

eAsistent.ro

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

IUNIE 2025



Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți?

Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,
Colectivul de redacție

EDITORIAL

Editorial de iunie	4
--------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Studii recente arată cauze potențiale ale incidenței crescute a obezității și cancerelor la copii, tineri și adulți tineri	7
--	---

EVENIMENT

14 iunie, Ziua internațională a donatorilor de sânge	16
--	----

INTERVIU

“Statele membre își reafirmă angajamentul față de OMS și de sănătatea mondială în cadrul istoricei Adunări Mondiale a Sănătății”, afirmă directorul general al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS)	20
--	----

ISTORIE

O istorie a programelor de screening medical	25
--	----

LUMEA MEDICALĂ

Burn-out-ul profesioniștilor din oncologie	36
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Ghidul clinic al asistentului medical	44
---------------------------------------	----

Chirurgie	45
-----------	----

În căutarea memoriei	46
----------------------	----

ECHIPA EDITORIALĂ	47
-------------------	----

Foto copertă: <https://impact.economist.com/>



Editorial de iunie

Cel mai important eveniment al perioadei, din domeniul sănătății, la nivel mondial, a fost a 78-a Adunare Mondială a Sănătății. Evenimentul s-a desfășurat în perioada 19-27 mai 2025 sub tema

"O lume pentru sănătate".

Practic vorbim despre reuniunea anuală a statelor membre ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), cel mai înalt organism decizional al OMS.

Cu acest prilej, țările membre OMS¹ au adoptat, pentru prima dată, rezoluții privind sănătatea plămânilor și a rinichilor, precum și pentru un viitor fără plumb. Ele au stabilit și *Ziua mondială de eliminare a cancerului de col uterin* și *Ziua mondială a prematurității* drept sărbători oficiale de sănătate ale OMS.

De subliniat că, cel puțin pentru regiunea europeană a organizației, aceste măsuri sunt bine corelate cu planul european de luptă împotriva cancerului. Vorbim aici despre un angajament politic de a inversa tendința de luptă împotriva cancerului în țările membre, printre care și în România. Este un alt pas salutar către o Uniune Europeană a Sănătății puternică și o UE mai sigură, mai bine pregătită și mai rezistentă.

Iar problema nu este de neglijat. În 2020, 2,7 milioane de persoane din Uniunea Europeană au fost diagnosticate cu cancer, iar alte 1,3 milioane de persoane și-au pierdut viața din cauza acestuia, inclusiv peste 2000 de tineri. Dacă nu se iau măsuri decise acum, cazurile de cancer vor crește cu 24% până în 2035, devenind astfel principala cauză de deces în UE.

Prin noua abordare a depistării cancerului propusă în septembrie 2022, Comisia Europeană va sprijini statele membre să se asigure că, până în 2025, 90% din populația UE care este eligibilă pentru depistarea cancerului de sân, de col uterin și colorectal beneficiază de acest tip de screening.

Cu prilejul acestei Adunări Mondiale a Sănătății, un alt element important este și faptul că OMS a convenit să își extindă strategia globa-

1 WHO Director-General: Member States reaffirm commitment to WHO and global health at historic World Health Assembly (<https://www.who.int/news/item/30-05-2025-who-director-general--member-states-reaffirm-commitment-to-who-and-global-health-at-historic-world-health-assembly>)

lă care consiliază guvernele din întreaga lume cu privire la prioritățile pentru asistenții medicali și moașe². Astfel, una dintre rezoluțiile adoptate de cele 194 de state membre a fost extinderea Direcțiilor strategice globale ale OMS pentru asistenți medicali și moașe 2021-2025 până în 2030, cu o serie de priorități actualizate.

Strategia este împărțită în patru domenii de politică: educație, locuri de muncă, leadership și furnizarea de servicii. Printre obiectivele politice care au fost considerate prioritare în ultimii ani se numără creșterea proporției bărbaților în domeniul asistenței medicale, reducerea deficitului de moașe, creșterea proporției de asistenți medicali absolvenți de universitate și punerea în aplicare a rolurilor de asistență medicală cu practică avansată.

Noile priorități propuse pentru 2026-2030 includ „valorificarea” tehnologiei pentru a ajuta la formarea mai multor asistenți medicali, dar și creșterea producției interne de asistenți medicali și moașe și reducerea acordurilor internaționale inechitabile de recrutare, de care au beneficiat adesea doar țările bogate.

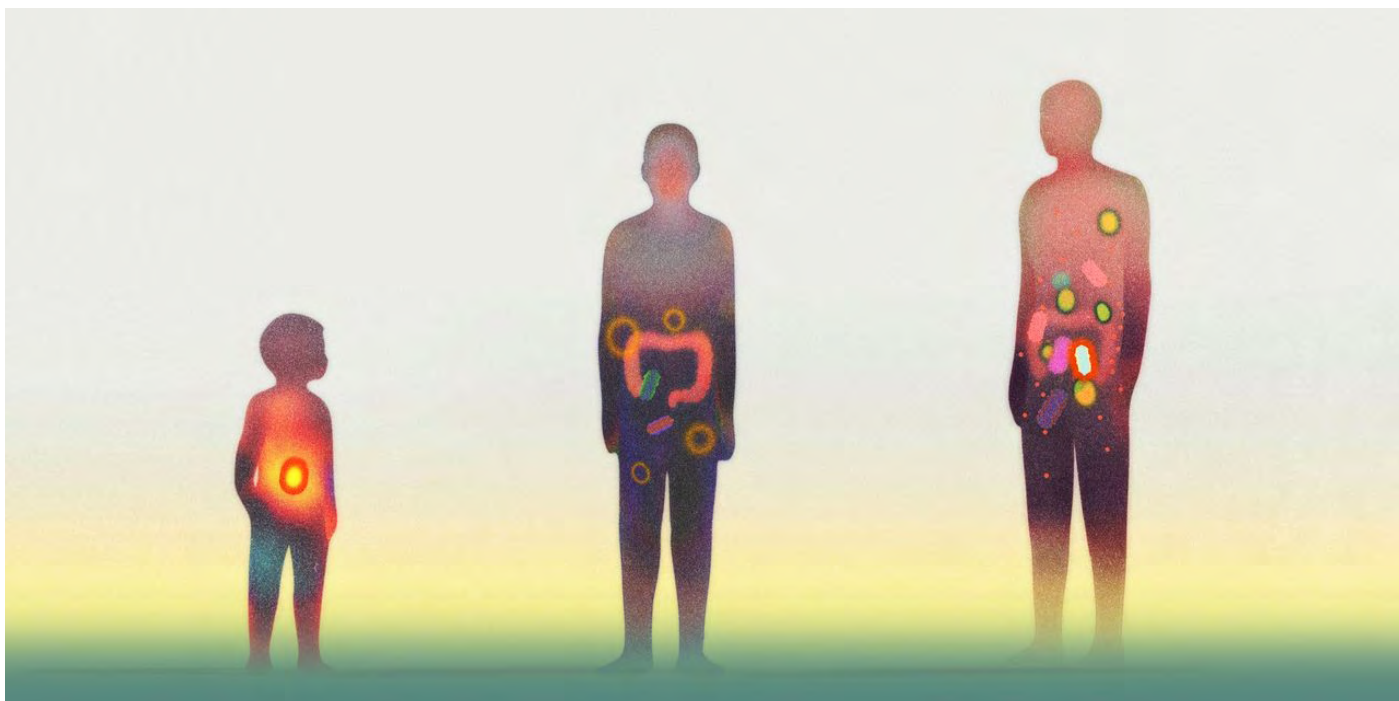
OMS a remarcat că raportul „*2025 State of the World's Nursing*”, publicat la începutul acestei luni, a arătat că asistentele medicale reprezintă aproximativ 39% din deficitul mondial de personal medical.

Ca atare, OMS a declarat că decizia de a extinde strategia referitoare la asistenții medicali a marcat un pas esențial pentru asigurarea faptului că sistemele de sănătate sunt cu adevărat echipate pentru a face față cerințelor actuale și viitoare.

În plus de aceste lucruri importante care ne modelează cadrul general în care ne desfășurăm activitatea, vă încurajez să citiți articolele lunii iunie din revistă și vă trimit cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

² WHO renews global nursing and midwifery strategy until 2030 | Nursing Times (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/who-renews-global-nursing-and-midwifery-strategy-until-2030-29-05-2025/>)



Studii recente arată cauze potențiale ale incidenței crescute a obezității și cancerelor la copii, tineri și adulți tineri

Timp aproximativ de lectură: 12 minute

Incidența crescută a cancerului cu debut precoce, așa cum se numește diagnosticul pentru persoanele cu vârstă de până în 49 de ani, a fost documentată pentru mai multe tipuri de cancer, inclusiv cele de sân, intestin, plămâni, ovare și pancreas. Comparativ cu americanii născuți în jurul anului 1950, proiecțiile sugerează că cei născuți în jurul anului 1990 sunt de două ori mai predispuși să dezvolte cancer de colon până la vârsta de 50 de ani și de patru ori mai predispuși să

dezvolte cancer rectal. Tipare similare au fost raportate în cel puțin alte 27 de țări.

Cauzele și mecanismele precise sunt greu de stabilit, însă se desfășoară din ce în ce mai multe studii observaționale care încearcă să aducă o înțelegere mai bună a fenomenului.

Din fericire, noile metode genomice (acestea sunt metode de analiză a structurii, funcției, evoluției și interacțiunilor genelor și includ, de exemplu, testarea genetică, ingineria genetică și analiza datelor genomice pentru a înțelege mai bine baza genetică a bolilor) permit oamenilor de știință să identifice ceea ce se numește semnături mutaționale, modificări distinctive induse în genomul unei celule de anumite influențe externe. Tutunul, de exemplu, are anumite semnături mutaționale, la fel și radiațiile ultraviolete.

Dacă aceeași mutație, produsă în același mod, apare la un număr suficient de persoane cu cancer cu debut precoce, se poate afirma că a fost găsit un potențial “vinovat”, o potențială cauză. O lucrare publicată în revista *Nature* în aprilie 2025 sugerează tocmai o astfel de descoperire - că expunerea la o bacterie intestinală comună în copilăria timpurie poate contribui la apariția prematură a cancerului colo-rectal, a cărui incidență a crescut rapid la nivel mondial.

Echipa internațională de cercetători, condusă de oameni de știință de la Universitatea din California, San Diego, Statele Unite ale Americii, a analizat genomul a 981 de tumori de cancer colo-rectal ale unor pacienți din 11 țări. Una dintre cele mai frecvente semnături mutaționale pe care le-au găsit, în special la pacienții tineri, a fost cea a colibactinei, o toxină eliberată de o serie de bacterii, inclusiv o tulpină răspândită de *Escherichia coli*. Aceasta a fost prezentă în mai mult de 50 % din tumorile pacienților sub 40 de ani, dar în mai puțin de 20 % din cele ale pacienților de peste 60 de ani.

Secvențierea mutațiilor a scos la iveală și că leziunile provocate de colibactină au apărut în stadiile foarte timpurii ale dezvoltării tumorii, precum și în gena specifică a cărei afectare declanșează cance-

rul colo-rectal. Cercetătorii au descoperit, de asemenea, că aceste mutații apar de obicei în primii zece ani de la naștere. Când cercetătorii au continuat să analizeze eșantioane de materii fecale colectate de la copii din aproximativ 20 de țări în cadrul unui studiu anterior, au descoperit că cei din țările cu rate mai ridicate de apariție timpurie a cancerului erau mai susceptibili de a purta tulpina colibactină de *E. coli*. Rămâne neclar mecanismul specific, deși unii cercetători suspectează deja că ratele în creștere ale utilizării antibioticelor și ale nașterilor prin cezariană pot perturba suficient microbiomul copiilor pentru a permite acestei tulpini de *E. coli* să prolifereze.

Transformarea unei singure mutații cancerigene în cancer durează ani sau decenii. De obicei, acest proces începe la vârsta mijlocie, când mutațiile de tot felul încep să se acumuleze. Dar mutațiile colibactinice timpurii urmează un scenariu diferit. *"Dacă dezvolți prima mutație a unei mutații generatoare de cancer la vârsta de cinci ani, avansezi cu 20-30 de ani apariția cancerului colorectal"*, spune Dr. Ludmil Alexandrov de la Universitatea din California San Diego, unul dintre autorii studiului. Alberto Bardelli de la Universitatea din Torino, Italia, care nu a fost implicat în studiu, spune că efectul asupra riscului de cancer al unei persoane este similar unei predispoziții genetice ereditare pentru această boală.

S-ar putea ca deocamdată să fie prea puține rezultate concludente pentru a afirma că colibactina este cauza creșterii semnificative a cancerului colo-rectal cu debut precoce. Cercetătorii au descoperit și alte două semnături mutaționale care afectau genele legate de cancer și care erau, de asemenea, mai răspândite la pacienții tineri. În timp ce 50% dintre aceștia aveau semnătura colibactinei, 70-80% aveau o combinație a celor trei semnături mutaționale. Pentru a stabili impactul fiecăreia dintre cele trei semnături mutaționale, va fi nevoie de noi studii.

În plus, deoarece aproximativ o treime dintre adulții sănătoși sunt purtători de *E. coli* care produc colibactină, iar dintre aceștia, doar o mică parte ajunge să dezvolte cancer colo-rectal, semnele de întrebare

sunt mai multe decât doar cele legate de rolul celor trei semnături mutaționale în apariția cancerului. Un studiu pe animale publicat în martie în *Nature Microbiology* a arătat că aceste bacterii producătoare de colibactină prosperau la șoarecii hrăniți cu o dietă săracă în carbohidrați și fibre solubile. Șoarecii aceștia, cu o dietă săracă în carbohidrați și fibre, prezentau, de asemenea, mai multe leziuni provocate de colibactină la ADN-ul celulelor colonului decât șoarecii hrăniți cu alte diete. Lipsa fibrelor, care hrănesc diverse bacterii intestinale benefice, pare să fi slăbit bariera protectoare a colonului, expunând celulele colonului la impactul advers al colibactinei.

Un alt studiu, realizat de un grup de cercetători condus de Shuji Ogino de la Universitatea Harvard, Statele Unite ale Americii, și publicat în 2022, a indicat aceeași direcție: într-o cohortă de profesioniști din domeniul sănătății urmăriți de-a lungul timpului, aderența mai strânsă la o dietă de tip occidental (bogată în carne roșie și prelucrată, zahăr și cereale rafinate și săracă în fibre) a fost asociată cu tumori colo-rectale care conțineau cantități mai mari de *E. coli* producătoare de colibactină. Este posibil să fie implicați și alți factori. O serie de grupuri de cercetare investighează în paralel rolul microplasticelor în slăbirea barierei de protecție a colonului.

Identificarea unui mecanism de apariție a cancerului cu debut precoce va ajuta, de asemenea, la găsirea unui potențial tratament. Sunt explorate mai multe direcții, cele principale fiind medicamentele care inhibă efectele *E. coli*, probioticele care ajută bacteriile benefice din intestin să învingă *E. coli* și micro-organismele care realizează fagia bacteriilor periculoase. Aceste cercetări, deși promițătoare, au fost efectuate până în prezent doar pe culturi celulare sau pe animale de laborator.

Înțelegerea riscurilor și beneficiilor tratamentului, în special la copii, va necesita, de asemenea, timp. În acest scop, echipa doctorului Alexandrov analizează acum probe de scaun de la copiii din aproximativ 20 de țări pentru a afla cât de des bacteria induce mutațiile îngrijorătoare la cei care o poartă. De asemenea, în următorii cinci ani,

echipa speră să dezvolte teste capabile să identifice mutațiile induse de colibactină în scaun. Teoretic, medicii ar putea apoi identifica persoanele care ar trebui să fie monitorizate atent și să fie supuse unei intervenții terapeutice timpurii conform abordărilor existente.

În timp ce antibioticele se află pe lista potențialelor cauze suspecte ale cancerului colo-rectal cu debut precoce, care afectează din ce în ce mai multe persoane tinere, antibioticele se află și pe lista potențialilor vinovați de obezitatea infantilă, a cărei prevalență este, de asemenea, în creștere într-un mod alarmant în ultimele decenii. De exemplu, rata actuală a obezității la copii și adolescenți în Statele Unite arată o rată ridicată, apropiindu-se de 20 %, conform datelor recente ale Centrului pentru Controlul și Prevenirea Bolilor. Situația este similară în Europa. Raportul COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) al Organizației Mondiale a Sănătății - Regiunea Europa, publicat la sfârșitul anului 2022, arată că, în general, 29% dintre copiii cu vârste cuprinse între 7 și 9 ani din țările participante erau supraponderali, inclusiv obezi.

Experții sunt de acord că identificarea cauzelor modificabile ale obezității la copii este foarte importantă, deoarece obezitatea în copilărie duce la afecțiuni acute și cronice multisistemice mai târziu în viață, inclusiv la mortalitate timpurie. Expunerea la antibiotice în primii 2 ani de viață a fost asociată în mod semnificativ cu o creștere a indicelui de masă corporală (IMC) la vârsta de 2 și 12 ani, conform datelor unui studiu realizat pe mai mult de 33 000 de copii din Finlanda.

Antibioticele sunt adesea prescrise copiilor mici și cercetările anterioare sugeraseră o asociere între expunerea timpurie la antibiotice și creșterea în greutate și obezitatea la copii, a declarat Sofia Aionen, MD, de la Universitatea din Oulu, Finlanda, într-o prezentare a studiului în cadrul Adunării Societăților Academice Pediatriche din 2025.

Aionen și colegii săi au efectuat un studiu bazat pe registre cu 33.095 de copii care s-au născut pe cale vaginală în Finlanda. Expunerea la antibiotice a fost împărțită în patru perioade de timp: 1 an înainte de sarcină, în timpul sarcinii, în perioada perinatală și în primii 2 ani

de viață.

În populația studiată, 39% dintre mame au fost expuse la antibiotice cu 1 an înainte de începerea sarcinii, 27% au fost expuse în timpul sarcinii, 21% dintre copii au fost expuși în perioada prenatală, iar 68% dintre copii au fost expuși în primii 2 ani de viață.

Rezultatele primare au fost scorul IMC pentru vârstă la vârsta de 2 ani și incidența cumulativă a supraponderalității și obezității la vârsta de 12 ani. Într-o analiză de regresie, numai copiii cu expunere la antibiotice în primii 2 ani de viață au fost legați de un IMC mai mare comparativ cu copiii fără expunere la antibiotice. În plus, copiii expuși la antibiotice în primii 2 ani de viață aveau cu 9% mai multe șanse să fie supraponderali și cu 20% mai multe șanse să fie obezi comparativ cu cei care nu au fost expuși la antibiotice în aceeași perioadă de timp. Asocierea dintre expunerea la antibiotice în primii 2 ani și riscul crescut de supraponderalitate sau obezitate a persistat la vârsta de 12 ani.

Principala limitare a studiului a fost designul retrospectiv, care împiedică concluziile privind cauzalitatea, a declarat Dr. Ainonen, cercetătoarea principală a studiului finlandez, pentru revista Medscape Medical News. De asemenea, ea a mai declarat că echipa de cercetători a fost surprinsă *"de faptul că expunerea în special la antibiotice în primii 2 ani de viață părea să aibă cea mai puternică asociere cu excesul de greutate și obezitatea în copilărie, indiferent de expunerea la alte antibiotice la începutul vieții, în special expunerea perinatală la antibiotice."*

Motivul pentru care numai expunerea la antibiotice în primii ani a avut un efect asupra obezității rămâne o întrebare deschisă, a declarat Ainonen, Dr. în medicină de la Universitatea din Oulu, Finlanda, care a condus studiul. *"Efectele de stimulare a creșterii ale antibioticelor au fost raportate și încă nu sunt bine înțelese"*, a spus ea. *"Există, de asemenea, o posibilitate ca această asociere să nu fie singura cauză, dar ea nu a fost măsurată. Este vorba despre faptul că copiii din familii în medii legate de obezitate pot fi mai susceptibili de a pri-*

mi antibiotice". Ea a adăugat, de asemenea, că "Antibioticele modifică flora sistemului gastro-intestinal care poate afecta metabolismul; cu toate acestea, există multe, multe variabile asociate cu obezitatea la copii, astfel încât, până când există date suplimentare pentru sprijin, este necesară prudență în interpretarea rezultatelor."

Aceleași concluzii generale ca în studiul finlandez au fost documentate și la sfârșitul unui studiu desfășurat recent în Italia, un studiu retrospectiv de cohortă pediatrică populațională italiană a copiilor născuți între 2004 și 2018, utilizând baza de date Pedianet. Copiii trebuiau să se fi născut la termen, cu greutate normală și fără boli genetice sau anomalii congenitale. Cercetătorii au evaluat momentul primei prescripții de antibiotice de la naștere până la 6, 12 și 24 de luni de viață și relația doză-răspuns prin intermediul numărului de rețete care prescriau antibiotice înregistrate în primul an de viață (niciuna, 1, 2 și ≥ 3 rețete). Obezitatea a fost definită ca un scor IMC >3 pentru copiii cu vârsta ≤ 5 ani și >2 pentru copiii cu vârsta >5 ani, utilizând referințele Organizației Mondiale a Sănătății.

Dintre cei 121 540 de copii identificați, 54 698 au primit cel puțin un antibiotic în primul an de viață și 26 990 au fost clasificați ca obezi în timpul urmăririi. Riscul de obezitate a rămas similar în diferite perioade de prescriere a antibioticelor la 6 luni, 1 an și 2 ani. Concluzia a fost: **creșterea numărului de expuneri la antibiotice crește semnificativ riscul de obezitate**. Analiza individuală specifică vârstei a arătat că începerea antibioterapiei foarte devreme (între 0 și 5 luni) a avut cel mai mare impact asupra obezității infantile în raport cu ceea ce s-a observat în rândul celor cărora li s-au prescris antibiotice pentru prima dată după a cincea lună de viață. Aceste rezultate au fost similare în cadrul subgrupurilor și al analizelor de sensibilitate și susțin asocierea dintre expunerea timpurie la antibiotice și un risc crescut de obezitate infantilă.

Există o nevoie stringentă de mai multe cercetări privind creșterea ratelor obezității infantile, mai ales că există multiple previziuni că următoarea generație de copii va fi probabil mai grasă și mai puțin

în formă decât generația actuală. În lipsa unor măsuri imediate, se preconizează că aproximativ o treime (746 de milioane) din copiii și adolescenții lumii vor fi supraponderali sau obezi până în 2050, dintre care aproximativ jumătate (360 de milioane) vor fi obezi.

Întreruperea acestui trend grav este urgentă pentru a evita povara actuală și anticipată a complicațiilor socio-medice specifice obezității. Următorii 5 ani (2025-30) sunt deosebit de importanți în abordarea acestei adevărate epidemii. Dacă nu se iau măsuri înainte de 2030, o creștere bruscă a prevalenței în țările cu venituri mici și medii va precipita urgențele de sănătate publică într-un context demografico - economic deosebit – populație cu rată mare de creștere demografică și resurse economice limitate ca, de exemplu, în Africa.

Un imperativ imediat la nivelul fiecărei țări este supravegherea națională a obezității la copii și adolescenți, deoarece aceasta va permite prioritizarea investițiilor guvernamentale și a răspunsurilor sistemului de sănătate, în special a celor care abordează factorii generatori sistemici ai supraponderalității și obezității. Experții înțeleg din ce în ce mai bine că, în general, fără a fi însoțite de acțiuni politice colective, strategiile izolate de schimbare a comportamentului, bazate pe stilul de viață și orientate individual, nu produc schimbări semnificative sau durabile, cu excepția cazului în care sunt intensive, cu un număr mare de ore de contact - un obstacol pentru majoritatea familiilor și a sistemelor de sănătate, chiar și în țările cu venituri ridicate.

În schimb, guvernele, mai degrabă decât indivizii, sunt cele care trebuie să abordeze factorii determinanți ai obezității la nivel populațional, cum ar fi, de exemplu, supra administrarea de antibiotice la copiii mici sau marketingul din partea industriei alimentare pentru băuturile îndulcite. Din ce în ce mai multe analize arată că în multe țări din întreaga lume încep să apară strategii de succes la nivelul populației, cu acțiuni multidimensionale care vizează strategii atât în sectorul public, cât și în cel privat, adaptate contextelor locale, care se dovedesc eficiente în încetinirea trendului îngrijorător de creștere a ratelor de obezitate la copii.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.medscape.com/viewarticle/toddlers-antibiotics-exposure-may-raise-obesity-risk-2025a1000aep>
2. <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/04/30/rates-of-bowel-cancer-are-rising-among-young-people>
3. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2022-childhood-obesity-in-european-region-remains-high--new-who-report-presents-latest-country-data>
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12224663/>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38820573/>
6. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00397-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00397-6/fulltext)
7. Sursa foto <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/04/30/rates-of-bowel-cancer-are-rising-among-young-people>
(Ilustrație: Ibrahim Rayintakath)



14 iunie, Ziua internațională a donatorilor de sânge

Timp aproximativ de lectură: 3 minute

Pe 14 iunie Organizația Mondială a Sănătății (OMS) îi celebrează pe cei care, în fiecare an, fac peste 118 milioane de acte de donare de sânge la nivel global.

Dintre acestea, 40 % sunt acțiuni de donare de sânge care au loc în țările cu venituri mari, unde trăiește 16 % din populația lumii.

Un singur act de donare poate salva până la trei vieți. Majoritatea vieților salvate prin donarea de sânge se regăsesc în țările bogate. Iar acest lucru nu se întâmplă doar datorită unei asistențe medicale mai bune, ci și fiindcă există o diferență semnificativă în ceea ce privește rata de donare și, prin aceasta, de acces la sânge, între țările cu ve-

nituri mari și cele cu venituri mici.

Astfel, rata medie de donare de sânge în țările cu venituri mari este de 31,5 donări la 1 000 de persoane comparativ cu 16,4 donări la 1000 de persoane în țările cu venituri medii superioare, 6,6 donări la 1000 de persoane în țările cu venituri medii inferioare și 5,0 donări la 1000 de persoane în țările cu venituri mici.

Un alt fapt interesant este că rata donării de sânge în țările bogate din Orientul Mijlociu este de două până la trei ori mai mică decât cea din țările europene la fel de bogate.

De asemenea, europenii sunt mai buni donatori de sânge decât latino-americanii.

În țările în care practica donării voluntare de sânge este nepopulară, cea mai mare parte a rezervei de sânge provine de obicei de la donatori plătiți sau de la rudele celor care au nevoie de transfuzii.

În schimb, majoritatea țărilor cu cele mai ridicate rate de donare de sânge se numără printre cele în care toți donatorii o fac gratuit, pentru a ajuta străinii.

Sângele recoltat în anticoagulant poate fi depozitat și transfuzat unui pacient în stare nemodificată. Aceasta este cunoscută sub denumirea de transfuzie de "sânge integral".

Cu toate acestea, sângele poate fi utilizat mai eficient dacă este transformat în componente, cum ar fi concentrate de globule roșii, concentrate de trombocite, plasmă și crioprecipitat, deoarece, în acest fel, poate satisface nevoile mai multor pacienți.

În acest context, este important de notat că capacitatea de a furniza pacienților diferitele componente sanguine de care au nevoie este încă limitată în țările cu venituri mici: 38% din sângele colectat în țările cu venituri mici este separat în componente, 75% în țările cu venituri medii mici, 96% în țările cu venituri medii spre mari și 96% în țările cu venituri mari.

Plasma, principala componentă a sângelui, este un ingredient esențial

pentru o serie de medicamente, de la tratamente pentru hemofilie la vaccinuri antirabice și antitetanos. În prezent, nu mai există suficiență plasmă la nivel global. Serviciile de sănătate din întreaga lume se confruntă cu penurii de medicamente derivate din plasmă cel puțin din 2018.

Pandemia de Covid-19 a înrăutățit situația. De aceea, mulți experți susțin că cel mai bun mod de a satisface cererea este ca mai multe țări să legalizeze plata pentru plasmă, deoarece, în multe locuri, cererea depășește în mod clar ceea ce oferă donatorii neplătiți. Un argument cheie adus în discuție de acești experți este că 80% din oferta globală de plasmă provine din doar cinci țări, care plătesc pentru ea: în principal America, dar și Austria, Republica Cehă, Germania și Ungaria. În 2024, America a câștigat 37 de miliarde de dolari din exporturile de produse din sânge, mai mult decât din cărbune sau aur.

De asemenea, cercetările efectuate pentru serviciul de sănătate din Canada sugerează că recoltarea de plasmă de la donatori plătiți costă mai puțin de jumătate din costul recoltării de la donatori neplătiți. Acest lucru se datorează faptului că donatorii plătiți donează mai mult și mai des.

Deși, desigur, ar putea fi efectuate mai multe cercetări în acest domeniu, ce se știe până acum este că donările frecvente de plasmă par sigure pentru donator, deoarece plasma, care este în principal apă, este înlocuită rapid de organism.

Este, de asemenea, important de remarcat faptul că această abordare a plății pentru colectarea de plasmă are criticii săi. Aceasta, spun criticii, îi încurajează pe cei care știu că sunt bolnavi să doneze oricum, punând beneficiarii în pericol. Cu toate acestea, există puține dovezi că plasma care este plătită este mai susceptibilă de a transmite boli decât plasma provenită din surse neplătite deoarece în ambele situații există controale de sănătate înainte de recoltarea plasmei, care îi exclud pe cei care nu se simt bine și, în esență, asigură că ceea ce este recoltat este sigur. O dovadă în acest sens este că, deși plasma plătită domină aprovizionarea globală, în trei decenii

nu a existat niciun caz confirmat de îmbolnăvire a unui pacient din cauza unui medicament fabricat din plasmă donată.

Prin urmare, deși toți experții sunt de acord că, în mod ideal, toți cei care pot dona sânge ar trebui să ia în considerare donarea voluntară, neplătită, în mod regulat, astfel încât toate țările să dispună de rezerve de sânge adecvate și fiabile, există o tabără tot mai numeroasă de experți care susține că soluționarea durabilă a problemei lipsei de sânge și de produse derivate constă în utilizarea donațiilor plătite pe o scară mai largă, într-un număr tot mai mare de țări.

Accesul la sânge și produse din sânge sigure este esențial pentru asigurarea unui acces universal echitabil la servicii de sănătate și o componentă cheie a sistemelor de sănătate eficiente. Ca urmare, OMS încurajează guvernele și partenerii acestora să investească în programe naționale puternice pentru a asigura accesul universal la transfuzii sanguine sigure și mulțumește tuturor donatorilor de sânge pentru contribuțiile lor neprețuite la aducerea speranței pentru cei bolnavi și la salvarea de vieți.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>
2. <https://www.economist.com/leaders/2024/08/29/people-should-be-paid-for-blood-plasma>
3. <https://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2025/key-messages>
4. Sursa foto: <https://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2025/key-messages>



“Statele membre își reafirmă angajamentul față de OMS și de sănătatea mondială în cadrul istoricei Adunări Mondiale a Sănătății” afirmă directorul general al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS)

Timp aproximativ de lectură: 5 minute

A 78-a Adunare Mondială a Sănătății, reuniunea anuală a statelor membre ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), cel mai înalt organism decizional al OMS, s-a desfășurat în perioada 19-27 mai 2025 sub tema "O lume pentru sănătate".

Statele membre au examinat aproximativ 75 de puncte și subpuncte din toate domeniile sănătății, participând la dezbateri aprinse și adoptând rezoluții de substanță pentru îmbunătățirea sănătății pentru

toți.

În 20 mai 2025, statele membre au adoptat Acordul istoric al OMS privind gestionarea pandemiilor. Momentul a fost întâmpinat cu aplauze sincere, sărbătorind peste trei ani de negocieri intense ale organismului interguvernamental de negociere, care cuprinde statele membre ale OMS. Adoptarea acordului este o ocazie unică într-o generație de a proteja lumea de repetarea suferințelor cauzate de pandemia COVID-19. Acordul își propune să consolideze coordonarea și cooperarea la nivel mondial și echitatea accesului la asistență medicală pentru viitoarele pandemii, respectând în același timp principiile suveranității naționale.

"Cuvintele "istoric" și "reper" sunt folosite în exces, dar sunt perfect potrivite pentru a descrie Adunarea Mondială a Sănătății din acest an", a declarat Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, directorul general al OMS. "Adoptarea Acordului privind pandemia și aprobarea creșterii finanțării OMS, împreună cu numeroasele alte rezoluții adoptate de statele membre, sunt un semn către întreaga lume că putem reuși cooperarea în fața conflictului și unitatea în mijlocul diviziunii." Directorul general al OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, a lăudat angajamentul arătat de statele membre ale Organizației care, pe parcursul a aproape două săptămâni de reuniuni, au adoptat măsuri istorice pentru a face lumea mai sigură și mai sănătoasă.

Adoptarea primului acord global pentru a proteja lumea de viitoarele pandemii și pentru creșterea sprijinului financiar pentru Organizația Mondială a Sănătății au fost cele mai importante momente ale acestei Adunări, consideră vasta majoritate a experților care au urmărit evenimentul.

"Adoptarea de către Adunarea Sănătății a Acordului privind pandemia la 20 mai a fost un punct de reper în istoria OMS și a sănătății mondiale", a declarat și Dr. Tedros. "În ciuda multor obstacole și în fața unor erori și dezinformări semnificative, statele membre ale OMS au reușit să negocieze și să adopte un acord obligatoriu din punct de vedere juridic pentru a proteja mai bine lumea de potențiale pandemii."

Acordul privind pandemia stabilește o serie de măsuri de prevenire a pandemiilor și de consolidare a rezilienței sistemului de sănătate la nivel mondial și național, inclusiv prin îmbunătățirea partajării rapide a agenților patogeni, asigurarea accesului corect, echitabil și în timp util la vaccinuri, diagnostice și terapii și consolidarea transferului de tehnologie, a finanțării și a lanțurilor de aprovizionare.

Dr. Tedros a declarat că adoptarea Acordului privind pandemia nu reprezintă sfârșitul călătoriei, adăugând că statele membre mai trebuie să negocieze anexa privind accesul la agenții patogeni și partajarea beneficiilor în vederea adoptării în cadrul unei viitoare Adunări a Sănătății. Următorul pas ar fi ca 60 de țări să ratifice acordul, inclusiv anexa, înainte ca acesta să intre în vigoare ca instrument de drept internațional. *"După ce am urmărit acest proces în ultimii trei ani și jumătate, sunt încrezător în două lucruri", a declarat directorul general al OMS. "În primul rând, că statele membre vor termina treaba până în luna mai a anului viitor (2026), așa cum s-au angajat să facă; și în al doilea rând, că dezinformarea (n.a. în jurul acestui Acord) va continua."*

În special, Dr. Tedros a spus că, deși a fost recunoscut pe scară largă faptul că Acordul pandemic nu va încălca suveranitatea națională, unii actori interesați vor continua să repete afirmații false. *"Permiteți-mi să fiu clar încă o dată: Acordul privind pandemia nu va încălca suveranitatea națională, punct. Iar Acordul privind pandemia nu conferă OMS nicio putere, punct", a declarat Dr. Tedros. "Sarcina OMS este de a face recomandări guvernelor, dar ceea ce fac ele cu aceste recomandări este în întregime la latitudinea lor. OMS nici măcar nu este parte la acord. Acesta este un acord între națiuni suverane și va fi ratificat și pus în aplicare de națiunile suverane care aleg să facă acest lucru."*

Un alt rezultat major al Adunării a fost aprobarea bugetului programului OMS pentru 2026-27, care include o creștere cu 20% a contribuțiilor statelor membre, adăugând fonduri anuale de 90 de milioane USD. *"Acesta este un alt pas major pentru a face OMS mai puțin dependen-*

tă de fondurile voluntare alocate de o mână de donatori tradiționali", a declarat Dr. Tedros.

Țările au adoptat, de asemenea, pentru prima dată, rezoluții privind sănătatea plămânilor și a rinichilor, precum și pentru un viitor fără plumb, și au stabilit Ziua mondială de eliminare a cancerului de col uterin și Ziua mondială a prematurității drept sărbători oficiale de sănătate ale OMS. De asemenea, au fost adoptate rezoluții privind sănătatea digitală, boala viermelui de Guineea, finanțarea sănătății, forța de muncă din domeniul sănătății și a îngrijirii, imagistica medicală, asistența medicală și moașele, bolile rare, deficiențele senzoriale, bolile de piele, conexiunea socială și altele.

"În ultima săptămână m-am întâlnit cu miniștrii sănătății din aproape 50 de țări, inclusiv multe care se confruntă cu crize grave, precum Haiti, Liban, Palestina, Sierra Leone, Sudan, Siria și Ucraina. Mi-am amintit de suferința imensă a atât de multor oameni din lumea noastră.

Dar mi-am amintit, de asemenea, că deși există multe motive de îngrijorare, există și multe motive de speranță.

Ați adoptat un nou obiectiv de a reduce la jumătate impactul poluării aerului asupra sănătății până în 2040;

Ați adoptat noi obiective pentru nutriția mamelor și a copiilor mici;

Ați fost de acord să consolidați reglementarea marketingului digital al laptelui praf și al alimentelor pentru copii;

Ați adoptat o nouă strategie globală pentru medicina tradițională;

Pentru prima dată, ați adoptat rezoluții privind sănătatea plămânilor și sănătatea rinichilor;

Ați adoptat o rezoluție pentru un viitor fără plumb;

Ați instituit Ziua mondială de eliminare a cancerului de col uterin și Ziua mondială a prematurității drept campanii oficiale de sănătate ale OMS;

Ați adoptat și alte rezoluții privind sănătatea digitală, boala viermilor din Guineea, finanțarea sănătății, forța de muncă din domeniul sănătății și îngrijirii, imagistica medicală, asistența medicală și moașele, bolile rare, deficiențele senzoriale, bolile de piele, conexiunea socială și multe altele."

Dr. Tedros a mai spus că statele membre și-au demonstrat angajamentul față de OMS și față de acțiunea multilaterală de a proteja și promova sănătatea publică. *"OMS și multe dintre statele membre și partenerii noștri din domeniul sănătății se confruntă cu diverse provocări", a spus el. "Dar Adunarea Mondială a Sănătății a trimis un mesaj clar: țările doresc o OMS puternică și sunt angajate să lucreze împreună cu OMS pentru a construi o lume mai sănătoasă, mai sigură și mai echitabilă. Acestea au fost voturi puternice de încredere în OMS în acest moment critic."*

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.who.int/news/item/28-05-2025-seventy-eighth-world-health-assembly-concludes--historic-outcomes--consequential-highlights>
2. <https://www.who.int/news/item/30-05-2025-who-director-general--member-states-reaffirm-commitment-to-who-and-global-health-at-historic-world-health-assembly>
3. Sursa foto: www.who.int

0 istorie a programelor de screening medical

Timp aproximativ de lectură: 12 minute

Auzim din ce în ce mai des despre programele organizate de screening. Pe scurt, ele sunt concepute și gestionate de sistemele naționale sau regionale de sănătate pentru a se asigura că toată populația are șanse egale de a participa la screening și pentru a asigura că, în cazul în care rezultatul unui test de screening este anormal, pacientul beneficiază în continuare de testare, sprijin și tratament adecvat.

Iar programele organizate de screening sunt recomandate în Uniunea Europeană, conform ghidurilor. Însă dacă vrem rezultate, nu este de ajuns ca screeningul să fie disponibil.

El trebuie și să fie urmat de toate persoanele din rândul populației eligibile. Iar în cazul în care rezultatul unui test de screening este anormal, pacientul trebuie să primească în continuare sprijinul și tratamentul potrivit.

De ce este bine să fie așa? Iată un exemplu:

Cancerul pancreatic are o mortalitate atât de mare și pentru că adesea nu provoacă niciun simptom, făcându-se simțit abia în stadiile avansate. Presa internațională a popularizat recent un caz fericit. Cancerul a fost descoperit la timp doar pentru că a ajuns în vasele de sânge, provocând simptome vizibile, o hemoragie internă gravă, pe măsură ce creștea. Dacă acest lucru nu s-ar fi întâmplat, sunt șanse ca boala să nu fi fost descoperită până când nu s-ar fi extins și ar fi fost greu de combătut - mai mult de 95% dintre persoanele cu cancer pancreatic metastazat mor în termen de cinci ani. Astfel, bărbatul din această poveste care putea fi considerat ghinionist fiindcă aproape murise din cauza unei hemoragii interne grave a fost de fapt norocos. Acel eveniment teribil i-a salvat de fapt viața, deoarece cancerul pancreatic a fost descoperit în stadiu incipient și a putut fi vindecat, după cinci ani de tratament.

Acesta este, de asemenea, același crez care stă la baza screeningului medical: identificarea bolii într-o fază în care aceasta este încă vindecabilă.

Pentru a stabili dacă screeningul este benefic, experții în sănătate publică trebuie să răspundă la trei întrebări: "Tratamentul precoce îmbunătățește prognosticul?", "Cât de valid și repetabil este testul de screening?", "Care este randamentul serviciului de screening?"

Dacă ne uităm în istorie, una dintre primele definiții formale ale screeningului a fost dată în 1951 de către Comisia de Boli Cronice a Statelor Unite ale Americii. Aceștia au definit screeningul ca fiind "*identificarea prezumtivă a unei boli sau a unui defect nerecunoscut prin aplicarea de teste, examinări sau alte proceduri care pot fi aplicate rapid. Testele de screening separă persoanele aparent sănătoase, dar care probabil suferă de o boală, de cele care probabil nu suferă. Un test de depistare nu este destinat să fie diagnostic. Persoanele cu rezultate pozitive sau suspecte trebuie să fie trimise la medic pentru diagnostic și tratamentul necesar*".



Deși screeningul a fost o căutare veche în medicină, acesta a devenit posibil atunci când au fost îndeplinite cel puțin patru condiții: disponibilitatea unor forme simple, valide și acceptabile de teste, descoperirea unor tratamente eficiente, stabilirea unei teorii a screeningului și accesul larg la asistența medicală.

Astfel, istoria screeningului medical este relativ scurtă, de aproximativ 100 de ani, chiar dacă este deja foarte bogată în rezultate istorice.

Screeningul pentru tulburări psihiatrice în armata Statelor Unite este unul dintre cele mai vechi programe de screening. Aceasta a fost o încercare de a exclude subiecții cu tulburări psihologice din rândul tinerilor bărbați eligibili pentru a se înrola în armata Statelor Unite. Divizia de Psihologie din cadrul Departamentului Medical al Armatei

Statelor Unite a început în 1917 să administreze teste mentale pentru ofițeri, recruți și soldați. Scopul testelor psihologice era *"de a ajuta la eliminarea din armată, cât mai curând posibil, a acelor recruți ale căror defecte de inteligență ar face din ei o amenințare pentru organizația militară"*.

În timpul celui de-al Doilea Război Mondial, Secția de Cercetare pentru Chirurgul General a dezvoltat un test standardizat "creion și hârtie" pentru a elimina din serviciul militar persoanele identificate ca având tulburări psihiatrice. Testul a fost denumit ulterior testul Neuropsychiatric Screening Adjunct (NSA) și a devenit o aplicație de rutină la toate stațiile de recrutare ale Armatei Statelor Unite.

Testul Wasserman pentru sifilis este unul dintre cele mai timpurii teste de screening disponibile. Sensibilitatea și specificitatea acestuia erau cunoscute la începutul secolului XX. Schmudinn și Hoffman au izolat bacteria, *Treponema pallidum*, în 1905. În 1906, Wassermann a dezvoltat primul test non-treponemic folosind antigen extras din ficatul nou-născuților care au murit de sifilisul congenital. În 1907, Ehrlich a descoperit primul tratament eficient, compusul arsenical salvarsan, dar acesta a fost asociat cu riscuri substanțiale și uneori fatale de otrăvire arsenicală, care duceau la anemie aplastică, dermatită exfoliativă, encefalită hemoragică și purpură hemoragică.

Aproximativ 5,6% dintre cei înrolați în armata Statelor Unite prezentau dovezi ale unui anumit tip de infecție venerică, iar majoritatea cazurilor din rândul soldaților și gradaților nu au fost probabil niciodată diagnosticate în perioada aceea.

În timpul Primului Război Mondial, testul serologic era disponibil, dar terapia nu era disponibilă sau era impracticabilă pe scară largă. Acest lucru ar putea explica de ce armata nu a urmărit să depisteze sifilisul pe scară largă în acea perioadă.

În iunie 1944, penicilina a devenit disponibilă pentru armata Statelor Unite în centre de tratament rapid. Imediat după cel de-al Doilea Război Mondial, penicilina a fost pusă la dispoziție și pentru contro-

lul sifilisului în rândul populației civile. În prezent, existau condițiile necesare pentru depistarea sifilisului prin depistare în masă, urmată de tratament practic în rândul întregii populații. În aproximativ 10 ani, după Al Doilea Război Mondial, departamentele de sănătate din Statele Unite au diagnosticat și tratat peste două milioane și un sfert de persoane cu sifilis. Până la mijlocul anilor 1950, cazurile de sifilis raportate au scăzut atât de mult încât boala a fost considerată o problemă rezolvată.

Testele de urină și de glucoză din sânge pentru depistarea diabetului au fost utilizate intensiv în screeningul de masă începând cu anii 1940 și acesta este unul dintre primele exemple ale unei forme moderne de program de screening. În jurul anului 1900, departamentele medicale ale societăților de asigurări de viață din New York ar fi efectuat teste de glicemie în urină pe 71 729 de persoane. Prevalența glicozuriei la bărbați a fost de 2,8%, iar o concentrație urinară de glucoză de 1% sau mai mare a fost prezentată la 0,9% dintre bărbați. Înainte de descoperirea insulinei în 1923, pacienților diabetici li se prescriau "câteva zile de înfometare după o dietă de subnutriție".

Injectiile cu insulină au schimbat rapid istoria tratamentului diabetului, devenind, împreună cu controlul dietetic, principala sa terapie. Atunci când s-a înregistrat o creștere rapidă a numărului de decese cauzate de diabet în anii 1940, condițiile erau propice pentru efectuarea pe scară largă a unui screening în masă.

Primul screening comunitar pe scară largă al diabetului a fost probabil efectuată în Oxford, Massachusetts, Statele Unite ale Americii, în 1946. Din cei 4983 de locuitori din Oxford, 70,6% au fost testați atât cu urină, cât și cu glucoză din sânge. Urina și sângele au fost obținute la aproximativ o oră după masa de prânz sau de seară. Valabilitatea glucozei urinare ca test standard de screening a fost întotdeauna cunoscută ca fiind scăzută din cauza sensibilității sale reduse, care este estimată la 16,7% pentru valorile pe nemâncate și la 72,7% pentru valorile la două ore după masă. Prin urmare, a fost utilizat un test de urină numai atunci când testele de sânge nu erau disponibile sau

erau deosebit de costisitoare. Dimpotrivă, determinarea glicemiei, inclusiv testarea aleatorie a glicemiei și a sângelui integral pe nemân-cate (sau plasmatică), a demonstrat o sensibilitate și o specificitate superioare. A fost adesea utilizată împreună cu testul de glucoză urinară pentru a îmbunătăți sensibilitatea screeningului.

Testul Papanicolau pentru cancerul de col uterin este unul dintre rarele programe de screening care au atins o acoperire aproape exhaustivă în multe populații feminine din lume. Cancerul de col uterin a fost probabil cea mai frecventă afecțiune malignă în Europa de Vest la mijlocul secolului al XIX-lea. Istoricul natural al bolii o face detectabilă în faza sa preclinică și astfel cresc șansele de vindecare și de reducere a mortalității, dacă exact atunci este identificată boala. Înainte de cel de-al Doilea Război Mondial au existat doar programe pilot de detectarea cancerului cervical.

După al Doilea Război Mondial, dezvoltarea unui test citologic pentru cancerul de col uterin (în principal testul Papanicolau) a creat un paradox de sănătate publică necunoscut până atunci în domeniul cancerului: incidența a crescut și mortalitatea a scăzut, în principal pentru că multe dintre tumorile nou depistate erau in situ și aveau, prin urmare, un prognostic excelent după operație.

Papanicolaou și Traut au raportat pentru prima dată utilitatea frotiului Papanicolaou ("Pap") pentru detectarea celulelor neoplazice de col uterin în 1943. După aceea, acesta a fost utilizat pe scară largă ca instrument la sfârșitul anilor 1940 - începutul anilor 1950.

În anii 1960, sensibilitatea frotiului Papanicolau pentru depistarea carcinomului de col uterin în diferite stadii era considerată a varia între 89% și aproape 100%.

Cazurile detectate ca fiind pozitive la screening sunt confirmate în mod obișnuit prin metode standard de diagnostic clinic, inclusiv biopsie și histologie. Un centru de depistare timpurie a cancerului cervical a fost înființat în 1937 de Dr. Elise L'Esperance în New York, oferind examinări complete persoanelor asimptomatice în scopul diagnosticării

precoce a cancerului. Femeile beneficiau acolo de un frotiu Papanicolaou de col uterin și apoi de efectuarea unei biopsii chirurgicale la descoperirea unei leziuni suspecte. Dacă era detectată o leziune precanceroasă, pacientele erau trimise la un chirurg pentru excizia leziunii sau erau atent observate în clinică. În 1937, au existat doar 71 de cliente ale clinicii, în timp ce în 1946 numărul a crescut la 1356 și au existat 3016 vizite de întoarcere.

Prima dovadă a eficienței programelor de screening în Europa, utilizând radiografia, a fost demonstrată în anii 1940 pentru identificarea tuberculozei. După cel de-al Doilea Război Mondial, când a fost introdus un tratament eficient pentru tuberculoză, radiografia pulmonară a devenit larg răspândită în multe țări occidentale și a fost un instrument de succes pentru a identifica și trata cazurile de tuberculoză necunoscută și infecțioasă.

Un alt element interesant este faptul că Croația a fost prima țară din UE care a stabilit un program național de screening al cancerului pulmonar în 2020, iar proiectul EU4Health "SOLACE" urmărește punerea în aplicare a screeningului cancerului pulmonar în întreaga Europă.

Europa are în prezent câteva programe de screening cheie

Printre acestea avem:

1. Screening antenatal: Unele programe de screening, cum ar fi screeningul prenatal, oferă informații despre riscurile sau afecțiunile potențiale pentru a ajuta persoanele să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la îngrijirea lor.

2. Examinarea fizică a nou-născutului (NIPE): Multe țări europene au instituit programe NIPE pentru depistarea diferitelor afecțiuni la nou-născuți.

3. Screeningul cancerului: UE are o campanie de depistare a cancerului (#GetScreenedEU) care încurajează controalele medicale de rutină pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal.

Dovezile indică deja unele moduri în care aceste programe de screening existente pot fi îmbunătățite sau programe de screening pot fi lansate pentru mai multe tipuri de cancer:

1. Pentru cancerul de col uterin: Testele de frotiu convenționale (citologia) ar trebui înlocuite cu testarea pentru HPV, virusul care cauzează cancerul de col uterin, ca primă linie de screening. Testarea HPV este necesară mai rar decât citologia și poate fi efectuată cu ușurință la domiciliu, ceea ce îmbunătățește accesul. Prin combinarea acestor îmbunătățiri cu vaccinarea pe scară largă împotriva HPV, în special în rândul adolescentelor, am putea eradica în cele din urmă cancerul de col uterin în Europa.

2. Pentru cancerul colorectal: Screeningul ar trebui îmbunătățit prin optimizarea frecvenței cu care persoanele sunt supuse screeningului, în funcție de vârstă, sex și rezultatele testelor anterioare.

3. Pentru cancerul de sân: Screeningul ar trebui extins la femeile în vârstă de 40 de ani, iar RMN-urile ar trebui luate în considerare pentru femeile cu țesut mamar dens, pentru care mamografia este mai puțin eficientă.

Putem vorbi și despre noi programe de screening:

1. Pentru cancerul pulmonar: Există o bază științifică solidă pentru introducerea screeningului pulmonar pentru fumătorii actuali și foștii fumători, utilizând cele mai recente tehnologii, cum ar fi scanarea CT cu doză redusă. Acest screening ar trebui să fie combinat cu programe continue pentru a ajuta persoanele să renunțe la fumat.

2. Pentru cancerul de prostată: Există dovezi științifice privind beneficiile depistării organizate a cancerului de prostată cu ajutorul testelor de sânge, în special combinate cu scanări RMN de urmărire pentru bărbații care au un rezultat pozitiv al testelor de sânge.

Pentru alte tipuri de cancer, dovezile nu susțin încă screeningul la nivelul întregii populații. Chiar și în ceea ce privește cancerul de prostată, există în prezent multe controverse cu privire la screening. În America, cancerul de prostată este al doilea cel mai frecvent diagnosticat tip, după cancerul de sân. Aproximativ un bărbat din opt va fi diagnosticat în timpul vieții.

Screeningul pentru un cancer atât de frecvent poate părea o idee excelentă. Dar mulți experți nu sunt atât de convinși. Una dintre probleme este că testul principal, care măsoară nivelurile unei substanțe chimice numite antigen specific prostatei (PSA) în sânge, nu este foarte fiabil.

Nivelurile ridicate de PSA pot fi un semn al cancerului de prostată. Dar pot fi, de asemenea, un semn al exercițiilor fizice viguroase sau al activității sexuale recente. Rata mare de cazuri fals-pozitive - procentul bărbaților care nu au cancer, dar care vor obține un nivel ridicat - este de aproximativ 75%. Rata fals-negativă (în care testul elimină din greșeală bărbații care au cancer) este considerată a fi de aproximativ 15%. Prin urmare, medicii trebuie să verifice nivelurile ridicate de PSA cu o biopsie.

Dacă se descoperă cancer, aproximativ 20% din cazuri vor necesita un tratament agresiv, spune Naser Turabi de la Cancer Research UK, o organizație caritabilă. Pentru majoritatea bărbaților, o tumoare de prostată va crește lent sau deloc, ceea ce înseamnă că vor muri având cancerul, dar nu din cauza lui. Din acest motiv, mulți medici sunt de părere că bărbații de peste 70 de ani nu ar trebui, în general, să se testeze. Iar tratamentul riscă să aibă efecte secundare permanente, inclusiv incontinență urinară, probleme intestinale și impotență.

Mulți medici se tem că depistarea în masă ar duce la supradiagnosticarea și supratratamentul cancerelor de prostată care sunt foarte puțin susceptibile de a fi fatale. Un studiu de susținere desfășurat în Marea Britanie arată că rata de supraviețuire la 15 ani pentru bărbații cu cancer care nu s-au răspândit a fost practic identică, de aproximativ 97%, indiferent dacă aceștia au fost supuși unei intervenții chi-

rurgicale, radioterapiei sau niciunui tratament în afară de supravegherea atentă a cancerului. O astfel de "supraveghere activă" - care poate duce la un tratament ulterior - este cea mai conservatoare abordare, deși medicii raportează că mulți pacienți nu pot suporta gândul că au cancer și că nu fac nimic, așa că optează pentru tratament în ciuda riscurilor acestuia.

Un alt subiect-cheie pe care experții lucrează intens în vederea îmbunătățirii abordării actuale este **conceperea unor programe de screening eficace și punerea lor în aplicare în mod eficient**.

Studiile clinice sunt valoroase, dar nu ne pot spune exact ce se va întâmpla atunci când un program de screening la nivel național este implementat în lumea reală. Prin urmare, orice program nou ar trebui să fie implementat treptat, folosind proiecte pilot locale la scară mică. Odată ce un program este în funcțiune, acesta trebuie monitorizat și ajustat în permanență pentru a menține calitatea.

Standardele, orientările și criteriile de screening ar trebui să fie actualizate în permanență pentru a profita de noile dovezi și tehnologii. Autoritățile europene din domeniu au un rol de coordonare în acest sens, ceea ce ar permite, de asemenea, țărilor să facă schimb de experiență și de date și să optimizeze utilizarea resurselor.

UE are, de asemenea, un rol în sprijinirea campaniilor de sensibilizare a publicului și în crearea de bănci de bio-date la scară largă, ceea ce poate îmbunătăți semnificativ calitatea cercetărilor viitoare.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2017-01/screening-in-disease-prevention-sample-web-final.pdf>
2. https://cancer-screening.campaign.europa.eu/index_en

3. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10756-50528-76354>
4. <https://scientificadvice.eu/advice/improving-cancer-screening-in-the-european-union/>
5. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1743082/>
6. <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/05/23/should-men-be-screened-for-prostate-cancer>
7. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/ro/12-modalitati/screeningul/principalele-aspecte-ale-screeningului-pentru-cancer/3496-ce-este-un-program-organizat-de-screening>
8. Sursa foto: <https://www.nytimes.com/2025/05/30/well/-stomach-pain-weakness-pancreatic-cancer.html>



Burn-out-ul profesioniștilor din oncologie

Timp aproximativ de lectură: 12 minute

Când Fay Hlubocky, psiholog clinician, a intrat într-o unitate de terapie intensivă din Chicago, Statele Unite ale Americii, a fost impresionată de suferința unui pacient a cărui stare se deteriorase brusc în timpul tratamentului pentru cancer. În timp ce alina familia și se lupta cu lacrimile, pagerul ei a sunat. Un alt pacient avea nevoie de ea.

Pe măsură ce ratele cancerului cresc în Statele Unite și în lume, profe-

sioniștii din domeniul sănătății sunt supuși unei presiuni tot mai mari, astfel încât ponderea oncologilor care raportează că suferă de burn-out a crescut de la 45% în 2013 la 59% în 2023.

Epuizarea cadrelor medicale este costisitoare. Având în vedere că se preconizează că diagnosticele de cancer în America se vor dubla până în 2050, presiunea asupra oncologilor nu va face decât să se intensifice.

Fără o schimbare semnificativă, sistemul riscă să piardă tot mai mulți profesioniști din domeniul sănătății din cauza epuizării profesionale. Numai remisiile costă sistemul de sănătate american 4,6 miliarde de dolari pe an în productivitate pierdută. Pe măsură ce populația îmbătrânește, se preconizează că cererea de profesioniști pentru oncologie nu va face decât să crească.

Oricum asistenții medicali din spitale sunt expuși la diverși factori de stres psihosocial și legat de muncă, cum ar fi munca în schimburi, îngrijirea pacienților și a rudelor, precum și la cerințe noi și mai mari, cum ar fi un volum de muncă sporit cu deficit de personal.

Asistenții medicali din oncologie au toate aceste provocări, plus confruntarea cu moartea pacienților, transmiterea de vești proaste, limitele tratamentului și îngrijorarea cu privire la propria lor moarte și, prin urmare, pot fi expuși unui risc mai mare de simptome ulterioare.

Concluziile studiilor de până acum arată că asistenții medicali din oncologie se confruntă cu o amploare considerabilă a factorilor de stres, a solicitărilor și a provocărilor de zi cu zi. Aceste provocări și factori de stres pot fi, cel puțin parțial, atribuite percepției că unii dintre clienții tratați pentru cancer au boli terminale și pot muri în curând. Prin urmare, centrele de oncologie ar trebui să depună mai multe eforturi pentru a gestiona consecințele psihosociale ale mediului de lucru în încercarea de a păstra asistenții medicali și de a le îmbunătăți calitatea vieții profesionale, precum și bunăstarea generală.

Pe măsură ce ratele de cancer și numărul de cazuri cresc, epuizarea profesională supune profesioniștii din domeniul sănătății în oncolo-

gie unei presiuni tot mai mari. Suferința psihologică în profesia de asistent medical devine din ce în ce mai mult subiect al unor studii de evaluare a amplitudinii fenomenului. Aceste studii privind factorii predispozanți și consecințele suferinței psihologice relevă factori intra individuali nefavorabili, precum și factori de mediu care influențează sănătatea mintală și calitatea vieții asistenților medicali.

Consecințele care pun în pericol sănătatea, cum ar fi epuizarea, apar mai frecvent în rândul asistenților medicali din oncologie decât în rândul asistenților medicali din alte domenii medicale.

Într-o meta-analiză, prevalența epuizării emoționale ridicate și a depersonalizării în rândul asistenților medicali din oncologie a fost de 30 % și, respectiv, 15 %, iar gradul scăzut de realizare personală a fost de 35 %, fiind astfel mai mare decât prevalența epuizării ridicate de 11 % în rândul asistenților medicali din întreaga lume din toate domeniile medicale.

Semnele și simptomele burnout se împart în 3 categorii: fizice, emoționale și comportamentale.

Mai jos sunt câteva exemple pe care le puteți experimenta sau observa la colegii dvs.

Semne și simptome fizice: anxietate; modificări ale apetitului (lipsă sau exces de mâncare); dificultăți de somn; epuizare; boli frecvente; dureri de cap, dureri musculare, dureri de stomac.

Semne și simptome emoționale: nemulțumire față de carieră; dispoziție critică sau cinică; detașare; sentimente de neajutorare sau disperare; lipsă de motivație.

Semne și simptome comportamentale: declararea frecventă a bolii; frustrare sau lipsă de toleranță; izolare și retragere; judecăți greșite sau erori de medicație; abuz de substanțe (de exemplu, alcool, droguri, alimente).

Erica Zeplin-Pratt, director al centrelor academice și al parteneriatelor cu medicii la EMD Serono, SUA, consideră că abordarea epu-

izării profesionale va necesita o mai mare conștientizare și empatie pentru oncologi - atât în cadrul sistemului de sănătate, cât și în rândul pacienților pe care îi deservesc. *"Trebuie să schimbăm cultura în ceea ce privește epuizarea profesională și să începem să pledăm pentru profesioniștii din domeniul sănătății, mai degrabă decât să îi tratăm ca pe o resursă"*, avertizează dna Zeplin-Pratt.

Pentru asistenții medicali din domeniul oncologiei, oboseala provocată de compasiune (compassion fatigue), epuizarea (burn-out-ul) și satisfacția provocată de compasiune (compassion satisfaction) sunt consecințe psihosociale frecvente ale mediului de lucru din domeniul oncologiei. Studiarea acestor fenomene ajută la înțelegerea modului în care asistenții medicali se simt și se comportă atunci când acordă îngrijiri oncologice. În plus, urmărirea naturii evolutive a acestor trei concepte poate contribui la detectarea timpurie a suferințelor personale și profesionale ale asistenților medicali, oferind în același timp remedii vindecătoare trupurilor și sufletelor lor în dificultate.

Un studiu recent a analizat oboseala compasiunii, epuizarea și satisfacția compasiunii în rândul unui eșantion de 100 de asistenți medicali din oncologie care lucrează într-un centru specializat de îngrijire a cancerului din Iordania. Participanții au completat autotestul pentru oboseala compasiunii dezvoltat de Figely și un sondaj demografic.

Oboseala compasiunii este o consecință psihosocială legată de muncă care poate apărea ca urmare a expunerii la un nivel cumulativ de traumă și este indusă emoțional de lucrul cu cei care au fost traumatizați. O altă consecință negativă legată de muncă este epuizarea profesională (burnout). Aceasta poate apărea singură sau în combinație cu oboseala compasiunii și este un proces cumulativ marcat de epuizarea emoțională asociată cu stresul legat de volumul de muncă. Un concept diferit, deși înrudit, este satisfacția compasiunii, care este sentimentul plăcut derivat din faptul de a da o mână de ajutor altora care trec prin situații traumatice ale vieții.

Asistenții din acest studiu din Iordania au raportat un nivel scăzut de satisfacție a compasiunii, un risc moderat de epuizare și un risc ex-

trem de ridicat de oboseală a compasiunii. Rezultatele au evidențiat o relație negativă semnificativă între satisfacția compasiunii și numărul de persoane aflate în întreținere per asistentă. În plus, corelația dintre satisfacția față de compasiune și numărul de ore dormite de asistenți a fost pozitivă. Doar două componente ale conceptului de odihnă și petrecere a timpului liber au prezentat semnificație statistică atunci când au fost corelate cu conceptul de satisfacție a compasiunii.

O relație negativă semnificativă a fost observată între satisfacția compasiunii și oboseala compasiunii, în timp ce o relație pozitivă puternică a fost observată între oboseala compasiunii și epuizare.

Rezultate similare au fost raportate de un studiu făcut în Germania care a examinat două dimensiuni ale burnout-ului într-un eșantion german destul de mic de asistenți medicali din oncologie. În primul rând, acesta arată o prevalență mai mare în rândul asistenților medicali oncologici decât în alte discipline medicale. Factorii de stres suplimentari asociați cu boala coronavirus 2019 (COVID-19), cum ar fi distanțarea socială, ar fi putut influența rezultatele acestui studiu, deoarece sprijinul social este o resursă esențială pentru a face față stresului legat de muncă. Sunt necesare studii longitudinale sau de cohortă și urmăriri ale studiilor de prevalență deja efectuate pentru a verifica această eventualitate cauzală. Ca un ultim punct, acest studiu este legat de designul său transversal și nu permite inferențe temporale sau cauzale. Sunt necesare investigații suplimentare cu măsurători consecutive pentru a obține o înțelegere mai detaliată a burnout-ului în rândul asistenților medicali oncologici.

În special pentru asistenții din oncologie, intervențiile de promovare a auto-eficacității față de moarte, a atitudinii față de moarte și a atitudinilor față de sensul și scopul vieții ar trebui integrate în pachetul de măsuri de formare postuniversitară, deoarece acestea sunt corelate cu epuizarea.

Cu toate acestea, până în prezent a fost acordată puțină atenție dezangajării. Datorită similitudinii conceptuale cu oboseala de compa-

siune, care descrie o prevalență la fel de ridicată pentru epuizarea asistenților medicali din oncologie, măsurile de formare ar trebui să includă, de asemenea, promovarea reglării emoțiilor și a satisfacției compasiunii. Studiile inițiale au arătat deja că măsurile preventive, care au fost eficiente în prevenirea epuizării, contribuie, de asemenea, la reducerea oboselii de compasiune și poate la reducerea dezangajării.

Managerii și colegii asistenților medicali ar trebui să fie atenți la semnele de dezangajare atunci când lucrează cu personalul oncologic în vârstă de peste 50 de ani și să ofere intervenții precum contacte scurte sau supraveghere. În plus față de factorii personali, factorii organizaționali ar trebui, de asemenea, luați în considerare, în special în tratamentul burnout-ului în Europa.

Măsuri adecvate pot fi oferite la nivelul organizării muncii, de exemplu prin programe flexibile, oferirea de poziții cu nivel de conducere și oportunități de carieră. Este necesar mai mult sprijin pentru a atenua factorii potențiali de stres pentru asistenții medicali din oncologie în cadrul sistemului de sănătate. Pentru a asigura îngrijiri de înaltă calitate și siguranța pacienților, asistenților medicali oncologi ar trebui să li se ofere servicii preventive de sănătate mintală mai târziu în carieră.

Este important de remarcat faptul că studiile derulate până în prezent pe tema epuizării asistenților medicali din oncologie au relevat o constatare interesantă - s-a constatat o dezangajare mai mare în rândul asistenților care nu au fost implicați în îngrijirea paliativă și confirmă observația conform căreia unitățile de îngrijire paliativă au semnificativ mai puțină epuizare emoțională și depersonalizare, astfel încât cercetătorii au ajuns la concluzia că sensul și scopul în viață și atitudinea față de moarte sunt factori de protecție. În consecință, măsurile de formare, supraveghere și educație care sunt adecvate pentru îngrijirea paliativă ar trebui să fie oferite și personalului oncologic.

Acest lucru este în concordanță cu rezultatele unui studiu din 2015

publicat în *Journal of Managerial Psychology*. Acest studiu a constatat că angajații care se simt conectați cu munca și rolul lor sunt mult mai puțin predispuși la epuizare.

Sunt experți care sugerează că recuperarea începe cu claritatea: deconectați-vă, reflectați și realiniați-vă comportamentul cu valorile dumneavoastră. Fără acest pas, chiar și succesul poate părea gol. Dar atunci când alinierea revine, la fel se întâmplă și cu sentimentul de direcție. Nu mai gestionați doar sarcinile și începeți din nou să acționați cu un scop, ceea ce ajută la atenuarea epuizării, care este de obicei agravată de un decalaj între ceea ce faceți și ceea ce credeți.

O analiză recentă a cercetărilor privind pauzele de lucru, realizată de Zhanna Lyubikh de la Universitatea Simon Fraser din SUA și colegii săi, a concluzionat că a sta în aer liber este o modalitate mai bună de reîncărcare. Un studiu realizat de Makayla Cordoza, acum de la Vanderbilt University School of Nursing din SUA și co-autorii săi asupra asistenților medicali a constatat că pauzele în grădina spitalului reduc riscul de epuizare mai mult decât rămânerea în interior.

În plus, pentru a îngriji cu succes pacienții, asistenții medicali din oncologie trebuie să își dezvolte reziliența.

Asociația Americană de Psihologie a sugerat câțiva factori care îi pot ajuta în creșterea și susținerea rezilienței lor:

- Menținerea unor relații bune, pozitive;
- Acceptarea faptului că există circumstanțe care nu pot fi controlate;
- Menținerea optimismului și a unei perspective pline de speranță pentru viitor;
- Păstrarea unei perspective pe termen lung.

Asistența medicală necesită în mod absolut reziliență. Păstrarea forței și încrederii în corp, minte și spirit se poate reflecta pozitiv asupra asistenților medicali și le poate crește productivitatea, relațiile de

muncă și nivelul de energie.

Prin practicarea unora dintre obiceiurile de mai sus și prin creșterea inteligenței emoționale, asistenții medicali își pot dezvolta reziliența și pot prospera atât în viața profesională, cât și în cea personală.

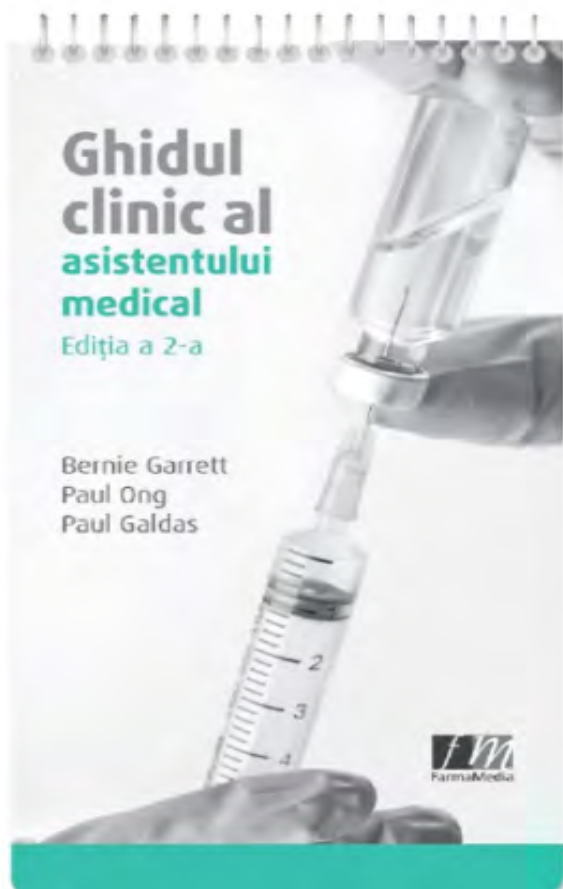
Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://impact.economist.com/health/health-care-professional-burnout/article/>
2. <https://www.economist.com/business/2024/08/15/how-to-take-proper-breaks-from-work>
3. JCO Oncology Advances, Starea bunăstării profesionale, satisfacția și planurile de carieră în rândul oncologilor din SUA în 2023, 29 ianuarie 2025. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/OA.24.00010>
4. The Harvard Gazette, Doctor burnout costs health care system \$4.6 billion a year, 12 iulie 2019 (<https://news.harvard.edu/gazette/story/2019/07/doctor-burnout-costs-health-care-system-4-6-billion-a-year-harvard-study-says/>)
5. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7110622/>
6. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912024-02421-x>
7. Blogul Medium 10 iunie 2025 <https://medium.com/blog>
8. <https://www.cancernursingtoday.com/post/how-to-identify-oncology-nursing-burnout-in-sct-and-gvhd-care>
9. <https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/practice/healthinsights/resilience-in-nursing/2353/>
10. Sursa foto: <https://impact.economist.com/>

Ghidul clinic al asistentului medical

Coordonator ediție: K. Kieseewalter, Editura Farmamedia, Ediția a 2a, 2020



Volumul oferă cunoștințe esențiale pentru asistenți medicali și studenți, prezentând traseul pacientului de la evaluare până la oferirea serviciilor de asistență medicală.

Această a doua ediție a fost actualizată pentru a acoperi noile standarde de practică și competență cerute de CNM din 2018/19.

Materialele noi includ îndrumări îmbunătățite cu privire la sepsis, sănătatea mintală și îngrijirile paliative.

Pentru studenții aflați în practică clinică, volumul oferă cunoștințele de care au nevoie pentru a implementa eficient abilități clinice noi.

În același timp, și practicienii calificați vor găsi această actualizare drept o sursă utilă.

Chirurgie

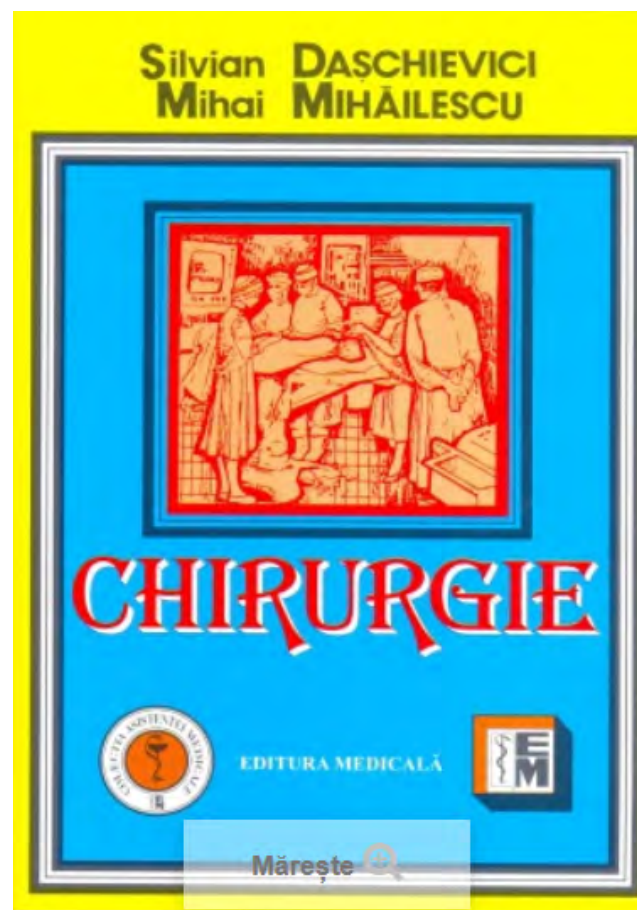
Autori: Silvian Dașchievici, Mihai Mihăilescu, Editura Medicală, 2023

Lucrarea de față se adresează cursanților de la școlile sanitare postliceale, dar și asistenților medicali care lucrează în domeniul chirurgical și, în general, tuturor asistenților medicali.

Pe lângă o bibliografie vastă, autorii au folosit și experiența și colaborarea îndelungată a personalului mediu, care își aduce un aport prețios în îngrijirea bolnavilor, atât pre-operator, cât și post-operator, pentru evoluția favorabilă a cazurilor.

Lucrarea a fost elaborată pe baza programei analitice a școlilor sanitare postliceale. La sfârșitul fiecărui capitol s-a introdus câte un chestionar gen grilă, considerându-se că acesta va contribui la o mai bună verificare a cunoștințelor cursanților, iar la sfârșitul lucrării sunt prezentate răspunsurile corecte la chestionarul fiecărui capitol.

Din cuprins remarcăm teme precum dezinfecția, asepsia și antisepsia; infecțiile chirurgicale acute; tuberculoza chirurgicală sau intervențiile chirurgicale elementare.



În căutarea memoriei

Autor: Eric R. Kandel, Editura Polirom, 2024



! În căutarea memoriei" este povestea descoperirilor care, de-a lungul mai multor decenii, au contribuit la nașterea „noii științe a minții”, cum o numește autorul, și rezultată din fuziunea psihologiei behavioriste, psihologiei cognitive, neuroștiințelor și biologiei moleculare.

Este istoria unei științe care încearcă să explice memoria și alte aspecte ale minții omenești din punct de vedere biologic, propunându-și în același timp să înțeleagă mai bine și să trateze afecțiuni psihice precum depresia, schizofrenia sau tulburările asociate procesului de îmbătrânire.

Cartea este povestea unui om care în copilărie fuge în Statele Unite ale Americii din Viena ocupată de naziști, pentru ca, la maturitate, să fie atras pentru totdeauna de tainele neurobiologiei și psihanalizei.

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.