

eAsistent.ro

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



Martie 2021

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

Ce aflăm parcurgând recentele recomandări ale Centrului pentru Controlul Bolilor din SUA pentru persoanele vaccinate	4
--	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

COVID-19: 5 proteine din sânge indică, cu mare acuratețe, cazurile severe și decesele	7
---	---

EVENIMENT

Ziua Mondială a Sănătății Orale - 20 martie 2021	12
Ziua Mondială a Sindromului Down - 21 martie 2021	15
Ziua Mondială de Luptă împotriva Tuberculozei - 24 martie 2021	18

INTERVIU

Perspectiva unui medic implicat în lupta cu COVID-19, la un an de la debutul pandemiei	22
--	----

ISTORIE

De ce folosim termenul "imunitate de turmă" – scurtă istorie	28
--	----

LUMEA MEDICALĂ

Rolul încrederii publice în managementul pandemiilor	35
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Compendiul asistentului de medicină dentară	43
Ioana. O poveste despre Sindromul Down	44
Povestiri despre epidemii și vaccinuri	45

ECHIPA EDITORIALĂ	46
--------------------------	----



Ce aflăm parcurgând recente recomandări ale Centrului pentru Controlul Bolilor din SUA pentru persoanele vaccinate

Deși încă nu se discută public acest subiect în România, în SUA, acolo unde aproape 10% din populație este vaccinată, autoritățile au început să dea recomandări mai detaliate populației vaccinate cu privire la comportamentul corect și sigur pentru aceștia.

Cu toate că situația vaccinărilor este una bună, în SUA se înregistrează zilnic un număr de peste 60.000 de noi cazuri, iar amenințarea noilor variante de virus este și ea tot mai prezentă. De aceea, chiar și pentru persoanele vaccinate cu ambele doze, rămân multe întrebări referitoare la comportamentul corect și sigur.

De aceea, de curând, într-o conferință de presă, reprezentanții Centrului pentru Controlul Bolilor din SUA¹ au ieșit totuși cu un set de recomandări. Acestea sunt mai degrabă niște linii directoare care se adresează celor vaccinați din rândul populației generale (pentru personalul din centrele medicale existând recomandări dedicate). Conform autorităților sanitare din SUA, aceste recomandări sunt valabile pentru nivelul actual al vaccinărilor în rândul populației. Cu cât acesta va crește, dar și în funcție de nivelul infectărilor comunitare și al progreselor în studierea virusului și vaccinurilor, autoritățile sanitare promit că vor reveni și vor transmite alte recomandări adaptate situației.

De exemplu, persoanele vaccinate cu ambele doze pot vizita alte persoane din aceeași categorie (adică alte persoane vaccinate) sau chiar persoane nevaccinate, dar care nu sunt la risc să facă forme grave de COVID-19, fără să poarte mască și fără distanțare fizică, în interior. Însă, aceste persoane vor continua să poarte mască în exterior și să respecte distanțarea fizică sau atunci când vizitează persoane nevaccinate sau cu risc să dezvolte forme grave de COVID-19. Ele vor evita întâlnirile în grupuri medii sau mari și se vor testa doar dacă au simptome de COVID-19. Aspectele privind siguranța călătoriilor rămân însă prea puțin lămurite de aceste recomandări.

Tot legat de subiectul pandemiei, vă invităm să găsiți în paginile revistei noastre teme precum:

- COVID-19: 5 proteine din sânge indică, cu mare acuratețe, cazurile severe și decesele

¹ What the next CDC guidelines for the fully vaccinated could look like - CNN (<https://edition.cnn.com/2021/03/09/health/cdc-vaccinated-guidelines-whats-next-wellness/index.html>)

- De ce folosim termenul "imunitate de turmă" – scurtă istorie
- Perspectiva unui medic din Marea Britanie implicat în lupta cu COVID-19, la un an de la debutul pandemiei
- Rolul încrederii publice în managementul pandemiilor

În plus de acest subiect fierbinte al momentului, revista găzduiește și teme conexe evenimentelor lunii martie: Ziua Mondială a Sănătății Orale - 20 martie 2021; Ziua Mondială a Sindromului Down - 21 martie 2021 și Ziua Mondială de Luptă împotriva Tuberculozei - 24 martie 2021.

Merită amintite și recomandările editoriale ale lunii: *Compendiul asistentului de medicină dentară; Ioana. O poveste despre Sindromul Down și Povestiri despre epidemii și vaccinuri.*

În nota despre întoarcerea la normalitate pe care am amintit-o la început și pentru că ne aflăm în prima lună de primăvară, vă doresc să vă bucurați de infuzia de energie și de multe reușite profesionale.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



COVID-19: 5 proteine din sânge indică, cu mare acuratețe, cazurile severe și decesele

Conform Centrului pentru Controlul Bolilor (CDC) din SUA, circa 81% dintre persoanele infectate cu COVID 19 prezintă doar simptome ușoare sau moderate, precum febra sau tusea.

Însă, aproape 14% dintre bolnavii cu COVID-19 dezvoltă dificultăți de respirație și prezintă un nivel scăzut de saturație cu oxigen a sângelui, în timp ce 5% devin bolnavi critic și au nevoie, într-o mare parte din cazuri, de îngrijirea într-o unitate ATI pentru insuficiență respira-

torie acută sau a altor organe.

Într-un studiu recent, cercetători de la Școala de Medicină de la Yale, SUA, au arătat că, în cazul pacienților COVID 19, nivelurile din sânge ale 5 proteine-biomarker indică, cu mare acuratețe, cazurile care vor deveni critice.

Astfel, cercetătorii pledează ca analizele de sânge pentru acești 5 biomarkeri să fie făcute în fazele inițiale după confirmarea infectării, pentru ca pacienții cu niveluri crescute să fie monitorizați atent și luați în calcul pentru administrarea, la începutul spitalizării, a tratamentelor specifice.

Cercetarea a folosit construirea unui profil proteomic pentru a detecta proteinele în probele de sânge de la 85 de participanți, inclusiv de la 13 persoane asimptomatice reprezentând grupul de control. La cel puțin 23 dintre acești participanți li s-a luat o probă de sânge în prima lor zi de spitalizare pentru COVID 19. Unii dintre participanți au avut apoi nevoie de tratament la ATI, în timp ce alții nu.

Cercetătorii au folosit un algoritm de inteligență artificială pentru a analiza probele de sânge și au identificat cele 5 proteine care pot indica, cu mare acuratețe, care dintre acești pacienți va dezvolta o formă critică a bolii.

Aceste proteine-biomarker sunt factori predictorii mai relevanți pentru cazurile critice decât anumite cytokine asociate formelor severe ale COVID 19.

De asemenea, cele 5 proteine s-au dovedit și factori predictorii buni pentru cazurile care se vor încheia cu decese. Niciuna dintre persoanele participante la acest studiu care a avut niveluri scăzute ale acestor proteine nu a decedat.

Toate aceste 5 proteine sunt asociate cu activarea așa-numitelor neutrofile, care apar în măduva osoasă înainte de a intra în fluxul sanguin.

Pentru a confirma importanța acestor tipuri de celule imune în pro-

gnozarea cazurilor grave, cercetătorii au analizat probele de sânge și în cazul a mai mult de 3000 de persoane care s-au internat în spitalul Yale New Haven Hospital. Analiza a arătat că persoanele care aveau niveluri crescute de neutrofile imediat după internare prezentau un risc mai mare de deces din cauza bolii.

Cercetări precedente au făcut legătura dintre obezitate și o parte a acestor proteine-biomarker identificate de studiul de la Yale. Conform CDC, obezitatea triplează riscul de spitalizare pentru COVID, iar indicele de masa corporală e corelat pozitiv cu mortalitatea bolii.

Cercetătorii care au participat la acest studiu subliniază că o limitare a acestuia este că nu a demonstrat că neutrofilele sunt sursa tuturor celor 5 proteine-biomarker. Totuși, ei notează și că există alte tipuri de dovezi care sprijină această ipoteză. De exemplu, se știe deja că 4 dintre aceste 5 proteine sunt bine-cunoscute produse ale neutrofilelor. În plus, noul studiu a arătat că nivelurile fiecăreia dintre aceste 5 proteine sunt puternic corelate cu concentrația de neutrofile din fluxul sanguin al participanților.

Cercetătorii notează și că există dovezi că neutrofilele pot juca un rol în tromboză (formarea de cheaguri de sânge), pe care medicii o observă în cazul multor pacienți cu forme critice de COVID 19. Date experimentale au scos la lumină proprietăți funcționale ale neutrofilelor, neidentificate până acum, care le permit acestora să cauzeze tromboza în țesutul inflammat prin apariția unui agregat trombocitar în urma modelării reologice din sistemul micro-vascular venos.

Trombocitele (sau plachetii) sunt fragmente celulare foarte mici (diametru de 2-3 μm), incolore, care sunt generate în măduva osoasă și apoi trec în sânge. Acestea au un rol esențial pentru procesul de coagulare normală, agregându-se pentru a opri sau preveni sângerările, în timp ce eliberează și factori chimici care stimulează în continuare agregarea altor trombocite.

Deoarece durata de viață a trombocitelor este scurtă (8-10 zile), e nevoie ca măduva osoasă să producă constant trombocite noi. Scă-



Endoteliul vascular inflammat de un stent expandat poate duce ulterior la activarea și agregarea trombocitelor (plachetilor).

derea nivelului de trombocite în sânge crește riscul de sângerare. Simptomele unui nivel scăzut al trombocitelor includ apariția vânătăilor chiar și în urma unor lovituri ușoare sau sângerările excesive în cazul unor mici tăieturi. Creșterea nivelului de trombocite în sânge predispune la apariția trombozei.

Anumite medicamente acționează ca agenți anti-plachetari, scăzând probabilitatea producerii unor agregate trombocitare.

În boala inflamatorie avansată, tromboza microvasculară duce la întreruperea alimentării cu sânge și provoacă țesutului leziuni ischemice. Folosind microscopia in-vivo, analiza datelor de la dispozitivele microfluidice și algoritmi de modelare computațională, cercetătorii au identificat un rol, despre care nu se știa înainte, pe care leucocitele îl joacă și ele în formarea de cheaguri microvasculare în țesuturile inflamate, fiind implicate în acest proces alături de neutrofile.

Țintirea acestei conlucrări distincte dintre sistemul hemostatic, prin leucocite, și sistemul imun, prin neutrofile, poate aduce modalități noi de a preveni tromboza microvasculară în stadiile avansate ale pato-

logiilor inflamatorii.

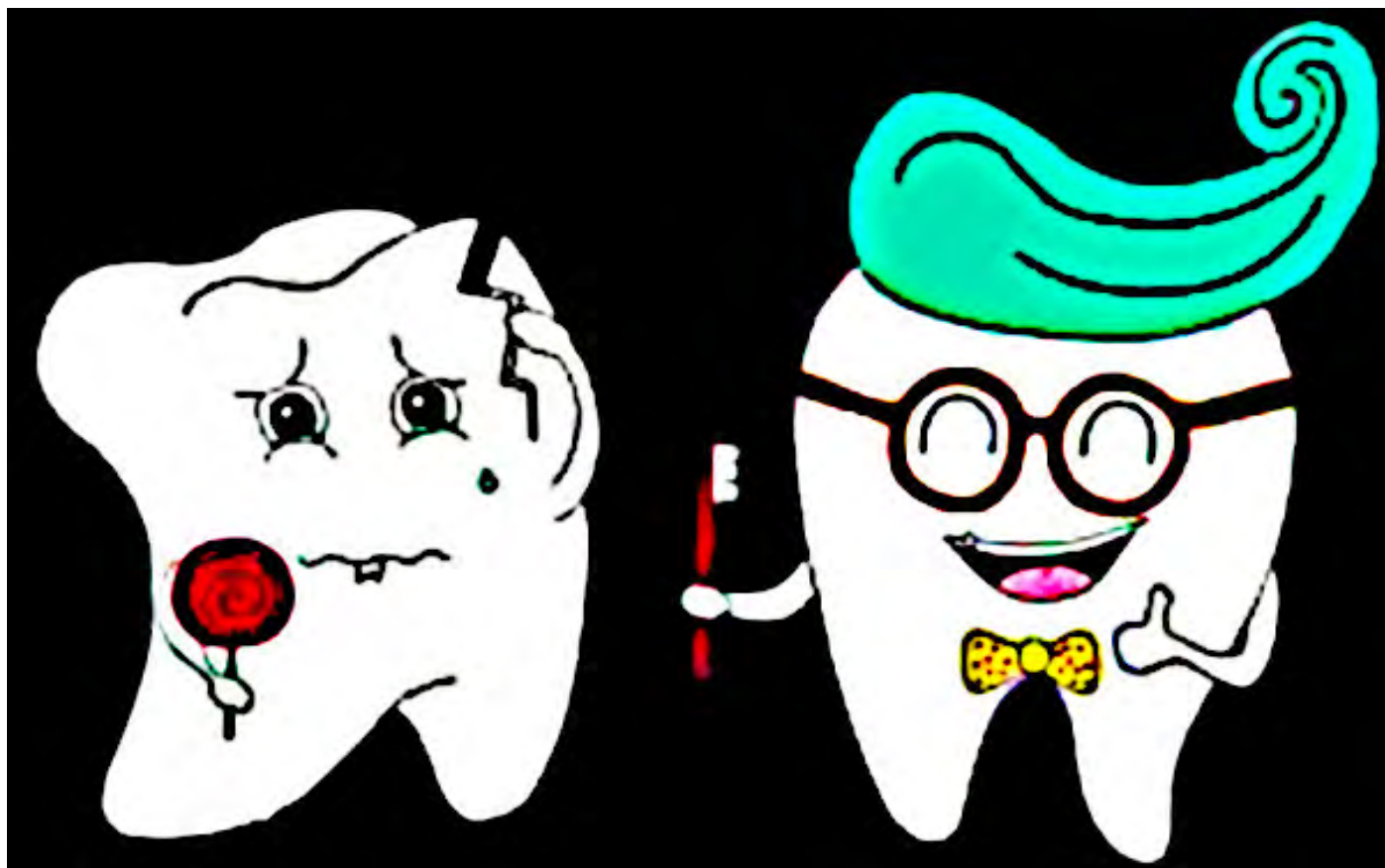
Astfel, în timp ce tehnicile invazive de intervenție pentru eliminarea trombilor din artere și vene au revoluționat tratamentul evenimentelor trombo-embolice, opțiunile terapeutice pentru dizolvarea cheagurilor de sânge care rămân în segmentele vasculare mai mici sunt încă limitate deoarece aceste segmente mai mici sunt inaccesibile acestor tehnici actuale de intervenție.

Ca urmare, aceste descoperiri sugerează că luarea în calcul a neutrofilelor drept ținte terapeutice în cazul trombozelor microvasculare poate aduce progrese importante în acest domeniu.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. COVID-19: 5 blood proteins predict critical illness and death (medicalnewstoday.com)
2. <https://www.nature.com/articles/s41598-019-52041-8> - Neutrophils promote venular thrombosis by shaping the rheological environment for platelet aggregation
3. <https://www.redcrossblood.org/donate-blood/dlp/platelet-information.html>
4. <https://ro.energymedresearch.com/87102-platelets-plt-values-in-blood-thrombocytes>
5. Foto 1: Thana Prasongsin/Getty Images
6. Foto 2: <https://www.hybridmedicalanimation.com/work/illustration/platelet-aggregation/>



Ziua Mondială a Sănătății Orale - 20 martie 2021

Dacă ne referim la sănătatea orală a populației din România, putem spune fără să greșim că vorbim despre două lumi. Pe de o parte, este lumea celor care au un nivel mai ridicat de educație și venituri, care-și permit un zâmbet sănătos, și cea a celor mai aproape de sărăcie sau chiar săraci, care au resurse foarte limitate și nu au acces sau au un acces precar la infrastructura de sănătate orală.

Lipsa unei politici clare și unitare în domeniul sănătății orale se vede astfel în practică. Chiar dacă există câteva prevederi care se referă la posibile măsuri de prevenție sau educație, în practică lucrurile nu sunt încurajatoare. Puțini adulți și copii folosesc sau respectă cu strictețe un calendar prestabilit de vizită la medicul stomatolog. La copii, de exemplu, lipsa educației părinților cu privire la necesitatea unui program regulat de vizită la stomatolog face ca problemele de sănătate orală să se vadă abia la schimbarea dentiției. Parte dintre părinți nu sunt conștienți de importanța unei bune sănătăți orale pentru copii și amână vizitele la stomatolog. Dat fiind că în sistemul de educație nu se înțelege importanța existenței unor cabinete stomatologice școlare, aceasta face imposibilă realizarea unor măsuri eficiente de prevenție și de educare corectă a copiilor în privința sănătății orale, cu efecte pe termen lung.

Astfel de probleme cu privire la politici și servicii inegale de sănătate orală nu sunt singulare, însă. Cauzele sunt multiple, de la distribuția inegală a profesioniștilor din domeniul sănătății orale și lipsa unor facilități de sănătate adecvate în majoritatea țărilor, la lipsa unor finanțări publice care să acopere cel puțin serviciile de prevenție sau un număr minim de servicii. Per ansamblu, potrivit unui sondaj adresat adulților care exprimă nevoia de servicii de sănătate orală la nivel mondial, accesul variază de la 35% în țările cu venituri mici, la 60% în țările cu venituri medii, 75% în țările cu venituri medii superioare și 82% în țările cu venituri mari (3). Potrivit unui alt studiu (4), chiar și în condițiile unor venituri ridicate, tratamentul dentar este costisitor. El reprezintă, în medie, 5% din cheltuielile totale de sănătate și 20% din cheltuielile de sănătate plătite direct din buzunar.

Ziua Mondială a Sănătății Orale pe care o celebrăm în fiecare an pe 20 martie își propune să ofere oamenilor cunoștințele, instrumentele și încrederea că pot avea o bună sănătate orală.

Iar pentru că toate vocile avizate consideră că în domeniul sănătății orale prevenția este primordială, este clar că povara bolilor orale și a altor boli netransmisibile poate fi redusă prin intervenții de sănătate

publică care să abordeze principalii factori de risc.

Printre aceștia se numără: 1/ promovarea unei diete bine echilibrate, săracă în zaharuri libere și bogată în fructe și legume, și utilizarea apei ca principală băutură; 2/ renunțarea la orice tip de tutun; 3/ reducerea consumului de alcool și 4/ utilizarea echipamentului de protecție atunci când facem sport, sau mergem pe biciclete și moto-ciclete (pentru a reduce riscul de rănire a feței).

În plus, expunerea adecvată la fluor este un factor esențial în prevenirea cariilor dentare. Practic, un nivel optim de fluor poate fi obținut din diferite surse, cum ar fi apa potabilă fluorurată, sare, lapte și pastă de dinți. Nu în ultimul rând, periajul dinților de două ori pe zi cu pastă de dinți care conține fluor (1000 până la 1500 ppm) este, de asemenea, un important factor de protecție.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Raport de cercetare "Sănătatea orală în România", Asociația Centrul Pentru Monitorizarea Politicilor Publice, Septembrie, 2016
3. Hosseinpour AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. J Dent Res. 2012
4. OECD. Health at a Glance 2017: OECD indicators. Published 2017
5. Sursa foto: <https://insp.gov.ro/>



Ziua Mondială a Sindromului Down - 21 martie 2021

Sindromul Down este o afecțiune în care o persoană are un cromozom suplimentar.

Cromozomii sunt structuri formate din ADN spiralizat care se găsesc în nucleul fiecărei celule și sunt în număr de 46 pentru specia

umană. Așadar, de obicei, un copil se naște cu 46 de cromozomi. Bebelușii cu sindrom Down au o copie suplimentară a unuia dintre acești cromozomi, cromozomul 21. Un termen medical pentru o copie suplimentară a unui cromozom este „trisomia”. Sindromul Down este denumit și Trisomia 21.

Practic, cromozomii determină modul în care corpul bebelușului se formează în timpul sarcinii și cum funcționează acesta pe măsură ce crește în uter și după naștere. Iar această copie suplimentară modifică modul în care corpul și creierul copilului se dezvoltă, ceea ce poate genera atât provocări mentale, cât și fizice pentru bebeluș.

Deși lumea medicală știe că sindromul Down este cauzat de un cromozom suplimentar, în fapt nimeni nu știe cu siguranță de ce apare sindromul Down sau care sunt toți factorii de risc. Cercetătorii știu totuși că un factor care crește riscul de a avea un copil cu sindrom Down este vârsta mamei. Femeile care au 35 de ani sau mai mult când rămân însărcinate au mai multe riscuri de a avea o sarcină afectată de sindromul Down decât femeile care rămân însărcinate la o vârstă mai mică. Deși așa stau lucrurile, statistic majoritatea copiilor cu sindrom Down sunt născuți de mame mai tinere de 35 de ani, tocmai pentru că există mult mai multe nașteri în rândul femeilor mai tinere.

Există două tipuri de bază de teste disponibile pentru a detecta sindromul Down în timpul sarcinii: teste de screening și teste de diagnostic. Un test de screening poate spune unei femei și medicului său dacă sarcina are șanse mai mici sau mai mari de a avea sindrom Down. Testele de screening nu oferă un diagnostic absolut, dar sunt mai sigure pentru mamă și pentru făt. Testele de diagnostic pot detecta de obicei dacă un copil va avea sau nu sindrom Down, dar pot fi mai riscante pentru mamă și pentru făt. Însă nici screening-ul, nici testele de diagnostic nu pot prezice impactul complet al sindromului Down asupra unui copil. Nimeni nu poate prezice acest lucru.

În privința problemelor de sănătate asociate, multe persoane cu sindrom Down au caracteristicile faciale comune și nu prezintă alte defecte congenitale majore. Cu toate acestea, unele persoane cu sin-

drom Down pot avea unul sau mai multe defecte congenitale majore sau alte probleme medicale. Unele dintre cele mai frecvente probleme de sănătate în rândul copiilor cu sindrom Down sunt: pierderea auzului, apneea obstructivă în somn, care este o afecțiune în care respirația persoanei se oprește temporar în timp ce doarme, infecții ale urechii, boli oculare, defecte cardiace prezente la naștere.

Sindromul Down este o afecțiune pentru toată viața. Însă, serviciile oferite la începutul vieții vor ajuta adesea bebelușii și copiii cu sindrom Down să-și îmbunătățească abilitățile fizice și intelectuale. Majoritatea acestor servicii se concentrează pe a ajuta copiii cu sindrom Down să își dezvolte potențialul maxim și includ logopedie, terapie ocupațională și kinetoterapie. În unele țări sunt servicii oferite prin programe de intervenție timpurie. Copiii cu sindrom Down pot avea nevoie, de asemenea, de ajutor sau atenție suplimentară la școală.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html>
2. <https://personalgenetics.ro/>
3. Sursa foto: <https://www.downsyndrome.org.au/about-down-syndrome/what-is-down-syndrome/>



Ziua Mondială de Luptă împotriva Tuberculozei - 24 martie 2021

Tuberculoza (TBC) este cauzată de o bacterie numită *Mycobacterium tuberculosis*.

De obicei, bacteriile atacă plămânii. Însă, bacteriile TB pot ataca orice parte a corpului, cum ar fi rinichiul, coloana vertebrală și creierul. Nu toți cei infectați cu bacterii TB se îmbolnăvesc. Ca urmare, există două afecțiuni legate de TBC: infecția latentă a TBC (LTBI) și boala TBC. Dacă nu este tratată corespunzător, boala TBC poate fi

fatală.

Datele următoare ne arată cât de serioasă este această problemă:

- Un total de 1,4 milioane de persoane au murit din cauza TBC (inclusiv 208.000 de persoane cu HIV), în anul 2019.
- La nivel mondial, în 2019, TBC este una dintre primele 10 cauze de deces și principala cauză legată de un agent infecțios (peste HIV / SIDA).
- Aproximativ 10 milioane de persoane s-au îmbolnăvit de tuberculoză (TBC) la nivel mondial, în 2019. 5,6 milioane de bărbați, 3,2 milioane de femei și 1,2 milioane de copii.
- 1,2 milioane de copii s-au îmbolnăvit de TBC la nivel global (cifre aferente anului 2019). TBC pentru copii și adolescenți este adesea trecută cu vederea de către furnizorii de servicii medicale și poate fi dificil de diagnosticat și tratat.
- Cele 30 de țări cu sarcină mare a TBC au reprezentat 87% din noile cazuri de TBC. Opt țări reprezintă două treimi din total, India fiind liderul, urmată de Indonezia, China, Filipine, Pakistan, Nigeria, Bangladesh și Africa de Sud.
- România deține un record nefericit în Uniunea Europeană în ceea ce privește cazurile de tuberculoză. Peste 27.000 de bolnavi sunt tratați anual de TBC, iar mai mult de 15.000 sunt cazuri noi (în anul 2015). Comparativ, în 2014, numărul cazurilor noi de TBC a fost de 12.498.

TBC este prezentă în toate țările și grupele de vârstă. Dar, este important de ținut minte că TB este vindecabilă și poate fi prevenită.

Cum poate apărea boala?

Unii oameni dezvoltă boala TBC la scurt timp după ce se infectează (în câteva săptămâni), înainte ca sistemul lor imunitar să ajungă să

reacționeze și să lupte împotriva bacteriilor TBC. Alte persoane se pot îmbolnăvi mulți ani mai târziu, când sistemul lor imunitar devine vulnerabil dintr-un alt motiv.

În general, aproximativ 5-10% dintre persoanele infectate care nu primesc tratament pentru infecția latentă cu TBC vor dezvolta boala TBC la un moment dat în viața lor. Pentru persoanele ale căror sisteme imune sunt slăbite, în special cele cu infecție cu HIV, riscul de a dezvolta boala TBC este mult mai mare decât pentru persoanele cu sisteme imune normale.

În general, persoanele cu risc crescut de a dezvolta boala TB se împart în două categorii:

- Persoanele care au fost recent infectate cu bacterii TB
- Persoanele cu afecțiuni medicale care slăbesc sistemul imunitar.

Care sunt simptomele și cum se pune diagnosticul?

Simptomele cele mai frecvente ale tuberculozei pulmonare active sunt tuse, uneori cu spută și sânge, dureri în piept, slăbiciune, scădere în greutate, febră și transpirații nocturne.

OMS recomandă utilizarea testelor de diagnostic molecular rapid ca test de diagnostic inițial la toate persoanele cu semne și simptome de TBC, deoarece acestea au o precizie de diagnostic ridicată și vor duce la îmbunătățiri majore în detectarea timpurie a TBC și a TBC rezistentă la medicamente.

Diagnosticarea tuberculozei multi-drog rezistente și a altor forme rezistente, precum și a tuberculozei asociate HIV, poate fi complexă și costisitoare.

La fel, tuberculoza este deosebit de dificil de diagnosticat la copii.

În ce constă tratamentul?

TBC este o boală tratabilă și vindecabilă. Boala TB activă, sensibilă la medicamente, este tratată cu un tratament standard de 6 luni. Acest tratament trebuie însoțit de informații și sprijin acordat pacientului de către un cadru medical instruit. Fără un astfel de sprijin, respectarea tratamentului devine dificilă. Iar riscul abandonului tratamentului poate însemna dezvoltarea unei forme rezistente mult mai grave de TBC.

Practic, din anul 2000, aproximativ 63 de milioane de vieți au fost salvate prin diagnosticul și tratamentul TBC.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. analiza-de-situatie-tbc-2017-modificata-2.pdf (gov.ro)
4. TBC în România, povești și statistici îngrijorătoare - GAZETA de SUD (gds.ro)
5. Sursa foto: www.sfatulmedicului.ro



Perspectiva unui medic implicat în lupta cu COVID-19, la un an de la debutul pandemiei

Traducere și adaptare a unui interviu pentru Medical News Today cu Dr. Leo Gurney, care lucrează la Spitalul pentru femei din Birmingham, Marea Britanie, despre experiența sa din timpul pandemiei.

La un an de la debutul acestei pandemii, care a reprezentat cea mai mare provocare a acestui secol pentru sistemul medical global și pentru spitale, personalul medical care îngrijește pacienții

infecțați, dar și cel care asigură diagnosticul și monitorizarea paraclinică a acestora, au făcut față unor adevărate teste de rezistență fizică și psihică.

Pentru a vedea cum au stat lucrurile în Marea Britanie, o țară în care s-au înregistrat peste 4.2 milioane de cazuri de COVID-19 de la debutul pandemiei și 146.487 morți, merită aflată perspectiva unui medic care a trecut exact prin această experiență. Un astfel de exemplu este interviul (pentru Medical News Today) cu Dr. Leo Gurney.

Dr. Gurney este medic specialist registrator senior (n.b. acest tip de medic din Republica Irlanda sau din Regatul Unit trece printr-o etapă de pregătire îndelungată într-un domeniu specializat din medicină pentru a deveni consultant sau medic generalist), iar discuția cu acesta s-a concentrat pe impactul pandemiei asupra personalului din domeniul medical, revenirea la viața de dinainte de debutul acesteia, vaccinare și curentul negaționist referitor la COVID-19.

O scurtă prezentare

Sunt medic specialist registrator senior la spitalul pentru femei din Birmingham și lucrez ca specialist în maternitate și în departamentele de medicină fetală.

Rolul meu implică îngrijirea prenatală a femeilor însărcinate și a copiilor lor, dar și îngrijirea din timpul travaliului și postnatal. De asemenea, efectuez scanări de specialitate pentru sarcinile care ar putea avea probleme, de exemplu copii care s-ar putea naște cu probleme congenitale sau genetice.

Cum s-a schimbat activitatea ta în ultimul an?

În multe feluri. Acum trebuie să purtăm tot timpul costum de protecție și măști chirurgicale. De asemenea, trebuie să folosim mănuși pentru orice interacțiune cu pacienții.

Toți pacienții primesc acum echipamente COVID-19 înainte de a putea intra în spital. Dacă o persoană care este pozitivă trebuie să vină

la noi - de exemplu, dacă o pacientă este în travaliu - atunci trebuie să purtăm echipament de protecție personală complet (EPP) și să luăm toate măsurile de precauție necesare pentru a ne asigura că noi și celelalte paciente suntem în siguranță.

Multe întâlniri cu pacienții pe care, de obicei, le făceam față în față sunt acum efectuate prin telefon, pentru a evita vizitele inutile la spital.

Dar cred că cea mai mare schimbare și cea mai dificilă pentru femei este că trebuie să vină singure la multe întâlniri prenatale și de rutină. Acest lucru este foarte stresant și provocator pentru ele. Cred că cu cât mai repede vor putea fi însoțite de parteneri pentru a le sprijini, cu atât mai bine.

Cum se compară valul recent cu primul val al pandemiei?

Este foarte asemănător. A existat un număr mare de femei care au venit spre spital cu COVID-19, inclusiv un număr de femei cu forme foarte grave. A trebuit să transferăm unele dintre aceste femei la terapie intensivă la spitalul Queen Elizabeth, care este alături de noi.

Testarea este acum mult mai bine organizată și mult mai disponibilă. În timpul primului val, noi nu am putut testa fiecare femeie care a venit la spital, așa că a trebuit să rezervăm testele pentru femeile cu simptome.

De data aceasta, putem testa fiecare femeie internată la spital, precum și pe partenerii lor. Avem o mulțime de cazuri de oameni care au rezultat pozitiv la teste, dar nu prezintă simptome, deci acum putem lua măsuri mult mai bune pentru a preveni răspândirea COVID-19.

Câți pacienți COVID-19 vedeți zilnic?

În secția de travaliu și în cea prenatală, avem în mod obișnuit în jur de 5-10 pacienți cu COVID-19 în fiecare zi (în perioadele de vârf). Cele mai multe dintre acestea sunt asimptomatice și doar câteva dintre femei sunt simptomatice sau au forme grave.

Trebuie spus însă că suntem un spital specializat pentru femei. Prin urmare, majoritatea persoanelor cu COVID-19 (bărbați și femei care nu sunt însărcinate) merg la spitalul Queen Elizabeth de alături.

Acesta este unul dintre cele mai mari spitale dedicate din Europa și au existat momente în timpul vârfurilor pandemiei în care a fost plin de pacienți bolnavi cu COVID-19. Practic, am văzut o mulțime de femei însărcinate care erau foarte grav bolnave. Și, din păcate, am văzut și unele femei însărcinate cu COVID fie în terapie intensivă, fie murind în timpul sarcinii sau imediat după naștere.

Este „doar o formă mai rea de gripă?”

Ca medic în Marea Britanie, am văzut multe sezoane proaste de gripă în ultimii 20 de ani. Nu există nimic comparabil între gripă și ceea ce se întâmplă acum. Numărul persoanelor care se simt extrem de rău sau care au murit din cauza COVID-19 depășește cu mult orice am văzut cu toții, de cel puțin trei generații.

Cea mai recentă comparație ar fi pandemia de gripă din 1918, care a afectat milioane de oameni din toată Europa și a ucis mai mulți oameni decât primul război mondial. În acea perioadă, multe societăți s-au „închis” pentru a încerca să țină în frâu pandemia și mulți oameni purtau măști pe față în public - inclusiv în Londra, Marea Britanie. Deci, multe dintre aceste lucruri care se întâmplă acum nu sunt unice.

La vârful celui de-al doilea val, pacienții cu COVID-19 reprezentau 20-30% din toată capacitatea de paturi a NHS (Serviciul Național de Sănătate din Marea Britanie). Chiar și în timpul sezoanelor cele mai proaste de gripă, numărul pacienților cu gripă ar putea reprezenta 1-2% din capacitatea NHS.

Vărul meu este medic cu experiență și lucrează în cadrul unei unități de terapie intensivă (ATI) din Londra. În timpul vârfului celui de-al doilea val, departamentul său trebuia să își dubleze capacitatea totală ATI la fiecare 24-48 de ore; aceasta a însemnat crearea a încă

10-20 de paturi din senin, doar într-un singur spital. El nu a văzut niciodată așa ceva și există povești similare din toată lumea.

Când vom putea reveni la normal?

Tuturor ne-ar plăcea să revenim la normal. Dar nu va avea sens să o facem până când nu vom fi în siguranță. În caz contrar, vor muri mulți alți oameni inutil sau va trebui să ne întoarcem la blocarea completă a tuturor activităților, adică exact de unde am plecat.

Acest lucru s-a mai întâmplat deja în Marea Britanie, așa că trebuie să învățăm din greșelile noastre. Nu va fi posibil să revenim la normal până când o mare parte a populației, în special din grupele vulnerabile, nu a fost vaccinată.

Este vital să nu renunțăm la toate precauțiile până când numărul cazurilor zilnice nu scade semnificativ - sub 1.000 în fiecare zi - astfel încât sistemul de monitorizare al NHS să aibă șansa de a funcționa cu succes.

De asemenea, cred că ar trebui să facem mult mai mult pentru a pune în carantină forțată toate persoanele care sosesc din străinătate (așa cum au reușit cu mare succes Noua Zeelandă, Australia și țările din Asia de Sud-Est), deoarece nu știm de unde va veni următoarea variantă de virus.

Cum v-a afectat pandemia?

A fost o perioadă de stres extrem și puternice emoții negative. Ne-am confruntat cu mulți pacienți cu forme grave de boală și cu provocările de a face față unei boli necunoscute. A trebuit să învățăm cum să gestionăm toate acestea din mers.

Din păcate, la spitalul meu, unii membri ai personalului, inclusiv un medic cu experiență și o moașă, au murit în timpul primului val. Aceasta a fost un șoc pentru toată lumea și ne-a afectat puternic. În ciuda acestui fapt, a existat și multă solidaritate și sentimentul că toată lumea luptă și este unită împotriva multiplelor provocări.

Membrii comunității medicale au împărtășit informații despre gestionarea COVID-19 și diferite manifestări ale bolii foarte rapid, online, ceea ce a ajutat enorm. Acest lucru demonstrează cum internetul poate fi o forță constructivă. Cred că toată lumea este, de asemenea, foarte mândră de modul în care comunitatea științifică și medicală s-a unit atât de repede pentru a produce vaccinuri în timp record.

V-ați vaccinat?

Am făcut-o și îndemn pe oricine citește aceste rânduri să-și facă vaccinul când i se oferă această șansă. Nu vă va face rău și nu putem visa să revenim la viața normală ca societate, până când nu vom avea toți acces la un vaccin.

Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent, Traducere și adaptare după interviul cu dr. Leo Gurney, medic implicat în lupta anti-COVID-19 la Spitalul pentru femei din Birmingham, Marea Britanie, publicat în Medical News Today, în 4 martie 2021.

Surse de documentare:

1. https://www.medicalnewstoday.com/articles/1-year-of-covid-19-a-doctors-perspective?utm_source=Sailthru%20Email&utm_medium=Email&utm_campaign=MNT%20Daily%20News&utm_content=2021-03-05&apid=32792208&rvid=beaf58282096d50d2dec1156befbe9a46ec8516b489641db27394c944714b7f8
2. <https://coronavirus.data.gov.uk/>



De ce folosim termenul "imunitate de turmă" – scurtă istorie

În timp ce multe țări din întreaga lume au recunoscut amploarea pandemiei COVID-19 în martie 2020, încă de la acel moment, unele păreau să mizeze pe imunitatea de turmă.

De exemplu, au existat voci precum cea a consilierului pentru pandemie Graham Medley din Marea Britanie care a declarat că obiectivul ar trebui să fie „să generăm ceea ce numim imunitate de turmă”,

ceea ce ar implica „o epidemie în masă”. Ideea a fost întâmpinată cu critici furioase, așa că oficialii britanici au retractat și negat că imunitatea de turmă a făcut vreodată parte din planul lor. Povestea imunității de turmă care a făcut parte din planul inițial al Suediei l-a determinat pe matematicianul Marcus Carlsson să obiecteze: „suntem păstoriți ca o turmă de oi spre dezastru”.

În august 2020, Organizația Mondială a Sănătății avertiza jurnaliștii, prin vocea lui Michael Ryan, că „nu suntem nicidecum aproape de nivelurile de imunitate necesare pentru a opri transmiterea acestei boli. Trebuie să ne concentrăm asupra a ceea ce putem face de fapt acum pentru a opri transmiterea și nu să trăim cu speranța că imunitatea de turmă este salvarea noastră”. Această declarație nu a pus capăt dezbaterii. La sfârșitul aceleiași luni, surse au dezvăluit că și Casa Albă părea să se gândească la o politică de tip imunitate de turmă. Oficialii au emis prompt o dezmințire pe această temă.

Dar care este, de fapt, problema și de ce imunitatea de turmă este un subiect incomod?

Desigur, problema nu este obținerea imunității, un concept cu care istoria este familiară încă din secolul 5 î.e.n. Pe atunci, Tucidide a scris despre indivizi care s-au recuperat de pe urma ciumei, care în acel moment făcea ravagii în Atena. Aceste persoane, care contractaseră deja boala, și-au revenit și au devenit „imuni”. Cu toate acestea, cea mai veche încercare recunoscută de a induce intenționat imunitatea la o boală infecțioasă a fost în secolul al X-lea în China, unde variola era endemică.

Chiar dacă sistemul imunitar al fiecăruia dintre noi este diferit, ca regulă generală, el devine mai puternic în timpul maturității, deoarece, până la acea vârstă, am fost expuși la mai mulți agenți patogeni și am dezvoltat mai multă imunitate. De aceea, adolescenții și adulții tind să se îmbolnăvească mai rar decât copiii.

Odată ce un anticorp a fost produs, o copie rămâne în corp, astfel încât dacă același antigen apare din nou, acesta poate fi tratat mai repede. De aceea, facem doar o dată unele boli, cum ar fi varicela, deoarece corpul are stocat deja un anticorp de varicelă, care e pregătit să distrugă antigenul data viitoare când mai apare. Aceasta se numește imunitate.

Practic, la oameni există trei tipuri de imunitate - înnăscută, adaptativă și pasivă.

Cu toții ne naștem cu un anumit nivel de imunitate față de invadatori. Sistemele imune umane, similar cu cele ale multor animale, vor ataca invadatorii străini încă din prima zi. Această *imunitate înnăscută* include barierele externe ale corpului nostru - prima linie de apărare împotriva agenților patogeni - precum pielea și membranele mucoase ale gâtului și intestinului. Acest răspuns este mai general și nespecific.

Imunitatea dobândită (adaptativă) este protecția împotriva agenților patogeni care se dezvoltă pe măsură ce trecem prin viață. Pe măsură ce suntem expuși bolilor sau ne vaccinăm, construim ca o "bibliotecă de anticorpi" împotriva diferiților agenți patogeni. Aceasta este uneori denumită memorie imunologică, deoarece sistemul nostru imunitar își amintește de dușmanii anteriori.

Imunitatea pasivă este „împrumutată” de la o altă sursă, dar nu durează la nesfârșit. De exemplu, un copil primește anticorpi de la mamă prin placentă înainte de naștere și în laptele matern după naștere. Această imunitate pasivă protejează bebelușul de unele infecții în primii ani de viață.

Vaccinarea introduce antigeni sau agenți patogeni slăbiți unei persoane în așa fel încât individul să nu se îmbolnăvească, dar totuși ca sistemul lui imunitar să producă anticorpi. Deoarece corpul salvează copii ale anticorpilor, este protejat dacă amenințarea reapare mai târziu în viață.

Dacă nu obținerea imunității e problema, atunci poate că limbajul des-

pre imunitatea de turmă este de fapt aspectul problematic. În timp ce toți înțelegem cu ușurință ce înseamnă, nivelul îmbolnăvirilor și al morților cerute de o astfel de abordare este cel care generează această reacție puternică. Animalele de turmă precum vacile, caprele sau oile sunt de obicei sacrificate pentru consumul uman. Puțini oameni vor să facă parte din acest gen de turmă.

Practic, conceptul vine din domeniul medicinei veterinare, fiind folosit pentru prima dată de medicul veterinar George Potter din Kansas. Conceptul lui Potter a ajuns în Marea Britanie în 1917 și 1920 în rezumate din *Veterinary Review* și *Scottish Agriculture*. Momentul era crucial. Pe uscat și pe mare, armatele și soldații se luptau, ca de altfel pe tot parcursul Primului Război Mondial, împotriva infecțiilor. Lumea medicală se zbătea să identifice și să trateze agenții patogeni și, de asemenea, să înțeleagă ecologia populațiilor lor. Cum au condus virulența patogenului și rezistența populației la creșterea și scăderea valurilor epidemice? În *The Lancet*, în iulie 1919, bacteriologul W. W. C. Topley a descris epidemiile experimentale pe care le-a creat în grupuri de șoareci. Cu excepția cazului în care a existat un aflux constant de șoareci sensibili, prevalența în creștere a indivizilor imuni avea să pună capăt unei epidemii. Într-un articol din 1923 din *Journal of Hygiene*, el și G. S. Wilson au descris acest fenomen drept „imunitatea turmei”.

Ideea și-a găsit utilitatea în medicină.

În 1922, Topley a sugerat o paralelă între focarele de șoareci și cele care-i implicau pe copiii de vârstă școlară. El s-a întrebat, de asemenea, dacă măsurile deja „la modă în tratarea epidemiilor în rândul animalelor, în care metodele de segregare sunt mult mai ușor de aplicat decât în rândul populațiilor umane”, ar putea furniza informații utile pentru deciziile cu privire la închiderea școlilor pe fondul epidemiilor.

Întrebarea lui Topley și-a găsit în curând ocazia de a fi testată. În 1923, Sheldon Dudley, profesor de patologie la Royal Naval Medical School,

a avut ocazia să studieze epidemiile de difterie de la Royal Hospital School din Greenwich. Școala a oferit condiții de laborator, cu un grup omogen de elevi de sex masculin, într-o formă fizică bună, care dormeau în cămine de 70 până la 126 de paturi.

Dudley a publicat rapoarte pentru Medical Research Council cu privire la difterie și scarlatină. El credea că analiza lui Topley despre „epidemiile experimentale în rândul comunităților de șoareci oferă mai multe asemănări izbitoare cu fenomenele observate la băieții de la școala Greenwich”. Într-un articol din The Lancet din 1924, Dudley a aplicat conceptul de „imunitate de turmă” oamenilor.

Primii cercetători ai subiectului nu s-au fixat niciodată pe o definiție clară. Dudley a preferat să se concentreze asupra *procentului dintr-o comunitate („turmă”) care dobândise rezistență prin expunerea naturală sau prin vaccinare*. Topley a elaborat un concept mai extins. Așa cum a explicat în Journal of the Royal Army Medical Corps în 1935, *imunitatea de turmă cuprindea nu doar distribuirea imunității, ci și factorii sociali care determinau expunerea acestora la vectorii care provocau boala*. De exemplu „turma engleză” - cei care trăiau în Anglia - avea imunitate de turmă la ciumă, malarie și tifos, deoarece nu mai trăia în strânsă asociere cu vectorii care provocau aceste boli.

Imunitatea de turmă a căpătat importanță, în anii 1950 și 1960, pe măsură ce noile vaccinuri ridicau întrebări cruciale pentru politica de sănătate publică. Ce parte dintr-o populație trebuia vaccinată pentru a controla sau eradica o boală? Ideea a revenit în forță după 1990, în timp ce oficialii din domeniul sănătății publice lucrau pentru a atinge niveluri suficiente ale acoperirii vaccinale pentru diferite boli. Dar expresia „imunitate de turmă” a continuat să provoace probleme etice pentru că sugera abordări în care oamenii sunt tratați ca animalele. Asocierea dintre animale și sacrificiu ar fi putut și ea contribui la obiecțiile din martie 2020 la politicile care ar fi cerut multor persoane să ajungă să se îmbolnăvească și, poate, să fie ucise de SARS-CoV-2 în căutarea imunității de turmă.

Expresia „imunitate de turmă”, însă, nu a dispărut. Publicul se con-

fruntă cu aceeași problemă în plină pandemie de COVID-19 în 2020 ca și Dudley cu difteria în anii 1920: dacă o infecție produsă prin inhalarea unor particule provenite din tuse, strănut, picături de salivă sau secreții nazale poate fi controlată, fără vaccin sau tratament, numai prin distanțare socială și igienă.

Studiile din iunie și iulie 2020 au pus la îndoială validitatea modelului bazat pe imunitatea de turmă obținută prin infectare: în ciuda lunilor de expunere, studiile privind nivelul de anticorpi au constatat o seroprevalență scăzută, mai mică de 10%, în orașele din Spania și Elveția. Cei care și-au exprimat opinia în revista medicală *The Lancet* au concluzionat că „în lumina acestor constatări, orice abordare care vizează obținerea imunității de turmă prin infecție naturală nu este doar lipsită de etică, ci și improbabilă”. În plus, scepticii au exprimat și alte îngrijorări, observând că alte coronavirusuri induc doar apărare tranzitorie prin anticorpi.

Cu toate acestea, apărătorii imunității de turmă au continuat să susțină viabilitatea teoriei. Unii susțin că anticorpii nu sunt esențiali, deoarece SARS-CoV-2 ar putea induce o imunitate durabilă a celulelor T. Alții speculează că, dacă cei mai sensibili membri ai unei comunități sunt infectați mai întâi, atunci imunitatea colectivă ar putea fi atinsă după expunerea a doar 20% din populație.

Salvarea evidentă este adusă de vaccinuri care pot asigura imunitatea colectivă. Aceasta poate asigura ieșirea din cercul vicios al carantinării și distanțării sociale care generează probleme sociale și economice greu de cuantificat. În lipsa acestor vaccinuri, mulți oameni ar fi trebuit să moară de COVID-19 înainte să se obțină imunitatea colectivă necesară stopării pandemiei.

Până când vaccinurile existente nu vor ajunge să facă ambele lucruri, **adică să protejeze persoanele care se vaccinează și să genereze imunitatea de turmă/colectivă**, societățile vor trebui să continue să încerce să controleze răspândirea virusului la nivel local prin măsuri de sănătate publică și acțiuni comunitare, pentru a proteja persoanele cele mai vulnerabile și pentru a sprijini sănătatea publică și

sistemele medicale.

De aceea, vaccinarea trebuie să rămână acțiunea de sănătate publică prioritară, singura care poate salva vieți.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-67362031924-3/fulltext>
2. <http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/pathophys/immunology/readings/ConciseHistoryImmunology.pdf>
3. https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-the-immune-system-watches-over-the-brain?utm_source=Sailthru%20Email&utm_medium=Email&utm_campaign=MNT%20Daily%20News&utm_content=2021-02-10&apid=32792208&rvid=beaf58282096d50d2dec1156befbe9a46ec8516b489641db27394c944714b7f8
4. Foto: Copyright © 2020 Medical Research Council/Special Report Series, No 195/London: HM Stationery Office/1934



Rolul încrederii publice în managementul pandemiilor

Eficacitatea intervențiilor de sănătate publică este dependentă de comportamentul populației.

Încrederea în autoritățile de sănătate publică și în informațiile pe care acestea le furnizează este esențială pentru adoptarea de către populație a măsurilor de prevenție ce urmăresc reducerea transmiterii COVID 19.

Într-adevăr, s-a constatat că măsura în care populația este dispusă să adopte măsurile de prevenție este mai mare când aceasta are încredere în instituțiile statului, inclusiv în cele din domeniul sănătății publice.

De exemplu, încrederea în autoritățile medicale a fost identificată drept un factor de prognozare a disponibilității de a fi vaccinat și s-a demonstrat că aceasta influențează percepțiile legate de eficacitatea măsurilor de protecție. Mai mult, încrederea în instituțiile statului s-a dovedit a fi asociată cu aderența la măsurile recomandate și cu intenția de a fi vaccinat indiferent de ce au făcut autoritățile pentru a gestiona riscul de infectare.

Având în vedere toate aceste elemente, încrederea publică este un concept fundamental pentru eforturile de sănătate publică ce urmăresc să mobilizeze rapid populația pentru a adopta comportamentele recomandate de auto-protecție, pentru a reduce răspândirea infectării și a proteja grupurile vulnerabile. Un element important care stă la baza construirii și menținerii încrederii publice este nevoia ca autoritățile de sănătate publică să fie văzute ca foruri experte ale căror intenții și acțiuni sunt subsumate interesului public.

În 2016, un grup de cercetători de la College of Nursing and Health Sciences, Flinders University, Adelaide, Australia, College of Medicine and Public Health, Flinders University, Adelaide, Australia, School of Public Health and Health Systems, University of Waterloo, Waterloo, Canada, au dezvoltat un model de menținere sau redobândire a încrederii publice în autoritățile de reglementare din domeniul siguranței alimentare în timpul și după incidentele de siguranță alimentară. Analiza efectuată de acest grup de cercetători a rezultat în identificarea a 10 strategii care pot fi folosite de către autoritățile de reglementare în siguranța alimentară, industria alimentară și mass media pentru a menține sau redobândi încrederea în sistemul alimentar. Aceste strategii includ: transparența; dezvoltarea de protocoale și proceduri; credibilitatea; pro activitatea; plasarea publicului pe primul loc; colaborarea cu celelalte părți interesate (stakehol-

ders); consecvența; educarea stakeholder-ilor și a publicului; întărirea reputației și îndeplinirea angajamentelor.

Aceste strategii au fost testate în faza a doua a cercetării, când participanții au fost rugați să le claseze în funcție de importanța lor în menținerea și redobândirea încrederii publice. Într-o cercetare ulterioară, aceste strategii au fost testate și cu membri ai publicului larg, care le-au clasat într-un mod foarte similar cu cel care a rezultat în etapa a doua a primului studiului, desfășurat cu stakeholder-i din sistemul alimentar.

Echipa de cercetare care a desfășurat studiul legat de încrederea publică în timpul incidentelor de siguranță alimentară consideră că conceptele fundamentale care stau la baza celor 10 strategii pot fi reaplicate și în gestionarea pandemiilor, după adaptarea lor la contextul de sănătate publică.

Dintre cele 10 strategii identificate, transparența a fost clasată ca fiind cea mai importantă strategie de menținere a încrederii publice, atât de către actorii principali, cât și de către public. În contextul de sănătate publică, transparența este înțeleasă ca furnizarea la timp de informații relevante despre nivelul de risc, comunicarea deschisă, la timp și onestă cu publicul, dovedirea afirmațiilor și asumarea răspunderii când ceva nu merge bine.

Toate aceste elemente sunt deosebit de importante când trebuie luate măsuri dificile (de exemplu, distanțarea fizică, închiderea afacerilor mici, amânarea procedurilor medicale non-esențiale), măsuri care cauzează controverse și răspunsuri emoționale puternice din partea publicului, ce pun sub semnul întrebării dacă se poate avea încredere în evaluarea riscului și strategiile de rezolvare a problemelor respective comunicate de guvern și autoritățile de sănătate publică.

În acest context, este important ca publicul să primească la timp informații corecte despre ce se știe despre boală într-un anumit moment și cum se așteaptă specialiștii ca aceasta să evolueze. Aceas-

tă informație este esențială pentru ca populația să înțeleagă nivelul riscului individual și pentru ca strategiile de sănătate publică să fie eficiente.

De exemplu, este foarte probabil ca nivelul de complianță cu măsurile de siguranță precum distanțarea socială să fie mai crescut dacă populația înțelege mecanismul științific care le fundamentează și orizontul de timp în care pot fi dezvoltate soluții mai holistice precum descoperirea unui vaccin și desfășurarea campaniei de vaccinare.

Dezvoltarea de protocoale și proceduri a fost considerată un alt element vital al strategiei de menținere a încrederii publicului și celorlalți actori. Această componentă implică și dezvoltarea de planuri de criză și monitorizarea continuă a riscului.

Globalizarea și, drept consecință directă a acesteia, dificultățile de a menține contagiunea în cadrul granițelor naționale făcuseră ca, de ceva vreme, organizațiile internaționale cu atribuții de sănătate publică, precum Centrul european de prevenire și control al bolilor (European Center for Disease Prevention and Control) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) să se preocupe de dezvoltarea unor planuri de gestionare a pandemiilor.

Aceste planuri includeau acțiuni pe care țările care s-au dovedit a gestiona cel mai bine pandemia COVID 19 le-au luat în timp util: restricții de circulație și carantinarea călătorilor; dezvoltarea de sisteme de monitorizare pentru testarea pe scară largă și depistarea rapidă a contactelor celor infectați; coordonare interguvernamentală; asistență publică pentru acoperirea costurilor medicale cauzate de virus; adoptarea strategiilor de sprijinire a serviciilor de sănătate; obținerea de echipament protectiv personal pentru profesioniștii din sistemul medical și medicamente și echipamente medicale necesare îngrijirii bolnavilor COVID 19; aderența personalului medical la practicile de control al infecției și managementul sistemelor informatice pentru a promova accesul rapid la informație în cadrul întregului sistem medical.

Credibilitatea ca strategie de menținere a încrederii publice a fost și ea clasată pe un loc important de către participanții la studiu și a fost asociată în principal cu independența experților medicali față de guvern, conferindu-le acestora autoritatea de tip epistemic. Scăderea încrederii în instituțiile publice favorizează proliferarea unor surse alternative de informare, ceea ce poate duce la apariția dezinformării. În Statele Unite ale Americii, de exemplu, modul în care postul de televiziune Fox News a prezentat știrile legate de pandemie a dus la respingerea de către publicul acestui canal a recomandărilor Centrului de Control al Bolilor din SUA (CDC).

O a patra strategie este pro activitatea. Ea este asociată cu revizuirea periodică și actualizarea recomandărilor de sănătate publică pe măsură ce apar noi dovezi științifice și cu comunicarea promptă a unor probleme nou apărute. Pro activitatea este strâns legată de transparența adusă de împărtășirea la timp a informațiilor legate de prognozele pe tema evoluției pandemiei și de dezvoltarea și actualizarea protocoalelor și procedurilor.

Totuși, adoptarea unei abordări pro active în timpul efortului de gestionare a pandemiei trebuie cântărită față de riscul de a apărea alarme false, care s-au dovedit a contribui la apariția scepticismului în rândurile publicului față de riscurile reale și la erodarea încrederii în guvern și autoritățile de sănătate publică.

Următoarea strategie considerată importantă în menținerea încrederii publicului în gestionarea pandemiei de către autorități este plasarea interesului public în centrul tuturor eforturilor. Încrederea publicului că acest lucru se întâmplă crește nivelul de aderență la măsurile de siguranță recomandate de autorități.

Educația diversilor actori implicați și a publicului a fost de asemenea identificată ca importantă pentru menținerea încrederii publice. Acest proces educativ are loc când sunt furnizate la timp informații corecte într-un format accesibil publicului. Lacunele de cunoștințe în domeniu și concepțiile greșite despre vaccinare și imunitatea colectivă sunt complicate și mai mult de existența unor surse alternative

de informație. Încrederea în informațiile incorecte și chiar în teoriile conspirației pot împiedica adoptarea de către o parte din public a măsurilor de siguranță. Aceste provocări pot fi adresate prin campanii țintite de marketing social.

Este de asemenea vital ca autoritățile să se asigure că identifică nevoile diverselor grupuri și că acestea primesc comunicare adaptată acestor nevoi. Diverși factori, inclusiv cei legați de starea de sănătate individuală, afectează modul în care indivizii și grupurile populaționale răspund comunicărilor de sănătate publică și cât de dispuși sau capabili sunt să pună în aplicare cerințele strategiilor de răspuns la riscuri. Astfel, identificarea nevoilor diverselor grupuri și a modurilor optime de a comunica cu aceste grupuri pentru a maximiza nivelul lor de complianță la mesajele de sănătate publică lansate de autorități este de importanță vitală.

Colaborarea cu actorii implicați este o altă strategie de creștere a nivelului de încredere publică. Mass media este un astfel de actor cheie în gestionarea pandemiei. Încrederea în mass media a fost asociată pozitiv cu disponibilitatea de a adopta măsurile de prevenție recomandate de autorități.

Medicii de familie și alți profesioniști din sistemul medical reprezintă alți actori cu care autoritățile care gestionează pandemia trebuie să coopereze deoarece o mare parte a publicului are încredere în informațiile primite de la aceste categorii de personal medical mai mult decât în cele primite prin campaniile de sănătate publică lansate de autorități.

Un management eficace al pandemiei a fost asociat și cu existența unor strategii de comunicare și a unei diviziuni clare a responsabilităților. Pot apărea multe probleme dacă și când actorii principali trimit mesaje contradictorii. Acest lucru s-a întâmplat, de exemplu, în Statele Unite ale Americii, mai ales în prima etapă a pandemiei COVID 19.

Schimbarea comportamentului populației pentru respectarea măsurilor de prevenție poate fi încercată prin metode coercitive, de exemplu

prin punerea accentului pe impunerea de amenzi celor ce nu respectă măsurile, dar și printr-o abordare care pune accentul pe conștiința noastră și responsabilitatea morală pe care o avem de a-i proteja pe cei mai vulnerabili decât noi.

În același timp, mulți specialiști în sănătate publică afirmă că abordarea numită de unii “absolutism COVID 19”, care constă în a le cere oamenilor să respecte toate regulile, tot timpul, și a te aștepta ca aceștia să o facă – poate fi periculoasă, cu efecte contra-productive pe termen mediu și lung. Și acest lucru deoarece suntem oameni, iar oamenii nu au o energie nelimitată în a respecta aceste precauții tot timpul. De aceea este important să îi ajutăm să le respecte pe acelea care pot face cea mai mare diferență, în circumstanțele în care contează cel mai mult să respecti regulile deoarece riscul e semnificativ.

De asemenea, după 12 luni de pandemie, este important și ca autoritățile să îi motiveze pe oameni nu numai cu avertismente legate de ce ar putea merge greșit. Oamenii au nevoie să vadă imaginea de ansamblu, cu toate elementele ei, atât cele negative, dar și cele pozitive. Au nevoie și de o altă sursă de motivație dincolo de frică.

Astfel, în sănătatea publică, nu numai optimismul nefondat poate fi cauza unor erori grave de gestionare a pandemiei, dar și pesimismul poate avea efecte dăunătoare serioase, devenind o problemă la fel de mare. Adevărurile dificile sunt uneori instrumente eficace de sănătate publică, dar la fel poate fi și optimismul. Optimismul îi poate ajuta pe oameni să reziste perioadelor dificile și să facă sacrificii, cu speranța că se apropie vremuri mai bune.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. The New York Times, 12 martie 2021, Hope as a public-health tool, autor: David Leonhardt

2. The New York Times, 12 feb 2021, Covid testing as exercise, autor: David Leonhardt
3. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00369/full>
4. Foto: Hotnews

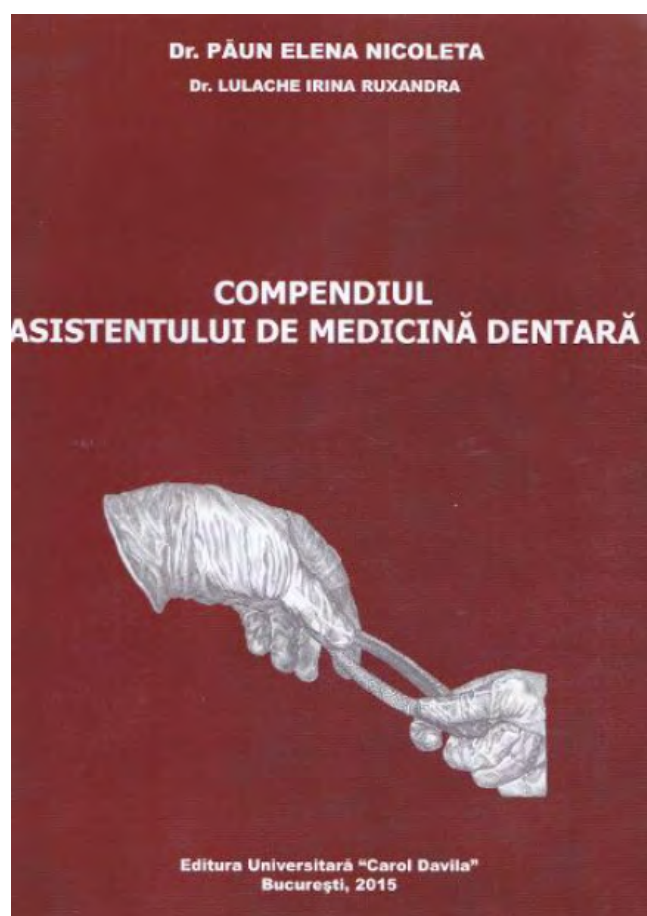
Compendiul asistentului de medicină dentară

Autori: Dr. Păun Elena Nicoleta și Dr. Lulache Irina Ruxandra,

Editura Cadmos, 2015

Lucrarea prezintă conceptele fundamentale ale muncii într-un cabinet stomatologic. Ea se constituie într-un ghid deosebit de util profesioniștilor din domeniu, în special asistenților medicali.

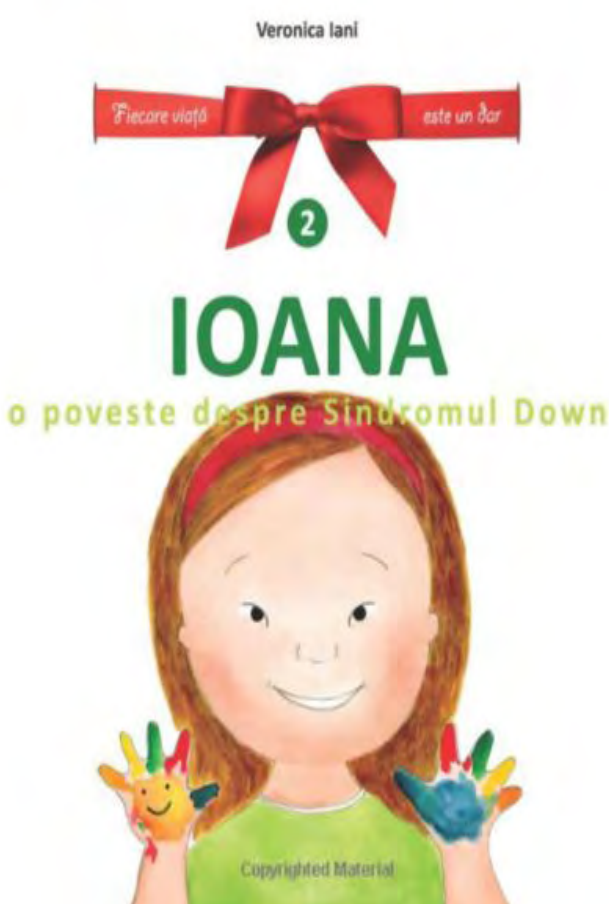
Astfel, sunt abordate, într-un mod dinamic și ușor de studiat, teme precum planificarea ședinței de tratament, instrumentarul necesar și elementele principale de organizare a întregului proces de îngrijire în acest domeniu.



Ioana. 0 poveste despre Sindromul Down

Autor: Veronica Iani,

Editura Life Learning Education, 2017



Colecția „Fiecare viață este un dar”, din care face parte și volumul de față, are drept temă fundamentală valoarea de neprețuit a fiecărei vieți umane.

Cartea abordează cu delicatețe și umor problematica copiilor cu sindromul Down, punând accentul pe una dintre calitățile lor principale - capacitatea specială de a iubi și de a le arăta celor din jur această iubire în mod plener.

Povestiri despre epidemii și vaccinuri

Autor: Alexandru Toma Pătrașcu,

Editura Humanitas, 2020

Lucrarea își propune să ne ajute să înțelegem cum funcționează și cum sunt produse și testate vaccinurile, cu scopul ultim de a ne proteja împotriva dezinformărilor și manipulării legate de această temă deosebit de importantă, dar și sensibilă, a perioadei actuale.

În acest scop, autorul, fondatorul și directorul Bucharest Science Festival, important eveniment de promovare a științei, ne propune o călătorie dintre ale cărei borne istorice notăm descoperirea bacteriilor și virusurilor, înțelegerea modului în care funcționează sistemul imunitar sau dezvoltarea diverselor vaccinuri.

