

Octombrie 2018

OCTOMBRIE,
LUNA DEDICATĂ
DEPISTĂRII
TIMPURI A
CANCERULUI DE
SÂN



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 octombrie	4
------------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Osteoporoza, o problemă serioasă de sănătate publică	7
--	---

EVENIMENT

Octombrie, luna dedicată depistării timpurii a cancerului de sân	12
Ziua internațională a persoanelor în vârstă – 1 octombrie	14
10 octombrie 2018 – Tinerii și sănătatea mentală într-o lume în schimbare	16
Ziua mondială a obezității - 11 octombrie 2018	18
Ziua mondială a sănătății vederii (World sight day) – 11 octombrie 2018	20
12 octombrie 2018, Ziua mondială dedicată artritei	23
Săptămâna internațională de prevenire a infecțiilor (14-20 octombrie)	26
Ziua mondială a spălatului pe mâini – 15 octombrie	29
Ziua mondială a osteoporozei – 20 octombrie 2018	31

INTERVIU

Interviu cu Amanda Andrews și Bernie St. Aubyn de la Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University	35
---	----

ISTORIE

Istoria domeniului sănătății la nivel mondial până la revoluția terapeutică	47
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Viitorul îngrijirilor paleative	57
---------------------------------	----

CĂRȚI MEDICALE

Protocole de diagnostic și tratament în pediatrie	62
Tehnici și manopere pentru asistenții medicali	63
Ghid Practic de Obstetrică și Ginecologie Oxford ed. 3	64

ECHIPA	65
---------------	----



Editorial de octombrie

Încă însuflețiți de ecourile Conferinței Naționale și ale celei de-a IV-a Conferințe Internaționale OAMGMAMR, vă aducem în atenție noi provocări profesionale.

Pentru că dorim să continuăm în direcția deschiderii internaționale atât de benefică profesiei noastre, pe care ați văzut-o și în timpul lucrărilor Conferinței, vă propunem în acest număr al revistei un interviu cu două colege de la Birmingham University. Ele ne împărtășesc din experiența proprie pe o temă de mare actualitate și

interes practic - planul de îngrijiri.

Rămânem conectați la actualitatea medicală din lume printr-o trecere în revistă a nouă evenimente mondiale relevante pentru domeniul sănătății, pe care le marcăm în luna octombrie, începând cu Luna mondială a cancerului de sân și până la Ziua mondială a osteoporozei, pe 20 octombrie.

În cadrul secțiunii *Istorie*, vă invităm la o călătorie în trecutul fascinant al domeniului sănătății și în prezentul dătător de speranțe al revoluției terapeutice. Aflăm, în finalul acestui prim episod pe această temă că paradigma biomedicală a prezentului a adus în medicină un model intervenționist, bazat pe boală și care se potrivește mai puțin cu afecțiuni cum ar fi obezitatea și astmul. Confruntată cu creșterea incidenței bolilor cronice, lumea medicală occidentală caută în continuare răspunsuri în dezvoltarea de medicamente, terapia genetică etc. Este, însă, posibil ca aceste răspunsuri să se găsească în altă parte, direcție pe care o veți cunoaște în numărul viitor.

Articolul de luna aceasta din cadrul secțiunii *Educație Medicală* este dedicat osteoporozei, care este deja o problemă de sănătate publică. Din fericire, specialiștii afirmă că, în viitor, portofoliul metodelor de tratament pentru prevenirea fracturilor osteoporotice se va îmbogăți în mod sigur. Câteva exemple: 1. substanțe osoase anabolice noi, precum anticorpi care să acționeze împotriva inhibitorilor endogeni ai formării osoase, 2. inhibitori noi ai resorbției osoase sau 3. noi strategii terapeutice bazate pe o înțelegere mai cuprinzătoare a pato-fiziologiei osteoporozei, care poate include terapii secvențiale cu 2 sau mai multe substanțe active, care să urmărească optimizarea capitalului osos format în timpul adolescenței și menținut în timpul maturității, atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ.

În secțiunea *Lumea medicală*, vă prezentăm o pledoarie pentru dezvoltarea domeniului îngrijirilor paleative. El trebuie să fie extins pentru a ținti și alte boli cronice în afară de cancer, cele cu o povară simptomatică majoră. Pentru a pregăti domeniul pentru pro-

vocările viitorului, mai multe bariere actuale trebuie depășite prin eforturi constante în formarea inițială și educația medicală continuă a profesioniștilor din sănătate, în cercetare, în dezvoltarea abordării bazate pe dovezi, în pregătirea de ghiduri și protocoale, în accesibilitatea medicamentelor necesare și înființarea de organisme naționale și internaționale pentru reglementarea domeniului, inclusiv din punct de vedere etic și al promovării lor ca drept fundamental al omului, dreptul de a avea o viață demnă și o moarte demnă.

Nu în ultimul rând, revista vă prezintă aparițiile editoriale recomandate luna aceasta - *Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie* de Mircea Nanulescu, *Tehnici și manopere pentru asistenții medicali* de Liliana Rogozea, Tatiana Oglindă și *Ghid Practic de Obstetrică și Ginecologie Oxford ed. 3* de Sally Collins, Sabaratnam Arulkumaran.

Vă dorim lectură plăcută și vă invităm să vă alăturați echipei noastre de autori, trimițându-ne materiale scrise de dumneavoastră, dar și sugestii despre temele pe care v-ați dori să le găsiți în revista care vă aparține.

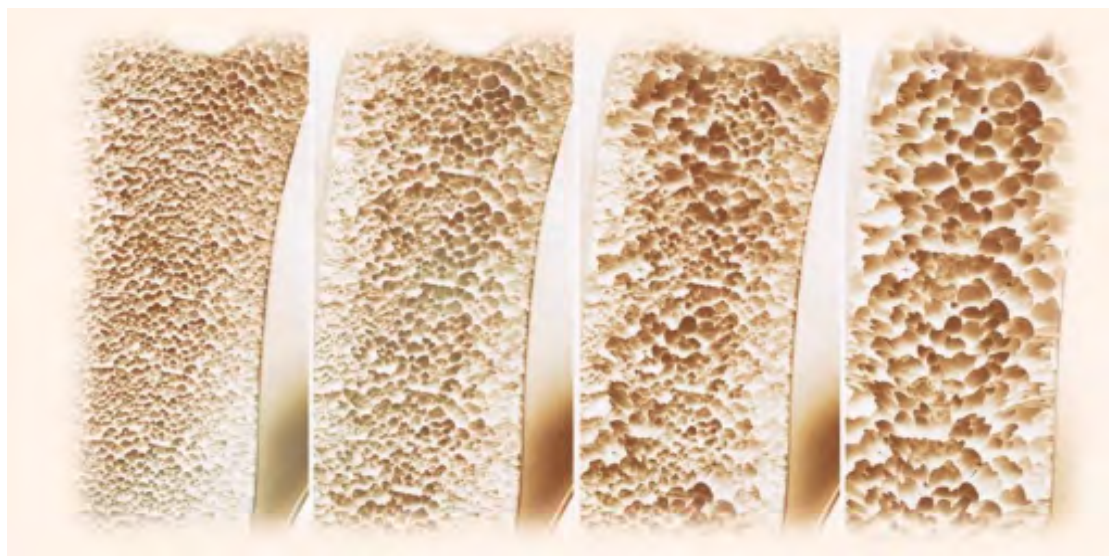
Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

Osteoporoza, o problemă serioasă de sănătate publică

Un sondaj al Fundației Internaționale de Osteoporoză, desfășurat în 11 țări, a arătat că există, în rândul femeilor aflate la postmenopauză, un grad înalt de neacceptare a riscului personal și de lipsă a dialogului cu medicul despre osteoporoză. Din păcate, accesul limitat la diagnostic și tratament înainte de prima fractură are consecințe grave, boala fiind mult mai greu de controlat.

Situația este la fel de gravă și în România, unde specialiștii estimează că prevalența acestei boli este de 20%-30% la femeile peste 50 de ani și de 6% la bărbați. Se estimează că peste 200 de milioane de persoane suferă de osteoporoză la nivel mondial – în SUA, nivelul este de circa 30% dintre femeile aflate la postmenopauză, la fel ca în Europa. Îmbătrânirea populației va fi responsabilă de o creștere majoră a incidenței acestei boli.

Osteoporoza este numită “boala tăcută” deoarece, de obicei, nu există simptome care să indice că oasele devin mai subțiri. Acest lucru face diagnosticarea dificilă deoarece pierderea densității osoase nu e observată până când nu survin fracturile.



Fracturile cauzate de osteoporoză apar, cel mai frecvent, în locuri precum încheietura mâinii, brațul superior, pelvisul, șoldul și coloana vertebrală și pot duce la dureri serioase, dizabilitate importantă și chiar la moarte. Cele mai multe dintre fracturile membrelor sunt vizibile, în schimb cele ale coloanei pot fi dificil de depistat, deoarece fie nu sunt însoțite de dureri, fie, dacă sunt dureri, ele sunt puse pe seama altor cauze, ale durerilor de spate.

Numai o treime dintre fracturile vertebrale ajung în atenția medicilor. Cele mai evidente semne ale fracturilor coloanei sunt: pierderea a mai mult de 3 cm în înălțime sau curbarea părții superioare a spatelui. Fracturile de șold, unele dintre cele mai serioase fracturi, ce pun viața pacienților în pericol, duc de multe ori la nevoia de asistență și la pierderea independenței fizice. Puțini dintre cei care supraviețuiesc acestor fracturi de șold (20-25% dintre cei care suferă o astfel de fractură mor în decurs de un an) își recapătă abilitatea funcțională de dinainte de fractură.

Pentru ca osteoporoza să fie diagnosticată înainte de apariția fracturilor, se recomandă testele de densitate a oaselor, în primul rând în cazul femeilor peste 65 de ani. Există două tipuri principale de teste:

1. DEXA – poate măsura densitatea coloanei vertebrale, a șoldurilor și a întregului corp. Acesta este considerat cel mai util și sigur test.

2. QCT (CT cantitativ) - măsoară, de obicei, coloana vertebrală. Se folosește în principal, pentru a determina dacă tratamentele pentru osteoporoză dau rezultate.

Femeile sunt mai predispuse apariției osteoporozei decât bărbații, deoarece schimbările hormonale care apar odată cu menopauza afectează în mod direct densitatea oaselor. Estrogenul este esențial pentru sănătatea oaselor. După menopauză, nivelul de estrogen scade semnificativ, ceea ce poate duce la scăderea rapidă a densității osoase.

Riscul de a dezvolta osteoporoză este și mai crescut pentru femeile care:

1. au o menopauză timpurie (înainte de vârsta de 45 de ani);
2. au suferit o histerectomie înainte de vârsta de 45 de ani, în special atunci când sunt extirpate și ovarele;
3. au dereglări hormonale, în primul rand hipertiroidismul, apoi tulburări precum Sindromul Cushing sau dereglări ale glandei pituitare;
4. au un istoric familial de osteoporoză;
5. au la activ o administrare îndelungată a corticosteroizilor (folosiți pe scară largă pentru afecțiuni precum artrita și astmul).

Bărbații suferă, de asemenea, de scăderea densității osoase, legat de scăderea nivelului testosteronului, apreciază specialiștii. Deoarece nivelul testosteronului scade mai gradual, masa osoasă rămâne adecvată până la o vârstă mult mai ridicată. În anumite cazuri, nivelul testosteronului poate scădea mai brusc, specialiștii afirmând că acest lucru se poate datora:

1. abuzului de alcool;
2. hipogonadismului.

Deoarece rezultatul clinic al osteoporozei este fractura osoasă, o atenție sporită se acordă acum pentru identificarea pacienților cu risc crescut de factură, mai degrabă decât pentru identificarea pacienților cu osteoporoză, așa cum este ea depistată numai prin



testarea densității osoase.

Există câteva opțiuni de tratament pentru a reduce pierderile osoase. Multe dintre aceste medicamente puternice pot, astfel, reduce rata fracturilor vertebrale sau nevertebrale cu până la 70% și chiar mai mult. Medicamentația este de două feluri principale: 1. care inhibă resorbția osoasă și 2. care stimulează formarea de țesut osos nou.

Și totuși, în rândul populației în vârstă din țările dezvoltate, se înregistrează încă mai multe fracturi care se produc decât fracturi care au fost prevenite, ceea ce subliniază nevoia pentru dezvoltarea de noi opțiuni, modele și strategii de tratament.

Decoperiri recente din domeniul biologiei osoase au condus la o înțelegere mai bună a funcționării celulelor osoase și a interacțiunii dintre osteoblaste, osteoclaste și osteocite la nivel molecular.

În viitor, portofoliul metodelor de tratament pentru prevenirea fracturilor osteoporotice se va îmbogăți în mod sigur, câteva exemple fiind: 1. substanțe osoase anabolice noi, precum anticorpi care să acționeze împotriva inhibitorilor endogeni ai formării osoase; 2. inhibitori noi ai resorbției osoase sau 3. noi strategii terapeutice bazate pe o înțelegere mai cuprinzătoare a patologiei care poate include terapii secvențiale cu 2 sau mai multe substanțe active,

care să urmărească optimizarea capitalului osos format în timpul adolescenței și menținut în timpul maturității, atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ.

Mirela Mustață, Redactor executiv eAsistent

Surse de documentare:

<https://www.nhs.uk/conditions/osteoporosis/causes/>

<https://www.osteoporosis.org.au/risk-factors>

<https://www.healthline.com/health/osteoporosis-risk-factors#risk-factors>

<https://www.endocrineweb.com/conditions/osteoporosis/risk-factors-osteoporosis>

<https://www.health24.com/Medical/Osteoporosis/Overview/What-are-the-risk-factors-for-osteoporosis-20130205>

<https://www.health24.com/Medical/Osteoporosis/Overview/Symptoms-of-osteoporosis-20140529>

<https://www.health24.com/Medical/Osteoporosis/Overview/How-is-osteoporosis-treated-20130205>

<https://www.medichub.ro/reviste/ginecologia-ro/osteoporoza-de-postmenopauza-in-romania-id-1091-cmsid-65>

<https://romanialibera.ro/societate/sanatate/cum-sa-previi-osteoporoza--boala-care-nu-doare-409491>

<https://www.iofbonehealth.org/epidemiology>

https://www.iofbonehealth.org/sites/default/files/PDFs/Audit%20Eastern%20Europe_Central%20Asia/Russian_Audit-Romania.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22815185>

<https://www.webmd.com/osteoporosis/guide/who-needs-bone-density-testing#1>

Octombrie, luna dedicată depistării timpurii a cancerului de sân

Cu 1,4 milioane de cazuri noi și 458 000 de decese pe an, cancerul de sân este, de departe, cel mai comun cancer care afectează femeile la nivel mondial, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare.

Duceți-vă la control, ar putea să vă salveze viața!

În țările în curs de dezvoltare și sub-dezvoltate, incidența cancerului de sân a crescut constant în ultimii ani, odată cu creșterea speranței de viață, a urbanizării și a adoptării unui stil de viață occidental. De asemenea, majoritatea deceselor cauzate de cancerul de sân sunt înregistrate în aceste țări, unde femeile sunt diagnosticate în stadiile avansate ale bolii, în primul rând din cauza lipsei de informare și educație legate de depistarea timpurie.

Luna dedicată creșterii conștientizării cu privire la cancerul de sân, marcată în țări din jurul lumii în fiecare an, în octombrie, ajută la creșterea atenției și sprijinului pentru depistare timpurie și tratament, precum și pentru îngrijirile paliative. Organizația Mondială



a Sănătății este, de asemenea, un promotor neobosit al acestor eforturi și încurajează guvernele naționale să dezvolte și implementeze programe cuprinzătoare de control al cancerului de sân.

În momentul de față, nu există o înțelegere completă a cauzelor cancerului de sân, astfel încât, depistarea timpurie este cu atât mai importantă pentru controlul eficace al cancerului de sân. Când este depistat timpuriu și dacă un tratament adecvat este disponibil, cancerul de sân poate fi vindecat.

Ziua internațională a persoanelor în vârstă – 1 octombrie

Pe 14 decembrie 1990, Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite a desemnat ziua de 1 octombrie drept Ziua internațională a persoanelor în vârstă, pentru a atrage atenția asupra nevoilor și provocărilor specifice pe care le au aceștia, într-o lume în care ponderea lor continuă să crească constant.

Aproape 700 de milioane de oameni au acum peste 60 de ani, dar numărul și ponderea acestui grup de vârstă va crește semnificativ până în 2050, atingând 2 miliarde sau 20% din populația lumii.

Nu există persoană în vârstă care să fie tipică – există o mare diversitate a capacităților și nevoilor de sănătate în cazul persoanelor în vârstă. Acestea sunt influențate major de evenimentele prin care au trecut în viață și de stilul lor de viață. Deși majoritatea persoanelor în vârstă se confruntă, mai devreme sau mai târziu, cu multiple probleme de sănătate, vârsta a treia nu implică, în mod neapărat, pierderea abilității funcționale și apariția dependenței.

Din contră, după cum subliniază și “Raportul despre îmbătrânire și sănătate” al Organizației Mondiale a Sănătății, persoanele în vâr-



stă pot juca un rol vital în societate, fie prin voluntariat, fie ajutându-și familia sau împărtășind din cunoștințele și experiențele de viață. Mesajul cheie al raportului este unul optimist: cu politicile, infrastructura și serviciile adecvate, îmbătrânirea populației poate fi văzută ca o oportunitate specială, atât pentru individ, cât și pentru societate.

Raportul accentuează și că îmbătrânirea sănătoasă înseamnă mai mult decât lipsa bolii. Pentru majoritatea celor în vârstă, menținerea abilității funcționale are cea mai mare importanță. Abordarea societală recomandată pentru gestionarea eficace a îmbătrânirii populației, care include obiectivul de a construi o societate prietenoasă cu persoanele în vârstă, implică o transformare a sistemului de sănătate dintr-unul bazat pe modele de tratare și vindecare a bolilor către un sistem care prioritizează furnizarea de îngrijiri integrate, centrate pe nevoile persoanelor în vârstă.

Deși această transformare va cere, în mod inevitabil, resurse, acestea pot fi considerate drept o investiție în viitorul societății: un viitor care le dă persoanelor în vârstă libertatea de a trăi vieți active, vieți pe care generațiile precedente nu ar fi putut să și le imagineze.

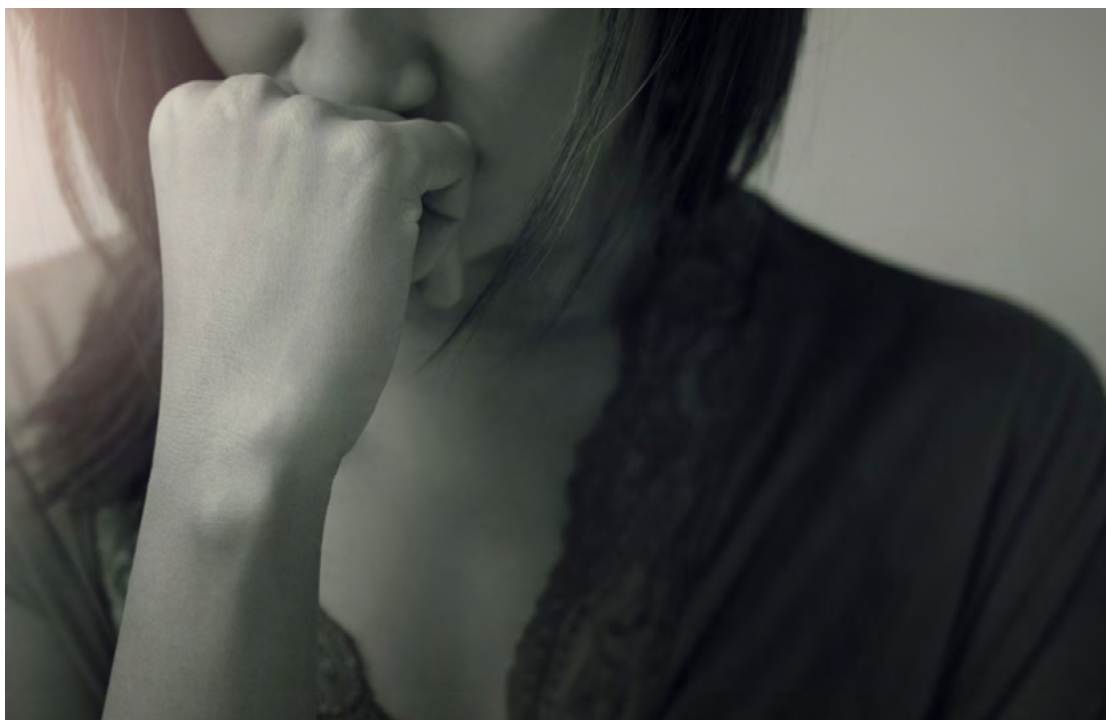
10 octombrie 2018 – Tinerii și sănătatea mentală într-o lume în schimbare

Stiți că jumătate din tulburările de sănătate mentală încep până la vârsta de 14 ani? Din păcate, majoritatea acestor cazuri sunt nedetectate și netratate. Știți și că, la nivel global, depresia este una dintre cauzele principale de boală și dizabilitate din rândul adolescenților?

Adolescența și primii ani ai maturității sunt o perioadă plină de schimbări importante, stres care își poate pune amprenta asupra echilibrului psiho-mental al tinerilor. În majoritatea cazurilor, aceste tulburări sunt temporare, însă, în cazul celor mai vulnerabili, sănătatea mentală le poate fi afectată permanent.

Unii dintre adolescenți pot dezvolta tulburări de sănătate mentală și prin dezvoltarea unei dependențe față de tehnologiile online. De asemenea, tinerii care trăiesc în zone afectate de crize umanitare – din cauza conflictelor armate, dezastrelor naturale, epidemiilor – sunt vulnerabili în mod special și supuși riscului de a dezvolta tulburări mentale.

Consecințele ne-depistării și ne-tratării acestor condiții de sănăta-



te mentală în timpul adolescenței afectează și perioada maturității, în planul sănătății fizice și mentale, limitând oportunitățile de a trăi o viață împlinită ca adult.

Tocmai de aceea, Ziua mondială a sănătății mentale, celebrată anual pe 10 octombrie, urmărește să aducă această temă în atenția opiniei publice pentru a o sensibiliza în direcția înțelegerii fenomenului și a modalităților de a-l controla eficace.

Programele de profilaxie a sănătății mentale în cazul adolescenților din grupurile de risc cer o abordare pe multiple paliere și cu vectori diverși de transmitere a mesajului – de exemplu, folosind mass media online și evenimente în contexte legate de asistența medicală și socială, în școli sau în comunitate.

Aceste programe urmăresc să îi ajute pe adolescenți să facă față mai bine situațiilor dificile sau adversităților.

Ziua mondială a obezității - 11 octombrie 2018

În 2022, în lume, numărul copiilor și adolescenților cu greutatea sub limita normală va fi mai mic decât al celor afectați de obezitate – un semnal de alarmă pentru Ziua mondială a obezității.

La nivel mondial, rata obezității în rândul copiilor și adolescenților a crescut de la mai puțin de 1% (sau 11 milioane) în 1975, la aproape 6% în rândul fetelor și 8% al băieților (sau 124 milioane, combinat) în 2016, de mai mult de 10 ori.

Dacă această tendință continuă, în 2022, în lume, numărul copiilor și adolescenților cu greutatea sub limita normală va fi mai mic decât al celor afectați de obezitate, conform unui studiu recent condus de Colegiul Imperial din Londra și Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Studiul a fost publicat în revista "The Lancet" și a analizat măsurătorile greutății și înălțimii pentru aproape 130 milioane de oameni cu vârsta de peste 5 ani, ceea ce a însemnat cel mai mare număr de participanți implicați vreodată într-un studiu epidemiologic.

Pentru Ziua mondială a obezității din 2018, marcată pe 11 octom-

brie, OMS și partenerii ei doresc să atragă atenția asupra prevalenței, severității și diversității stigmei pe care o resimt persoanele cu greutatea peste limitele normale. Stigma aceasta cuprinde acțiuni, în special împotriva celor afectați de obezitate, care pot duce la excluderea și marginalizarea acestor și la producerea de inechități – de exemplu, când oamenii afectați de obezitate nu primesc îngrijirile de sănătate de care au nevoie sau când sunt discriminați la locul de muncă sau în mediul școlar și academic, unii chiar și în mediul familial sau în cercul de prieteni.

Un studiu desfășurat într-o țară din vestul Europei a arătat că aproape 19% dintre oamenii afectați de obezitate au fost stigmatizați, într-un anumit moment sau altul. Pentru cei afectați de obezitate severă, nivelul a fost chiar mai crescut, de 38%. Statistici ale Rudd Center for Food Policy and Obesity indică următoarele lucruri: 1/ acei copii de vârstă școlară care suferă de obezitate au un risc cu 63% mai mare de a fi agresați fizic sau verbal la școală, 2/ 54% dintre adulții suferind de obezitate sunt stigmatizați de colegii de serviciu, iar 69% dintre aceștia sunt stigmatizați de lucrători din sistemul de sănătate.

Ce pot face profesioniștii din sănătate, pentru a combate această stigmatizare a celor care sunt afectați de obezitate? Îi putem implica pe reprezentanții lor în dezvoltarea unor programe și servicii de sănătate publică și îngrijiri primare adaptate nevoilor lor. Putem aplica abordări integrate de management al bolilor cronice și în cazul acestor pacienți. În plus, suntem chemați să fim sensibili și empatici în interacțiunea cu ei – să fim conștienți, de exemplu, că mulți dintre ei au încercat în mod repetat să piardă din greutate, că mulți au avut experiențe negative cu lucrători din sistemul de sănătate și că e important să lucrăm împreună cu ei pen-



tru stabilirea unor obiective realiste și sustenabile de schimbare a comportamentului lor.

Ziua mondială a sănătății vederii (World sight day) – 11 octombrie 2018

Este recunoscut faptul că, la nivel mondial, erorile de refracție necorectate și cataracta neoperată reprezintă primele două cauze ale afectării vederii. În plus, mai mult de 80% din toate tulburările vizuale pot fi prevenite sau vindecate. Pentru a corecta această statistică, se pot lua măsuri pentru sporirea accesului la servicii complete de îngrijire a ochilor, inclusiv la nivel comunitar.

Ziua mondială a vederii se celebrează anual în cea de-a doua zi de joi a lunii octombrie. Ea a devenit o oportunitate importantă de a promova planul global OMS de acțiune 2014-2019 privind sănătatea universală a ochiului. Scopul acestuia este să crească gradul de conștientizare a publicului cu privire la orbire și la tulburări de vedere, să influențeze guvernele să participe și să aloce fonduri pentru programele naționale de prevenire a orbirii și să educe publicul despre prevenirea orbirii.

Anul acesta, ziua mondială dedicată sănătății vederii atrage atenția asupra problemelor de îngrijire a ochilor, astfel încât toată lumea, peste tot, să aibă acces la o sănătate bună a ochilor. Iar primul lucru pe care fiecare dintre noi îl poate face este să-și planifice



examinarea anuală, pentru sine și pentru membrii familiei, în special pentru cei vulnerabili: tineri, copii de vârstă școlară, vârstnici, persoane cu diabet.

12 octombrie 2018, Ziua mondială dedicată artritei

Afecțiunile medicale musculo-scheletale sunt, de obicei, caracterizate de durere și limitări ale mobilității și abilității funcționale.

Cele mai comune și debilitante dintre acestea sunt osteo-artritele, durerile de spate și gât, fracturile asociate cu fragilitatea oaselor, traumele și condițiile inflamatorii sistemice precum artrita reumatoidă.

În România, cu artrită sunt diagnosticate aproape 200.000 de persoane.

Viața zilnică a persoanelor cu artrită este afectată în multe feluri. Mulți dintre ei suferă limitări fizice semnificative: 1 din 9 adulți raportează dificultăți în urcarea scărilor. Este mai puțin probabil ca ei să fie activi fizic, deși activitatea fizică este eficientă în a ameliora durerea și a îmbunătăți abilitatea funcțională.

Specialiștii estimează că tratamentul și pierderile aduse de neparticiparea acestor pacienți, în mod deplin, la viața socio-economică aduce costuri importante societății, acestea aflându-se pe locul



doi după cele asociate bolilor cardio-vasculare.

Cu ocazia Zilei Mondiale a artritei, marcată în 12 octombrie, în fiecare an începând cu 1996, Organizația Mondială a Sănătății și alte organizații relevante încearcă să crească nivelul de conștientizare și să transmită informații și să ofere sprijin pacienților afectați și îngrijitorilor lor.

Tema de anul acesta, “Nu mai întârzia, conectează-te azi”, inițiată de organizația EULAR, urmărește să sublinieze importanța diagnosticării timpurii a acestor afecțiuni și oferirii de tratament cât de repede.

Riscul de a dezvolta artrită sau, în general, condiții medicale musculo-scheletale este crescut de prezența altor afecțiuni cronice. De exemplu, 49% dintre adulții cu boli de inimă au artrită, în timp ce o treime dintre pacienții cu artrită prezintă și anxietate sau depresie. Alte condiții medicale precum diabetul, hipertensiunea arterială sau obezitate cresc riscul de artrită.

În același timp, condițiile musculo-scheletale au factori favorizanți comuni cu alte boli netransmisibile - este vorba despre lipsa activității fizice, obezitatea, fumatul și alimentația inadecvată. Ca urmare,

multe dintre aceste condiții medicale pot fi gestionate în sistemul de îngrijiri medicale primare printr-o combinație de intervenții fundamentale ne-farmaceutice, precum exercițiile fizice multimodale și psiho-terapia, cu intervențiile farmacologice.

Săptămâna internațională de prevenire a infecțiilor (14-20 octombrie)

Indiferent de rolul pe care-l jucăm - pacienți, membri ai familiei acestora sau personal medical – fiecare dintre noi are un rol important în păstrarea siguranței pacienților împotriva infecțiilor.

Cu alte cuvinte, dacă sunteți într-o unitate de asistență medicală sau în comunitate, există lucruri pe care, în calitate de profesioniști din domeniul sănătății, de pacienți sau de membri ai familiei acestora, le puteți face pentru a preveni infecțiile. Pentru aceasta, primul pas este să cunoașteți principiile de prevenire a infecțiilor.

Chiar și în țările cu sisteme de sănătate bine puse la punct cum ar fi SUA, când cineva intră într-un spital sau în alt mediu de îngrijire medicală pentru a primi îngrijiri, devine vulnerabil la infecții. Iar statistica pe acest subiect este crudă. De exemplu, în S.U.A., aproape 75.000 de persoane (aproximativ 1 din 25 de persoane) tratate în spitale mor în fiecare an cu aceste infecții - multe dintre ele putând fi prevenite prin practici adecvate de prevenire a infecțiilor.



Sursa foto: WHO/Tom Pietrasik

Este rolul personalului medical să îndemne pacienții sau familiile lor să conștientizeze ce pot face pentru a stopa lanțul de infecții în instituțiile de asistență medicală.

Astfel, cele mai importante 10 sfaturi pe care le primesc cei care intră într-o instituție de asistență medicală din SUA (pacienți sau aparținători care-i vizitează) sunt:

1. Fiți preocupat de modul în care sunteți îngrijit.
2. Spălați-vă pe mâini cât mai des.
3. Cereți explicații cu privire la practicile sigure de a face injecții.
4. Cereți să fie igienizată camera.
5. Cereți lămuriri cu privire la medicația administrată.
6. Întrebați dacă trebuie să faceți duș înainte de o intervenție chirurgicală.
7. Întrebați zilnic dacă mai este nevoie de cateter.

8. Cereți informații despre vaccinuri, pentru a vă menține sănătatea.
9. Recunoașteți modalitățile de prevenire a infecțiilor și aflați cât mai multe lucruri despre infecțiile asociate asistenței medicale.
10. Asigurați-vă că sunteți un bun vizitator într-o instituție medicală.

Ziua mondială a spălatului pe mâini – 15 octombrie

Statistica spune că, la nivel mondial, 30 000 de femei și 400 000 de bebeluși mor anual în urma infecțiilor, cum ar fi sepsisul puerperal, adesea cauzat de lipsa apei, de măsurile precare de salubritate și de practicile proaste de spălare a mâinilor.

Într-o epocă a rezistenței antimicrobiene, este esențial ca personalul medical să-și spele mâinile în momente cheie - înainte și după atingerea unui pacient, înainte de procedurile medicale și după expunerea la fluidele corporale.

Cu toate acestea, potrivit OMS, până la 70% dintre lucrătorii din domeniul sănătății nu aderă la practicile recomandate de igienă a mâinilor.

15 octombrie este o zi de advocacy la nivel global dedicată sensibilizării și înțelegerii importanței spălării mâinilor cu săpun - o modalitate eficientă și accesibilă de a preveni bolile și de a salva vieți.

Iar ziua de 15 octombrie 2018 este dedicată, în mod particular, legăturii dintre spălarea mâinilor și alimente. Tema "Mâini curate – o rețetă pentru sănătate" ne amintește că spălatul pe mâini este



parte a fiecărei mese. Principalele recomandări legate de acest subiect sunt:

1. Spălați-vă pe mâini cu săpun în momentele critice, în special înainte de a mânca, a găti sau a-i hrăni pe ceilalți.
2. Dezvoltați-vă un model corect de spălare a mâinilor și amintiți-le sau ajutați-i și pe ceilalți să se spele pe mâini înainte de masă.
3. Transformați spălatul pe mâini într-o tradiție a meselor în familie.
4. Stabiliți locații speciale pentru spălarea mâinilor în locuință, în comunitate, în școală, la locul de muncă, în instituțiile de asistență medicală.
5. Promovați comportamentul spălării corecte a mâinilor în cercetare, politici, programe și advocacy.

Ziua mondială a osteoporozei – 20 octombrie 2018

La nivel mondial, osteoporoza reprezintă o problemă tot mai serioasă, care nu respectă limite, iar, în întreaga lume, fracturile afectează una din trei femei și unul din cinci bărbați cu vârsta peste 50 de ani.

De la vârsta copilăriei până la maturitate, dieta și exercițiile fizice joacă un rol esențial în construirea și menținerea sănătății osoase a oamenilor, în fiecare etapă de viață.

Este important de reținut că alimentele pe care le consumăm pot afecta oasele. Dacă știți care sunt alimentele bogate în calciu, vitamina D și alte substanțe nutritive, care sunt importante pentru sănătatea oaselor și sănătatea generală și le aveți în alimentație, vă puteți menține sănătatea osoasă. Dacă consumați o dietă bine echilibrată, cu o cantitate optimă de lactate, pește și alte proteine slabe, fructe și legume, ar trebui să obțineți o suficientă cantitate de nutrienți de care aveți nevoie în fiecare zi. Eventualele carențe pot fi depășite luând multivitamine sau suplimente.

Merită să faceți aceste eforturi de echilibrare a dietei, alături de



exerciții fizice, pentru că osteoporoza este cauza ascunsă care stă la baza fracturilor dureroase, debilitante și care ne pun viața în pericol.

Nu trebuie uitat că cele mai frecvente fracturi osteoporotice sunt fracturile coloanei vertebrale, o cauză majoră a durerii, invalidității și pierderii calității vieții.

La fel, merită amintit că până la 70% din fracturile coloanei vertebrale rămân nediagnosticate, ceea ce lasă pacienții neprotejați împotriva riscului crescut de și mai multe fracturi.

Durerile de spate, pierderea înălțimii și spatele înclinat sunt toate semnele posibile ale unor fracturi ale coloanei vertebrale. În fiecare dintre aceste cazuri trebuie solicitată testarea și demarat tratamentul.

Un istoric familial de osteoporoză și fracturi osoase este un semn că și dumneavoastră puteți avea un risc mai mare, caz în care trebuie acționat.

Ziua mondială a osteoporozei constituie un bun prilej de a conștientiza toate aceste aspecte și de a încuraja personalul medical să promoveze subiectul către persoanele la risc.

Autor articole secțiunea Eveniment: Mirela Mustață, Redactor executiv eAsistent

Surse de documentare:

<https://www.awarenessdays.com/awareness-days-calendar/breast-cancer-awareness-month-2018/>

http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/en/

<https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage.html>

<http://www.helpageusa.org/support-us/news/its-the-25th-anniversary-of-the-international-day-of-older-persons/>

http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/en/

<https://www.obesityday.worldobesity.org/world-obesity-day-2018>

<http://www.who.int/life-course/news/events/2017-world-obesity-day/en/>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2017/weight-bias-and-obesity-stigma-considerations-for-the-who-european-region-2017>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/musculoskeletal/en/>

<https://www1.agerpres.ro/sanatate/2014/06/18/aproximativ-200-000-de-romani-sunt-diagnosticati-cu-diferite-tipuri-de-artrita-15-13-37>

<http://blog.arthritis.org/news/world-arthritis-day-2017/>

www.shutterstock.com

<https://www.iapb.org/advocacy/world-sight-day/world-sight-day-2018/>

http://www.who.int/blindness/world_sight_day/2017/en/

<http://www.who.int/infection-prevention/en/>

<http://professionals.site.apic.org>

<http://www.who.int/life-course/news/events/global-handwashing-day-2017/en/>

<https://globalhandwashing.org/global-handwashing-day-2018-clean-hands-a-recipe-for-health/>

<http://www.who.int/en/news-room/feature-stories/detail/forgetting-to-wash-your-hands-can-cost-lives>

<http://worldosteoporosisday.org/>

https://cdn.nof.org/wp-content/uploads/2016/04/Healthy-Bone-Brochure_FINAL.pdf

https://www.dcnnews.ro/20-octombrie--ziua-mondiala-a-osteoporozei_456840.html

Interviu cu Amanda Andrews și Bernie St. Aubyn de la Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University după prima zi a Atelierului de lucru „Procesul de îngrijire – Aplicarea în practică” pe tema Planului de îngrijire, care a fost organizat de OAMGMAMR Filiala București în perioada 9-10 octombrie 2018

Tema atelierului de lucru a fost Planul de îngrijire. Vorbiți, printre altele, despre o rețetă a succesului și despre etapele procesului. Spuneți-ne mai multe.

Da, astăzi am prezentat ceea ce folosim în Marea Britanie sub denumirea de proces de îngrijire. Acesta are cinci etape diferite. Ceea ce am început să facem astăzi este să identificăm procesul și să trecem prin toate etapele diferite ale acestuia, aducând și exemple. Planul de îngrijire este relevant într-un context, ca parte a unui proces; nu poți face un plan de îngrijire izolat de context.

Poți face un plan de îngrijire adecvat doar dacă mai întâi consulți pacientul și îi pui un diagnostic de îngrijire. Apoi aplici intervenția de îngrijire, după care, la final, evaluezi îngrijirile acordate. Deci, este important să urmezi aceste etape ale procesului de îngrijire.

Ce am vrut să obținem astăzi și ce vrem pentru mâine? Să ne asigurăm că toată lumea înțelege în mod adecvat acest proces. Totodată, dorim să alocăm timp participanților să lucreze împreună pentru a analiza procesul și pentru a crea planuri de îngrijire în cadrul unor studii de caz. La final vor lucra împreună pentru a realiza cea mai potrivită formă pentru a fi furnizată ca model unităților medicale.

Ne-am dorit să parcurgem împreună acest proces pentru ca toată lumea să îl înțeleagă. Astăzi, în prima zi, am vrut să-l analizăm și să explicăm cele cinci etape: 1. Evaluarea pacientului. 2. Elaborarea diagnosticului de îngrijire luând în considerare problemele cu care se poate confrunta asistentul medical. 3. Scrierea planului de îngrijire. 4. Implementarea planului de îngrijire. 5. Evaluarea planului de îngrijire. După cum vedeți, pacientul este întotdeauna în centrul planului de îngrijire.

Deci, în primul rând, asistentul medical trebuie să realizeze evaluarea pacientului. Astăzi în cadrul atelierului de lucru am furnizat participanților un scenariu al unui pacient care a suferit un atac de cord și le-am solicitat să se gândească la ce s-a întâmplat cu pacientul, ca parte a procesului de evaluare. Am vrut ca toate informațiile să fie clare și să fie identificate problemele de îngrijire ale pacientului.

Apoi am prezentat diverse tipuri de instrumente și documente utile pentru stabilirea diagnosticului de îngrijire. Preocuparea asistentului medical nu trebuie să fie problema medicală (atacul de cord). Am vrut ca participanții să înțeleagă că există o diferență distinctă între problema medicală și problema de îngrijire. Și participanții au înțeles. Când am fost aici ultima dată, nu păreau a fi înțeles atât de bine diferența dintre ce ar trebui să facă un asistent medical și ce ar trebui să facă un medic. Asistenții medicali nu trebuie să lucre-



ze doar pentru medici, ei trebuie să lucreze ca asistenți medicali. Acesta este un rol diferit pe care trebuie să îl îndeplinească și care necesită cunoștințe diferite. Procesul de îngrijire îți dă acel cadru în care să fii asistent medical este diferit de a fi doar asistentul medicului.

Ca asistent medical, ei trebuie să pună propriile diagnostice de îngrijire, aspecte pe care doar un asistent medical le poate îndeplini.

Pornind de la aceste probleme, poți scrie un plan de îngrijire. Iar aceasta este ceea ce au început să facă participanții în această după amiază. Și a mers destul de bine. Au prezentat cu încredere Planurile de îngrijire elaborate, apoi au discutat despre procesul de elaborare și dificultățile întâmpinate. Le-am solicitat să reflecteze și să noteze impresiile din prima zi a acestui atelier. Astfel, mâine vom putea să recapitulăm și să verificăm împreună înțelegerea procesului de elaborare a Planului de îngrijire. Abia în acel moment vor fi gata pentru a parcurge restul etapelor procesului de îngrijire.

Au înțeles participanții acestui atelier de lucru care este rolul asistentului medical în cadrul echipei medicale?

Da, a existat mai puțină rezistență în a înțelege acest lucru. Cred că mentalitatea echipei în timpul atelierului din iunie era, mai degrabă, înclinată spre rolul de „mână dreaptă” a medicului. Astăzi, echipa a înțeles rolul real al asistentului medical. Cred că introducerea D-nei Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR Filiala București, a clarificat acest aspect. În iunie, participanții au simțit că vorbim despre ceva ce nu pot face sau nu trebuie să facă, adică să fie asistenți medicali, nu asistenți ai medicilor. Acum au înțeles că trebuie să fie asistenți medicali. Aceasta este o mare schimbare de mentalitate. De fapt, pentru a pune lucrurile în context, au realizat că va fi nevoie ca ei să fie asistenți medicali; acest lucru se va întâmpla cu siguranță deoarece nu există altă variantă. Aceasta este direcția în care se îndreaptă profesia noastră, trebuie să ne ridicăm la înălțimea standardelor noastre profesionale, ale așteptărilor naționale. Discursul Dnei Președinte Carmen Mazilu i-a ajutat pe participanți să înțeleagă această evoluție, un aspect important fiind mențiunea că “nu vrem să fim cu 100 de ani în urmă”!

Există provocări în Marea Britanie în acest sens - asistent medical versus asistent al medicului?

Mai există și provocări, dar asistenții medicali nu le mai iau în con-

siderare prea mult, tind să le ignore și să-și croiască singuri drumul. Avem asistenți medicali cu practică specializată, asistenți medicali cu practică avansată care lucrează în colaborare cu medicii. Și foarte des pacienții vin să fie consultați de către asistenți medicali specializați. Există în mod sigur o varietate mare de feluri în care poți să fii asistent medical în Marea Britanie, precum și o evoluție spre specializare, în timp, căci lucrurile acestea cer timp. Dar, acum este ca și când ar fi două profesii, a doua fiind o profesie în care se crează roluri speciale. Asistenții medicali își pot conduce propria practică, pot face manevre chirurgicale, pot fi asistenți medicali cu practică avansată. Din ce în ce mai mulți medici realizează că există asistenți medicali care sunt la fel de bine educați și la fel de competenți precum sunt ei.

Această evoluție a luat ceva timp, a început în anul 2000, așa că durează de aproximativ 20 de ani. Asistența medicală s-a schimbat de la fi predată în colegii la a fi predată în universități, ceea ce plasează educația asistenților medicali pe același nivel cu cea a medicilor, care au fost pregătiți tot timpul în universități. Educația medicului va continua să fie diferită de cea a asistentului medical, însă mediul în care se predă este acum același, cu aceleași rigori, așa că profesia noastră a dobândit mai multă “credibilitate”.

Sunt două profesii diferite – medicii fac un lucru, noi facem lucruri diferite, pornind de la un set de cunoștințe diferite. Acum avem și cercetare în îngrijiri de sănătate, fiind din ce în ce mai mulți asistenți medicali care fac cercetare. Înainte, medicii și oamenii de știință făceau cercetare, acum fac și asistenții medicali. Și, aparent, acest lucru este parte din definiția unei profesii, existența unui set distinct de cunoștințe construit pe cercetare. Până acum împărțeam același set de cunoștințe cu medicii, acum avem propriul set de cunoștințe, separat.

Medicii sprijină această transformare?

Noi așa credem. Gândiți-vă la acest lucru – acum, asistenții medi-



cali pot prescrie medicamente. Există încă medici care nu vor ca acest lucru să se întâmple, dar se întâmplă, iar acest lucru face ca modelul cultural să se schimbe.

Este un lucru bun, ajută la progresul profesiei. Același lucru este valabil și pentru cercetarea în domeniul îngrijirilor medicale desfășurate de asistenți medicali care și-au schimbat cariera dintr-una a îngrijirii pacienților către cercetarea științifică.

Facilitează politicile de sănătate din Marea Britanie această transformare?

Da. Organismele noastre educaționale relevante sunt "Health Education England", "Health Education Scotland", etc. Ca parte a documentației lor avem toate politicile și documentele care sunt relevante, care sprijină profesiile din sănătate. Pentru profesia noastră, a asistenților medicali, avem un "Cod de Nursing", similar cu cel românesc "Cod de etică și deontologie profesională al asistentului medical", care vorbește despre misiunea și obiectivele noastre, ca, de exemplu, practica bazată pe dovezi, promovarea cercetării. Toate standardele acestui Cod ne încurajează să ne dezvoltăm în această direcție.

De ce credeți că este atât de importantă comunicarea cu pacientul, inclusiv comunicarea non-verbală? Este important ca asistenții medicali să învețe să observe și interpreteze anumite semne – mirosul, faciesul, etc?

Într-adevăr, comunicarea non-verbală este deosebit de semnificativă. Poți să intri într-o cameră și să afli ceva doar din postura corporală a pacientului, din modul în care interacționăm cu el. Așa încât asistenții medicali trebuie să știe să observe și să interpreteze aceste semne, dacă pacienții au o anumită culoare a feței, etc. Sau dacă le pui o întrebare și ei răspund “este în regulă”, dar celelalte reacții ale lor îi contrazic. Toate indiciile non-verbale sunt foarte importante deoarece ele îți spun cu adevărat care este starea pacientului.

Asistenții medicali trebuie să fie capabili să interpreteze toate indiciile verbale și non-verbale ale pacienților. Și încrederea este deosebit de importantă în relația cu pacientul. Ea vine cu timpul și începe de la ce spui și, de asemenea, de la limbajul non-verbal. Cred că subconștientul nostru reacționează prima dată, prin partea non-verbală, și numai după aceea urmează și partea verbală, astfel încât este foarte important ca cele două să fie congruente. Asistenții medicali trebuie să fie conștienți de aceste lucruri și trebuie să



fie capabili să interpreteze comunicarea non-verbală a pacienților. Trebuie să-și folosească gândirea critică.

În Marea Britanie aveți cursuri specifice de comunicare, inclusiv pentru limbajul non-verbal, dedicate asistenților medicali?

Da, cuprindem aceste aspecte în cursurile noastre de comunicare. Facem jocuri de rol, simulări și pe tema limbajului non-verbal. Cei care predau ne spun cum îi facem să se simtă în timpul acestor simulări. Asistenții medicali de la noi sunt foarte interesați să participe la aceste cursuri cu jocuri de rol și simulări.

La aceste cursuri, asistenții medicali învață nu numai cum să interpreteze comunicarea, ci și cum să o inițieze și cum să stabilească un raport cu pacientul. Au șansa să-și practice aceste abilități prin simulări ale unor scenarii diverse, unii cu ceilalți, iar apoi împărtășesc cu ceilalți cum s-au simțit. Învățarea prin simulare se reține bine. Comunicarea este, deci, foarte importantă și este predată în cursuri la universitate.

Ce ne puteți spune despre comunicarea din cadrul echipei medicale, asistent medical-asistent medical și asistent medical-medic? Ce rol are planul de îngrijire pentru comunicarea din cadrul echipei medicale?

Da, bineînțeles că are un rol. Planul de îngrijire este o formă de comunicare scrisă în cadrul echipei. După ce fac evaluarea și pregătesc planul de îngrijire, încep implementarea. Apoi, a doua zi, colega sau colegul meu va veni la muncă, va citi planul de îngrijire și va ști ce se întâmplă. Este o formă de înregistrare, în același timp. Dacă colega mea mi-a spus ceva acum două ore, pot să uit, dar, dacă este scris acolo, pot să mă duc să verific. Acest lucru îmbunătățește comunicarea în cadrul echipei.

Putem spune că planul de îngrijire este o listă de control (checklist),

care include și comentarii personale?

Este mai mult decât o listă de control. Trebuie să fie sub formă de instrucțiuni astfel încât asistenții medicali să înțeleagă. Este o listă de instrucțiuni punctuale, în ordine logică, care îmi spun ce trebuie să fac ca să ating obiectivul important stabilit. Fiecare asistent medical care îngrijește un anumit pacient într-o zi citește planul de îngrijire, urmează instrucțiunile de acolo și apoi trece în planul de îngrijire pașii pe care i-a făcut. În felul acesta, dacă se schimbă ceva sau dacă se îmbunătățește ceva în starea pacientului (aceste aspecte se determină în urma evaluării), asistenții medicali vor ști, astfel încât să poată schimba planul de îngrijire în mod corespunzător.

Îi ajută planul de îngrijire pe asistenții medicali să își realizeze sarcinile mai ușor?

Da, fiindcă este o listă de instrucțiuni. Acestea îi ajută să ofere îngrijirile necesare pacienților. Este o comunicare scrisă, este un exemplu de bună practică. Și dacă ceva nu merge bine și pacientul îl dă în judecată, are dovezi legate de pașii pe care i-a urmat, astfel încât





să se poată apăra.

Astfel, planul de îngrijire servește pentru trei scopuri: 1. comunica-rea cu colegii; 2. arată ce trebuie să facă asistentul medical conform recomandărilor de bune practici și a practicilor bazate pe dovezi din literatura științifică de specialitate; 3. înregistrarea îngrijirilor oferite, dovadă că acestea s-au realizat.

Am pus această întrebare fiindcă în România există o preocupa-re că acest plan de îngrijire va crește numărul responsabilităților și sarcinilor, deci va crește volumul de muncă al asistenților me-dicali.

Da, la început asistenții medicali vor crede că le va suplimenta volu-mul de muncă, deoarece le va lua mult timp să le scrie. Dar, pe ter-men lung, după ce planul e creat, fiecare asistent medical care în-grijește un pacient, după ce face evaluarea inițială, va putea urma acest plan și apoi îl va putea evalua. Așa încât, de fapt, planul de îngrijire le va economisi timp pentru că vor ști exact ce au de fă-cut pentru pacient pentru că altcineva a creat planul. Deci, pe ter-

men lung, acest plan ne va face munca mai eficientă tuturor. Dar, într-adevăr, pentru început, când inițiezi folosirea lui, poate lua mai mult timp și poate fi o sarcină în plus.

Și, de asemenea, ajută la evitarea greșelilor, îmbunătățește calitatea și siguranța îngrijirilor acordate pacienților și există cercetări care demonstrează aceste beneficii.

Ce impresie v-au făcut colegii care au participat astăzi? Și ce părere aveți despre această profesie în România?

Cred că acum realizează că au o profesie specială și sunt mai mândri de profesia lor. Par mai încrezători în propriile forțe, încrezători că pot schimba lucrurile. Au înțeles conceptul procesului de îngrijire și al planului de îngrijire și vor ști să îl aplice și să îl adapteze la locurile lor de muncă.

Îi văd realizând că progresează profesional, transformarea este deja pornită. Carmen și colegii ei contribuie la evoluția acestei profesii în România, o îndreaptă în direcția bună. Acesta este un proces care durează, e adevărat, dar toți dau dovadă de o încredere crescută și sunt mai puțin rezistenți decât în iunie. La început, reacția lor atunci când le-am spus despre asistenții medicali din Marea Britanie care prescriu medicamente a fost una de rezistență și neîncredere. Dar, acceptarea acestui lucru a început să vină. Dacă ai gradul adecvat de autonomie, dacă ai fost pregătit corespunzător, nu ți se va părea ca și când ai lansa o rachetă pe orbită.

Va veni și aici acel moment, căci asistenții medicali cresc profesional și sunt din ce în ce mai bine pregătiți. Iar, până atunci, este clar că se îndreaptă în direcția bună, iar echipa de azi este foarte bună. Sunt foarte bine pregătiți profesional, doar că, până acum, nu au primit gradul de autonomie de care au nevoie. Iar când vor primi această autonomie, își vor acorda permisiunea să treacă la următorul nivel al profesiei și vor face o treabă mult mai bună.

Acum, față de iunie, au participat cu mai multă încredere, au lucrat

împreună, fiecare dintre ei a înțeles acest proces de îngrijire și au fost foarte mândri să stea în fața colegilor și să prezinte rezultatele muncii în echipă. Am fost încântate să constatăm evoluția grupului de lucru față de întâlnirea din luna iunie.

Echipa de conducere este foarte bună și acesta este un element foarte important. Carmen și echipa sa știu unde vor să meargă și cum să ajungă acolo. Își doresc ce este cel mai bine pentru profesie și acest lucru se vede în fiecare acțiune. În plus, aceștia reușesc să își mobilizeze colegii pentru a-i urma pe acest drum de dezvoltare a profesiei de asistent medical și moașă.

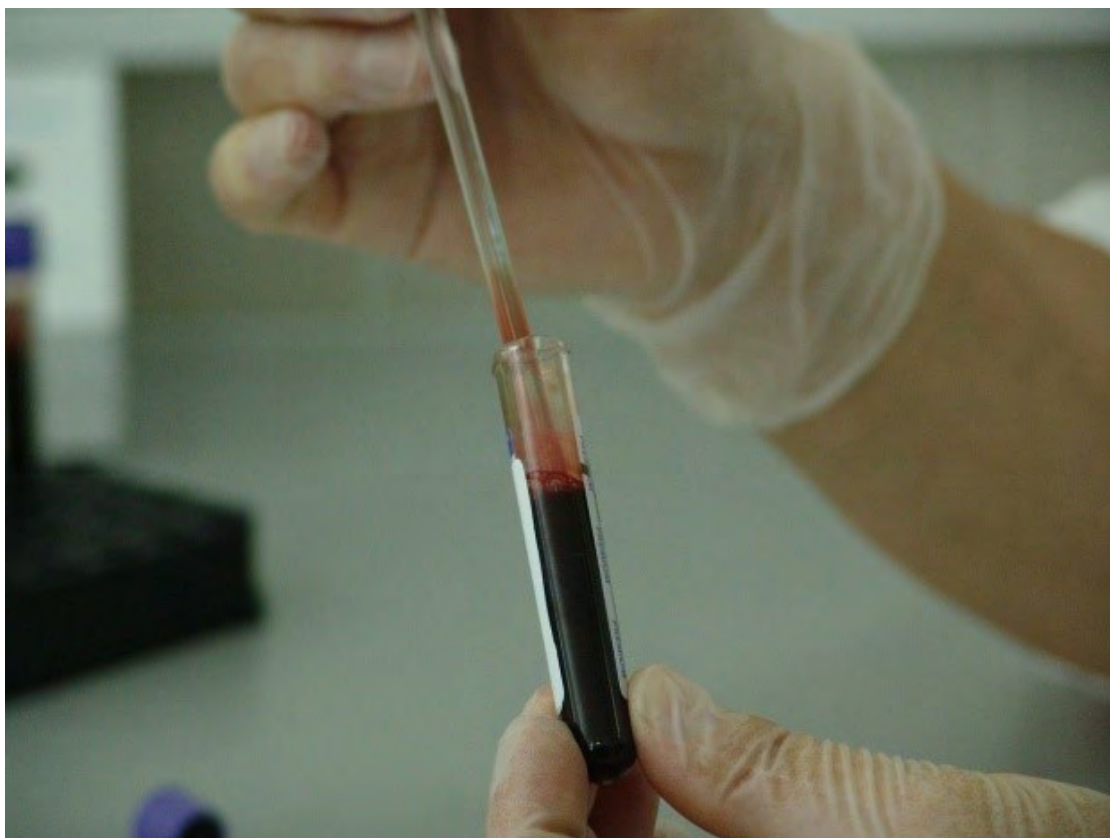
A consemnat Mirela Mustață, Redactor executive E-Asistent

Istoria domeniului sănătății la nivel mondial până la revoluția terapeutică

Așa cum indica un articol din Washington Post din urmă cu 10 ani, cursurile de epidemiologie, sănătate publică și sănătate la nivel mondial sunt din ce în ce mai atrăgătoare pentru noile generații și mai cerute în universități. Explicația autorilor era simplă: pentru noua generație, așa zisa "generație globală", subiectul sănătății publice la nivel mondial și al maladiilor cu arie mare de extindere este unul extrem de captivant.

Pe de altă parte, singura noutate în acel articol este interesul în creștere al studenților pentru problematica sănătății globale. Atât principiile de bază ale dezbaterii, cât și majoritatea eforturilor și strategiilor folosite, dar și problemele legate de sănătatea globală sunt cele vechi, iar multe dintre instituțiile care se confruntă cu aceste provocări sunt birourile mature. Până și identificarea și prioritizarea problemelor globale de sănătate - ceea ce istoricii științei au numit „alegerea problemelor” - depind de forțele sociale și politice cu rădăcini în secolul al XIX-lea.

Cu alte cuvinte, sănătatea globală de astăzi este o colecție de probleme, instituții, oameni, inițiative și boli care au rădăcini în trecut.



Forțele și evenimentele istorice, de la colonialism până la apariția penicilinei, au determinat starea actuală a sănătății globale. De aceea, înțelegerea istoriei sănătății globale ne poate ajuta să răspundem provocărilor de sănătate de astăzi. Deși majoritatea lucrătorilor medicali la nivel global nu sunt istorici, toți ar trebui să recunoască importanța factorilor istorici în problemele de sănătate contemporane, într-o lume din ce în ce mai interconectată.

Pentru a înțelege consecințele intenționate și neintenționate declanșate de intervențiile de sănătate globale, trebuie să examinăm experiențele din trecut. Pentru aceasta este interesantă evoluția istorică a eforturilor globale în materie de sănătate, de la concepțiile coloniale privind sănătatea publică, la revoluția terapeutică, la campaniile de eradicare, etc.

Medicina colonială – concepțiile coloniale despre sănătate

Colonizarea de către europeni a avut efecte directe asupra sănătății populațiilor indigene și a coloniștilor prin transferul de noi boli,

mecanisme de asuprire și prin procesul de urbanizare. „Sănătatea globală” de astăzi este rezultatul sănătății internaționale, care, la rândul ei, este produsul întreprinderilor coloniale. Impactul negativ al colonialismului asupra sănătății publice are trei componente: în primul rând, introducerea de boli aduse de coloniști; în al doilea rând, facilitarea răspândirii rapide a bolilor; și în al treilea rând, extragerea bogăției care a împiedicat populațiile indigene să „se dezvolte” în afara ciclului sărăciei și al bolilor.

Cele două transformări principale care au dus la apariția unor boli epidemice, pe măsură ce populațiile umane s-au dezvoltat de-a lungul secolelor, au fost creșterea orașelor și creșterea proximității dintre om și animale. Aceste evoluții nu au avut loc uniform în toate civilizațiile umane, motiv pentru care nici prevalența bolilor nu a fost similară. Astfel, când civilizațiile s-au întâlnit una cu alta, bolile au fost schimbate între populații care nu aveau expunere sau imunitate anterioară. Epidemia de variolă din America este un exemplu perfect de dezastru de sănătate publică cauzat direct de sosirea coloniștilor, iar introducerea malariei în America de Sud este un alt exemplu de introducere a bolilor nespecifice indigenilor.

Dincolo de introducerea unor noi boli, colonialismul a influențat și schimbarea densității populației într-un mod care i-a făcut pe indigeni vulnerabili la epidemiile aduse de europeni. Mai mult, crearea de centre urbane aglomerate în Africa, India și America a oferit teren fertil bolilor infecțioase, cum ar fi holera, tuberculoza și variola, și a pus bazele epidemiei actuale de SIDA. Urbanizarea – o transformare socială cauzată de colonialism – a fost un catalizator clar pentru apariția bolilor epidemice.

Nu în ultimul rând, colonialismul a jucat un rol important în inițierea ciclului sărăcie-boală. În epoca colonială, eforturile de îmbunătățire a sănătății locale au fost secundare obiectivului principal de obținere a profitului de pe urma coloniilor. Acest lucru se datorează faptului că colonialismul secolului al XIX se baza, în primul rând, pe extragerea bogăției într-o varietate de forme (fildes, sclavi, zahăr, bumbac, cauciuc, aur, cafea și ceai) în beneficiul națiunii coloniza-



toare. Această preluare a bogăției a lăsat națiuni în curs de dezvoltare fără multe dintre bunurile de care ar fi putut beneficia. Astăzi, structurile de putere lăsate de colonialism continuă să perpetueze distribuția puternic dezechilibrată și inegală a bogăției în națiunile care au fost odată colonii europene.

Studiu de caz: Canalul Panama

Modalitățile în care colonialismul influențează sănătatea globală pot fi observate în construirea Canalului Panama, la începutul secolului al XX-lea. Văzut ca un efort de a crește comerțul, canalul Panama a însemnat moartea a 21.000 de muncitori care au lucrat la el. Eșecul francezilor de a construi Canalul Panama s-a datorat unei epidemii de febră galbenă și malarie în rândul lucrătorilor. Doi medici și lideri în domeniul sănătății publice, Walter Reed și Carlos Finlay, au încercat să rezolve această problemă examinând cauzele potențiale ale focarului, precum creșterea populațiilor de țânțari și a mlaștinilor. În realitate, primul răspuns stătea în sănătatea pre-

cară a lucrătorilor de care nu s-a ținut seama în încercarea de a susține interesele economice presante ale puterii coloniale.

Studiu de caz: Haiti

Dacă luăm colonia franceză din Saint-Domingue ca studiu de caz, se estimează că pe insula Hispaniola locuiau 400 000 de indigeni înainte ca spaniolii să vină în 1492. Până în secolul al XVII-lea, niciunul nu a supraviețuit. Ei au murit din cauza maltratării de către europeni, dar și din cauza rujeolei, a variolei și a tuberculozei - un exemplu care s-a propagat în întreaga lume nouă în secolele următoare. Această apariție pe scară largă a bolilor epidemice continuă până în secolul al XIX-lea, iar frica de boli a fost indisolubil legată de comerț și de ocupația militară.

Cu toate acestea, Saint-Domingue (actuala Haiti) a fost cea mai productivă colonie de sclavi din lume, cu până la 29 000 de sclavi pe an înainte de Revoluția Franceză din 1789. Dincolo de faptul că reprezintă un exemplu pentru modul în care sclavii erau transformați în investiții, ea a devenit și centrul medicinei coloniale, mai ales pentru a susține interesele comerciale.

Moștenirea medicinei coloniale

În timp ce aproximativ două treimi din America Latină și-a obținut independența până în 1900, la aceeași dată, în Africa exista doar un singur stat liber. Astfel, moștenirea colonialismului este mult mai recentă pe continentul african. În cartea "Vindecarea bolnavilor", Megan Vaughn explorează bolile africane din coloniile britanice între anii 1890 și 1950, alături de modul în care funcționa puterea colonială și cât de mult se baza ea pe mecanismele „represive”. Ea susține că medicina misionară s-a concentrat pe controlul sănătății fizice și morale a populațiilor, vindecarea promisă și adusă de misiionarii medicali făcând parte dintr-un program de inginerie socială și morală prin care „Africa ar fi salvată”.

În același timp, moștenirea colonialismului și-a lăsat amprenta și asupra lumii occidentale. Sănătatea publică concepută și practică în Statele Unite și Europa de Vest în secolul trecut a fost, în primul rând, o activitate de stat și a fost strâns legată de protecția intereselor statului. Derivând din preocupările unei lumi din ce în ce mai globalizate, multe dintre problemele de sănătate cu care se confruntă politicienii de astăzi rămân probleme „internaționale” de sănătate. Unul dintre principiile cheie ale acestei concepții internaționale privind sănătatea globală a fost acela de a proteja cetățenii împotriva amenințărilor percepute ca având o origine externă, în special împotriva bolilor infecțioase transmise peste granițele naționale.

Desigur, cercetarea medicală occidentală a abordat nevoile lumii în curs de dezvoltare în moduri benefice - prin dezvoltarea chininei ca profilaxie pentru malarie, prevenirea febrei galbene etc. - dar a făcut-o cu o atitudine „vestică” în concordanță cu etosul colonialismului. Progresele făcute în vaccinări, prevenire și tratamente au fost cercetate aproape exclusiv pentru că națiunile occidentale au avut un interes militar sau comercial în zonele în care bolile tropicale erau predominante. Prin prevenire și tratament, răspândirea internațională a bolii a fost stopată și exploatarea bogățiilor coloniilor a fost păstrată.

Revoluția terapeutică – concepțiile medicinei timpurii

De secole, teoria umorilor a grecilor a constituit baza gândirii medicale. În esență, teoria a atribuit boala unui dezechilibru al celor patru umori de bază: sânge, flegmă, bilă neagră și bilă galbenă. Sângerarea, purjarea și transpirația reprezentau practica standard, menită să restabilească echilibrul umoral. În această perioadă, medicii au crezut cu înverșunare în astfel de regimuri epuizante și în baza umorală a sănătății și a patologiei.

Nefiind bazate pe dovezi, aceste practici erau dăunătoare pacienților și inutile medicilor. Consecințele negative ale acestor practici au

deschis o epocă de nihilism caracterizată de neîncrederea publică față de profesia medicală. Nihilismul medical reprezenta atitudinea dominantă conform căreia medicii puteau în egală măsură să-i rănească pe pacienți sau să-i ajute. De aceea, mulți preferau să lase natura să-și urmeze cursul, mai degrabă decât să apeleze la ajutorul profesiei medicale.

La începutul secolului al XIX-lea, accentul cercetării medicale s-a schimbat. Patologia generalizată bazată pe umorile corpului uman este treptat înlocuită de o patologie specifică conectată cu fiziologia și transmiterea bolilor. Această tranziție, cunoscută sub denumirea de „revoluție terapeutică”, a avut loc în secolul al XX-lea, când cercetarea începe să se concentreze pe boli specifice. Revoluția terapeutică este considerată a reprezenta momentul în care medicina a început să funcționeze.

Teoria germenilor

Medicina cunoaște o schimbare dramatică la sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu apariția teoriei germenilor drept cauză a bolilor. Potrivit acestei teorii, filosofia bolii este caracterizată de ideea că acestea sunt ”prinse” atunci când anumiți agenți patogeni pătrund în trup și încep să se multiplice. Dacă, de exemplu, prindem un virus al răcelii, trupul nostru dezvoltă sisteme de răceală, pe măsură ce noi devenim mai congestionați și mai bolnavi. Printre suporterii timpurii ai teoriei germenilor au fost Louis Pasteur, Robert Koch și John Snow. Pasteur, tatăl teoriei germenilor, a dezvăluit misterele multor boli și a contribuit la dezvoltarea primelor vaccinuri. Colegul și rivalul lui Pasteur, Robert Koch, a dezvoltat postulațiile lui Koch, care au stabilit o listă de criterii pentru a dovedi originea bacteriană a unei boli. John Snow, deseori numit tatăl epidemiologiei moderne, este cel mai bine cunoscut pentru descoperirea modului de transmitere a holerei și pentru prevenirea unei epidemii prin înlăturarea mânerului pompei de apă Broad Street din Soho, Londra.

Aceste descoperiri au condus la cincizeci de ani (între anii 1870 și 1920) de dominație a paradigmei bacteriologice. Acest lucru a fost susținut de rezultatele impresionante aduse de cercetare: deceniul anilor 1870 va duce la izolarea agenților responsabili de producerea leprei și a antraxului; anii 1880 au însemnat găsirea agenților responsabili de febră tifoidă, tuberculoză, holeră, difterie și meningită meningococică; anii 1890 au adus descoperiri despre ciumă și malarie; și, până în 1910, tuse convulsivă, sifilis și tifos epidemic. Paradigma bacteriologică a fost ulterior completată, la începutul secolului al XX-lea, prin recunoașterea importanței bolilor transmise prin vectori, alimentație și a bolilor transmise de către purtători sănătoși.

Efectele asupra sănătății globale

Revoluția terapeutică a creat o nouă înțelegere a bolilor și a dat startul biomedicinii occidentale. În primul rând, bolile au început să fie privite ca fiind specifice și separate, mai degrabă decât ca fiind cauzate de dezechilibre vagi ale umorilor. În al doilea rând, medicina a devenit parte a științei, care are loc în laborator, alături de științele tradiționale. Mai mult, sănătatea publică a căpătat o nouă fundație odată ce teoria germenilor s-a instalat în conștiința publică.

Și totuși, ce a însemnat această evoluție pentru lumea sub-dezvoltată, non-occidentală? Teoria germenilor a fost revoluționară nu numai din punct de vedere științific, ci și pentru că a schimbat ideile oamenilor cu privire la semnificația bolii. De exemplu, înainte de revoluția terapeutică, la începutul secolului al XIX-lea, oamenii credeau că tuberculoza era contractată de indivizi care erau foarte inteligenți. Ideea era că indivizii erau infectați deoarece erau prea frumoși și inteligenți să trăiască. Descoperirea naturii microbiene a tuberculozei de către Koch a distrus această concepție falsă. În curând tuberculoza a devenit cunoscută ca o boală a celor săraci, asociată cu condițiile de viață precare, cu munca copiilor etc. Astfel, reformatorii sociali au folosit teoria germenilor pentru

a susține cauza reformei. În sănătatea globală, impactul major al teoriei germenilor nu a fost neapărat în zona terapeutică, ci în faptul că a oferit susținătorilor sănătății publice o nouă justificare și argumente pentru eforturile locale și globale.

În plus, revoluția terapeutică a adus și globalizarea medicinei. Ierburile și substanțele chimice din Lumea Nouă au devenit mărfuri de valoare și au modificat profund arsenalul medicinei europene. Chinina, una dintre proprietățile scoarței de Cinchona („coaja peruviană”) a devenit recunoscută pentru tratamentul malariei. Astfel, de la început, medicina a devenit terenul unor contraste: pe de o parte, reprezintă o marfă și, pe de altă parte, bun social care ar trebui să fie la fel de accesibil tuturor. Comercializarea medicamentelor a făcut ca forțele pieței să le influențeze disponibilitatea și distribuția. Cu toate acestea, a fost acceptată, în același timp, urgența morală de a oferi lumii tratamente bazate pe medicamentele disponibile.

În concluzie, se poate spune că revoluția terapeutică a dat lumii încrederea în medicină. Astăzi avem încredere în pastilele pe care le luăm, un sentiment de siguranță ancorat în cunoașterea care a izvorât din revoluția terapeutică.

Cu toate acestea, în ciuda câștigurilor, societatea a pierdut ceva. De la revoluția terapeutică, îmbunătățirea rezultatelor din domeniul sănătății a fost strâns legată de progresele tehnologiei biomedicale. Astăzi, paradigma biomedicală a adus în medicină un model intervenționist, bazat pe boală și care se potrivește mai puțin cu afecțiuni cum ar fi obezitatea și astmul. Confruntată cu creșterea incidenței bolilor cronice, lumea medicală occidentală caută în continuare răspunsuri în dezvoltarea de medicamente, terapia genetică etc. Este, însă, posibil ca aceste răspunsuri să se găsească în altă parte. (continuarea în numărul următor)

Adaptare după "Istoria sănătății mondiale" (The History of Global Health) de Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module1>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module2>

<http://www.uniteforsight.org/global-health-history/module3>

Adevărul despre cancer: Istoria, tratamentul și prevenția sa, de Ty M Bollinger

www.antena3.ro (foto 1)

<https://cultural.bzi.ro> (foto 2)

Viitorul îngrijirilor paleative

În România, specialiștii estimează că 150 000 de persoane au nevoie, în fiecare an, de îngrijiri paleative. Vasta majoritate a acestora este, de fapt, îngrijită acasă, de familii și aparținători aduși de familii, unul dintre motivele principale fiind și dorința pacienților de a muri acasă. Ca urmare, domeniul îngrijirilor paleative s-a dezvoltat mult mai încet în România decât în alte țări.

La nivel internațional, îngrijirile paleative și de sfârșit al vieții (de tip „hospice”) au cunoscut o dezvoltare remarcabilă începând cu anii 2000. Și, totuși, în ciuda acestui lucru, doar 10% din cererea actuală de îngrijiri paleative poate fi satisfăcută.

Îngrijirile paleative reprezintă o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților și a familiilor acestora, adresând problemele asociate cu bolile grave, prin prevenirea și ameliorarea suferinței.

Acest lucru implică identificarea timpurie și evaluarea și tratarea durerii și a altor suferințe, fizice, psiho-sociale și spirituale.

Îngrijirile paleative urmăresc și să ofere pacienților un sistem de sprijin pentru a îi ajuta pe aceștia să trăiască cât mai activ posi-



bil până la moarte. De asemenea, oferă familiei și îngrijitorilor de acasă ai pacientului un sistem de sprijin pentru a gestiona boala acestuia și propria lor suferință.

În îngrijirile paleative, se pune accentul pe abordarea multidisciplinară și de echipă pentru ca nevoile pacienților și familiilor lor să poată fi rezolvate holistic. Îngrijirile paleative nu numai că îmbunătățesc calitatea vieții pacienților dar, în anumite cazuri, pot chiar influența cursul bolii.

Se recomandă ca îngrijirile paleative să fie aplicate cât mai repede, odată ce procesul de management al bolii a început, în conjugare cu alte terapii de prelungire a vieții, precum chimioterapia sau radioterapia, în cazul cancerului. Pentru determinarea îngrijirilor paleative optime, specialiștii vor începe prin administrarea acelor investigații care sunt necesare pentru înțelegerea mai bună și gestionarea complicațiilor clinice perturbatoare.

Atât îngrijirile paleative cât și îngrijirile de sfârșit al vieții oferă confort pacienților, dar cele două se deosebesc în mod fundamental

– Îngrijirile paleative pot începe în momentul diagnosticării și se desfășoară în același timp cu tratamentul. Îngrijirile de sfârșit al vieții încep când tratamentul bolii este stopat și când este evident că pacientul nu va supraviețui bolii. De obicei, îngrijirile de sfârșit al vieții încep când pacientul mai are de trăit cel mult 6 luni.

În ceea ce privește viitorul, acesta va fi marcat de o explozie a cererii pentru îngrijirile paleative. Vorbim despre o proporție în creștere a populației vârstnice: populația globală în vârstă de peste 65 de ani va atinge aproape un miliard până în 2030, aproape dublu față de anul 2010, 12% din populația totală la nivel global și 24% în Europa. Acest grup de vârstă va avea comorbidități combinate și de severități diferite, va suferi de o incidență crescută a cancerului și a altor boli cronice cauzate de un stil de viață defectuos precum obezitatea, diabetul, hipertensiunea, bolile cardiovasculare. De asemenea, incidența bolilor infecțioase cronice este și ea în creștere.

Astfel, domeniul îngrijirilor paleative trebuie să fie extins pentru a ținti și alte boli cronice în afară de cancer, cele cu o povară simptomatică majoră. Pentru a pregăti domeniul pentru provocările viitorului, mai multe bariere actuale trebuie depășite prin eforturi constante în formarea inițială și educația medicală continuă a profesioniștilor din sănătate, în cercetare, în dezvoltarea abordării bazate pe dovezi, în pregătirea de ghiduri și protocoale, în accesibilitatea medicamentelor necesare și înființarea de organisme naționale și internaționale pentru reglementarea domeniului, inclusiv din punct de vedere etic și al promovării lor ca drept fundamental al omului, dreptul de a avea o viață demnă și o moarte demnă. De asemenea, trebuie pus mai mult accentul pe sprijinirea familiilor și a aparținătorilor, o componentă mai degrabă mai puțin dezvoltată până acum.

Dintre obiectivele pe care îngrijirile paleative pot și trebuie să le atingă, putem enumera:

1. Furnizarea de îngrijiri paleative echitabile, optime din punct de vedere al costurilor și bazate pe dovezi către toți cei care au nevoie



de ele, indiferent de diagnostic, prognoză și localizare geografică.

2. Promovarea îngrijirilor paleative ca specialitate medicală.
3. Adoptarea unei abordări cu adevărat multidisciplinare.
4. Sprijin efectiv pentru familii și aparținători.

Este de importanță vitală să angajăm și să dezvoltăm resursele necesare și să pregătim mult mai mulți profesioniști în domeniul îngrijirilor paleative. Acest domeniu trebuie să primească un loc mai important în curriculum-ul facultăților de medicină și în portofoliul de educație medicală continuă, precum și pe agenda dezbaterii publice.

Îngrijirile paleative trebuie considerate complementare, și nu secundare, complementare, și nu alternative, față de îngrijirile curative.

Mirela Mustață, Redactor executiv eAsistent

Surse de documentare:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332140/>

<https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000536.htm>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823641>

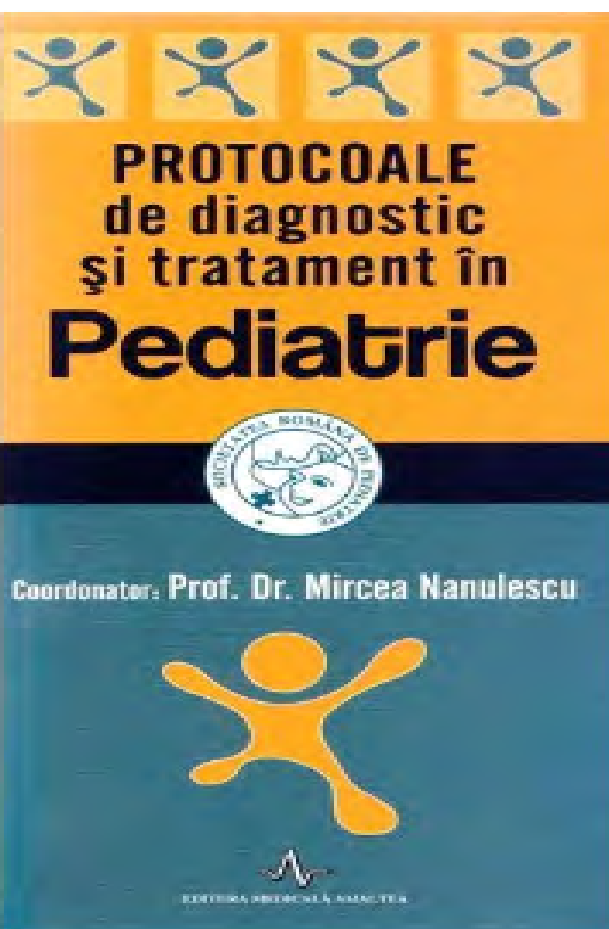
[https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30384-6/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(17)30384-6/pdf)

[https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30384-6/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(17)30384-6/pdf)

Goondiwindi Plus More

Protocoloale de diagnostic și tratament în pediatrie

Autor: Mircea Nanulescu,
Editura Amaltea, 2017



Lucrarea se adresează, în principal, profesioniștilor din domeniul pediatriei, aducându-le acestora actualizări și completări ale protocoloalelor incluse în ediția a 3a, precum și protocoale noi.

Dezvoltarea unor asemenea ghiduri și protocoale de diagnostic și tratament urmărește să reducă variabilitatea din practica pediatrică și să îi ajute pe profesioniștii din domeniu să găsească metoda optimă de diagnostic și tratament din punct de vedere al raportului eficacitate / cost.

Tehnici și manopere pentru asistenții medicali

Autori: Liliana Rogozea, Tatiana Oglindă,
Editura Libris Editorial, 2017

O foarte utilă trecere în revistă a tehnicilor și manoperelor cel mai folosite în asistența medicală, care urmărește să standardizeze aplicarea lor practică și să crească calitatea și siguranța acestora.

O lucrare fundamentală atât pentru asistenții începători, prin îmbogățirea cunoștințelor, dar și pentru cei experimentați, prin îmbogățirea lor.

Liliana
Rogozea

Tatiana
Oglindă

T
E
H
N
I
C
I

Ș
I

M
A
N
O
P
E
R
E



PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

Ghid Practic de Obstetrică și Ginecologie Oxford ed. 3

Autori: Sally Collins, Sabaratnam Arulkumaran,
Editura Hipocrate, 2017



A 3a ediție a Ghidului practic Oxford de obstetrică și ginecologie aduce noutăți pentru profesioniștii din domeniu - algoritmi noi pentru managementul pacienților sau subiec-
te noi, precum evaluarea pre-operatorie.

Este o lucrare deosebit de utilă pentru toți cei implicați în diversele etape ale procesului clinic de asistență medicală, de la stabilirea diagnosticului la administrarea tratamentului și acordarea îngrijirilor medicale.

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.