea un nivel ridicat de colesterol, în timp ce unele persoane supraponderale ar putea să nu aibă un nivel ridicat de colesterol. ...și asta pentru că nivelul colesterolului este afectat de genetică, funcția tiroidiană, medicamente, exerciții fizice, somn și dietă...Există, de asemenea, factori pe care nu îi puteți modifica și care pot contribui la un nivel ridicat de colesterol, cum ar fi vârsta și genetica", a explicat și dr. Alexandra Lajoie, cardiolog non-invaziv la Providence Saint John's Health Center din Santa Monica, California.

Mitul 3. Aș avea unele simptome, dacă aș avea colesterolul ridicat

Și această opinie este greșită.

"În cele mai multe cazuri, colesterolul ridicat nu va provoca simptome. De aceea, se recomandă efectuarea periodică a testelor de sânge pentru depistarea colesterolului ridicat. Vârsta la care fiecare începe screening-ul și frecvența screening-ului este determinată de factorii de risc individuali." – a precizat dr. Paz.

"Singurele "simptome" cu care poate fi asociat colesterolul sunt simptomele tardive, atunci când acumularea excesivă de colesterol este responsabilă de afectarea și blocarea inimii și a vaselor de sânge. Acest lucru provoacă dureri în piept (angină pectorală), atac de cord sau chiar moarte subită" - a declarat și dr. Greenfield.

"Un nivel ridicat de colesterol duce la acumularea silențioasă a plăcii în artere până când aceasta este atât de severă încât apar accidente vasculare cerebrale sau atacuri de cord" – a confirmat și dr. Lajoie.

Mitul 4. Dacă mănânc mult colesterol, voi avea un nivel ridicat de colesterol.

Pentru că subiectul este mai complex, avem de-a face cu o părere greșită pe fond, care simplifică periculos lucrurile.

Iată de ce...

"Colesterolul pe care îl consumă cineva nu este neapărat corelat direct cu nivelul colesterolului. Consumul de zaharuri, sau carbohidrați simpli, poate duce la niveluri mai ridicate de colesterol, chiar dacă cineva nu consumă mult colesterol... în plus, persoanele care fac exerciții fizice sunt mai puțin susceptibile de a observa creșteri ale colesterolului în urma consumului de colesterol, în comparație cu persoanele sedentare"- a explicat dr. Lajoie.

Pe de altă parte, dr. Greenfield, confirmă și că dacă consumăm mai mult colesterol, cel mai probabil va crește colesterolul. *"Nu te duci la magazin și cumperi un pachet de colesterol, dar cumperi carne roșie, brânzeturi și ouă. Carnea roșie conține grăsimi saturate și colesterol.*

Colesterolul este un produs de origine animală, așa că articolele care conțin grăsimi saturate nu numai că vor crește colesterolul, dar vor crește în mod specific colesterolul "rău", sau LDL, care apoi se depune în peretele arterial al vaselor noastre de sânge".

Asociația Americană a Inimii ne recomandă să consumăm mai puțin de 300 de miligrame de colesterol pe zi din alimente. Însă se pare că grăsimile saturate sunt cea mai mare problemă. Carnea roșie, untul și lactatele grase sunt cele mai frecvente surse ale acestora. Dar ouăle? Un ou mare are 186 miligrame de colesterol și doar 1,6 grame de grăsimi saturate, adică 8% din plafonul zilnic, așa că vă puteți bucura de ele cu moderație.

Mitul 5. Toată lumea ar trebui să urmărească aceleași ținte legate de colesterol

Este greșit, ne spun specialiștii și ghidurile!

"Nivelul țintă de colesterol se bazează pe faptul că aveți un istoric de anumite boli - cum ar fi atacul de cord și accidentul vascular cerebral - și pe riscul de a dezvolta aceste probleme, care se bazează pe lucruri precum vârsta și dacă aveți tensiune arterială ridicată." – explică dr. Paz.

"Pentru cei dintre noi care nu au avut probleme cardiovasculare, colesterolul LDL (colesterolul "rău") ar trebui să fie mai mic de 100 de miligrame pe decilitru (mg/dl). Dar dacă aveți boli cardiace sau vasculare - antecedente de atac de cord, accident vascular cerebral sau alte boli vasculare arteriale - și mai ales dacă aveți diabet, ținta de colesterol LDL ar trebui să fie mai mică de 70 mg/dl, dacă nu mai mică" – confirmă și dr. Greenfield.

În numărul următor vom continua să discutăm despre alte mituri legate de acest subiect, deoarece, așa cum spune dr. Greenfield în discuția sa cu Medical News Today, deși și el își încurajează pacienții să pună întrebări și să citească despre condiția lor medicală, îi avertizează în

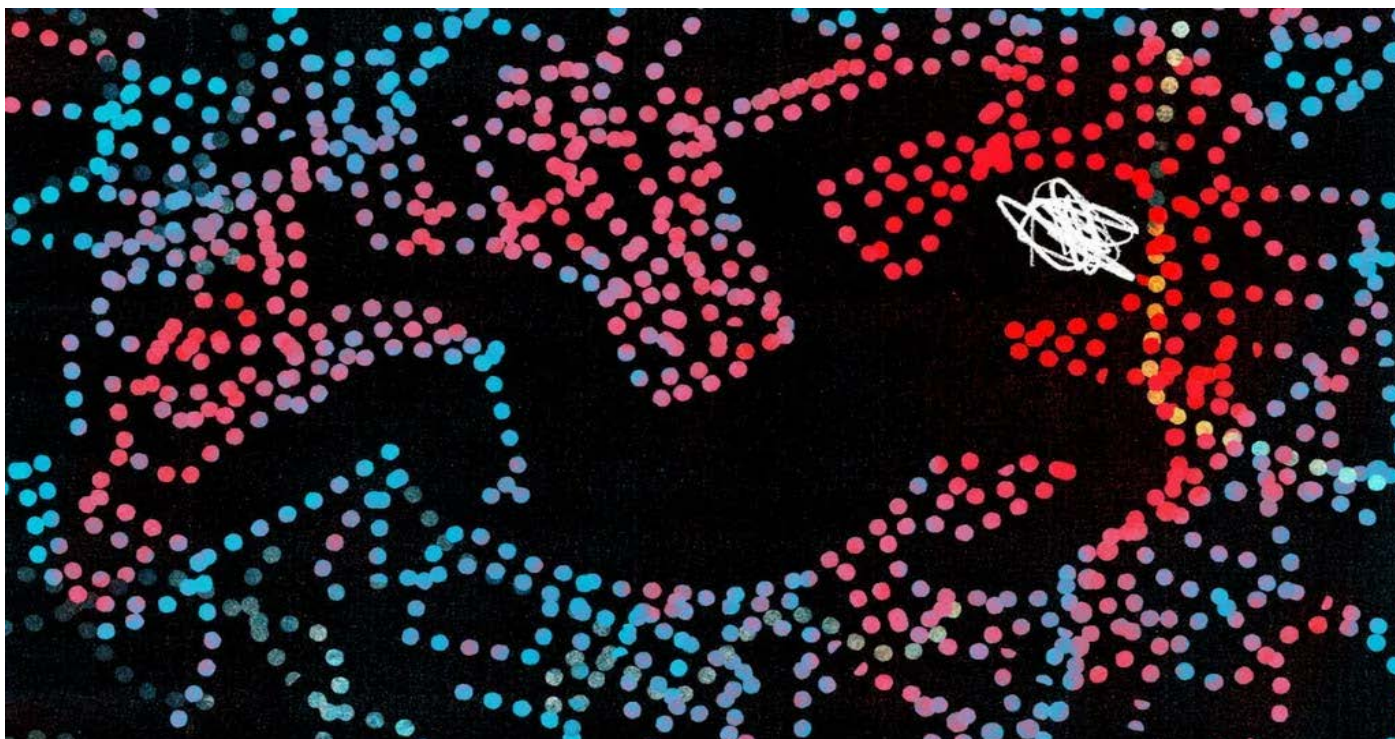
același timp că există o cantitate destul de mare de materiale care sunt false și înșelătoare.

Pentru a putea valida ce citim, dr. Greenfield ne recomandă să accesăm site-urile de încredere și să credem în știința publicată de oameni care și-au dedicat viața tratamentului bolilor de inimă. *"Și dacă ceva sună illogic și 'prea frumos pentru a fi adevărat', probabil că este... Tratați-vă corpul ca pe un sanctuar, nu ca pe un parc de distracții!"*

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Your Cholesterol: Myths and Facts (<https://www.webmd.com/cholesterol-management/ss/slideshow-myths-facts-manage-high-cholesterol>), inclusiv sursa ilustrației
2. Cholesterol Myths and Facts (https://www.cdc.gov/cholesterol/myths_facts.htm)
3. 9 myths about cholesterol (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-cholesterol>)
4. High Cholesterol Myths and Facts: What to Know (<https://www.verywellhealth.com/high-cholesterol-myths-and-facts-what-to-know-5202135>)



Istoria psihiatriei pediatrice – episodul 2

Timp aprox. de lectură: 7 minute

Dacă în episodul precedent am amintit progresele în domeniul psiho-patologiei copilăriei de la începutul secolului al XIX-lea și până spre mijlocul secolului trecut, acum vom analiza cum s-au consolidat progresele în psihologia dezvoltării copilului, în psiho-patologia dezvoltării și nevoile actuale de sănătate mintală ale copiilor, dar și ce arată o serie de cercetări recente privind pericolele banalelor infecții la copii.

Psihologia dezvoltării este cea care încearcă să explice cum se schimbă copiii în timp. Înțelegerea dezvoltării este importantă pentru studiul psihopatologiei. Interesul pentru acest domeniu a crescut odată cu recunoașterea copilăriei ca domeniu important de studiu în secolul al XIX-lea. Tema permanentă a fost dezbaterile dintre susținătorii rolurilor naturii în contrast cu al educației și efectele acestora asupra dezvoltării.

Momentul exact al apariției psihologiei dezvoltării ca disciplină este greu de precizat, dar aceasta poate fi urmărită până în 1882, când Wilhelm Preyer, un fiziolog german, a publicat *The Mind of the Child* (Mintea copilului). În această carte, Preyer și-a prezentat observațiile asupra dezvoltării propriului fiu de la naștere până la vârsta de trei ani.

Apoi, disciplina s-a consolidat și mai mult în urma lucrărilor lui Alfred Binet privind măsurarea inteligenței și ale lui James Mark Baldwin (1861-1934), un psiholog american cunoscut mai ales pentru "efectul Baldwin" - conform căruia factorii epigenetici modelează înzestrarea congenitală la fel de mult sau chiar mai mult decât selecția naturală.

G Stanley Hall (1844-1924) este considerat fondatorul acestei ramuri a psihologiei în SUA. El a înființat prima revistă americană de psihologia copilului în 1891 (*Pedagogical Seminary*) și prima societate de studiere a copilului, în 1894. Acesta a fost puternic influențat de oamenii de știință din Germania, unde și-a petrecut primii ani de activitate profesională.

Una dintre figurile care au dominat gândirea psihiatrică în cea mai mare parte a secolului XX a fost neurologul și psihiatrul austriac Sigmund Freud (1856-1939). Înțelegerea lui Freud asupra dezvoltării a luat naștere din abordarea sa asupra personalității umane și a psihopatologiei, bazată pe amintirile sale și ale pacienților săi. Freud a dezvoltat un model în care libidoul (impulsul sexual) al copilului se concentrează pe diferite părți ale corpului pe măsură ce copilul crește (stadiile oral, anal, falic, de latență și genital). Modelul său este unul interactiv. El credea că, deși secvența și calendarul acestor etape sunt

determinate biologic, dezvoltarea cu succes a personalității depinde de experiențele pe care le au copiii în timpul fiecărei etape.

Freud a susținut că nevroza ar putea fi explicată în termenii unei fixări în aceste faze sau a unei regresii la acestea din cauza unei traume sau a altor experiențe și ar putea fi inversată cu ajutorul tehnicilor psihanalitice.

Deși multe detalii ale teoriei lui Freud privind dezvoltarea au fost discreditate pe scară largă, accentul pus de acesta pe importanța experiențelor din copilăria timpurie a avut un impact de durată. Anna Freud (1895-1982), fiica cea mai mică a lui Sigmund, și Melanie Klein (1882-1960) au fost două dintre cele mai influente figuri în psihanaliză.

Înflorirea psihologiei dezvoltării a avut loc după Primul Război Mondial, datorită lui Jean Piaget (Elveția), Lev Vygotsky (Rusia) și John Bowlby (Marea Britanie). Piaget (1896-1980) a postulat că copiii gândesc diferit față de adulți, trecând prin patru stadii de dezvoltare cognitivă (senzorio-motor, pre-operational, operational concret și operational formal). Pentru Piaget, dezvoltarea este determinată biologic și se schimbă pe măsură ce copilul se maturizează. Ideile și metodologia lui Piaget au revoluționat psihologia dezvoltării și au avut o influență enormă asupra educației și asupra viitorilor cercetători.

Dictonul "dați-mi un copil până la șapte ani și vă voi da omul" rezumă poziția celor care au crezut în preeminența mediului. Acest punct de vedere a fost îmbrățișat în a doua jumătate a secolului al XX-lea de către behavioriști, cum ar fi psihologul american BF Skinner, care credea că comportamentul uman este învățat, de exemplu, ca rezultat al recompenselor - ceea ce el a numit "condiționare operantă".

Cu toate acestea, dezbaterea natură - educație datează încă din antichitate. De exemplu, Aristotel credea că mintea este o tabula rasa, făcând din educație și din mediul înconjurător factorii-cheie în dezvoltarea copilului, în timp ce Platon credea într-o cunoaștere înnăscută, care este trezită prin învățare și experiență.

Ideile lui Aristotel au fost dezvoltate în continuare de Avicenna și, mai recent, de gânditori precum John Locke și Jean Jacques Rousseau. Opinia conform căreia comportamentul este predominant rezultatul înzestrării genetice a fost cea mai larg acceptată în cercurile medicale în secolul al XIX-lea și în prima jumătate a secolului al XX-lea - evidențiată de popularitatea mișcării eugenice.

În prezent, se acceptă pe scară largă faptul că dihotomia dintre natură și educație, genetică și mediu, este simplistă, inexactă sau chiar înșelătoare și că ar trebui abandonată.

În ultimele patru decenii a avut loc o creștere remarcabilă a înțelegerii naturii (genetica), a educației (mediul), a proceselor de dezvoltare și a interacțiunii acestora, ceea ce evidențiază faptul că toate sunt importante, se influențează reciproc și toate contribuie la dezvoltare. De exemplu, se știe că o mare proliferare a neuronilor și a sinapselor are loc în timpul primelor etape ale dezvoltării. Aceasta este urmată de o tăiere selectivă - care continuă până la mijlocul vârstei de douăzeci de ani - modelată de contingentele de mediu care ajustează creierul fiecărui individ pentru a profita cât mai bine de mediul în care se află.

Probabil că multe aspecte ale dezvoltării creierului depind de expunerea copiilor la anumite experiențe în anumite momente (de exemplu, cortexul vizual nu se dezvoltă la persoanele care sunt oarbe sau crescute în întuneric în timpul unei perioade sensibile). Altfel spus, genetica modelează comportamentul copiilor făcându-i să caute experiențe specifice, dar aceste experiențe modifică de fapt structura și funcția creierului și influențează comportamentul ulterior.

Psihopatologia dezvoltării reprezintă studiul integrativ al dezvoltării tulburărilor psihiatrice, cum ar fi schizofrenia, depresia și tulburările de comportament. Adică, este cea care caută să expună interacțiunile dintre aspectele biologice, psihologice și sociale ale dezvoltării normale și anormale de-a lungul întregii vieți. Primele studii legate de psihopatologia dezvoltării datează din anii 1970, ca rezultat al unor studii prospective longitudinale asupra copiilor cu risc de schizofre-

nie.

Dante Cicchetti, un psiholog american, a jucat un rol major în definirea și modelarea acestui domeniu, în creștere în ultimele decenii.

Recent, oamenii de știință au început să investigheze mai serios o ipoteză interesantă pentru care există un număr tot mai mare de dovezi. Ea spune că mai multe afecțiuni psihiatrice ale copiilor ar putea fi rezultatul unor infecții.

Din aceeași zonă de investigații, acum este clar că infecțiile cu SARS-CoV 2 pot declanșa psihoză, oboseală și alte simptome neuropsihiatrice. Se crede că un sistem imunitar care se comportă anormal este vinovat. Ideea că schizofrenia ar putea fi, cel puțin în anumite cazuri, la fel, o tulburare autoimună este, de asemenea, în curs de investigare (de exemplu, persoanele cu orice fel de tulburare autoimună par să aibă cu aproximativ 40% mai multe șanse de a dezvolta tulburări psihotice precum schizofrenia). Cu toate acestea, foarte puține țări emit orientări privind diagnosticarea sau tratamentul acestora.

Un caz de referință pentru această ipoteză este cel al lui Garrett Pohlman din SUA. Era o zi însorită în septembrie 2007 când, pe atunci în vârstă de șapte ani, s-a întors acasă de la școală. Plângând, el și-a avertizat mama că din prizele electrice din casă ieșeau radiații. Dacă vor ieși afară, spunea el, păsările îi vor ciuguli până la moarte. Aceste declarații erau însoțite de mișcări ciudate ale feței. Băiatul scotea limba și își mișca brațele și picioarele. Cu o zi înainte, Garrett fusese un băiat normal. Atât paranoia, cât și ticurile apăruseră din senin, dar s-au dovedit a fi începutul unui declin mental îngrozitor. O scanare la spital, trei luni mai târziu, a dezvăluit, din fericire cauza, o infecție bacteriană a sinusurilor. Un tratament cu antibiotice a vindecat infecția și a adus o ameliorare incredibilă a simptomelor sale psihiatrice. Garrett suferise, cel mai probabil, de tulburări autoimune-neuropsihiatrice pediatrie asociate cu o infecție. Practic, comportamentul tulburător al lui Garrett a fost rezultatul unui sistem imunitar care a luat-o razna, în urma unei infecții cu *Streptococcus* de grup A, o bacterie comună.

În multe țări, copiilor cu astfel de manifestări li se pun diagnostice diferite, cum ar fi tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție, tulburări de autism sau tulburări de procesare senzorială. Copiilor li se pot administra medicamente nepotrivite, cum ar fi antipsihoticele, dintre care multe au efecte secundare neplăcute și care nu fac nimic pentru a trata cauza bolii lor.

Din fericire, oamenii de știință încep să caracterizeze în detaliu aceste afecțiuni și să determine exact ce anume nu funcționează corect în sistemul imunitar al bolnavilor. Cercetătorii care studiază tulburarea cred acum că aceasta este cauzată de o reacție autoimună, în care sistemul imunitar al organismului atacă în mod eronat țesutul cerebral. După infecția cu *Streptococcus*, spune ipoteza lor, copiii încep să producă anticorpi care provoacă inflamații în propriul creier, ceea ce, la rândul lor, provoacă simptomele psihiatrice.

O lucrare a Dr. Dritan Agalliu, neurolog la Universitatea Columbia din SUA, în prezent în curs de examinare de către o revistă științifică, sugerează că blocarea unei anumite părți a sistemului imunitar - un tip de limfocite numit celule T helper 17 - cu medicamente imunosupresoare reduce leziunile creierului, cel puțin la șoareci. Alte lucrări sugerează că deteriorarea barierei hemato-encefalice, un filtru conceput pentru a proteja creierul de substanțele potențial dăunătoare din sânge, ar putea fi, de asemenea, o parte din poveste.

Un grup paneuropean de pacienți, înființat în 2018, face, de asemenea, presiuni pentru ca lumea medicală să-și îmbunătățească înțelegerea asupra cauzei acestor tulburări și cum pot fi prevenite sau controlate cel mai eficace. Astfel de eforturi sunt extrem de necesare.

După cum arată cazul lui Garrett Pohlman, dacă infecțiile sunt depistate la timp, tratamentul poate fi foarte eficient, evitând daunele pe termen lung. Acum în vârstă de 23 de ani, Garrett Pohlman a absolvit în 2022 cu onoruri la Universitatea din California, Berkeley (SUA) în inginerie chimică, iar în aceste zile își conduce propria companie.

Practic, ultimele două decenii ne-au adus nu numai descoperiri in-

citante, dar și noi provocări pentru sănătatea psihiatrică a copiilor. Cele mai recente au apărut în ultimii 3 ani din cauza pandemiei de Covid-19. Ca efect al acesteia, specialiștii din domeniul psihiatriei pediatrice afirmă la unison că pandemia a adus o povară excepțională pentru bunăstarea mintală a familiilor, inclusiv a copiilor.

Tocmai de aceea, în multe țări din lume, nevoile de sănătate mintală ale copiilor au fost declarate o prioritate națională, autoritățile din domeniu concentrându-se pe extinderea serviciilor de sănătate mintală pediatrică, prin formarea mai multor furnizori de servicii de sănătate mintală și prin transformarea sănătății mintale într-o parte esențială a asistenței medicale primare, pentru a se asigura că copiii primesc îngrijirea de calitate de care au nevoie.

Se vorbește despre: extinderea accesului la îngrijiri de sănătate mintală pediatrică (diagnosticarea, tratarea și trimiterea copiilor și tinerilor cu afecțiuni de sănătate mintală către servicii specializate); investiția în formarea și creșterea forței de muncă în domeniul sănătății mintale prin finanțarea unor programe de formare, burse și programe de rambursare a împrumuturilor, precum și alte programe de recrutare, formare și plasare a profesioniștilor din domeniul sănătății mintale în comunitate, inclusiv sprijinirea sănătății mintale a copiilor.

În plus, apare nevoia de a elabora orientări privind îngrijirea preventivă a tinerilor, inclusiv îngrijirea sănătății mintale (de exemplu, dezvoltarea de noi orientări pentru screeningul comportamental, social și emoțional) și de a furniza sprijin la domiciliu pentru părinți și copii prin conectarea serviciilor de sănătate, a serviciilor sociale și a resurselor de dezvoltare a copilului pentru a sprijini bunăstarea familiei.

Oricum, este evident faptul că dezvoltarea sănătății mintale pediatrice este o condiție esențială, alături de sănătatea fizică și educație, pentru viitorul societăților noastre.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. J.10-History-Child-Psychiatry-update-2018.pdf (https://iacapap.org/_Resources/Persistent/49c28ec074bbecfc0ea48df2deea1c6fc1de0a60/J.10-History-Child-Psychiatry-update-2018.pdf)
2. New HHS Study in JAMA Pediatrics Shows Significant Increases in Children Diagnosed with Mental Health Conditions from 2016 to 2020 (<https://www.hhs.gov/about/news/2022/03/14/new-hhs-study-jama-pediatrics-shows-significant-increases-children-diagnosed-mental-health-conditions-2016-2020.html>)
3. <https://www.economist.com/science-and-technology/2023/09/20/how-common-infections-can-spark-psychiatric-illnesses-in-children> (inclusiv sursa foto)
4. Supporting children's mental health and wellbeing: Session 1: 1.1 - OpenLearn - Open University (<https://www.open.edu/openlearn/mod/oucontent/view.php?id=104395§ion=1.1>)

Semnele diabetului de tip 2, importanța diagnosticării timpurii și principalele opțiuni terapeutice

Timp aprox. de lectură: 8 minute

În 2019, diabetul a fost cauza directă a 1,5 milioane de decese, iar 48% din totalul deceselor cauzate de diabet au avut loc înainte de vârsta de 70 de ani. În același timp, se preconizează că prevalența diabetului zaharat de tip 2 va crește dramatic în următorii ani.

Diabetul este o boală cronică care apare fie atunci când pancreasul nu produce suficientă insulină, hormonul care reglează glicemia, fie atunci când organismul nu poate utiliza eficient insulina pe care o produce.

Hiperglicemia este un efect comun al diabetului necontrolat și, în timp, duce la deteriorarea gravă a multor sisteme ale organismului, în special a nervilor și a vaselor de sânge.

Mai mult de 95% dintre persoanele cu diabet zaharat au diabet de tip 2.

Diabetul de tip 2 afectează modul în care organismul dumneavoastră utilizează zahărul (glucoza) pentru energie. Acesta împiedică organismul să utilizeze insulina în mod corespunzător, ceea ce poate duce la



niveluri ridicate de zahăr în sânge, dacă nu este tratat.

Simptomele diabetului pot apărea brusc. În cazul diabetului de tip 2, simptomele pot fi ușoare și pot dura mai mulți ani până când vor fi observate.

Acestea includ:

- oboseală;
- urinare crescută;
- sete crescută
- foame crescută;
- vedere încețoșată;
- vindecarea greoaie a rănilor;
- mâini și picioare amorțite, furnicături sau dureroase;
- mâncărime;

- pete pe piele care sunt mai închise la culoare.

În timp, diabetul poate afecta vasele de sânge din inimă, ochi, rinichi și nervi.

Persoanele cu diabet au un risc mai mare de probleme de sănătate, inclusiv atac de cord, accident vascular cerebral și insuficiență renală. Diabetul poate provoca și pierderea permanentă a vederii prin deteriorarea vaselor de sânge din ochi.

Multe persoane cu diabet zaharat au probleme cu picioarele, din cauza leziunilor nervoase și a fluxului sanguin deficitar. Acest lucru poate provoca ulcere la nivelul picioarelor și poate duce la amputare.

Diabetul de tip 2 poate fi adesea prevenit. Printre factorii care contribuie la apariția diabetului de tip 2 se numără supraponderabilitatea, lipsa de exerciții fizice și genetica.

Oricine poate dezvolta diabet de tip 2, dar există mai mulți factori de risc principali:

- vârsta de 45 de ani sau mai mult;
- un stil de viață sedentar;
- supraponderabilitate sau obezitate;
- o alimentație dezechilibrată;
- antecedente familiale de diabet;
- sindromul ovarelor polichistice;
- antecedente medicale de diabet gestațional, boli de inimă sau accident vascular cerebral;
- prediabet.

Modificările stilului de viață reprezintă cea mai bună modalitate de a preveni sau de a întârzia apariția diabetului de tip 2. Astfel, pentru a ajuta la prevenirea diabetului de tip 2 și a complicațiilor acestuia, ar trebui să:

- aveți și să păstrați o greutate corporală sănătoasă;
- rămâneți activi din punct de vedere fizic cu cel puțin 30 de minute de exerciții fizice moderate în fiecare zi;
- să aveți o alimentație sănătoasă și să evitați zahărul și grăsimile saturate;
- să nu fumați tutun.

Orice persoană care se confruntă cu posibile semne și simptome de diabet ar trebui să contacteze un medic pentru o evaluare, mai ales dacă are alți factori de risc pentru dezvoltarea acestei afecțiuni.

Depistarea și tratamentul precoce al diabetului de tip 2 pot îmbunătăți calitatea vieții unei persoane și pot reduce riscul de complicații severe. Diagnosticul precoce poate fi realizat prin testarea relativ ieftină a glicemiei.

Persoanele cu diabet de tip 1 au nevoie de injecții cu insulină pentru a supraviețui. Unele persoane cu diabet de tip 2 vor trebui să ia medicamente pentru a le ajuta să își gestioneze nivelul de zahăr din sânge. Acestea pot include injecții de insulină sau alte medicamente. Câteva exemple includ: metformină; sulfoniluree; inhibitori ai co-transportatorilor de sodiu-glucoză de tip 2.

În mai 2022, Administrația Americană pentru Medicamente (FDA) a aprobat Mounjaro (tirzepatide) injectabil pentru a îmbunătăți controlul glicemiei la adulții cu diabet de tip 2, ca o completare la dietă și exerciții fizice. Comisia Europeană a aprobat tratamentul injectabil în septembrie 2022. Mounjaro a fost eficient în îmbunătățirea glicemiei și a fost mai eficient decât celelalte terapii pentru diabet cu care a fost comparat în studiile clinice. Peptida asemănătoare glucagonului-1 (GLP-1) și polipeptida insulinotropică dependentă de glucoză (GIP) sunt hormoni implicați în controlul glicemiei. Mounjaro este un medicament care activează atât receptorii GLP-1, cât și GIP, ceea ce duce la îmbunătățirea controlului glicemiei.

În comparație cu semaglutide, terapia cu insulină sau un placebo,

tirzepatida a demonstrat că 81% până la 97% dintre persoane au obținut un control mai bun al glucozei în studiile clinice. De asemenea, între 54 % și 88 % dintre pacienți au atins o reducere de 5% sau mai mare a greutateii corporale.

Mounjaro se administrează prin injectare sub piele o dată pe săptămână, doza fiind ajustată în funcție de toleranță pentru a atinge obiectivele de zahăr din sânge. Mounjaro provoacă tumori ale celulelor C ale tiroidei la șobolani. Nu se știe dacă Mounjaro provoacă astfel de tumori, inclusiv cancerul tiroidian medular, la om, de aceea specialiștii recomandă ca Mounjaro să nu fie utilizat la pacienții cu antecedente personale sau familiale de cancer tiroidian medular sau la pacienții cu sindromul de neoplazie endocrină multiplă de tip 2. Mounjaro nu a fost studiat la pacienții cu antecedente de inflamație a pancreasului (pancreatită) și nu este indicat pentru utilizare la pacienții cu diabet zaharat de tip 1.

Pe lângă medicamentele pentru scăderea glicemiei, persoanele cu diabet au adesea nevoie de medicamente pentru scăderea tensiunii arteriale și de statine, pentru a reduce riscul de complicații. Este posibil să fie nevoie de îngrijiri medicale suplimentare, pentru a trata efectele diabetului: îngrijirea picioarelor pentru tratarea ulcerelor, depistarea și tratamentul bolilor renale și examene oftalmologice pentru depistarea retinopatiei (care provoacă orbirea).

Vor putea evoluțiile în materie de tratamente să contracareze impactul rezultat asupra morbidității și mortalității, având în vedere creșterea preconizată a prevalenței diabetului de tip 2?

Ca mecanism de supraviețuire de-a lungul istoriei lor, oamenii s-au adaptat pentru a profita la maximum de energia de care dispuneau.

Cu toate acestea, ceea ce ne-a asigurat supraviețuirea în trecut, când hrana era rară și oamenii erau foarte activi din punct de vedere fizic, a devenit acum o slăbiciune. Așadar, toate previziunile indică faptul că prevalența diabetului zaharat de tip 2 se va agrava pe măsură ce stilul de viață modern permite accesul continuu la alimente și încu-

rajează comportamentul sedentar, ceea ce duce la un ciclu progresiv de supraalimentare și creștere în greutate.

Diferitele linii de cercetare pentru tratarea diabetului zaharat de tip 2 care se desfășoară în prezent pot fi grupate în trei categorii principale: tehnologică, biologică și farmacologică.

Soluțiile tehnologice se concentrează pe administrarea de insulină și glucagon prin intermediul unui pancreas artificial, iar componentele sistemului sunt deja utilizate, ceea ce sugerează că această opțiune ar putea fi disponibilă în următorii 10 ani. Dintre soluțiile biologice, este puțin probabil ca transplantul de pancreas să fie utilizat pe scară largă, iar transplantul de celule insulare a fost, de asemenea, îngreunat de lipsa de țesut donator adecvat și de supraviețuirea grefei după transplant. Cu toate acestea, s-au făcut progrese semnificative în aceste domenii, iar cercetările suplimentare sugerează că manipularea altor tipuri de celule pentru a înlocui celulele beta ar putea fi o opțiune viabilă pe termen lung.

Ultima categorie, cercetarea farmacologică, pare cea mai promițătoare pentru reducerea semnificativă a poverii diabetului zaharat de tip 2. În ultimii ani, au fost raportate, de asemenea, studii privind abordarea complementară de protejare a celulelor de efectele dăunătoare ale glicemiei ridicate, complementare abordării predominante a tratamentelor care vizează scăderea nivelului de zahăr din sânge, precum și cercetări privind controlul aportului și al cheltuielilor energetice. Dovezile rezultate din studiile privind restricția alimentară și chirurgia bariatrică sugerează că ar putea fi posibilă resetarea metabolismului pentru a vindeca eficient diabetul, iar cercetarea agenților farmacologici care ar putea restabili selectiv echilibrul energetic reprezintă în prezent cea mai interesantă perspectivă pentru viitoarele tratamente adresate persoanelor cu diabet zaharat de tip 2.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323185>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512138/>
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
4. FDA Approves Novel, Dual-Targeted Treatment for Type 2 Diabetes (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-novel-dual-targeted-treatment-type-2-diabetes>)
5. NICE recommends new type 2 diabetes treatment (<https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/news/186485/nice-recommends-new-type-2-diabetes-treatment/>)
6. Diabetes treatment in 2025: can scientific advances keep pace with prevalence? - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498849/>)
7. Sursa foto: Living With Type 2 Diabetes (<https://www.fda.gov/media/151822/download?attachment>)

Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică

În articolul din noiembrie a fost prezentat **Cadrul general de implementare a dovezilor în practica clinică**, dezvoltat de JBI în anul 2020. În acest articol vor fi descrise în mod etapizat principalele activitățile specifice procesului de implementare a dovezilor la punctul de îngrijire.

Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică (Figura 1) vizează trei dimensiuni esențiale pentru o implementare de succes: **CONTEXTUL, FACILITAREA ȘI EVALUAREA IMPLEMENTĂRII**. Așa cum am văzut în articolele anterioare, aceste dimensiuni au fost abordate (mai mult sau mai puțin) și în alte modele de implementare[1], ca de exemplu Knowledge-to-Action[2], PARIHS[3], respectiv i-PARIHS[4], însă Modelul JBI integrează în mod coerent toate aceste elemente în următoarele șapte etape:

1. Identificarea domeniului de practică care necesită intervenții de îmbunătățire
2. Angajarea agenților de schimbare



Fig. 1. Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică[5]

3. Evaluarea contextului și a disponibilității pentru schimbare
4. Revizuirea practicii în raport cu criteriile de audit bazate pe dovezi
5. Implementarea schimbărilor în practică folosind GRiP
6. Reevaluarea practicii folosind un audit de urmărire
7. Considerarea sustenabilității proiectului de implementare a practicilor bazate pe dovezi

Etapa 1: Identificarea domeniului de practică care necesită intervenții de îmbunătățire

Identificarea domeniilor de practică care necesită îmbunătățire vizează următoarele aspecte principale:

- practici care nu se bazează pe cele mai bune dovezi disponibile și
- practici ale căror rezultate sunt necorespunzătoare pentru pacienți sau care presupun un nivel crescut de risc atât pentru pacienți, cât și pentru clinicieni.

Această activitate reprezintă un punct important al schimbării, deoarece presupune înființarea unui grup de lucru, consensul și implicarea părților interesate. În primul rând, schimbarea ar trebui să fie considerată **necesară și relevantă pentru profesioniștii/clinicienii care lucrează în unitatea medicală în care se inițiază proiectul de implementare[6]**. Tot acești clinicieni sunt cei care pot să identifice cel mai bine nevoia de schimbare, ei fiind permanent preocupați și implicați în îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale. Prin urmare, cunoscând cel mai bine structurile și procesele de îngrijire specifice, profesioniștii din sănătate direct implicați ar trebui să conducă schimbarea.

Observațiile clinicienilor cu privire la domeniile de practică care necesită a fi îmbunătățite pot fi susținute de rezultatele consemnate în **rapoartele elaborate de unitatea medicală** cu privire la următoarele aspecte:

- evenimente adverse
- riscuri clinice (proces sau rezultat nesatisfăcător)
- calitatea îngrijirilor și satisfacția pacienților
- variația practicii clinice (lipsa standardizării)
- perioada prelungită de internare

- morbiditatea și mortalitatea
- pacienți reinternăți în 30 de zile de la externare
- costuri ridicate sau proceduri efectuate în mod frecvent, etc.

Suportul managementului organizației și al echipei din unitatea/secția în care se dorește schimbarea este semnificativ pentru o implementare de succes. **Acceptarea schimbării prin consens** de către **întreaga echipă multidisciplinară** implicată este esențială pentru asigurarea sustenabilității proiectului de implementare.

Toate proiectele de implementare a dovezilor ar trebui să se bazeze pe **efortul și colaborarea echipei multidisciplinare**, deoarece toate categoriile de profesioniști din domeniul sănătății (medici, asistenți medicali, fizioterapeuți, dieteticieni, farmaciști, biologi, etc.) sunt în mod egal responsabile pentru calitatea îngrijirilor medicale.

Inițierea unui proiect de implementare presupune formarea unei **echipe de proiect** alcătuită din membrii relevanți ai domeniului clinic: lideri de opinie (motorul schimbării), agenți de schimbare (lideri și facilitatori), clinicieni experți în implementarea schimbării (metodologia implementării dovezilor), clinicieni experți în domeniul în care se dorește schimbarea (de exemplu managementul: durerii, plăgilor, căderilor, infecțiilor, etc.). Echipa de proiect trebuie să permită o comunicare adecvată, focusată pe schimbul de idei și feedback continuu.

Principiile cheie care ar trebui să guverneze echipa de proiect sunt:

- Stabilirea unor scopuri și obiective clare
- Obținerea de susținere și reprezentare din partea conducerii executive
- Crearea unei strategii clare de comunicare
- Includerea reprezentanților departamentului/secției unde va avea loc implementarea
- Asigurarea unei echipe interprofesionale.

Etapa 2: Angajarea agenților de schimbare

Agenții de schimbare pot fi lideri, facilitatori sau campioni, iar implicarea lor este esențială pentru o schimbare de succes[7]. Există următoarele tipuri de leadership:

- **Lideri de sistem:** au capacitatea de a depăși barierele și de a facilita progresul către schimbare. Ei sunt persoanele care conduc organizațiile, departamentele sau secțiile.
- **Lideri cu expertiză tehnică:** au un nivel ridicat de cunoștințe în domeniul în care se face implementarea, dar și un nivel crescut de entuziasm.
- **Lideri campioni ai schimbării:** sunt persoane care au disponibilitate, interes profesional și entuziasm pentru a se dedica proiectului. Ar trebui să aibă capacitatea de a recruta persoane care pot implementa și menține schimbarea și capacitatea de a-i încuraja pe toți cei implicați în schimbare.

În timpul procesului de schimbare, facilitatorii trebuie[8]:

- să ghideze și să motiveze personalul
- să stabilească norme și standarde
- să mențină o comunicare deschisă
- să invite și să asculte deschis și activ opiniile, atitudinile și ideile celorlalți
- să reevalueze continuu activitățile, convingerile și atitudinile persoanelor implicate în schimbare
- să încurajeze feedback-ul continuu
- să integreze eforturile tuturor
- să promoveze și să susțină performanțele eficiente
- să delege responsabilitățile.

Pașii care pot conduce la schimbare includ: reflecția, dialogul, măsurarea și elaborarea de strategii ale schimbării[9]. Tot personalul trebuie să fie implicat în aspectele schimbării care îi afectează, astfel încât să poată accepta mai ușor schimbarea; ei vor accepta schimbări care se potrivesc culturii lor[10]. Constatările din studiile de cercetare privind facilitarea, au sugerat că facilitarea care asigură comunicarea prin dialog deschis poate duce la schimbări pozitive în practica clinică și organizațională[11].

Etapa 3: Evaluarea contextului și a disponibilității pentru schimbare

Analiza contextului vizează gradul de pregătire a organizației pentru schimbare. Acest aspect include atât capacitatea de schimbare (eficacitatea schimbării)[12], cât și angajamentul organizației în schimbare (dorința de a se schimba)[13].

Analiza contextului reprezintă un **proces de diagnostic**, al cărui scop este de a înțelege problemele locale importante pentru practicarea schimbării și de a identifica factorii care ar putea influența schimbarea. O analiză SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) poate fi un cadru rapid și eficient în acest sens și ar putea fi aplicată următoarelor criterii importante ale analizei contextuale[5]:

1. **Structura** - În ce măsură luarea deciziilor are loc într-o manieră descentralizată și dacă există personal suficient pentru a sprijini procesul de schimbare.
2. **Cultura la locul de muncă** - În ce măsură schimbarea propusă este în concordanță cu valoarea și convingerile mediului de practică și în ce măsură cultura susține schimbarea.
3. **Comunicarea** – Dacă există sisteme de comunicare adecvate pentru a susține schimbul de informații referitoare la schimbare și la procesul de implementare.

4. **Leadership** - În ce măsură liderii din mediul clinic susțin implementarea.
5. **Disponibilitatea resurselor** - Sunt disponibile resursele necesare umane, fizice și financiare pentru a susține implementarea.
6. **Cunoștințe, abilități și atitudini** - Personalul are cunoștințele și abilitățile necesare? Care grup potențial este deschis la schimbare și idei noi și în ce măsură sunt motivați să implementeze schimbarea.
7. **Angajamentul față de managementul calității** – Dacă există procese și sisteme de management al calității pentru măsurarea rezultatelor implementării.
8. **Relații interdisciplinare** – Dacă există relații pozitive și de încredere între disciplinele/specialitățile medicale care vor fi implicate sau afectate de schimbare.

Etapa 4: Revizuirea practicii în raport cu criteriile de audit bazate pe dovezi

Auditul clinic poate fi definit ca „un proces sistematic de îmbunătățire a calității care urmărește să îmbunătățească îngrijirea și rezultatele pacientului prin revizuirea sistematică a îngrijirii în funcție de criterii explicite și implementarea schimbării”[14]. Auditul clinic evaluează practicile curente, fără a fi o formă de evaluare a competențelor, performanței sau un proces disciplinar.

Un element esențial al implementării dovezilor în practica clinică este capacitatea de a colecta datele relevante prin **procesul de audit clinic** și de a dezvolta un plan standardizat de lucru care să includă identificarea problemelor, planificarea acțiunilor și implementarea acestora. Fiecare criteriu de audit trebuie să fie generat din literatura științifică și să fie însoțit de un rezumat al dovezilor care să-l susțină[15].

Criteriile de audit bazate pe dovezi ale JBI sunt considerate „stan-

darde bine definite stabilite pe principiile asistenței medicale bazate pe dovezi”[16], menite să ajute la evaluarea practicii curente în raport cu cele mai bune practici. Datele de audit pot fi colectate prin: observa-re, administrarea de chestionare, interviuri, consultarea documente-lor/înregistrărilor medicale. Metodele pot fi pilotate un eșantion mic care să ofere dovezi că informațiile colectate sunt corecte.

Etapă 5: Implementarea schimbărilor în practică fo- losind GRiP

Rezultatele auditului clinic de referință sunt evaluate, iar constatările sunt utilizate în identificarea barierelor și a factorilor care contribuie la utilizarea dovezilor și la planificarea și implementarea schimbări-lor. Persoanele implicate în schimbare ar trebui să identifice bariere-le și să elaboreze strategii pentru depășirea acestor bariere, utilizând metoda JBI Getting Research into Practice (GRiP)[17]. Prin metoda GRiP se compară constatările auditului, se identifică barierele și fac-torii de sprijin în calea utilizării dovezilor și se dezvoltă strategii de implementare pentru reducerea decalajului din practică în ceea ce privește dovezile rezultate din cercetare.

Etapă 6: Reevaluarea practicii folosind un audit de urmărire

Un re-audit efectuat după implementarea dovezilor vizează exami-narea rezultatelor implementării și planificarea acțiunilor viitoare care să susțină complianța maximă (100%) cu toate criteriile de audit bazate pe dovezi. Odată ce rezultatele au fost colectate, echipa de proiect trebuie să efectueze o analiză atentă a diferențelor dintre rezultatele inițiale și rezultatele ulterioare. Este esențial ca echipa de proiect să se simtă susținută în diseminarea propriilor opinii cu privi-re la punctele tari și punctele slabe ale strategiilor actuale și dezvoltarea strategiilor alternative.

Etapa 7: Considerarea sustenabilității proiectului de implementare a practicilor bazate pe dovezi

Componentele cheie ale acestei etape includ considerații privind viitoarele audituri și asigurarea sustenabilității proiectului. **Auditurile viitoare** sunt planificate în funcție de nivelul de complianță obținut la auditul de urmărire. În general, pentru o complianță scăzută (sub 50%), este recomandat de a se efectua un audit de urmărire la fiecare 3 luni, în timp ce pentru o complianță maximă (100%), auditul poate fi efectuat anual.

Sustenabilitatea proiectului de implementare se referă la capacitatea de a menține și susține practicile bazate pe dovezi dincolo de proiectul de implementare. Atât asigurarea sustenabilității proiectului, cât și auditurile clinice de urmărire vor fi efectuate de departamentul de management al calității organizației respective. Această echipă are responsabilitatea de a revizui și gestiona în mod constructiv rezultatele și de a include colectarea datelor în fluxurile și procesele curente printr-un sistem automatizat.

Extinderea la scară largă poate fi definită ca „eforturi deliberate de a crește impactul inovațiilor în domeniul sănătății testate cu succes, astfel încât să beneficieze mai mulți oameni și să încurajeze dezvoltarea politicilor și a programelor pe o bază durabilă”[18].

Concluzii

Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică este un model integrativ care ia în considerare cele trei elemente esențiale pentru implementarea cu succes a dovezilor în practica clinică: contextul organizațional, facilitarea și evaluarea implementării. Procesul de implementare este un efort de echipă multidisciplinară, deoarece toate categoriile de profesioniști din domeniul sănătății (medici, asistenți medicali, fizioterapeuți, dieteticieni, farmaciști, biologi, etc.)

sunt în mod egal responsabile pentru calitatea îngrijirilor medicale. Auditul clinic și feedback-ul bazat pe dovezi sunt recunoscute ca o abordare valoroasă pentru implementarea dovezilor în practica clinică. Recunoașterea și înțelegerea rolului culturii profesionale, a sprijinului organizațional și a conducerii în acest proces, este esențială pentru utilizarea cu succes a procesului de audit.

Autor: Mariana Zazu – Specialist în Dezvoltare Organizațională, OAMGMAMR Filiala București; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI

Surse bibliografice:

1. M. Zazu. Modele de Practici Bazate pe Dovezi. Instrumente cheie pentru activitatea clinică a asistenților medicali și moașelor. Revista eAsistent.ro, aprilie 2023: <https://www.easistent.ro/?p=8085>
2. M. Zazu, A. Năstase. Cadrul Knowledge-to-Action de translocare a cunoștințelor în practica clinică. Revista eAsistent.ro, Iunie 2023: <https://www.easistent.ro/?p=8207>
3. M. Zazu, A. Năstase. Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework. Prezentare generală. Revista eAsistent.ro, Iulie 2023: <https://www.easistent.ro/?p=8261>
4. M. Zazu, A. Năstase. Cadrul i – PARIHS – Caracteristici principale și modalități de utilizare în cadrul proiectelor de implementare a practicilor bazate pe dovezi. Revista eAsistent.ro, August 2023: <https://www.easistent.ro/?p=8289>
5. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
6. Pearson, A, Jordan, Z & Munn, Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of

how knowledge is generated and used in healthcare, *Nurs ResPrac*, vol. 2012, id 792519.

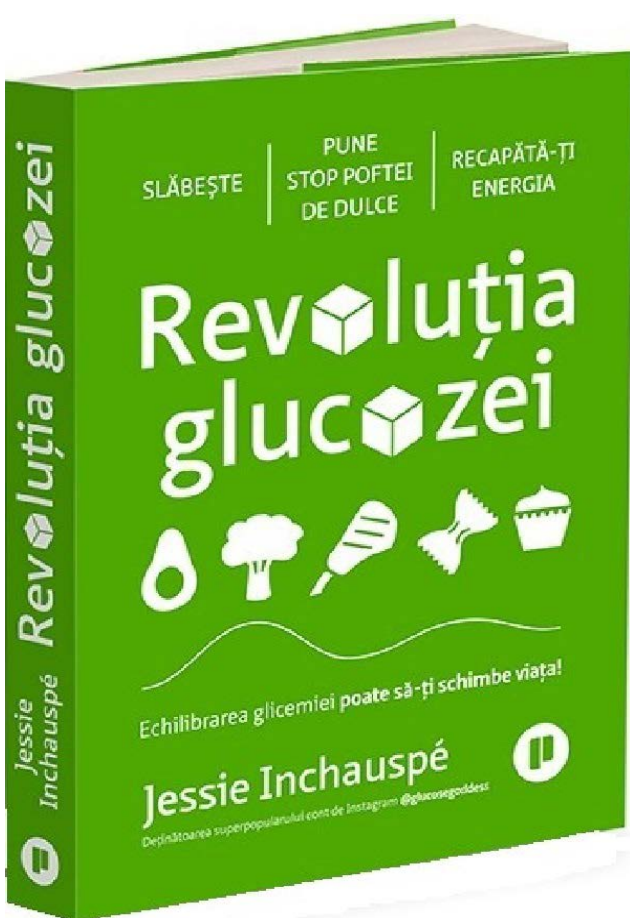
7. Redfern, S & Christian, S. Achieving change in health care practice, *J Eval Clin Prac*, 2003, vol. 9, no. 2, pp. 225-238.
8. Salmela, S, Eriksson, K & Fagerström, L. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process, *J Adv Nurs*, 2012, vol. 68, no. 2, pp. 423-433.
9. Munn, Z, Pearson, A, Jordan, Z, Murphy, F, Pilkington, D & Anderson, A. Addressing the patient experience in a magnetic resonance imaging department: final results from an action research study, *J Med Imaging Radiat Sci*, 2016, vol. 47, no. 4, pp. 329-336.
10. Deegan, C, Watson, A, Nestor, G, Conlon, C & Connaughton, F. Managing change initiatives in clinical areas, *Nurs Manag*, 2005, vol. 12, no. 4, pp. 24-29.
11. Harvey, G, Loftus-Hills, A, Rycroft-Malone, J, Titchen, A, Kitson, A, McCormack, B & Seers, K. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation, *J Adv Nurs*, 2002, vol. 37, no. 6, pp. 577-588.
12. Weiner, BJ. A theory of organizational readiness for change, *Implement Sci*, 2009, vol. 4, Oct 19, p. 67.
13. Harvey, G & Kitson, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice, *Implement Sci*, 2016, vol. 11, Mar 10, p. 33.
14. Hart, AR. Principles for best practice in clinical audit, National Institute for Clinical Excellence, Radcliffe Medical Press, Oxon, United Kingdom, 2002.
15. Pearson, A, Field, J & Jordan, Z. Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care: Assimilating Research, Experience and Expertise, Blackwell Publishing, 2009.
16. Esposito, P & Canton, A. Clinical audit, a valuable tool to impro-

ve quality of care: General methodology and applications in nephrology, *World J Nephrol*, 2014, vol. 3, no. 4, pp. 249-255.

17. Munn, Z, Scarborough, A, Pearce, S, McArthur, A, Kavanagh, S, Girdler, M, Stefan-Ramus, B, Breen, H, Farquhar, S & Li, J. The implementation of best practice in medication administration across a health network: a multisite evidencebased audit and feedback project, *JB I Database Systemat Rev Implement Rep*, 2015, vol. 13, no. 8, pp. 338-352.

18. World Health Organization. Nine steps for developing a scaling-up strategy, World Health Organization, Switzerland, 2010.

Revoluția glucozei. Echilibrarea glicemiei poate să-ți schimbe viața, de Jessie Inchauspe, Ed. Publica, 2022



Deși este o moleculă minusculă din corp, glucoza, cunoscută și ca zahărul din sânge, are un impact enorm asupra sănătății.

90% dintre noi suferim din cauza excesului de glucoză din corp, cel mai adesea, fără să știm acest lucru. Amidonul și glucidele pe care le consumăm se transformă în glucoză, care pătrunde în sânge.

Iar simptomele excesului de glucoză sunt: pofta excesivă de mâncare, oboseala, infertilitatea, problemele hormonale, ridurile...și, în timp, apariția unor afecțiuni precum diabetul de tip II, sindromul ovarelor polichistice, cancerul, demența și bolile de inimă.

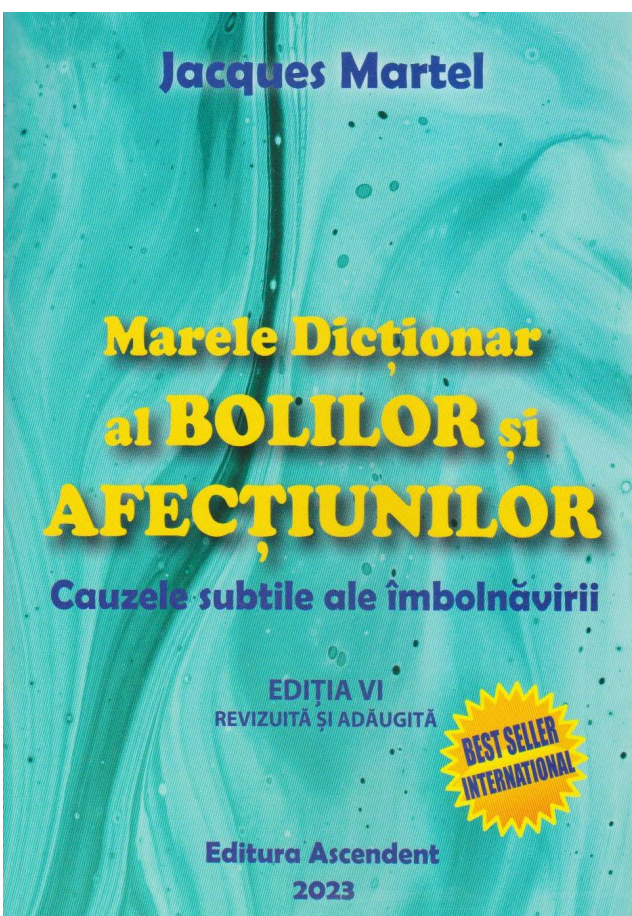
Folosind informații științifice de ultimă oră și propriile cercetări în biochimie, Jessie Inchauspe propune zece metode surprinzător de simple prin care

ne putem echilibra nivelurile glucozei din organism, fără a ține o dietă complicată și fără a renunța să mâncăm tot ce ne place.

De exemplu, ne spune să consumăm pur și simplu alimentele în ordinea corectă, să folosim un ingredient care ne permite să mâncăm și desert, însă la momentul în care corpul nostru intră în modul de ardere a grăsimilor, sau să aducem o mică schimbare în micul dejun care ne sporește energia și pune stop poftei de dulce.

Revoluția glucozei este o carte plină cu sfaturi care ne pot îmbunătăți viața, indiferent de preferințele culinare.

Marele dicționar al bolilor și afecțiunilor. Cauzele subtile ale îmbolnăvirii, Ediția a IV-a de Jacques Martel, Ed. Ascendent, 2023



Lucrarea este un important ajutor în misiunea celor ce își doresc să ajute alți oameni: medici, studenți de la facultățile de medicină, alți profesioniști din sănătate.

Pentru aceștia, principalul avantaj îl constituie gruparea informației. Autorul a ordonat fiecare element ce alcătuiește corpul uman în secțiuni clar definite, pentru a putea oferi profesionistului o parcurgere logică a materialului.

Cauzele subtile ale bolilor trebuie atent monitorizate astfel încât, în momentul anamnezei, medicul să nu scape din vedere anumite detalii ce ar putea fi vitale pentru viața unei persoane, iar cunoașterea detaliată a unei boli permite o mai rapidă identificare a acesteia.

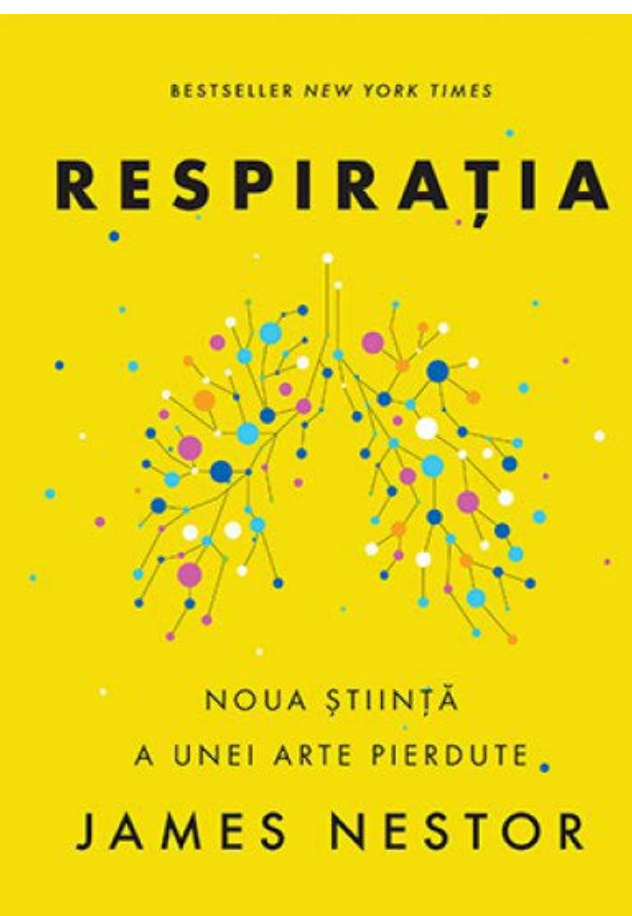
Iată de ce lucrarea de față îl ajută pe medic cu

informația necesară pentru a putea fi pregătit în diverse situații.

În plus, cartea se adresează tuturor celor ce își doresc să aibă grijă de sănătatea lor sau de cea a celor dragi. Pentru aceștia, cartea poate fi și un instrument de cunoaștere, de analiză și de transformare, care poate ajuta și în demersul de vindecare.

Iată de ce Jacques Martel a depus o muncă titanică în alcătuirea acestei lucrări, astfel încât fiecare informație să fie atent selectată și documentată, fiecare frază atent formulată pentru a respecta atât normele științifice de calitate, cât și pentru a putea fi clar înțeleasă și de către publicul larg.

Respirația. O nouă știință a unei arte pierdute, de James Nestor, Ed. Lifestyle Publishing, 2021



Nimic nu este mai important decât respirația. Inspirăm și expirăm în mod repetat, de 25 000 de ori pe zi. Însă pare că oamenii și-au pierdut capacitatea de a respira corect, iar consecințele sunt grave.

Ziaristul James Nestor călătorește prin toata lumea și discută cu oameni care cercetează știința pierdută din spatele unor practici antice de respirație cum sunt pranayama, Sudarshan Kriya și Tummo.

Pornind de la mii de ani de texte medicale și studii de ultima oră în domeniile pneumologiei, psihologiei, biochimiei și fiziologiei umane, lucrarea răstoarnă credințele înrădăcinate despre tot ce credeam că știm în legătură cu cea mai elementară funcție biologică. Autorul ne promite că n-o să mai respirăm niciodată la fel.

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.