

eAsistent.ro

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

SEPTEMBRIE 2024



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 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Noutăți importante în screening-ul pentru cancerul de col uterin 7

EVENIMENT

Ziua Mondială a Fizioterapiei: 8 septembrie 2024 14

INTERVIU

Ziua Mondială a bolii Alzheimer (21 septembrie 2024): o ocazie de a vedea ce spun experții despre miturile asociate acestui subiect 24

ISTORIE

Ziua Mondială a Inimii: 29 septembrie 2024 35

LUMEA MEDICALĂ

Virusul West Nile 44

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Îngrijirea centrată pe pacient în îngrijirile medicale – oportunități de implementare în unitățile de îngrijire acută din România 51

Proiectarea teoretică a unui model de Cadru de competențe de bază pentru asistenții medicali din oncologie 55

CĂRȚI MEDICALE

Îndrumătorul de îngrijire multi-modală în onco-hematologia pediatrică. Informații practice pentru părinții copiilor cu afecțiuni onco-hematologice pediatrice, Ed. Creator, 2024 59

Cancer companion, de Toni Lindsay, Ed. Exisle Publishing, 2021 61

Mayo Clinic on Alzheimer's Disease and Other Dementias, de Jonathon Graff-Radford, Angela M. Lunde, Ed. Mayo Clinic Press, 2020 62

ECHIPA EDITORIALĂ 63

Foto copertă: <https://medium.com/>



Editorial

Sănătatea pare să fie bine reprezentată în agenda publică internațională în luna septembrie.

De aceea, aducem și noi în discuție teme adiacente Zilei mondiale a fizioterapiei (8 septembrie), Zilei mondiale a siguranței pacienților (17 septembrie), Zilei mondiale Alzheimer (21 septembrie) sau Zilei mondiale a inimii (29 septembrie).

Prima dintre ele este dedicată tuturor fizioterapeuților care, cu energie neobosită și expertiză, ajută persoanele de toate vârstele să își îmbunătățească mobilitatea, forța și sănătatea generală. Mai mult, această zi ne reamintește că fizioterapia nu se referă doar la vindecare. Ea joacă un rol esențial și în prevenție, prin menținerea unui stil de viață sănătos și activ, care ne permite să trăim viața din plin.

Apoi, Ziua Mondială a Siguranței Pacienților oferă încă o ocazie de a discuta despre siguranța pacienților și cât de importantă este promovarea colaborării între pacienți, lucrătorii din domeniul sănătății și factorii de decizie. Tema acestei zile - „*Îmbunătățirea diagnosticului pentru siguranța pacienților*” - subliniază rolul vital al unui diagnostic precis și la timp în protejarea pacienților și îmbunătățirea rezultatelor asistenței medicale. Iar când ne referim la importanța siguranței pacienților, automat trebuie să atragem atenția asupra practicilor medicale nesigure și să vorbim în mod egal despre nevoia de formare temeinică, continuă și bine ancorată în cerințele unei medicine moderne a furnizorilor de servicii medicale, ca și de o bună educare a pacienților și a publicului care să devină parteneri reali ai primilor pe parcursul procesului de diagnostic, îngrijire și tratament, pentru ca în final să reducem riscurile și să prevenim erorile medicale. Cu alte cuvinte, această zi încurajează pacienții să ia parte la deciziile importante în materie de asistență medicală și să comunice cu cadrele medicale ca să ia decizii în cunoștință de cauză. O altă semnificație a acestei zile este aceea de a susține politici și reglementări mai puternice care să acorde prioritate siguranței asistenței medicale și face apel la schimbări care să conducă la medii de asistență medicală mai bune și mai sigure.

Odată în plus, Ziua mondială Alzheimer ne oferă ocazia să discutăm despre faptul că în întreaga lume există încă o lipsă surprinzătoare de cunoștințe globale privind demența și un nivel semnificativ de izolare socială, stigmatizare și discriminare asociate demenței. Un prim pas pe care-l putem face este să ajutăm la combaterea miturilor legate de subiect, lucru pe care ni l-am și propus în revistă. Dacă ne uităm la incidență, este clar de ce demența îi îngrijorează pe oameni,

În special pe măsură ce îmbătrânesc. Este deci cu atât mai important să combatem dezinformarea care ar putea spori îngrijorarea și stigmatizarea. Iar în viitor, pe măsură ce știința va dezvolta modalități mai bune de tratare și prevenire a demenței, sperăm că aceasta va reduce impactul demenței și, prin urmare, teama asociată cu această afecțiune.

Nu în ultimul rând, Ziua mondială a inimii oferă șansa de a vorbi și despre bolile cardiovasculare (vinovate de aproximativ 17,9 milioane de decese în fiecare an), principala cauză de deces la nivel mondial. Iată de ce merită să combatem miturile care persistă pe această temă și să reamintim că există modificări ale stilului de viață pe care le putem implementa cu toții pentru a reduce riscul de a dezvolta probleme cardiovasculare, indiferent de vârstă. În acest context merită amintite și câteva noutăți importante despre afecțiunile cardiace, factorii de risc și screeningul necesar pe care le veți găsi în cuprinsul revistei.

Așadar, vă încurajez să citiți articolele lunii septembrie și vă trimit, ca de fiecare dată, cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Noutăți importante în screening-ul pentru cancerul de col uterin

Timp aproximativ de lectură: 8 minute

Cancerul de col uterin este al patrulea cel mai frecvent cancer la femei la nivel mondial, cu toate că poate fi prevenit prin imunizare și programe de screening.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2022, aproximativ 660 000 de femei din întreaga lume au fost diagnosticate cu cancer de col uterin și aproximativ 350 000 de femei au murit din cauza acestei boli.

În România există dovezi¹ care spun că, aproximativ la fiecare două ore, o româncă este diagnosticată cu cancer de col uterin, țara fiind pe primul loc în UE în ceea ce privește rata mortalității.

Însă OMS crede că abordările eficiente de prevenire primară (vacinarea împotriva HPV) și secundară (depistarea și tratarea leziunilor precanceroase) vor preveni majoritatea cazurilor de cancer de col uterin. Atunci când este diagnosticat, cancerul de col uterin este una dintre cele mai ușor de tratat forme de cancer, atâta timp cât este

¹ Challenges in the Prevention of Cervical Cancer in Romania - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7916723/>)

depistat la timp și tratat eficient. Iar printr-o abordare cuprinzătoare a prevenirii, depistării și tratării, cancerul de col uterin poate fi eliminat ca problemă de sănătate publică în decurs de o generație.

Ce au făcut alte țări pentru a reduce povara bolii?

Mai întâi, multe țări și-au modernizat în ultimele două decenii programele de screening cervical, în special pentru a se corela cu introducerea în 2007 a unui vaccin împotriva anumitor tulpini ale virusului papiloma uman (HPV), care cauzează marea majoritate a cazurilor de cancer cervical.

În plus, recent, multe țări sau entități administrative, precum Australia sau Columbia Britanică, o provincie a Canadei, au adus noi îmbunătățiri programelor lor de screening .

De exemplu, în cazul Australiei, se așteaptă ca programul reînnoit să reducă ratele și decesele cauzate de cancerul de col uterin cu cel puțin încă 20 %, după ce incidența cancerului de col uterin și ratele de mortalitate au scăzut la jumătate în Australia de la introducerea, în 1991, a programului național de screening cervical.

Principala schimbare pe care aceste autorități de sănătate publică o au în vedere este înlocuirea testului Papanicolau ca principal instrument de screening cu un test de screening cervical care caută acum HPV, care cauzează aproape toate cancerele de col uterin, nu doar celulele anormale (cum face testul Papanicolau).

"În timp ce testele Papanicolau detectează modificările celulelor colului uterin care au fost cauzate de HPV, testul HPV poate detecta prezența tipurilor de HPV cu risc ridicat înainte ca modificările celulare să fi avut loc", a declarat Dr. Gina Ogilvie, Tier 1 Canada research chair in global control of HPV-related diseases and prevention, University of British Columbia și cercetător afiliat, BC Cancer, din Canada.

În ciuda faptului că nu este plăcută pentru multe femei, experiența



de a efectua un test Papanicolau cu speculum și stativ a rămas în mare parte neschimbată din anii 1940, când testul - numit după inventatorul său, medicul Dr. George Papanicolaou - a devenit o practică standard în Statele Unite și în restul lumii.

Introducerea testului Papanicolau a redus mortalitatea prin cancer de col uterin cu peste 70% în secolul al XX-lea, astfel încât, din această perspectivă, a spus ea, "*testul Papanicolau este fără îndoială o victorie*", a declarat Dr. Knudsen de la Societatea Americană de Cancer din Statele Unite ale Americii.

În timpul unui test Papanicolau, medicul prelevează o mostră de celule din colul uterin, o întinde pe o lamelă și o trimite unui citolog, care caută celule precanceroase sau canceroase. Dacă testul se dovedește pozitiv pentru celule anormale, iar boala se află încă în stadii incipi-

ente, medicul poate, de obicei, să îndepărteze zona afectată și să oprească evoluția bolii.

Mai recent, în multe cazuri, iar în unele țări, de exemplu, Australia, ca principală abordare de screening, probele prelevate în timpul testului Papanicolau sunt, de asemenea, testate pentru tulpinile de HPV cele mai susceptibile de a provoca cancer de col uterin. În cazul în care un test HPV se dovedește pozitiv pentru una dintre aceste tulpini, medicii vor monitoriza îndeaproape pacienta în următorii ani pentru a depista celule precanceroase (dacă sunt detectate și celule cervicale anormale, pacienta poate primi un anumit nivel de tratament). Testele Papanicolau și testele HPV sunt deosebit de eficiente în prevenirea cancerului de col uterin, deoarece boala progresează lent, în raport cu multe alte tipuri de cancer (de obicei, este nevoie de ani pentru a depăși stadiul precanceros).

O veste bună privind testarea pentru cancerul de col uterin

În plus, legat de testare, există încă o altă veste bună apărută în ultimii ani în lupta împotriva cancerului de col uterin: femeile vor putea utiliza un simplu tampon (similar cu cel folosit în testele rapide COVID) pentru a depista cancerul de col uterin. Metoda oferă o alternativă la o procedură de care multe femei se tem și promite să rezolve cel puțin parte din disparitățile în ceea ce privește accesul persoanelor la screening.

Australia, Danemarca, Țările de Jos și Suedia, care au introdus treptat în ultimii ani autoprelevarea de probe pentru depistarea cancerului de col uterin, au avut un succes important în adoptarea acestei metode, iar SUA au anunțat recent că, începând din această toamnă, femeile vor putea utiliza și aici un simplu tampon pentru depistarea cancerului de col uterin.

Tehnica a devenit posibilă datorită unei schimbări esențiale în scree-

ningul HPV: laboratoarele sunt acum capabile să testeze folosind probe prelevate din pereții vaginali, spre deosebire de cervix.

Odată ce eșantionul este colectat, un laborator îl testează pentru tulpinile de papilomavirus uman, sau HPV, cele mai susceptibile de a provoca cancer de col uterin.

Două decenii de cercetare sugerează că această metodă este la fel de eficientă în prevenirea cancerului de col uterin ca și testele Papanicolau tradiționale pentru femeile de 25 de ani și peste.

Reprezentanții companiilor americane care produc aceste kituri de autotestare au declarat că obiectivul pe termen lung este depistarea cancerului de col uterin la domiciliu, în care un test este comandat de un furnizor de servicii medicale, o femeie colectează o probă la domiciliu și apoi o trimite la un laborator pentru depistarea HPV.

În cazul în care proba se dovedește pozitivă, furnizorul de servicii medicale o va sfătui cu privire la pașii următori. În timp ce screeningul la domiciliu este acum disponibil în alte țări, această metodă este încă în curs de examinare de către autoritatea de reglementare (FDA) în Statele Unite. Ea ar putea fi aprobată până la începutul anului viitor.

Experții speră că testele vor ajuta la angajarea în eforturile de screening a procentului deloc mic de femei eligibile care nu se supun în mod regulat unui testări, inclusiv cele care evită testele Papanicolau din cauza disconfortului sau jenei.

De ce analizează autoritățile americane această nouă variantă de recoltare?

În ciuda eficacității testului Papanicolau, scăderea numărului de decese cauzate de cancerul de col uterin s-a aplatizat în SUA începând cu anul 2008. Acolo, aproximativ 11 500 de femei sunt diagnosticate cu cancer de col uterin în fiecare an, iar 4 000 vor muri din această cauză.

Oficialii americani din domeniul sănătății publice spun că multe dintre aceste decese pot fi prevenite - și sunt cauzate, în parte, de faptul că protocolul actual de testare nu permite accesarea a milioane de persoane care au nevoie de screening.

"Incidența a scăzut foarte mult" datorită testului Papanicolau, a declarat Dr. Kobetz, director asociat pentru sensibilizarea și implicarea comunității la Sylvester Comprehensive Cancer Center din Florida, SUA, dar acest declin *"nu a fost înregistrat în mod echitabil"*. Femeile care locuiesc în zone rurale și care nu au acces ușor la medici tind să nu participe la screeningul clasic, la fel ca femeile cu statut socio-economic inferior. Pentru multe dintre acestea, dificultatea de a lipsi de la locul de muncă și de la responsabilitățile familiale poate reprezenta un obstacol în calea efectuării testului, la fel ca și dificultatea de a găsi un medic cu care să se simtă confortabil în timpul prelevării testului Papanicolau. În timp ce autotestarea într-o clinică medicală ar putea rezolva unele dintre aceste probleme, posibilitatea de a efectua testul la domiciliu este probabil cea care ar permite eliminarea disparităților în materie de screening, au declarat experții.

Auto depistarea elimină obstacole precum barierele culturale, istoricul traumelor, nevoia de transport, îngrijirea copiilor și nevoia de a lipsi de la serviciu care pot apărea în cazul testării tradiționale.

Programele de depistare a cancerului sunt o componentă importantă a asistenței medicale preventive și sunt destinate persoanelor care nu prezintă simptome identificabile, ele ajutând la a depista cancerul mai devreme. Acest lucru poate îmbunătăți rezultatele pentru pacienți, poate reduce solicitările asupra sistemului de sănătate și poate accelera îngrijirea pentru alții care nu pot evita îmbolnăvirile.

Experții au declarat pentru The New York Times că sunt optimiști într-un mod precaut că un screening mai larg prin auto recoltare - împreună cu o creștere a ratei de vaccinare împotriva HPV - ar putea ajuta Organizația Mondială a Sănătății să-și atingă obiectivul de eradicare cancerului de col uterin în viitorul nu foarte îndepărtat.

Iar pentru România aceste modele s-ar putea dovedi extrem de importante.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. Cervical cancer (<https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer>)
2. <https://www.nytimes.com/2024/08/15/well/pap-smear-cervical-cancer-test-alternative.html?campaign> (inclusiv sursa foto)
3. New self-screening program will help detect cervical cancer sooner (<http://www.bccancer.bc.ca/about/news-stories/new-self-screening-program-will-help-detect-cervical-cancer-sooner>)
4. Cervical cancer screening | Cancer Council (<https://cancer.org.au/cancer-information/causes-and-prevention/early-detection-and-screening/cervical-cancer-screening>)
5. Challenges in the Prevention of Cervical Cancer in Romania - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7916723/>)



Ziua Mondială a Fizioterapiei: 8 septembrie 2024

Timp aproximativ de lectură: 10 minute

Ziua mondială a fizioterapiei este o ocazie excelentă de a ne aminti rolul important pe care îl joacă fizioterapia în viețile noastre. Ea este dedicată, întâi de toate, tuturor fizioterapeuților care, cu energie neobosită și expertiză, ajută persoanele de toate vârstele să își îmbunătățească mobilitatea, forța și sănătatea generală.

În plus, această zi ne reamintește că fizioterapia nu se referă doar la

vindecare. Ea joacă un rol esențial și în prevenție, prin menținerea unui stil de viață sănătos și activ, care ne permite să trăim viața din plin.

Și această celebrare nu are doar rolul de a sărbători realizările fizioterapeuților, ci și de a educa publicul cu privire la modul în care aceasta poate contribui la îmbunătățirea calității vieții fiecăruia dintre noi.

Tema Zilei Mondiale a Fizioterapiei 2024: Kinetoterapia și îmbătrânirea sănătoasă

Pe măsură ce speranța de viață, mai ales în țările dezvoltate ale lumii, continuă să crească și populația lor să îmbătrânească, fizioterapia devine un instrument esențial pentru menținerea independenței și a calității vieții pentru persoanele în vârstă.

Fizioterapeuții îi ajută pe vârstnici să rămână activi, să prevină căderile și leziunile și să își îmbunătățească bunăstarea fizică și psihică. Și ce poate fi mai benefic decât să îmbătrânești cu grație, energie și un zâmbet pe față?

Pe de altă parte, atunci când se folosește cuvântul „fizioterapie” în legătură cu persoanele mai tinere, mulți oameni se gândesc la exercițiile fizice după o accidentare sau la tratamentul pentru durerile cronice de spate. Da, fizioterapia include aceste lucruri, dar oferă mult mai mult!

Fizioterapia vizează îmbunătățirea stării generale de sănătate, prevenirea problemelor și menținerea mobilității, care este esențială pentru o bună calitate a vieții.

Kinetoterapeuții sunt experți în mișcare care pot crea planuri individualizate pentru a ne ajuta să rămânem activi, puternici și sănătoși, indiferent dacă suntem sportivi, vârstnici sau orice altă persoană intermediară.

Iată 7 dintre beneficiile fizioterapiei demonstrate de știință

Există nenumărate motive pentru apela la un fizioterapeut, inclusiv gestionarea durerii, prevenirea rănirii, reabilitarea rănilor, îmbunătățirea mobilității și gestionarea afecțiunilor cronice. Mai exact, iată câteva beneficii ale terapiei fizice susținute de știință.

1. Reabilitarea după o accidentare legată de sport

Nu toate leziunile legate de sport necesită intervenție chirurgicală sau tratament medical. În cazul celor mai puțin grave, pentru a preveni daune suplimentare, este nevoie de intervenții specifice care pot reduce durerea, pot întări zona lezată și vă pot ajuta să vă întoarceți la sportul favorit.

Un fizioterapeut poate elabora un plan pentru a ajuta la refacerea amplitudinii de mișcare și a forței zonei rănite. Acesta poate include exerciții specifice, terapie prin masaj, terapie acvatică, ultrasunete sau terapie cu frig și căldură pentru a ajuta la întărirea mușchilor și articulațiilor și pentru a preveni alte leziuni.

2. Diminuarea durerii

Unele dureri necesită medicamente pe bază de rețetă sau intervenții chirurgicale pentru a fi ameliorate, în timp ce alte tipuri de durere pot beneficia de terapie fizică și exerciții fizice. Durerea acută are, în general, o cauză cunoscută și apare brusc. Cu toate acestea, adesea se ameliorează cu timpul, tratamentul și vindecarea.

Durerea cronică, pe de altă parte, durează mai mult de 3 luni și este cauzată de obicei de o leziune, boală, inflamație, tratament medical sau, în unele cazuri, de un motiv necunoscut. Opioidele și alte medicamente puternice sunt adesea recomandate pentru gestionarea

durerii.

Însă, recent, Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din SUA (CDC) au sugerat terapia fizică drept o opțiune eficientă pentru gestionarea durerii în locul opioidelor.

Exemple de tehnici de terapie fizică utilizate pentru reducerea durerii acute și cronice includ exerciții terapeutice, întinderi, stimulare electrică, ultrasunete, terapie cu frig și căldură și masaj.

3. Suport în cazul afecțiunilor neurologice

Tehnicile de terapie fizică pot ajuta la managementul simptomelor cauzate de afecțiuni neurologice, cum ar fi accidentul vascular cerebral, scleroza multiplă, boala Parkinson și problemele legate de leziunile măduvei spinării.

O analiză din 2017 a constatat că 4 săptămâni de antrenament al mersului sau 8 săptămâni de antrenament al echilibrului pot avea efecte pozitive care durează între 3 și 12 luni după încheierea sesiunilor de terapie fizică. Mai precis, cercetătorii au observat o reducere a căderilor timp de până la 12 luni și o îmbunătățire a performanței mersului și a capacității de mers timp de până la 6 luni după antrenament.

Un kinetoterapeut poate ajuta, de asemenea, la gestionarea simptomelor pentru persoanele care trăiesc cu scleroză multiplă. Potrivit Societății Naționale de Scleroză Multiplă, printre simptomele comune la care poate ajuta terapia fizică se numără echilibrul, slăbiciunea, coordonarea, spasticitatea și flexibilitatea, rezistența aerobică, oboseala și funcția respiratorie.

Programele de terapie fizică în spital pot ajuta și la reabilitarea accidentului vascular cerebral și la tratamentul leziunilor coloanei vertebrale înainte ca o persoană să părăsească spitalul, potrivit Johns Hopkins Medicine.

4. Diminuarea simptomelor legate de artrită

Inflamația, durerea, sensibilitatea, umflarea și rigiditatea articulațiilor pot fi simptome debilitante cauzate de poliartrita reumatoidă și osteoartrită. Cu toate acestea, terapia fizică poate ajuta la reducerea severității simptomelor și la creșterea calității generale a vieții.

Conform Fundației pentru artrită din SUA, terapia fizică poate ajuta la îmbunătățirea mobilității și la restabilirea utilizării articulațiilor afectate, la creșterea rezistenței generale pentru a ajuta la susținerea articulațiilor și la menținerea nivelului de fitness.

5. Reducerea complicațiilor legate de disfuncția planșeului pelvin

Sarcina și nașterea pot afecta mușchii podelei pelvine. La fel s-ar putea întâmpla și cu menopauza, intervențiile chirurgicale abdominale și alte afecțiuni care pot modifica presiunea intra-abdominală sau tensiunea mușchilor planșeului pelvin.

Atunci când leziunile sunt semnificative, mușchii planșeului pelvin slăbesc și își pierd capacitatea de a susține pe deplin organele pelvine, provocând scurgeri urinare, dureri lombare, disfuncții sexuale, presiune pelviană și prolaps.

Disfuncția podelei pelvine poate afecta viața de zi cu zi. Vestea bună este că terapia fizică a podelei pelvine poate ajuta. Conform unei analize din 2019, folosită ca tratament pentru disfuncția podelei pelvine, aceasta are beneficii clare ca tratament de primă linie pentru majoritatea tulburărilor podelei pelvine.

6. Reducerea perioadei de recuperare postoperatorie

Medicul vă poate recomanda terapie fizică în săptămânile care urmează intervenției chirurgicale. În funcție de leziune, procedura chirurgicală și starea generală de sănătate, tratamentul poate dura de la câteva săptămâni la câteva luni.

Fizioterapia ortopedică este concepută pentru a îmbunătăți gama de mișcări, a reduce durerea, a preveni acumularea excesivă de țesut cicatricial și a redobândi funcționarea normală după o intervenție chirurgicală musculo-scheletală.

De exemplu, Academia Americană a Chirurgilor Ortopezi recomandă terapia fizică pentru a ajuta la recuperarea completă după operație, pentru a restabili forța și pentru a permite revenirea treptată la activitățile zilnice.

În susținerea opiniei lor, mai multe studii au demonstrat că mobilizarea timpurie și terapia fizică pentru pacienții grav bolnavi care au fost spitalizați au dus la o mai bună calitate a vieții, o probabilitate mai mare de a merge pe distanțe mai lungi și o mai bună funcție musculară la externare.

7. Gestionarea durerii

Cercetătorii au analizat legătura dintre terapia fizică și reducerea consumului de opioide la pacienții care suferă de dureri cronice.

Un studiu amplu¹ a examinat persoanele cu dureri lombare cronice noi și a constatat că intervențiile de terapie fizică timpurii au redus utilizarea opioidelor atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

1 Observational retrospective study of the association of initial healthcare provider for new-onset low back pain with early and long-term opioid use | BMJ Open (<https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e028633>)

Un alt studiu² - care a examinat, de asemenea, utilizarea terapiei fizice pentru durerea lombară cronică - a constatat că opioidele au fost prescrise mai rar în timpul vizitelor medicale de monitorizare la pacienții care au fost îndrumați către terapie fizică și au participat efectiv la aceasta.

Un sfat important pentru ca fizioterapia să dea rezultate

Benefică pentru multe afecțiuni acute și cronice, terapia fizică poate da rezultate doar dacă terapeutul și pacientul lucrează împreună ca o echipă.

Așadar, iată cinci sfaturi care să ajute un pacient să profite la maximum de terapia fizică:

Asumați-vă un rol activ:

Dacă este posibil, alegeți un fizioterapeut care se potrivește cel mai bine nevoilor dumneavoastră. Apoi, veniți la prima consultație cu orice înregistrări sau notițe de la medicul dumneavoastră sau de la alte cadre medicale. De asemenea, este o idee bună să aduceți o listă de întrebări sau obiective pe care le aveți pentru tratament.

Puneți întrebări:

O parte a procesului constă în educarea pacientului și în a răspunde la întrebări. Aceasta include întrebări despre durata tratamentului, numărul de vizite pe săptămână sau pe lună și la ce să vă așteptați în timpul ședințelor și după terminarea tratamentului.

2 Relationship of Opioid Prescriptions to Physical Therapy Referral and Participation for Medicaid Patients with New-Onset Low Back Pain | American Board of Family Medicine (<https://www.jabfm.org/content/30/6/784>)

Faceți-vă corect temele pentru acasă:

Dacă primiți exerciții de făcut între ședințe, faceți-le cu conștiinciozitate. Ele sunt concepute pentru a completa munca pe care o faceți în timpul consultațiilor.

Efectuarea exercițiilor la domiciliu ajută să le învățați. De asemenea, îi permite fizioterapeutului să vadă cum progresați pe cont propriu.

Dați feedback în timpul ședințelor:

Echipa de terapie fizică este acolo pentru a vă ajuta să vă simțiți mai bine. Pentru a avea succes, are nevoie să fiți sincer în timpul ședințelor și între ședințe.

Deci, ce înseamnă acest lucru pentru dumneavoastră? Vorbiți dacă simțiți durere sau disconfort în timp ce efectuați un anumit exercițiu. Anunțați-i dacă ceva nu funcționează.

Terapeutul poate folosi aceste informații pentru a vă ajusta rutina de exerciții sau pentru a schimba tehnicile de terapie fizică utilizate.

Urmați indicațiile fizioterapeutului:

Este esențial să ascultați sfaturile și îndrumările pe care vi le oferă un fizioterapeut. Dacă vă spune să vă abțineți de la anumite activități, este în interesul dumneavoastră să faceți acest lucru.

Dacă sunteți activ și dornic să vă întoarceți la exerciții sau la un sport, așteptați până când vi se dă undă verde. Terapeutul dvs. știe cum să vă trateze cel mai bine accidentarea și când să vă dea permisiunea de a reveni la sport.

În loc de concluzii...

Terapia fizică are numeroase beneficii, cum ar fi îmbunătățirea mobilității și a funcției fizice, reabilitarea și prevenirea viitoarelor leziuni, precum și reducerea durerii sau a altor simptome legate de o leziune sau afecțiune acută sau cronică.

Medicul dumneavoastră sau un alt profesionist din domeniul sănătății poate să vă trimită la kinetoterapie. Sau puteți alege să o faceți dvs.

Odată ce v-ați ales un fizioterapeut, asigurați-vă că puneți întrebări și oferiți feedback dacă ceva nu funcționează. De asemenea, este esențial să respectați planul de tratament, în special între ședințe. Cu o comunicare deschisă și o participare activă, veți culege cu siguranță beneficiile terapiei fizice.

Iar când vă treziți, pe 8 septembrie, ca și în celelalte zile ale anului, asigurați-vă că faceți câteva exerciții de înviorare și gândiți-vă cum puteți folosi puterea terapiei fizice în viața dumneavoastră.

Fie că sunteți un pacient, un profesionist sau o persoană interesată de un stil de viață sănătos, această zi este o mare oportunitate de a fi inspirat și de a învăța cum să vă trăiți viața din plin, cu mișcarea și sănătatea pe primul loc.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. What Are the Benefits of Physical Therapy? (<https://www.healthline.com/health/benefits-of-physical-therapy#benefits>)
2. World PT Day 2024 materials launched | World Physiotherapy (<https://world.physio/news/world-pt-day-2024-materials-launched>)
3. World Physiotherapy Day 2024: Celebrating Movement, Health, and Healthy Aging (<https://mebster.com/meblog/world-physiotherapy->

day-celebrating-movement-health-and-the-joy-of-life) inclusiv sursa foto

4. Sept. 8 Is World Physical Therapy Day 2024 - Northern Rehabilitation Physical Therapy Specialists (<https://northernrehabpt.com/sept-8-is-world-physical-therapy-day-2024/>)

5. What Is Physiotherapy: A Guide on the Benefits & Techniques (<https://www.taphysio.co.uk/what-is-physiotherapy-a-guide-to-understanding-the-benefits-techniques/>)

Ziua Mondială a bolii Alzheimer (21 septembrie 2024): o ocazie de a vedea ce spun experții despre miturile asociate acestui subiect

Timp aproximativ de lectură: 12 minute

În urmă cu 30 de ani, pe 21 septembrie 1994, Alzheimer's Disease International și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) au marcat prima Zi mondială a bolii Alzheimer. Scopul a fost acela de a genera un efort global de sensibilizare și de combatere a stigmatizării bolii Alzheimer și a altor demențe.

Iar tema este cu atât mai importantă cu cât, în prezent, la fiecare 3 secunde, o persoană din lume dezvoltă o formă de demență.

Câteva cifre ne arată dimensiunea fenomenului:

- În prezent, peste 55 de milioane de persoane suferă de demență la nivel mondial, dintre care peste 60% trăiesc în țări cu venituri mici și medii. În fiecare an, există aproape 10 milioane de cazuri noi.

- Demența este rezultatul unei varietăți de boli și leziuni care afectează creierul. Boala Alzheimer este cea mai frecventă formă de demență și poate contribui la 60-70% din cazuri.



- În prezent, demența este a șaptea cauză principală de deces și una dintre cauzele majore de handicap și dependență în rândul persoanelor în vârstă la nivel mondial.

- În 2019, demența a costat economiile la nivel global 1,3 trilioane \$, aproximativ 50% din aceste costuri fiind atribuite îngrijirii oferite de îngrijitorii informali (de exemplu, membrii familiei și prietenii apropiați), care oferă în medie 5 ore de îngrijire și supraveghere pe zi.

- Femeile sunt afectate în mod disproporționat de demență, atât direct, cât și indirect. Femeile înregistrează un număr mai mare de ani de viață ajustați în funcție de handicap și de mortalitate din cauza demenței, dar asigură și 70 % din orele de îngrijire pentru persoanele care suferă de demență.

Ce este de fapt demența?

Demența este un sindrom care poate fi cauzat de o serie de boli care, în timp, distrug celulele nervoase și deteriorează creierul, ducând de obicei la deteriorarea funcției cognitive (adică a capacității de a procesa gândurile) dincolo de ceea ce ar putea fi de așteptat din consecințele obișnuite ale îmbătrânirii biologice. Deși conștiința nu este afectată, deteriorarea funcției cognitive este de obicei însoțită și, ocazional, precedată de modificări ale dispoziției, controlului emoțional, comportamentului sau motivației.

National Institute on Aging din SUA definește demența drept „pierderea funcționării cognitive - gândire, memorie și raționament - și a abilităților comportamentale într-o asemenea măsură încât interferează cu viața și activitățile zilnice ale unei persoane”.

Boala Alzheimer este cel mai frecvent tip de demență, dar există diverse tipuri și cauze.

De ce este necesar să contribuim la sensibilizare asupra subiectului?

În întreaga lume, există încă o lipsă surprinzătoare de cunoștințe globale privind demența și un nivel semnificativ de izolare socială, stigmatizare și discriminare asociate demenței.

Persoanele cu demență simt adesea că nu au niciun control asupra deciziilor care le privesc și că nu se implică în acestea.

Însă, cu sprijinul potrivit, acestea pot trăi și avea o calitate bună a vieții și cu demență. Dar, de prea multe ori, persoanele cu demență și îngrijitorii nu primesc ajutorul de care au nevoie.

Un prim pas pe care-l putem face este să ajutăm la combaterea miturilor legate de subiect, lucru pe care ni l-am și propus în cele ce urmează.

Dacă ne uităm la incidență, este clar de ce demența îi îngrijorează pe oameni, în special pe măsură ce îmbătrânesc. Cu atât mai mult este important să combatem dezinformarea care ar putea spori îngrijorarea și stigmatizarea.

În viitor, pe măsură ce știința va dezvolta modalități mai bune de tratare și prevenire a demenței sperăm că aceasta va reduce impactul demenței și, prin urmare, teama asociată cu această afecțiune.

Mituri frecvente și adevărul din spatele lor...

1. Demența este inevitabilă odată cu înaintarea în vârstă.

Această afirmație nu este adevărată. Demența nu este o parte normală a îmbătrânirii.

Ca urmare a creșterii riscului pe măsură ce îmbătrânim, 17% dintre persoanele cu vârsta cuprinsă între 75 și 84 de ani și 32% dintre persoanele cu vârsta de 85 de ani și peste au un diagnostic de demență.

Conform unui raport publicat de Alzheimer's Association, boala Alzheimer, care este cea mai frecventă formă de demență, afectează 3% dintre persoanele cu vârste cuprinse între 65 și 74 de ani din SUA.

2. Demența și boala Alzheimer sunt același lucru.

Nici acest lucru nu este corect. Boala Alzheimer este un tip de demență, reprezentând 60-80% din toate cazurile de demență. Alte tipuri de demență includ demența fronto-temporală (FTD), demența vasculară, demența mixtă și demența cu corp Lewy.

Deși demențele împărtășesc anumite caracteristici, fiecare tip are o patologie de bază distinctă.

Boala Alzheimer este asociată cu o acumulare a așa-numitelor plăci și încurcături în creier. Aceste structuri interferează cu celulele creierului, ucigându-le în cele din urmă. În schimb, moartea celulelor cerebrale în cazul demenței vasculare are loc din cauza lipsei de oxigen, care poate rezulta în urma unui accident vascular cerebral, de exemplu.

Demența fronto-temporală, ca un alt exemplu, apare atunci când se formează structuri proteice anormale în lobi frontal și temporal ai creierului, provocând moartea celulelor cerebrale din aceste regiuni.

3. Un membru al familiei suferă de demență, așa că mă voi îmbolnăvi și eu.

Un mit comun este acela că demența este pur genetică. Cu alte cuvinte, dacă un membru al familiei unei persoane are un diagnostic de demență, este garantat că aceasta va dezvolta demență mai târziu în viață. Acest lucru nu este adevărat.

Deși există o componentă genetică a anumitor forme de demență, majoritatea cazurilor nu au o legătură genetică puternică.

Mai degrabă decât factorii genetici, cel mai semnificativ factor de risc pentru demență este vârsta. Cu toate acestea, dacă un părinte sau un bunic a dezvoltat Alzheimer când avea mai puțin de 65 de ani, riscul ca aceasta să se transmită genetic este mai mare.

Totuși, boala Alzheimer cu debut precoce este relativ rară. Ea apare în aproximativ 5,5% din toate cazurile de Alzheimer. Deoarece majoritatea cazurilor de demență sunt reprezentate de boala Alzheimer, aceasta înseamnă că majoritatea cazurilor de demență nu sunt ereditare.

FTD, care este mult mai puțin frecventă, are o legătură genetică mai puternică, dar dacă un părinte sau un bunic dezvoltă această afecțiune, aceasta nu înseamnă că toți copiii sau nepoții o vor dezvolta garan-

tat. În prezent, se estimează că FTD afectează 15-22 din 100 000 de persoane. Dintre aceste persoane, 10-15% au un istoric familial puternic al afecțiunii.

4. Demența afectează doar adulții în vârstă.

Vârsta este un factor de risc pentru demență, dar demența poate afecta și adulții mai tineri, deși în cazuri rare. Unii oameni de știință estimează că, la persoanele cu vârste cuprinse între 30 și 64 de ani, 38-260 de persoane din 100.000 - echivalentul a 0,038-0,26% - dezvoltă demență cu debut precoce. În intervalul de vârstă 55-64 de ani, aceasta crește la aproape 420 de persoane din 100.000, sau 0,4%.

5. Utilizarea vaselor din aluminiu provoacă Alzheimer

În anii 1960, oamenii de știință au injectat iepuri cu niveluri ridicate de aluminiu. Ei au constatat că animalele au dezvoltat leziuni neurologice similare cu cele care se formează în creierul persoanelor cu Alzheimer.

În plus, unele studii¹ au identificat aluminiu în plăcile asociate cu Alzheimer. Cu toate acestea, aluminiul apare și în creierul sănătos, iar cercetătorii nu au stabilit o legătură cauzală între acest element și boala.

În urma acestor studii, încă circulă mituri conform cărora consumul de alcool din cutii de aluminiu sau gătitul în oale de aluminiu crește riscul de Alzheimer. Cu toate acestea, de la acele experimente timpurii, oamenii de știință nu au găsit o asociere clară între Alzheimer și utilizarea tigăilor și cratițelor din aluminiu.

1 Link between Aluminum and the Pathogenesis of Alzheimer's Disease: The Integration of the Aluminum and Amyloid Cascade Hypotheses - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056430/>)

Deși cercetătorii vor stabili, în cele din urmă, relația exactă dintre aluminiu și Alzheimer, consumul de aluminiu prin alimentație este puțin probabil să joace un rol major.

După cum explică Alzheimer's Society: „Aluminiul din alimente și băuturi este într-o formă care nu este ușor absorbită în organism. Prin urmare, cantitatea absorbită este mai mică de 1% din cantitatea prezentă în alimente și băuturi. Cea mai mare parte a aluminiului introdus în organism este eliminat de rinichi”. Cu toate acestea, ei scriu, de asemenea, că unele cercetări au descoperit „un rol potențial pentru dozele mari de aluminiu din apa potabilă în evoluția bolii Alzheimer la persoanele care au deja boala”.

6. Demența semnaleză sfârșitul vieții care are sens.

Din fericire, acesta nu este cazul. Multe persoane diagnosticate cu demență duc o viață activă, plină de sens.

Unele persoane se tem că, dacă un medic le pune diagnosticul de demență, nu vor mai putea ieși singure la plimbare și vor trebui să înceteze imediat să mai conducă vehiculul. Este adevărat că aceste ajustări pot apărea în timp, pe măsură ce afecțiunea progresează, dar în cazurile ușoare de demență, nu sunt necesare schimbări dramatice. Pe măsură ce demența se agravează, sunt probabile schimbări în modul în care o persoană își duce viața, dar asta nu înseamnă că persoana respectivă nu poate duce o viață împlinită.

„Prea mulți oameni sunt în întuneric cu privire la demență - mulți cred că un diagnostic de demență înseamnă că cineva este imediat incapabil să ducă o viață normală, în timp ce miturile și neînțelegerile continuă să contribuie la stigmatizarea și izolarea pe care mulți oameni le vor simți”, explică Jeremy Hughes, fost director executiv al Societății Alzheimer. „[Vrem] să reasigurăm oamenii că viața nu se termină atunci când începe demența.” – concludă acesta.

7. Pierderea memoriei înseamnă întotdeauna demență.

Deși pierderea memoriei poate fi un simptom timpuriu al demenței, ea nu înseamnă neapărat începutul acestei afecțiuni. Memoria umană poate fi imprevizibilă și cu toții uităm lucruri ocazional. Cu toate acestea, dacă pierderea memoriei interferează cu viața de zi cu zi, cel mai bine este să discutați cu un medic.

Deși problemele de memorie tind să fie un semn timpuriu al bolii Alzheimer, acest lucru nu este valabil și pentru alte forme de demență. De exemplu, semnele și simptomele timpurii ale FTD pot include modificări ale dispoziției și personalității, dificultăți de limbaj și comportament obsesiv.

8. Demența poate fi prevenită întotdeauna.

Acest lucru, din păcate, nu este adevărat. Cu toate acestea, este important de reținut că anumiți factori pot reduce riscul apariției anumitor tipuri de demență sau pot întârzia debutul acestora.

De exemplu, Raportul 2020 al Comisiei Lancet despre prevenția, intervenția și îngrijirea demenței² enumeră 12 factori care cresc riscul de demență: 1. nivelul scăzut de educație; 2. hipertensiune arterială; 3. deficiențe de auz; 4. fumatul; 5. obezitatea; 6. depresie; 7. inactivitate fizică; 8. diabet; 9. niveluri scăzute de contact social; 10. consumul de alcool; 11. leziuni cerebrale traumatice și 12. poluarea aerului.

Unii dintre acești factori sunt mai dificil de modificat decât alții, însă modificarea oricăruia dintre ei ar putea contribui la reducerea riscului de a dezvolta demență. Autorii raportului explică:

² Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission - The Lancet ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30367-6/fulltext))

„Împreună, cei 12 factori de risc modificabili reprezintă aproximativ 40% din demențele la nivel mondial, care, în consecință, ar putea fi teoretic prevenite sau întârziate”.

Cu toate acestea, după cum explică Dr. Nancy Sicotte, neurolog la spitalul Cedars-Sinai din Los Angeles, California, *„Reducerea riscului necesită începerea acestor modificări ale stilului de viață încă de la început, nu așteptarea până la 70 de ani”.*

9. Vitaminele și suplimentele pot preveni demența.

Și acest lucru este fals. Până în prezent, nu există dovezi solide că suplimentele de vitamine sau minerale pot reduce riscul de demență. În 2018, Biblioteca Cochrane a efectuat o analiză cu scopul de a răspunde la această întrebare.

Analiza lor a inclus date de la mai mult de 83 000 de participanți din cele 28 de studii incluse. Deși autorii raportează „unele limitări generale ale dovezilor”, ei concluzionează: *„Nu am găsit dovezi că orice strategie de suplimentare cu vitamine sau minerale pentru adulții cognitiv sănătoși la mijlocul sau sfârșitul vieții are un efect semnificativ asupra declinului cognitiv sau a demenței, deși dovezile nu permit concluzii definitive”.*

10. Toate persoanele cu demență devin agresive.

În unele cazuri, persoanele cu demență ar putea găsi din ce în ce mai greu să dea sens lumii din jurul lor. Această confuzie poate fi frustrantă, iar unele persoane ar putea răspunde la emoții într-o manieră furioasă. Cu toate acestea, acest lucru nu este valabil pentru toată lumea.

În cadrul unui studiu care a implicat 215 persoane cu demență, 41% dintre participanți au dezvoltat agresivitate pe parcursul celor 2 ani de studiu. Atunci când au analizat factorii care creșteau riscul de a

dezvolta agresivitate, cercetătorii au identificat doi dintre principalii factori ca fiind durerea fizică și o relație de calitate scăzută între persoană și îngrijitorul acesteia.

11. Demența nu este niciodată fatală.

Din păcate, demența poate fi fatală. Potrivit unui studiu realizat în 20203 în rândul adulților cu vârste cuprinse între 70 și 99 de ani, demența poate fi o cauză de deces mai frecventă decât au crezut în mod tradițional experții. Autorii „*au constatat că aproximativ 13,6% din decese au fost atribuite demenței în perioada 2000-2009*”.

Deși demența îi îngrijorează pe oameni, în special pe măsură ce îmbătrânesc, iar acest lucru este justificat în multe privințe, cu cât o persoană știe mai multe despre subiect, cu atât ne putem aștepta că interesul pentru prevenție să crească. Apoi, este important să combatem dezinformarea care ar putea spori îngrijorarea și stigmatizarea. În plus, în viitor, sperăm că știința va reduce impactul demenței și, prin urmare, teama asociată cu această afecțiune.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. Dementia (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>)
2. World Alzheimer's Day is September 21, 2024 | <https://www.alz.org/about/awareness-initiatives/world-alzheimers-day>
3. World Alzheimers Day – 21st September - Alzheimers New Zealand (<https://alzheimers.org.nz/news/world-alzheimers-day-21st-september/>)
4. 21 septembrie – Ziua Internațională de Luptă împotriva Maladiei

Alzheimer - Institutul Național de Sănătate Publică (<https://insp.gov.ro/2023/09/21/21-septembrie-ziua-internationala-de-lupta-impotriva-maladiei-alzheimer/>)

5. Dementia vs. Alzheimer's disease: What is the difference? (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/323283#summary>)

6. Tackling 11 myths about dementia (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-dementia#5.-Using-aluminum-pans-causes-Alzheimers>)

7. Common causes of forgetfulness (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/forgetfulness>)

Ziua Mondială a Inimii: 29 septembrie 2024

Timp aproximativ de lectură: 11 minute

În anul 2000, Ziua Mondială a Inimii a fost stabilită de World Heart Federation în parteneriat cu Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Motivul a fost acela de a crea o zi care să sensibilizeze și să mobilizeze acțiunea internațională împotriva bolilor cardiovasculare. Iar din 2011, Ziua Mondială a Inimii a devenit un eveniment anual.

Motivul este unul evident, de vreme ce bolile cardiovasculare (BCV) reprezintă principala cauză de deces la nivel mondial, provocând aproximativ 17,9 milioane de decese în fiecare an.

Când ne referim la bolile cardiovasculare vorbim de fapt despre un grup de afecțiuni ale inimii și vaselor de sânge care includ boala coronariană, boala cerebro-vasculară, boala reumatică a inimii și alte afecțiuni. Mai mult de patru din cinci decese cauzate de BCV se datorează atacurilor de cord și accidentelor vasculare cerebrale, iar o treime din aceste decese apar prematur la persoanele sub 70 de ani.

Iată de ce merită să combatem miturile care există pe această temă începând cu cel privind vârsta la care pot apărea.



1. Tinerii nu trebuie să își facă griji cu privire la bolile de inimă

Este adevărat că este mai probabil ca bolile de inimă să afecteze persoanele cu vârsta de peste 65 de ani, dar 4-10% dintre atacurile de cord apar la persoanele cu vârsta sub 45 de ani, în principal la bărbați. În plus, modul în care ne trăim viața ca copii, adolescenți și adulți este cel care pune bazele sănătății inimii pe măsură ce îmbătrânim.

De exemplu, o alimentație bogată în grăsimi trans și saturate sau fumatul cresc încet riscul de boli de inimă pe măsură ce îmbătrânim. Modificările aduse stilului de viață la începutul vieții pun bazele unei inimi mai sănătoase la sfârșitul vieții.

2. Oamenii ar trebui să evite exercițiile fizice dacă au boli de inimă

Acesta este un mit. Exercițiile fizice ajută la întărirea mușchiului car-

diac și la îmbunătățirea fluxului sanguin în corp.

În august 2020, Societatea Europeană de Cardiologie a publicat orientări privind exercițiile fizice la pacienții cu boli cardiovasculare. Prof. Sanjay Sharma, care a fost implicat în crearea ghidurilor, explică: „*Riscul ca exercițiul fizic să declanșeze un stop cardiac sau un atac de cord este extrem de scăzut*”. Cu toate acestea, el adaugă și o notă de precauție: „*Persoanele care sunt complet inactive și cele cu afecțiuni cardiace avansate ar trebui să își consulte medicul înainte de a se apuca de sport.*”

3. Iau medicamente care reduc colesterolul, așa că pot mânca orice îmi place

Unele medicamente, cum ar fi statinele, reduc nivelul de colesterol din sânge. Totuși, acest lucru nu înseamnă că o persoană care ia statine poate consuma cu abandon alimente care conțin grăsimi saturate.

Colesterolul este fie consumat prin alimente, fie produs în ficat. Statinele blochează o enzimă din ficat care este necesară pentru producerea colesterolului, reducând nivelul general al colesterolului din sânge. Totuși, acest lucru înseamnă că colesterolul ingerat poate ajunge în continuare în sânge.

Așadar, statinele pot doar să anuleze efectele adverse ale unei diete proaste, dar o dietă proastă va crește riscul altor factori de risc independenți pentru bolile de inimă, cum ar fi obezitatea, hipertensiunea și diabetul.

4. Bolile de inimă sunt moștenite în familia mea, așa că nu pot face nimic pentru a le opri

Dacă membrii apropiați ai familiei s-au confruntat cu boli de inimă, ar putea însemna că aveți un risc crescut. Cu toate acestea, nu este

cert acest lucru, și există o serie de modalități de a reduce riscul, chiar și pentru persoanele cu o susceptibilitate genetică.

Acestea includ o dietă sănătoasă, oprirea fumatului, gestionarea tensiunii arteriale și exerciții fizice regulate.

De asemenea, este demn de remarcat faptul că, dacă bolile de inimă se întâlnesc în familie, este posibil să nu fie un semn de susceptibilitate genetică. Familiile tind să împărtășească factorii stilului de viață, cum ar fi dieta și obiceiurile de exerciții fizice, ambele putând avea un impact asupra riscului de boli de inimă.

5. Vitaminele pot preveni bolile de inimă

Deși este puțin probabil ca majoritatea vitaminelor, luate în dozele recomandate, să fie rele pentru sănătatea inimii, nu există dovezi că administrarea vreunui supliment de vitamine poate reduce riscul de boli de inimă. Și, cu siguranță, acestea nu pot înlocui o dietă sănătoasă și exercițiile fizice regulate.

De exemplu, o revizuire sistematică și o meta-analiză au căutat asocieri între suplimentele multivitaminice și minerale și o serie de rezultate cardiovasculare, inclusiv boli coronariene și accident vascular cerebral. Analiza¹, publicată în 2018, a folosit date din 18 studii existente, inclusiv 2.019.862 de participanți.

Autorii au concluzionat că *„suplimentarea cu multivitamine și minerale nu îmbunătățește rezultatele cardiovasculare în populația generală”*.

Potrivit Victoriei Taylor, responsabil cu nutriția la British Heart Foundation: *„Nu există soluții minune când vine vorba de nutriție - suplimentele nu înlocuiesc alimentele sănătoase. S-ar putea să vi se prescrie un supliment de vitamine sau minerale de către un profesionist*

1 Association of Multivitamin and Mineral Supplementation and Risk of Cardiovascular Disease | Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes (<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004224>)

din domeniul sănătății din alte motive, dar nu recomandăm oamenilor să ia multivitamine pentru a ajuta la prevenirea bolilor cardiace și circulatorii.”

6. Am fumat ani de zile, la ce ajută să mă opresc acum

Acesta este un mit. Fumatul tutunului este o cauză majoră a bolilor de inimă. De îndată ce o persoană se oprește din fumat, încep beneficiile pentru sănătate.

Institutul Național asupra Îmbătrânirii scrie: *„Nu contează câți ani aveți sau de cât timp fumați, renunțarea la fumat în orice moment vă îmbunătățește sănătatea. Atunci când renunțați la fumat, este probabil să adăugați ani la viața dumneavoastră, să respirați mai ușor, să aveți mai multă energie și să economisiți bani”*. Ei explică, de asemenea, că veți reduce riscul de atac de cord și accident vascular cerebral și veți avea o circulație mai bună.

7. Bolile de inimă afectează în special bărbații

Acesta este un mit, deoarece bolile de inimă sunt principala cauză de deces atât la bărbați, cât și la femei. În 2017, în SUA, 24,2% din bărbați și 21,8% din femei au murit din cauza bolilor de inimă.

Când se adaugă accidentele vasculare cerebrale, care au factori de risc similari, cifrele sunt și mai asemănătoare între bărbați și femei: 28,7% bărbați și 28% femei au murit de boli de inimă sau accident vascular cerebral.

Este o concepție greșită comună că numai bărbații sunt afectați de boli de inimă. Este adevărat că bărbații tind să dezvolte boli cardiovasculare la o vârstă mai înaintată decât femeile și prezintă un risc mai mare de boli coronariene. Cu toate acestea, femeile au un risc mai

mare de accident vascular cerebral. O lucrare² explică: „Deși incidența bolilor cardiovasculare la femei este de obicei mai mică decât la bărbați, femeile au o mortalitate mai mare și un prognostic mai prost după evenimente cardiovasculare acute”.

8. Stopul cardiac și atacul de cord sunt același lucru

Atacul de cord și stopul cardiac nu sunt același lucru. Un atac de cord este o problemă de circulație. Acesta apare atunci când artera coronară, care transportă sânge oxigenat către mușchii inimii, se blochează.

Un stop cardiac este o „problemă electrică”, în care inima încetează să mai pompeze eficient sânge în corp. Stopurile cardiace sunt adesea cauzate de un atac de cord.

În timpul unui atac de cord, o persoană este probabil să fie conștientă. În timpul unui stop cardiac, aceasta este aproape întotdeauna inconștientă. Ambele sunt o urgență medicală.

9. Tusea în timpul unui atac de cord vă poate salva viața

Potrivit unor surse, tusea viguroasă în timpul unui atac de cord - așa-numita Tuse CPR - vă poate salva viața.

Aceasta este o denaturare pe internet a unei lucrări publicată în urmă cu peste 40 de ani, care a arătat că pacienții care au avut un stop cardiac în timpul arteriografiei în spital și care au tușit la fiecare 1-3 secunde au rămas conștienți timp de încă 39 de secunde.

Nu există însă nicio dovadă că această tehnică funcționează în comunitate pentru atacurile de cord care nu sunt induse de proceduri me-

2 Gender differences in cardiovascular disease - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590093519300256>

dicale.

Potrivit lui Christopher Allen, o asistentă medicală senior specializată în cardiologie: „*Prioritatea absolută atunci când credeți că dumneavoastră sau altcineva aveți un atac de cord este să apelați serviciile de urgență. În acest fel, puteți fi evaluată și ajutăată, iar dumneavoastră veți ajunge la spital cât mai repede posibil. Nu există nicio dovadă medicală care să susțină "resuscitarea prin tuse".*”.

10. Persoanele cu boli cardiovasculare ar trebui să evite consumul tuturor grăsimilor

O persoană cu boli cardiovasculare ar trebui cu siguranță să-și reducă aportul de grăsimi saturate - care se găsesc în alimente precum unt, biscuiți, slănină și cârnați - și grăsimi parțial hidrogenate și trans, care se găsesc în alimente precum produse de patiserie, pizza congelată și popcorn pentru microunde.

Cu toate acestea, grăsimile nesaturate pot oferi beneficii. De exemplu, există unele dovezi că omega-3, care este o grăsime polinesaturată, ar putea proteja sănătatea inimii.

American Heart Association recomandă „*ca toți adulții să mănânce pește (în special pește gras) de cel puțin 2 ori pe săptămână. Peștele este o sursă bună de proteine și este sărac în grăsimi saturate. Peștele, în special speciile grase precum macrou, păstrăv de lac, hering, sardine, ton albacore și somon, furnizează cantități semnificative din cele două tipuri de acizi grași omega-3 care s-au dovedit a fi cardioprotectori, [acidul eicosapentaenoic] și [acidul docosahexaenoic]*”.

Ei recomandă, de asemenea, consumul de acizi grași omega-3 derivați din plante. Aceștia pot fi găsiți în tofu și alte forme de boabe de soia; nuci, semințe de in și uleiurile lor; și ulei de canola.

În concluzie, bolile de inimă sunt frecvente, dar nu sunt inevitabile.

Există modificări ale stilului de viață pe care le putem implementa cu toții pentru a reduce riscul de a dezvolta probleme cardiovasculare, indiferent de vârstă.

Cei mai importanți factori de risc comportamentali ai bolilor de inimă și ai accidentelor vasculare cerebrale sunt alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică, consumul de tutun și consumul nociv de alcool. Printre factorii de risc de mediu, poluarea aerului este un factor important.

Efectele factorilor de risc comportamentali se pot manifesta la indivizi prin creșterea tensiunii arteriale, a glicemiei, a lipidelor din sânge, precum și prin exces de greutate și obezitate. Acești „factori de risc intermediari” pot fi măsurați în unitățile de îngrijire primară și indică un risc crescut de atac de cord, accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă și alte complicații.

Și alte câteva noutăți importante despre afecțiunile cardiace, factorii de risc și screeningul necesar:

1. Cercetătorii de la Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) din Spania au confirmat că hematopoieza clonală este un factor de risc pentru ateroscleroză, cauza care stă la baza majorității bolilor cardiovasculare. Aceste noi informații ar putea conduce în viitor la dezvoltarea unor noi tratamente personalizate pentru pacienți.
2. Cercetătorii de la Brigham and Women's Hospital au descoperit că măsurarea a trei markeri biologici diferiți din sânge (proteina C reactivă de înaltă sensibilitate (hsCRP), colesterolul lipoproteic de joasă densitate (LDL-C) - cunoscut și sub denumirea de „colesterol rău” - și lipoproteina(a) sau Lp(a), pe scurt) poate prezice mai bine riscul unei femei de a suferi un eveniment cardiovascular major în următorii 30 de ani, comparativ cu măsurarea

unui singur biomarker (LDL-C).

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. World Heart Day | Background, History & Awareness | Britannica <https://www.britannica.com/topic/World-Heart-Day>
2. World Heart Day 2023: Date, Theme, History, Significance And Other Details (<https://www.ndtvprofit.com/trending/world-heart-day-2023-date-theme-history-significance-and-other-details>)
3. 10 myths about heart disease (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-heart-disease>) - inclusiv sursa foto
4. A new cardiovascular risk factor has emerged: What to know (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/researchers-pinpoint-new-cardiovascular-risk-factor-suggest-potential-treatment>)
5. Could a blood test help predict cardiovascular risk in women? (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/3-blood-biomarkers-predict-higher-risk-of-heart-attack-stroke-in-women>)



Virusul West Nile

Timp aproximativ de lectură: 6 minute

De la începutul anului 2024 și până la 11 septembrie 2024, 16 țări din Europa au raportat cazuri umane de infecție cu virusul West Nile: Albania, Austria, Bulgaria, Croația, Franța, Germania, Grecia, Ungaria, Italia, Kosovo, Macedonia de Nord, România, Serbia, Slovenia, Spania și Turcia.

În cazul României, conform unui raport al Institutului Național de Sănătate Publică, 47 de cazuri de infecție cu virusul West Nile au fost înregistrate din 3 iunie până în 5 septembrie 2024. Iar dintre persoanele infectate, patru au decedat.

Deși sezonul cald pare să fi trecut, foarte probabil ne vom confrunta cu această provocare și în anul următor, de aceea noutățile în domeniu sunt extrem de utile, pentru a înțelege mai bine cum ne putem proteja și ce șanse avem să nu facem forme grave de boală.

Dar ce este și cum se transmite virusul West Nile?

Virusul este transmis la om de țânțarii infectați, în principal de țânțarii Culex. Țânțarii infectați mușcă păsări și cai, care preiau virusul în sânge și pot apoi infecta alți țânțari care se hrănesc cu sângele lor.

Pe parcursul lunilor de vară, acest ciclu duce la o amplificare a populației de țânțari infectați, crescând riscul ca țânțarii infectați să infecteze oamenii.

Cele mai multe infecții umane au loc în ultima parte a verii, cu un vârf în august și septembrie.

Deși în mod obișnuit virusul West Nile nu se transmite de la om la om, au existat câteva cazuri în care s-a răspândit prin transplanturi de organe deoarece nu toți donatorii de organe sunt testați pentru virusul West Nile.

Centrul pentru controlul și prevenirea bolilor (CDC) din SUA estimează că aproximativ 8 din 10 persoane infectate nu dezvoltă simptome. Aproximativ una din cinci persoane se îmbolnăvește, iar simptomele includ febră, frisoane, dureri musculare și articulare, dureri de cap, vărsături și diaree și erupții cutanate.

Riscul de îmbolnăvire după infectare crește odată cu vârsta, persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste prezentând un risc mai mare, precum și persoanele cu cancer, diabet, hipertensiune arterială, boli renale și persoanele care au beneficiat de transplant de organe. Aproximativ 1 din 10 persoane care dezvoltă o boală gravă moare din cauza infecției.

Aproximativ 1 din 150 de persoane dezvoltă simptome neurologice, atunci când virusul pătrunde în sistemul nervos central. Atunci virusul traversează bariera hemato-encefalică și poate provoca: cefalee, febră mare, rigiditate a gâtului, tulburări de conștiență, letargie extremă și reactivitate redusă la stimuli externi (stupoare), dezorientare, comă, tremurături, convulsii, slăbiciune musculară, paralizie.

Ce tratamente se pot folosi și ce șanse există de a avea în viitor un vaccin protector?

Nu există un tratament specific pentru bolile legate de virusul West Nile. În cazul în care o persoană suferă de o formă mai severă a bolii, encefalită sau meningită West Nile, tratamentul poate include terapie intensivă de susținere, cum ar fi spitalizare, administrare de fluide intravenoase, aparat de respirație (ventilator), prevenirea altor infecții, cum ar fi pneumonia sau infecțiile tractului urinar, îngrijire medicală.

Există date limitate privind utilizarea diferitelor produse terapeutice pentru tratarea pacienților cu boala West Nile, cum ar fi imunoglobulina policlonală standard și hiperimună, imunoglobulina monoclonală, interferonul, ribavirina și corticosteroizii. Majoritatea datelor publicate cuprind rapoarte de caz și serii de cazuri care descriu utilizarea diferitelor produse la pacienții cu boala West Nile, cu diferite doze, momente de administrare și populații de pacienți. Sunt necesare studii clinice mai ample, prospective și controlate pentru a evalua eficacitatea și impactul unor factori precum dozarea, momentul administrării și populațiile de pacienți care ar putea beneficia de anumite tratamente.

În prezent, nu există încă un vaccin uman împotriva virusului West Nile și niciun candidat nu este nici măcar aproape de obținerea licenței. Strategiile actuale de prevenire se bazează în principal pe programe de control al țânțarilor. Deși acestea sunt mult mai ieftine decât vaccinurile, care necesită dezvoltări clinice lungi și costisitoare, efectele lor sunt trecătoare.

Imunizarea ar fi în mod clar o metodă durabilă și de lungă durată de a proteja oamenii de boala cauzată de virusul West Nile. În general, motivele lipsei unui vaccin uman pot include provocări științifice (în principal în obținerea imunității protectoare), probleme de siguranță, dificultăți în proiectarea studiilor clinice sau considerente economice.

Dezvoltarea clinică a vaccinurilor include diferite faze, reprezentate de studii de amploare din ce în ce mai mare. În timp ce testele inițiale de fază I și II pentru siguranță și imunogenitate pot fi efectuate cu zeci până la sute de participanți, eficacitatea vaccinului trebuie demonstrată prin studii de fază III de mari dimensiuni în rândul populațiilor afectate de agentul patogen. Deoarece focarele de West Nile apar sporadic, iar regiunile afectate variază, este extrem de dificil să se evalueze impactul protecției mediate de vaccin în cadrul unui astfel de studiu de eficacitate, care este planificat pentru o anumită regiune pe parcursul unui anumit interval de timp.

Incertitudinea în planificarea studiilor de eficacitate nu este o problemă specifică acestui virus; de fapt, multe virusuri emergente prezintă modele foarte variabile în ceea ce privește amploarea și localizarea focarelor lor. În consecință, dezvoltatorii de vaccinuri discută modele alternative de acordare a licențelor cu autoritățile competente precum căi accelerate de autorizare sau regula Federal Drug Administration din SUA privind animalele, și anume autorizarea unui vaccin dacă există modele animale adecvate pentru testarea eficacității, dezvoltate în principal pentru a face față amenințărilor potențiale de bioterrorism.

Pentru majoritatea acestor strategii alternative de acordare a licențelor, este necesar un corelativ pentru protecție. Aceasta înseamnă că a fost stabilit un marker (de obicei imunologic) care indică inducerea cu succes a unui răspuns imun protector. Un rezultat-cheie al studiilor de vaccinare cu West Nile este capacitatea anticorpilor de a asigura o protecție completă. Acest lucru este foarte similar cu alte flavivirusuri, iar în cazul vaccinului împotriva febrei galbene, titlurile specifice ale anticorpilor neutralizanți servesc drept corelație pentru protecție.

În cazul vaccinurilor pentru febra galbenă, acest prag a fost stabilit prin experimente pe primate neumane. Cu toate acestea, primarele neumane sunt mult mai puțin sensibile la West Nile decât la febra galbenă, ceea ce complică stabilirea unui astfel de prag la aceste

animale. De asemenea, faptul că majoritatea persoanelor infectate cu West Nile nu dezvoltă simptome clinice face dificilă identificarea unui corelativ de protecție mediat de anticorpi prin intermediul datelor clinice, chiar și în timpul studiilor la scară largă.

Cu toate acestea, nu poate fi exclus faptul că un vaccin împotriva West Nile ar putea obține aprobarea de comercializare prin utilizarea uneia dintre strategiile alternative în locul studiilor clasice de eficacitate, însă acest lucru ar presupune ca vaccinul să aducă beneficii clinice și socioeconomice clare.

Este evident că virusul West Nile poate provoca boli grave, chiar fatale. Acesta a provocat peste 1 500 de decese începând din 1999 numai în SUA și 181 de decese în Europa în 2018. Prin urmare, un vaccin împotriva lui ar salva vieți și ar evita suferința multor oameni.

Cu toate acestea, din punct de vedere economic, este discutabil dacă un vaccin ar fi benefic pentru sistemele de sănătate sau dacă costurile ar fi inacceptabil de ridicate. Două studii publicate au abordat raportul cost-eficacitate al vaccinării împotriva West Nile în SUA, unul în 2006, celălalt în 2017. Ambele investigații concluzionează că este puțin probabil ca un vaccin împotriva West Nile să reducă costurile.

Deoarece numărul de cazuri este relativ scăzut, iar costurile presupuse pe doză de vaccin sunt ridicate, suma de bani necesară pentru a evita un singur caz este, prin urmare, foarte mare. Raportul cost-eficacitate crește atunci când sunt imunizate doar anumite grupe de vârstă, în comparație cu vaccinarea universală. Cu toate acestea, chiar și în cazul unei imunizări specifice, acesta ar fi în continuare mult mai scăzut în comparație, de exemplu, cu vaccinul împotriva herpesului zoster, care vizează, de asemenea, persoanele în vârstă. Evident, o creștere a numărului de cazuri și un vaccin care este ieftin și care, în mod ideal, necesită doar o singură doză ar putea răsturna acest scenariu.

În acest context, este relevant faptul că aproape toate vaccinurile candidate testate clinic până în prezent necesită mai mult de o

doză pentru a obține titluri ridicate de anticorpi neutralizanți la o proporție semnificativă de participanți la studiu.

Pe de altă parte, există dovezi privind diferite variații genetice care sunt asociate cu forme severe ale bolii West Nile, ceea ce ar putea conduce la abordări de vaccinare mai specifice. Acest lucru ar putea avea un impact asupra raportului cost-eficacitate, cu condiția ca testele genetice să fie disponibile și acceptate de persoanele care doresc să se vaccineze.

În aceste circumstanțe, virusul West Nile rămâne o amenințare semnificativă pentru oameni în multe părți ale lumii. Iar potențialul virusului de a provoca izbucniri în zone nou endemice, așa cum s-a întâmplat în Europa în 2018, este alarmant. Capacitatea sa de a dobândi mutații care duc la creșterea virulenței, împreună cu flexibilitatea sa de a utiliza diverse specii de țânțari ca vectori și păsări drept gazde amplificatoare, fac ca epidemiile să fie extrem de imprevizibile.

Încălzirea globală și traficul din ce în ce mai intens de persoane, animale și bunuri sunt factori suplimentari care favorizează răspândirea în continuare a West Nile. Așadar cu acest virus ne vom întâlni din ce în ce mai frecvent.

În aceste condiții, un vaccin uman ar fi esențial pentru a face față acestei amenințări globale. Așa se face că abordările noi prezentate aduc speranțe importante că acesta ar putea deveni disponibil pentru administrare țintită într-un orizont de timp relativ scurt.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. Weekly updates: 2024 West Nile virus transmission season (<https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/disease-data-ecdc>)
2. <https://www.cdc.gov/west-nile-virus/data-maps/historic-data->

.html

3. West Nile Virus | Johns Hopkins Medicine <https://www.hopkins-medicine.org/health/conditions-and-diseases/west-nile-virus>
4. West Nile Virus Disease Therapeutics: Review of the Literature | West Nile Virus | <https://www.cdc.gov/west-nile-virus/hcp/treatment-prevention/therapeutics-review.html>
5. West Nile virus vaccines – current situation and future directions - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6816401/>)
6. Combating West Nile Virus Disease — Time to Revisit Vaccination | New England Journal of Medicine (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2301816>)
7. Zeci de cazuri de infecție cu virusul West Nile înregistrate în această vară / Au fost raportate și 4 decese - <https://hotnews.ro/zeci-de-cazuri-de-infectie-cu-virusul-west-nile-inregistrate-in-aceasta-vara-au-fost-raportate-si-4-decese-1786375>
8. Sursa foto: Virusul West Nile (<https://www.cdc.gov/west-nile-virus/index.html>)

Îngrijirea centrată pe pacient în îngrijirile medicale – oportunități de implementare în unitățile de îngrijire acută din România

Doina Carmen Mazilu^{1,2}, Corina Gagiu^{1,2,3}, Daniela Stan^{1,2,4}, Claudia Elena Dobre^{1,2}, Ana Mareș^{1,5}, Viorica Nedelcu^{1,2}, Mariana Zazu^{1,2}

¹OAMGMAMR București; Centrul Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI; ²UMFCD Carol Davila; ³Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, București; ⁴Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu”, București; ⁵Spitalul de Urgență Bagdasar-Arseni, București, Romania

Introducere

Îngrijirea centrată pe pacient (ICP) este un concept recunoscut la nivel global pentru asigurarea îngrijirilor de calitate și siguranță. Asistenții medicali și moașele, ca membrii ai echipei medicale, au o responsabilitate esențială în furnizarea îngrijirilor cu accent pe valorile și preferințele pacientului.

Scopul principal al acestui studiu a fost de a dezvoltarea unui **Cadru adecvat pentru implementarea ICP**, ținând cont de experiența

internațională în domeniu (date publicate din cercetările internaționale) și de cadrul social, politic și cultural din România.

Material și metodă

A fost realizată o revizie rapidă în următoarele cinci baze de date: Medline, CINAHL, SCOPUS, Cochrane Library, JBI. Au fost căutate articole full-text publicate până în prezent (februarie 2024) referitoare la îngrijirea centrată pe pacient/persoană în mediul de îngrijire acută, în contextul îngrijirilor medicale furnizate de asistenții medicali. Au fost selectate 85 articole relevante, care au fost analizate și sintetizate pentru a înțelege amploarea subiectului.

Rezultate și discuții

Din studiile analizate au fost selectate următoarele **componente caracteristice ale conceptului de îngrijire centrată pe pacient bazată pe dovezi**:

(1) Implicarea personalului: Furnizarea consecventă a îngrijirilor medicale în funcție de nevoile identificate

(2) Competență și Leadership:

- Încrederea pacientului în cunoștințele și aptitudinile asistentului medical
- Sentimentul de siguranță al pacientului în timpul îngrijirii furnizate de asistentul medical
- Timpul petrecut de asistentul medical cu pacientul
- Respect din partea asistentului medical pentru preferințele și alegerile pacientului
- Sprijinul asistentului medical acordat pacientului pentru a-și păstra autonomia (self care)

- Înțelegerea și acceptarea alegerilor pacientului (ceea ce este important pentru pacient)
- Comunicare eficientă

(3) Implicarea pacientului și familiei acestuia:

- Implicarea pacientului și/sau familiei în luarea deciziilor cu privire la îngrijirile medicale
- Crearea de oportunități pentru pacient de a manifesta propriile valori și credințe
- Respectarea intimității și drepturilor fundamentale ale pacientului; valorizare ca individ, incluziune și echitate socială.

Concluzii

Pentru a îmbunătăți rezultatele în materie de sănătate și calitatea îngrijirilor, sistemele de asistență medicală trebuie să dezvolte metode eficiente pentru implementarea și evaluarea ICP.

La nivel global se discută despre centrarea îngrijirilor pe pacient, însă, în realitate este foarte dificilă încadrarea în acest tipar de îngrijire, în condițiile în care există o serie întreaga de bariere și limitări. Identificarea principalelor facilități pentru limitarea acestor bariere poate fi o strategie eficientă de implementare a îngrijirii centrate pe pacient în România.

Cuvinte cheie: îngrijire centrată pe pacient, unități de îngrijire acută, asistenți medicali

Bibliografie selectivă

1. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Ex-

pectations. 2018 Apr;21(2):429-40.

2. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, Ariza-Vega P, Bellwood P, Burns J, Burton E, Fleig L, Clemson L, Hoppmann CA, Madden KM. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. Patient education and counseling. 2022 Jul 1;105(7):1679-88.

3 Engle RL, Mohr DC, Holmes SK, Seibert MN, Afable M, Leyson J, Meterko M. Evidence-based practice and patient-centered care: doing both well. Health care management review. 2021 Jul 1;46(3):174-84.

4. Phelan A, McCormack B, Dewing J, Brown D, Cardiff S, Cook NF, Dickson CA, Kmetec S, Lorber M, Magowan R, McCance T. Review of developments in person-centred healthcare. 2020.

Proiectarea teoretică a unui model de Cadru de competențe de bază pentru asistenții medicali din oncologie

Mariana Zazu^{1,2}, Doina Carmen Mazilu^{1,2}, Viorica Nedelcu^{1,2}, Claudia Elena Dobre^{1,2}, Corina Gagiu^{1,2,3}, Daniela Stan^{1,2,4}, Ana Mares^{1,5}, Florentina Ligia Furtunescu^{2,6}

¹OAMGMAMR București; Centrul Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI; ²UMFCD Carol Davila; ³Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, București; ⁴Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu”, București; ⁵Spitalul de Urgență Bagdasar-Arseni, București; ⁶Institutul Național de Sănătate Publică, București, Romania

Introducere

În contextul practicii avansate, asistenții medicali de oncologie sunt profesioniști cheie care furnizează îngrijiri medicale în comunitate, ambulatoriu, unități medicale pentru pacienți cu afecțiuni acute sau cronice.

La nivel global, este recunoscută necesitatea de formare profesiona-

lă specifică a asistenților medicali din oncologie. Cu toate acestea, în România, această specializare nu este implementată, îngrijirile medicale fiind furnizate de asistenți medicali generalişti care au învățat la locul de muncă proceduri specifice acestui domeniu clinic. Recent, în 2022 a fost aprobată o astfel de specializare, însă, până în acest moment nu există demersuri concrete în acest sens.

Scopul principal al acestui studiu a fost de a proiecta un *Cadru general de competențe pentru asistenții medicali din oncologie*, ținând cont de stadiul actual al cunoașterii și de contextul socio-cultural din România.

Material și metodă

În noiembrie 2023 a fost efectuată o revizie rapidă a literaturii în principalele baze de date (*N-Lex, JBI, Cochrane Library, Medline, CINAHL, SCOPUS*) cu scopul de a identifica: (1) principalele norme legislative europene și norme legislative naționale cu privire la profesia de asistent medical, (2) cel mai recent standard ocupațional pentru asistentul medical, (3) cele mai recente Cadre de competență elaborate de principalele asociații profesionale internaționale de oncologie.

Rezultate si discuții

„Îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației și reducerea inegalității în sănătate” reprezintă Obiectivul global al Organizației Mondiale a Sănătății formulat în *Health 2020 Policy Framework*. În acest context, prioritatea principală o reprezintă îmbunătățirea capacității profesionale a asistenților medicali și moșelor în vederea îndeplinirii obiectivelor de îngrijire centrată pe persoane, promovarea calității și siguranței, promovarea îngrijirilor bazate pe dovezi și a inovației.

În bazele de date au fost identificate următoarele documente care au stat la baza proiectării ***Cadrului național de competențe de bază***

pentru asistenții medicali din oncologie: (1) Ordinul 144 din 2008 de exercitare a profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical în România, (2) Standardul ocupațional al Asistentului medical generalist (2008), (3) Ordinul ministrului sănătății 1.775 din 2020 pentru aprobarea Normelor de organizare și desfășurare a programelor de specializare, (4) Health 2020 policy framework – Organizația Mondială a Sănătății, (5) Practice Standards and Competencies for the Specialized Oncology Nurse - Canadian Association of Nurses In Oncology, (6) Cancer Nursing Education Framework - The European Oncology Nursing Society (EONS), (7) Masterclass in Oncology Nursing - European School of Oncology-European Oncology Nursing Society, (8) Core Curriculum for Oncology Nursing - Oncology Nursing Society, and (9) Career Pathway and Education Framework for Cancer Nursing - Royal College of Nursing.

Concluzii

Efortul de a dezvolta competențele asistenților medicali din oncologie cuprinde proiectarea unui cadru de competențe și derularea mai multor focus grupuri la nivel național cu participarea asistenților medicali din oncologie.

Cuvinte cheie: Formarea profesională a asistenților medicali din oncologie, cadru de competențe de bază, asociații de asistență medicală oncologică, context de asistență medicală, Health 2020, reglementări legislative, standarde profesionale

Bibliografie selectivă

1. An Bord Atranais (2005) Requirements and Standards for Nurse Registration Education Programmes, 3rd edn. An Bord Altranais, Dublin

2. College of Nursing Ontario (1999) http://www.cno.org/Global/docs/reg/41037_EntryToPractic_final.pdf
3. Corner J. (2002) Nurses' experiences of cancer. *European Journal of Cancer Care* 11,193-9.
4. Department of Health UK (2000a) *The NHS Cancer Plan. A Plan for Investment, a Plan for Reform.* Department of Health, London
5. Drury A, Sulosaari V, Sharp L, Ullgren H, de Munter J, Oldenmenger W. The future of cancer nursing in Europe: Addressing professional issues in education, research, policy and practice. *European Journal of Oncology Nursing*. 2023 Apr 1;63:102271.
6. World Health Organization. *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals.* World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015.
7. International Agency for Research on Cancer. WHO, 2020.
8. The EONS Cancer Nursing Education Framework. 2022; <https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2021/07/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf>
9. Ullgren H. 2018. Does the EONS Cancer Nursing Education Framework, mirror Swedish Cancer Nurses competences? - A Delphi analysis

Îndrumătorul de îngrijire multi-modală în onco-hematologia pediatrică. Informații practice pentru părinții copiilor cu afecțiuni onco-hematologice pediatrică, Ed. Creator, 2024

Acest ghid este rezultatul unui proiect special al Asociației Părinților Copiilor cu Afecțiuni Oncologice (APCAO) care a oferit suport pentru îngrijirea multidisciplinară a copiilor internați în Clinica Pediatrie a Institutului Clinic Fundeni.

Prin acest proiect, copii diagnosticați cu cancer au beneficiat de suport specializat pentru nutriție corectă pe perioada tratamentului, au efectuat multe ore de recuperare medicală sub supravegherea unui specialist kinetoterapeut, au beneficiat de suport psiho-emoțional, ceea ce a dus la creșterea semnificativă a calității vieții pe parcursul spitalizării.

”Ca urmare a colaborării dintre medici onco-hematologi, medici de reabilitare medicală, echipa de specialiști în nutriție, în fizioterapie, psihologi, fiecare contribuind cu expertiza sa unică pentru a oferi

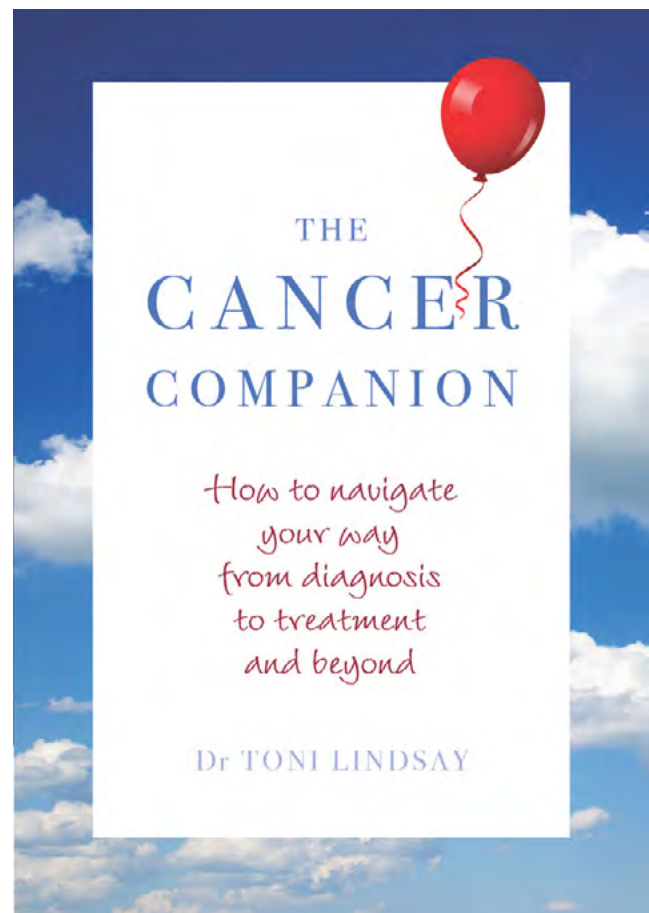


o viziune holistică asupra îngrijirii micilor pacienți, a fost elaborat acest ghid, din dorința de a furniza o resursă cuprinzătoare care să faciliteze o abordare integrată și personalizată, esențială pentru tratamentul eficient și pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților noștri.” - Prof. Univ. Dr. Anca Coliță, Medic primar Onco-hematologie pediatrică, Președinte Societatea Română de Onco-hematologie Pediatrică.

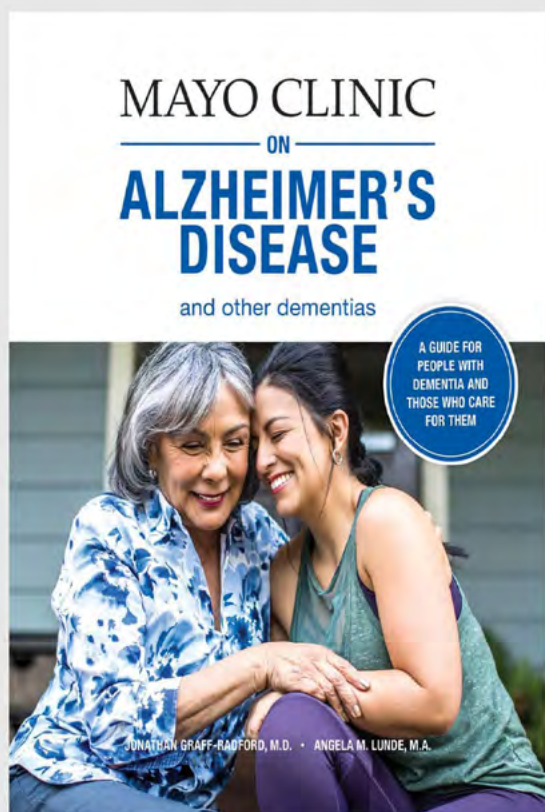
”Acest îndrumător este începutul unor demersuri educaționale atât pentru părinți, cât și pentru familiile acestora și chiar pentru personalul medical care poate fi interesat de atributele unei îngrijiri multidisciplinare a copilului oncologic. Ne propunem să fim ambasadorii multidisciplinarității în procesul de vindecare a copiilor care se confruntă cu acest diagnostic și vrem să susținem cu cât mai multe resurse existența în toate secțiile din țară a acestor echipe multidisciplinare.” - Amalia Năstase, Președinte Asociația Părinților Copiilor cu Afecțiuni Oncologice

Cancer companion, de Toni Lindsay, Ed. Exisle Publishing, 2021

Transformând cercetarea psihologică modernă în strategii constructive, lucrarea este un ghid plin de compasiune, lipsit de jargon, cu un impact semnificativ și de durată asupra bunăstării mentale a oricărei persoane a cărei viață a fost afectată de cancer.



Mayo Clinic on Alzheimer's Disease and Other Dementias, de Jonathon Graff-Radford, Angela M. Lunde, Ed. Mayo Clinic Press, 2020



Aproximativ 50 de milioane de persoane din întreaga lume suferă de demență. În fiecare an, sunt raportate aproape 10 milioane de cazuri noi, iar conform unor estimări, numărul persoanelor care trăiesc cu demență s-ar putea tripla până în 2050.

În acest context, această carte oferă experților o ocazie de actualizare a cunoștințelor despre Alzheimer.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oamrbuc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.