

eAsistent.ro

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

MAI 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 mai	4
------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Comunicarea medic-pacient în oncologie	7
--	---

EVENIMENT

A 16-a ediție a Conferinței Filialei București a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a avut loc în perioada 21–22 mai 2025, la București!	17
---	----

6 mai - Ziua Internațională a Astmului	23
--	----

INTERVIU

5 lucruri care s-au schimbat în pregătirea planurilor de răspuns la pandemii după COVID-19	27
--	----

ISTORIE

Istoria interpretării medicale și a tratamentului pentru astm	33
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Deficiența de iod	42
-------------------	----

CĂRȚI MEDICALE

Exigența și excelența în astm - Monografie	51
--	----

Relația medic-pacient în practica medicală	53
--	----

COVID-19 - Dimensiuni ale gestionării pandemiei	54
---	----

ECHIPA EDITORIALĂ	55
-------------------	----

Foto copertă: <https://www.msf.org>



Editorial de mai

Luna mai stă sub semnul celor două evenimente importante pe care le celebrăm anual: *Ziua internațională a moașei* (5 mai) și *Ziua internațională a asistenților medicali* (12 mai). Sunt cele două mo-

mente în care toți recunosc contribuția incredibilă pe care asistenții medicali și moașele o aduc în comunitățile lor și efectul pozitiv pe care activitatea acestora îl are asupra sectorului asistenței medicale. Este un moment în care, mai mult ca în altele, ne concentrăm și vorbim despre profesioniștii care fac aceste profesii cu vocație, în pofida tuturor dificultăților, uneori.

În plus, dar și pentru a marca aceste momente ale lunii mai cât mai vizibil și mai bazat pe dovezi ale forței și calității profesiilor noastre, organizăm a 16-a ediție a Conferinței Filialei București a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, în perioada 21–22 mai 2025, la București.

Anul acesta ne concentrăm pe tema *„Știință și sustenabilitate în îngrijirile medicale - Rolul esențial al asistenților medicali și al moașelor în modelarea sistemului de furnizare a serviciilor medicale și de îngrijire din România”*.

Numeric, dar și din perspectiva rolului profesional, avem o contribuție fundamentală la furnizarea îngrijirilor de calitate, la educația pentru sănătate și la utilizarea eficientă a resurselor.

De aceea, este esențial să continuăm să investim în formarea noastră profesională, să promovăm politici de susținere a dezvoltării profesiilor noastre și să contribuim activ la crearea unui sistem medical echitabil și rezilient.

Această conferință reprezintă un spațiu de dialog, reflecție și viziune, în care reafirmăm importanța științei, leadershipului și politiciilor bazate pe dovezi în consolidarea rolului asistenților medicali și al moașelor ca factori-cheie în transformarea sistemului medical din România.

Vă încurajez să valorificați pe deplin această oportunitate de învățare și colaborare, să participați activ la sesiunile științifice și să vă lăsați inspirați de expertiza colegilor noștri din țară și din străinătate, pentru a vă mândri că am definit împreună un viitor în care îngrijirea este recunoscută ca motor de progres social și economic.

Vă mulțumesc și vă trimit cele mai bune gânduri și aprecieri pentru toate eforturile pe care le faceți, fiecare din voi, dar și ca echipă, pentru dezvoltarea sistemului medical românesc și vă îndemn să citiți toate articolele lunii mai din revistă, pentru că aduc în discuție și alte noutăți valoroase din viața medicală.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București



Comunicarea medic-pacient în oncologie

Timp aproximativ de lectură: 10 minute

Mulți oameni vor dezvolta cancer în timpul vieții lor. Deși vestea este zguduitoare pentru ei și cei dragi, este important ca aceștia să nu intre în panică, odată depășit șocul momentului.

Pentru ca acest lucru să se întâmple, un prim pas foarte important este dat de modul în care medicul lor le comunică o asemenea veste, aceasta fiind o preocupare foarte frecventă a pacienților.

Transmiterea veștilor proaste este un aspect major al activității unui medic.

Literatura de specialitate se referă cel mai adesea la așteptările sau nevoile pacienților și la metodele de transmitere a veștilor proaste, în timp ce o perspectiva medicală completă este adesea omisă. În acest context, conform cercetărilor, subiectele considerate cele mai delicate sunt: transmiterea de vești privind încetarea tratamentului cauzal și pregătirea pacientului și apropiaților pentru moarte. Pentru medicii implicați în aceste cercetări, cel mai dificil aspect al acestor discuții a fost asociat cu receptarea emoțiilor manifestate de pacient. Pe de altă parte, medicii au fost cel mai adesea afectați de gândul că i-au luat pacientului și ultimele speranțe.

De asemenea, studiile efectuate până în prezent mai indică și nevoia de îmbunătățire a formării medicilor în ceea ce privește tehnicile de transmitere a veștilor proaste, în special în ceea ce privește gestionarea emoțiilor manifestate de pacient și oferirea unei speranțe reale în timpul comunicării diagnosticului. Contează enorm pentru pacient tot ceea ce însoțește cuvintele pe care le rostește medicul: tonul vocii medicului, o atingere blândă a mâinii, pauzele lăsate pentru ca pacientul să poată digera vestea. Toate aceste detalii transmit subtil pacientului modul în care ar trebui să se gândească la diagnosticul care tocmai i-a fost pus.

În acest sens, cercetări recente ne arată că unii oncologi sugerează că, pentru anumite tipuri de cancer incipient care nu prezintă risc de răspândire în corp, termenul "cancer" ar trebui evitat. "‘Cancer’ este doar un cuvânt, dar unul care generează panică", a declarat Laura Scherer, psiholog social la Universitatea din Colorado, Anschutz Medical Campus, din Statele Unite ale Americii, care studiază modul în care medicii comunică riscurile.

Cuvântul "cancer" vine încărcat cu un bagaj de secole, dintr-o perioadă în care pronunțarea sa însemna moarte sigură. Mai mult, a fost o lungă perioadă de timp când majoritatea medicilor nici măcar nu le-ar fi spus pacienților că au cancer, de teamă că aceștia ar fi renunțat la orice speranță. "În ceea ce privește cancerul, consensul de opinie este ca pacienții să fie ținuti în ignoranță cu privire la natu-

ra și rezultatul probabil al bolii cât mai mult timp posibil", recomanda un articol din 1898 din New York Medical Journal.

Pacienții compară și acum auzirea termenului 'cancer' cu "a fi lovit de un camion, ca și cum nu ar mai putea procesa nimic din ceea ce urmează", a spus ea. Kirsten McCaffery, cercetător în domeniul sănătății și psiholog la Școala de Sănătate Publică a Universității din Sydney, Australia, a adăugat: "Eticheta "cancer" este un fel de bombă de anxietate care explodează pentru pacienți".

Acesta este motivul pentru care unii oncologi susțin că, pentru anumite tipuri de cancer incipient care nu riscă să se extindă, profesia medicală ar trebui să renunțe complet la acest cuvânt. În centrul dezbaterei se află diagnosticul frecvent de cancer de sân de tip carcinom ductal in situ. Expresia, care descrie celulele canceroase limitate la mucoasa canalelor de lapte, este oarecum o contradicție în termeni. Institutul Național al Cancerului din SUA definește cancerul ca fiind celule care, dacă nu sunt tratate, vor crește necontrolat și se vor răspândi în alte părți ale corpului; "in situ", însă, înseamnă limitat la un singur loc. Celulele carcinomului ductal in situ cresc, dar încet. Pentru majoritatea pacienților, celulele nu se vor răspândi niciodată dincolo de locul inițial și nu vor cauza probleme, putând fi chiar reabsorbite de organism. Pentru aproximativ una din patru paciente, însă, celulele se vor transforma în cele din urmă în cancer mamar invaziv.

Prin urmare, diagnosticul sfidează definiția de manual a cancerului și îi poate face pe cei care primesc un asemenea diagnostic să nu înțeleagă prea bine cu ce se confruntă. Numirea acestui carcinom ductal in situ drept "cancer" poate indica pacienților că se confruntă cu o urgență medicală care necesită intervenție chirurgicală imediată și, adesea, radioterapie. Cu toate acestea, studiile sugerează că astfel de tratamente dure pot fi inutile în cazul celulelor canceroase in situ. Astfel, rezultatele preliminare ale unui studiu efectuat pe aproape 1 000 de femei cu carcinom ductal in situ au arătat că, după doi ani de studiu, pacientele care au fost monitorizate în mod activ

nu au prezentat o rată mai mare de cancer decât pacientele tratate prin intervenție chirurgicală.

Pentru Dr. Laura J. Esserman, chirurg și oncolog la University of California, San Francisco's Breast Care Center, din SUA, care diagnostichează și tratează acest tip de celule (carcinom ductal in situ), soluția este ca medicii să numească afecțiunea altfel: celule anormale, leziuni de grad scăzut, cancer în stadiul 0, precancer, un factor de risc pentru cancer. Acest lucru i-ar salva pe pacienți de la a trece printr-o anxietate nejustificată și ar contribui la schimbarea abordării actuale de tratament de la intervenția chirurgicală invazivă la monitorizarea activă.

Această discuție este relevantă și pentru câteva alte afecțiuni precum cancerele în stadiu incipient ale plămânului, tiroidei, esofagului, vezicii urinare, colului uterin, prostatei și pielii. În unele cazuri, cuvântul "cancer" a fost deja eliminat din denumire: de exemplu, celulele anormale ale colului uterin sunt acum denumite displazie.

De asemenea, există din ce în ce mai multe dovezi că schimbarea tratamentului este posibilă fără schimbarea denumirii. În Statele Unite ale Americii, peste 60% dintre pacienții cu forma de cancer de prostată cu cel mai scăzut risc optează pentru o abordare de tip monitorizare activă în locul unui tratament agresiv, ceea ce, potrivit studiilor este o "strategie de gestionare sigură din punct de vedere oncologic". În Suedia, mai mult de 90% dintre pacienți aleg această opțiune.

În plus față de importanța comunicării adecvate din partea medicilor la momentul diagnosticării, mulți dintre pacienții cu cancer au aflat cât de important este să creeze un **plan de acțiune cât de repede posibil după ce primesc acest tip de veste**. Experții recomandă că un prim pas foarte util este ca pacienții să **stabilească de ce vor avea nevoie**.

După ce și-au împărțit scopurile în obiective clare și concret de gestionat, pacienții trebuie să identifice resursele și sprijinul de care vor avea

nevoie pentru a atinge fiecare obiectiv. De exemplu, dacă obiectivul lor este securitatea financiară, planul ar putea include crearea unui buget, reducerea cheltuielilor inutile și creșterea gradului de economisire. Multe companii farmaceutice, spitale și fundații oferă ajutor financiar, precum și alte servicii utile, pentru pacienții care au nevoie și li se adresează.

La fel de important ca ceea ce le trebuie pentru a reuși este identificarea persoanelor care îi pot ajuta pe acest drum. Ei trebuie să identifice toate persoanele care îi pot ajuta să își atingă obiectivele, precum și persoanele pe care diagnosticul le afectează în mod direct - soțul sau soția, familia apropiată, prietenii, angajatorul, colegii și așa mai departe. Probabil că vor trebui să depindă de unele dintre aceste persoane, poate doar de o singură persoană, pentru a-și duce planul la bun sfârșit.

Nevoile lor vor varia în funcție de stadiul în care se află în călătoria lor. Iar sprijinul și îngrijirea de care au nevoie vor depinde de un program pe care nici ei, nici îngrijitorii lor nu îl pot controla pe deplin. Prin urmare, este esențial să obțină cât mai multe informații, cât mai devreme posibil, astfel încât să poată construi un calendar de acțiuni împreună cu aceste persoane importante pentru călătoria lor. Pacienții pot începe prin a întreba medicul de ce vor avea nevoie și când – care este calendarul intervențiilor terapeutice și nevoile pe care fiecare dintre aceste proceduri li le vor genera. Când VOR ca cineva să fie acolo? Când au NEVOIE de cineva care să fie acolo? Apoi pacienții sunt sfătuiți să întocmească un calendar și să îl discute cu echipa lor de sprijin. Cine poate fi acolo când? Cine poate fi rezerva în cazul în care cineva nu poate ajunge?

Pacienții pot începe prin a descompune fiecare nevoie și dorință în acțiuni sau pași mai mici, mai ușor de gestionat. De exemplu, dacă dorința pacientului este de a reduce la minimum povara asupra familiei sale, o acțiune ar putea fi găsirea de servicii medicale care se află la o distanță rezonabilă de mers cu mașina de casa sa. Sau poate face programarea procedurilor în zilele în care partenerul își poate

lua liber cu ușurință. Dacă dorința lor este să petreacă mai mult timp cu copiii sau cu cei dragi, o acțiune ar fi să colaboreze cu medicul lor pentru a evita tratamentul în anumite săptămâni. Nu este ușor și vor exista momente în care chiar și cele mai bine puse la punct planuri trebuie să se schimbe brusc, dar ele tot vor fi de mare ajutor. Dacă dorința pacienților este de a optimiza calitatea vieții pe termen scurt, ar putea alege un tratament mai puțin agresiv, cu mai puține efecte secundare. Dar dacă dorința lor este să trăiască mai mult, ar putea alege un tratament mai agresiv, sacrificând calitatea vieții pe termen scurt pentru o șansă de supraviețuire mai ridicată pe termen mai lung.

Sărbătorirea victoriilor de parcurs este foarte importantă, indiferent cât de mari sau mici sunt. Să treci cu bine printr-o intervenție chirurgicală, chimioterapie sau radioterapie, participarea la un eveniment special, sau doar a avea o zi bună, o plimbare plăcută, o masă cu familia sau prietenii. Aceste victorii de parcurs îi ajută pe pacienți să rămână pozitivi și le motivează echipa de sprijin. **Pregătirea pentru inevitabilele eșecuri de parcurs este la fel de importantă precum sărbătorirea victoriilor de parcurs.**

Un alt element interesant al comunicării dintre oncologi și pacienții lor este faptul că, chiar și în cele mai bune scenarii, oncologii pot evita cuvântul "vindecare", căutând altele precum "remisie", "nicio dovadă a bolii" și "cel mai probabil vindecat" pentru a comunica veștile bune. Utilizarea acestor termeni mai deschiși poate liniști pacienții fără a le oferi speranța falsă că boala canceroasă nu va mai reveni vreodată.

Deși literatura de specialitate privind utilizarea cuvântului "vindecare" în oncologie este limitată, un sondaj mai vechi efectuat în rândul clinicienilor oncologi susține această opinie conform căreia mulți se simt reticenți în utilizarea termenului. Din cei 117 medici oncologi care au răspuns, 81% au afirmat că "ezită să spună unui pacient că este vindecat", iar 63% au afirmat că "nu ar spune niciodată unui pacient că este vindecat", în timp ce doar 36% au afirmat că se simt

confortabil să folosească acest cuvânt, majoritatea respondenților așteptând cel puțin 6-10 ani înainte de a face acest lucru.

"Riscul de recidivă viitoare - chiar și atunci când este foarte mic - face ca oncologii să fie reticenți în utilizarea cuvântului vindecare, temându-se că acesta va fi interpretat ca o promisiune, și în special ca una care ar putea fi încălcată", au scris într-un editorial recent Belinda E Kiely, MD, și Martin R Stockler, MD, oncologi medicali de la Universitatea din Sydney, Sydney, Australia. În plus, ezitarea clinicienilor de a utiliza cuvântul "vindecare" poate proveni parțial din lipsa unei definiții acceptate a termenului în oncologie. Pentru unii experți o vindecare înseamnă că pacienții vor avea o speranță de viață normală, neafectată de cancer. Pentru a putea spune cu încredere acest lucru unui pacient "este nevoie de o urmărire pe termen foarte lung", a declarat James Larkin, PhD, medic oncolog la The Royal Marsden Hospital, Londra, Anglia. Institutul Național de Cancer din SUA are o definiție similară: "Vindecarea înseamnă că nu mai există urme ale cancerului lor după tratament și că cancerul nu va mai reveni nicio dată", se arată pe site-ul organizației.

O parte din ezitarea de a comunica vești bune provine din nuanțele de prognostic care depind de tipul și stadiul cancerului, a explicat Marleen Kok, MD, PhD, specialist în cancerul de sân de la Netherlands Cancer Institute din Amsterdam, Olanda. Pacientele cu cancer de sân localizat în stadiu incipient, de exemplu, au o rată de supraviețuire la 5 ani de aproape 100%, iar majoritatea trăiesc 2 decenii sau mai mult, dar, pentru unele, cancerul va reveni. "Dacă vorbesc despre boala timpurie, într-adevăr, vindecăm 80% dintre pacienții cu cancer de sân", a declarat Kok anul trecut, în timpul unei conferințe de presă la reuniunea anuală 2024 a Societății Europene de Oncologie Medicală. Dar subdivizarea cancerului de sân în funcție de tipul de tumoră adaugă complexitate. "Un cancer de sân triplu negativ, dacă recidivează, recidivează în primii 2 sau 3 ani, astfel încât, la 5 ani, majoritatea pacienților sunt liberi de boală", a explicat Kok. "Dar acest lucru este diferit pentru cancerul de sân cu receptor estrogen pozitiv", în care recidivele pot apărea mult mai târziu.

Progresele continue în tratamentul cancerului fac ca perspectiva unei vindecări să devină mai probabilă pentru unii pacienți, după cum arată și descoperirile recente legate de melanom. Studiul de referință¹ în boala avansată a arătat că pacienții care au primit combinația de imunoterapie nivolumab plus ipilimumab au avut o supraviețuire mediană specifică melanomului > 10 ani și o supraviețuire mediană globală de aproximativ 6 ani. Rezultatele studiului sugerează că "mulți pacienți pot muri din cauze care nu au legătură cu melanomul - sau, în esență, sunt vindecați", a explicat expertul extern Elisa Funck-Brentano, MD, PhD, de la Spitalul Ambroise-Paré din Paris, Franța, pentru Medscape Medical News la începutul acestui an.

Cu toate acestea, chiar și pentru cei care aud cuvântul vindecare și se simt liniștiți de asigurările unui oncolog, acesta poate oferi doar o ușurare pe termen scurt. Teama că, în cele din urmă, cancerul se va întoarce în forță sau chiar va răbufni poate fi o amenințare. Iar această îngrijorare persistentă îi poate bântui pe supraviețuitorii cancerului ani de zile. Astfel, într-un studiu transversal recent² pe 229 de adulți care au supraviețuit cancerului din copilărie și care au trăit fără cancer timp de zeci de ani, cercetătorii au constatat că o treime dintre aceștia au raportat că încă se confruntă cu o teamă ridicată semnificativă din punct de vedere clinic că cancerul lor primar va recidiva sau că se va dezvolta un neoplasm malign ulterior.

O anxietate similară a fost documentată la supraviețuitorii pe termen lung ai cancerelor apărute la adulți. Într-o anumită măsură, fiecare supraviețuitor va experimenta teamă și anxietate că cancerul lor va reveni și, la un anumit nivel, acest lucru este normal, a declarat pentru *Medscape Medical News* autorul principal al studiului, Nicole Alberts, PhD, psiholog, profesor asociat și președinte al cercetării canadiene în intervenția comportamentală în domeniul sănătății la Universitatea Concordia, în Montreal, Quebec, Canada.

1 Final, 10-Year Outcomes with Nivolumab plus Ipilimumab in Advanced Melanoma | New England Journal of Medicine (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2407417>)

2 Fear of Cancer Recurrence in Adult Survivors of Childhood Cancer - PMC (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11450519/>)

Cu toate acestea, un sondaj³ italian mai recent a relevat o viziune mai favorabilă asupra cuvântului vindecare în oncologie. Sondajul, care a inclus 224 de medici și 249 de pacienți, a raportat că > 90% dintre medicii oncologi, care au inclus chirurghi, radioterapeuți și oncologi medicali, au fost de acord că este posibil ca un pacient să fie vindecat, în timp ce aproximativ 84% dintre pacienți au crezut acest lucru. Și > 80% dintre respondenți au spus că utilizarea cuvântului vindecare ar fi "benefică" pentru pacienți.

Utilizarea cuvântului „vindecare” pentru supraviețuitorii de cancer poate avea rezultate pozitive, inclusiv facilitarea adaptării psihosociale pozitive și creșterea încrederii. Cu toate acestea, supraviețuitorii de cancer cărora li se spune că sunt vindecați ar putea întrerupe sau reduce monitorizarea activă pentru supravegherea recidivei cancerului sau screening-ul pentru efectele tardive sau cancerurile secundare, acesta fiind un contra-argument al oncologilor care sunt ezitanți în a folosi cuvântul vindecare.

Pentru medici, dacă s-ar accepta că un pacient este vindecat ar putea justifica scoaterea acestuia din programul de urmărire oncologică și redirectionarea timpului și resurselor către pacienții nou diagnosticați. Pentru societate, considerarea cancerului drept o boală vindecabilă ar putea promova screeningul cancerului și eforturile de depistare precoce.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29263459/>
2. Medscape Medical News > Features - ‘Cure’ in Cancer: Should Oncologists Use the Word? Kate Johnson, February 04, 2025

3 Clinicians’ and Patients’ Perceptions and Use of the Word “Cured” in Cancer Care: An Italian Survey - PMC (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9955737/>)

3. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2828218>
4. <https://time.com/6695548/cancer-diagnosis-action-plan/>
5. When 'Cancer' Gets in the Way of Treatment (<https://www.nytimes.com/2025/01/28/health/cancer-diagnosis-language.html>)
6. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2407417>
7. The New York Times <nytdirect@nytimes.com>, Feb 28, 2025, 03:01, Well: Bad news from the doctor?
8. <https://www.medscape.com/> - Poor Communication in Cancer Care
9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3710180/>
10. Sursa foto: <https://www.nytimes.com/2025/02/28/well>



A 16-a ediție a Conferinței Filialei București a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a avut loc în perioada 21–22 mai 2025, la București!

Evenimentul cu tema „Știință și sustenabilitate în îngrijirile medicale – Rolul esențial al asistenților medicali și al moașelor în modelarea sistemului de furnizare a serviciilor medicale și de îngrijire

din România” s-a bucurat de o largă participare națională, asigurată de cei 720 de participanți înscriși la conferință, dar și de o remarcabilă reprezentare a practicii și cercetării internaționale.

La deschiderea oficială a conferinței, derulată în 20 mai a.c., în prezența unor personalități marcante ale lumii medicale și de reglementare a domeniului din România și a unor invitați din străinătate, a avut loc și lansarea proiectului organizației de re-modelare a sistemului de furnizare a serviciilor medicale și de îngrijire: **“Leadership – Inspirație și Transformare”**.

Având ca element central **Ghidul de implementare a planurilor de îngrijiri**, acest proiect își propune să modeleze viitorul îngrijirilor de sănătate din România prin crearea și susținerea unor lideri inspiraționali și în același timp capabili să sprijine transformarea noilor generații de asistenți medicali. Este parte a unui demers mai complex de creștere a proporției și autorității asistenților medicali în poziții de conducere din sistemul de sănătate, în mediul academic și pentru susținerea dezvoltării lor profesionale continue.

Proiectul își propune implicarea liderilor actuali din instituțiile medicale din București, directori de îngrijiri, moașe și asistenți medicali coordonatori, asistenți medicali șefi de secție într-un proces de consultare pentru a pregăti împreună cea mai bună aplicare a acestui **Ghid de implementare a planului de îngrijiri STIMA** (standardizarea terminologiei de îngrijiri medicale pentru asistenții medicali).

Lucrările conferinței subliniază angajamentul față de practici moderne, eficiente și responsabile, în concordanță cu recomandările internaționale. Acest lucru este demonstrat de programul științific care include sesiuni plenare, conferințe satelit și ateliere aplicate, abordând subiecte de interes major precum siguranța pacientului, sustenabilitatea implementării dovezilor, tehnologii inovative, sănătatea femeii și a copilului, precum și îngrijirea pacientului critic sau cronic.

Sesiunea I - Siguranța pacienților și a profesioniștilor

Din programul conferinței, în **Sesiunea I** s-au remarcat prezentări precum: Preocupări actuale privind îngrijirile medicale și prevenirea infecțiilor în România, Doina Carmen Mazilu (București, Romania); Îngrijiri medicale fundamentale și prevenirea infecțiilor, Heather Loveday (London, England); Parteneriatul medic-asistent medical - cheia succesului în siguranța pacientului, Ioana Grigoraș (Iași, Romania); Reconsiderarea siguranței pacienților: Rolul asistenților medicali în construirea unei asistențe medicale mai sigure, Mirka Cikkelova (Brussels, Belgium); Campania „Fighting Fatigue Together” în România - Pași Realizați, Doina Carmen Mazilu (București, Romania).

Sesiunii II: Asigurarea sustenabilității în implementarea dovezilor: de la inițiere la un impact durabil

În cadrul **Sesiunii II:** au fost susținute lucrări precum: Exemple de bune practici implementate în spitalele din București: Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia", Spitalul Clinic "Prof. Dr. Panait Sîrbu", Institutul Clinic Fundeni, Institutul Oncologic București Prof. Dr. Alex. Trestioreanu și Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta; Panel de discuții cu experți în Implementarea Practicilor Bazate pe Dovezi: Mariana Zazu (București, Romania), Viorica Nedelcu (București, Romania), Corina Gagi (București, Romania), Daniela Stan (București, Romania), Otilia Niculiță (București, Romania), Ileana Ionel (București, Romania) Steluța Bărbăscu (București, Romania), Daniela Trandafir (București, Romania).

Sesiunea III: Utilizarea tehnologiilor inovative în optimizarea acordării îngrijirilor medicale

A cuprins lucrări precum: Implementarea noilor tehnologii în practica clinică - Rolul echipei multidisciplinare, Diana Loreta Păun (București,



Romania); Optimizarea fluxului de lucru în unitățile medicale și evidența medicației prescrise, Laura Angelescu (București, Romania); Radiochirurgia Stereotactică Gamma-Knife, Stoica Fery (București, Romania); Noi perspective și provocări în era tehnologiei moderne, Elena Ștefan (București, Romania); Eficiența în tratamentul topic în controlul durerii în faringite la copii, Ana Maria Davițoiu (București, Romania); Utilizarea tehnologiilor moderne de prelucrare a imaginilor în gestionarea eficientă a tratamentului arsurilor cutanate. Telemedicina, Georgeta Burlacu (București, Romania); Evaluarea impactului programelor de simulare medicală asupra formării asistenților medicali, Nina Roșu (București, Romania).

Programul a cuprins și două conferințe satelit: Rolurile și responsabilitățile asistenților medicali în prevenirea și controlul infecțiilor Heather Loveday (London, England); Construirea împreună a unei asistențe medicale mai sigure: Ascultând asistenții medicali, învățând din experiență Mirka Cikkelova, Bruxelles, Belgia.

Sesiunea IV: Femeia în Centrul Îngrijirii: Inovație, Suport și Continuitate în Practica Obstetricală

Moderator: Daniela Stan (București, Romania)

A inclus lucrări precum: Noi orizonturi în chirurgia cancerului mamar, Mihaela Radu (București, Romania); Endometrioza: boală complexă, abordare holistică. Rolul fiecărui membru al echipei, Manu Andrei (București, Romania); Tratamente non invazive combinate pentru modificările intime după naștere și la instalarea menopauzei?, Diana Mihailescu (București, Romania); Testarea genetică prenatală, Diana-Elena Comandașu (București, Romania); Tratamentul laser în complicațiile sarcinilor gemelare monocoriale, Ana-Maria Vayna (București, Romania); Fumatul la gravide și mame, Anca Balasoiu (București, Romania).

Sesiunea V: Managementul pacientului cu afecțiuni acute, critice și cronice

Moderator: Ana Mareș (București, Romania)

A cuprins lucrări precum: Calitatea vieții pacientului cu boală coronariană ischemică preoperator și postoperator, Lorena Andreea Chiriac (București, Romania); Managementul monitorizării preoperatorii la pacienții internați în urgență - preocupare continuă a asistenților medicali din secția de Terapie Intensivă cardiacă, Liliana Bucur (București, Romania); Ulcerele de presiune - Metode practice în managementul cicatrizării leziunilor cronice, Magdalena Laura Enache (București, Romania); Radiațiile ionizante - între risc și beneficiu în diagnosticul medical, Cristian Boca (București, Romania); Rolul asistentului medical în îngrijirea pacientului cu radiodermită, Giliola Dimitrașcu (București, Romania); Alergia la iod: mituri destrămate pentru îngrijiri sustenabile, Vlăduț Costin Burlacu (București, Romania); Hernia de disc - provocări și intervenții ale asistenților medicali, Floarea Gogea (București,

Romania); IAAM și pandemia COVID-19 - Lecții învățate și strategii de prevenție, Laura Dumitrana (București, Romania); Tehnologii inovative în chirurgia rinichiului – provocări permanente pentru asistentul medical de Bloc operator, Elena Gorgonețu (București, Romania); GVHD cutanat grad IV la pacientul pediatric post-transplant medular – management și provocări terapeutice, Loredana Mihaela Matache (București, Romania); Evaluarea comportamentelor alimentare la copiii preșcolari dintr-o grădiniță din București, Claudia Dobre (București, Romania).

Sesiunea VI: Sănătatea fizică și mentală a copiilor și adolescenților: Intervenție timpurie și continuitate în îngrijire

Moderator: Corina Gagi (București, Romania)

A inclus teme precum: Împreună scriem viitorul prevenției HPV, Raluca Ghionaru (București, Romania); Brineura – o șansă la viață. Terapia enzimatică de substituție în lipopigmentoza ceroidă neuronală tip 2 (CLN2), Paula Constantinescu (București, Romania); Tulburarea de spectru autist – importanța diagnosticării precoce, Florina Rad (București, Romania); Abordarea terapeutică a copiilor și adolescenților cu tulburări de sănătate mintală – perspectiva asistentului medical, Mirela Stoica (București, Romania); Tulburările depresive – particularități la copii și adolescenți, Emanuela Andrei (București, Romania).

Lucrările conferinței au fost închise de workshop-ul: **Îngrijiri acordate pacientului imobilizat la pat**, Erika Mathe Cluj Napoca, Romania Moderator Claudia Dobre (București, Romania).

6 mai - Ziua Internațională a Astmului

De ce o Zi Internațională a Astmului? Astmul este una dintre cele mai răspândite boli cronice la nivel mondial, fiind cea mai comună în rândul copiilor, aproximativ 10% dintre aceștia suferind de astm (față de 5% dintre adulți). Astmul este pe locul 16 în topul principalelor cauze ale anilor trăiți cu dizabilități, precum și pe locul 28 în topul principalelor cauze ale poverii îmbolnăvirii.

Statisticile privind astmul mai raportează că, la nivel mondial, circa 300 de milioane de persoane suferă de astm și că aproximativ patru milioane de copii dezvoltă astm în fiecare an, în timp ce numărul deceselor cauzate de astm se apropie de 400 000 pe an. Din păcate, majoritatea acestor decese pot fi prevenite.

Atacurile de astm provoacă o mare suferință persoanelor cu această condiție medicală și îngrijitorilor acestora, iar aceste atacuri pot duce la internarea în spital și, în unele cazuri, la deces. Prevalența estimată a astmului sever este de 5-10% din populația astmatică globală.

Dacă în prezent sunt disponibile terapii extrem de eficiente, iar mor-



biditatea și mortalitatea asociate astmului s-au îmbunătățit considerabil în ultimii 15 ani, din păcate, sunt încă foarte multe cazuri în care pacienții nu au acces la tratamente adecvate.

Astfel, experții Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și ai Global Initiative for Asthma (GINA - Inițiativa Globală pentru Astm) consideră că îmbunătățirea înțelegerii pacienților și, mai ales, a furnizorilor de servicii medicale cu privire la momentul și modul de ajustare a tratamentului este esențială pentru continuarea progreselor în scăderea morbidității și mortalității asociate astmului.

Tema Zilei Internaționale a Astmului din acest an subliniază exact acest imperativ ca persoanelor cu astm să li se poată asigura accesul la tratamentele pe bază de inhalatori, care sunt esențiale atât pentru controlul bolii de bază, cât și pentru tratarea crizelor, pentru a evita decesele care pot fi prevenite.

Medicii și profesioniștii din domeniul sănătății sunt chemați să se asigure că fiecărei persoane cu astm îi sunt prescrise tratamentele esențiale, bazate pe dovezi, care conțin corticosteroizi inhalatori, în plus față de (sau în combinație cu) medicamentele de ușurare a episoadelor de astm, pentru a preveni morbiditatea și mortalitatea evitabile continue cauzate de astm.

În ghidurile actuale bazate pe dovezi, tratamentul universal recomandat este reprezentat de **administrarea zilnică a unui corticosteroid inhalator** (medicamentele care conțin corticosteroizi inhalatori previn crizele de astm prin tratarea inflamației de bază care cauzează astmul) și **administrarea unui bronhodilatator la nevoie**.

Există o variație geografică uriașă în ceea ce privește severitatea, prevalența și mortalitatea astmului. Prevalența este extrem de ridicată în țările cu venituri ridicate, în timp ce rata mortalității este ridicată în țările cu venituri mici și medii.

În țările cu venituri mici și mijlocii, lipsa sau costul ridicat al inhalatoarelor care conțin corticosteroizi inhalați contribuie în mare măsură la faptul că 96% din decesele cauzate de astm la nivel mondial au loc în aceste țări. Chiar și în țările cu venituri ridicate, costurile ridicate pot însemna că multe persoane cu astm au acces limitat la corticosteroizii inhalatori esențiali, ceea ce duce la gestionarea inadecvată a astmului și la decese cauzate de astm care ar fi putut fi prevenite.

Cu ocazia Zilei Internaționale a Astmului, profesioniștii din domeniul sănătății sunt chemați să ia în considerare nevoile individuale ale pacienților. De asemenea, OMS și GINA aduc în prim plan două dintre principalele probleme în gestionarea corespunzătoare a acestei boli, după cum urmează: lipsa de cunoștințe, în principal a pacienților și

îngrijitorilor lor, despre ultimele tratamente recomandate conform medicinei bazate pe dovezi, și lipsa mijloacelor economice ale acestora de a și le procura, având în vedere și costul tratamentelor adecvate.

În acest context, cele doua organizații internaționale cheamă guvernele din toată lumea să elaboreze și să adopte mai multe strategii pentru a promova utilizarea rațională a medicamentelor antiastmatice și să elaboreze planuri pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la schemele și programele realizate pentru protejarea pacienților împotriva acestei boli care le poate pune viața în pericol.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma%20%20/>
2. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02125-0](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02125-0)
3. World Asthma Day 2025 - Global Initiative for Asthma - GINA (<https://ginasthma.org/wad-2025/>)
4. World Asthma Day: WHO calls for better education to empower people living with asthma (<https://www.who.int/news/item/07-05-2024-world-asthma-day--who-calls-for-better-education-to-empower-people-living-with-asthma>)
5. <https://www.who.int/news/item/06-05-2025-working-together-to-make-asthma-a-global-health-priority>
6. Sursa foto: World Asthma Day 2025 - Global Initiative for Asthma - GINA (<https://ginasthma.org/wad-2025/>)

5 lucruri care s-au schimbat în pregătirea planurilor de răspuns la pandemii după COVID-19

Timp aproximativ de lectură: 7 minute

În urmă cu cinci ani, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) declara COVID-19 o pandemie globală.

Aproape peste noapte, lumea s-a schimbat, guvernele, instituțiile de sănătate publică, cadrele medicale și cercetătorii științifici se străduiau să înțeleagă situația și să găsească soluții - toate acestea în timp ce milioane de oameni își pierdeau viața în mod tragic.

Acum, la 5 ani de la acele evenimente, experții de la Centrul de pregătire și răspuns la epidemii al renumitei London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) din Marea Britanie subliniază cinci moduri în care s-a schimbat între timp pregătirea planului de răspuns la pandemii.

În urma pandemiei COVID-19, LSHTM a înființat Centrul pentru Pre-



gătirea și Răspunsul la Epidemii¹ pentru a aduce împreună expertiza globală, cunoștințele, cercetarea și transmiterea know-how-ului acumulat pentru a ajuta omenirea să se adapteze mai rapid la focarele de boală. La momentul acela, crearea Centrului a fost salutat de către **directorul general al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și absolvent al LSHTM, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, care a declarat:** *"Ați înțeles pe bună dreptate că trebuie să conectăm mai multe puncte, să încurajăm modalități noi și inovatoare de a colabora și de a lucra mai eficient între discipline."*

Adam Kucharski, membru Epiverse-TRACE, profesor LSHTM și co-director al Centrului de pregătire și răspuns la epidemii din cadrul LSHTM, a declarat:

"Atunci când apare o nouă amenințare epidemică, ne dorim ca specialiștii să se poată concentra asupra noilor probleme spinoase care contează cu adevărat, nu să piardă timpul cu sarcini obișnuite - cum ar fi

¹ About | LSHTM (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/centre-epidemic-preparedness-and-response/about>)

organizarea datelor colectate sau găsirea de informații despre agenți patogeni similari - pe care le-am fi putut face din timp.

În ultimii ani, am lucrat la noi instrumente Epiverse pentru a rezolva lacune cruciale în capacitățile noastre analitice, precum și pentru a ne conecta la soluții software mai ample la nivel global. Ca urmare, vedem din ce în ce mai mulți utilizatori - de la studenți începători la practicieni experimentați - care se apucă de treabă mai repede și oferă mai repede informații, cu impact pozitiv".

Pandemia a evidențiat, de asemenea, importanța unei supravegheri rapide și riguroase pentru a urmări variantele virale și ratele de transmitere și pentru a fundamenta răspunsurile adecvate. Cu toate acestea, pentru a combate cu adevărat o asemenea amenințare pandemică, avem nevoie de toate datele. În prezent, doar o mică parte din baza de date de secvențiere include genomuri africane, de exemplu - o lacună majoră în discernerea răspunsurilor de sănătate adecvate pentru diferite grupuri de persoane.

Pentru a aborda această problemă, unitatea din Gambia ce aparține de LSHTM a lucrat la dezvoltarea instalațiilor de genomică și a condus formarea și consolidarea capacității operaționale, astfel încât laboratorul să fie pregătit să contribuie cu informații cheie privind secvențierea genetică pentru a răspunde la COVID-19.

Parteneriatul cu diferitele comunități este o altă concluzie cheie pe care experții LSHTM o evidențiază. Neîncrederea, zvonurile și tensiunile din comunitate pot crește în timpul apariției și eforturilor de gestionare a focarelor de boală, reprezentând o barieră serioasă în calea stopării răspândirii - COVID-19 nu a fost o excepție.

De la pandemie, a devenit din ce în ce mai clar că eforturile de urgență de răspuns la pandemii nu pot avea succes dacă nu câștigă și nu mențin încrederea comunităților direct afectate. Echipa britanică de sprijin rapid în domeniul sănătății publice (UK-PHRST), un parteneriat inovator între LSHTM și Agenția britanică de securitate sanitară, finanțat cu UKAid de către Ministerul Sănătății și Asistenței Sociale

din Marea Britanie, pune în practică acest lucru prin activitatea sa în cadrul triplei sale atribuții de răspuns la epidemii, cercetare și consolidare a capacităților.

Între 2021 și 2024, UK-PHRST, alături de mai mulți parteneri din țară, a efectuat un studiu de cercetare în Sierra Leone și Tanzania pentru a urmări în comunități care au fost zvonurile și îngrijorările cu privire la Covid-19².

Datorită activității parteneriatului, cercetătorii au arătat că ceea ce este adesea respins ca zvonuri, mituri sau dezinformare reflectă adesea preocupări foarte reale ale membrilor comunității cu privire la impactul inegal pe care epidemiile îl au în societățile afectate, la intervențiile promovate pentru a limita răspândirea acestora și la calitatea asistenței medicale. Pentru a dezvolta un răspuns mai eficient în caz de epidemie și pentru a răspunde preocupărilor comunității, echipa de proiect a elaborat un set de instrumente de triaj și feedback destinat comunității disponibil gratuit³, care poate fi utilizat pentru a facilita ateliere de lucru și discuții de grup în orice epidemie sau pandemie.

Profesorul Shelley Lees, cercetător social la UK-PHRST și profesor de antropologie a sănătății publice la LSHTM, a declarat:

"COVID-19 ne-a arătat că zvonurile și dezinformarea sunt universale, afectând comunitățile indiferent de locul în care se află. Cercetările noastre ample în domeniul științelor sociale arată că aceste preocupări nu sunt unice pentru COVID-19, ci mai degrabă că ele apar întotdeauna în timpul epidemiilor și al răspunsurilor ulterioare în materie de sănătate publică. Sperăm că setul nostru de instrumente va contribui la dotarea profesioniștilor din domeniul sănătății publice cu instrumentele necesare pentru a aborda rapid și eficient zvonurile și

2 Online and offline COVID-19 rumours in Sierra Leone and Tanzania • Rapid Support Team (<https://uk-phrst.tghn.org/uk-phrst-research/online-and-offline-covid-19-rumours-sierra-leone-and-tanzania/>)

3 Triaging Community Feedback: A Participatory Approach(https://media.tghn.org/medialibrary/2024/10/UK-PHRST_Rumours_Toolkit_Publication_Mpox_version_1.pdf)

dezinformarea, prevenind răspândirea acestora în timpul viitoarelor focare de boală."

Nutriția joacă un rol vital în pregătirea pentru pandemii

Închiderea școlilor din întreaga lume în timpul pandemiei COVID-19 a precipitat cea mai mare criză educațională din istorie, lăsând 1,6 miliarde de copii fără școală și fără acces la alte servicii vitale pentru sănătatea și bunăstarea lor. Între ianuarie și aprilie 2020, școlile au fost închise în 199 de țări, iar aproximativ 370 de milioane de copii din întreaga lume au fost imediat privați de masa zilnică de la școală, pentru mulți dintre ei singura masă substanțială a zilei.

Ca răspuns, în 2021, Coaliția pentru mese școlare⁴ a fost înființată de (acum) 108 țări ale căror guverne s-au angajat să reconstruiască, să îmbunătățească sau să își extindă programele naționale de sănătate și nutriție în școli. Consorțiul de cercetare pentru sănătatea și nutriția școlară⁵ este inițiativa de cercetare a Coaliției pentru mese școlare. Cu un secretariat cu sediul la LSHTM, consorțiul oferă factorilor de decizie politică acces la dovezi și orientări independente cu privire la cele mai eficiente abordări pentru construirea unor programe de sănătate și nutriție școlară de succes. În ultimii cinci ani, guvernele au recunoscut din ce în ce mai mult că mesele școlare reprezintă o investiție strategică în sănătatea, bunăstarea și educația copiilor lor - cu efecte pozitive pe termen lung asupra sănătății și prosperității națiunii.

Profesorul Donald Bundy, director al Consorțiului de cercetare pentru sănătatea și nutriția școlară și profesor de epidemiologie și dezvoltare la LSHTM, a declarat:

"Odată văzută în principal ca o modalitate de a aborda foametea și in-

⁴ <https://schoolmealscoalition.org/>

⁵ Research Consortium for School Health and Nutrition | LSHTM (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/research-consortium-for-school-health-and-nutrition#welcome>)

securitatea alimentară în rândul celor mai vulnerabili copii, înțelegem acum că mesele școlare au, de asemenea, potențialul de a promova bunăstarea copiilor, de a îmbunătăți rezultatele învățării și de a reduce inegalitățile, toate acestea contribuind la capitalul uman al unei națiuni. Prin asigurarea accesului fiecărui copil la mese nutritive la școală, țările pot pune bazele unor societăți mai sănătoase, care sunt esențiale atât pentru dezvoltarea pe termen lung, cât și pentru pregătirea pentru pandemii."

Profesorul Liam Smeeth, directorul LSHTM, a declarat:

"Lupta împotriva pandemiilor seamănă cu combaterea terorismului, trebuie să folosim abordări similare, cum ar fi colectarea și schimbul celor mai bune informații privind amenințările globale legate de boli și unirea forțelor pentru a face față focarelor înainte ca acestea să devină pandemii."

Prin studierea efectelor pe termen lung asupra sănătății ale unor boli precum sindromul Zika congenital și COVID lung, analizând în același timp amenințările pandemice noi și emergente precum gripa aviară sau variola maimuței, experții din asemenea organizații precum LSHTM din Marea Britanie ajută lumea să vadă mai departe în viitor și să acționeze mai rapid - contribuind la crearea unei lumi mai sănătoase, mai rezistente la provocări și mai echitabile pentru toată lumea.

Mirela Mustață, redactor executiv

Traducere și adaptare după:

1. <https://www.lshtm.ac.uk/research> - 5 things that have changed in pandemic preparedness since COVID-19 | LSHTM
2. Sursa foto: <https://www.msf.org> - In pictures: MSF responds to coronavirus COVID-19



Istoria interpretării medicale și a tratamentului pentru astm

Timp aproximativ de lectură: 10 minute

Printre multe alte lucruri descoperite despre această boală cronică, astăzi știm că astmul este o boală cronică a căilor respiratorii cu legături cu sistemul imunitar, care afectează în mod disproporționat copiii (10% din copii față de 5% dintre adulți).

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că numărul copiilor afectați a crescut cu peste 60% din anii 1980 și că rata deceselor cauzate de astm s-a dublat în același timp.

Motivele acestei evoluții nu sunt pe deplin clare, dar cu siguranță a contribuit și mutarea noastră în interior. Ne petrecem 90% din viață

în interior, unde calitatea aerului poate fi de 2-5 ori mai proastă decât în exterior. Casele noastre mai calde și mai strâmte au creat un mediu în care acarienii de praf și alți alergeni proliferază, favorizați de lipsa corespunzătoare de circulație a aerului proaspăt din exterior.

Diverși compuși organici volatili emanați de lacurile și vopselurile cu care sunt date piesele de mobilier, de exemplu, pot declanșa astmul. Sporii fungici, mușgaiul și particulele generate de procesul de gătit mâncarea se adaugă la problemă.

Descrierea clinică a astmului datează din antichitate și, de-a lungul acestei întregi perioade, au fost propuse și revizuite multiple paradigme privind patogeniza astmului. Literatura medicală identifică prima descriere clinică a unui subiect cu astm prezumat într-un manual chinez de medicină internă din jurul anului 2600 î.Hr. De altfel, cultura chineză nu este singura care a identificat și înregistrat astmul în acea perioadă. Știm acum că, în antichitate, astmul era deja recunoscut în mai multe culturi, ca de exemplu cele ebraică, greacă și romană.

Medicul grec Hipocrate (460-377 î.Hr.) a descris pentru prima dată astmul, care derivă din cuvântul grecesc "asthmaino" - gâfâit. În același timp, el a fost prima persoană consemnată în istorie care a asociat simptomele astmului cu factorii declanșatori din mediu și cu anumite meserii și profesii, cum ar fi prelucrarea metalelor. Hipocrate a văzut astmul doar ca pe un simptom și abia în jurul anului 100 d.Hr. un medic grec pe nume Aretaeus din Capadocia a dat o definiție detaliată a astmului, care era similară cu înțelegerea modernă a modului în care se dezvoltă boala.

Românii antici au explorat, de asemenea, această afecțiune. În jurul anului 50 d.Hr., Pliniu cel Bătrân a găsit legături între polen și dificultățile respiratorii și a fost unul dintre primii care a recomandat un predecesor al epinefrinei, un beta2-agonist comun în tratamentul actual de ameliorare rapidă al astmului, ca tratament pentru aceste probleme respiratorii. Prima legătură etiologică cu bronhospasmul a fost făcută de Galen (130-201 d.Hr.), care a descris, de asemenea,

asocierea dintre căile respiratorii superioare și inferioare.

În secolul al XVI-lea, medicul german Georgius Agricola (fost Georg Bauer; 1494-1555) a descris mai pe larg asocierea dintre factorii de mediu și simptomele căilor respiratorii și a fost probabil primul care a raportat astmul profesional. El a sugerat prevenirea astmului la mineri cu măști de protecție pentru a evita inhalarea prafului. În perioada Renașterii au fost deja raportate simptome ale căilor respiratorii asociate cu expunerea la alergenii sezonieri. La acea vreme, evitarea unor factori alergeni și băile reci (o dată la 14 zile sau o dată pe lună) constituiau baza principală a terapiei astmului.

Până la mijlocul secolului al XVII-lea, astmul era un termen nespecific care descria orice afecțiune clinică asociată cu dispneea. În 1662, medicul belgian Jean van Helmont, care suferea de astm, a oferit o descriere detaliată a fenotipului astmului și a propus unul dintre primele mecanisme fiziopatologice ale astmului: „plămânii sunt contractați sau strânși”. Astmul a fost clar diferențiat de alte afecțiuni respiratorii în 1698 de către medicul englez Sir John Floyer. Dr. Floyer a dezvoltat astm în urma unei infecții respiratorii. El a furnizat descrieri detaliate ale semnelor și simptomelor astmului, tratamentului, prevenirii și prognosticului. El a descris, de asemenea, o componentă ereditară a astmului și numeroși factori agravanți, cum ar fi poluarea aerului, infecțiile, aerul rece, exercițiile fizice, somnul, stresul psihologic și fumul de țigară, și a observat beneficiile aerului curat și ale schimbării mediului.

La sfârșitul anilor 1600, a fost propus un nou model care extindea paradigma bronhoconstricției și s-a emis ipoteza că un sistem nervos anormal ar fi cauza constricției bronșice și a edemului mucoasei. În 1684, Thomas Willis a propus ipoteza că astmul era „*provocat parțial de defectul plămânilor malformați și parțial de defectul nervilor și fibrelor nervoase aparținând părților respiratorii*”. Deși descrisă inițial în secolul al XVII-lea, această ipoteză neurogenă nu a câștigat prea multă popularitate până la descrierile medicului englez Henry Hyde Salter. Dr. Salter suferea de astm după ce contractase tuse convul-

sivă în copilărie, iar în 1868 a postulat că o „*acțiune nervoasă pervertită*” era mecanismul fiziopatologic care stătea la baza constricției căilor respiratorii. El a remarcat, de asemenea, o asociere puternică între astm și febra fânului și importanța iritanților inhalați din mediul înconjurător în declanșarea episoadelor de astm. Acest model de patogeneză a astmului a rămas popular pe tot parcursul primei părți a secolului al XX-lea și continuă, în anumite aspecte, până în prezent.

În 1892, Sir William Osler, unul dintre cofondatorii școlii medicale John Hopkins, a elaborat o definiție a astmului, subliniind importanța spasmei bronșice. El credea cu tărie că astmul era de natură psihogenă. Conform propriilor sale cuvinte - avea un "*puternic element nevrotic*" și probabil că acest lucru a dus la supratratamentul cu medicamente împotriva anxietății în această perioadă. De altfel, asocierea astmului cu emoțiile a fost un punct de vedere predominant de-a lungul timpului. Iar astăzi avem confirmarea că anxietatea emoțională și stresul pot fi factori declanșatori.

Paradigma alergică pentru astm a fost probabil propusă pentru prima dată datorită similitudinilor clinice și histopatologice dintre astm și afecțiunile alergice. În special, există o suprapunere clară între manifestările clinice ale astmului și cele ale rinitei alergice (febra fânului) și anafilaxiei. În plus, incidența ridicată a reactivității la testele cutanate cu alergeni și a eozinofiliei tisulare atât în astm, cât și în bolile alergice susține și mai mult conceptul că astmul în sine este o boală alergică. Chiar și astăzi, astmul și alergiile rămân strâns legate, iar această asociere a plasat adesea astmul și patogeneză sa în spectrul cercetărilor privind alergiile.

Propunerea ca astmul să fie considerată o boală alergică a căpătat contur științific la începutul secolului al XX-lea, mai precis în 1906. Atunci s-a descoperit că expunerea experimentală la alergeni purificați reproduce simptomele febrei fânului, stabilind astfel această afecțiune ca o hipersensibilitate alergică la antigeni străini. Prin extrapolare, alergiile au fost considerate și factorul care determină patogeneză astmului, deoarece expunerea la alergeni inhalați era asociată cu exa-

cerbări ale astmului. Deși experimentele inițiale care au reprodus răspunsul anafilactic au fost efectuate în 1839, termenul „anafilaxie” nu a fost introdus oficial decât în 1902, când a fost utilizat pentru a descrie răspunsul la provocarea cu antigen la un animal sensibilizat anterior. La scurt timp după aceea, Samuel Meltzer a raportat că sensibilizarea și provocarea ulterioară a unui cobai au produs un model letal de anafilaxie. În acest model, constatările patologice ale căilor respiratorii constrânse și edematoase erau izbitor de similare cu astmul, ceea ce a dus la concluzia că astmul era un fenomen anafilactic.

În 1916, un medic și alergolog pe nume Francis Minot Rackemann a raportat că nu tot astmul este legat de alergii. În anii 1920, decesele cauzate de astm erau legate de modificările structurale ale căilor respiratorii și de inflamațiile extinse, însă nu se cunoșteau informațiile cu privire la motivul și mecanismul precis prin care s-a întâmplat acest lucru.

În jurul anilor 1930, rolul sistemului imunitar în dezvoltarea astmului a început să fie înțeles. Testele cutanate pentru alergii puteau fi efectuate astfel încât să poată fi identificați anumiți factori declanșatori din mediu. Descoperirea eozinofilelor - o celulă albă din sânge întâlnită în număr mare în reacțiile alergice - în sângele și în sputa astmaticilor era cunoscută ca fiind caracteristică pentru această boală. Doi americani, Francis Rackemann și Isaac Chandler Walker, au fost responsabili pentru dezvoltarea și avansarea testelor cutanate și a teoriei cauzelor extrinseci și intrinseci ale bolii. În 1967, Reindert Voorhorst a descoperit că acarienii sunt principala sursă de alergeni din praful de casă și a sugerat o legătură între acarieni și boala pulmonară alergică.

În anii 1940, terapia prin inhalare cu aerosoli a fost comercializată pentru astm. În anii de după cel de-al Doilea Război Mondial, testele funcției pulmonare și producerea debitmetrului de vârf au fost absolut esențiale în diagnosticarea și tratamentul astmului, ajutând la identificarea pacienților grav bolnavi. În tot acest timp, tratamentul era încă limitat. Efedrina era eficientă, se oferea îndepărtarea aler-

genilor și injectii cu adrenalină.

Conceptul că astmul este o tulburare inflamatorie a fost ferm stabilit în secolul al XX-lea, care a marcat, de asemenea, apariția studiilor intervenționale cu control randomizat, dezvoltarea metodologiilor invazive și neinvazive și a tehnologiilor imunologice emergente. Remodelarea căilor respiratorii, o altă caracteristică importantă a astmului, a fost raportată pentru prima dată de Ellul-Micallef în 1973 . Aplicând bronhoscopia flexibilă, Laitinen și colegii săi au fost printre primii care au raportat modificările structurale din căile respiratorii ale astmaticilor.

Din acel moment, a fost efectuat un număr tot mai mare de studii (intervenționale) care au aplicat biopsii submucoase și chiar transbronșice și care au contribuit la definirea modificărilor imuno-histopatologice din căile respiratorii ale astmaticilor.

În prezent, există două ipoteze majore privind remodelarea căilor respiratorii: în timp ce modificările structurale ale căilor respiratorii sunt considerate în cea mai mare parte drept o consecință a inflamației cronice a căilor respiratorii, unii consideră remodelarea căilor respiratorii și inflamația cronică a căilor respiratorii drept procese paralele, deoarece modificările peretelui căilor respiratorii pot fi prezente chiar și în absența unui istoric de astm de lungă durată. În prezent, se discută dacă remodelarea căilor respiratorii poate explica declinul accelerat al funcției pulmonare în cazul astmului perseverent sever sau dacă modificările structurale ale căilor respiratorii pot avea un scop protector. În ultimul deceniu al secolului al XX-lea, a fost reinventat un alt concept de lungă durată, și anume caracteristicile sistemice ale inflamației alergice-asmatică.

Rolul sistemului imunitar în provocarea acestei inflamații și necesitatea de a gestiona astmul în mod continuu, chiar și atunci când nu apar simptome, au devenite clare în ultimii 10 ani, când tot mai multe studii clinice au demonstrat efectele utile ale medicamentelor corticosteroide în gestionarea și controlul zilnic al astmului.

În ultimele două decenii, studiile randomizate controlate împreună cu tehnologiile moderne au extins considerabil cunoștințele noastre despre imunologia astmului și legăturile sale sistemice. Deși interferența cu cascada inflamatorie datează de la primele experimente de imunoterapie¹, o mai bună înțelegere a bazei imunologice a inițiat dezvoltarea mai multor terapii țintite pentru astm și sindroamele asociate.

Tratamente viitoare ar putea implica încercarea de a identifica și modifica genele care cauzează anumite modificări în celulele țesutului pulmonar și modul în care acestea comunică cu celulele imunitare, cum ar fi celulele T, care provoacă inflamații.

În general, recomandările diferitelor organisme profesionale sugerează că medicii ar trebui să urmeze orientările deja existente pentru gestionarea adecvată a acestei boli. Punctele-cheie sunt următoarele: bronhodilatatoarele au fost considerate la început o terapie principală pentru tratamentul astmului, dar după apariția corticosteroizilor inhalatori, istoria terapeutică s-a schimbat semnificativ. Astfel, în ghidurile actuale bazate pe dovezi, tratamentul universal recomandat este reprezentat de administrarea zilnică a unui corticosteroid inhalator (medicamentele care conțin corticosteroizi inhalatori previn crizele de astm prin tratarea inflamației de bază care cauzează astmul) și administrarea unui bronhodilatator la nevoie.

Corticosteroizii sunt în prezent cele mai eficiente medicamente antiinflamatoare pentru tratamentul astmului persistent. În special, s-a demonstrat că tratamentul prelungit cu aceste medicamente duce la îmbunătățirea susținută a simptomelor și a funcției pulmonare, în combinație cu o scădere a exacerbărilor și a hiperreactivității căilor respiratorii la adulți și copii.

După cum am văzut, în ultimii 100 de ani, au fost propuse o serie de modele din ce în ce mai complexe pentru a explica anomaliile fiziopatologice ale astmului, reflectând, de asemenea, natura complexă

1 Immunotherapy - an overview | ScienceDirect Topics (<https://www.sciencedirect.com/topics/pharmacology-toxicology-and-pharmaceutical-science/immunotherapy>)

a astmului. În tot acest timp s-au înregistrat progrese semnificative în definirea mecanismelor celulare și moleculare ale comportamentului normal și anormal al căilor respiratorii. Cercetările în domeniu au trecut la nivelul următor, bazându-se acum pe biologie celulară și moleculară, imunologie, microbiologie și genetică/genomică, precum și pe fiziopatologie.

De asemenea, modelele propuse în această perioadă urmăresc să integreze influența sistemelor imunitare înnăscute și adaptative, precum și rolul geneticii gazdei și al stimulilor de mediu, în special al infecțiilor virale. Progresele înregistrate în domeniul geneticii, genomicii, proteomicii și lipidomicii vor contribui în continuare la identificarea și caracterizarea căilor mecanice distincte care determină fenotipul astmului, cu scopul de a se dezvolta regimuri mai eficiente de prevenire și tratament al astmului.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2715318/>
2. Asthma History, Current Situation, an Overview of Its Control History, Challenges, and Ongoing Management Programs: An Updated Review - PMC (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9651109/>)
3. The history of asthma: Development, understanding, and treatments (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/323526>)
4. Summing up 100 years of asthma - ScienceDirect (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611106006147>)
5. Indoor Air | A Brief History of Asthma (https://www.allergystandards.com/news_events/a-brief-history-of-asthma/)
6. The natural history of asthma - Journal of Allergy and Clinical Immunology ([https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(06\)01373-X/](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(06)01373-X/))

fulltext)

7. Sursa foto <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma%20%20/>

Deficiența de iod

Timp aproximativ de lectură: 8 minute

Iodul este un oligo-element esențial care este prezent în hormonii tiroidieni, tiroxina și triiodotironina. Fără suficient iod, tiroida este incapabilă să producă hormoni care reglează metabolismul organismului și care sunt esențiali pentru dezvoltarea creierului. Acest lucru poate duce la tulburări metabolice, întârzieri în dezvoltare și tulburări cognitive.

Concentrația mediană de iod urinar este considerată a fi principalul indicator al statusului iodului pentru toate grupele de vârstă, deoarece măsurarea sa este relativ neinvazivă, cu un cost scăzut și ușor de efectuat. Deoarece cea mai mare parte a iodului absorbit de organism este excretat în urină, se consideră că concentrația mediană de iod urinar este un marker sensibil al aportului curent de iod și poate reflecta modificările recente ale statusului de iod.

Pentru copiii de vârstă școlară (≥ 6 ani), un nivel adecvat de iod este definit ca o concentrație mediană de iod urinar în populație de 100-199 $\mu\text{g/L}$, în timp ce o mediană în populație de $<100 \mu\text{g/L}$ indică faptul că aportul de iod al populației este insuficient. Atunci când



mediana populației este $<20 \mu\text{g/L}$, populația este descrisă ca având o deficiență severă de iod; la $20\text{-}49 \mu\text{g/L}$, aceasta este descrisă ca având o deficiență moderată de iod; iar la $50\text{-}99 \mu\text{g/L}$, aceasta este descrisă ca având o deficiență ușoară de iod. O populație de copii de vârstă școlară ar trebui să aibă o concentrație mediană de iod urinar de cel puțin $100 \mu\text{g/L}$, cu mai puțin de 20% din valori $<50 \mu\text{g/L}$.

Pentru femeile gravide, concentrația mediană de iod urinar ar trebui să fie cuprinsă între $150 \mu\text{g/L}$ și $249 \mu\text{g/L}$.

Tulburările cauzate de deficitul de iod, care pot apărea înainte de naștere, pun în pericol sănătatea mintală a copiilor și, adesea, chiar supraviețuirea lor. În timpul perioadei neonatale, copilăriei și adolescenței, tulburările de deficit de iod pot duce la hipotiroidism și hipertiroidism. Deficitul grav de iod în timpul sarcinii poate duce la naștere de copii morți, avort spontan și anomalii congenitale precum cretinismul - o formă gravă și ireversibilă de retard mintal care afectează persoanele care trăiesc în zonele cu deficit de iod din Africa și Asia. De o importanță și mai mare este afectarea mentală mai puțin vizibilă, dar generalizată, care reduce capacitatea intelectuală acasă, la școală și la locul de muncă.

Cu toate acestea, în multe țări, aportul de iod a scăzut în ultimele decenii. Să luăm ca exemplu SUA - în anii 1970, concentrația mediană de iod găsită în urina americanilor depășea 300 de micrograme pe litru ($\mu\text{g/L}$), cu mult peste pragul minim recomandat de 100 $\mu\text{g/L}$.

"*Nimeni nu și-a mai făcut griji în această privință timp de 20 de ani*", spune Elizabeth Pearce, endocrinolog la Universitatea din Boston, SUA. Până în anii 1990, însă, aceste cifre scăzuseră cu mai mult de jumătate. Un studiu publicat în 2022 sugerează că concentrațiile au scăzut și mai mult în deceniile care au urmat. Între 2017 și 2020, spun autorii săi, cifra la adulți a fost de doar 116 $\mu\text{g/L}$. În SUA, iodarea sării nu a fost niciodată impusă la nivel federal. Acest lucru a avut mai multe efecte în lanț. În primul rând, doar aproximativ jumătate din sarea de masă americană (care reprezintă 11% din sarea pe care o consumă americanii în prezent) este de fapt iodată. Alternativele la modă, cum ar fi sarea de mare sau cea roz de Himalaya, tind să nu fie iodate. Mai important, sarea utilizată în alimentele prelucrate - care reprezintă o parte dominantă și în continuă creștere a consumului american de sare - este, de asemenea, lipsită de iod.

Schimbarea consumului de sare nu este singura tendință dietetică care afectează concentrația de iod. Scăderea cererii de carne și pește, ambele bune surse naturale de iod, are de asemenea un efect. Conform unui studiu publicat recent în JDS, o ceașcă de lapte de vacă, care este adesea suplimentat cu iod, furnizează aproximativ jumătate din aportul zilnic necesar pentru femeile adulte. În schimb, alternativele din ce în ce mai populare la produsele lactate, cum ar fi laptele de ovăz și laptele de soia, nu oferă de obicei astfel de beneficii: un studiu publicat în 2022 în *British Journal of Nutrition* a constatat că mai puțin de o treime din alternativele la produsele lactate sunt îmbogățite cu iod.

Această problemă nu este exclusiv americană. Într-un raport de evaluare a aportului de iod în Europa, publicat în iunie 2025, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a tras un semnal de alarmă cu privire la deficiențele care rezultă din schimbarea dietelor. Potrivit Dr. Pearce,

acestea sunt deosebit de răspândite la femeile însărcinate. La fel ca în America, spune ea, lactatele au devenit o sursă esențială de iod deoarece doar 40% din țările europene au politici obligatorii de iodare a sării. Deficiențele au crescut pe măsură ce europenii consumă mai puține produse lactate. Deficiențele de iod sunt foarte frecvente, în special în Europa și în țările din lumea a treia, unde solul și alimentele au niveluri scăzute de iod.

Până la o treime din populația lumii este expusă riscului unei carențe de iod. Persoanele care prezintă cel mai mare risc includ: femeile însărcinate; persoanele care trăiesc în țări în care există foarte puțin iod în sol, țări din Asia de Sud, Asia de Sud-Est, Noua Zeelandă și țările europene; persoanele care nu folosesc sare iodată; persoanele care urmează un regim alimentar vegetarian sau vegan.

O deficiență de iod poate provoca simptome neplăcute și chiar severe. Simptomele sunt foarte asemănătoare cu cele ale hipotiroidismului. Deoarece iodul este utilizat pentru producerea hormonilor tiroidieni, o deficiență de iod înseamnă că organismul nu poate produce suficient de mulți dintre aceștia, ceea ce duce la hipotiroidism. Cele 10 semne și simptome ale unei deficiențe de iod sunt:

- 1. Umflarea gâtului în partea din față** este cel mai frecvent simptom al unei deficiențe de iod. Aceasta se numește gușă și apare atunci când glanda tiroidă crește prea mult. Glanda tiroidă este o glandă mică, în formă de fluture, situată în partea din față a gâtului. Aceasta produce hormoni tiroidieni la primirea unui semnal de la hormonul stimulator tiroidian (TSH). Atunci când nivelul TSH din sânge crește, glanda tiroidă utilizează iodul pentru a produce hormoni tiroidieni. Cu toate acestea, atunci când organismul dumneavoastră are un conținut scăzut de iod, nu poate produce suficienți. Pentru a compensa, glanda tiroidă lucrează mai intens pentru a încerca să producă mai mult. Acest lucru face ca celulele să crească și să se înmulțească, ducând în cele din urmă la o gușă. Din fericire, majoritatea cazurilor pot fi tratate prin creșterea aportului de iod. Cu toate acestea, dacă o gușă nu a fost tratată timp de mulți ani, aceasta ar putea provoca

leziuni tiroidiene permanente.

2. Creșterea neașteptată în greutate - aceasta poate apărea dacă organismul nu are suficient iod pentru a produce hormoni tiroidieni, deoarece hormonii tiroidieni ajută la controlul vitezei metabolismului, care este procesul prin care organismul transformă alimentele în energie și căldură. Atunci când nivelul hormonilor tiroidieni este scăzut, organismul arde mai puține calorii în repaus. Din păcate, acest lucru înseamnă că mai multe calorii din alimentele pe care le consumăm sunt stocate sub formă de grăsime.

3. Oboseală și slăbiciune - acestea sunt, de asemenea, simptome comune ale unei deficiențe de iod. De fapt, unele studii au constatat că aproape 80% dintre persoanele cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni, care apar în cazurile de deficit de iod, se simt obosite, leneșe și slabe. Aceste simptome apar deoarece hormonii tiroidieni ajută organismul să producă energie. Atunci când nivelurile de hormoni tiroidieni sunt scăzute, organismul nu poate produce la fel de multă energie ca de obicei. De fapt, un studiu efectuat pe 2.456 de persoane a arătat că oboseala și slăbiciunea erau cele mai frecvente simptome în rândul celor cu niveluri scăzute sau ușor scăzute de hormoni tiroidieni.

4. Căderea părului - hormonii tiroidieni ajută la controlul creșterii foliculilor de păr. Atunci când nivelurile de hormoni tiroidieni sunt scăzute, foliculii de păr se pot opri din regenerare. În timp, acest lucru poate duce la căderea părului. Din acest motiv, persoanele cu o deficiență de iod pot suferi, de asemenea, de căderea părului. Un studiu efectuat pe 700 de persoane a constatat că 30% dintre cei cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni au suferit de căderea părului. Cu toate acestea, alte studii au constatat că nivelurile scăzute de hormoni tiroidieni par să cauzeze căderea părului doar la persoanele cu antecedente familiale de cădere a părului.

5. Piele uscată și solzoasă - aceasta poate afecta multe persoane cu deficit de iod. De fapt, unele studii au constatat că până la 77% dintre persoanele cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni se pot con-

frunta cu piele uscată, descuamată. Hormonii tiroidieni, care conțin iod, ajută celulele pielii să se regenereze. Atunci când nivelurile de hormoni tiroidieni sunt scăzute, această regenerare nu are loc la fel de des, ceea ce poate duce la piele uscată și descuamată. În plus, hormonii tiroidieni ajută organismul să regleze transpirația. Persoanele cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni, cum ar fi cele cu deficit de iod, tind să transpire mai puțin decât persoanele cu niveluri normale de hormoni tiroidieni. Având în vedere că transpirația ajută la menținerea pielii umede și hidratate, lipsa transpirației poate fi un alt motiv pentru care pielea uscată și descuamată este un simptom comun al deficitului de iod.

6. Senzația de frig mai mult decât de obicei. Senzația de frig este un simptom comun al unei deficiențe de iod. De fapt, unele studii au constatat că peste 80% dintre persoanele cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni se pot simți mai sensibile la temperaturi scăzute decât de obicei. Deoarece iodul este utilizat pentru producerea hormonilor tiroidieni, o deficiență de iod poate determina scăderea nivelului de hormoni tiroidieni. Având în vedere că hormonii tiroidieni ajută la controlul vitezei metabolismului, nivelurile scăzute ale hormonilor tiroidieni pot determina încetinirea acestuia. Un metabolism mai lent generează mai puțină căldură, ceea ce vă poate face să vă simțiți mai rece decât de obicei. De asemenea, hormonii tiroidieni ajută la stimularea activității grăsimii brune, un tip de grăsime specializată în generarea de căldură.

7. Modificări ale ritmului cardiac. Ritmul cardiac este o măsură a numărului de bătăi ale inimii pe minut. Aceasta poate fi afectată de nivelurile dumneavoastră de iod. Prea puțin din acest mineral ar putea face ca inima dvs. să bată mai încet decât de obicei, în timp ce prea mult ar putea face ca inima dvs. să bată mai repede decât de obicei. O deficiență severă de iod poate provoca un ritm cardiac anormal de lent. Acest lucru ne poate face să ne simțim slabi, obosiți, amețiți și, eventual, să leșinăm.

8. Probleme de învățare și memorare. O deficiență de iod vă

poate afecta capacitatea de învățare și memorare. Un studiu care a inclus peste 1.000 de adulți a constatat că cei cu niveluri mai ridicate de hormoni tiroidieni au performat mai bine la testele de învățare și memorie, comparativ cu cei cu niveluri mai scăzute de hormoni tiroidieni. Hormonii tiroidieni vă ajută creierul să crească și să se dezvolte. Acesta este motivul pentru care o deficiență de iod, care este necesară pentru producerea hormonilor tiroidieni, poate reduce dezvoltarea creierului. De fapt, studiile au descoperit că hipocampusul, partea creierului care controlează memoria pe termen lung, pare să fie mai mic la persoanele cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni.

9. Probleme în timpul sarcinii. Femeile însărcinate prezintă un risc ridicat de deficit de iod. Acest lucru se datorează faptului că trebuie să consume suficient pentru a-și satisface propriile nevoi zilnice, precum și nevoile copilului aflat în creștere. Cererea crescută de iod continuă pe parcursul alăptării, deoarece bebelușii primesc iod prin laptele matern. Consumul insuficient de iod în timpul sarcinii și alăptării poate provoca efecte secundare atât pentru mamă, cât și pentru copil. Mamele pot prezenta simptome ale unei tiroide subactive, cum ar fi gușa, slăbiciune, oboseală și senzație de frig. Între timp, o deficiență de iod la sugari poate bloca creșterea fizică și dezvoltarea creierului. În plus, o deficiență severă de iod poate crește riscul de naștere a unui copil mort la naștere.

10. Perioade menstruale abundente sau neregulate. Sângerările menstruale abundente și neregulate pot apărea ca urmare a unei deficiențe de iod. La fel ca majoritatea simptomelor deficitului de iod, acesta este, de asemenea, legat de nivelurile scăzute de hormoni tiroidieni, având în vedere că iodul este necesar pentru producerea hormonilor tiroidieni. Într-un studiu, 68% dintre femeile cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni au prezentat cicluri menstruale neregulate, comparativ cu doar 12% dintre femeile sănătoase. Cercetările arată, de asemenea, că femeile cu niveluri scăzute de hormoni tiroidieni prezintă cicluri menstruale mai frecvente, cu sângerări abundente. Acest lucru se datorează faptului că nivelurile scăzute de hormoni tiroidieni perturbă semnalele hormonilor care

sunt implicați în ciclul menstrual.

Aportul zilnic recomandat de iod este de 150 mcg pe zi. Această cantitate ar trebui să satisfacă nevoile a 97-98% dintre toți adulții sănătoși. Cu toate acestea, femeile însărcinate sau care alăptează au nevoie de mai mult. Femeile însărcinate au nevoie de 220 mcg zilnic, în timp ce femeile care alăptează au nevoie de 290 mcg zilnic.

Există foarte puține surse bune de iod în alimentație. Acesta este unul dintre motivele pentru care deficiența de iod este frecventă în întreaga lume. Astfel, următoarele alimente sunt surse excelente de iod: algele marine, iaurt simplu, creveți, ou, ton, prune uscate.

Însă, cea mai bună modalitate de a obține suficient iod este să adăugăm sare iodată la mese. O jumătate de linguriță (3 grame) pe parcursul zilei este suficientă pentru a evita o deficiență.

În general, OMS estimează că deficitul de iod - una dintre cele mai frecvente carențe nutriționale din lume - afectează aproximativ 2 miliarde de persoane din întreaga lume. Majoritatea trăiesc în medii cu niveluri naturale scăzute de iod sau în țări fără acces universal la sare iodată. Anumite cohorte sunt deosebit de expuse riscului. Femeile însărcinate, de exemplu, au nevoie de cu 50% mai mult iod decât alte femei pentru a furniza suficient iod copiilor lor. Reamintim că deficitul de iod în timpul sarcinii poate duce la avort spontan, naștere de copii morți și întârzieri în dezvoltarea cognitivă și fizică a fătului. Aceasta rămâne principala cauză la nivel mondial a dizabilității intelectuale care poate fi prevenită.

Prin urmare, este îngrijorător faptul că două studii privind femeile din SUA publicate începând din 2021 au constatat că un sfert dintre femeile însărcinate și aproximativ jumătate dintre femeile de vârstă fertilă care nu sunt însărcinate nu îndeplinesc pragurile minime ale concentrației de iod. În timp ce deficiențele actuale sunt probabil prea mici pentru a fi îngrijorătoare, o continuare pe termen mediu a scăderii concentrației de iod ar putea reprezenta un risc pentru sănătatea publică.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.economist.com/science-and-technology/2024/11/06/>
2. Iodine deficiency (<https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/iodine-deficiency>)
3. 10 Signs and Symptoms of Iodine Deficiency (<https://www.healthline.com/nutrition/iodine-deficiency-symptoms>)
4. HealthDirect - <https://www.healthdirect.gov.au/iodine-deficiency>
5. Sursa foto: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23417-iodine-deficiency>

Exigența și excelența în astm - Monografie

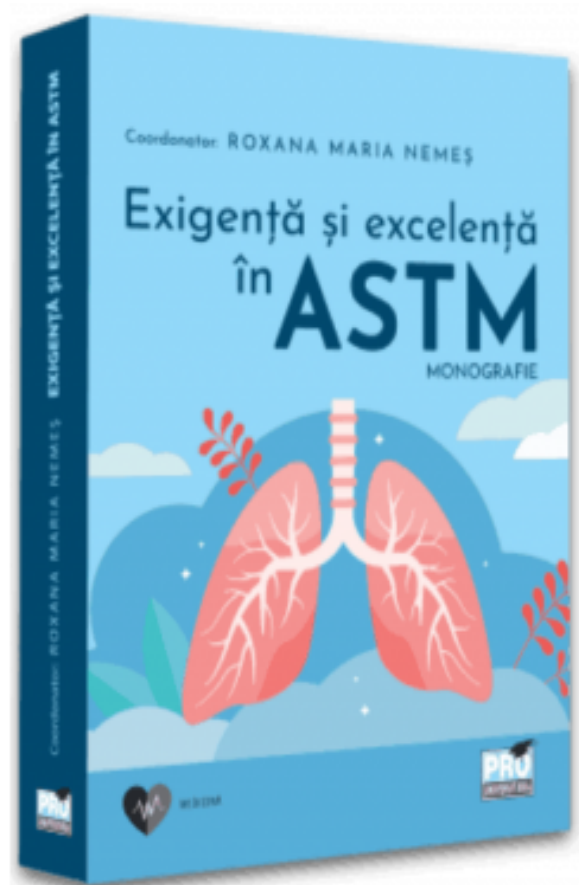
Coordonator: Roxana Maria Nemeș, Editura Pro Universitaria, 2022

Volumul ne prezintă evoluția înțelegerii patogenice a acestei străvechi condiții medicale, astmul, corelată cu apariția diverselor strategii terapeutice și definiții diagnostice.

Astfel, aflăm că s-a crezut că astmul este o boală emoțională, psihosomatică, că poate fi tratată cu cloroform, pilocarpină I.V., adrenalină, pentru ca ulterior să intrăm în epoca corticosteroizilor inițial orali, injectabili și apoi inhalatori și a combinațiilor cu bronhodilatatoare de lungă durată.

Acum înregistrăm un progres remarcabil spre terapiile biologice, cele mai recente achiziții terapeutice.

Lucrarea ne mai arată și că etapa diagnostică s-a regrupat din mers, plecând de la o clasificare simplă cu astm atopic, infecțios, mixt, și ajungând la fenoti-



puri, genotipuri, endotipuri, pe măsură ce s-au dezvoltat și corelațiile cu markeri biologici.

Aceștia se dovedesc a fi de utilitate maximă în noua eră a terapiei biologice, afirmă coordonatoarea monografiei.

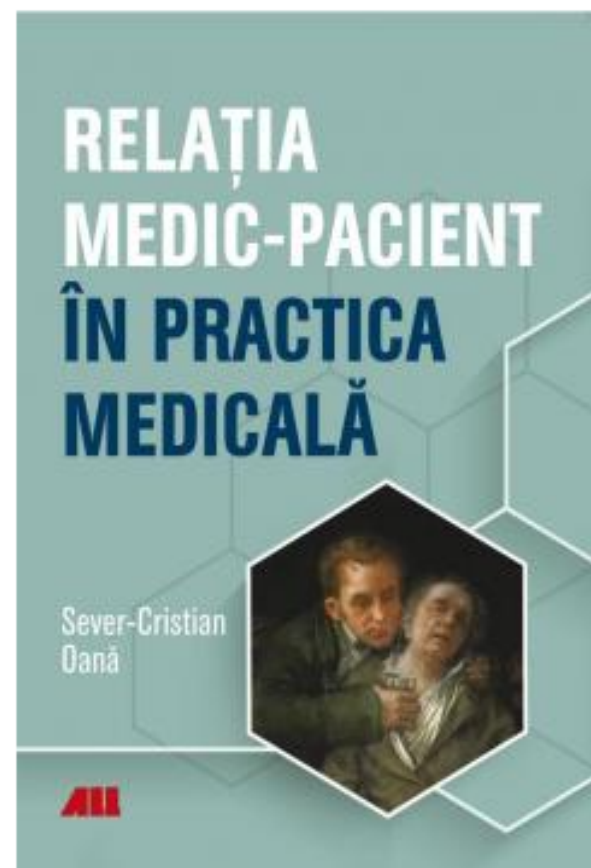
Relația medic-pacient în practica medicală

Sever Cristian Oană, Editura ALL, 2021

Bazându-se pe cei 40 de ani de practică medicală, inclusiv ca membru al Colegiului Medicilor din România, Dr. Sever-Cristian Oană ne oferă o pledoarie pentru încrederea reciprocă între medic și pacient și pentru medicina bazată pe valori.

Lucrarea îi ajută pe toți profesioniștii din sistem să își perfecționeze înțelegerea profundă a pacientului pentru a-l putea călăuzi către alinarea suferinței sau vindecare.

Pacienții care vor citi această carte vor afla cum pot interpreta reacțiile profesioniștilor din fața lor și cum își pot îmbunătăți modalitatea de comunicare cu aceștia.



COVID-19 - Dimensiuni ale gestionării pandemiei

Coordonator Sorin Bocancea, Editura Junimea, 2020

Din cele 57 de contribuții reunite între copertele acestui volum a rezultat un manual util celor ce vor să înțeleagă pandemia recentă, pornind de la nivelul său medical și ajungând la consecințele geostrategice.

Faptul că toate analizele au fost realizate după ce actorii implicați și societățile afectate de COVID-19 au început să înțeleagă cu ce se confruntă le conferă acestora consistență și temeinicie.

Până la evaluarea finală a pandemiei de COVID-19, fiecare dintre noi are ocazia să afle că singura entitate care îl poate proteja cel mai bine este el însuși. Iar un sprijin în acest sens poate fi volumul de față.



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.