

eAsistent.ro

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

SEPTEMBRIE 2025



Cuvânt înainte

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

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

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

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

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți?

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

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

Cu drag,
Colectivul de redacție

EDITORIAL

Editorial de septembrie	4
-------------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Componentele de plastic și corpul uman	8
--	---

EVENIMENT

Siguranța pacientului de la început!	15
--------------------------------------	----

INTERVIU

Ce știm și ce nu știm despre durere?	21
--------------------------------------	----

ISTORIE

Siguranța pacientului – o filă de istorie	25
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Câteva noutăți despre durerea cronică	30
---------------------------------------	----

CĂRȚI MEDICALE

Durerea - O paradigmă regândită	39
---------------------------------	----

Adevărul despre durere - Noua știință a durerii și cum ne putem vindeca	40
---	----

Cântecul celulei	41
------------------	----

ECHIPA EDITORIALĂ	42
-------------------	----

Foto copertă: <https://www.holidayscalendar.com/event/world-patient-safety-day/>



Editorial de septembrie

Ne aflăm la începutul unui nou an școlar și universitar, așa că le urez mult succes tinerilor care au ales pregătirea pentru profesia de asistent medical generalist sau moașă. Veți învăța pentru a vă alătura unui corp profesional puternic, cu o misiune frumoasă.

să, căreia veți ajunge să-i dedicați timp și energie.

Așa că, la început de drum, vă propun un moment de reflecție asupra unor lucruri care pot face din cariera pentru care vă pregătiți una de succes. Și asta pentru că a fi asistent medical sau moașă este o alegere profesională minunată, cu numeroase beneficii, de la oportunități de carieră până la împlinire personală. Cu toate acestea, înainte de a începe acest parcurs, este esențial să te asiguri că profesia se potrivește cu interesele și abilitățile tale. A fi asistent medical sau moașă poate să-ți aducă satisfacții, dar necesită dedicare și compasiune. Iată, deci, cinci elemente cheie pe care trebuie să le iei în considerare înainte de a te lansa în această carieră.

Grija pentru celălalt (la noi în profesie, pentru pacient) este o valoare esențială.

În calitate de asistent medical, devii o parte vitală a rețelelor de sprijin ale pacienților, jucând adesea un rol crucial în confortul și bunăstarea acestora. Stabilirea de legături cu pacienții poate fi extrem de satisfăcătoare, dar prezintă și provocări. Sprijinirea pacienților poate fi epuizantă din punct de vedere emoțional, necesitând reziliență și compasiune. Însă crearea de legături bazate pe grijă este unul dintre aspectele cele mai satisfăcătoare ale profesiei de asistent medical. Oferirea de confort și siguranță pacienților, fie prin intervenții medicale, fie prin sprijin emoțional, este un mare privilegiu.

Ai nevoie de rezistență și să te întărești continuu.

Rezistența este o trăsătură fundamentală pentru asistenții medicali, care trebuie să facă față atât momentelor bune, cât și celor rele, în îngrijirea pacienților. Vă veți găsi adesea în situația de a lucra cu persoane aflate în momentele lor cele mai vulnerabile, ceea ce necesită tărie emoțională și capacitatea de a vă păstra calmul, în timp ce vă confrunțați cu situații dificile din punct de vedere emoțional. Aici aveți nevoie de sensibilitate și putere. În ciuda costului emoțional, asistenții medicali trebuie să rămână disponibili și calmi pentru următorul pacient, întruchipând îngrijirea terapeutică. În relația cu paci-

entul, în momentul în care are nevoie de ajutor, aveți nevoie atât de sensibilitate, cât și de rezistență.

Ai putea fi în situația de a munci în ture, așa că ai nevoie de un mecanism corect de adaptare la acest mod de lucru.

Profesia de asistent medical necesită flexibilitate, implicând adesea munca în ture și ore neconvenționale de muncă. Deși acest program permite perioade lungi de timp liber, necesită adaptare și să știi să acorzi prioritate îngrijirii personale, inclusiv somn adecvat și sprijin din partea celor dragi. Echilibrarea responsabilităților și a preferințelor personale este esențială pentru performanțe optime și satisfacție profesională. Când vei găsi locul de muncă potrivit pentru tine, performanțele tale vor fi la cel mai înalt nivel.

Ai nevoie să rămâi activ și pentru asta va fi necesar să investești în propria sănătate.

A fi asistent medical este o profesie solicitantă din punct de vedere fizic, care impune asistenților medicali să rămână activi pentru perioade lungi de timp. Menținerea condiției fizice și investiția în sănătate, cum ar fi alimentația sănătoasă și achiziționarea de încălțăminte adecvată, sunt esențiale pentru a avea energie și concentrare pe durata turelor lungi.

Acum îți alegi o profesie care înseamnă un echilibru între știința medicală și oferirea de servicii de îngrijire și, prin urmare, educația continuă este importantă.

Asistența medicală cuprinde atât acordarea de îngrijiri pline de compasiune, cât și aplicarea principiilor științifice în tratamentul pacienților. Asistenții medicali trebuie să găsească un echilibru între aceste aspecte în funcție de rolul și specializarea lor, asigurând excelența în ambele domenii.

Fie că administrează tratamente medicale sau oferă sprijin emoțional, asistenții medicali joacă un rol cu multe fațete în bunăstarea pacienților.

Învățarea continuă este esențială pentru dezvoltarea și avansarea profesioniștilor din domeniul asistenței medicale. Iar asistenții medicali au diverse oportunități de dezvoltare, inclusiv specializarea în domenii diferite sau ocuparea unor funcții de conducere.

Asistenții medicali trebuie să se străduiască să învețe pe tot parcursul vieții și să caute oportunități de mentorat și dezvoltare profesională. Ei trebuie să rămână dedicați educației continue, profitând de oportunitățile de a-și extinde cunoștințele și abilitățile.

Dacă aceste calități par să ți se potrivească, o carieră în asistența medicală va fi calea ideală.

În ciuda provocărilor sale, asistența medicală oferă o imensă satisfacție și stabilitate. Este o profesie care permite celor care devin parte a sa să facă o diferență tangibilă în viața altora, bucurându-se în același timp de oportunități de dezvoltare personală și profesională.

În plus de aceste lucruri importante pentru cei la început de cale în profesia noastră, vă încurajez să citiți articolele lunii septembrie din revistă și vă trimit cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Componentele de plastic și corpul uman

Timp aproximativ de lectură: 7 minute

Impactul pe care plasticul îl poate avea asupra corpului uman a devenit o problemă de sănătate publică care preocupă din ce în ce mai mult cercetătorii din domeniul medical.

O serie din ce în ce mai mare de lucrări sugerează că aceste componente din plastic (microplasticul, care are un diametru cuprins între 0,1 și 0,5 mm, și nanoplasticul, cu un diametru mai mic de 0,1 mm)

ar putea juca un rol în producerea unei game largi de disfuncții și patologii, mai ales că, potrivit unor studii recente, cantitatea care ajunge în organism este în creștere.

În 2018, o echipă de oameni de știință austrieci a descoperit fragmente minuscule de plastic în probe fecale de la persoane din mai multe țări. De atunci, astfel de particule au fost găsite în sângele uman, precum și în organe, inclusiv plămâni, ficat, rinichi, inimă și chiar creier. De asemenea, au fost găsite în placentă și în laptele matern.

Studiile arată că cele mai frecvente molecule care pătrund în piele sunt microplasticele și nanoplasticele din produsele de exfoliere pentru față și corp, dar și din fibrele hainelor pe care le purtăm. De exemplu, nanoplasticele sunt cele care penetrează stratul cornos al pielii din cauza dimensiunii lor mici, de mai puțin de 0,1 mm în diametru.

Mai recent, un studiu efectuat pe aproximativ 250 de pacienți din SUA, publicat în 2024 în *New England Journal of Medicine*, a asociat prezența microplasticele în placa arterială cu un risc mai mare de atac de cord și accident vascular cerebral.

Un alt studiu prospectiv observațional multicentric efectuat în Italia pe un eșantion de 257 de pacienți care au fost supuși unei endarterectomii carotidiene (procedură chirurgicală care îndepărtează depozitele de aterom - plăci de grăsime, colesterol, calciu - din arterele carotide pentru a restabili fluxul sanguin normal către creier și a preveni accidentele vasculare cerebrale) a arătat că compoziția plăcii de aterom care a fost îndepărtată conținea microplastice, polietilenă 58,4%, și clorură de vinil 12,1%. Urmărirea la 34 de luni după operație a arătat că pacienții la care s-au găsit particule de microplastic în placa ateromatoasă aveau un risc mai mare de atac de cord, accident vascular cerebral sau deces din orice cauză.

Pe de altă parte, un studiu publicat în *Nature Medicine* în 2025 a raportat că creierele persoanelor cu demență aveau cantități mult mai mari de microplastice decât creierele celor fără demență. În studiile efectuate cu țesuturi umane în laborator, s-a constatat că microplas-

ticele declanșează inflamații (baza multor boli cronice), alimentează dezvoltarea cancerului și reduc eficacitatea antibioticelor.

Aceste constatări au tras un semnal de alarmă.

Dar impactul real al microplasticelor asupra sănătății umane rămâne greu de determinat. Una dintre cauze este și că majoritatea cercetărilor de până acum privind efectele microplasticelor asupra sănătății au fost efectuate pe celule umane în plăci Petri sau pe modele animale, cum ar fi șoarecii, mai degrabă decât pe grupuri de oameni. Acest lucru este cauzat, în mare parte, de faptul că cercetătorilor le-au lipsit instrumentele necesare pentru a efectua studii populaționale la scară largă și studii randomizate necesare pentru a stabili orice efecte cauzale definitive.

O parte din complexitatea desfășurării unor studii ale căror rezultate să fie acceptate drept concludente este reprezentată de varietatea acestor componente plastice studiate, care contează foarte mult, deoarece particulele cu proprietăți diferite pot avea efecte diferite.

Atributele fizice, cum ar fi forma lor (de exemplu, fragmente cu muchii ascuțite sau fibre sub formă de ace) și gradul de încărcare cu sarcină electrică cresc probabilitatea de interacțiune și deteriorare celulară.

Unele componente din plastic provin din deșeuri care se dezintegrează; altele rezultă din uzura produselor de zi cu zi, cum ar fi textilele sintetice, anvelopele auto, vopselele, jucăriile, ustensilele și ambalajele.

Compoziția lor nu este mai puțin variată. O gamă largă de polimeri, cum ar fi nailonul și polipropilena, sunt utilizați pentru fabricarea materialelor plastice, împreună cu peste 10.000 de aditivi chimici (dintre care cel puțin 2.400 prezintă un potențial risc pentru sănătate).

Aproximativ 16.000 de substanțe chimice sunt asociate cu produsele din plastic, de la sinteză până la fabricarea produsului final, multe dintre acestea găsindu-se în cantități semnificative în produsele finite. Aceste substanțe chimice pot migra din material, în timp.

Se știe că aproximativ un sfert dintre aceste substanțe chimice prezintă un risc, iar pentru altele riscul este necunoscut din cauza lipsei datelor toxicologice. Substanțele chimice se pot scurge din articolele din plastic în diferite medii, de exemplu, substanțele chimice care intră în contact cu alimentele se pot scurge din ambalajele din plastic în alimentele care intră în contact cu aceste materiale. Există, de asemenea, multe exemple cotidiene de expunere directă prin piele.

În general, riscurile de contaminare chimică a materialelor din plastic cresc pe măsură ce plasticul se degradează. Riscurile pentru sănătatea umană cauzate de particulele de plastic și de substanțele chimice asociate includ efecte potențial cancerigene, asupra dezvoltării și perturbatoare endocrine.

Mai mult, materialele plastice nu rămân proaspete din fabrică pentru totdeauna. Pe măsură ce circulă în mediu, microplasticele captează contaminanți precum metalele grele, precum și viruși, bacterii și mușcagii (cunoscute sub denumirea colectivă de "corona" lor).

O altă problemă cu care se confruntă cercetătorii este stabilirea dozei de microplastice care trebuie administrată subiecților. Până în prezent, spune Juliette Legler de la Universitatea Utrecht din Olanda, dozele asociate cu efecte negative în culturile de celule și în studiile pe animale au fost mult mai mari decât cantitățile susceptibile de a fi găsite în organismele umane vii.

Caracterul complex, costisitor și laborios al acestor măsurători înseamnă că studiile privind consecințele specifice asupra sănătății, cum ar fi, de exemplu, corelația dintre microplasticele din fecale și sindromul colonului iritabil, au fost limitate la câteva zeci de persoane. Pentru a se ajunge la concluzii valide, acest număr ar trebui să fie mult mai mare.

Soluții la aceste obstacole de măsurare au apărut în ultimul timp. De exemplu, un grup de cercetători a conceput o nouă metodă bazată pe laser pentru a determina compoziția microplasticelor fără a deteriora țesutul gazdă. Acest lucru le permite să evalueze mai bine

efectul biologic al microplasticelor, precum și să permită reutilizarea probelor de țesut în cercetări viitoare. Este o "schimbare radicală", spune el, permițând studii care ar fi fost de neconceput cu doar un an în urmă.

Astfel de progrese în cercetare înseamnă că studiile mai ample și mai cuprinzătoare devin în sfârșit posibile. Un grup de cercetători utilizează aceste noi metode pentru a studia 800 de perechi mamă-copil din Belgia și Spania, căutând legături între microplasticele din placenta, urină și sânge și rezultatele pentru sănătate, cum ar fi nașterea prematură și dezvoltarea timpurie a copilului.

Într-un alt studiu, la care participă 100 de femei olandeze, cercetătorii urmăresc microplasticele din praful menajer și din urina participantelor. Aceștia încearcă să înțeleagă cum se compară diferitele surse de particule și dacă anumite obiceiuri de viață, cum ar fi aspiratul mai des, fac diferența.

Oamenii de știință austrieci analizează aceeași problemă în cadrul unui studiu privind "postul de plastic" (în care voluntarii își reduc consumul de materiale plastice timp de o săptămână) pentru a afla cum se modifică cantitatea de microplastice din sângele și scaunul lor.

Ce putem face, individual și colectiv, pentru a reduce impactul plasticului asupra sănătății noastre?

La nivel individual, câteva modalități de reducere a riscului de expunere la componentele din plastic și de introducere a acestora în organism sunt:

- (i) Reducerea utilizării recipientelor din plastic, în special cele de unică folosință. Acestea pot fi înlocuite cu sticle reutilizabile confecționate din alte materiale, pungi din pânză, precum și paie și tacâmuri reutilizabile,
- (ii) Cumpărarea de îmbrăcăminte confecționată din materiale naturale cum ar fi bumbacul, mătasea, lâna,
- (iii) Hainele pe care le spălăm să fie făcute din materiale naturale de-

oarece apa folosită la spălat preia plasticul din materiale și poate otrăvi solul, cu consecințe asupra faunei sălbatice, naturii și implicit oamenilor,

(iv) Promovarea transportului durabil. Să mergem mai des pe jos, cu bicicleta sau cu mijloacele de transport în comun pentru a reduce cantitatea de plastic produsă de frecarea anvelopelor pe asfalt, care poluează aerul pe care îl respirăm, făcându-ne să inhalăm plasticul produs, care afectează sistemul respirator și nu numai.

(v) Să utilizăm cosmetice, pastă de dinți și scruburi care nu conțin anumite componente toxice, cum ar fi polietilena sau clorura de polivinil.

La nivel sistemic, având în vedere că dovezile științifice recente indică o nevoie puternică de politici de atenuare a riscurilor actuale și viitoare pentru ecosisteme și sănătatea umană, tot mai multe organisme care elaborează politici publice iau măsuri. Astfel, în septembrie 2023, Comisia Europeană a adoptat o restricție care va interzice vânzarea de microparticule polimerice sintetice nedegradabile și nesolubile și a produselor care le conțin (cu o serie de derogări, cum ar fi utilizarea în situri industriale). Primele măsuri, care includ interzicerea sclipiciului vrac și a micropelurilor, au intrat în vigoare în octombrie 2023.

În planul său, Comisia Europeană a stabilit, de asemenea, un obiectiv de reducere a volumului de microplastice eliberate în mediu cu 30 % până în 2030, comparativ cu nivelurile din 2016. Acest obiectiv a fost stabilit cu referire specifică la emisiile în apele de suprafață. Se preconizează că obiectivul va fi atins prin punerea în aplicare corespunzătoare a Planului de acțiune privind economia circulară 2020.

Toate aceste măsuri, la nivel individual și la nivel sistemic, sunt așteptate să reducă expunerea corpului uman la componente de plastic, cu efecte benefice asupra sănătății noastre.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.eea.europa.eu/en/european-zero-pollution-dashboards/indicators/impacts-of-microplastics-on-health-signal> (inclusiv sursa foto)
2. <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/04/16/microplastics-have-not-yet-earned-their-bad-reputation>
3. Journal of School and University Medicine, Vol. XI, Issue 2, April-June 2024 - EFECTELE PARTICULELOR DE MICROPLASTIC ȘI NANOPLASTIC ASUPRA MEDIULUI ÎNCONJURĂTOR ȘI A ORGANISMULUI UMAN, Alecsandra Andreea BUDIHOI 1,2,3, *, Valeria POP 4,5,7, Alexandru OZUNU 5,6,7, Monica POPA
4. Sursa foto <https://www.phcc.org.nz/briefing/human-health-impacts-plastic-exposure-evolving-evidence-base>



Siguranța pacientului de la început!

Timp aproximativ de lectură: 4 minute

Pentru a rezolva o problemă, trebuie mai întâi să o înțelegi. Pentru aceasta ai nevoie de date. Apoi trebuie să afli cine poate acționa pentru a o rezolva și cum poate fi rezolvată.

Dar cum se întâmplă lucrurile dacă problema este o infecție asociată asistenței medicale intra-spitalicești?

Siguranța infecțiilor asociate asistenței medicale în spitale se referă la strategiile și programele cuprinzătoare de prevenire și control al infecțiilor puse în aplicare pentru a preveni infecțiile dobândite în timpul furnizării asistenței medicale. Aceste inițiative sunt esențiale deoarece infecțiile asociate asistenței medicale în spitale sunt frecven-

te, costisitoare și reprezintă o amenințare gravă la adresa siguranței pacienților și a rezultatelor acestora.

Spitalele utilizează supravegherea pentru a monitoriza infecțiile, pun în aplicare practici precum igiena mâinilor și utilizarea corectă a echipamentelor și promovează administrarea antimicrobiană pentru a reduce infecțiile asociate asistenței medicale în spitale și a îmbunătăți experiența generală a pacienților și reputația spitalului.

În cazul infecțiilor nosocomiale, unde se produc acestea și în ce condiții? Ce măsuri sunt utile? Care este rata de conformitate instituțională cu politicile privind igiena mâinilor? Sunt ignorate politicile și directivele?

În plus, infecțiile nosocomiale nu sunt singura problemă legată de siguranța pacienților.

În timp ce igiena mâinilor și alte măsuri de prevenire a infecțiilor sunt factori majori în morbiditatea prevenibilă, și alți factori joacă un rol important în siguranța pacienților.

Printre aceștia se numără raportul asistent medical - pacient, oboseala și epuizarea medicilor și a asistenților medicali, rezistența la antibiotice și problemele legate de interoperabilitatea deficitară a dosarelor medicale electronice.

În fiecare spital sau pentru diferiți membri ai echipei medicale din acesta (medici, asistenți medicali, infirmiere, alt personal suport) este nevoie de date continue, corecte și reglementate pentru a identifica factorii de siguranță a pacienților care reprezintă "zonele cu probleme" și pentru a putea acționa pentru a reduce morbiditatea cauzată de erorile medicale.

Cu alte cuvinte, problema este complexă și serioasă, motiv pentru care a fost aleasă și o **Zi mondială a siguranței pacienților** care să servească drept moment de conștientizare și îndemn la acțiune responsabilă.

Dar cum a început totul? Ce a făcut lumea medicală să se preocupe de acest subiect?

Dacă vom căuta rădăcinile subiectului, am putea descoperi că subiectul este legat de preocupările lui Lucian L. Leape, un chirurg ale cărui idei privind greșelile medicale din anii 1990 au dat naștere domeniului siguranței pacienților. El a decedat în 2025, la vârsta de 94 de ani.

Vom descoperi, de asemenea, că raportul său revoluționar din 1999, care a constatat că erorile medicale au provocat între 44.000 și 98.000 de decese pe an în Statele Unite, echivalentul prăbușirii unui avion jumbo în fiecare zi, a stimulat intensificarea activității de siguranță a pacienților în medicină.

În acel raport, Dr. Leape și coautorii săi au evidențiat faptul că **majoritatea erorilor medicale** care au condus la 100.000 de decese pe an în SUA **au fost cauzate de sisteme disfuncționale, nu de persoane și erorile lor individuale**, așa cum au crezut mult timp profesia medicală și publicul.

Ideea de eroare sistemică, deși acceptată pe scară largă în industrii precum aviația și energia nucleară, era un concept necunoscut în medicină și contravenea culturii medicale dominante a responsabilității individuale, precum și tradiției sistemului de malpraxis de a căuta un medic vinovat și a închide subiectul.

Cu toate acestea, raportul a determinat autoritățile de reglementare *și de acreditare în domeniul sănătății să adopte standarde mai stricte* pentru spitale, să limiteze orele de lucru ale medicilor rezidenți și să solicite raportarea publică a erorilor grave.

Ca urmare a reglementărilor și a presiunii publice, sistemele de sănătate din întreaga țară au început să abordeze greșelile medicale ca pe o problemă la nivel de sistem, înființând pentru asta departamente de siguranță a pacienților și angajând responsabili pentru siguranța pacienților.

Dr. Atul Gawande, un chirurg și autor proeminent care a fost admi-

nistrator adjunct pentru sănătate globală la Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională în timpul administrației Biden, a declarat într-un interviu despre dr. Lucian L. Leape: "A făcut mai mult decât să facă câteva observații critice". "El s-a luat de întreaga profesie medicală".

Programele de siguranță a pacienților care au apărut în anii care au urmat publicării raportului Dr. Leape sunt în vigoare astăzi în întreaga lume și au salvat un număr considerabil de vieți.

Pe de altă parte, dincolo de ce poate face spitalul și personalul său, ce a spus acel raport este și că o caracteristică esențială a unui program eficient de siguranță a pacienților este implicarea pacienților și a familiilor acestora în proces.

Pacienții presupun, în general, un nivel de bază al calității asistenței medicale, deși unele relatări din mass-media privind evenimentele adverse au ridicat întrebări și îngrijorări în rândul publicului. De aceea, asigurarea siguranței și calității în asistența medicală necesită un efort integrat care include un nou rol pentru pacienți. În ceea ce privește evenimentele adverse și evenimentele la limită, pacienții sunt probabil ultimul punct în care se pot detecta și preveni evenimentele nedorite.

Ca urmare a tuturor acestor evoluții și a altora care au urmat, **începând din 2019, Ziua mondială a siguranței pacienților este sărbătorită în întreaga lume în fiecare an la 17 septembrie.**

Este ziua care face apel la solidaritate globală și la acțiuni concertate din partea tuturor țărilor și a partenerilor internaționali pentru a îmbunătăți siguranța pacienților.

Campania globală, cu tema sa anuală dedicată, are ca scop creșterea gradului de conștientizare a publicului și a înțelegerii globale a siguranței pacienților și mobilizarea acțiunilor părților interesate pentru a elimina daunele evitabile în asistența medicală și, prin urmare, pentru a îmbunătăți siguranța pacienților.

Și aici, trei dimensiuni sunt cruciale: **educația profesioniștilor în ceea**

ce privește măsurile de siguranță, educația pacienților și utilizarea tehnologiei pentru a îmbunătăți siguranța pacienților.

În ceea ce privește **tema din 2025** a Zilei mondiale a siguranței pacienților, aceasta **se concentrează asupra nou-născuților și copiilor mici**.

Fiecare copil are dreptul la îngrijiri medicale sigure și de calitate - de la bun început. Cu toate acestea, nou-născuții și copiii mici se confruntă cu riscuri mai mari din cauza dezvoltării lor rapide, a evoluției nevoilor de sănătate și a tiparelor diferite de boală. Ei se bazează pe adulți să vorbească și să ia decizii pentru ei. De asemenea, copiii se pot confrunta cu provocări suplimentare în funcție de circumstanțele lor socio-economice, cum ar fi imposibilitatea de a obține îngrijirea de care au nevoie. Acești factori îi fac mai predispuși la vătămare dacă îngrijirea nu este adaptată special vârstei, mărimii, stării de sănătate și contextului lor.

Un singur incident de siguranță poate avea consecințe pe tot parcursul vieții pentru sănătatea și dezvoltarea unui copil. De aceea, Ziua Mondială a Siguranței Pacienților 2025 este dedicată asigurării unei îngrijiri sigure pentru fiecare nou-născut și copil, cu un accent special pe cei cu vârste cuprinse între naștere și nouă ani.

Sloganul din acest an, "Siguranța pacientului de la început!", subliniază nevoia urgentă de a acționa devreme și în mod consecvent pentru a preveni vătămarile pe tot parcursul copilăriei și pentru a produce beneficii pe tot parcursul vieții.

Prin urmare, prin tema aleasă anul acesta, Organizația Mondială a Sănătății face apel la părinți, îngrijitori, practicienii din domeniul sănătății, liderii în domeniul asistenței medicale, educatori și comunități să se unească în acțiuni de prevenire a riscurilor evitabile în îngrijirea pediatrică și să construiască un viitor mai sigur și mai sănătos pentru fiecare copil.

Mirela Mustață, Redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216084/>
2. <https://www.nytimes.com/2025/07/01/health/lucian-leape-dead.html?searchResultPosition=14>
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-improvement-programmes/>
5. <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2025>
6. Sursa foto: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2025>



Ce știm și ce nu știm despre durere?

Un interviu tradus și adaptat, realizat de către ITN Business cu Dr. Alan Fayaz, președintele Comitetului de comunicare al British Pain Society

Timp aproximativ de lectură: 4 minute

Dr. Alan Fayaz, președintele Comitetului de comunicare al British Pain Society, povestește într-un interviu pentru ITN Business în ce mod promovează organizația sa - British Pain Society - o gamă largă de abordări inovative pentru managementul durerii.

Ne puteți explica care este diferența dintre durerea acută și durerea cronică?

Durerea acută este cea care are o cauză evidentă. Ți-ai tăiat un deget sau te-ai lovit la degetul de la picior, ai o operație, apare o inflamație și este modul organismului tău de a spune: relaxează-te, odihnește-te, vindecă-te și va fi mai bine.

Durerea cronică este cea de durată, peste 3 luni, moment în care nu apare nicio vindecare. Pe scurt este un mesaj disfuncțional care ajunge la creierul persoanei. Și nu are sens pentru tine să fii, din acest motiv, "decuplat" de la viața ta normală.

Dar ea are un impact imens asupra vieților oamenilor...

Da, are un impact important atât la nivel individual cât și la nivelul societății. La nivel individual ceea ce știm este că oamenii cu durere cronică sunt mult mai mult afectați de depresie, nu reușesc să meargă constant la muncă, sau sunt mult mai mult expuși riscului de a-și face rău fizic. Desigur că medicația pe care o iau poate avea și ea efecte secundare. La nivelul societății, durerea cronică este extrem de costisitoare, costă mai mult decât bolile cardiovasculare și cancer și are un efect ridicat de dezabilitare.

Foarte mulți oameni, când sunt disperați, caută informații online, încercând să găsească tratamente. Cum îi ajutați să navigheze în această "lume"?

Avem resurse, avem canale media pe rețelele sociale, avem un site cu toate materialele educaționale pe care le-am produs și pe care le promovăm și o serie de studii pe care le-am sprijinit. Toate sunt disponibile și accesibile. Avem și un canal de YouTube. Recent am avut un webinar în cadrul căruia am abordat relația dintre dietă și durere. Toate aceste resurse sunt disponibile atât pentru profesioniști, cât și pentru pacienți. Încurajăm pacienții să caute informația și să se informeze pentru că, în cele din urmă, este vorba despre înțelegerea

și managementul propriei dureri. Este despre a identifica care sunt nevoile tale și internetul poate fi o resursă foarte bună pentru a face acest lucru.

Dar nu este vorba doar despre medicamente. Este o largă gamă de specialiști care pot ajuta...

Este adevărat. Când vorbim despre durerea cronică trebuie precizat că nu este vorba doar despre o experiență biologică, ci și despre experiența psiho-socială. Așa că specialiștii implicați pot fi medici cu specializare în durere, ca mine, anesteziști, or cu alte specialități precum neurologii, dar și fizioterapeuți, specialiști în acupunctură, asistenți medicali, psihologi, dar cel mai important, pacienți care au experiența de a trăi cu durerea și îngrijitorii acestora. Este practic mai mult vorba despre a împărtăși informații între acești specialiști și actori implicați, la modul general, pentru a înțelege mai bine durerea și a lucra împreună pentru a îmbunătăți viața oamenilor care trăiesc cu durerea.

Iar durerea resimțită de o persoană este cu totul alta față de durerea resimțită de o altă persoană... Cum îi ajutați pe oameni să aibă un tratament personalizat?

Durerea fiecărei persoane poate fi resimțită diferit în funcție de context și de momentul din zi. Și de aceea este important să înțelegem nu doar nevoile biologice ale persoanei, cărora li se adresează medicația, ci și nevoile contextului psihologic și social al acesteia și să-i încurajăm pe oameni să se auto-îngrijească. Accesul la resurse este important, desigur, dar și educația este la fel de importantă.

Nu poți vedea durerea și uneori este dificil să o exprimi. Este acesta un aspect dificil în a încerca să ajuți oameni care experimentează durerea?

Da, o numim epidemia tăcută, din acest motiv. Este o provocare atât

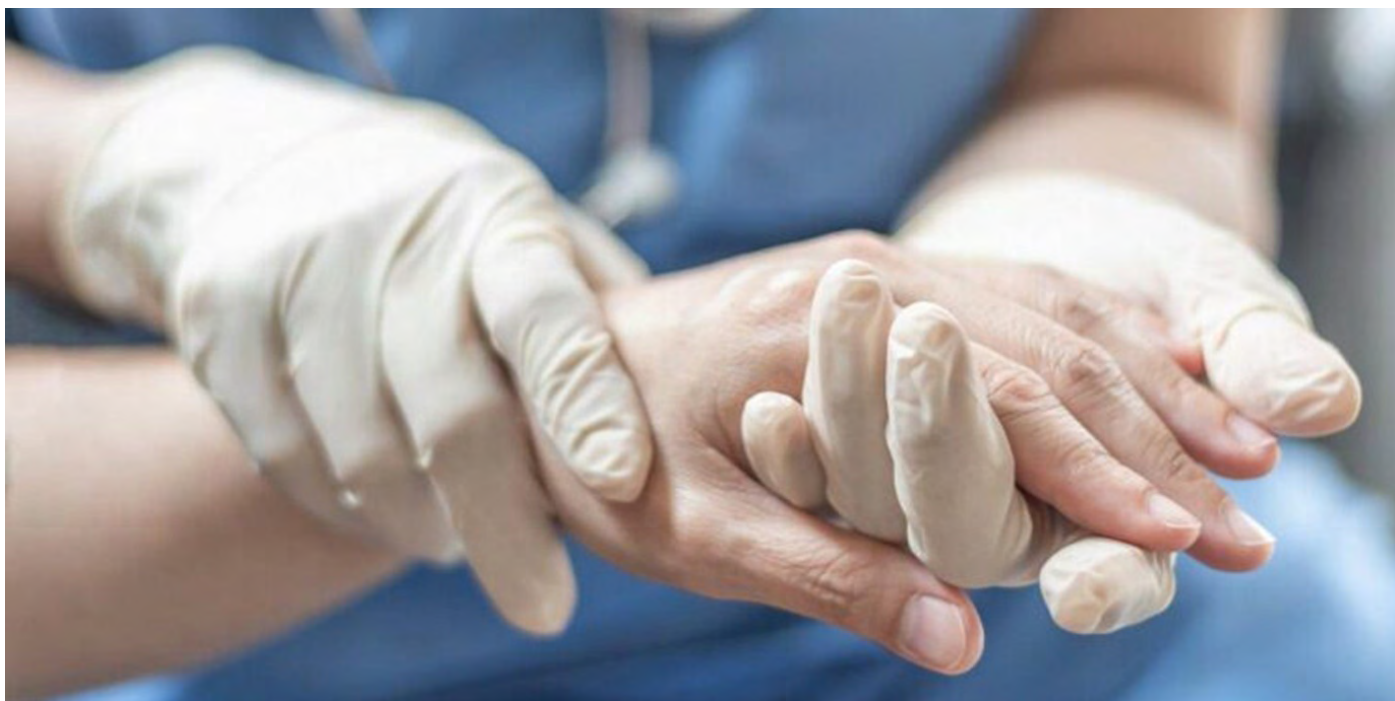
profesională, uneori de aceea pacienții simt că nu sunt auziți. Sunt sondaje în SUA care au chestionat persoane care experimentează durerea și care arată că există o largă categorie de oameni care spun că durerea lor nu este recunoscută și validată. Iar aici un rol poate fi jucat de componenta educațională. Aceasta face și cercetarea foarte dificilă pentru că nu există marker-i distincți sau investigații pe care să le facem și să demonstrăm cu precizie că durerea s-a diminuat în mod definitiv după tratament. De aceea serviciile specializate se bazează pe ceea ce ne spun pacienții și răspund în funcție de aceasta.

Despre British Pain Society

British Pain Society este o organizație care se concentrează pe sensibilizarea opiniei publice cu privire la gestionarea durerii. Aceasta reunește profesioniști din domeniul sănătății, cercetători și pacienți pentru a îmbunătăți cunoștințele, înțelegerea și tratamentele disponibile. Ea sprijină profesioniștii din sănătate prin resurse educaționale, cercetare și colaborarea acestora pentru a îmbunătăți rezultatele pacienților, <https://www.britishpainsociety.org/>

Traducerea și adaptare:

Pathways to Pain Management (<https://business.itn.co.uk/content-series/pathways-to-pain-management/>)



Siguranța pacientului – o filă de istorie

Timp aproximativ de lectură: 6 minute



În 2018, au fost publicate trei rapoarte importante privind defec-
tele de calitate în asistența medicală globală:

- "Depășirea decalajului global în privința calității îngrijirilor medica-
le" - din partea Academiei Naționale de Științe, Inginerie și Me-
dicină din SUA
- "Sistemele de sănătate de înaltă calitate în era Obiectivelor de
Dezvoltare Durabilă" - din partea Comisiei The Lancet
- "Furnizarea serviciilor de sănătate de calitate - Un imperativ glo-
bal pentru accesul universal la serviciile de sănătate" - din partea

Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), OCDE și Băncii Mondiale.

Deși au fost realizate separat, **fiecare dintre aceste rapoarte a estimat că peste cinci milioane de decese pe an în lume pot fi atribuite defectelor de calitate ale asistenței medicale, printre aceste cauze numărându-se problemele legate de siguranța pacienților.**

Dar ce este, mai exact, siguranța pacienților?

Potrivit OMS, siguranța pacienților este definită ca "*absența vătămărilor care pot fi prevenite la un pacient și reducerea riscului de vătămare inutilă asociată asistenței medicale la un minim acceptabil*".

În contextul mai larg al sistemului de sănătate, siguranța pacienților este "*un cadru de activități organizate care creează culturi, procese, proceduri, comportamente, tehnologii și medii în domeniul asistenței medicale care reduc în mod constant și durabil riscurile, reduc apariția daunelor evitabile, reduc probabilitatea erorilor și reduc impactul daunelor atunci când acestea apar*".

Momentul de naștere al domeniului siguranței pacienților este considerat decizia Institutului de Medicină din SUA de a înființa un Comitet privind calitatea îngrijirii în America, al cărui prim raport, "**To Err Is Human**", **din 1999**, a constatat că erorile medicale au provocat între 44.000 și 98.000 de decese pe an în Statele Unite, echivalentul prăbușirii unui avion jumbo în fiecare zi, raport care a stimulat intensificarea activității de siguranță a pacienților în medicină. În acel raport, Dr. Leape și coautorii săi au evidențiat faptul că majoritatea erorilor medicale care au condus la 100.000 de decese pe an în SUA au fost cauzate de sisteme disfuncționale, nu de indivizi care au comis greșeli, așa cum au crezut mult timp profesia medicală și publicul.

Dar chiar înainte de acest "moment de naștere" al domeniului siguranței pacienților, în diferite părți ale lumii și în diferite perioade s-au depus eforturi pentru a dezvolta și îmbunătăți sistemele și protocoalele aplicate în asistența medicală. În acest sens, câteva nume ies în evidență - **pacientul Ernest Amory Codman, Florence Nightingale,**

Ellison C. ("Jeep") Pierce, David Gaba și Richard Cook, de exemplu, sunt doar câțiva dintre pionierii medicali ai secolelor XIX și XX care, cu curaj, au început să tragă semnale de alarmă cu privire la răul pe care îl pot face îngrijirile medicale bine intenționate de altfel și, la fel de important, să ofere idei cu privire la modul în care transparența, știința sistemelor, standardele și buna conducere pot salva vieți, făcând ca furnizarea îngrijirilor să fie mai sigură, la fel cum îngrijirile în sine pot salva vieți prin utilizarea descoperirilor biomedicale.

Științele moderne ale siguranței și primele lor rude apropiate, științele erorii umane, au apărut pentru prima dată în anii 1960 și 1970. Semințele au fost prezente în studiile de psihologie cognitivă, psihologie socială și teoria generală a sistemelor din secolul precedent.

Cu toate acestea, domeniul științei siguranței nu s-a conturat până când un grup de ingineri și psihologi nu au început să numească problemele erorilor umane și ale siguranței sistemelor începând cu anii 1960. Printre fondatori s-a numărat **profesorul James Reason**, de la Universitatea din Manchester, a cărui carte din 1990, "Human Error", a fost și rămâne cea mai importantă monografie pe această temă.

Lucian L. Leape, care a murit anul acesta, a devenit un student al acestor științe emergente ale siguranței la scurt timp după apariția cărții lui Reason și, mai târziu, a fost creditat cu nașterea domeniului siguranței pacienților în medicină prin lucrarea din 1994 intitulată "Error in Medicine", care a fost primul articol important pe tema siguranței pacienților în literatura medicală generală.

După ce a obținut diploma de licență în chimie la Universitatea Cornell în 1952, Lucian Leape a servit ca locotenent în Marina SUA, iar în 1955 a intrat la Harvard Medical School. După obținerea diplomei de medic în 1959, Dr. Leape s-a pregătit ca chirurg pediatru la Massachusetts General Hospital și Children's Hospital din Boston. În 1973, a devenit profesor de chirurgie la Facultatea de Medicină a Universității Tufts și șef al secției de chirurgie pediatrică la Centrul Medical Tufts-New England (în prezent Centrul Medical Tufts).

Raportul din 1999 intitulat "To Err is Human", publicat de Committee on the Quality of Care in America (Comitetul pentru calitatea îngrijirii medicale în America), în cadrul căruia Dr. Lucian L. Leape a fost un membru-cheie, **este considerat momentul de naștere al domeniului siguranței pacienților.**

Ca urmare a reglementărilor și a presiunii publice, sistemele de sănătate din întreaga țară au început să abordeze greșelile medicale ca pe o problemă la nivel de sistem, lansând departamente pentru siguranța pacienților și angajând responsabili pentru siguranța pacienților.

O altă piatră de hotar în dezvoltarea domeniului siguranței pacienților a fost publicarea în 2021 a cărții Dr. Leape intitulată "Making Healthcare Safe". Acoperind dezvoltarea domeniului de la sfârșitul anilor 1980 până în 2015, Dr. Leape detaliază evoluțiile, actorii, organizațiile, cercetarea și activitățile de elaborare a politicilor care au marcat evoluția și progresele majore ale siguranței pacienților în acest interval de timp.

În plus, și poate cel mai important, această carte nu numai că detaliază în mod cuprinzător cum și de ce apar prea des erori umane și de sistem în procesul de furnizare a asistenței medicale, dar promovează și o înțelegere aprofundată a principiilor și practicilor siguranței pacienților, inclusiv modul în care acestea au fost influențate de științele moderne ale siguranței și de teoria și proiectarea sistemelor de as-tăzi.

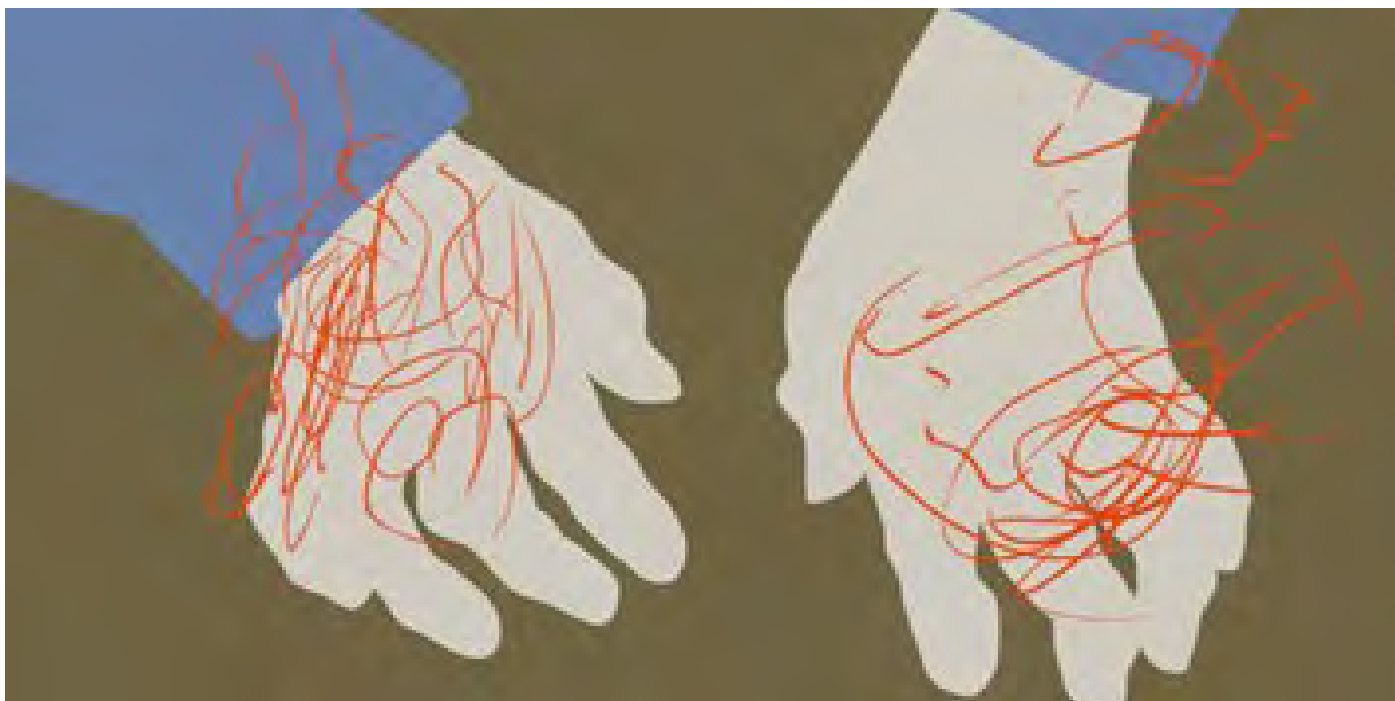
Programele de siguranță a pacienților care au apărut în anii care au urmat publicării lucrărilor, rapoartelor și cărții de referință a Dr. Leape sunt în vigoare astăzi în întreaga lume și au salvat nenumărate vieți, cum arată rapoartele menționate mai sus. Cele mai eficiente dintre aceste programe sprijină sistemele de testare și răspândire a intervențiilor și strategiilor tangibile de siguranță, de învățare din excelență și de îmbunătățire continuă, prin implementarea unor elemente importante, la diferite niveluri.

Dar despre aceste elemente și cum s-au rafinat ele vom discuta pe larg în numărul viitor al revistei.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216084/>
2. <https://www.nytimes.com/2025/07/01/health/lucian-leape-dead.html?searchResultPosition=14>
3. https://www.researchgate.net/publication/351953688_Making_Healthcare_Safe_The_Story_of_the_Patient_Safety_Movement
4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-improvement-programmes/>
6. <https://vitalacy.ai/6-qualities-of-an-effective-patient-safety-program/>
7. Sursa foto: <https://www.holidayscalendar.com/event/world-patient-safety-day/>



Câteva noutăți despre durerea cronică

Timp aproximativ de lectură: 10 minute

Într-un articol publicat în revista *Nature* pe 20 august, oamenii de știință raportează o descoperire care ar putea reprezenta un punct de cotitură în gestionarea durerii cronice provocată de alte boli în afară de cancer. Aceștia au identificat o proteină implicată în transportul moleculelor legate de durere prin celulele nervoase, care, în opinia lor, ar putea fi responsabilă de durerea de lungă durată.

Durerea cronică (durerea care durează mai mult de 3 luni) distruge viața a peste 600 de milioane de persoane din întreaga lume. Unul din cinci adulți se confruntă cu această problemă și se estimează că între 8% și 10% dintre aceștia suferă de durere cronică cu impact pu-

ternic, definită ca durere care limitează activitățile profesionale sau de viață. În Statele Unite, durerea cronică este o problemă gravă de sănătate publică care costă aproximativ 600 de miliarde de dolari anual, mai mult decât orice altă afecțiune.

Durerea cronică a fost clasificată în mod tradițional în funcție de fiziopatologie ca durere nociceptivă și neuropatică.

Durerea nociceptivă rezultă din activarea receptorilor nociceptivi și a canalelor ionice din nervii periferici și se consideră a fi consecința unor agresiuni traumatice asupra țesutului periferic.

În schimb, durerea neuropatică este definită de Asociația Internațională pentru Studiul Durerii (IASP) ca durere "cauzată de o leziune sau boală a sistemului nervos somato-senzorial".

Cu toate acestea, destul de multe sindroame dureroase au componente neuropatice și nociceptive care se suprapun, cum ar fi durerea lombară care conține atât simptome miofasciale, cât și radiculare.

Recent, a fost recunoscut faptul că anumite afecțiuni dureroase pot apărea, de asemenea, ca urmare a unor modificări ale procesării durerii, în absența unor dovezi clare de afectare reală sau potențială a țesutului sau a nervului, iar acest tip de durere a fost denumit recent durere nociplastică. Un exemplu important de durere nociplastică este fibromialgia. Durerea nociplastică poate apărea, de asemenea, în contextul durerii nociceptive și/sau neuropatice, așa cum se observă în multe sindroame de durere generalizată.

Versiunea a-11-a a Clasificării internaționale a bolilor include o clasificare sistematică a durerii cronice în șapte categorii: durere primară cronică, durere cronică legată de cancer, durere cronică postchirurgicală sau posttraumatică, durere neuropatică cronică, durere cronică secundară sau orofacială, durere viscerală secundară cronică și durere musculo-scheletală secundară cronică.

Durerea primară cronică este durerea ca boală sau stare de sănătate în sine, iar durerea nociplastică poate sta la baza unei părți din fiziopatologia similară. Celelalte categorii de durere sunt considerate

sindroame dureroase secundare, cu durere ca rezultat al unei boli subiacente.

Care sunt cauzele durerii cronice non-canceroase este adesea un mister.

Ipoteza predominantă este că, după o leziune, ceva nu merge bine cu receptorii de durere ai organismului, iar sistemul de alarmă care raportează leziunile creierului continuă să sune mult timp după ce organismul a terminat vindecarea. Chiar și atunci când există o cauză subiacentă clară, cum ar fi artrita sau leziunile nervoase, nu se știe exact cum produc durerea aceste afecțiuni.

În lucrarea publicată în *Nature* în august 2025, care a adus cea mai recentă descoperire în înțelegerea mecanismelor durerii cronice non-canceroase, oamenii de știință au raportat că au identificat o proteină implicată în transportul moleculelor legate de durere prin celulele nervoase, care, în opinia lor, ar putea fi responsabilă pentru durerea de lungă durată.

Medicamentele care vizează această proteină, sau chiar eliminarea anumitor alimente care interacționează cu funcția sa, ar putea constitui noi tratamente puternice. Oamenii de știință, care au fost conduși de David Bennett de la Universitatea din Oxford, au început prin a cerceta datele genomice din UK Biobank, un depozit de fișe medicale și probe biologice de la peste 500.000 de persoane. Aceștia știau din studiile anterioare pe gemeni că genetica pare să joace un rol în aproximativ o treime din cazurile de durere cronică. Așa că s-au gândit că ar putea exista o variantă a unei gene care ar apărea mai frecvent în rândul persoanelor care suferă de durere cronică decât în rândul populației generale.

Din banca de date biologice au reieșit mai multe semnale genetice. Unul a venit de la o variantă a unei gene numită SLC45A4. Această genă a atras atenția cercetătorilor deoarece secvența sa ADN sugerează că reglează activitatea unei molecule "transportoare" - proteină care transportă ioni, molecule mici și medicamente între celu-

le și între diferitele compartimente din interiorul unei celule. Pentru oamenii de știință care caută o cale biologică, găsirea unei molecule transportoare este adesea primul indiciu crucial.

Și mai promițător, transportorul reglementat de genă s-a dovedit a fi implicat în deplasarea poliaminelor, un grup de molecule suspectate că ar controla durerea. Această suspiciune se bazează pe faptul că persoanele cu artrită au niveluri mai ridicate de poliamine în sânge și țesuturi.

Pentru a-și testa bănuiala că această genă ar putea interfera cu transportul poliaminelor și, în consecință, cu durerea, cercetătorii au crescut șoareci la care au dezactivat complet gena SLC45A4. Acest lucru a confirmat că au descoperit o nouă cale de reglare a durerii: creaturile erau mai puțin sensibile la durere decât cele cu gene intacte.

Totuși, trebuie să se facă mult mai multe cercetări, spune Dr. Bennett. Varianta genetică evidențiată de studiu este comună; se găsește la 45% dintre persoanele din Marea Britanie. Din acest motiv, este puțin probabil să fie singurul lucru care influențează durerea cronică și s-ar putea dovedi a fi mai importantă la unele persoane decât la altele.

Printr-o altă descoperire recentă, s-a demonstrat că durerea cronică este diferită din punct de vedere fiziologic de durerea acută, iar oamenii de știință au acum o potențială foaie de parcurs pentru a o aborda.

Echipa de cercetători de la Universitatea din Aberdeen, Academia Sinică din Taiwan și un grup de experți internaționali, condus de profesorul Chen din Taiwan, a identificat faptul că, în sistemul nervos, durerea cronică este procesată diferit de durerea care apare în urma unei leziuni sau a unui efort excesiv. În mod esențial, ei au descoperit o cale fiziologică separată nouă și distinctă pentru acest tip de durere cronică, ceea ce înseamnă că aceasta poate fi acum o țintă pentru terapiile viitoare. Descoperirea noii căi a durerii este descrisă de echipă drept "o descoperire care schimbă paradigma, care a schimbat fundamental înțelegerea noastră a sistemelor senzoriale umane și

a contestat dogma centrală a biologiei durerii care a fost stabilită în ultimii 50 de ani". Aceștia au reușit să facă diferența între cele două tipuri de durere prin reducerea genetică a căilor neuronale într-un tip șoarece și apoi testarea teoriei în practică la un pacient cu o leziune a măduvei spinării care a blocat durerea "standard", dar a crușat calea nou descoperită. Testul a fost făcut la Spitalul Universitar Medical Taipei din Taiwan.

O echipă de cercetători de la Universitatea din Aberdeen, Scoția, condusă de Dr. Guy Bewick, a identificat dovezi cruciale care au pus bazele descoperirii din Taiwan. Echipa doctorului Bewick a descoperit că o moleculă numită *glutamat* este eliberată în mușchi pentru a activa un receptor foarte neobișnuit. Acest lucru a declanșat o colaborare cu echipa profesorului Chen din Taiwan, care a descoperit că o eliberare prea mare de *glutamat* activează nervii dureroși din apropiere, făcându-i permanent activi și ne mai oprindu-se așa cum ar fi normal. În mod crucial, ei au descoperit apoi că blocarea receptorului de *glutamat* nou descoperit, extrem de neobișnuit, a oprit complet declanșarea durerii cronice. Această descoperire ar putea conduce la noi tratamente de ameliorare a durerii pentru afecțiuni precum fibromialgia, durerea musculară indusă de exercițiile fizice, artrita reumatoidă și durerea cronică după operația la coloana vertebrală.

Indiferent de categoriile de durere, paradigma clinică actuală a fost de a adopta o abordare multimodală a tratamentului pentru gestionarea durerii cronice. Durerea cronică noncanceroasă reprezintă o provocare majoră atât pentru clinicieni, cât și pentru pacienții care suferă de aceasta. Eliminarea completă a durerii este rareori obținută pentru o perioadă însemnată de timp. Prin urmare, pacienții și clinicienii ar trebui să discute obiectivele tratamentului care includ reducerea durerii, maximizarea funcției și îmbunătățirea calității vieții. Cele mai bune rezultate pot fi obținute atunci când managementul durerii cronice abordează tulburările psihice concomitente (de exemplu, depresia, anxietatea) și când încorporează terapii non-farmacologice și complementare adecvate pentru managementul simptomelor.

Gestionarea durerii cronice este adesea complexă și consumatoare de timp. Aceasta poate fi deosebit de dificilă și stresantă pentru medicii care lucrează fără contribuția altor medici. Eficacitatea intervențiilor multiple este sporită atunci când toți profesioniștii implicați din domeniul medical și comportamental colaborează ca o echipă. O abordare în echipă multidisciplinară oferă o gamă largă de perspective și competențe care pot îmbunătăți rezultatele și pot reduce stresul asupra furnizorilor individuali. Deși este ideal ca toți furnizorii relevanți să lucreze în cadrul aceluiași sistem și sub același acoperiș, adesea o echipă de colaborare trebuie să fie coordonată în cadrul unei comunități. Acest efort combinat necesită desemnarea unui coordonator principal de îngrijire și un sistem bun de comunicare între membrii echipei și pacient. O echipă de tratament poate include următorii profesioniști: medic primar, specialist în adicții, clinician în domeniul durerii, asistent medical, farmacist, psihiatru, psiholog, alți specialiști în tratamentul sănătății comportamentale (de exemplu, asistent social, psihoterapeut, psiholog sau consilier) și fizioterapeuți sau terapeuți ocupaționali.

Abordarea multimodală include medicamente, terapii intervenționale, terapii comportamentale și abordări complementare și integrative ale sănătății. Opțiunile farmacologice predominante până în prezent includ medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene, paracetamolul, antidepresivele și opioidele. Epidemia de opioide din SUA a apărut, în parte, ca urmare a preocupărilor legate de faptul că durerea era insuficient tratată, iar prescrierea de opioide a crescut, deoarece aceste medicamente au fost comercializate ca analgezice, cu pretenția falsă de a avea un potențial scăzut de dependență.

Procedurile intervenționale pentru durere pot fi o parte importantă a tratamentului multimodal pentru durere, în funcție de starea durerii și de comorbiditățile pacientului. Procedurile intervenționale variază în complexitate. Opțiunile pentru durerea coloanei vertebrale includ injecțiile epidurale cu steroizi, neurotomia cu radiofrecvență a ramurii mediale, ablația nervului basivertebral, creșterea vertebrală și neuromodularea (inclusiv stimularea nervilor periferici și stimula-

rea măduvei spinării). De exemplu, pentru durerile lombare, studiile au arătat că injecțiile cu steroizi epidurali lombari sunt eficiente pe termen scurt și mediu pentru ameliorarea durerii radiculare datorate herniei de disc și, eventual, stenozei spinării. În același timp, neurotomia cu radiofrecvență a ramurii mediale lombare poate fi eficientă la pacienții care prezintă dureri relativ specifice mediate de fațete. Opțiunile pentru durerile articulare includ injecțiile articulare, terapiile regenerative și neurotomia cu radiofrecvență. Anumite condiții de durere neuropatică pot fi, de asemenea, tratate cu blocuri ale nervului simpatic, blocuri ale nervului periferic și neuromodulare, deși dovezile privind beneficiile pe termen lung ale unora dintre aceste tratamente rămân oarecum mixte.

Terapiile nefarmacologice comune pentru durerea non-canceroasă includ: exercițiul terapeutic, terapia fizică și terapia cognitiv-comportamentală. Exercițiile terapeutice pot crește forța, capacitatea aerobică, echilibrul și flexibilitatea; pot îmbunătăți postura; și pot spori bunăstarea generală. Fitness-ul poate fi un antidot la sentimentul de neajutorare și fragilitate personală experimentat de multe persoane din această categorie. Dovezi moderate arată că exercițiile fizice ameliorează durerile lombare, durerile cervicale, fibromialgia și alte afecțiuni.

Terapia fizică facilitează recuperarea după o mare varietate de afecțiuni medicale, inclusiv cardiopulmonare, geriatrice, pediatrie, tegumentare, neurologice și ortopedice.

Fiziokinetoterapia neurologică și ortopedică este cel mai probabil utilizată pentru a trata durerea cronică. Fizioterapeuții folosesc diverse abordări practice pentru a ajuta pacienții să își mărească amplitudinea mișcărilor, forța și funcționarea. Aceștia oferă, de asemenea, formare în mișcare și exerciții care îi ajută pe pacienți să se simtă și să funcționeze mai bine.

Multe intervenții utilizate pe scară largă de către fizioterapeuți nu dispun de dovezi definitive. De exemplu, mai multe revizuri ale colaborării Cochrane privind o modalitate de fizioterapie frecvent utili-

zată - stimularea electrică nervoasă transcutanată - au găsit dovezi inconsistente de eficacitate într-o varietate de afecțiuni cronice și acute. În ciuda acestei lipse de dovezi, intervențiile de terapie fizică au avantajele de a fi nechirurgicale, de a prezenta un risc scăzut de rănire sau dependență și de a încuraja implicarea pacienților în propria recuperare.

Din ce în ce mai mult, luarea deciziilor în comun și autogestionarea psihologică și comportamentală sunt prioritare în îngrijirea persoanelor cu durere cronică. Autogestionarea poate fi înțeleasă ca fiind "capacitatea unei persoane de a-și monitoriza starea de sănătate și de a efectua răspunsurile comportamentale, cognitive și emoționale necesare pentru a susține o calitate satisfăcătoare a vieții". Autogestionarea poate fi înțeleasă, de asemenea, ca "o abordare unică sau o combinație de abordări care pot fi predate inițial de orice profesionist din domeniul sănătății sau învățate de un individ pentru a permite pacienților să reducă la minimum impactul pe care durerea cronică îl poate avea asupra vieții de zi cu zi". De exemplu, un pacient care se luptă cu durerea cronică care a dus la reducerea activităților ar putea fi responsabilizat prin stabilirea de obiective, un aspect al autogestionării, pentru a identifica ceva specific și realizabil pe care ar dori să îl poată face. Autogestionarea necesită capacitatea de a-și evalua propria situație și de a decide asupra unui plan de acțiune.

Autogestionarea sprijinită este o abordare a durerii cronice care implică luarea în comun a deciziilor, alegerea tratamentului și dotarea pacienților cu competențele necesare pentru a-și gestiona durerea în afara consultațiilor clinice. Inițial, pot fi necesare consultații mai lungi, dar autogestionarea sprijinită cu succes poate reduce în timp rata consultațiilor. Mai multe studii au arătat că terapiile cognitive comportamentale pot ajuta pacienții care au durere cronică non-canceroasă să reducă durerea și suferința asociată, dizabilitatea, depresia, anxietatea și catastrofizarea, precum și să îmbunătățească somnul, adaptarea și funcționarea.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/08/20/the-discovery-of-a-gene-for-chronic-pain-could-herald-new-treatments>
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666379124005330>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92054/>
4. BMJ 2024; 384 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072362> (Published 02 January 2024) Cite this as: BMJ 2024;384:e072362 - Yo-ungjoo Kang, medic F2, Louise Trewern, avocat al pacienților cu durere cronică, John Jackman, medic de familie, medic cu specialitatea reumatologie, Anushka Irani (nee Soni), consultant asociat senior, cercetător clinic senior onorific, David McCartney, medic de familie partener, director al medicinei de intrare absolvent
5. <https://www.abdn.ac.uk/news/24440/>
6. Sursa foto: <https://www.economist.com/science-and-technology/2025/08/20/the-discovery-of-a-gene-for-chronic-pain-could-herald-new-treatments>

Durerea - O paradigmă regândită

Autor: Dr. Gaetan Brouillard, Editura Philobia, 2021

Autorul este un medic cu o experiență de peste patru decenii în tratarea durerii cronice, specializat în medicina de urgență, în medicina preventivă și în medicina funcțională, cu competențe în acupunctură.

Dr. Gaetan Brouillard se axează pe o abordare pluridisciplinară a sănătății, care are în centru pacientul, nu boala.

Conferențiază pe teme având legătură cu gestionarea durerii, dar și cu impactul real pe care durerea (mai ales cea cronică) o are în viața pacienților. Crezul lui: "Chiar dacă te doare ceva, nu înseamnă neapărat că trebuie să și suferi."

Bazându-se pe vasta sa experiență în urma tratării câtorva mii de pacienți, dr. Brouillard ne prezintă într-un limbaj accesibil cauzele fizice și emoționale ale durerii.



Adevărul despre durere - Noua știință a durerii și cum ne putem vindeca

Autor: Monty Lyman, Editura Publica, 2022



În prezent, știința durerii a atins un nivel nemai-văzut până acum - cunoștințele noastre despre durere s-au schimbat atât de mult încât putem afirma că tot ceea ce credeam că știm despre durere este limitat.

În această carte, autorul explorează studii de cercetare și subiecte de ultimă oră, printre care durerea-fantomă sau durerea persistentă, folosindu-se, printre altele, de interviuri cu supraviețuitori, dar și cu persoane care nu au simțit niciodată durere.

În plus, ne explică faptul că durerea poate fi redusă și controlată.

Cântecul celulei

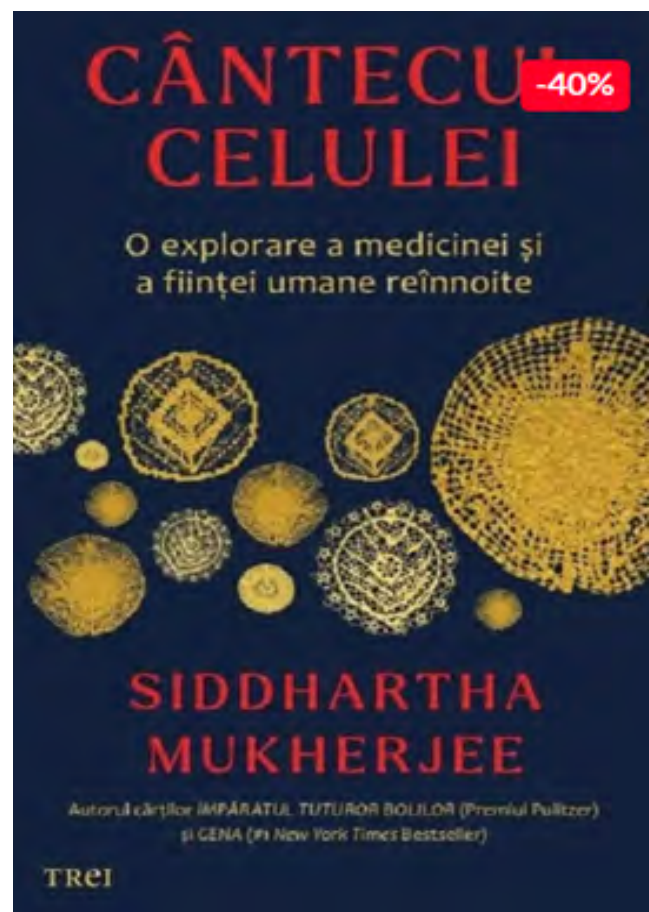
Autor: Siddhartha Mukherjee, Editura Trei, 2024

SIDDHARTHA MUKHERJEE este autorul cărților *Gena. O istorie fascinantă* (primul loc pe lista New York Times Bestsellers) și *Împăratul tuturor bolilor. O biografie a cancerului*, câștigătoare a Premiului Pulitzer în 2011 pentru domeniul non ficțional. Mukherjee este conferențiar universitar la Columbia University, medic și cercetător în oncologie.

Descoperirea celulelor și regândirea corpului uman ca un ecosistem celular - anunță nașterea unui nou tip de medicină, bazat pe manipulările terapeutice ale celulelor.

Boli de o mare diversitate, de la cancer la COVID, pot fi, toate, privite ca rezultate ale funcționării anormale a sistemelor celulare, dar și ca ținte ale terapiilor celulare.

În **Cântecul celulei**, Mukherjee povestește cum au fost descoperite celulele și în ce fel biologia celulară conduce la crearea de tratamente novatoare și de oameni noi.



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.