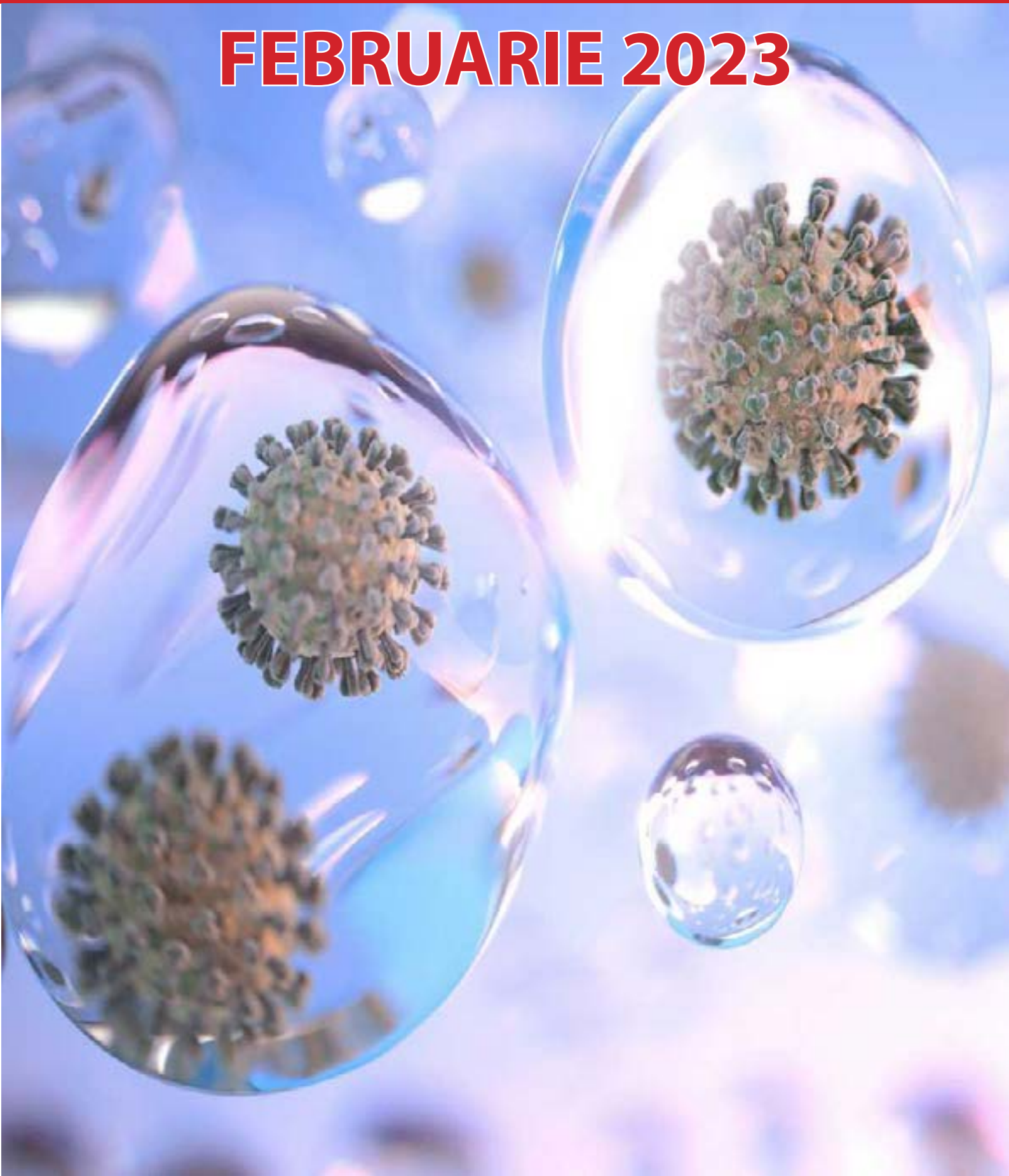


eAsistent.ro

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

FEBRUARIE 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

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) lansează, cu 2 zile înainte de Ziua Mondială de Luptă împotriva Cancerului, o nouă foaie de parcurs pentru cancerul de sân 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Alimentația, unul dintre cei mai importanți factori de mediu care ne influențează starea de sănătate în mod individualizat 8

EVENIMENT

Ziua mondială dedicată luptei cu cancerul 15

INTERVIU

Interviul doctorului Maria Van Kerkhoven de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS) despre stadiul Covid-19 22

OPINIA JURISTULUI

Aspecte juridice privind malpraxis-ul medical 29

ISTORIE

O analiză comparativă a stării actuale a medicinei de familie în patru țări europene: Danemarca, Marea Britanie, Olanda și Spania (Episodul 1 – Danemarca) 33

LUMEA MEDICALĂ

PH-ul aerosolilor – un factor cheie pentru inactivarea virusurilor 38

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Cercetarea și misiunea asistenților medicali și a moașelor 43

CĂRȚI MEDICALE

Eat, Drink and Be Healthy (Mănâncă, bea și fii sănătos), The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating, de Walter Willett, Editura Free Press, 2017 50

Cancer: A Very Short Introduction de Nick James, Editura Oxford University Press, 2011 52

English for Medicine de Ecaterina Pavel, Editura Presa Universitară Clujeană, 2021 54

ECHIPA EDITORIALĂ

55

Foto copertă: <https://www.scientificamerican.com/>



Organizația Mondială a Sănătății (OMS) lansează, cu 2 zile înainte de Ziua Mondială de Luptă împotriva Cancerului, o nouă foaie de parcurs pentru cancerul de sân.

Dacă ne uităm la profilul de țară privind cancerul , rata de mortalitate prin cancer în România standardizată în funcție de vârstă a fost cu 7% mai mare decât media Uniunii Europene (UE)

În anul 2019 și a avut un progres foarte slab față de anul 2011, comparativ cu media UE. În același timp, mortalitatea prin cancer este peste media UE și a crescut din 2000 pentru șase tipuri de cancer (cancer de sân, pancreatic, de prostată, colorectal, hepatic și al vezicii urinare).

Pe de altă parte, la nivel mondial, există peste 2,3 milioane de cazuri de cancer de sân care apar în fiecare an, ceea ce îl face cel mai frecvent cancer în rândul adulților. În 95% din țări, cancerul de sân este prima sau a doua cauză de deces prin cancer la femei. Mai mult, supraviețuirea după cancerul de sân este în mare măsură un element de inechitate: aproape 80% dintre decesele cauzate de cancerul de sân și de col uterin apar în țările cu venituri mici și medii.

În aceste condiții, inițiativa OMS de a lansa pe 2 februarie a.c. un nou cadru de inițiativă globală împotriva cancerului de sân oferă o foaie de parcurs pentru atingerea țintelor de salvare a 2,5 milioane de vieți de la decesul cauzat de cancerul de sân până în 2040.

Noul cadru recomandă țărilor să pună în aplicare trei piloni ai promovării sănătății pentru depistarea precoce, diagnosticarea în timp util și managementul cuprinzător al cancerului de sân.

Aceștia sunt:

1. Recomandarea ca țările să se concentreze asupra programelor de depistare precoce a cancerului de sân, astfel încât cel puțin 60% dintre cancerele de sân să fie diagnosticate și tratate ca boală în stadiu incipient.
2. Diagnosticarea cancerului de sân în termen de 60 de zile de la prezentarea inițială poate îmbunătăți rezultatele tratamentului pentru cancerul de sân. Astfel, tratamentul trebuie să înceapă în termen de trei luni de la prima prezentare.
3. Gestionarea cancerului de sân să fie făcută astfel încât cel puțin 80% dintre paciente să își finalizeze tratamentul recomandat.

Această inițiativă OMS se alătură altor eforturi notabile de a proteja

populația și de a ajunge la un control mai bun al tuturor acestor maladii.

Astfel, Ziua Mondială de Luptă împotriva Cancerului vine, în fiecare an, pe 4 februarie, să ne amintească că sunt lucruri pe care le putem face pentru a preveni și controla cancerul. Iar primul pas este ca tot mai mulți dintre noi să conștientizăm că prevenția primară,

12

European Code
Against Cancer

12

WAYS TO REDUCE
YOUR CANCER RISK

Codul European
împotriva cancerului

<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Nu fumați!</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Nu utilizați nicotină în formă de tutun.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Eliminați fumatul acasă!</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Sprijiniți politicile de faramă interzicând fumatul la locul de muncă.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Luați măsuri pentru a avea o greutate corporală sănătoasă.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Fiți activ fizic în viața de zi cu zi</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Limitați perioadele de timp petrecute stând ședinți.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Adoptați o dietă sănătoasă!</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">- consumați din abundență cereale integrale, leguminoase, legume și fructe. - limitați alimentele bogate în calorii (alimente cu conținut crescut de grăsimi sau zahăr) și evitați băuturile îndulcite - evitați carnea procesată, limitați carnea roșie și alimentele cu un conținut ridicat de sare.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">În cazul în care consumați alcool de orice fel, limitați-vă consumul</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Pentru prevenirea cancerului este mai bine să nu beți alcool deloc.</p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Evitați expunerea exagerată la soare</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">În special în cazul copiilor - utilizați protecție de protecție de soare - evitați aparate de încălzire.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">La locul de muncă, respectați instrucțiunile</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">privind siguranța și securitatea în muncă pentru a vă proteja de substanțele cancerigene.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Aflați dacă sunteți expuși iradierilor</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Cu riscuri ridicate de radionatural în locuința dumneavoastră. Luați măsuri pentru a reduce riscurile ridicate de radion.</p> </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Pentru femei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alăptarea reduce riscul de cancer al mamelor. Dacă puteți, alăptați-vă copilul. - Terapia hormonală de substituție (THS) crește riscul apariției anumitor tipuri de cancer. Limitați utilizarea THS. </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Asigurați participarea copiilor dumneavoastră</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">la programele de vaccinare pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hepatita B (pentru nou-născuți) - virusul papiloma uman (HPV) (pentru femei) </div> </div> <hr style="border: 0.5px solid #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Participați la programele organizate de screening pentru cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> - colonoscopia (la femei și bărbați) - mamografia (la femei) - de test uterin (la femei) </div> </div>
---	---



screeningul și depistarea precoce, încă de la primele semne, sunt cele mai eficiente metode de combatere a bolii și să și știm ce să facem pentru aceasta.

Este nevoie, pe de altă parte, ca autoritățile să-și asume angajamente politice pentru a depune toate eforturile posibile spre a învinge cancerul, cum este Planul European de combatere a cancerului (adoptat în februarie 2021) sau Legea Planului național de prevenire și combatere a cancerului (adoptată în România în noiembrie 2022).

Aceste măsuri sunt cu atât mai necesare cu cât se estimează că, până în anul 2035, numărul de îmbolnăviri de cancer în Uniunea Europeană va crește cu 24%, astfel că această boală va deveni principala cauză de deces.

Privind acum la riscuri, principalii factori care contribuie la creșterea numărului de îmbolnăviri prin cancer sunt factorii comportamentali (fumatul, consumul de alcool, supraponderabilitatea și obezitatea, lipsa activității fizice regulate) și factorii de mediu (cum ar fi poluarea).

Majoritatea dintre aceștia pot fi controlați prin ajustări ale stilului de viață.

Aceste recomandări sunt ilustrate și prezentate succint în Codul European împotriva cancerului. **Tu ce acțiuni ai întreprins luna aceasta pentru a te proteja?**

Pentru a completa tabloul cunoștințelor despre Ziua Mondială de Luptă împotriva Cancerului și alte teme de actualitate, vă încurajez să citiți articolele lunii februarie din revista noastră și vă doresc să faceți zilnic alegeri conștiente pentru sănătatea voastră.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Alimentația, unul dintre cei mai importanți factori de mediu care ne influențează starea de sănătate în mod individualizat

Timp de lectură: 7 minute

V-ați întrebat vreodată ce legătură există între alimentele pe care le consumăm și starea noastră de sănătate? Dr. Thomas Brenna, de la Departamentul de Nutriție al Facultății de Medicină Dell a Universității din Texas din Statele Unite ale Americii, este specializat în cercetări privind genomul uman și acizii grași omega-3. El subliniază că, dintre toți factorii de mediu cu care organismele, nu numai cel uman, intră în contact, **hrana este unul dintre cele mai importante.**

Cercetările de până acum arată că există o corelație importantă între dietă și anumite boli cronice, dar mecanismul nu este pe deplin elucidat. Nu știm ce rol joacă genomul uman în această ecuație. Nutrigenomica, un domeniu științific nou apărut, încearcă să descopere acest rol analizând relația dintre genom și alimentație. Mai precis, nutrigenomica e definită ca fiind știința care studiază rolul nutrienților și al compușilor alimentari bioactivi în expresia genelor.

Exploatarea acestor informații genomice permite dobândirea de noi



cunoștințe menite să obțină o mai bună înțelegere a interacțiunilor nutrienți-gene în funcție de genotip, cu scopul final de a dezvolta strategii nutriționale personalizate pentru o sănătate optimă și prevenirea bolilor.

Există trei factori centrali care stau la baza nutrigenomicii ca știință importantă. În primul rând, există o mare diversitate în genomul moștenit între grupurile etnice și indivizi, care afectează bio-disponibilitatea și metabolismul nutrienților. În al doilea rând, oamenii diferă foarte mult în ceea ce privește disponibilitatea și alegerea alimentelor/nutrienților, în funcție de diferențele culturale, economice, geografice și de percepția gustului. În al treilea rând, malnutriția (deficiență sau exces) poate afecta expresia genetică și stabilitatea genomului, ceea ce poate duce la mutații la nivelul secvenței genetice sau la nivel cromozomial.

Ipotezele fundamentale care stau la baza nutrigenomicii sunt următoarele:

1. nutriția poate afecta direct expresia genelor din căile metabolice critice și/sau indirect prin afectarea incidenței mutațiilor genetice la nivelul secvenței de bază sau la nivel cromozomial, care, la rândul său, provoacă modificări în dozarea și expresia genelor.
2. efectele nutrienților și ale nutriomilor (combinații de nutrienți) asupra sănătății depind de variantele genetice moștenite.
3. există beneficii de sănătate dacă cerințele nutriționale sunt personalizate pentru fiecare individ, luând în considerare atât caracteristicile genetice moștenite, cât și cele dobândite, în funcție de stadiul de viață, preferințele alimentare și starea de sănătate.

Pe măsură ce nutriția devine din ce în ce mai integrată în medicina preventivă, este esențial ca dieteticienii și medicii practicieni, precum și geneticienii, să fie educați în mod holistic și în domeniul nutrigenomicii, astfel încât principiile, protocoalele bazate pe dovezi și practicile din acest domeniu să fie utilizate în mod eficace.

Odată cu dezvoltarea domeniului nutrigenomicii, suntem și martorii dezvoltării fără precedent a unor aplicații inteligente care urmă-



resc să ne ajute să creștem aportul de nutrienți sau să monitorizăm efectele acestora asupra stării noastre de sănătate. În acest context, Sara Kostelnick, dietetician pentru performanță sportivă la University of Kansas - Health System din Statele Unite ale Americii, declara recent: *"În calitate de dietetician, văd adesea că aportul de fructe și legume este uitat atunci când se fac schimbări în stilul de viață. Multe studii au investigat rolul monitorizării ca mijloc de creștere a responsabilității și de atingere a obiectivelor de sănătate pe care ți le-ai stabilit. Oferirea unei modalități practice de a face acest lucru – ca, de exemplu, de a monitoriza consumul, poate ajuta utilizatorii să își crească consumul zilnic de fructe și legume"*, a adăugat ea.

Astfel, un studiu din 2019 asupra folosirii aplicației SMART 5-A-DAY (o aplicație interactivă pentru telefoanele mobile care ajută la înțelegerea și respectarea recomandărilor din Marea Britanie privind consumul de 5 fructe și legume pe zi) a constatat o creștere (încă) modestă a cunoștințelor participanților cu privire la recomandările privind consumul de fructe și legume, precum și a consumului în sine. De atunci, cercetătorii au încorporat mai multe actualizări bazate pe feedback-ul utilizatorilor și se așteaptă ca acest lucru să aibă un impact pozitiv asupra consumului general de fructe și legume.

"Cercetările au constatat, de asemenea, că monitorizarea atingerii unui obiectiv legat de sănătate duce la creșterea probabilității atingerii obiectivului", a declarat pentru revista *Medical News Today* Debbie Fetter, doctor în științe, profesor asistent de nutriție la Universitatea din California, Davis, din Statele Unite ale Americii. *"Consumarea mai multor fructe și legume este o modalitate excelentă de a ne îmbunătăți sănătatea, iar o aplicație poate ajuta oamenii să își atingă obiectivele"*, a declarat Dr. Fetter.

Cercetătorii speră ca aplicațiile de tipul SMART 5-A-DAY să le ofere utilizatorilor cunoștințe care să îi încurajeze să consume mai multe fructe și legume, precum și o modalitate practică de a monitoriza consumul, ingredient important în atingerea obiectivelor de nutriție. Pentru a utiliza aplicația, utilizatorii introduc ce fructe și legume au mân-

cat la fiecare masă și în ce cantitate, precum și în relație cu recomandările britanice de cinci porții de fructe sau legume diferite pe zi. Aplicația ia în calcul doar fructele și legumele relevante pentru aceste recomandări din Marea Britanie, astfel încât cele care nu sunt incluse în recomandările britanice, cum ar fi cartofii, nu pot fi adăugate.

Cercetătorii subliniază că unul dintre principalele beneficii ale unei asemenea aplicații este că îi ajută pe utilizatori să conștientizeze cât de puține fructe și legume consumă, ceea ce îi poate atenționa să își îmbunătățească dieta în mod permanent.

A avea un stil de viață sănătos înseamnă să crezi obiceiuri sănătoase care durează o viață întreagă, cu reale beneficii asupra stării de sănătate fizică, dar nu numai.

Astfel, în ultimii câțiva ani, mai multe studii au sugerat că alegerea unei diete mai sănătoase, bogată în legume, fructe și cereale integrale, poate contribui la îmbunătățirea simptomelor depresiei. De exemplu, un studiu din aprilie 2022 făcut de cercetători de la Universitatea de Tehnologie din Sidney, Australia, a constatat că bărbații cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani au înregistrat o îmbunătățire a simptomelor depresiei după ce au trecut la o dietă mediteraneană. Rămâne totuși neclar ce mediază legătura dintre calitatea dietei și sănătatea mintală, ceea ce face necesară organizarea mai multor studii relevante pentru a înțelege acest mecanism.

Există deja câteva studii în această privință, cu descoperiri cu potențial important. Astfel, două studii publicate în revista *Nature Communications* la sfârșitul anului 2022 au analizat legătura dintre microbiota intestinală și simptomele depresiei. Unul dintre studii a constatat că 13 tipuri de bacterii sunt asociate în mod special cu simptomele depresiei. Dr. Najaf Amin, cercetător asociat senior în cadrul Departamentului Nuffield de Sănătate a Populației de la Universitatea din Oxford, Marea Britanie, specializat în utilizarea datelor genomice pentru a identifica biomarkeri ai trăsăturilor neuro-psihiatrice, este unul dintre autorii unuia dintre studiile publicate în revista *Nature*

Communications. Este posibil ca modul în care aceste bacterii contribuie la activarea diferitelor semnale în creier să fie cel care poate explica legătura dintre compoziția bacteriană a intestinului și simptomele depresiei. Iar aici intervine rolul dietei: cu anumite schimbări în alimentație, am putea influența abundența anumitor bacterii în intestin.

Dezvoltarea unei abordări personalizate a nutriției pentru prevenirea și terapia bolilor va necesita o înțelegere mult mai cuprinzătoare a interacțiunilor nutrienți-gene și a impactului acestora asupra fenotipului, pentru a identifica, evalua și dezvolta priorități și strategii de intervenție dietetică, cu implicații potențial majore pentru sănătatea publică. Este important să se analizeze raportul cost-beneficiu, luându-se în calcul atât beneficiile de prevenire și tratare a unor condiții medicale, cât și costul oferirii pe scară largă a consilierii pentru o nutriție personalizată, cu recomandări individualizate și adaptate, bazate pe descoperirile nutrigenomicii.

Cercetătorii cred că, pe termen lung, acest domeniu ar putea fi modalitatea cheie de a optimiza nutriția pentru efecte pozitive asupra sănătății, a stării de bine și a încetării deteriorării asociate cu procesul de îmbătrânire, depinzând și de măsura în care oamenii vor fi motivați și își vor permite o dietă personalizată.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Nutrigenomics: Understanding Nutrition and Health (utexas.edu)
2. Nutrigenetics and Nutrigenomics: Viewpoints on the Current Status and Applications in Nutrition Research and Practice - PMC (nih.gov)
3. SMART 5-A-DAY app | Bournemouth University

4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-a-new-app-could-help-people-eat-more-fruits-and-vegetables>
5. Depression and the gut: Can diet help improve mental health? (medicalnewstoday.com)
6. Sursa foto 1: www.utexas.edu
7. Sursa foto 2: <https://diettogo.com/>



Ziua mondială dedicată luptei cu cancerul

Timp de lectură: 6 minute

Această temă reunește toate eforturile de luptă împotriva cancerului la nivel global, în încercarea de a preveni milioane de decese în fiecare an, prin creșterea gradului de conștientizare și educație despre cancer și prin sporirea presiunii asupra guvernelor și tuturor celor ce pot lua măsuri sau pot acționa pentru controlul bolii.

Pentru România, problema este cu atât mai îngrijorătoare cu cât, după bolile cardiovasculare, cancerul reprezintă cea mai importantă cauză a mortalității, cu 19% din totalul deceselor. Astfel, potrivit Institutului Național de Sănătate Publică, 50.324 de persoane au murit prin cancer în România, în anul 2019, iar rata de mortalitate prin cancer standardizată în funcție de vârstă a fost cu 7% mai mare decât media Uniunii Europene (conform profilului de țară privind cancerul –

România 2023, publicat pe 1 februarie 2023 la [Profil de țară privind cancerul în România¹](#). De asemenea, mortalitatea prin cancer (264 la 100.000 de locuitori) este peste media UE (247 la 100.000 de locuitori) și a crescut pentru șase tipuri de cancer din anul 2000 (cancer de sân, pancreatic, de prostată, colo rectal, hepatic și al vezicii urinare).

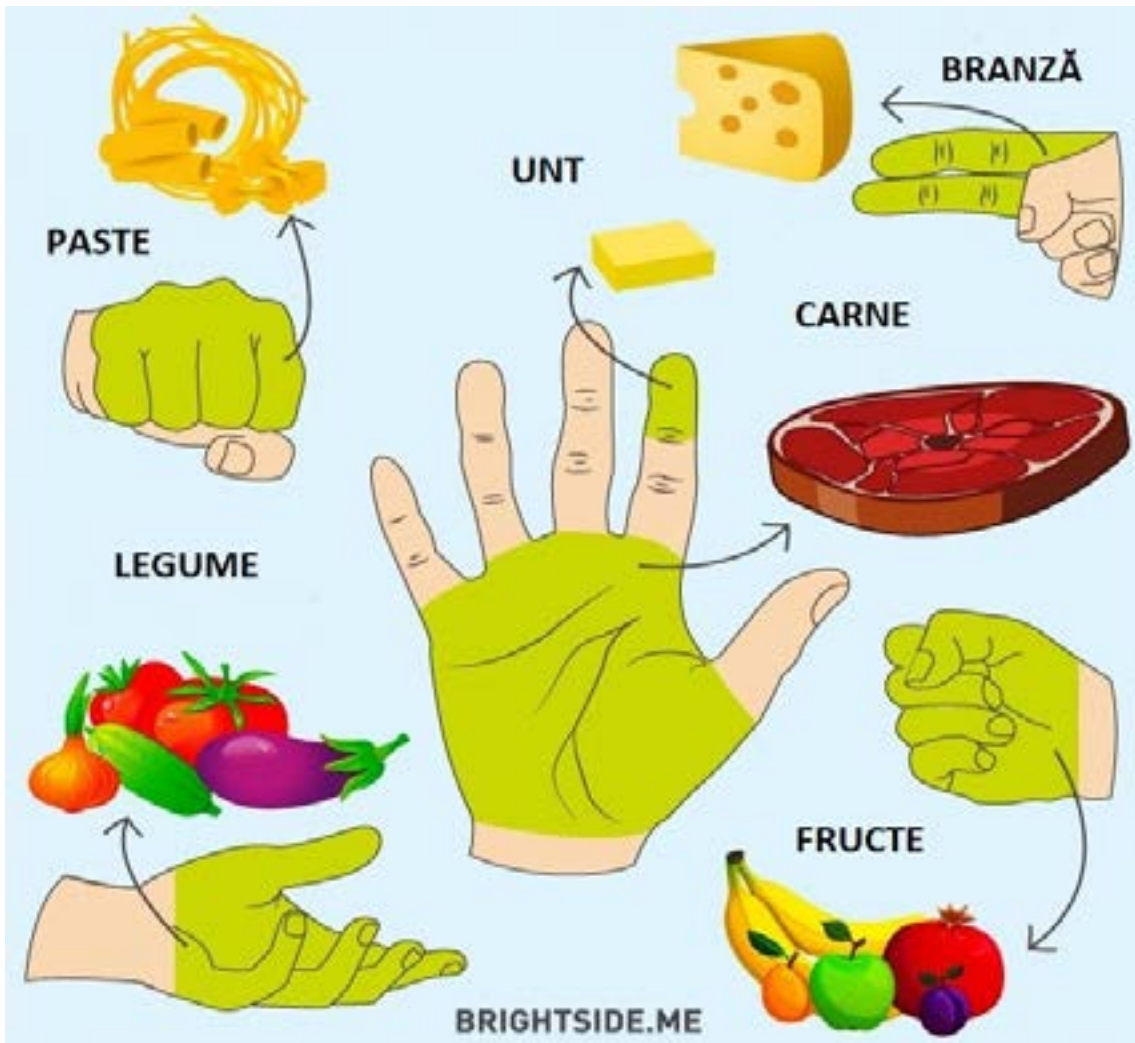
Iată de ce este cu atât mai important să știm cum putem să prevenim cât mai bine riscul de îmbolnăvire prin acțiuni care stau în puterea fiecăruia dintre noi. Practic, ar trebui ca fiecare dintre noi să știe că alegerile pe care le facem cu privire la dietă, exerciții fizice și alte obiceiuri ne pot afecta sănătatea generală, dar și riscul de a dezvolta cancer și alte boli grave.

Evitați fumatul, activ sau pasiv. Nu există niciun tip de tutun care să fie sigur. Dacă fumați țigări sau folosiți alte tipuri de produse din tutun, cel mai bine este să renunțați. De asemenea, este important să evitați fumul de tutun (fumatul pasiv). Atât utilizarea produsele din tutun, cât și expunerea la fumul de tutun pot provoca cancer, precum și multe alte probleme de sănătate. Dacă vreți să renunțați la fumat, consultați medicul de familie sau un alt specialist pentru a găsi cea mai bună și eficientă metodă.

Păstrați o **greutate sănătoasă**. Excesul de greutate sau obezitatea sunt asociate de studii cu creșterea riscului pentru mai multe tipuri de cancer. Pentru aceasta, sunt două lucruri pe care le puteți face: alimentația sănătoasă și evitarea creșterii excesive în greutate pe tot parcursul vieții, alături de echilibrarea caloriilor pe care le consumați cu cantitatea de activitate fizică depusă. Urmărirea dimensiunilor porțiilor este o parte importantă a controlului greutății, în special pentru alimentele bogate în grăsimi și în zahăr.

Încercați să mâncați legume, fructe și cereale integrale în locul alimentelor cu mai multe calorii. Imaginea alăturată ne învață cum să gândim porțiile zilnice de mâncare ca să reducem greutatea sau să

1 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/profil-de-tara-privind-cancerul-romania-2023_20726aa6-ro



ne păstrăm o greutate normală și cum să măsurăm dimensiunile acestora folosind propria mână. În plus de mărimea porțiilor, contează să avem **un model de alimentație sănătoasă** care include o mulțime de fructe, legume și cereale integrale și limitează sau evită carnea roșie și procesată, băuturile dulci și alimentele foarte procesate.

Cel mai sigur este să **nu beți deloc alcool**. Dacă apare o excepție, nu beți mai mult de 1 pahar de băutură pe zi pentru femei sau 2 pahare pe zi pentru bărbați.

Faceți **multă mișcare fizică**. Ea aduce multe beneficii pentru sănătate. Pentru adulți, idealul înseamnă 150-300 de minute de activitate moderată pe zi, în timp ce la copii și adolescenți, optimul înseamnă cel puțin 1 oră de activitate de intensitate moderată sau viguroasă în

fiecare zi. Activitatea moderată este aceea care ne face să respirăm la fel de greu ca în timpul unei plimbări rapide. Ea aduce o ușoară creștere a ritmului cardiac și a respirației. Activitățile viguroase se desfășoară la o intensitate mai mare. Ele provoacă o creștere a ritmului cardiac, transpirație și o frecvență respiratorie mai rapidă.

De asemenea, atunci când medicul de familie sau un alt medic specialist **recomandă testarea pentru depistarea anumitor tipuri de cancer**, este important să-i urmăm sfatul. Practic, testele de screening sunt folosite pentru a găsi cancerul la persoanele care nu prezintă simptome. A face un astfel de test la intervale regulate vă oferă cea mai bună șansă de a găsi cancerul devreme, atunci când în faze incipiente, înainte de a se răspândi.

De exemplu, **Societatea Americană a Cancerului** face recomandări cu privire la testările care sunt potrivite la fiecare decadă de vârstă, după 20 de ani.

Astfel, **între 21-29 de ani** ce ar fi bine să știți despre testările recomandate pentru cancer este că:

- dacă aveți un risc mai mare decât media pentru cancer de colon, din cauza antecedentelor familiale, a tulburărilor genetice sau a altor factori este necesar să discutați cu un specialist despre **testarea cancerului de colon**. În caz contrar, testarea nu este necesară.
- toate femeile ar trebui să fie educate despre cum arată și se simt în mod normal sânii lor și să raporteze imediat orice schimbare unui furnizor de servicii medicale. Apoi, trebuie să afle dacă au un risc mai mare decât media pentru cancer de sân. Dacă nu au, atunci testarea nu este necesară în acel moment. Dacă au, trebuie să discute cu un furnizor de servicii medicale despre când trebuie să înceapă să facă **mamografii sau alte teste de screening pentru cancerul de sân**.
- înainte de vârsta de 25 de ani, nu este necesar niciun **test pentru cancerul de col uterin**. Începând cu vârsta de 25 de ani și

până la vârsta de 65 de ani, toate persoanele de sex feminin ar trebui să facă un test Papanicolau la fiecare 3 ani.

Persoanele **între 30-39 de ani** trebuie să aibă în vedere următoarele:

- referitor la testarea pentru **cancerul de colon** sau **cancerul de sân**, se păstrează aceleași recomandări ca și pentru intervalul de vârstă precedent;
- în cazul testării pentru **cancerul de col uterin**, se păstrează recomandarea unui test Papanicolau la fiecare 3 ani, chiar și în cazul în care ați fost vaccinată împotriva HPV. Singura excepție apare la persoanele care au colul îndepărtat chirurgical, în cazul în care motivele nu au fost un pre-cancer sau cancer de col uterin; persoanele cu istoric de pre-cancer de col trebuie să continue testarea timp de 25 de ani de la diagnostic.

Persoanele **între 40 și 49 de ani** au următoarele recomandări de testare:

- pentru testarea pentru **cancerul de colon**, la persoanele între 40-44 de ani se păstrează recomandările de la vârstele anterioare. Începând cu vârsta de 45 de ani, persoanele cu risc mediu trebuie să înceapă testarea, conform recomandărilor medicului lor curant;
- pentru **testarea cancerului de sân**, la femeile între 40-44 de ani, testarea se poate face anual, prin mamografii, dacă ele decid acest lucru; avantajele și dezavantajele testării trebuie analizate și ele; de la 45 de ani, femeile trebuie să facă anual câte o mamografie, împreună cu alte teste, dacă sunt recomandate de medic;
- pentru **testarea cancerului de col**, se păstrează recomandările pentru deceniul anterior de vârstă.
- De la vârsta de 45 de ani, bărbații cu un risc mai mare decât media de **cancer de prostată** (un frate, tată, bunic etc. care au

avut cancer de prostată la vârste mai mici de 65 de ani) trebuie să discute cu un medic despre testare. Dacă mai mult de o rudă apropiată a avut un astfel de cancer, testarea poate începe la 40 de ani.

Persoanelor **între 50 și 64 de ani** li se recomandă următoarele

- **testarea pentru cancerul de colon** care a început la 45 de ani la persoanele cu risc mediu;
- **testarea pentru cancerul pulmonar**, la peste 50 de ani, mai ales în funcție de istoricul de consum de tutun. Testarea este recomandată dacă sunteți fumător sau dacă ați renunțat la fumat în ultimii 15.
- **testarea pentru cancerul de sân** este recomandată, sub formă de mamografie, femeilor în vârstă de 50-54 de ani, în fiecare an. După 5 de ani poate fi continuată testarea la același interval, sau se poate face la 2 ani.
- pentru **testarea cancerului de col**, se păstrează recomandările pentru deceniul anterior de vârstă.
- Peste 50 de ani, toți bărbații cu risc mediu trebuie să discute cu un medic despre **testarea pentru cancerul de prostată** și să urmeze recomandările.

Persoanele de peste 65 de ani ar trebui:

- să se **testeze pentru cancerul de colon**, între 65 și 75 de ani. Peste această vârstă, decizia de a continua testarea și cu ce tip de teste trebuie luată în consultare cu medicul curant.
- să se **testeze pentru cancer pulmonar**, dacă sunt fumători sau au renunțat la fumat în ultimii 15 ani și nu au simptome de cancer pulmonar;
- să se **testeze pentru cancer de sân** la fiecare 2 ani
- nu mai este necesară testarea pentru cancerul de col uterin, dacă testarea a fost făcută în mod regulat și testele au fost nor-

male în ultimii 10 ani;

- să se testeze, în funcție de starea de sănătate și nu neapărat de vârstă pentru cancerul de prostată.

Să nu uităm, așadar, că de fiecare dintre noi depinde să prevenim cât mai bine riscul de îmbolnăvire, prin acțiuni care stau în puterea noastră. Practic, ar trebui ca fiecare dintre noi să știe că alegerile pe care le facem cu privire la dietă, exerciții fizice și alte obiceiuri ne pot afecta sănătatea generală, dar și riscul de a dezvolta cancer și alte boli grave. Iar testarea face parte din arsenalul de instrumente cu ajutorul cărora putem depista timpuriu cancerul. Nu în ultimul rând, vaccinarea pentru prevenirea cancerului de col uterin este și ea la îndemâna noastră. Tot ce contează este să nu fim pasivi în fața riscurilor și să acționăm.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.uicc.org/what-we-do/convening/world-cancer-day> (sursa imagine)
2. <https://insp.gov.ro/2023/02/03/4-februarie-2023-ziua-mondiala-de-lupta-impotriva-cancerului/>
3. https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/screening-recommendations-by-age.html#65_or_older
4. Eating a Balanced Diet Starts With Your Hands (mumslounge.com.au) (sursa foto)



Interviul doctorului Maria Van Kerkhoven de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS) despre stadiul Covid-19

Timp de lectură: 8 minute

A treia aniversare a zilei în care cercetătorii de la Institutul de Virologie din Wuhan, din China, au izolat un coronavirus care a provocat un grup de cazuri misterioase de pneumonie într-

unul dintre spitalele orașului a fost marcată pe 5 ianuarie. Acest nou virus, denumit Sars-Cov-2 de către Organizația Mondială a Sănătății, este cel care a infectat ulterior cea mai mare parte a populației lumii.

Vaccinurile și îmbolnăvirile au încetinit acum răspândirea acestui virus. El a dezvoltat unele mijloace de a evita sistemul de protecție imunitară, iar reinfectările au devenit o rutină. Cea mai recentă experiență este, însă, cea a Chinei. Țara în care a început Covid-ul a urmat abia recent restul lumii, abandonând izolarea și politica zero Covid. Acest lucru, combinat cu înregistrarea inexactă a vaccinării - ceea ce a însemnat că mulți chinezi nu au avut ocazia să dobândească imunitate fie prin infectare, fie prin vaccin - a dus la o creștere a numărului de cazuri.

Pentru a înțelege mai bine ce se întâmplă și unde ne aflăm în acest moment în eforturile de depășire a situației generate de Covid-19 urmăm un interviu cu dr. Maria Van Kerkhove, Covid-19 Technical Lead, WHO Health Emergencies Programme.

Comitetul de Urgență OMS pentru Covid 19, care se întâlnește acum la interval de aproximativ 3 luni pentru a evalua situația curentă și a recomanda în ce măsură acesta încă reprezintă o urgență internațională de sănătate publică, a observat că, deși situația trebuie monitorizată în continuare cu atenție, ne aflăm totuși într-o perioadă pozitivă de tranziție. Practic, contextul este incomparabil mai bun decât acum 3 ani, deoarece se știu atât de multe lucruri și sunt disponibile atât de multe instrumente care pot reduce impactul Covid-19.

Întrebată despre această situație, doctorul Maria Van Kerkhoven explică:

Desigur, diverse țări se află în situații diferite, dintr-o varietate de motive care țin de varianta de virus care circulă în acele zone, de imunitatea colectivă din respectivele regiuni, de modul în care au folosit vaccinurile și i-au protejat pe cei mai vulnerabili, etc. Țările fac eforturi să gestioneze și să trăiască cu Covid-19, dar încă nu am ajuns la

faza în care să controlăm acest virus, cum facem cu alte boli. De aceea ne aflăm încă în faza de "urgență". Însă există premisele pentru a depăși această fază anul acesta.

Aflăm din discuție și care este diferența dintre "pandemie" și o "urgență internațională de sănătate publică":

O urgență internațională de sănătate publică este un eveniment extraordinar, care cere cooperare internațională, deoarece există încă un impact excepțional al Covid-19 în multe țări din lume, pentru multe săptămâni, chiar dinaintea valului de Omicron din China. Vorbim despre peste 170000 de morți în ultimele 8 săptămâni pe întreg globul (cifra care le include pe cele din China). Atingerea momentului în care această fază se termină și Covid-19 este controlat în mod responsabil este obiectivul acestei faze. O pandemie este cu totul altceva. Virusul, odată intrat în viețile noastre, va rămâne. Înseamnă că ne vom continua viețile în prezența lui. La nivel individual, de exemplu, suntem protejați prin vaccinare, purtarea măștii, când suntem în spațiile aglomerate, unde știm că suntem expuși, iar la nivel guvernamental, suntem protejați prin menținerea sistemului de supraveghere, susținerea sistemului medical etc. Cu alte cuvinte, pandemia va continua, dar urgența asociată va fi rezolvată în cele din urmă.

Aspectele legate de continuarea purtării măștii de protecție sunt și ele o temă de dezbatere, așadar, iată care este sfatul doctorului Maria Van Kerkhoven:

Recomandarea este să continuăm să purtăm măștile de protecție, în aglomerație și în spațiile închise. Sfatul se adresează în special personalului medical din spitale și facilități de îngrijire, deoarece virusul circulă la nivel global oarecum necontrolat, în acest moment.

Ultimele date epidemiologice referitoare la această boală sunt următoarele:

Comparativ cu ultima lună, se observă o scădere a numărului de cazuri raportate, cu toate că peste 44 de milioane de cazuri au fost raportate doar de China. Ceea ce îngrijorează, însă, în această comparația lunară este creșterea numărului de decese, în pofida tuturor progreselor aduse de vaccinuri, medicamentele antivirale, protocoale de diagnostic care să permită spitalizarea și intervențiile critice. Aceasta este și cea mai mare provocare. În mod normal ar trebui să vedem numărul de decese scăzând, nu invers. Sunt locuri din lume unde lucrurile nu sunt bine, din perspectiva numărului de decese. La ce ne uităm acum este decuplarea: vom vedea valuri de îmbolnăvire, dar aceasta nu înseamnă că trebuie să avem creșteri ale spitalizărilor. În anumite țări, vom vedea că reușesc să păstreze numărul de spitalizări și decese foarte jos, pe când altele se vor lupta cu acestea. Iar în acest al doilea grup de țări care vor continua să aibă număr crescut de decese se vor regăsi cele care nu au reușit să-și vaccineze populațiile la risc.

În ceea ce privește măsurile de protejare a persoanelor imunocompromise, în aceste condiții, ar trebui să ne reamintim că:

Primul pas este cunoașterea riscului individual și al persoanelor din cercul apropiat de familie sau cunoștințe și folosirea diferitelor instrumente precum: auto-testarea, dacă aveți acces la teste, dacă sunteți infectat, stați cât mai izolat, purtați masca în spațiile în care sunt și alte persoane, aerisiți încăperile și asigurați-vă că există o bună ventilație în spațiile închise folosite în comun. În cazul persoanelor vulnerabile, vaccinați-vă și faceți dozele booster.

Legat de Covidul lung (sau post-Covid) trebuie reținut că:

O serie de estimări ne spun că aproximativ 10 % dintre persoanele infectate vor dezvolta o condiție post-Covid-19, dar datele nu sunt încă concludente în ce privește de numărul total de persoane afectate. Însă au fost multe raportări de simptome post-Covid care au afectat

creierul, inima, plămâni și cu perioade de recuperare care au ajuns și la 1 an. Din păcate nu există toate răspunsurile legate de acesta, însă datele se adună. Grupuri de cercetare, inclusiv cele din cadrul OMS, se ocupă de această temă. Post-Covid afectează diverse organe, nu este o condiție respiratorie, motiv pentru care este important să lucrăm la recunoașterea lui, dezvoltarea celui mai bun management clinic și asigurarea metodei terapeutice pentru persoanele afectate.

Un instrument care poate ajuta în viitoare pandemii – ”Tratatul global pentru pandemii” este un subiect important pe viitor despre care am aflat că:

Discuțiile sunt în derulare. Ideea din spatele acestui tratat sau acord, este o promisiune de a face lucrurile mai bine, de către toate țările din lume. Am învățat enorm în ultimii 3 ani, cunoștințe care se adaugă celor obținute din alte epidemii anterioare. Pot fi pași concreți care să ne ajute să facem lucrurile mai bine data viitoare.

În ceea ce privește măsurile pe care OMS le vede necesare pentru a depăși în 2023 momentele critice, acestea sunt:

Noutățile și importanța nu sunt legate de măsuri, ci de modul în care le punem în practică în fiecare țară. Covid nu este singura urgență pe care o avem de rezolvat global, nici măcar singura urgență de sănătate publică. Avem inundații, secetă, război, cutremure, refugiați, iar Covid este parte a acestui tablou. Ce încercăm să facem este să încheiem această urgență internațională anul acesta, și pentru asta lucrăm cu statele membre. Avem instrumentele care sunt necesare. Tot ce cerem țărilor membre este să-și analizeze situația și să facă ajustările necesare. Ce nu trebuie să se întâmple este să renunțăm la toate sistemele care au funcționat pe parcursul celor 3 ani. În țări trebuie să funcționeze sistemele de supraveghere epidemiologică, sistemele de secvențiere, dar și circuitele clinice. Orice persoană infectată (cu orice virus, nu doar Covid, poate fi gripă, HIV etc.) să intre în sistemul clinic, să primească diagnosticul și tratamentul anti-viral, și să preve-

nim spitalizarea. Persoanelor care ajung să fie spitalizate trebuie să le fie optimizată spitalizarea cu terapiile potrivite, oxigen, ventilație etc. pentru a salva vieți. Vaccinarea trebuie concentrată prioritar asupra persoanelor la risc, care trebuie vaccinate în proporție de 100%. Îmbunătățirea ventilației în locuințe, spațiile de muncă, școli, etc. este o investiție pe termen lung care nu a fost suficient realizată. Mai mult, trebuie continuată cercetarea pentru a înțelege mai bine acest virus. Avem nevoie de inovație în echipamentul individual de protecție, de exemplu, care trebuie gândit și pentru femei, avem nevoie de vaccini inovatoare, gândite să prevină infectarea și transmiterea. Avem nevoie să înțelegem mai bine care sunt măsurile de sănătate publică eficiente, care au impact cu minimum de afectare a vieții sociale și când pot fi folosite. În plus, avem nevoie să construim încrederea. Principala schimbare însă este în modul în care gândim, în contextul mai larg, și cum înțelegem că nu putem pur și simplu renunța la toate precauțiile și măsurile dintr-o dată, fără să vedem riscurile.

Aflăm de la doctorul Maria Van Kerkhoven și ce se știe despre riscul infecțiilor repetate:

Adevărul este că nu știm toate detaliile despre infecțiile multiple. Aceasta este un aspect care trebuie încă investigat. În mod ideal, nu am vrea să vedem oamenii îmbolnăvindu-se repetat de Covid-19, pentru că există un risc să dezvoltăm o formă severă de fiecare dată când ne infectăm. Desigur, riscul scade dacă sunteți vaccinat și aveți doza sau dozele booster administrate, dacă sunteți sănătos și nu aveți alte afecțiuni medicale. Ce îngrijorează este și riscul reacțiilor post-Covid.

Ce am aflat din această discuție este că valurile periodice de Covid-19 sunt aici și vor continua să rămână. Și aceasta pentru că niciunul dintre vaccinurile Covid-19 disponibile acum nu este bun în prevenirea infecțiilor pentru mai mult de o perioadă scurtă de la administrare (3-5 luni). Cu alte cuvinte, abordarea de acum a variantelor Sars-Cov-2 este mai puțin o chestiune de oprire a transmiterii,

ci mai mult una de monitorizare responsabilă și constantă și de ajustare a testelor, tratamentelor și vaccinurilor Covid-19, după cum este necesar.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=e5JHBgQBEw>
2. The Economist - Covid-19. All around the world, covid surveillance is faltering. Science & technology



Malpraxis este definit de lege drept eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care generează prejudicii pacientului și implică răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.



O asigurare de răspundere civilă profesională extinsă peste limitele minime stabilite de organizația profesională este totdeauna indicată, pentru a proteja suplimentar.

Aspecte juridice privind malpraxis-ul medical

Timp de lectură: 5 minute

Malpraxis-ul este definit de lege drept eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care generează prejudicii pacientului și implică răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice. El poate include o gamă largă de erori medicale produse ca urmare a nerespectării standardelor profesionale, neglijenței, imprudenței, cunoștințelor

medicale insuficiente sau prin acte individuale în cadrul procesului de prevenție, diagnostic, tratament și, implicit, ca urmare a depășirii limitelor de competențe.

Ca bază legală pentru exercitarea profesiilor din sănătate, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății este actul normativ principal care dă profesioniștilor în domeniul sănătății dreptul de a oferi asistența medicală adecvată și oferă, de asemenea, un cadru legal de acțiune pentru persoanele care se confruntă cu consecințele unor erori medicale.

Deseori perceput eronat ca fiind specific doar medicilor, în realitate, malpraxis-ul medical nu se rezumă strict la medici, ci se referă la orice persoană care exercită o profesie medicală, inclusiv medicul stomatolog, farmacistul, asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical. El se referă, deci, la toate persoanele implicate într-un act medical și care răspund proporțional cu gradul propriu de vinovăție.

În legislația specifică profesiilor de asistent medicali generalist, moașă și asistent medical (OUG 144/2008) regăsim malpraxis-ul sub sintagma „greșeli în activitatea profesională” sau „eroare profesională”.

Ținând seama de caracterul neintenționat al erorilor profesionale, dar și de consecințele grave pe care le pot avea astfel de erori săvârșite de profesioniștii din domeniul medical, legiuitorul a prevăzut în principal o răspunde civilă pentru malpraxis. Cu toate acestea, răspunderea civilă reglementată nu înlătură angajarea răspunderii penale, dacă fapta care a cauzat prejudiciul constituie infracțiune conform legii.

„Cine nu muncește nu greșește” este un slogan uzual acceptat în cultura autohtonă, greșeala fiind percepută de multe ori ca un pas important al progresului. Însă, în domeniul medical, greșeala aduce suferință, poate să afecteze semnificativ și iremediabil sănătatea și viața unei persoane sau poate conduce la deces. Prin urmare, cel ce greșește nu poate fi absolvit de răspundere pentru fapta sa.

Stabilirea cazurilor de răspundere civilă profesională se realizează prin Comisia de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis, constituită la nivelul autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București (DSP), fie direct prin instanța de judecată, la sesizarea formulată de persoana care se consideră victima unui act de malpraxis, sau succesorii persoanei decedate ca urmare a unui act medical asupra căruia planează suspiciunea de malpraxis.

Sesizarea Comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis nu este o condiție obligatorie prealabilă sesizării instanței de judecată și nici o condiție necesară actului de justiție, aceasta fiind doar o procedură alternativă de stabilire a existenței sau inexistenței malpraxis-ului, procedură confidențială până la momentul sesizării instanței.

În ambele situații, fie că este sesizată Comisia, fie direct instanța de judecată, toate elementele de caracterizare a litigiului sunt identice, partea reclamantă afirmă existența unui caz de malpraxis, elementele care configurează răspunderea civilă delictuală (faptă, vinovăție, prejudiciu și legătură de cauzalitate între faptă și prejudiciu) sunt aceleași, iar organul învestit de autorul cererii de sesizare are de realizat aceleași verificări și analize în ce privește existența sau inexistența faptei de malpraxis.

Atunci când Comisia de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis stabilește existența unui act de malpraxis, nivelul despăgubirilor și modalitatea de plată se pot stabili pe cale amiabilă.

În situația în care persoana prejudiciată, asiguratul și asiguratorul nu cad de acord asupra culpei asiguratului, cuantumului despăgubirilor și asupra modalității de plată a prejudiciului cauzat, acestea se vor stabili de către instanța judecătorească. Despăgubirile se stabilesc în raport cu întinderea prejudiciului, proporțional cu gradul de vinovăție al persoanelor care se fac vinovate de malpraxis, în limita sumei asigurate.

Dacă prejudiciul depășește suma asigurată, partea vătămată poate pretinde autorului prejudiciului plata diferenței până la recuperarea integrală a acestuia.

Actele de malpraxis se prescriu în trei ani de la producerea prejudiciului, cu excepția faptelor ce reprezintă infracțiuni.

Un alt aspect important al acestui capitol privind răspunderea personalului medical este faptul că nu chiar toate daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei atrag răspunderea personalului medical. Mai exact, personalul medical nu este răspunzător atunci când daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei sunt cauzate de condițiile de lucru, dotările insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecțiile nosocomiale, efectele adverse, complicațiile și riscurile în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament, viciile ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțele medicale și sanitare folosite, și atunci când personalul medical acționează cu bunăcredință în situații de urgență, cu respectarea competenței acordate.

Așadar, pentru a limita riscul de malpraxis, primul pas ar fi acela de a practica profesia în conformitate cu standardele, ghidurile, procedurile medicale și legislația națională, respectând întotdeauna etica și deontologia profesională.

În același timp, o asigurare de răspundere civilă profesională extinsă peste limitele minime stabilite de organizația profesională este totdeauna indicată, pentru a proteja suplimentar.

Bobic Alin Victor – consilier juridic în cadrul OAMGMAMR Filiala București



O analiză comparativă a stării actuale a medicinii de familie în patru țări europene: Danemarca, Marea Britanie, Olanda și Spania (Episodul 1 – Danemarca)

Țimp de lectură – 7 minute

A sistența primară, prin medicina de familie, reprezintă o bază solidă a sistemelor de sănătate din Danemarca, Olanda, Marea Britanie și Spania.

Încredințarea către medicii de familie a rolului de gate-keeper, sau de prim punct de contact cu sistemul de sănătate, a fost posibilă datorită alocării de suficiente resurse financiare și materiale.

Practic, asistența primară asigură eficiența cheltuielilor de sănătate publică prin limitarea accesului direct la asistența medicală de specialitate.

Acest sistem de control al accesului este conceput pentru a susține principiul conform căruia tratamentul ar trebui să aibă loc la cel mai mic nivel de îngrijire eficientă, împreună cu ideea de continuitate a îngrijirii furnizate de un medic de familie.

Acest articol este primul episod, din cele patru pe care ni le-am propus, al unei analize comparative a sistemelor de medicină de familie din cele patru țări, considerate drept cele mai performante din Europa: Danemarca, Olanda, Marea Britanie și Spania.

Danemarca are 5,4 milioane de locuitori. Ca și celelalte țări scandinave, Danemarca are un stat social puternic, cu acces universal la asistență medicală - toți rezidenții danezi (cetățeni danezi, dar și non-cetățeni cu rezidența formal-înregistrată în Danemarca) au acces gratuit și direct la medicii de familie (care reprezintă circa 20% din totalul numărului medicilor), la oftalmologi și specialiști în otorinolaringologie și la serviciile de urgență.

Asistența medicală este finanțată în mare parte prin taxe. Co-plata pacienților reprezintă aproximativ 17% din totalul cheltuielilor de sănătate. Cele mai mari două servicii unde se aplică coplata sunt medicamentele eliberate pe bază de rețetă și asistența stomatologică pentru adulți.

Medicina de familie este piatra de temelie a asistenței medicale primare din Danemarca și este caracterizată de următoarele elemente principale:

1. **Un sistem bazat pe liste** - cu o medie de aproape 1600 de persoane pe lista unui medic de familie tipic. Acest prag de mărime a listei este scăzut, în comparație cu Olanda și Anglia. Sistemul de liste

permite medicilor de familie să dezvolte o mai bună cunoaștere a pacientului individual (continuitatea îngrijirii) și a familiei (soții și copiii au adesea același medic de familie, de unde și termenul sinonim de medic de familie) și le permite să se concentreze mai bine asupra întregii populații.

2. **Medicul de familie este gate-keeper / furnizor de primă linie**, în sensul că este necesară o trimitere de la un medic de familie pentru majoritatea specialităților medicale (cu excepția oftalmologilor și a specialiștilor în otorinolaringologie) și întotdeauna pentru tratamentul spitalicesc în regim de internare, dar și ambulatoriu.

În medie, danezii au în jur de 7 contacte cu un medic de familie pe persoană pe an, inclusiv consultații în clinici, vizite la domiciliu și consultații telefonice.

Accesul gratuit include, de asemenea, transportul cu ambulanța, reabilitarea și îngrijirea paliativă.

De notat că serviciile de sănătate municipale, cum ar fi asistența medicală la domiciliu, ajutorul la domiciliu (asistarea persoanelor cu handicap în activitățile de zi cu zi), serviciile de sănătate școlară, vizitorii de sănătate (pentru mamele cu nou-născuți), reabilitarea și serviciile stomatologice pentru copii sunt, de asemenea, gratuite.

Tariful pentru servicii le oferă medicilor de familie un stimulente pentru a trata singuri pacienții, în loc să îi trimită în altă parte în sistem. De exemplu, se presupune că onorariul relativ ridicat pentru consultațiile preventive încurajează medicii de familie să ofere consultații mai lungi care se concentrează pe activități mai ample de sănătate și prevenire.

3. **Sistemul oferă și o acoperire după orele de program tipic** (after-hours), iar această acoperire after-hours se realizează cu personal din medicina de familie, prin rotație.

Astfel, medicii de familie organizează acoperirea serviciilor de îngrijire în weekend și în afara orelor de program. Medicii de familie dintr-o anumită zonă geografică asigură prin rotație personalul centrelor

regionale de servicii în afara orelor de program. Aceste centre regionale de servicii sunt adesea situate în incinta departamentului de urgență al spitalului local, dar funcționează independent de acesta.

Pacienții pot suna la centrul de servicii în afara orelor de program pentru a vorbi cu medicul de familie de gardă, pot fi consultați în centrul de servicii în afara orelor de program sau pot aranja o vizită la domiciliu de către unitatea mobilă de medici de familie „itinerantă” din zona geografică respectivă.

Actuala organizare a serviciilor de medicină de familie în afara orelor de program a inspirat aranjamente similare în alte țări.

4. **Medicii de familie sunt independenți**, lucrând pentru finanțatorul public pe bază de contract, construit pornind de la un acord național care detaliază nu numai serviciile și rambursarea, ci și orele de funcționare și educația postuniversitară necesară.

5. **Pentru a deveni medic de familie este nevoie de 6 ani de formare după facultatea de medicină:** 1 an de formare de bază și 5 ani de formare de specialitate, după care medicul primește titlul de specialist în medicină generală. Nu există nicio cerință de recertificare, dar se alocă fonduri pentru formarea continuă pentru fiecare medic de familie.

6. **Programele generale de vaccinare sunt realizate de către medicii de familie** și sunt finanțate de către autoritățile publice regionale pe bază de plată pentru servicii. Acoperirea vaccinală împotriva difteriei, tetanosului, tusei convulsive, poliomielitei și Hib (haemophilus influenza de tip b) este relativ ridicată în Danemarca, existând însă anumite probleme în ceea ce privește vaccinarea împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) din cauza îndoielilor părinților cu privire la efectele adverse și complicațiile rezultate în urma vaccinului.

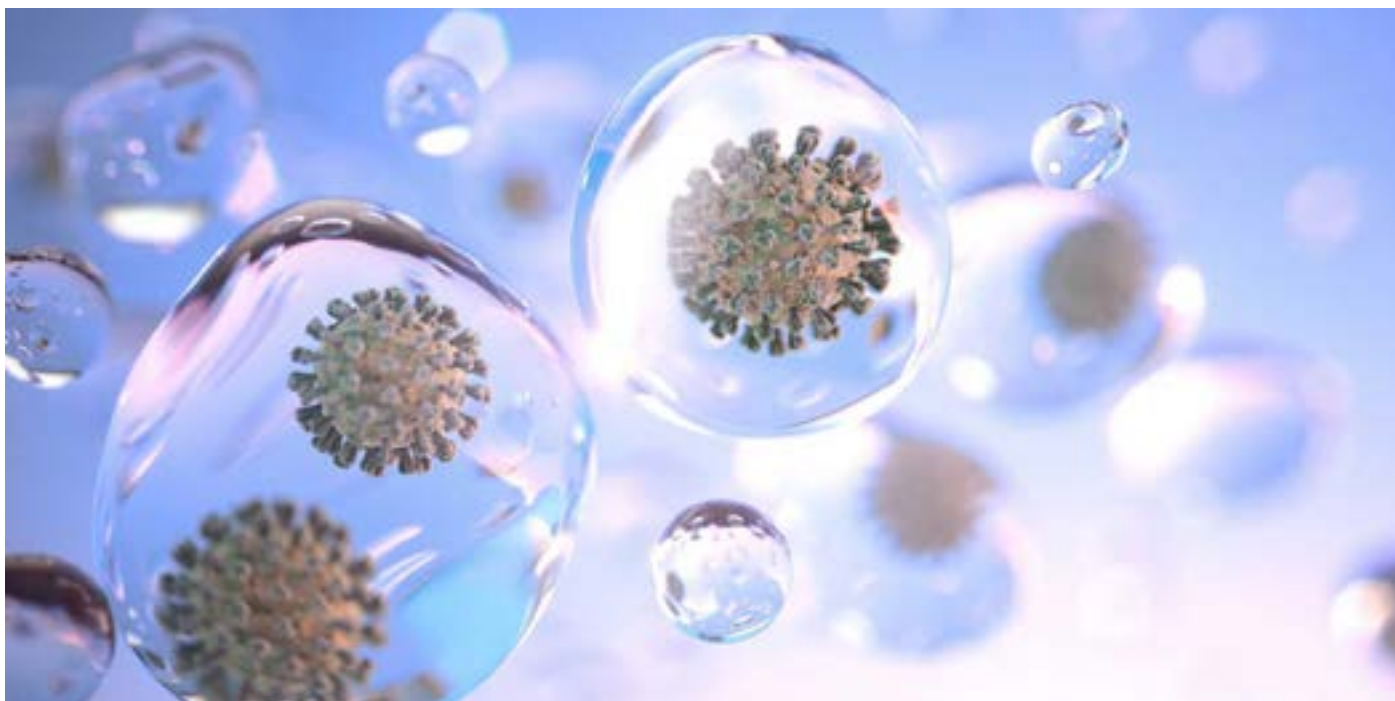
Danemarca a introdus progresiv programe regionale de screening pentru depistarea cancerului de sân, de exemplu femeile din grupa de vârstă 50-69 de ani sunt invitate la screening o dată la doi ani. De asemenea, femeile sunt invitate să facă un test Papanicolau în fieca-

re an, iar acestea sunt efectuate de către medicii de familie.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. General Practice and Primary Health Care in Denmark | American Board of Family Medicine (jabfm.org)
2. Full article: Western European best practice in primary healthcare (tandfonline.com)
3. The Netherlands - Building primary care in a changing Europe - NCBI Bookshelf (nih.gov)
4. General practitioners are a big part of Britain's health-care crisis | The Economist
5. Fixing Britain's health service means fixing its family doctors | The Economist
6. General Practitioner or Family Doctor « The International Welcome Center North – IWCN
7. Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis | BMC Primary Care | Full Text (biomedcentral.com)
8. Spain - Building primary care in a changing Europe - NCBI Bookshelf (nih.gov)
9. Best Ranking Healthcare Systems In Europe - St Marks Hospital
10. Sursa foto: www.iamexpat.nl



PH-ul aerosolilor – un factor cheie pentru inactivarea virusurilor

Timp de lectură: 4 minute

Nu se știe cu precizie cât timp rămân infecțioase virusurile din aerosoli. Însă, unele studii sugerează că umiditatea și temperatura aerului pot juca un rol în persistența virusului.

În acest context, mulți specialiști subliniază că un factor care a fost subestimat până acum este compoziția chimică a aerosolilor expirați, în special aciditatea și interacțiunile cu aerul din interior.

Multe virusuri, cum ar fi virusul gripal A, sunt știute a fi sensibile la acizi; particulele de aerosoli expirați pot absorbi acizi volatili și alte substanțe din aer, printre care acidul acetic, acidul azotic sau amoniacul, din aerul interior, ceea ce, la rândul său, afectează nivelul de aciditate (pH) al particulelor.

Până în prezent nu se efectuase nicio cercetare privind efectul pe care îl are acidificarea aerosolilor după expirare asupra încărcăturii virale pe care o transportă. Acum, o echipă de cercetători de la ETH Zurich, EPFL și Universitatea din Zurich - Institutul de Virologie Medicală, Elveția, a investigat acest lucru.

După ani de pregătiri, această colaborare a demarat în 2019 ca un proiect dedicat exclusiv gripei.

Având în vedere pandemia COVID-19, cercetătorii au extins domeniul de aplicare pentru a include noul coronavirus, mai specific modul în care aceste două virusuri reacționează la mediile acide.

Astfel, cercetătorii au testat sensibilitatea virusului gripal A și a coronavirusului la diferite condiții acide în lichidul pulmonar generat artificial și în mucusul nazal sau pulmonar, pe care oamenii de știință l-au recoltat în prealabil din culturi de celule de mucus special cultivate.

Cercetătorii au investigat comportamentul aerosolilor de mucus folosind o capcană electrodinamică pentru particule. Cu acest aparat, cercetătorii pot „ține” particule individuale în suspensie timp de zile sau săptămâni și le pot studia fără contact cu suprafețele, de exemplu pentru a vedea cum le afectează schimbările de umiditate.

Modul exact în care se comportă cu adevărat virușii în suspensie în aerosoli acizi este un aspect care rămâne de confirmat în experimente ulterioare. Ținând cont de aceste aspecte, cercetătorii, care au propus inițial ipoteza că aciditatea poate fi un modulator important al activității virusurilor, au dezvoltat tehnici experimentale și abordări de modelare care vor permite ca viitoarele experimente să fie efectuate atât în condiții stricte de bio-securitate, cât și folosind diferite

compoziții ale aerului din interior.

Potrivit cercetătorilor, aerosolii expirați se acidifică foarte rapid, mai repede decât s-ar fi așteptat. Viteza cu care fac acest lucru depinde de concentrația moleculelor de acid din aerul înconjurător și de dimensiunea particulelor de aerosoli. Echipa a examinat picături minuscule - de câțiva micrometri - de mucus nazal și de lichid pulmonar sintetizate special pentru studiu. În aerul interior obișnuit, aceste picături au avut nevoie de numai aproximativ 100 de secunde pentru a atinge un pH de 4, ceea ce este aproximativ echivalent cu aciditatea sucului de portocale. O soluție neutră are un pH de 7; pH-ul soluțiilor acide este mai mic de 7; cel al soluțiilor bazice este mai mare de 7.

Cercetătorii au experimentat cu diverse virusuri în suspensie în lichide de tipul celor din care sunt făcuți aerosolii naturali purtători - lichidul pulmonar și mucusul nazal, în special - pentru a vedea cât de acide ar trebui să fie acestea pentru a inactiva diferite specii virale. Pe baza experimentelor anterioare privind difuzia compușilor în astfel de picături, ei au calculat, de asemenea, cât de ușor ar pătrunde acidul azotic în acestea. Ei au folosit un model computerizat bazat pe rezultatele pe care le-au colectat. Pentru virusurile gripale, modelul arată că aerul normal din încăperi este deja destul de nociv în sensul în care virusurile gripei sunt inactivați de acesta în câteva minute.

SARS-COV 2 este însă mai greu de inactivat - în aerul normal al unei încăperi, acesta poate rămâne activ timp de câteva zile (deoarece pH-ul aerosolului nu scade aproape niciodată sub 3,5 în spațiile interioare tipice). A fost nevoie de un pH de sub 2, adică de condiții foarte acide, cum ar fi cele din suc de lămâie nediluat, pentru a inactiva coronavirusul. Studiul arată că, în spațiile bine ventilate, inactivarea virusurilor gripale A din aerosoli funcționează eficient, iar amenințarea SARS-CoV-2 poate fi, de asemenea, redusă. Cu toate acestea, în încăperile slab ventilate, riscul ca aerosolii să conțină viruși activi este de 100 de ori mai mare decât în încăperile cu un aport puternic de aer proaspăt.

În schimb, picăturile devin capcane mortale în mai puțin de un mi-

nut dacă aciditatea aerului este suficient de mare. Iar acest lucru sugerează o idee interesantă. Injectarea de acid azotic în aerul unei clădiri, prin intermediul sistemului de ventilație, ar putea, conform modelului, să reducă de 1.000 de ori șansele de infectare a oamenilor cu SARS-COV 2. Potrivit studiului, o concentrație de acid azotic la niveluri de aproximativ 50 ppb (părți pe miliard de aer, ceea ce reprezintă 1/40 din limita legală de 8 ore la locul de muncă) ar putea reduce de o mie de ori riscul de infectare cu COVID-19.

Acest lucru îi determină pe cercetători să sfătuiască ca încăperile interioare să fie ventilate frecvent și bine, astfel încât aerul interior încărcat de virusuri și substanțele bazice, cum ar fi amoniacul provenit din emisiile oamenilor și din activitățile din interior, să fie transportate în exterior, în timp ce componentele acide din aerul exterior să intre în încăperi în cantități suficiente.

Cercetătorii implicați în acest studiu sunt, prin urmare, de acord că sunt necesare studii pe termen lung pentru a evalua riscurile pentru oameni și structuri ale adăugării unor cantități de acid în sistemele de ventilație, în concentrații foarte mici (concentrația necesară pentru a distruge SARS-COV2 este mai mică de o zecime din nivelul legal de siguranță pentru locurile de muncă din America și o mare parte din Europa). De exemplu, adăugarea de acizi ar putea deteriora materialele sau conductele, în timp ce o altă provocare ar fi planul pentru muzee sau biblioteci, care filtrează foarte bine aerul pentru a preveni deteriorarea operelor de artă și a cărților.

Oricum, studiul introduce o perspectivă interesantă și ne reamintește un lucru aflat mereu la îndemână: **încăperile interioare să fie ventilate frecvent și bine, astfel încât aerul interior încărcat de virusuri și substanțele bazice, cum ar fi amoniacul provenit din emisiile oamenilor și din activitățile din interior, să fie transportate în exterior, în timp ce componentele acide din aerul exterior să intre în încăperi în cantități suficiente pentru a ne proteja de virusuri** precum virusul gripal A și Sars-Cov 2.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după:

1. Science & technology | Acidifying the air may protect against covid | The Economist
2. Acids help against airborne viruses -- ScienceDaily
3. Sursa foto: <https://www.scientificamerican.com/>



Face cercetarea parte din misiunea asistenților medicali și a moașelor?

Cercetarea și misiunea asistenților medicali și a moașelor

Timp de lectură: 6 minute

În general, când ne gândim la cercetare, avem tendința de a spune că „nu este treaba noastră, a asistenților medicali și moașelor”, deoarece singura noastră responsabilitate este „munca la patul bolnavului”. Însă, existența numeroaselor referințe bibliografice al unor valoroase studii de cercetare conduse de asistenți medicali și moașe din întreaga lume, pare să ne contrazică.

În mare măsură, s-a observat că înțelegerea asupra cercetării este limitată la următoarele aspecte, care sunt frecvent întâlnite în cercetarea efectuată de medici:

- Studii de caz / serii de caz: prezentarea evoluției clinice în contextul unei afecțiuni;
- Studii clinice intervenționale / investigații, în care terapia standard este comparată cu un alt tip de terapie nou introdusă sau deja existentă (tratament, regim alimentar sau dispozitiv medical) și
- Studii clinice observaționale efectuate pentru evaluarea și monitorizarea sănătății unor pacienți, în scopul identificării impactului diferitelor obiceiuri cotidiene (fumatul, alimentația inadecvată, insomnia, sedentarismul, etc.) asupra riscului de apariție al unor afecțiuni (cardiovasculare, pulmonare, hepatice, endocrine, etc.).

Analizând sistematic bibliografia internațională, am descoperit însă că profesiile de asistent medical și moașă au o istorie bogată de cercetare, dovedită de numeroasele publicații academice internaționale.

Conform lui Grove et al (2013)¹, **cercetarea este „un proces sistematic, riguros, logic și social-interpretativ care vizează găsirea de răspunsuri valide la întrebări relevante și semnificative în cadrul unei anumite societăți și comunități pentru a promova un bine general”**.

În acest context, rolul cercetării în domeniul îngrijirilor de sănătate este de **a genera cunoștințe și dovezi de cele mai bune practici care să informeze practica profesională a asistenților medicali și moașelor și care să fie aplicate în practica clinică, în scopul furnizării unor îngrijiri sigure și de calitate pentru pacienți**.

La nivel global, în cercetare este recunoscut și promovat rolul asis-

1 Grove, S.K., Burns, N. & Gray, J. (2013). The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 7th edition. St Louis, Missouri.

tențiilor medicali și moașelor ca profesioniști de sănătate angajați în²
3:

- Generarea de cunoștințe și dovezi, sinteza și transferul acestora în practica clinică (rol de producător al cercetării)
- Implementarea practicilor bazate pe dovezi (rol de consumator al cercetării)
- Luarea deciziilor în context clinic și organizațional (rol de lider),
- Formarea profesională (rol de educator).

În contextul generării de cunoștințe și dovezi de bune practici, asistenții medicali și moașele desfășoară următoarele activități:

1. Dezvoltarea întrebării de cercetare și/sau formularea ipotezei de cercetare;
2. Stabilirea criteriilor de includere și a criteriilor de excludere;
3. Stabilirea scopului și a obiectivelor cercetării;
4. Analiza sistematică a literaturii de specialitate în bazele de date (cercetare secundară);
5. Proiectarea, rafinarea și implementarea studiilor de cercetare pentru a genera o bază de cunoștințe pentru practică (cercetare primară);
6. Explorarea și descrierea fenomenelor de interes; testarea intervențiilor, evaluarea impactului prin metode de cercetare recunoscute la nivel internațional.

Rezultatul final al acestui proces formal și riguros este reprezentat de un set de cunoștințe / dovezi de practică clinică ce poate acoperi întreaga gamă de activități de îngrijire.

2 Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2011). *Canadian essentials of nursing research*. Third edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, US.

3 Jirojwong, S., Johnson, M. & Welch, A. (eds). (2014). *Research methods in nursing and midwifery: pathways to evidence-based practice*. Second edition. Oxford University Press: South Melbourne, Victoria

Ce înțelegem prin dovezi? Dovezile sunt *cunoștințe dobândite prin observare sau experimentare în sprijinul unei concluzii; adică fundamentarea sau confirmarea de care avem nevoie pentru a crede că ceva este adevărat*⁴.

Conform metodologiei JBI⁵, Facultatea de Științe ale Sănătății a Universității din Adelaide, Australia de Sud, dovezile pot fi generate prin următoarele metode:

1. **Studii de cercetare dezvoltate** în baza unor metodologii de cercetare formală, riguroasă și replicabilă (cercetare primară);
2. **Judecata clinică** – Concluzii derivate din expertiza asistenților medicali și moașelor;
3. **Opinii personale** exprimate în dialoguri deliberative formale, pe site-uri web profesionale, în documente de politici, rapoarte, reviste de specialitate, etc.

Între generarea de cunoștințe și dovezi de bune practici și implementarea acestora în practica clinică, există două etape intermediare care constituie parte importantă din activitatea de cercetare a asistenților medicali și moașelor:

1. **Sinteza dovezilor** - reprezintă evaluarea dovezilor cercetării și a opiniei asupra unui subiect de interes pentru a ajuta la luarea deciziilor. Este alcătuit din trei componente principale: analiza sistematică (analiză secundară de date), rezumatul dovezilor (analiză sistematică rapidă) și ghiduri clinice (recomandări pentru optimizarea îngrijirii pacientului, bazate pe o revizuire sistematică a dovezilor și o evaluare a beneficiilor și daunelor opțiunilor alternative de îngrijire)⁶.

4 Pearson A, Wiechula R, Court A & Lockwood C. A re-consideration of what constitutes “evidence” in the healthcare professions. *Nursing Science Quarterly*. 2007Jan;20(1):85-8.

5 Jordan, Zoe PhD; Lockwood, Craig PhD; Munn, Zachary PhD; Aromataris, Edoardo PhD. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 17(1):p 58-71, March 2019. | DOI: 10.1097/XEB.0000000000000155

6 Institute of Medicine of the National Academies. Clinical practice guidelines we

2. **Transferul dovezilor** – reprezintă un proces proactiv, participativ, pentru a promova accesul și preluarea dovezilor în contextele clinice locale. Are loc prin diseminare activă (atelier de lucru, seminarii, conferințe), integrarea sistemului în context organizațional/politic și desfășurarea de programe educaționale adecvate (strategii eficiente pentru implementarea dovezilor).

În contextul implementării dovezilor în practica clinică, asistenții medicali și moașele desfășoară următoarele activități:

1. Stabilirea echipei de proiect;
2. Identificarea practicilor neconforme;
3. Dezvoltarea întrebării de cercetare sau formularea ipotezei de cercetare;
4. Stabilirea grupului țintă;
5. Identificarea părților interesate;
6. Identificarea barierelor și a facilitatorilor în implementarea dovezilor;
7. Elaborarea de strategii adecvate pentru implementare;
8. Conducerea auditului clinic, alcătuirea unei baze de date, analiza și interpretarea datelor;
9. Asigurarea sustenabilității proiectului de implementare.

Rezultatul final al acestui proces formal și riguros este reprezentat de implementarea celor mai bune dovezi în practica clinică de îngrijire. Desigur, clientul final este pacientul, iar proiectul reprezintă o metodă sistematică de îmbunătățire a calității îngrijirilor de sănătate.

În contextul luării deciziilor la nivel clinic și organizațional, asistenții medicali și moașele desfășoară următoarele activități:

1. Proiectarea, rafinarea și implementarea studiilor de cercetare, inclusiv analiza contextului organizațional (cât de pregătită este

can trust. Washington, DC: The National Academy of Sciences; 2011.

- organizația pentru implementarea practicilor bazate pe dovezi);
2. Conducerea echipelor de proiect, inclusiv a echipelor de audit clinic;
 3. Facilitarea schimbării practicilor (identificarea barierelor și facilitatorilor pentru de-implementarea practicilor neconforme și implementarea celor mai bune dovezi de practică clinică, elaborarea și implementarea strategiilor, monitorizarea sustenabilității proiectului și implementarea măsurilor adecvate, diseminarea rezultatelor proiectului, etc.);
 4. Elaborarea sau actualizarea procedurilor și politicilor organizaționale;
 5. Elaborarea politicilor de îngrijiri de sănătate la nivel național.

În contextul formării profesionale (rol de educator), asistenței medicali și moașele desfășoară următoarele activități:

1. Identificarea nevoilor de formare;
2. Identificarea practicilor inadecvate;
3. Monitorizarea continuă a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor asistenților medicali;
4. Formarea profesională continuă ținută pe nevoile educaționale în baza unui Plan de formare profesională continuă;
5. Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor în baza unui Plan de evaluare;
6. Formarea profesională de bază a asistenților medicali și moașelor în instituții de învățământ specifice.

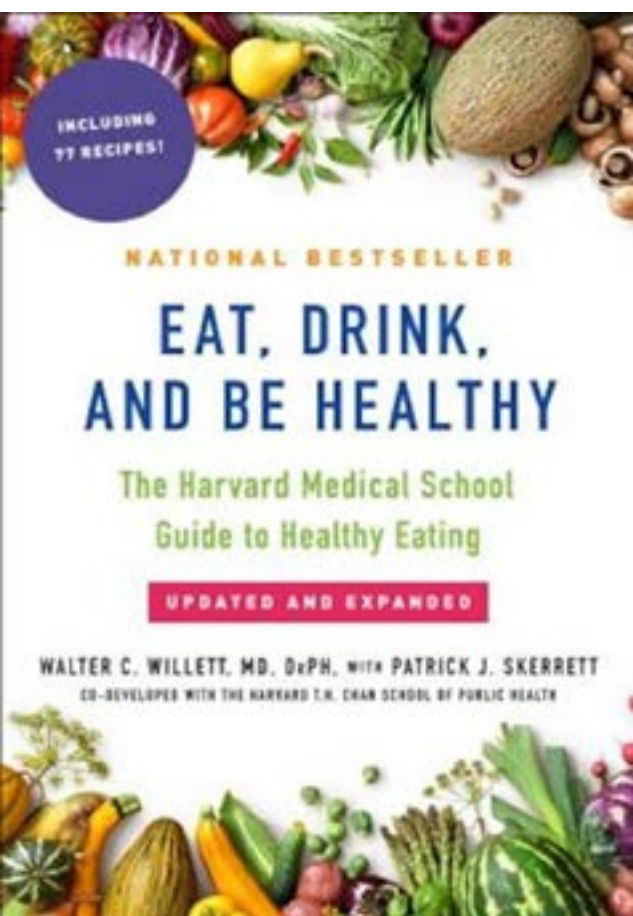
În concluzie, cercetarea este element esențial ce stă la baza practicii clinice de îngrijiri de sănătate, contribuind semnificativ la asigurarea calității îngrijirilor și dezvoltarea profesiilor de asistent medical și moașă. Ea este strâns legată de misiunea acestor două profesii.

Mariana Zazu,

Specialist în dezvoltare organizațională, OAMGMAMR Filiala București

Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Un Centru de excelență JBI

Eat, Drink and Be Healthy (Mănâncă, bea și fii sănătos), The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating, de Walter Willett, Editura Free Press, 2017



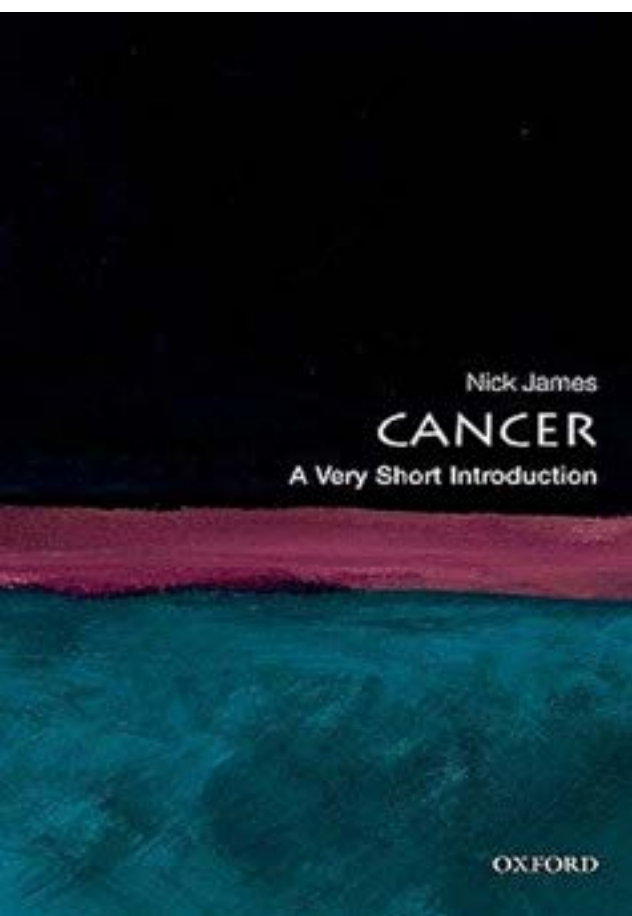
Aceasta este o ediție revizuită și actualizată a unei lucrări care oferă recomandări pentru o nutriție sănătoasă și pentru a trăi mai bine, mai mult timp. Ea are la bază informațiile culese din studii bine-apreciate în SUA, care au urmărit sănătatea și obiceiurile alimentare ale mii de femei și bărbați pe perioade de peste treizeci de ani, precum și o serie de cercetări inovatoare în domeniul nutriției.

Autorul aduce noi cercetări privind alegerea alimentelor cu cele mai bune tipuri de carbohidrați, grăsimi și proteine și vorbește despre importanța relativă a diferitelor grupe de alimente și suplimente. El explică clar de ce controlul greutății, la nefumători, este cel mai important factor pentru o viață lungă și sănătoasă; de ce consumul unor tipuri de grăsimi este benefic, și chiar necesar,

pentru o sănătate bună; cum să alegi cu înțelepciune între diferite tipuri de carbohidrați; cum să alegi combinațiile potrivite de proteine; și ce fructe și legume luptă împotriva bolilor. Doctorul Willett face accesibile aceste informații esențiale pe care le transformă în liste de meniuri simple, ușor de urmărit și rețete gustoase. Revizuită și actualizată, această nouă ediție a *Eat, Drink, and Be Healthy* este o resursă importantă pentru orice familie.

Autorul, doctorul Walter Willett, care a activat timp de douăzeci și cinci de ani drept președinte al renumitului Departament de Nutriție de la Harvard T.H. Chan School of Public Health și este profesor de medicină la Harvard Medical School, folosește cercetări de ultimă oră pentru a explica de ce o serie de reguli mai vechi erau greșite și cum puteți mânca corect.

Cancer: A Very Short Introduction de Nick James, Editura Oxford University Press, 2011



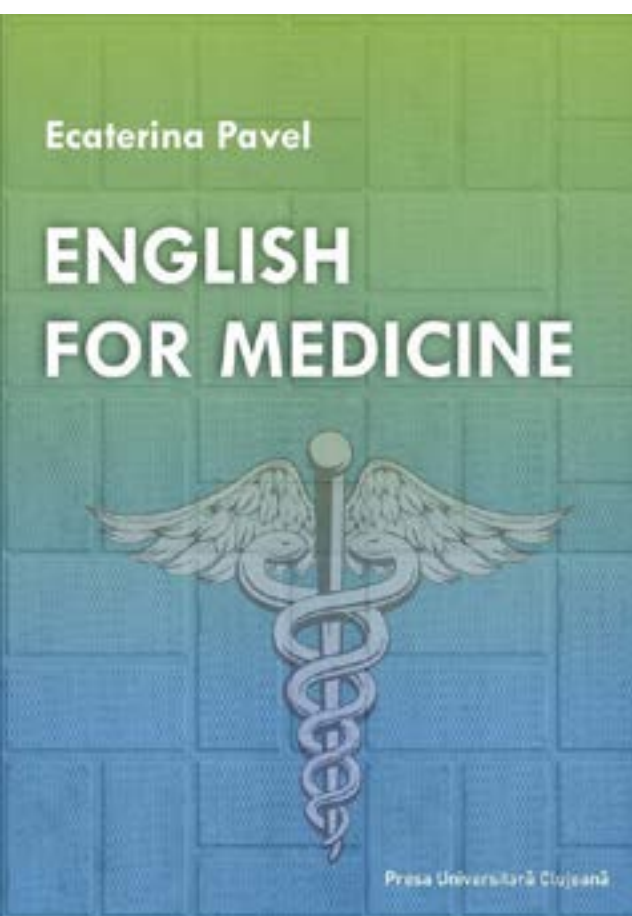
John F. Kennedy s-a angajat în 1961 să trimită un om pe Lună până la sfârșitul deceniului. Nouă ani mai târziu, Neil Armstrong și Buzz Aldrin au ajuns pe Lună. Peste un deceniu, președintele Nixon declara „război” cancerului. Cu toate acestea, 30 de ani mai târziu, cancerul rămâne una dintre cele mai importante cauze de deces la nivel mondial, deoarece aproximativ 1 din 3 persoane dezvoltă boala.

O întrebare aproape evidentă este, de ce s-a dovedit cancerul a fi mai greu de tratat decât s-a dovedit aselenizarea?

Cercetarea cancerului este o activitate economică importantă. Ea aduce îmbunătățiri constante în tehnicile de tratament, rate mai bune de vindecare și o mai bună calitate a vieții și șanse mai mari de supraviețuire pentru cei care dezvoltă

boala. Poveștile despre tratarea și vindecarea cancerului sunt adesea subiecte de presă. În această scurtă introducere, Nick James, fondatorul site-ului web CancerHelp UK, examinează tendințele în diagnosticarea și tratamentul bolii, precum și consecințele sale economice. El se referă și la problemele legate de dezvoltarea de medicamente scumpe, ce se poate face pentru a reduce riscul de a dezvolta cancer și despre utilizarea terapiilor complementare și alternative.

English for Medicine de Ecaterina Pavel, Editura Presa Universitară Clujeană, 2021



Lucrarea de față se adresează tuturor celor implicați în comunicarea medicală în limba engleză.

Extinderea colaborării internaționale în domeniul medical face din engleză limba predominantă de comunicare, indiferent de proveniența celor implicați (medici, studenți la medicină, cercetători în medicină, cadre medicale, pacienți).

Pentru aceștia, formularea corectă și adecvată în limba engleză, înțelegerea limbajului și a structurilor medicale sunt premise absolute pentru o comunicare eficientă, cu atât mai mult cu cât acesta este un domeniu în care erorile au adesea consecințe grave.

Concepută drept o lucrare practică adresată utilizatorilor de limba engleză upper intermediate,

cartea de față își propune să acopere diverse aspecte ale limbajului medical într-o manieră cât mai cuprinzătoare, stimulând înțelegerea și însușirea unor noțiuni specifice. Ea se ocupă și de corectitudine, prin intermediul unor exerciții de gramatică adaptate, pentru a acoperi problemele frecvente din acest domeniu.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oamrbuc.ro

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