

Iunie 2019



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 iunie, continuă ecourile celei de-a X-a ediții a Conferinței Anuale a OAMGMAMR Filiala București	4
---	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Analiza eficienței unei clinici de management al durerii cronice	7
--	---

EVENIMENT

Ziua Mondială a Donării de Sânge – 14 iunie 2019	13
--	----

INTERVIU

Să vorbim despre alte patru lucrări prezentate la cea de-a X-a ediție a Conferinței Anuale a OAMGMAMR București	17
---	----

OPINIA JURISTULUI

Drepturile membrilor	36
----------------------	----

ISTORIE

Istoria diabetului și istoria Institutului Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N.C. Paulescu"	41
--	----

LUMEA MEDICALĂ

Vaccinurile și rezistența antimicrobiană	48
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Cartea mea de diabet	56
----------------------	----

Tratat de terapie intensivă pediatrică	57
--	----

Kinetoterapie: Metodologia poziționării și mobilizării pacientului	58
--	----

ECHIPA	59
---------------	----



În iunie, continuă ecourile celei de-a X-a ediții a Conferinței Anuale a OAMGMAMR Filiala București

Evenimentul derulat luna trecută cu tema „*Arta îngrijirilor de sănătate – implementarea standardelor de calitate și siguranță a pacientului în practica medicală*” este prezent în continuare în revista noastră, pentru că interesul pentru unele dintre temele de cercetare aduse în discuție este încă viu.

Am ales, astfel, să vorbim cu alți patru colegi care au prezentat proiectele lor de cercetare, pentru a înțelege mai bine ce și-au propus să transmită audienței, ce planuri au pentru viitor, sau cum se raportează la promovarea profesiilor de asistent medical și de moașă.

Revista de luna aceasta vă aduce, ca de obicei, și evenimente relevante din plan internațional.

Comunitatea medicală sărbătorește luna aceasta, pe data de 14 iunie, Ziua Mondială a Donării de Sânge. Ea are scopul de a recunoaște "darul vieții", oferit de donatorii de sânge voluntari și nerecompensați financiar. De asemenea, un al doilea motiv este creșterea gradului de conștientizare a nevoii de donare de sânge, pentru a oferi o șansă de acces la sânge persoanelor și comunităților care au nevoie de el, ca parte integrantă a acoperirii universale a sănătății și ca o componentă cheie a sistemelor eficiente de sănătate.

În cadrul secțiunii *Educație Medicală*, revista vă propune luna aceasta articolul intitulat "Analiza eficienței unei clinici de management al durerii cronice". Aflăm că, deși este destul de dificil să gestionezi proactiv programarea pacienților, acest proces se poate eficientiza pentru a facilita o calitate mai bună a furnizării serviciilor de sănătate și a îmbunătăți satisfacția pacienților. Eficiența clinică poate fi îmbunătățită nu numai prin schimbarea duratei programărilor în funcție de diagnostic, dar și prin alte strategii – de exemplu, se pot folosi simulări pe calculator cu privire la numărul optim de cadre medicale necesare în anumite zile sau pentru a identifica cauzele întârzierilor fluxurilor de pacienți.

Articolul "Vaccinurile și rezistența antimicrobiană", ce aparține secțiunii *Lumea Medicală*, ne amintește că rezistența antimicrobiană e în creștere, aducând cu ea potențialul de a produce, la nivel global, consecințe de sănătate publică, sociale și economice deosebit de grave. Se estimează că, până în 2050, rezistența antimicrobiană ar putea ucide 10 milioane de persoane anual, în caz că nu se acționează prompt și eficace acum. Din fericire, specialiștii cred că vaccinurile, mai ales unele noi, care să fie dezvoltate acum pentru a ataca tulpinile rezistente la antibiotice, pot juca un rol cheie în

combaterea rezistenței antimicrobiene. Eficacitatea demonstrată a vaccinurilor PCV și a celor antigripale în această privință aduce justificarea științifică pentru ca lumea medicală să sprijine un astfel de demers.

Numărul acesta al revistei vă propune și o interesantă incursiune în istoria diabetului și a domeniului în țara noastră. În acest articol, analizăm istoricul diabetului zaharat, cum a progresat tratamentul său și care sunt evoluțiile actuale. Aflăm, de exemplu, că oamenii de știință consideră și alte posibilități de tratare a diabetului, precum imunoterapia, mulți crezând că diabetul de tip 1 este cauzat de o problemă a sistemului imunitar, sau pancreasul artificial pentru pacienții cu diabet de tip 1. Cercetătorii continuă să caute opțiuni terapeutice pentru a le oferi pacienților cu diabet cea mai bună calitate posibilă a vieții. Articolul aduce în prim plan, la final, Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice N.C. Paulescu.

Revista vă aduce și recomandările editoriale ale lunii iunie - *Cartea mea de diabet* de Dr. Mirela Culman, *Tratat de terapie intensivă pediatrică* de Constatin N. Iordache, Alina-Costina Luca și *Kinetoterapie: Metodologia poziționării și mobilizării pacientului* de Constantin Albu, Tiberiu-Leonard Armbruster și Mihai Albu, trei recomandări pentru o lectură utilă.

Ne dorim să vă bucurați și de acest număr bogat în informații și noutăți din lumea medicală de la noi și de pe plan internațional. Ca întotdeauna, vă încurajăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și, de ce nu, să alegeți să publicați articolele scrise de dumneavoastră, membri OAMGMAMR București, în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Analiza eficienței unei clinici de management al durerii cronice

În practica clinică, este destul de dificil să gestionezi proactiv programarea pacienților pentru a facilita o calitate mai bună a furnizării serviciilor de sănătate și a îmbunătăți satisfacția pacienților. De exemplu, programările sunt făcute pentru 20 minute, indiferent de diagnostic și de cât de probabil este ca această programare să dureze mai puțin sau mai mult.

Într-un studiu desfășurat în clinica de management al durerii Montefiore Chronic Pain Clinic din Statele Unite ale Americii, o clinică ambulatorie de management multidisciplinar al durerii din cadrul unui spital universitar, cercetătorii au aplicat o tehnică de analiză folosită de obicei în procesele de producție, pentru a identifica oportunități de îmbunătățire a calității îngrijirilor.

Clinica utilizează 4 camere de examinare și o cameră de procedură. Intervale de 15 minute sunt alocate vizitelor ulterioare, în timp ce vizitele inițiale, ale unor pacienți noi (pacienți care nu au mai fost văzuți de specialiștii din divizia de management al durerii cronice a spitalului în ultimii 3 ani), sunt programate la intervale de 30 de minute. Aceste intervale scurte urmăresc să ia în calcul și rata așteptată de 15% a pacienților care nu se mai prezintă la vizită, ceea ce înseamnă că vizitele pot, de fapt, să dureze mai mult decât intervalele programate.

Studiul a acoperit un eșantion, observat într-un interval de 5 zile, de timpi de așteptare și de consult, cu scopul de a identifica ineficiențe de programare și a reduce timpii de așteptare. Datele au fost colectate de la 81 de pacienți adulți care au fost programați la clinică în 5 zile diferite. Toți pacienții erau sub îngrijirea unui medic specializat în managementul durerii cronice.

Eșantionul a inclus atât vizite inițiale, ale unor pacienți noi, cât și vizite ulterioare, ale unor pacienți existenți ai clinicii. Diagnosticalele pacienților au fost înregistrate și documentate într-una dintre cele 6 categorii următoare, în funcție de simptomele principale – durere de spate sau gât, radiculitis cervical/lombar, durere facială, durere abdominală și/sau pelvică cronică, alte dureri articulare, mialgie, diverse (de exemplu, sindromul de durere regională complexă, scleroza multiplă, neuropatie diabetică).

Datele colectate au inclus ora programării, ora la care a sosit pacientul, ora la care acesta a intrat în camera de examinare, ora la care medicul a intrat în camera de examinare și ora la care pacientul și medicul au părăsit camera de examinare, precum și diagnosticul legat de tipul de durere, tipul vizitei (inițială sau ulterioară) și dacă pacientul a venit la programare sau nu.

Timpul total al consultului a fost definit ca timpul total pe care medicul l-a petrecut cu pacientul în camera de examinare sau procedură. Timpul total de așteptare a fost definit ca timpul petrecut de pacient în sala de așteptare sau în camera de examinare, fără ca medicul să fie prezent.

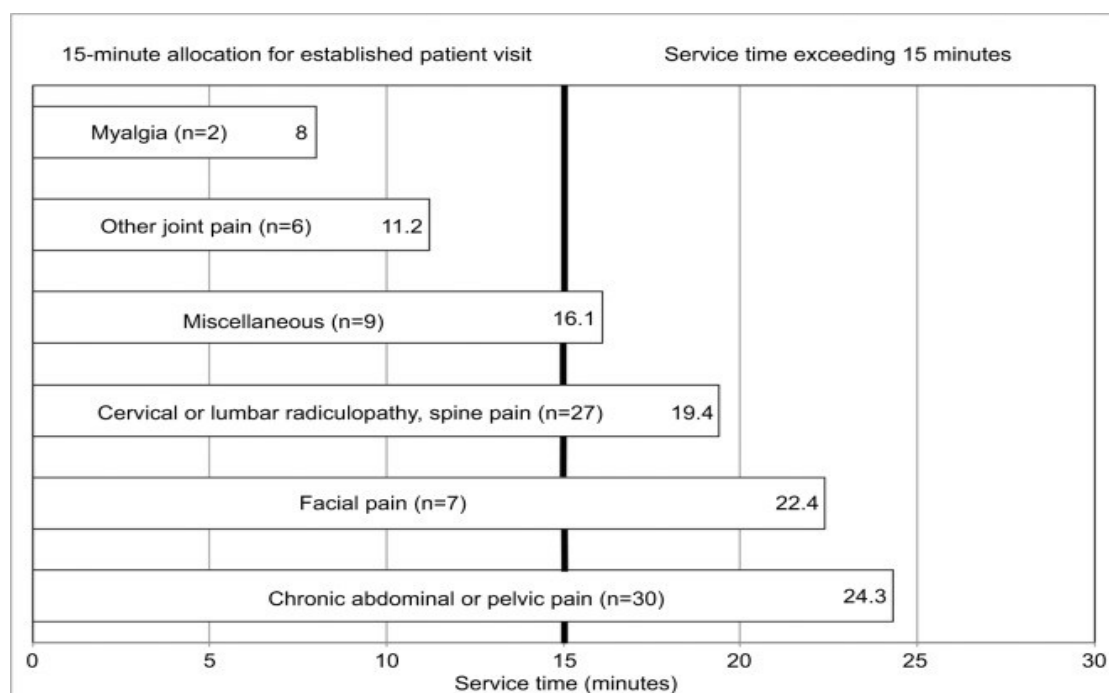
Cele 5 zile alese pentru studiul de față au inclus 101 programări, dintre care 20 nu s-au materializat, deoarece pacientul nu s-a prezentat. Din cei 81 pacienți, 69 erau pacienți existenți ai clinicii în momentul în care s-a desfășurat studiul, restul fiind pacienți noi. Două dintre cele cinci zile au inclus doar pacienți existenți.

Durata mediană a zilei clinice (timpul trecut de la prima programare până la finalizarea ultimei programări) a fost 5 ore și 55 de minute (intervalul a fost de la 3 h și 33 de minute la 6 ore și 24 de minute), cu o mediană de 17 (interval 12-20) de consulturi. Pacienții noi au fost văzuți, de obicei, de rezidenți, pentru pregătirea acestora, la fel întâmplându-se și cu pacienții existenți, văzuți de rezidenți pentru aceleași motive, clinica aparținând de un spital universitar.

Conform politicii clinicii, pacienții care au întârziat mai mult de 15 minute după ora programării au fost reprogramați pentru o dată ulterioară și înregistrați ca o programare ratată. Toate cele 5 zile incluse în studiu au avut o pauză de 45 de minute pentru a se lua în calcul pauzele personalului clinicii, deși personalul a evaluat pacienți chiar și în timpul pauzelor.

Timpul median al vizitei a fost de 72,5 minute pentru pacienții noi – un timp median de așteptare de 42 minute și un timp de consult de 24 minute. Pentru pacienții existenți, timpul median al vizitei a fost de 58 minute, incluzând un timp median de așteptare de 30 de minute și un timp de consult de 16 minute.

Dacă timpul median de consult a fost de 18 minute, acesta a fost în mod semnificativ diferit în funcție de diagnostic – de exemplu, pentru durere facială, timpul median de consult a fost de 23 de minute, pentru durere abdominală și/sau pelvică – 21,5 minute sau radiculitis cervical sau lombar - 16 minute. Cele mai scurte durate de consult au fost pentru pacienții cu mialgie (8 minute) și alte dureri articulare (9 minute), aceste grupuri fiind și cele care nu inclus pacienți noi în eșantionul studiului. Anumite diagnostice tind să ducă la consulturi mai lungi. Mai specific, acestea au fost durerea facială și durerea abdominală și/sau pelvică.



Timpul de consult (în minute) în funcție de diagnostic, University of Pittsburgh Medical Center pain clinic, martie 2016.

Aceste vizite au fost mai lungi pentru mai multe motive, inclusiv nevoia de a avea discuții cuprinzătoare despre beneficiile și riscurile anumitor analgezice.

Supra-programările au fost observate cel mai des în jurul orei 9:30, în timp ce sub-programările au fost după ora 13:00.

Analiza eficienței programărilor a scos la iveală câțiva factori care au contribuit la apariția ineficiențelor. De exemplu, o programare de 15 minute pentru un pacient existent este nerealistă în cazul anumitor diagnostice, având în vedere nevoia pentru mai mult timp de examinare în cazul anumitor tipuri de durere. Programarea inadecvată nu numai că afectează satisfacția pacienților, ci și calitatea îngrijirilor medicale.

Programarea în funcție de diagnostic în loc de alocarea a 15 minute pentru pacienții existenți și 30 de minute pentru pacienții noi se poate dovedi mult mai eficientă. De exemplu, programarea pentru pacienții cu mialgie, diverse dureri sau dureri articulare poate fi de 15 minute și de 30 minute pentru radiculitis cervical sau lombar,

lumbago, dureri faciale sau dureri abdominale și/sau pelvice cronice.

De asemenea, utilizarea camerei de examinare s-a dovedit ineficientă, cu aproximativ 62% timp neutilizat pentru examinarea efectivă. În plus, se consideră că acest timp neutilizat pentru consult îi oferă pacientului mai mult timp să se îngrijoreze cu privire la motivele vizitei sale acolo.

Asemenea timpi morți pot fi, însă, o oportunitate pentru educarea pacientului cu privire la managementul durerii folosind materiale tipărite sau digitale sau pentru completarea unor chestionare cu privire la rezultatele medicale. Acești timpi morți mai pot fi folosiți și pentru folosirea unor tehnici complementare care încurajează relaxarea pacienților.

Îmbunătățirea eficienței programărilor ar duce la creșterea satisfacției pacienților și, în același timp, s-ar putea adăuga pe lista de consulturi, dintr-o anumită zi, pacienți suplimentari, dacă ar putea fi folosite perioadele de sub-programare dintr-o zi, observate în timpul studiului.

Eficiența clinică poate fi îmbunătățită nu numai prin schimbarea duratei programărilor în funcție de diagnostic, dar și prin alte strategii – de exemplu, se pot folosi simulări pe calculator cu privire la numărul optim de cadre medicale necesare în anumite zile sau pentru a identifica cauzele întârzierilor fluxurilor de pacienți.

O provocare a schimbării modalității de programare spre o abordare bazată pe diagnostic ar fi nevoia ca personalul administrativ care face programările să aibă cunoștințe medicale de bază pentru a determina categoria de diagnostic a unui pacient care dorește o programare.

În plus, categorizarea pacienților în anumite grupe specifice de diagnostice este, de multe ori, o super-simplificare, aceasta neputându-se face în multe cazuri din cauza diagnosticelor care se suprapun, a severității unei afecțiuni sau a diagnosticelor multiple.

Acest studiu a demonstrat, totuși, că schimbarea abordării progra-

mărilor poate îmbunătăți eficiența clinică și satisfacția pacienților.

Următorul pas care trebuie făcut este un nou studiu al timpilor de așteptare și de consult după ce o asemenea schimbare a programării în funcție de categoria de diagnostic este implementată, pentru a se valida concluziile din acest prim studiu pe care vi l-am prezentat în articolul de față.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301303/>



Ziua Mondială a Donării de Sânge – 14 iunie 2019

"Sânge sigur pentru toți"

Si anul acesta, Ziua Mondială a Donatorilor de Sânge va fi sărbătorită în întreaga lume, la 14 iunie. Evenimentul are scopul de a recunoaște "darul vieții", oferit de donatorii de sânge voluntari și nerecompensați financiar. De asemenea, un al doilea motiv este creșterea gradului de conștientizare a nevoii de donare de sânge, pentru a oferi o șansă de acces la sânge persoanelor și comunităților care au nevoie de el, ca parte integrantă a acoperirii universale a sănătății și ca o componentă cheie a sistemelor efici-

ente de sănătate.

Transfuzia de sânge și produsele din sânge salvează milioane de vieți, în fiecare an. În fapt, sângele și produsele din sânge sunt componente esențiale pentru salvarea femeilor care suferă de sângerări asociate cu sarcina și nașterea, copiilor care suferă de anemie severă datorată malariei și malnutriției, pacienților cu afecțiuni ale sângelui și ale măduvei osoase, persoanelor care suferă de tulburări moștenite ale hemoglobinei și afecțiuni de imunodeficiență. În plus, sângele este esențial pentru victimele traumei, situațiilor de urgență, dezastrelor și accidentelor, precum și la pacienții supuși unor proceduri medicale și chirurgicale avansate.

Deși nevoia de sânge și produse din sânge este universală, există o diferență semnificativă în ceea ce privește nivelul accesului la sânge și la produse sanguine sigure în diferite țări și în cadrul acestora. În multe țări, serviciile care asigură sângele și produsele din sânge se confruntă cu provocarea suplimentară de a pune la dispoziție suficient sânge și produse din sânge, asigurând, în același timp, calitatea și siguranța.

Obiectivele campaniei de anul acesta sunt:

- să celebreze donatorii de sânge și să-i încurajeze pe cei care nu au făcut-o încă să înceapă să doneze;
- să sublinieze necesitatea unei donări de sânge susținute pe tot parcursul anului, pentru menținerea aprovizionării adecvate și asigurarea unui acces universal și în timp util la o transfuzie sanguină sigură;
- să concentreze atenția asupra sănătății donatorilor, pentru susținerea angajamentului acestora și dorinței lor de a dona în mod regulat;
- să demonstreze necesitatea accesului universal la o transfuzie sanguină sigură și să promoveze rolul ei pentru asigurarea unei asistențe medicale eficiente și atingerea scopului de acoperire a sănătății universale;

- să mobilizeze sprijinul la nivel național, regional și global între guverne și partenerii de dezvoltare, pentru a investi, consolida și susține programele naționale de sânge.

În concluzie, mesajele simple pe care Organizația Mondială a Sănătății îi încurajează pe toți lucrătorii medicali să le transmită permanent persoanelor cu care interacționează, pentru a susține donarea de sânge sunt:

- Lumea are nevoie de suficient sânge, care să fie și sigur.
- La fiecare câteva secunde, cineva, undeva, are nevoie de sânge.
- Transfuziile de sânge și produsele din sânge salvează milioane de vieți, în fiecare an.
- Sănătatea este un drept uman, fiecare om ar trebui să aibă acces la transfuzii de sânge sigure, când și unde are nevoie de ele.
- Sunt necesare donări regulate de sânge, pentru a asigura accesul la sânge și produse din sânge sigure și de calitate.
- Toți cei care pot dona sânge ar trebui să ia în considerare donații voluntare, neplătite.
- Asigurarea siguranței și bunăstării donatorilor de sânge este esențială și principala preocupare a sistemelor de sănătate.
- Sângele și produsele din sânge sunt esențiale pentru îngrijirea:
 - femeilor cu sângerare asociată sarcinii și nașterii;
 - copiilor cu anemie severă din cauza malariei și malnutriției;
 - pacienților cu afecțiuni ale sângelui și ale măduvei osoase, afecțiuni moștenite ale hemoglobinei și ale condițiilor de imunodeficiență;
 - persoanelor cu leziuni traumatice în situații de urgență, dezastre și accidente; și
 - pacienților supuși unor proceduri medicale și chirurgicale avansate.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după: <https://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2019>

Sursa foto: <http://www.radiocluj.ro/2016/06/13/14-iunie-ziua-mondala-a-donatorului-de-sange/>

Să vorbim despre alte patru lucrări prezentate la cea de-a X-a ediție a Conferinței Anuale a OAMGMAMR București

Evenimentul cu tema „Arta îngrijirilor de sănătate – implementarea standardelor de calitate și siguranță a pacientului în practica medicală”, derulat în perioada 9-10 mai 2019, este prezent în continuare în revista noastră, pentru că interesul pentru unele dintre temele de cercetare aduse în discuție este încă viu.

Am ales, astfel, să vorbim cu alți patru colegi care au prezentat proiectele lor de cercetare, pentru a înțelege mai bine ce și-au propus să transmită audienței, ce planuri au pentru viitor, sau cum se raportează la promovarea profesiilor de asistent medical și de moașă. Redăm în cele ce urmează esența acestor discuții.



Raluca Gabriela Iana, Spitalul Clinic Colentina, Secția Gastroenterologie

Care sunt ideile principale din lucrarea Evaluarea pacientului cu Colită ulcerativă, pe care ați prezentat-o la Conferința OAMGMAMR filiala București de anul acesta, cu care ați vrea să rămână colegii dumneavoastră?

R. Din studiul de caz prezentat la conferință, merită reținute semnele și simptomele pacientului cu colită ulcerativă. Acesta prezintă dureri abdominale, scaune diareice, cu mucus sau cu sânge, câte 3-4 pe zi, în funcție de severitate, care este de la moderată până

la acută, dureri abdominale și crampe abdominale. Ca particularitate, pentru că face parte dintre bolile inflamatorii intestinale, în colita ulcerativă sunt afectate doar sigmoidul și rectul, spre deosebire de boala Crohn, care afectează tot tubul digestiv. Un alt element pe care am vrut să-l scot în evidență în lucrare a fost faptul că, pe lângă evaluarea clinică și biologică pe care o face medicul curant, este importantă și evaluarea realizată de către asistentul medical, pentru a pune în practică planul de îngrijire. La final, ambele evaluări conduc la creșterea calității îngrijirii pacientului și la o mai bună gestionare a cazului medical. Iar instrumentele de evaluare oferă o bază de date obiective, care facilitează îngrijirile de sănătate individualizate și centrate pe pacient.

Când ați început folosirea regulată a acestei palete de instrumente de evaluare, de la scala Waterlow de evaluare a riscului la escare până la Scala numerică (NPRS) pentru evaluarea durerii, și cum a fost procesul? Acum, privind în urmă, ați face ceva diferit?

R. Noi am început folosirea acestor instrumente odată cu inaugurarea centrului nostru de boli inflamatorii intestinale, unde îngrijim pacienți cu multiple co-morbidități și pentru care am hotărât folosirea mai frecventă a paletei de instrumente de evaluare, în vederea unei mai bune îngrijiri a acestora. Procesul a decurs după cum ne-am așteptat, a fost benefic pentru pacienți și am reușit o mai bună monitorizare a acestora. Privind în urmă, pe lângă evaluarea inițială și cea finală, aș opta și pentru evaluarea pe parcursul internării pacientului, pentru o mai bună monitorizare a acestuia. Practic, folosirea acestor instrumente a debutat anul trecut în toamnă. Având atât de mulți pacienți cu boli inflamatorii intestinale, am decis să monitorizăm pacienții și cu ajutorul acestor instrumente. Ele au fost aplicate pe pacienții cu boli inflamatorii – colita ulcerativă și boala Crohn – aflați în evidența centrului nostru, dar avem în vedere să le aplicăm și celorlalți pacienți, pentru că noi suntem o secție de gastroenterologie și avem o cazuistică variată, de la can-

cere de căi biliare, la cancere de stomac, colon etc. În secție facem endoscopie intervențională, adică punem stenturi pe căile biliare, stenturi de tub digestiv în caz de cancere, sau alte obstrucții. Cum ziceam, deși am început cu aplicarea acestor instrumente pentru bolile inflamatorii, avem în vedere extinderea folosirii lor și la alți pacienți.

Care a fost principala provocare în momentul în care ați început să folosiți aceste instrumente de evaluare și cum ați depășit-o?

R. Principala provocare o reprezintă complianța și răspunsul pacientului la planul de îngrijire, deoarece cu cât cooperarea pacientului este mai bună, cu atât evaluarea este mai precisă. De altfel, o mai bună comunicare cu pacientul și înțelegerea de către acesta a importanței evaluării va duce la folosirea în condiții optime a instrumentelor de evaluare. Comunicarea este, până la urmă, elementul cheie pentru aplicarea planului de îngrijire și a instrumentelor de evaluare.

Ce planuri de cercetare aveți pentru perioada următoare?

R. Ne-am propus lărgirea paletelor de instrumente de evaluare și folosirea acestora mult mai frecventă, atât pentru pacienții cu boli inflamatorii intestinale, cât și pentru cei cu alte patologii. Îi încurajez și pe colegii mei să le folosească și le explic utilitatea acestora. Pe lângă aceasta eu fac parte din mai multe proiecte de cercetare și studii clinice. Această activitate îmi aduce satisfacții deosebite. Deși, în general, îmi place ce fac, domeniul acesta al bolilor inflamatorii mă interesează cel mai mult.

Motivul interesului meu pentru acest subiect este legat și de tipul de pacient care este afectat de bolile inflamatorii. Din păcate, sunt foarte mulți tineri afectați de această boală care poate fi considerată boala secolului XXI. Mâncarea de tip fast-food este cauza principală a acestei boli. Foarte rar avem pacienți în vârstă cu această patologie. Este boala persoanelor de până-n 40 de ani, a celor care

mănâncă fast-food și produse congelate.

Ce subiect pregătiți pentru conferința de anul viitor?

R. Mă pregătesc pentru la anul cu o altă boală inflamatorie intestinală, mult mai agresivă, boala Crohn. Voi încerca să găsesc un caz mai complex al unui pacient care să prezinte și semne intestinale și semne extraintestinale. Probabil că analiza va cuprinde mai multe instrumente decât cele pe care le-am folosit în studiul de caz de anul acesta.

În final, aș vrea să-mi spuneți cum credeți că poate fi promovată cel mai bine profesia de asistent medical?

R. Cred că este important ca asistenții medicali să participe la cât mai multe cursuri, să se dezvolte continuu. Doar în felul acesta ne putem promova. Noi, de exemplu, avem o serie de cursuri și ne bucurăm să primim elevi și asistenți care vin să învețe de la noi. Facem traininguri, workshopuri, de exemplu, un workshop de endoscopie digestivă, unul pentru bolile inflamatorii intestinale de Ziua bolilor inflamatorii intestinale, pe care-l facem în fiecare an. Cu acest prilej, pacienții care sunt în evidența noastră vin și fac colonoscopii cu prelevare de biopsie, iar asistenții din alte centre vin și învață de la noi.



Elena Gorgonețu, Spitalul Clinic Sanador, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Municipiului București

Lucrarea Siguranța pacienților în sala de operație și mediul perioperator, prezentată în cadrul Conferinței OAMMG-MAMR filiala București de anul acesta, a fost strâns legată de tematica sub care s-au desfășurat lucrările - “Arta îngrijirilor de sănătate - Implementarea standardelor de calitate și siguranță a pacientului în practica medicală”. Ce mesaje ați

dorit să transmiteți colegilor prin această lucrare?

R. În primul rând, am vrut să valorizez rolul asistenților medicali din Blocul operator. Există o mare masă de asistenți "anonimi". Ei nu ies în față, pacienții nu-i cunosc, pentru că nu au cum. Pacienții ajung în Blocul operator, sunt speriați, iar singurul contact pe care-l au cu asistentul este un salut și un nume – bună ziua, eu sunt X – pe care oricum pacientul nu-l reține. Este important că acești asistenți își dau toată silința ca pacientul să fie în siguranță. E adevărat că în ultimii ani s-a creat această fișă de siguranța pacienților, dar grija asistenților medicali față de siguranța pacienților a fost dintotdeauna.

Din experiența mea, pot să spun că au fost și unele momente, să zicem, neplăcute, legate de acest check list care nu exista înainte. Pentru că este foarte important să știm dacă acesta este pacientul care trebuie, care urmează să fie operat, sau dacă el știe de ce este acolo. Ni s-a întâmplat să avem pacienți care erau aduși de familie și în momentul în care i-am întrebat "știți de ce sunteți aici", mi-au răspuns că "da, știu, am venit să fac niște analize". Iar acea era un caz în care pacientul urma să facă o operație pe creier, pentru extirparea chirurgicală a unei tumori. Practic, nu-și dăduse consimțământul pentru ceea ce urma să facă. Iar noi trebuie să ne asigurăm de lucrul acesta. Sau dacă pacientul știe cine face parte din echipa care-l operează.

Apoi este vorba despre siguranța privind mediul infecțios. Trebuie să știm dacă pacientul a făcut un screening referitor la acest aspect, lucru pe care-l putem găsi în fișa pacientului. Acest lucru ne ajută și pe noi și pe pacient. El trebuie direcționat spre un anumit spațiu, pentru că, dacă este un pacient infecțios, nu poate să stea în același loc cu pacienții care nu au potențial infecțios, lucru care trebuie cunoscut și rezolvat încă de la început.

Apoi este vorba despre materialele pe care le folosim pentru pacienți, care trebuie să îndeplinească cele mai bune condiții de siguranță: să fie sterile, să fie de unică folosință. Pentru acest gen de condiții oamenii aleg să vină la un spital privat, unde consideră că sunt asi-

gurate toate condițiile pentru ca lucrurile să meargă foarte bine. Nu că n-ar merge bine și la spitalele publice. Sunt convinsă că și acolo merg bine. Doar că aici, în mediul privat, așteptările pacienților sunt mai mari. Apoi, la noi, în mediul privat, și timpul de spitalizare a pacientul este mai redus față de spitalele publice.

Acestea au fost principalele mesaje pe care am vrut să le transmit prin lucrarea mea. Cred că a fost și multă emoție pe care am vrut să o transmit, ca să se înțeleagă prin ce trecem noi zilnic, legat de organizarea pentru o anumită intervenție chirurgicală. Totul pentru pacient.

Concret, prin ce "treceți zilnic"? Ce înseamnă o zi de lucru în blocul operator?

R. Este o zi foarte plină, pentru că aici este un bloc operator complex, în care avem intervenții chirurgicale din specialități diferite. Putem începe, să zicem, cu intervenții urologice, continuăm cu o intervenție toracică și terminăm cu chirurgie generală. Pentru fiecare în parte avem nevoie de altfel de instrumente, altfel de materiale, un alt scenariu, pacienții sunt poziționați diferit, trebuie abordați diferit, din punct de vedere al pregătirii preoperatorii și operatorii. Ora la care pleci nu este cea la care a sunat ceasul că este, să zicem, ora 19.00, ci reperul este dat de ora la care s-a terminat intervenția și pacientul a ieșit din sală. Dar atunci simți o anumită satisfacție emoțională, a lucrului bine făcut.

De unde vine această satisfacție?

R. Este vorba despre cum ești tu ca persoană. Așteptările tale sunt de la tine, pentru pacient. Eu simt că m-a creat Dumnezeu să fiu asistent medical. Și tot ceea ce fac este pentru pacient. De aceea am uneori discuții în contradictoriu cu medicii. Pentru că noi, asistenții medicali, trebuie să fim cumva avocații pacientului. Pacientul nu mă cunoaște, nu m-a angajat. Eu sunt angajata patronului. Dar eu acolo sunt dintr-un singur motiv: pentru ca pacientului

să-i fie bine. Atât timp cât pentru pacient este bine și cunoștințele mele sunt puse în practică, totul este minunat. O altă componentă a satisfacției este dată de munca în echipă, mai ales când ne coordonăm bine.

Din experiența dumneavoastră, care sunt provocările îngrijirilor preoperatorii?

R. Din acest punct de vedere, noi trebuie să ne îngrijim de logistică. Este foarte important să ai materiale necesare, aparatele să fie funcționale și să funcționeze bine, să avem o climă bună. Săliile noastre de operație sunt cu joasă presiune, astfel încât nu lasă să pătrundă aerul din exterior, practic fiind o supra-presiune în sală. Temperatura, de asemenea, trebuie să fie joasă, pentru a nu facilita dezvoltarea microbilor. Pentru fiecare pacient trebuie să știm exact care este poziția corectă pentru intervenția chirurgicală căreia îi este supus. Ne îngrijim, de asemenea, de managementul escarelor. Sunt intervenții care durează multe ore și atunci, dacă există zone de presiune asupra tegumentului pacientului, noi trebuie să ne îngrijim ca ele să nu aibă de suferit. Totodată, avem grijă unde poziționăm placa neutră, pentru că la toate intervențiile chirurgicale se folosește bisturiul electric, iar noi trebuie să fim atenți ca pacientului să nu-i fie provocate arsuri. Alte provocări sunt legate de alergiile pacientului. Dacă are alergii la substanțe iodate sau la alte substanțe de dezinfecție, noi trebuie să știm astfel încât să putem decide cu ce se poate face câmpul operator, ca să nu-i dăuneze pacientului. La sfârșitul intervenției, ne îngrijim ca pacientul să plece cu tegumentele curate din sala de operație. Pacientul trebuie să iasă doar cu pansamentul curat din sală, pentru că poate fi traumatizant pentru pacient să se vadă pătat de diverse secreții, când se trezește după o intervenție chirurgicală.

În plus, am încercat tot timpul să am o abordare față de pacient de manieră oarecum prietenoasă, inclusiv prin a-i spune pe nume, ca să-l valorizez, să simtă că este cineva, nu este doar "colecistul de la patul cinci". Am citit despre o astfel de abordare și, în plus, m-am

gândit să fac așa pentru că astfel aş vrea să fiu tratată şi eu, dacă aş fi la rândul meu pacientă. Nu în ultimul rând, fac acest lucru pentru că am avut o experienţă personală neplăcută şi, de atunci, mi-am propus să nu las pe nimeni să simtă ce am simţit eu.

Ca reprezentant al OAMGMAMR în Spitalul Sanador, ce faceţi pentru a conecta organizaţia profesională la nevoile asistenţilor din acest spital?

R. Atunci când s-a deschis spitalul, acum opt ani, eu aveam deja experienţa organizaţiei din spitalul din care veneam. Am organizat, la nivelul spitalului, primele alegeri, chiar în 2011, când am devenit reprezentant. Pentru asistenţii din spital, care au crescut ca număr, de la 70, câţi eram când am pornit, la peste 350, acum, ca reprezentant, am obligaţia să-i informez despre diferite noutăţi şi să fac legătura cu Ordinul. Pentru aceasta am abordat un sistem de afişare. Postez anunţuri despre lucrurile importante pe care trebuie să le cunoască colegii mei, în zona de acces a personalului, folosesc sistemul electronic, trimiţând emailuri către toate asistentele şefe sau fac anunţuri pe grupul de what's up al acestora. Fiind şi formator, le pregătesc cursuri, cel puţin două pe an, pe specific chirurgical. Insist foarte mult pe pregătiri pre-operatorii şi îngrijiri post-operatorii, pentru a răspunde nevoilor spitalului. Am grijă să-i ajut cu avizul anual şi, mai nou, am promovat cursurile de dezvoltare a abilităţilor profesionale prin Şcoala Naţională de Sănătate, pentru a-i ajuta să devină asistenţi specialişti. Serviciul nostru de resurse umane m-a delegat pe mine să pot face înscrierile, în numele spitalului, pentru asistenţii care doresc să devină specialişti.

Cum credeţi că pot fi promovate mai bine în societate profesiile de asistent medical şi de moaşă?

R. Deşi cele două profesii nu sunt unele de prim-plan, pentru că pacientul se adresează medicului, acesta din urmă niciodată n-o să poată face totul fără un asistent medical, respectiv, o moaşă.

Și atunci, fiecare asistent medical sau moașă își câștigă respectul prin profesionalism, prin cunoștințele pe care le are, prin faptul că astfel se poate face indispensabil medicului. În aceste condiții și medicul și pacienții ne pot promova.

Mai nou și Papa (n.b Francisc I) ne-a promovat și am împărtășit această știre, când a spus că trăiește datorită unui asistent medical. Și, de multe ori, chiar se întâmplă așa.

Fiecare asistent medical trebuie să creadă în puterile sale, în ceea ce vrea să fie. Dacă asistentul medical este încrezător în valorile sale, în cunoștințele dobândite și competențele sale și trăiește potrivit acestor valori, și ceilalți îi vor da valoare.

V-ați făcut deja planuri pentru conferința Ordinului de anul viitor? Care este subiectul viitoarei lucrări?

R. Cum anul viitor voi experimenta ceva special, în sensul că m-am înscris la cursurile Școlii Naționale de Sănătate pentru specialitatea "Bloc Operator", am o mare curiozitate să aflu care este curricula și dacă ceea ce eu am dobândit de-a lungul celor 34 de ani de practică se potrivește cu ceea ce a fost gândit pentru un asistent medical specialist pentru Blocul Operator. Pentru mine aceste șase luni de școală reprezintă o provocare. Cum ele se vor termina înaintea de viitoarea conferință a Ordinului, mă gândesc să fac o lucrare despre formarea asistentului medical specialist pentru Blocul Operator.



Alexandru Cristian Răileanu, Spitalul Clinic de Urgență București, Secția ATI

La conferința filialei București a OAMGMAMAR ați prezentat lucrarea "Eficiența managementului durerii postoperatorii la pacienții cu artroplastie de șold", realizată în colaborare cu Carmen Mazilu (Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Municipiului București) și Liliana Mirea (Universitatea de Medicină și Far-

macie „Carol Davila” din București).

Ce mesaje ați dorit să transmiteți prin această lucrare?

R. Voi începe prin a spune cum mi-am ales această temă. În octombrie anul trecut, echipa OAMGMAMR București a încercat să țină la noi în spital o serie de cursuri legate de managementul durerii. Printre persoanele care au participat la acele cursuri m-am numărat și eu. Noi deja făceam în spital studii, dar noi, asistenții medicali, eram ajutoarele medicilor. În afară de faptul că noi câștigam experiență, nu aveam un cuvânt de spus, în realitate, în aceste studii făcute pe managementul durerii, deși reprezentam un element important în realizarea lor. Odată cu acest curs, am decis să folosim și noi în spital aceste metode de evaluare a durerii despre care, în fapt, eu și colegii mei știam, doar că nu le puneam în practică. A fost impulsul de care aveam nevoie. Atunci am apelat la doamna Conferențiar Univ. Dr. Liliana Mirea din cadrul Catedrei de Anestezie și Terapie Intensivă de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davilla”, cu care mai făcusem alte studii. Și am ales această temă. Apoi mi s-a părut foarte interesant că suntem singurul spital din București care face acest mod de anestezie pentru a asigura pacientului post-operator un confort și o analgezie de standarde înalte, și anume blocul de nerv femural cu ghidare ecografică. Făcând aceste studii, am ajuns la concluzia că trebuie să arătăm rezultatele și să o comparăm cu anestezia clasică, și anume rahianestezia, și să arătăm diferența acesteia față de sistemul clasic, de ghidaj cu ultrasunete.

Studiul a fost făcut pe 60 de pacienți, am văzut rezultatele, am evaluat durerea și, practic, la conferință, am vrut să transmit participanților că un management al durerii bine pus la punct trebuie adaptat la fiecare secție, nu neapărat la Anestezie și Terapie Intensivă, pentru că durerea se poate regăsi sub mai multe forme, pe mai multe secții. Practic am vrut să arăt cum anume am asigurat noi o analgezie și un bun confort postoperator, știut fiind că protezele de genunchi sunt unele dintre cele mai dureroase intervenții chirurgicale și că există foarte multe riscuri. În final, am

vrut să scot în evidență faptul că se fac și la noi lucruri comparabile cu ceea ce se face la nivel internațional. Iar concluzia studiului a fost că blocul de nerv femural cu dexametazonă în proteza totală de genunchi asigură o analgezie postoperatorie bună și sigură, reducând consumul de opioide și AINS și, implicit, efectele adverse ale acestora.

Plănuțiți și alte proiecte de cercetare?

R. Sigur, ele sunt legate tot de managementul durerii, oarecum tot pe această temă, dar un pic mai complexă. Voi merge la Congresul Internațional al Asistenților Medicali din Singapore, unde mi-a fost acceptat un poster, să prezint ideea, dar mult mai dezvoltată, pentru un număr mult mai mare de pacienți și pentru o patologie asociată a celor din grupurile pe care le-am studiat.

Apoi, vreau să implementez, împreună cu echipa OAMMGAMMR filiala București, un management al durerii specific fiecărei secții din spital. Vrem să facem studii de caz și cercetare pe fiecare diagnostic în parte, ca parte a unei viitoare cercetări pe managementul durerii.

Cum sunt percepute aceste studii pe care le faceți de către colectivul dumneavoastră, pe de o parte, și, apoi, de medici și pacienți?

R. Ca să fiu sincer, cei mai fericiți sunt pacienții. Acesta este un lucru bun, care mă motivează să perseverez. Pe de altă parte, noi luptăm cu prejudecata că profesia de asistent medical este una limitată. Faptul că vrei să faci ceva mai mult decât au făcut ceilalți poate fi văzut cu rezervă. Chiar și aceasta nu reprezintă o problemă, atât timp cât personalul medical, asistenții medicali, medicii înțeleg exact ce vrem noi să facem. Important este ca toți să fie bine informați și să înțeleagă că noi vrem doar să ne menținem locul, așa cum este el definit și să ne facem treaba cât mai bine.

În plus, planul de îngrijire legat de managementul durerii aduce o muncă în plus colegilor mei, dincolo de noutate. Mulți sunt reticenți mai degrabă la faptul că nu știu cum vor face față, pentru

că, precum în majoritatea spitalelor, avem aceleași probleme de lipă de personal și de suprasolicitare. De aici o oarecare reticență în ceea ce privește cercetarea. Dar, de cele mai multe ori, principala barieră este să înțeleagă ce vrem noi, de fapt, să facem.

Și cum îi faceți să înțeleagă? Ce metode folosiți?

R. Ne străduim să le explicăm. Facem diferite ședințe, cursuri, nu neapărat legate de managementul durerii, ci legate de modul cum ar trebui să privească cercetarea. Unii sunt deschiși și li se pare interesant, alții sunt încă reticenți. Cu trecerea timpului am, însă, convingerea că vor înțelege, prin faptul că participă la cursuri, prin dovezi, cum e faptul că eu, implicându-mă în cercetare, reprezint Spitalul de Urgență Floreasca la un congres extrem de important din Singapore. Mai contează și susținerea de care beneficiem din partea conducerii spitalului. În ultima perioadă, cel puțin, am fost susținuți în ceea ce privește informarea asistenților medicali, cursurile de specializare. Ne susțin și sunt alături de noi.

Legat de creșterea calității și siguranței procesului de îngrijiri din domeniul dumneavoastră, ce întreprindeți în mod concret pentru a le realiza?

R. Explicăm colegilor noștri ce anume implică această calitate a serviciilor, folosirea planului de îngrijire și a cercetării în mod constant și-i monitorizăm atent. Când e cazul, le atragem delicat atenția că, în baza procedurii operaționale pe care, de altfel, au semnat-o și asupra căreia am ajuns cu toții la consens, ar fi trebuit să facă lucrurile așa cum au fost instruiți. Parte dintre ei acceptă că trebuiau să facă lucrurile diferit și că vor acționa în mod corect de acum încolo, alții sunt mai rigizi. Dar cum lucrurile acestea nu pornesc de la mine, de la nivelul secției sau al spitalului, ci este ceva ce se cere în mod constant la nivel național, cu timpul, bănuiesc că le va intra în reflex.

În domeniul dumneavoastră, care este principala provocare în procesul de creștere a calității și siguranței procesului de îngrijiri și cum credeți că poate fi depășită?

R. Oarecare reticență venită din obișnuința de a face lucrurile într-un anumit mod. Important este ca oamenii să ajungă să înțeleagă că noul mod de lucru este spre binele lor. În primul rând, este varianta corectă de acțiune și fiecare dintre noi este "acoperit", făcând lucrurile "ca la carte", conform unor proceduri standard. Din cauza rutinei, de ani de zile, ei fac lucrurile într-un anumit mod, așa că este mai greu, mai ales la început, să adopți noi metode de lucru. Cred, însă, că din octombrie anul trecut și până acum am înaintat foarte bine. Deja peste 50% din personal a îmbrățișat noile metode de lucru.

Ce înseamnă pentru dumneavoastră profesia de asistent medical?

R. Profesia de asistent medical este totul pentru mine. Mă duc cu drag la serviciu, fac cu drag ceea ce fac, indiferent cât de solicitantă este ziua respectivă, eu nu obosesc, pentru că-mi iubesc munca. Ca să gestionez problemele de zi cu zi, pun pe primul plan pacientul și binele acestuia. În momentele în care nu-l înțeleg pe pacient, pentru că sunt și astfel de momente, mă pun în locul lui. În felul acesta îmi este foarte ușor să-i înțeleg perspectivele sau să-i înțeleg durerea. Atunci este totul mai ușor. Când intru, de exemplu, în salon, am satisfacțiile mele. De exemplu, acum, când m-am întors din concediu, în salon încă mai erau bolnavi care mă cunoșteau și mi-au spus "ne era dor de tine Alex, ți-am simțit lipsa".

M-am simțit foarte bine să aud asta.



Luminița-Mariana Burghilea-Toma, Asistent Șef la Westeye Hospital București

Din prezentarea "Calitatea vieții pacientului purtător de lentile de contact", care sunt cele mai importante mesaje pe care doriți să le rețină colegii?

R. În primul rând, a crescut numărul purtătorilor lentilelor de contact și m-am gândit că și în sală vor fi mulți purtători de lentile de

contact sau doritori și, automat, îi interesează și pe ei. În același timp, noi fiind asistenți, m-am gândit să subliniez și cât de mult contează instruirea corectă a purtătorului lentilelor de contact pentru o bună calitate a vieții.

Am vrut să pun accent pe libertatea pe care o oferă lentilele și pe faptul că, dacă îl conving pe om să poarte lentile de contact, este în avantajul lui. Dar nu am vrut să fie un mesaj agresiv de promovare a lentilelor de contact, am vrut doar să le pun în lumină avantajele.

În același timp, fiindcă am dorit o informare corectă, am enumerat și riscurile lor. Și un mesaj foarte important pentru toți cei care au diferențe mari de dioptrii între ochi – lor le sunt recomandate lentilele de contact, în primul și în primul rând. Sunt oameni care au -10 pe un ochi și 0 pe celălalt. Omul nu poate purta ochelari fiindcă creierul nu suportă o diferență mai mare de 3 dioptrii. Dar pe lentile de contact, își poate pune -10 și așa poate vedea și cu ochiul slab. Sau ai pe un ochi +3 și pe unul +7. Și atunci poți face următorul compromis cu ochelarii – îți pui pe un ochi +3 și pe celălalt, care are nevoie de +7, doar +5 sau maximum +6. Dar asta înseamnă că pierzi destul din acuitatea vizuală pe care ai putea-o avea dacă ai corecta cu +7 prin lentila de contact, cea mai bună variantă în afara chirurgiei refractive, care este, totuși, o metodă invazivă și poate omul nu dorește să recurgă la ea.

Sau în cazul celor cu astigmatism, care înseamnă dioptrie pe un singur ax. Și dacă porți mai târziu ochelarul și nu îl porți din copilărie, atunci când miști capul, dioptria, fiind pe un singur ax, te amețește. Dar dacă pui direct pe corneea dioptria aceea, nu te amețește, tu vezi clar și ai comfort.

Ce v-a atras atenția din celelalte lucrări la care ați asistat?

R. Mi-au plăcut toate. Și încă de când am început să vin la conferințele Ordinului (înainte mergeam doar la congresele de oftalmologie cu secțiuni dedicate asistenților), am fost impresionată de profesionalismul colegilor care prezintă, începând cu Daniela Stan, Corina

Gagiu, Elena Gorgonețu sau Anghelușă Lupu. Doamna Președinte Carmen Mazilu este un model pentru mine, pentru modul în care știe să pună în lumină aspectele pe care vrea să le evidențieze. Iar anul acesta mi se par mai relaxate și celelalte colege.

Vorbind despre valoare, cum credeți că a evoluat calitatea profesională a asistentului medical din România?

R. Cred că asistentul de la noi și-a îmbunătățit comunicarea, în primul rând. Nu mai este ca pe vremuri când mi se părea că spuneau două vorbe și se uitau ciudat la pacienți. Am întâlnit acum asistente extraordinare, care au știut să-mi explice. Și la Fundeni și la Spitalul Floreasca și la Obregia, pe unde am mai fost cu membrii familiei. Am întâlnit asistenți care-și fac datoria cu brio.

Ca Asistent Șef la West Eye, eu triez uneori asistente pentru posturile vacante de la noi și unele mai au lacune. Dar am găsit și fete tinere, ieșite de pe băncile școlii de asistenți medicali, care sunt foarte bine pregătite. De exemplu, chiar acum am două fete foarte devotate. Una dintre ele mi-a zis că vine cu o oră mai devreme la program astfel încât să fie deja pregătită când începe tura, căci deja vin pacienții.

Cred foarte mult în oameni și cred că poți să activezi partea bună din fiecare. Chiar dacă mulți îmi spun că mă pot păcăli de multe ori, eu nu pun așa problema, atunci când am o asemenea dezamăgire, mă gândesc că nu am reușit eu să activez partea bună din acel om. Da, cred că poți activa partea bună din fiecare și asta experimentez ca asistent șef și constat cu plăcere că așa este (**Luminița-Mariana Burghilea-Toma, Asistent Șef la West Eye Hospital București**).

A consemnat, Mirela Mustață, Redactor executiv E-Asistent

Drepturile membrilor



Tuturor ne plac drepturile, pentru că vorbesc despre acele lucruri care ni se cuvin din oficiu, însă nu trebuie să pierdem din vedere faptul că orice drept vine la pachet cu obligații, iar pentru a beneficia de drepturile noastre, trebuie să ne îndeplinim și obligațiile.

În general termenul "drepturi" se referă la ceea ce știința juridică recunoaște, îngăduie sau acordă unei persoane, însă exercitarea drepturilor de către fiecare subiect în parte poate fi condiționată sau bazată pe circumstanțe foarte diferite. Astfel, termenul "drepturi" este unul foarte larg și poate fi foarte confuz, din cauza suprapunerii mai multor înțelesuri, a diferitelor situații sau relații, prin prisma conținutului, obiectului, rolului sau sensului a ceea ce este recunoscut sau acordat titularului.

Drepturile membrilor OAMGMAMR, se referă strict la acele drepturi rezultate din relație directă între

membru și organizația profesională, dobândite prin înscrierea în organizație.

Dobândirea unor drepturi prin înscrierea ca membru al organizației profesionale face ca drepturile să fie condiționate și limitate, existând astfel tentația să credem că drepturile membrilor sunt formale sau iluzorii. În realitate, drepturile membrilor există din plin, iar exercitarea acestor drepturi este în totalitate la îndemâna membrilor.

OUG 144/2008, cu completările și modificările ulterioare, privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea OAMGMAMR, alocă o secțiune distinctă pentru drepturile membrilor, statuate de art. 45. Prin modul în care sunt structurate și prezentate, am putea spune că sunt mai mult drepturi generale, de tip organizatoric.

”Art. 45 Membrii Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România au următoarele drepturi:

- de a alege și de a fi aleși în organele reprezentative ale Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, în condițiile prezentei ordonanțe de urgență;
- de a avea acces la toate datele care privesc organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și a filialelor acestuia;
- de a se adresa nemijlocit tuturor organelor de conducere ale Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, naționale sau teritoriale, și de a primi informațiile solicitate;
- de a participa la acțiunile organizate de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și de a fi informați despre desfășurarea acestora;
- de a participa la programe de perfecționare și la alte forme de educație continuă pentru asistenți medicali generaliști, pentru moa-

șe și pentru asistenți medicali;

- de a contesta sancțiunile primite, în termen de 30 de zile de la comunicarea lor, conform prevederilor prezentei ordonanțe de urgență;

- dreptul persoanelor care exercită funcții de conducere la nivel teritorial sau național în structurile Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România de a-și rezerva locul de muncă pe perioada în care îndeplinesc funcțiile respective;

- de a li se acorda, de către Consiliul național, pentru merite deosebite, recompense, diplome de onoare și de excelență, la propunerea Biroului executiv al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și calitatea de membru de onoare;

- dreptul membrilor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România aleși în funcții de conducere, la nivel național ori teritorial, sau care dețin funcții de conducere în cadrul structurilor organizatorice ale Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România de a beneficia de 3 zile libere lunar, plătite, pentru îndeplinirea atribuțiilor profesionale la Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și a atribuțiilor conferite de funcția de conducere;

- de a purta însemnele Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.”

Pe lângă aceste drepturi de tip “organizatoric”, de implicare a membrilor în activitatea și funcționarea organizației profesionale, prevăzute de art. 45 din OUG 144/2008, există și o serie de alte drepturi dobândite odată cu calitatea de membru OAMGMAMR, cum sunt:

- dreptul de a profesa,

- dreptul de a participa la instruire profesională continuă,

- drepturi de a beneficia de oportunități de dezvoltare profesiona-

lă, adecvate evoluției și progresului științei, tehnicii și tehnologiei în domeniul medical.

Faptul că aceste drepturi nu sunt precizate în mod direct în capitolul/articolul destinat drepturilor membrilor, din OUG 144/2008, nu diminuează importanța acestor drepturi și nici nu le trece într-un plan secundar, dimpotrivă, aceste trei drepturi sunt cele mai importante, iar toate celelalte prevederi și drepturi stabilite de cadrul legal al organizării profesiei sunt în sensul/scopul îndeplinirii acestor trei drepturi esențiale ale membrilor OAMGMAMR.

Pentru a înțelege tabloul complet al drepturilor membrilor și varietatea acestor, trebuie să înțelegem în primul rând rolul și scopul organizației profesionale și mai ales de ce avem această formă de organizare a profesiei.

OAMGMAMR fiind organizație profesională de interes public, cu responsabilități privind controlul și supravegherea exercitării profesiei, ca profesie liberală de practică publică autorizată, nu poate avea o influență directă asupra raporturilor de muncă pe care membrii săi le au cu angajatorii, sau, mai bine spus, influența este una limitată/restricționată la elemente privind strict activitatea profesională a membrilor, și în nici un caz nu își poate extinde atribuțiile/influența asupra aspectelor privind drepturile de tip salarial sau cele legate de condițiile de muncă, ale membrilor săi, care, prin natura lor, sunt în competența exclusivă a organizațiilor sindicale.

În principal, rolul OAMGMAMR este de a supraveghea exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, pentru a dezvolta continuu profesia, prin consolidarea competențelor și dobândirea de noi competențe profesionale, care să permită membrilor (asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali) să ofere servicii unitare de înaltă calitate, în interesul public.

Această organizare monolitică a profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, în combinație cu importanța socială a activităților desfășurate de membrii OAMGMAMR, reprezintă și un avantaj considerabil pentru membri în relația lor cu

angajatorii, avantaj care poate fi valorificat individual, de fiecare membru în parte, sau la nivel macro, prin organizații sindicale.

În concluzie, drepturile membrilor există, nu sunt putine, sunt respectate și se fac eforturi considerabile ca ele să nu fie diminuate sau să rămână la nivel scriptic. Fiecare membru al organizației profesionale trebuie să-și conștientizeze aceste drepturi, să le înțeleagă și să "profite" de acestea.

Bobic Alin Victor – Jurist OAMGMAMR filiala București

Istoria diabetului și istoria Institutului Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice “Prof. Dr. N.C. Paulescu”

Definit simplu, diabetul se dezvoltă atunci când organismul nu produce suficientă insulină sau nu poate răspunde corespunzător, ducând la niveluri ridicate de zahăr din sânge. Gestionarea nivelului de zahăr din sânge poate fi o provocare, dar cercetările în curs de desfășurare cresc șansa de a trăi o viață fără probleme în ciuda diabetului zaharat.

În trecut, diabetul de tip 1 era întotdeauna fatal, în câteva luni sau chiar săptămâni. Descoperirea insulinei ca tratament a schimbat acest lucru. În acest articol, analizăm istoricul diabetului zaharat, cum a progresat tratamentul său și care sunt evoluțiile actuale.

Descoperirea diabetului

Joseph von Mering (foto) și Oskar Minkowski sunt considerați cei care au descoperit diabetul în 1899 și care au demonstrat că un câine cărui s-a îndepărtat pancreasul a dezvoltat diabet.

Cu peste 3000 de ani în urmă, vechii egipteni au menționat o



Joseph von Mering

condiție care pare să fi fost diabet de tip 1. Aceasta prezenta urinare excesivă, sete și pierdere în greutate. Mențiunea a recomandat o dietă de cereale integrale, pentru a reduce simptomele.

În India antică, oamenii au descoperit că ar putea folosi furnici pentru a testa diabetul. Dacă furnicile erau atrase de urina pacienților, acest lucru reprezenta un semn că ea conține niveluri ridicate de zahăr. Ei numesc condiția "madhumeha", ceea ce înseamnă urină cu miere.

În secolul al III-lea, Apollonius din Memphis a menționat termenul "diabet zaharat", aceasta fiind cea mai veche referință. În timp, medicii greci au distins, de asemenea, diabetul zaharat și diabetul insipid.

Diabetul insipid nu are nicio legătură cu diabetul zaharat. În timp ce duce, de asemenea, la sete și urinare, el nu afectează producția sau utilizarea insulinei de către organism.

Medicul roman antic Galen menționează și el diabetul, dar precizează că a văzut doar doi oameni afectați de acesta, ceea ce sugerează că era relativ rar în acele zile. Până în secolul al cincilea, în India și China s-a bănuir că există o diferență între diabetul de tip 1 și cel de tip 2. Ei au remarcat că diabetul de tip 2 era mai frecvent în cazul persoanelor supraponderale și bogate. Acest lucru se putea justifica prin faptul că acești indivizi mâncau mai mult și erau mai puțin activi.

Și în prezent, dieta și lipsa exercițiilor fizice sunt în continuare factori de risc pentru diabetul de tip 2.

Termenul diabet zaharat provine din cuvântul grecesc "diabet" (a trece prin) și cuvântul latin "melitus" (miere sau dulce).

În Evul Mediu se credea că diabetul este o boală a rinichilor, dar un medic englez de la sfârșitul secolului al XVIII-lea a constatat că aceasta a apărut la oamenii care au suferit o leziune a pancreasului.

În 1776, Matthew Dobson a confirmat că urina persoanelor cu diabet poate avea un gust dulce. Potrivit unui articol publicat în revista "Medical Observations and Inquiries", el a măsurat glucoza în urină și a constatat că aceasta era mai ridicată la persoanele cu diabet zaharat. Dobson a remarcat, de asemenea, că diabetul ar putea fi fatal la unii oameni, dar cronic la alte persoane, clarificând diferențele dintre tipul 1 și tipul 2 de diabet. Până la începutul secolului al XIX-lea, nu au existat statistici pe tema diabetului. Nu exista un tratament eficient și oamenii mureau, de obicei, în câteva săptămâni sau luni de la prima manifestare a simptomelor.

Primele încercări de tratament

Medicii greci timpurii au recomandat tratarea diabetului cu exerciții fizice, dacă este posibil, în special echitație. Ei credeau că această activitate ar reduce nevoia de urinare excesivă.

Alte opțiuni de tratament au inclus:

- o dietă "non-iritantă" bazată pe lapte și carbohidrați, de exemplu, lapte cu orez și alimente cu conținut de amidon și amidon "pentru a îngroșa sângele și sărurile de aprovizionare", sau lapte și orz
- narcotice, cum ar fi opiumul
- o dietă cu carne de vită și de oaie
- o dietă pe bază de legume verzi sau fără carbohidrați
- postul

După cum arată și exemplele de mai sus, medicii nu cădeau de acord ce dietă sau medicamente să folosească. Mai mult decât atât, mulți medici recomandau măsuri precum purtarea unor haine groase, administrarea de băi, inclusiv băi reci sau băi turcești, sau masajele. Aceste metode nu s-au dovedit eficace, iar oamenii cu această boală au suferit probleme serioase de sănătate.

Pancreasul, insulina și rezistența la insulină

În 1889, Joseph von Mering și Oskar Minkowski au descoperit că extirparea pancreasului la câine ducea la dezvoltarea diabetului și moartea lui rapidă, ceea ce i-a ajutat pe cercetători să înțeleagă rolul pancreasului în reglarea nivelului de zahăr în sânge.

În 1910, Sir Edward Albert Sharpey-Schafer a emis ipoteza că diabetul era produs de lipsa unei anumite substanțe pe care o producea pancreasul. El a numit-o insulină, de la insulă, deoarece era produsă de insulele lui Langerhans din pancreas.

În 1921, Frederick Banting și Charles Best au administrat unor câini cu diabet un extract din celulele insulare pancreatice ale unor câini sănătoși, ceea ce a reversat diabetul și a marcat descoperirea hormonului insulinei.

În ianuarie 1922, Leonard Thompson, de 14 ani, a fost prima ființă umană care a primit o injecție cu insulină pentru tratarea diabetului. El a mai trăit 13 ani cu diabet și a murit de pneumonie.



Sir Frederick Grant Banting, care, alături de Charles Herbert Best, a demonstrat, în 1921, reversarea diabetului în cazul unui câine căruia i-a administrat insulină, Poza: Wellcome images

Înțelegerea rezistenței la insulină

În 1936, Sir Harold Percival Himsworth a publicat o cercetare care diferenția diabetul de tip 1 de cel de tip 2. El a lansat și ipoteza că mulți oameni au rezistență la insulină, mai degrabă decât deficit de insulină, rezistența la insulină fiind un factor care duce la diabetul de tip 2. Când o persoană are rezistență la insulină, celulele sale își pierd sensibilitatea la insulină și nu sunt capabile să absoarbă glucoza. Ca răspuns, pancreasul își crește producția de insulină. Pe măsură ce acest lucru continuă, pancreasul este supra solicitat și este apoi afectat în mod grav.

Tratamentele moderne

Persoanele cu diabet de tip 1 și anumite persoane cu diabet de tipul 2 au nevoie să folosească insulină în fiecare zi. În ultimii ani, insulina injectabilă provenită de la animale a fost înlocuită cu analogi ai insulinei și au apărut noi feluri de administrare a insulinei, ceea ce a făcut tratamentul insulinei mai eficace. În anii 1980, au apărut primele dispozitive de monitorizare a glicemiei care au putut fi folosite acasă, ceea ce a schimbat mult în bine tratamentul persoanelor care-și administrează insulină, aceștia putând să determine mai precis de câtă insulină au nevoie într-un anumit moment și cât de bine funcționează tratamentul. Acestea și alte invenții îi ajută pe cei cu diabet să-și gestioneze singuri această condiție medicală.

Nu toți pacienții cu diabet de tipul 2 au nevoie de insulină. Cercetări numeroase au arătat că o dietă sănătoasă, alături de alte comportamente sănătoase, precum evitarea fumatului, a stresului, somnul, sunt esențiale pentru prevenirea și managementul diabetului de tip 2.

În momentul de față, există și terapii care nu implică insulină, ca de exemplu metforminul, care se administrează pe cale orală, sau inhibitorii co-transportorului 2 de sodiu-glucoză. Aceștia din urmă scad glucoza din sânge independent de insulină, prin scăderea cantității de glucoză pe care o absoarbe corpul. Aceștia pot ajuta și la scăderea tensiunii arteriale și a greutății corporale. Recomandările curente le indică medicilor să le prescrie pacienților cu diabet de tip 2 care au risc de boli cardiovasculare aterosclerotice.

Posibilități viitoare

Oamenii de știință consideră și alte posibilități de tratare a diabetului, precum imunoterapia, mulți crezând că diabetul de tip 1 este cauzat de o problemă a sistemului imunitar, sau pancreasul artificial pentru pacienții cu diabet de tip 1. Acest dispozitiv funcționează pe baza unei pompe externe care introduce insulină pe baza notificărilor unui sistem de monitorizare continuă. În 2018, un studiu

a concluzionat că folosirea acestui dispozitiv este sigură și eficace pentru pacienții cu diabet de tip 1. Cercetătorii continuă să caute opțiuni terapeutice pentru a le oferi pacienților cu diabet cea mai bună calitate posibilă a vieții.

Institutul Național de diabet, nutriție și boli metabolice Profesor N.C. Paulescu

România a jucat un rol important în dezvoltarea diabetologiei. De exemplu, Institutul național de diabet, nutriție și boli metabolice din București a fost prima unitate medicală de profil din Europa și un model pe care l-au preluat ulterior multe țări. Crearea unui asemenea institut a apărut ca idee în anul 1934 la spitalul Colțea din București, odată cu înființarea compartimentului de diabet. Din 1942, s-a alăturat Centrul Antidiabetic - unitatea ambulatorie.

Perioada de început a Clinicii de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice s-a derulat sub conducerea Prof. I. Pavel. Institutul poartă acum numele savantului Nicolae C. Paulescu pentru a-i se recunoaște meritele descoperirii insulinei. El a arătat primul că o anumită substanță secretată de pancreas a scăzut nivelul glicemiei la câinii diabetici. Primul Război Mondial l-a împiedicat să continue experimentele și abia în 1921 a reușit să publice rezultatele cercetărilor. Deși Premiul Nobel pentru Medicină a fost acordat celor doi cercetători canadieni pentru descoperirea insulinei, în 1969, meritele lui Nicolae Paulescu sunt recunoscute de către Academia Suedeză, cea care acordă Premiile Nobile, care a întărit recunoașterea internațională pentru savantul roman.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/317484.php>

<https://www.diabetes.co.uk/insulin/history-of-insulin.html>

<https://www.paulescu.ro/>



Vaccinurile și rezistența antimicrobiană

Rezistența antimicrobiană e în creștere, aducând cu ea potențialul de a produce, la nivel global, consecințe de sănătate publică, sociale și economice deosebit de grave.

Supra-administrarea medicamentelor antimicrobiene atât oamenilor, cât și animalelor, alimentează apariția unor agenți patogeni rezistenți. Acest fenomen va face ca proceduri chirurgicale de rutină să devină mult mai periculoase decât astăzi

Se estimează că, până în 2050, rezistența antimicrobiană ar putea ucide 10 milioane de persoane anual, în caz că nu se acționează prompt și eficace acum. Conform unui raport al Organizației Națiunilor Unite (ONU), infecțiile rezistente la medicamente ucid

deja 700.000 de persoane pe an, incluzând cele 230.000 de victime ale tuberculozei rezistente la medicamente.

Supra-administrarea antibioticelor accelerează un fenomen care nu este înțeles adecvat, iar specialiștii sunt îngrijorați de lipsa voinței politice de a se acționa hotărâtor, în ciuda impactului semnificativ resimțit deja de sistemele de sănătate și de economie, precum și a pierderilor de vieți omenești.

Într-un studiu condus de ONU, 39 din 146 de state au fost incapabile să furnizeze date privind folosirea substanțelor antimicrobiene la animale, despre care experții cred că este un factor major al rezistenței antimicrobiene la oameni, deoarece bacteriile rezistente sunt transferate de la animale prin alimentele și apa contaminate.

Rezistența antimicrobiană se răspândește și din cauza lipsei apei curate și a canalizării inadecvate, care îmbolnăvesc milioane de oameni în țările în curs de dezvoltare. Mulți dintre locuitorii acestor țări sunt prea săraci pentru a merge la doctor și, în schimb, cumpără antibiotice ieftine de la vânzători cu puțină expertiză medicală.

Recent, autoritățile publice din multe țări și-au extins efortul de a implementa acțiuni de prevenire a dezvoltării unor noi tulpini rezistente și de control al răspândirii infecțiilor, inclusiv prin vaccinare, însă aceasta este încă în centrul unor polemici aprinse. Din păcate, doar o mică parte dintre țări au alocat fonduri dedicate implementării unor planuri naționale de combatere a rezistenței antimicrobacteriene și definirii unui proces de monitorizare și evaluare. Investițiile în acțiuni de sănătate publică în acest domeniu sunt încă insuficiente.

Promovarea unei igiene mai bune în serviciile de sănătate, încetarea supra-prescrierii și supra-administrării antibioticelor, testarea rapidă a pacienților pentru a determina dacă au infecții bacteriene sau virale, prescrierea antibioticelor cu întârziere și campaniile mass media sunt intervenții eficace și cu o rată bună cost-beneficiu în combaterea rezistenței antimicrobiene.

Finanțarea acestor intervenții și programe de sănătate publică ar salva mii de vieți și importante resurse financiare pe termen lung. De exemplu, multe intervenții pentru promovarea folosirii prudente a antibioticelor și de îmbunătățire a igienei în spitale ar costa doar 0.15-1.3 EUR per capita în multe țări din Europa.

Alte recomandări pe care le fac specialiștii includ 1. interzicerea folosirii, la nivel mondial, a antibioticelor importante din punct de vedere medical pentru promovarea creșterii animalelor de fermă; 2. stimulente financiare pentru companiile de medicamente pentru dezvoltarea unor substanțe antimicrobiene noi; și 3. reguli mai stringente de limitare a vânzării de antibiotice în țările unde ele se pot procura ușor, chiar și fără o rețetă. Alți specialiști cer și o reacție din partea țărilor bogate pentru a le ajuta pe cele cu venituri mici să adopte programe de îmbunătățire a igienei publice și a asigura acces crescut la vaccinare și la medicamentele produse în mod corespunzător.

În promovarea combaterii rezistenței antimicrobiene, una dintre întrebările cheie pe care și le-au pus specialiștii a fost - care este legătura dintre vaccinuri și rezistența antimicrobiană?

În ultimii 25 de ani, s-a înregistrat o explozie a dezvoltării vaccinurilor, multe dintre acestea având, de asemenea, și un impact dramatic asupra rezistenței antimicrobiene, în două feluri, în principal.

Vaccinurile își produc efectul primar prin reducerea sau chiar eliminarea riscului de infecție cauzat de tulpinile rezistente la antibiotice. Asemenea efecte pot fi obținute prin omorârea, mediată de anticorpi, a unui microb aflat în plămâni sau sânge, de exemplu, prin impactul asupra colonizării și circulației acestuia. Exemple ale unor asemenea intervenții ale vaccinurilor includ și vaccinurile pneumococice conjugate (PVC).

Vaccinurile pot avea și efecte secundare asupra rezistenței antimicrobiene prin scăderea folosirii antibioticelor datorită reducerii nivelurilor de stări febrile și probabilității apariției infecțiilor secundare în urma episodului care a fost prevenit. Deoarece a fost

demonstrată o legătură clară dintre folosirea crescută a antibioticelor și creșterea rezistenței antimicrobiene, asemenea efecte sunt importante. Exemple ale efectelor secundare pot fi văzute la vaccinurile care țintesc afecțiunile virale precum gripa, care previn nu numai afecțiunile febrile, dar și infecțiile bacteriene secundare.

În cele ce urmează explorăm în detaliu impactul vaccinurilor conjugate pneumococice și al vaccinului anti-gripal.

Introducerea vaccinurilor pneumococice conjugate a dus la scăderea semnificativă a ratei la care copiii vaccinați erau purtători ai serotipurilor respective, ceea ce a dus la o scădere indirectă a ratei de îmbolnăvire cu tulpinile regăsite în vaccin și la copiii care nu erau vaccinați ("protecția de turmă").

În anii 1990, înainte de introducerea vaccinurilor pneumococice conjugate în Statele Unite ale Americii, se estima că există 60 000 de cazuri de boală pneumococică infecțioasă pe an. În acel moment, proporția cazurilor cauzate de tulpini rezistente la antibiotice era în creștere și un număr crescut de cazuri apărea din cauza unor pneumococi rezistenți la 3 sau mai multe antibiotice. Până în 2007, șapte ani după introducerea vaccinului pneumococic conjugat PCV7, se estimează că au fost prevenite în SUA circa 211.000 asemenea cazuri (atât susceptibile, cât și rezistente, la antibiotice, cauzate de 7 serotipuri ale vaccinului).

Deși o parte din această scădere poate fi atribuită scăderii prelevării culturii de sânge, eliminarea într-o mare parte a circulației tulpinilor din vaccin și scăderea observată a bolii la adulții nevaccinați fac probabilă ipoteza că scăderea observată a îmbolnăvirii la copii este datorată folosirii vaccinului.

Este important de notat că, în timp ce criteriile principale de selecție pentru serotipurile selectate pentru a fi incluse în vaccinurile pneumococice conjugate a fost numărul îmbolnăvirilor date de fiecare serotip, majoritatea tulpinilor selectate prezentau rezistență la antibiotice.

Vaccinurile pneumococice conjugate cu valențe crescute țintesc

acum 10-13 tulpini pneumococice, inclusiv 90% dintre tulpinile rezistente la antibiotice, care dădeau îmbolnăviri la copii în momentul în care PCV13 a fost introdus în Statele Unite. S-a demonstrat că aceste vaccinuri au redus și îmbolnăvirile cu tulpini rezistente la antibiotice ale adulților nevaccinați datorită circulației reduse a acestor tulpini în populație, după introducerea programelor de vaccinare ale copiilor.

În timp ce folosirea antibioticelor continuă să selecteze tulpinile cu rezistență dintre serotipurile rămase neincluse în vaccin, povara globală a bolii pneumococice s-a redus semnificativ, iar acest lucru e arătat de numeroase studii din diverse țări.

De exemplu, în Finlanda, într-un studiu clinic randomizat asupra PCV10, numărul prescripțiilor de antibiotice pentru pacienții tratați în ambulatoriu a fost monitorizat în grupa vaccinată și comparat cu grupul de control. Similar cu studiul PCV7 din California, cei vaccinați au avut o scădere cu 8% a numărului de prescripții cu antibiotice pentru un prim episod de otită medie, în timp ce rata a fost dublă la copii cu mai multe episoade ale otitei.

De asemenea, într-un studiu observațional finlandez asupra bolii pneumococice invazive și non-invazive la copiii și adulții din Helsinki, în perioada 2009-2014, proporția elementelor izolate non-susceptibile la penicilină la copiii < 5 ani a scăzut de la 25%, la 13%, în urma introducerii PCV10. În același timp, tot la copii, proporția de elemente izolate multi-rezistente la medicamente a scăzut de la 22% la 6%. De notat că această tendință nu a fost observată și la adulții finlandezi.

Cel mai recent studiu finlandez care a adresat această problemă s-a axat pe copii mici, pentru care otita medie a fost cel mai comun motiv pentru administrarea de antibiotice. În evaluarea ratei de administrare a antibioticelor înainte și după introducerea folosirii de rutină a PCV la copii, s-a constatat că diagnosticul de otită medie a fost cauza prescrierii de antibiotice la copii în 84% dintre cazuri.

În cohorta copiilor care au fost vaccinați cu PCV10, s-a înregistrat o

scădere cu 17.5% a prescripțiilor cu antibiotice față de cohorta de referință. Scăderile au început în copilăria timpurie și au continuat până la 4-5 ani.

Vaccinurile antivirale nu au niciun efect direct asupra organismelor care produc boala rezistentă la antibiotice. Totuși, deoarece vaccinurile antivirale țintesc bolile virale care cauzează afecțiuni febrile, o scădere a ratei acestor îmbolnăviri ar trebui să rezulte în scăderea prescrierii de antibiotice pentru aceste episoade.

În plus, infecția gripală este cunoscută în a crește riscul infecțiilor bacteriene secundare precum pneumonia și otita medie, care cer apoi tratament cu antibiotic. Într-un studiu prospectiv “în orb” la copii, vaccinarea anti-gripală a redus semnificativ riscul de otită medie în timpul sezonului gripal.

Într-un studiu care a comparat copiii care au fost vaccinați anti-gripal cu un grup de control nevaccinat, Marchisio et co a observat că cei vaccinați au înregistrat apoi cu 13.2% mai puține prescripții cu antibiotice în timpul perioadei de observație de 6 luni. Copiii vaccinați din studiu au înregistrat cu 54.8% mai puține episoade de otită medie, ceea ce a contribuit, în mod probabil, la scăderea folosirii antibioticelor.

Într-un studiu european recent, cu caracter multi-centru, copii de vârste 6-36 luni au fost randomizați în primirea fie a vaccinului anti-gripal cuadrivalent, fie a unui placebo în timpul a 5 sezoane consecutive de gripă. Incidența gripei a fost cu 47% mai scăzută în grupul vaccinat.

Un studiu observațional similar desfășurat în Canada după introducerea vaccinării anti-gripale universale a copiilor din Ontario a comparat tiparele de folosire a antibioticelor în Ontario față de alte provincii unde nu se practică vaccinarea universală. Studiul a arătat folosirea cu 64% mai puține antibiotice de către copiii vaccinați din Ontario.

Având în vedere recurența anuală a epidemiilor de gripă și frecvența înaltă a gripei, impactul potențial al vaccinului anti-gripal asupra

rezistenței anti-microbiene este crescut. Și, totuși, acesta poate fi doar vârful iceberg-ului. S-a estimat că aproape jumătate dintre prescripțiile pentru antibiotice din SUA sunt acordate necorespunzător pentru afecțiuni respiratorii de natură virală. Ca urmare, vaccinurile viitoare care țintesc alți patogeni ai sistemului respirator precum rinovirusul ar putea duce la o scădere și mai dramatică a administrării de antibiotice și, în consecință, a cauzei medicamentose de inducere a rezistenței anti-microbiene.

În ultimii 10 ani, s-a observat o creștere dramatică a îmbolnăvirilor serioase din cauza organismelor rezistente la antibiotice multiple.

Anumite tulpini bacteriene Gram-negativ s-au dovedit susceptibile doar la colistin, iar acum rezistența transmisibilă la colistin pune în pericol chiar și eficacitatea acestui antibiotic de ultimă linie.

În mod evident, emergența acestor tulpini reprezintă o serioasă amenințare la adresa sănătății publice. Această amenințare este cu atât mai periculoasă cu cât portofoliul de antibiotice noi este foarte limitat, nicio nouă clasă nefiind licențiată în ultima decadă.

Tocmai de aceea o multitudine de organizații au cerut dezvoltarea de vaccinuri care să țintească tocmai aceste tulpini rezistente.

Odată cu posibilitatea de a reconstitui întreaga secvență genomică a bacteriilor și eficacitatea demonstrată a noilor tehnici de dezvoltare a vaccinurilor, precum biologia structurală și vaccinologia inversă, acest lucru ar trebui să fie fezabil. Eficacitatea demonstrată a vaccinurilor PCV și a celor antigripale împotriva rezistenței anti-microbiene aduc justificarea științifică pentru ca lumea medicală să sprijine un astfel de demers.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304973/>

<https://www.oecd.org/forum/programme/#!142040>

Sursa foto: https://www.shutterstock.com/image-illustration/antibiotic-resistant-germs-virus-bacteria-cells-1061608160?src=5G_aHzfUZ8MuxZR2iG_t7A-1-11, Shutterstock - Royalty-free stock illustration ID: 1061608160

Cartea mea de diabet

Autor: Dr. Mirela Culman,

Editura Medicală, 2018



Volumul de față prezintă informații medicale de mare actualitate într-un mod accesibil tuturor, profesioniști din sistemul medical și publicul larg.

Dintre temele fundamentale ale diabetologiei pe care le abordează autoarea remarcăm, pentru profesioniștii din domeniul medical - Hiperglicemia cronică, Cetoacidoza diabetică, Complicațiile tardive.

Pentru publicul larg, deosebit de utile sunt capitolele Alfabetul îngrijirii diabetului, Despre dietă sau Noapte bună, copii.

Tratat de terapie intensivă pediatrică

Autori: Constatin N. Iordache, Alina-Costina Luca,

Editura Medicală, 2016

Lucrarea își propune să îi informeze pe toți profesioniștii de terapie intensivă despre întreaga problemă și progresele din acest domeniu.

Dintre capitolele lucrării, notăm:

Oncologie

Boli genetice

Neonatologie

ORL

Urgențe în patologia endocrină.

Particularități în abordarea pacientului pediatric privind anestezia.



Kinetoterapie: Metodologia poziționării și mobilizării pacientului

Autori: Constantin Albu, Tiberiu-Leonard Armbruster, Mihai Albu,
Editura Polirom, 2012



Lucrarea trece în revistă tehnicile de manipulare recomandate pentru diverse afecțiuni motrice. Sunt prezentate în detaliu și ilustrate grafic manevrele specifice acestor tehnici și cum poate fi implicat pacientul. Autorii aduc și o multitudine de exerciții practice pentru completarea conceptelor teoretice.

Câteva dintre temele cele mai importante sunt:

Drenajul postural, Manevrarea capului, gâtului și trunchiului, Metodologia recuperării membrelor inferioare sau Re-educarea sensibilității posturale.

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.