

**Mai 2024**



# RESPECT

RĂȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN  
JUDEȚUL VASLUI



Nr. 11/2024, Vaslui, 2024  
ISSN 2821 - 8191  
ISSN-L 2821 - 8191

**Numărul 11**

# Un gând bun pentru început:

Cu mare respect și dedicare, revista noastră își deschide paginile pentru a deveni un exemplu în lumea medicală din județul Vaslui. De la debutul nostru, am fost ghidați de dorința de a crea un mediu unde vocea asistenților medicali nu doar că este auzită, dar este și valorizată - un loc unde schimbul de idei și informații se întâlnește cu ultimele descoperiri din medicină.

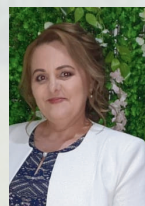
Această publicație servește ca un pod între profesioniștii din sănătate și decidenții cheie, subliniind importanța crucială a asistentului medical în inima comunității. Prin eforturile lor neîncetate, asistenții medicali joacă un rol important în îmbunătățirea calității vieții pacienților și, implicit, a întregii societăți. Ei sunt cei care promovează o îngrijire de calitate superioară, contribuind astfel la progresul societății din care fac parte.

Noi recunoaștem și celebrăm faptul că fiecare asistent medical poartă o responsabilitate imensă - aceea de a lua decizii înțelepte și de a efectua acțiuni care promovează sănătatea și bunăstarea pacienților, indiferent de backgroundul lor socio-economic sau cultural. Ei sunt, adesea, cei care cunosc cel mai bine nu doar nevoile medicale ale pacienților, dar și pe cele emoționale, oferind un suport inestimabil în momentele cele mai vulnerabile.

Pentru noi, ca organizație profesională, este imperativ să sprijinim dezvoltarea continuă a asistentului medical, inspirându-i să devină exemple de urmat în domeniul medical. Ei au puterea de a modela nu doar profesia de asistent medical, ci întregul peisaj al îngrijirii sănătăți, prin dedicarea și munca lor asiduă.

În concluzie, această revistă se angajează să fie un aliat de nădejde pentru asistenții medicali, oferindu-le resursele și sprijinul de care au nevoie pentru a excela în profesia lor. Împreună, putem contribui la crearea unui viitor mai luminos în domeniul sănătății.

Gabriela Epure  
Președinte OAMGMAMR Filiala Vaslui



# Cuprins:

Impactul maternității premature în context social.....	pagina 4
Nașterea naturală - Rolul asistentei medicale/moașei în asistența la naștere.....	pagina 9
De la teorie la practică Experiențe și provocări în igiena mâinilor.....	pagina 12
Îngrijirile la domiciliu - Între realitate și provocare.....	pagina 15
Anemia feriprivă .....	pagina 17
Rolul asistentului medical în practicile transfuzionale.....	pagina 20
Prevenția, tratamentul și managementul eficient al piciorului diabetic.....	pagina 23
Miturile morfinei.....	pagina 26
Îngrijirea postoperatorie în chirurgia generală: Principii fundamentale și abordări strategice .....	pagina 30
Ce mai citim.....	pagina 31
Vacainium macrocarpon (merișor).....	pagina 32
Să ne verificăm cunoștințele .....	pagina 34

# IMPACTUL MATERNITĂȚII PREMATURE ÎN CONTEXT SOCIAL

*Nașterea unui copil declanșează cel mai frumos și înălțător sentiment pe care îl poate trăi o femeie. Situația este cu mult diferită atunci când vorbim despre sarcinile apărute în perioada adolescenței, care sunt, în majoritatea cazurilor, nedorite și provocate din lipsa accesului la educație.*



Nașterile din partea mamelor minore, în special adolescentele cu vârsta cuprinsă între 12 și 16 ani, pot fi o problemă serioasă și complexă, atât din punct de vedere medical, cât și social. Aceste mame tinere se pot confrunta cu dificultăți în ceea ce privește sănătatea lor, educarea copilului și adaptarea la responsabilitățile de părinte. Este important ca societatea să ofere sprijin și acces la serviciile de sănătate reproductivă, educație sexuală și contracepție pentru a reduce numărul de nașteri din partea mamelor minore. Totodată, este esențială sprijinirea și încurajarea acestor mame tinere să continue educația și să-și poată construi un viitor sigur și prosper.

Dintre cauzele care pot duce către acest fenomen, putem enumera: abandonul familial, abuzul asupra minorilor, nivel social precar (sărăcie), exemplul familial, lipsa planning-ului familial, lipsa educației (sexuale).

Există mai multe motive pentru abandonul școlar în rândul acestor mame, inclusiv lipsa sprijinului familial sau social, stigmatizarea, dificultățile financiare și absența serviciilor de îngrijire a copiilor. Lipsa sprijinului familial sau social poate duce la creșterea presiunii și responsabilităților asupra mamei minore, ceea ce poate determina abandonul școlar. Fără susținere din partea membrilor familiei sau a prietenilor, aceste mame pot simți că nu au resursele necesare pentru a continua școala sau crește un copil în același timp.



Stigmatizarea este un alt factor care contribuie la abandonul școlar. Sarcina în timpul adolescenței este adesea privită ca o problemă sau o greșeală, ceea ce poate determina mamele minore să se retragă din școală pentru a evita rușinea și judecata.

Dificultățile financiare reprezintă, de asemenea, un obstacol major în continuarea educației pentru mamele minore. Costurile crescute ale îngrijirii copiilor și nevoia de a lucra pentru susținerea ei și copilului, pot face dificilă participarea la școală în mod regulat și continuarea studiilor. În multe cazuri, absența sau disponibilitatea limitată a serviciilor de îngrijire a copiilor, reprezintă un motiv pentru abandonul școlar de către mamele minore. Fără acces la serviciile de îngrijire a copiilor, aceste mame vor simți că nu pot echilibra atât școala, cât și creșterea copiilor.

În următoarele rânduri vă prezint un studiu retrospectiv efectuat pe o perioadă de 1 an, 1 ianuarie 2023 - 31 decembrie 2023, studiu efectuat în Secția Neonatologie, din cadrul Spitalului Județean de Urgență Vaslui. Scopul cercetării este de a scoate în evidență suportul societății în sprijinirea acestui eșantion de adolescente vulnerabile, precum și rolul în educarea copilului și adaptarea responsabilității de părinte.

Astfel, în urma analizei datelor statistice culese din aplicația Hospital Manager și din registrele inventariate la nivelul secției, a reieșit faptul că în anul 2023, în Secția Neonatologie s-au înregistrat 1073 de nou născuți. Dintre aceștia, 65 au provenit din mame minore, reprezentând un procent de 6 %.



O imagine retrospectivă a ultimilor 5 ani, ne arată că, în ceea ce privește rata nașterilor din mame minore, există o incidență oarecum liniară, astfel:

- 2019 - 1188 nașteri - 59 nașteri cu mame minore - reprezentând 5%
- 2020 - 1782 nașteri - 94 nașteri cu mame minore - reprezentând 5,2%
- 2021 - 1499 nașteri - 93 nașteri cu mame minore - reprezentând 6,2%
- 2022 - 1084 nașteri - 57 nașteri cu mame minore - reprezentând 5,7%
- 2023 - 1073 nașteri - 65 nașteri cu mame minore - reprezentând 6%

Pe parcursul studiului au fost analizate anumite elemente, cu scopul de a evidenția factorii care au contribuit la acest aspect: vârsta mamei în momentul nașterii, mediul din care provine (urban/rural), nivelul studiilor, numărul sarcinilor, greutatea nou născutului la naștere, vârsta de gestație, mediul de includere al cuplului mama-copil după externare.

În lumina informațiilor adunate în timpul studiului, s-a constatat că dintr-un număr total de 65 de mame minore înregistrate, 32 dintre acestea aveau vârsta de 17 ani, 23 aveau vârsta de 16 ani, 9 aveau vârsta de 15 ani, iar o singură mamă înregistra vârsta de 14 ani. Aceste date oferă o perspectivă detaliată asupra distribuției vârstelor în rândul mamelelor minore implicate în studiu.

De asemenea, un aspect important în analiza studiului reprezintă mediul de proveniență al acestor adolescente. Astfel, se evidențiază că 80% dintre acestea provin din mediul rural, iar 20% provin din mediul urban. Putem spune că, lipsa sau accesul limitat la informațiile medicale, prin lipsa personalului specializat din localitățile rurale, a favorizat acest fenomen.

Totodată, venitul mediu scăzut al familiilor mamelor minore, a facilitat lipsa de interes față de educație, prin abandonul școlar. Statistica realizată confirmă acest aspect și arată că din cele 65 de mame minore, 41, reprezentând 63% nu au absolvit 8 clase. În momentul nașterii, doar 11 adolescente aveau studii liceale, iar 9 mame erau eleve, urmând să continue studiile atunci când condițiile medicale le vor putea permite. De subliniat este faptul că 6% dintre mamele minore erau analfabete, ceea ce arată că acestea nu au avut acces la educație.

Cu toate că vârsta minoră în momentul nașterii reprezintă un factor de risc în sarcină, atât pentru mamă, cât și pentru făt, se poate observa faptul că majoritatea mamelor minore implicate în studiu au avut nașteri la termen. Doar la 14%, reprezentând 9 cazuri dintre cele analizate, s-au înregistrat nașteri premature, evidențiind astfel o adaptabilitate surprinzătoare, în ciuda factorilor de risc asociați vârstei tinere.

În cadrul analizei privind vârsta de gestație, o observație notabilă înregistrată în studiu a fost greutatea nou-născuților la naștere. Conform rezultatelor obținute, s-a constatat că 88% dintre nou-născuți au avut o greutate la naștere mai mare de 2700 g, în timp ce 10% au înregistrat o greutate cuprinsă între 2000 și 2500 g, iar 2% au avut o greutate mai mică de 1500 g.



Rezultatele semnificative ale studiului au vizat distribuția nașterilor în rândul adolescentelor în perioada analizată. Astfel, conform datelor adunate, s-a constatat că 55 dintre tinerele mame au avut prima lor experiență de naștere, 8 dintre acestea au trecut deja prin a doua naștere, iar două minore au avut chiar și a treia naștere. Aceste informații oferă o imagine detaliată asupra experiențelor de maternitate în rândul adolescentelor incluse în studiu.

- 55 minore - prima naștere (85%)
- 8 minore - a doua naștere (12%)
- 2 minore - a treia naștere (3%)

Este relevant să notăm că, în cadrul eșantionului de minore care se aflau la a doua sau a treia experiență de acest fel, 6 tinere în vârstă de 17 ani, o adolescentă de 16 ani și una de 15 ani se confruntau cu a doua naștere, în timp ce o adolescentă de 17 ani și una de 15 ani se aflau la cea de a treia experiență de acest gen. Aceste detalii furnizează informații suplimentare pentru a face analiza mai reprezentativă în ceea ce privește nașterile multiple în rândul adolescentelor.



Extrem de important în evaluarea studiului reprezintă mediul de integrare a acestor cupluri mamă minoră - nou născut, la externarea din maternitate. Datele colectate indică faptul că familiile mamelor adolescente sunt implicate activ în procesul de creștere al copiilor și oferă un sprijin semnificativ în ceea ce privește aspectele sociale. Acest lucru reflectă o participare intensă și un angajament puternic din partea acestora în asigurarea condițiilor de trai a copiilor și oferirea sprijinului necesar în contextul maternității timpurii. Astfel, din cele 65 de cazuri analizate, 63 de minore au fost externate la domiciliul părinților sau, în unele cazuri, la domiciliul taților copiilor. Doar două minore au beneficiat de măsuri de protecție socială, fiind externate, împreună cu copiii lor, în Centrul Maternal.

Este extrem de important ca societatea să ofere sprijin și acces la serviciile de sănătate reproductivă, educație sexuală și contracepție. Totodată, este esențială sprijinirea și încurajarea acestor mame tinere să continue educația și să-și poată construi un viitor sigur și prosper. Obiectivele cheie includ furnizarea de sprijin psiho-social și material direct copiilor, precum și facilitarea proceselor de continuare sau reintegrare în sistemul de învățământ.



Astfel, fenomenul abandonului școlar în rândul mamelor minore se conturează ca o problemă intricată, cu origini și implicații complexe. Rezolvarea acestei provocări solicită implicarea coordonată a întregii societăți, a familiilor și a instituțiilor educaționale. Este esențial să se dezvolte eforturi sinergice pentru a oferi sprijin holistic și soluții durabile în vederea sprijinirii acestor tinere mame să depășească obstacolele, să își continue educația și să asigure un mediu stabil și prosper pentru copiii lor. Abordarea comprehensivă a acestei probleme contribuie la construirea unui viitor mai promițător pentru aceste familii vulnerabile, dar și pentru societate.



Autor: Elena Tilici,  
Asistent medical licențiat principal, SJU Vaslui





## **Nașterea naturală - Rolul asistentei medicale/moașei în asistența la naștere**

Nașterea naturală reprezintă ansamblul fenomenelor fiziologice prin care se realizează expulzarea fătului și anexelor fetale, prin filiera pelvigenitală, în afara cavității uterine. Nașterea naturală presupune mai multe etape, în care mama trebuie să beneficieze de suportul unei echipe medicale de specialitate (medic obstetrician, medic neonatolog, medic anestezist, asistenta medicală/moașa, infirmiera).

Nașterea pe cale naturală este recomandată tuturor femeilor însărcinate. Dacă nu există situații de risc, nașterea pe cale naturală evoluează normal sub supraveghere medicală de specialitate, nereprezentând niciun pericol pentru mama și făt. Doar în situații speciale medicul obstetrician recomandă nașterea prin operație cezariană. Este extrem de important ca mama să fie informată ce implică o naștere naturală, care sunt beneficiile și riscurile și să aibă încredere în echipa medicală. Nașterea pe cale naturală este un proces natural, minim invaziv și oferă foarte multe avantaje, atât pentru mamă, cât și pentru nou născut.

### **Avantajele pentru mamă:**

- recuperarea mai rapidă
- perioada de spitalizare va fi una de scurtă durată
- reducerea sângerării prin involuția fiziologică a uterului
- mobilizare precoce, nașterea pe cale naturală necesitând doze reduse de analgezice față de nașterea prin operație cezariană
- interacționarea cu nou născutul este imediată, chiar din prima oră după naștere, favorizând legătura fizică și emoțională
- nașterea naturală ajută la declanșarea rapidă a lactației și stimulează de la bun început hrănirea la sân a copilului.
- perioada de recuperare postpartum este mai ușoară și mai scurtă decât în cazul operației cezariene.

### **Beneficiile nașterii naturale pentru nou născut:**

- prin nașterea vaginală, copilul este ajutat (de contracția uterului la expulzie) să elimine lichidul din plămâni și să respire singur după naștere.
- zilele de spitalizare sunt mai reduse față de a celor extrași prin operație cezariană
- nou născutul poate fi alăptat imediat după naștere, interacționând cu mama
- sistemul imunitar al copilului este mai dezvoltat datorită anticorpilor care sunt transferați în timpul travaliului.
- riscul de a dezvolta alergii este mai scăzut.

## Rolul asistentei medicale/moașei în asistența la naștere

Pentru ca nașterea să se efectueze în condiții optime, aceasta trebuie să aibe loc într-o maternitate, prezența personalului calificat fiind foarte importantă în eventualitatea apariției complicațiilor, atât în timpul nașterii, precum și post naștere. În sala de naștere, parturienta este supravegheată continuu de către asistenta medicală sau moașă. Se monitorizează principalii parametri de interes, atât la mama cât și la făt: TA, puls, respirație, temperatură, culoare tegumente, stare generală, progresia nașterii (prin monitorizarea dinamicii uterine, a stării membranelor, aspectul lichidului amniotic, prezentația fătului, coluluterin), starea fătului prin ascultarea bătăilor cordului fetal.

○ importanță deosebită prezintă comportamentul și echilibrul psihic al mamei, atât în timpul travaliului cât și în momentul nașterii. Rolul major al asistentei medicale sau moașei este de a asigura sprijinul fizic, emoțional și informațional al pacientei prin: comunicare, mobilizare, reducerea stresului, a anxietății, gestionarea durerii (prin exerciții de respirație, masarea ușoară a zonei dureroase, adoptarea de poziții confortabile). Se explică mamei importanța cooperării cu echipa medicală, a participării sale la actul nașterii.

Asistenta medicală/moașa aduce la cunoștință medicului de gardă/curant rezultatul monitorizărilor și al investigațiilor, îngrijirile medicale acordate, semnalează medicului orice modificare survenită în starea fătului și a mamei. Se preocupă ca nașterea să decurgă în condiții optime, pregătește materialele necesare în vederea nașterii și solicită prezența în sala de nașteri a echipei care participă la naștere. Medicul neonatolog, împreună cu asistenta medicală din Secția Neonatologie, acordă îngrijirile imediate nou născutului.

Asistenta medicală/moașa supraveghează mama și după naștere, în perioada de lehuze imediată, monitorizând continuu contractilitatea uterină, sângerarea vaginală, aspectul plăgii perineale, starea generală a lehuzei (valorile funcțiilor vitale) și informează medicul în cazul apariției complicațiilor. Informează mama cu privire la importanța și beneficiile alăptării nou născutului, colaborează cu echipa din Secția Neonatologie și ajută mama în vederea inițierii precoce a alimentației la sân (chiar în primele ore după naștere).





---

Asistenta medicală/moașa acordă îngrijiri specializate și individualizate, reprezentând un important suport moral pentru femeie, susținând-o înainte, în timpul și după naștere. De aceea, este important și necesar ca personalul implicat în procesul nașterii să fie bine pregătit, să efectueze corect și amănunțit anamneza gravidei, pentru a preveni apariția complicațiilor, atât la mamă, cât și la făt. Pentru o îngrijire optimă a mamei și bebelușului, cunoștințele, abilitățile practice și conduita asistenților medicali/moașelor sunt esențiale. Îngrijirea acordată în condiții de urgență, deși esențială, nu este singura soluție pentru reducerea morbidității și mortalității maternale și neonatale. Aceste aspecte trebuie abordate de la sursă, prin măsuri de prevenție și promovare a sănătății.

---

Autor: Fîntinariu Mihaela  
Asistent medical principal obstetrică ginecologie  
Spitalul Județean de Urgență Vaslui

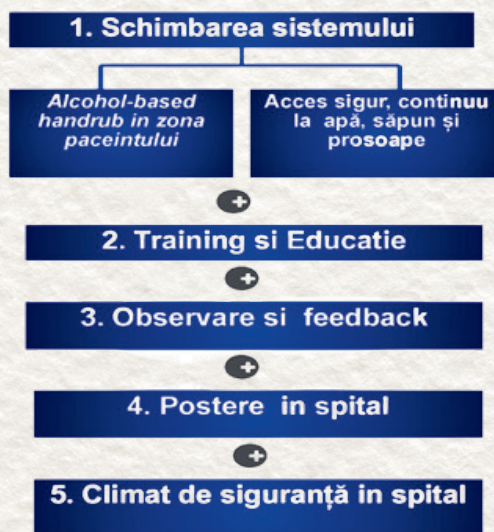


## DE LA TEORIE LA PRACTICĂ! EXPERIENȚE ȘI PROVOCĂRI ÎN IGIENA MÂINILOR!

Igiena mâinilor este cea mai importantă metodă de prevenire a IAAM!!! Tehnica corectă de spălare a mâinilor ar trebui să facă parte din toate cursurile de formare obligatorii, cu un program de monitorizare continuă pentru tot personalul.

Nicio țară și nicio unitate medicală, chiar și în cadrul celor mai avansate și sofisticate sisteme medicale, nu poate pretinde că este scutită de problema infecțiilor asociate asistenței medicale. La nivel global, în fiecare an, sute de milioane de oameni sunt afectați de IAAM, multe dintre ele fiind complet evitabile. Din fiecare 100 de pacienți spitalizați la un moment dat, 7 până la 15 dezvoltă o IAAM, iar 20 au IAAM în secțiile de terapie intensivă.

▶ Cele **5** componente de bază ale Strategiei de îmbunătățire a igienei mâinilor multimodale a OMS

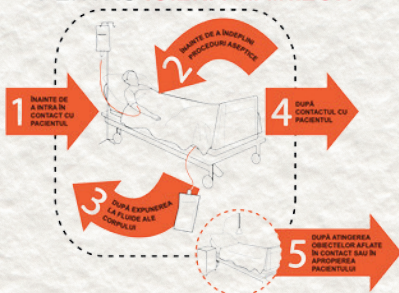


### Igiena mâinilor este despre CUM? ȘI CÂND?

Abordarea celor cinci momente pentru igiena mâinilor definește momentele cheie în care lucrătorii din domeniul sănătății ar trebui să efectueze igiena mâinilor. Abordarea a fost dezvoltată de Organizația Mondială a Sănătății și este utilizată de campania națională "Mâini curate" pentru a ajuta pe toți cei care lucrează în domeniul sănătății să decidă când trebuie să își curețe mâinile.

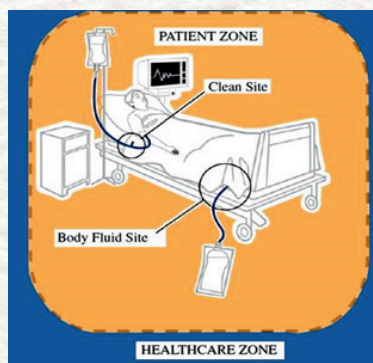
## SALVEAZĂ VIEȚI: Igiena Mâinilor

### 5 MOMENTE IMPORTANTE PENTRU IGIENA MÂINILOR



Sunt 2 momente «ÎNAINTE» care indică necesitatea de a preveni riscul transmiterii microbiene către pacient și 3 momente «DUPĂ», menite să prevină riscul de transmitere microbiană către personalul medical și zona de asistență medicală.

Aplicarea abordării "Celor cinci momente ale igienei mâinilor" necesită o înțelegere a conceptelor-cheie de zonă a pacientului, zona de îngrijire medicală și cele 2 zone critice, deoarece fiecare dintre cele cinci indicații de igienă a mâinilor ("momente") este definită de contactele consecutive cu suprafețele conținute în și între aceste zone "geografice".



**1. Zona pacientului** este definită ca incluzând pacientul și unele suprafețe/elemente din anturajul său care îi sunt dedicate temporar și exclusiv (adică toate suprafețele atinse de pacient sau aflate în contact fizic direct cu acesta și atinse de către personalul medical de îngrijire a pacientului în timp ce îi acordă îngrijiri), inclusiv obiectele personale ale pacientului. Raționamentul microbiologic care stă la baza acestui concept este faptul că mediul imediat al pacientului și orice dispozitiv dedicat acestuia se contaminează cu flora pacientului prin contact direct sau prin excreție microbiologică.

**2. Zona medicală:** Toate suprafețele din spațiul medical în afara zonei pacientului

### 3. 2 Zone critice la nivelul pacientului

- Zona curată: risc infecțios pentru pacient
- Zona de expunere la fluide: risc pentru personalul medical și pentru mediul de spital

„Cele 5 momente ale mele pentru igiena mâinilor” reprezintă o abordare explicită, ușor de reținut, compatibile cu fluxul de lucru. Pentru a depăși constrângerile de timp, produsele pentru igiena mâinilor trebuie să fie ușor accesibile la punctul de îngrijire.

**Momentul 1 - ÎNAINTEA ATINGERII** unui pacient - Această indicație este determinată de ultimul contact cu zona sanitară și următorul contact cu pacientul. Situații care ilustrează contactul: strângerea mâinii, luarea pulsului, tensiunii arteriale, auscultație toracică, palparea abdominală, ajutorul la deplasare, etc.

**Key Message pentru Momentul 1** - Dacă vă dezinfecțați mâinile în timp ce intrați în zona pacientului: puteți atinge mediul și apoi atinge pacientul deoarece mâinile vor fi contaminate numai cu agenții patogeni ai pacientului respectiv.

**Momentul 2 - IMEDIAT ÎNAINTEA** contactului cu un loc critic cu risc infecțios pentru pacient - Această indicație este determinată de apariția ultimului contact cu orice suprafață din zona medicală sau din zona pacientului și orice procedură care implică orice contact direct și indirect cu mucoasele, pielea neintactă sau un dispozitiv medical invaziv. Situații asociate cu o manopera aseptică: recoltarea probei de sânge, montarea unei linii vasculare, aspirare endotraheală, îngrijire oro-dentară, tușeu rectal, instilare de picături pentru ochi, pansament, hrănirea pacientului, administrarea medicamentelor, etc.

**Key Message pentru Momentul 2** - Odată ce s-a efectuat igiena mâinilor, nimic altceva din mediul pacientului nu mai trebuie atins înainte de începerea procedurii curate/aseptice. Dacă se utilizează mănuși pentru a efectua manopere curate/aseptice, igiena mâinilor trebuie efectuată înaintea luării acestora pe mâini.

**Momentul 3 - IMEDIAT DUPĂ manopere ce presupun risc de expunere la lichide biologice**

Această indicație este determinată de apariția contactului (chiar dacă este minim și nu este clar vizibil) cu sânge sau alt fluid corporal și următorul contact cu orice suprafață, inclusiv pacientul, zona din jurul pacientului sau zona medicală. Situații asociate unei expuneri potențiale sau efective la un fluid corporal: recoltarea unei probe de sânge, îngrijire oro-dentară, examen vaginal, îndepărtarea unui pansament, manipularea probei biologice (de sânge, urină, etc), manipularea dejectelor (materii fecale), curățarea materialului și a zonelor expuse/murdare, etc.

**Key Message pentru Momentul 3** - Dacă personalul medical poartă mănuși în momentul expunerii la un fluid corporal, acestea trebuie îndepărtate imediat după aceea și trebuie efectuată igiena mâinilor. Această acțiune poate fi amânată până când cadrul medical a părăsit împrejurimile pacientului, dacă acesta trebuie să îndepărteze deșeurile medicale contaminate, cu condiția ca acesta să nu mai atingă nimic înainte de a efectua igiena mâinilor.

**Momentul 4 - DUPĂ atingerea unui pacient, la îndepărtarea de acesta** - Această indicație este determinată de apariția ultimului contact cu pielea intactă sau îmbrăcămintea pacientului sau o suprafață din împrejurimile pacientului (după contactul cu pacientul) și următorul contact cu o suprafață din zona medicală. Situații care ilustrează contactul: strânsul mâinii, luarea pulsului, tensiunii arteriale, auscultație toracică, palparea abdominală, mobilizarea pacientului, etc.

**Key Message pentru Momentul 4** - Situațiile care conțin indicația „înainte de a atinge un pacient” vor conține în mod necesar indicația „după atingerea unui pacient”



Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu au ca scop principal să răspundă dorinței pacienților de a fi îngrijiți în mediul familial, degrevând astfel spitalele de cazurile ce pot fi tratate la domiciliu și reducând semnificativ costurile serviciilor medicale.

Rolul serviciilor de îngrijire la domiciliu este de a contribui la externarea cât mai rapidă a pacienților din spitale și de a preveni internările și reinternările ulterioare, ajutând în acest fel, atât serviciile medicale, cât și comunitatea.

Îngrijirea la domiciliu este asistență multidimensională oferită pacienților de toate vârstele în confortul propriilor case, pentru susținerea vindecării, a recuperării și îmbunătățirea calității vieții. Poate fi oferită de către medici, asistenți medicali, infirmieri, kinetoterapeuți, psihologi sau asistenți sociali.

# Îngrijirile la domiciliu

## Între realitate și provocare

Pe lângă serviciile medicale de bază, pot fi oferite și alte tipuri de servicii de specialitate la domiciliu, precum kinetoterapie sau logopedie, în funcție de caz și de nevoi.

De regulă, se apelează la astfel de servicii când pacientul nu se poate deplasa la centrele medicale specializate, dar are nevoie de îngrijiri medicale în confortul domiciliului. Astfel, se asigură pacienților accesul la servicii medicale, menține și îmbunătățește sănătatea și calitatea vieții.

Mulți oameni se vindecă și se recuperează mai bine în confortul propriei case. Indiferent dacă persoana suferă de o boală cronică sau dacă se recuperează după o afecțiune, un accident sau o intervenție chirurgicală, poate beneficia de o gamă largă de servicii de sănătate.

Asistența medicală la domiciliu este mult mai rentabilă decât o spitalizare prelungită. De fapt, în numeroase cazuri, nici nu poate fi posibilă o spitalizare prelungită. În aceste situații, serviciile de asistență medicală și îngrijire la domiciliu asigură o monitorizare eficientă și completă a bolii, a stării de sănătate a pacientului și îngrijiri medicale personalizate, cu multiple beneficii.

Rolul asistentului medical, în cadrul serviciilor de asistență medicală și îngrijire la domiciliu este complex. Un asistent medical poate îndeplini o multitudine de sarcini ce susțin sănătatea pacientului, în confortul propriei locuințe.

Acesta poate oferi o varietate de servicii medicale, de la evaluarea și monitorizarea stării de sănătate, a semnelor vitale și a răspunsului la tratament, monitorizarea glicemiei capilare, recoltarea produselor biologice și patologice până la diferite proceduri medicale specifice, ca administrarea de medicamente sau tratamente injectabile, schimbarea pansamentelor.

Asistenții medicali pot oferi îngrijiri la domiciliu adulților în vârstă sau îngrijiri paliative pacienților aflați în fază terminală. Se ocupă cu educarea pacientului, a familiei sau aparținătorilor, cu privire la procesul bolii, elaborează strategii de îngrijire, administrează tratamentele recomandate și monitorizează îndeaproape evoluția bolii.



Când vine vorba despre îngrijirea pacienților la domiciliu, serviciile de calitate sunt esențiale. Îngrijirea de calitate asigură faptul că pacienții primesc tratamentul potrivit la momentul potrivit și că sănătatea și bunăstarea lor generală sunt prioritatea principală. Întotdeauna calitatea serviciilor medicale depinde de o colaborare multidisciplinară care implică de fapt mai mulți specialiști, medici de familie, medici specialiști, kinetoterapeuți sau psihologi.

De asemenea, pacienții trebuie tratați cu respect și demnitate, profesioniștii implicați în procesul de îngrijire fiind aplecați în special spre nevoile acestora.

Pe lângă pregătirea necesară și profesionalism, un asistent medical care asigură îngrijiri la domiciliu trebuie să aibă și calități precum: empatie, afecțiune, cunoașterea drepturilor pacienților, răbdare, precum și abilități de comunicare.

Rolul asistenților medicali în îngrijirea pacienților la domiciliu este unul extrem de important și complex - de la susținerea vindecării și recuperării, până la îmbunătățirea calității vieții, atât pentru pacient, cât și pentru familia acestuia.

**Autor: Avrămescu Daniel**

Asistent medical generalist principal  
Spitalul Județean de Urgență Vaslui



# ANEMIA FERIPRIVĂ

Anemia feriprivă este tipul de anemie hipocromă în care deficitul de sinteză a hemoglobinei are drept cauză scăderea cantității totale a fierului din organism.

Această tulburare fundamentală este răspunzătoare de toate simptomele și semnele bolii. Scăderea cantității totale de fier din organism reduce semnificativ aportul de fier în măduva osoasă și are ca urmare anemia microcitară, hipocromă caracteristică.

De asemenea, scăderea fierului tisular este responsabilă de semnele și simptomele revelatoare ca: modificările fanerelor, atrofia mucoaselor, astenia etc.

Boala atinge ambele sexe și toate vârstele, dar apare predominant la femei și copii. Este cea mai frecventă formă de anemie.

Fierul este un element indispensabil tuturor celulelor și țesuturilor, având rol în menținerea sănătății și funcționării normale a organismului, inclusiv, în ceea ce privește producerea de hemoglobină.

## Cauzele anemiei feriprive

Cantitatea de fier necesară fiecărui organism depinde de vârstă și sex. Studiile arată că bărbații au nevoie de cel puțin 8 mg zilnic, iar femeilor în vârstă de 50 de ani și chiar mai tinere le sunt necesare 18 mg în fiecare zi.

## Anemia feriprivă poate avea cauze multiple.

Categoriile de persoane care prezintă risc ridicat de a pierde fier sau de a nu-l putea asimila, sunt:

- femeile în timpul menstruației, mai ales dacă aceasta este abundentă;

Vârsta	Valori normale (M)
<1 lună	32-112 mg/dL
1-12 luni	27-109 mg/dL
1-3 ani	29-91 mg/dL
4-6 ani	25-115 mg/dL
7-9 ani	27-96 mg/dL
10-12 ani	28-112 mg/dL
13-15 ani	26-110 mg/dL
16-18 ani	27-138 mg/dL
>18 ani	59-158 mg/dL

- femeile însărcinate, cele care alăptează sau care au născut recent;
- persoanele care au suferit o intervenție chirurgicală majoră sau o traumă psihică;
- persoanele care au o afecțiune gastrointestinală: boala celiacă, boala Crohn, boli inflamatorii intestinale, cum sunt colitele ulcerative, ulcerul peptic.

Alte cauze (mai rar întâlnite) care pot determina apariția anemiei feriprive, pot fi:

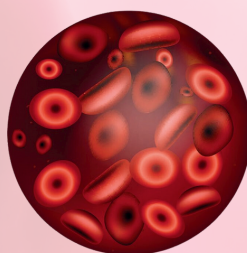
- pierderi de sânge ca urmare a unor afecțiuni: ulcer gastroduodenal, varice esofagiene, litiază renală, fibrom uterin, hemoptizii în TBC, cancer esofagian, gastric sau de colon, esofagită, diverticulită;
- sângerări nazale cronice;
- transfuzii frecvente de sânge (donare);
- pierderi de sânge în urină ca urmare a unor disfuncționalități la nivelul rinichilor sau a vezicii urinare;
- consumul excesiv de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS);
- hemoroizi.

Vârsta	Valori normale (F)
<1 lună	29-127 mg/dL
1-12 luni	25-126 mg/dL
1-3 ani	25-101 mg/dL
4-6 ani	28-93 mg/dL
7-9 ani	30-104 mg/dL
10-12 ani	32-104 mg/dL
13-15 ani	30-109 mg/dL
16-18 ani	33-102 mg/dL
>18 ani	37-145 mg/dL

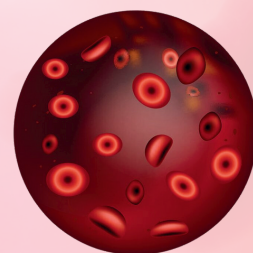
**Simptomele anemiei feriprive pot fi adesea confundate cu ale altor afecțiuni.** Prin urmare, este foarte important consultul medicului specialist în vederea diagnosticării corecte și recomandării tratamentului adecvat.

**Principalele semne și simptome ale acestui tip de anemie sunt:**

- stare de oboseală, slăbiciune, scădere a rezistenței la efort;
- lipsa poftei de mâncare și energiei;
- paloare sau aspect galben al pielii;
- cefalee (dureri de cap);
- unghii fragile;
- piele uscată;
- dificultăți de respirație;
- amețeală;
- ritm cardiac crescut;
- dureri în zona pieptului;
- senzația de picioare și mâini reci;
- căderea părului;
- apetit pentru lucruri care nu sunt alimente - pământ, gheață, hârtie;
- umflare a limbii;



Normal



Anemia

- senzație de înțepătură la nivelul picioarelor;
- sindrom al picioarelor neliniștite - o nevoie acută de a mișca picioarele atunci când ești în pat;
- dificultăți de concentrare.



## Testele de laborator recomandate în anemia feriprivă

Hemoleucograma arată, printre altele, numărul leucocitelor din sânge, al globulelor roșii, procentul acestora și media volumului lor, cantitatea de hemoglobină, numărul trombocitelor.

**Feritina** măsoară stocurile de fier seric pe care le produce organismul.

**Sideremia** arată cantitatea de fier din sânge și modul în care acesta este metabolizat în organism.

**Capacitatea totală de legare a fierului (CTLF)** ține de modul în care fierul ajunge în organism cu ajutorul transferinei.

**Reticulocitele** reprezintă capacitatea măduvei de a produce eritrocite (celule roșii) tinere.

**Saturația transferinei.** Transferina este proteina cu ajutorul căreia fierul este transportat în organism; analiza oferă indicii importante despre modul în care proteina se leagă de celulele în care se regăsește fierul.

**Receptorii solubili de transferină** - numărul acestor receptori este proporțional cu necesitatea de fier a celulei (toate celulele, cu excepția eritrocitelor mature, exprimă la suprafața lor receptori ai transferinei).

Alte analize care pot fi recomandate pentru diagnosticare: radiografii, colonoscopii, endoscopii, hemoragii oculte.

Metoda cea mai sigură de prevenție a anemiei feriprive este o alimentație echilibrată, bogată în fier (carne roșie, porc, curcan, pui, pește, fructe de mare, fasole, mazăre, zarzavaturi cu frunze verde-închis, fructe uscate) și vitamina C (broccoli, grapefruit, kiwi, portocale, mandarine, zarzavaturi cu frunze verde-închis, pepene galben, ardei gras, căpșuni).

Totuși, în cazul unui diagnostic pozitiv de anemie feriprivă este important consultul unui medic specialist și administrarea tratamentului adecvat, deoarece, netratată, anemia feriprivă poate duce apariția afecțiunilor cardiovasculare, a patologiei obstetricale (avort spontan, naștere prematură, greutate prea mică a copilului la naștere), tulburări de creștere, tulburări cognitive și depresie.

Autor: **Crăciun Andreea**

Asistent medical de laborator principal

Spitalul Municipal "Dimitrie Castroian" Huși

# Rolul asistentului medical în practicile transfuzionale

Transfuzia de sânge, ca metodă terapeutică, este aplicată din anul 1824, când James Blundell efectuează la Londra, prima transfuzie de la om la om, el fiind socotit "părintele transfuziei moderne".



Până în anul 1900, când a avut loc descoperirea grupelor sanguine de către Landsteiner, s-au efectuat transfuzii cu scop experimental și terapeutic, dar înregistrarea unor accidente, inexplicabile în acea vreme, a dus la stagnarea acestei practici.

În România, prima transfuzie de la om la om a fost efectuată în 1853 de către medicul Carol Davila, după metoda medicului francez Nelaton, transfuzie soldată din păcate cu decesul primitorului, cât și al donatorului, din cauza nepotrivirii de grup, probabil și din cauza infectării locului de puncție la donator.

Procesul transfuzional este complex, implicând mai multe etape interconectate, precum și un grup multidisciplinar de profesioniști, cu diferite niveluri de responsabilitate, de conștientizare și asumare a normelor și practicilor corecte transfuzionale.

Rolul asistentului medical în practica transfuzională evoluează ca parte integrantă a măsurilor de optimizare a utilizării și administrării corecte a produselor și derivatelor de sânge, de reducere a riscurilor procedurale și îmbunătățire a practicilor terapiei transfuzionale în general.

Întreg personalul medical implicat în terapia transfuzională are responsabilitate profesională, legală și etică pentru propriile acțiuni. Din momentul în care s-a luat decizia de a se efectua o transfuzie, fiecare persoană implicată în realizarea procesului are responsabilitatea de a asigura furnizarea produsului potrivit, pacientului potrivit, la timpul potrivit.



Procesul transfuzional trebuie să fie întotdeauna precis, controlat și riguros, deoarece, cea mai mică eroare poate antrena complicații severe, ireversibile pentru pacient.

Într-o ordine firească a procesului transfuzional, trebuie să recunoaștem pentru început, rolul și complexitatea activității colegilor noștri asistenți medicali care profesază în cadrul Centrelor de Transfuzie Sanguină.

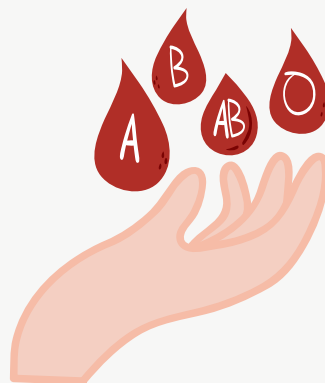
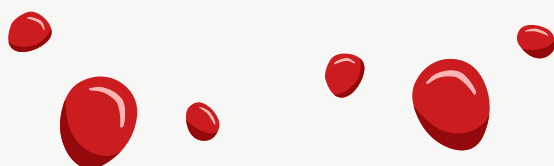


Ei sunt cei care asigură și răspund pentru derularea în condiții optime a procesului de colectare de sânge, respectiv promovarea politicilor de donare benevolă, identificarea, consilierea și instruirea potențialilor donatori, recoltarea de probe și teste recomandate în vederea stabilirii eligibilității pentru donare, recoltare, validare, etichetare, stocare, distribuție și livrare de sânge și/sau componente sanguine către unitățile spitalicești.

Este bine cunoscut faptul că transfuzia de sânge, deși este o procedură relativ comună, necesită abilități specifice ce trebuie însușite de asistentul medical, indiferent de secția clinică în care își desfășoară activitatea.

În ceea ce privește atribuțiile asistenților medicali din cadrul Unităților de Transfuzii Sanguine, ei sunt cei care asigură aprovizionarea, recepția, evidența, stocarea și livrarea sângelui total și a componentelor sanguine către secțiile spitalului, efectuarea testelor pretransfuzionale, pregătirea unităților de sânge și a componentelor /derivatelor sanguine în vederea administrării, prezervarea în condiții optime a probelor biologice pretransfuzionale și a unităților de sânge sau componentelor sanguine în spațiile frigorifice cu această destinație, întocmirea documentației corespunzătoare tuturor activităților desfășurate, raportarea tuturor evenimentelor legate de actul transfuzional către centrele de transfuzie teritoriale.

Tot ei sunt cei de la care obținem consiliere privind aplicarea corectă a procedurilor și protocoalelor de transfuzie și monitorizare a pacienților transfuzați.



Actul transfuzional este dominat de responsabilitățile legate de nursing, iar asistenta medicală constituie o verigă extrem de importantă de la începutul și până la sfârșitul transfuziei de sânge, privind activitățile cheie de îngrijire, cunoașterea indicațiilor terapiei transfuzionale, verificarea datelor pentru prevenirea erorilor, informarea și îndrumarea pacienților privind transfuzia, recoltarea eșantioanele pretransfuzionale, pregătirea pacientului, efectuarea ultimului control pretransfuzional la patul bolnavului, administrarea produsului sanguin, supravegherea pacientului pe toată durata administrării și în următoarele ore, aplicarea procedurilor de urgență în cazul instalării reacțiilor adverse.



În administrarea de sânge, asistenta medicală parcurge o secvență procedurală de activități standard pentru a iniția și asigura un act medical corect și sigur, cu accent pe identificarea corectă, verificarea testării și determinării anterioare ABO, a statusului Rh, precum și al istoricului reacțiilor anterioare de transfuzie, pe educația pacientului în scopul reducerii anxietății, facilitării înțelegerii acestei proceduri, a riscurilor și potențialelor reacții secundare.

Nu în ultimul rând, o etapă importantă este reprezentată de verificarea identității chiar înainte de efectuarea unei transfuzii sanguine, așa numitul „test la patul bolnavului”.

Testul se efectuează chiar înainte de transfuzie, la patul bolnavului, personal de către asistenta care montează trusa de transfuzie și confirmă identitatea pacientului, validitatea produsului, compatibilitatea.

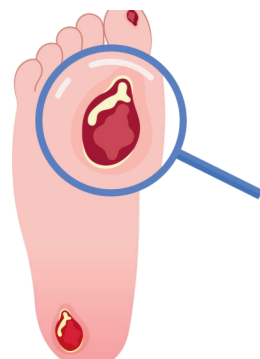
Deși procedura de bază pentru administrarea transfuziei de sânge poate părea simplă, cunoștințele și abilitățile de bază necesare pentru a o efectua în siguranță și eficient sunt cuprinzătoare. Formarea adecvată este esențială, pentru a asigura cele mai bune rezultate pentru pacienți.

Având în vedere impactul vital pe care donarea de sânge îl are în salvarea vieților, suntem determinați să ne consolidăm rolul ca asistenți medicali, asumându-ne responsabilitatea în asigurarea unei practici transfuzionale sigure și etice.

**Autor: Ungureanu Nadia**  
As. med. lic. Director de  
îngrijiri, Spitalul Județean  
de Urgență Vaslui

# Prevenția, tratamentul și managementul eficient al piciorului diabetic

Piciorul diabetic este o importantă complicație a diabetului zaharat, este piciorul cu alterații anatomico - funcționale determinate de arteriopatia ocluzivă periferică și/sau neuropatia diabetică.



Piciorul diabetic reprezintă o mare tragedie, nu doar pentru pacient, dar și pentru familia sa, și, de asemenea, un cost financiar semnificativ la nivelul sistemului financiar al întregii societăți. Pentru a reduce problemele legate de piciorul diabetic este de dorit și totodată necesară o strategie care să cuprindă prevenția prin educarea pacientului și personalului sanitar, tratamentul multidisciplinar ale ulcerațiilor, controlul atent al piciorului pacientului.

Piciorul diabetic este o complicație care poate apărea după câțiva ani de boală, de Diabet zaharat tip 2, dar și de Diabet zaharat tip 1.

Apariția acestei complicații este favorizată și de alte afecțiuni problematice, cum ar fi: **neuropatia periferică**, care determină o pierdere a sensibilității, a percepției durerii, **arteriopatia periferică** prin alterarea aportului sanguin, deformitățile piciorului prin excesiva tensiune de la nivel plantar și **reducerea mobilității articulației**.

Consecința cea mai gravă este amputația membrului inferior din cauza imposibilității vindecării a unei ulcerații ajunse la gangrenă.

## Există trei tipologii diferite de ulcerații:

- Tip neuropatic: din cauza neuropatiei și de obicei pleacă de la calozități ce se formează la nivelul plantei piciorului
- Tip ischemic: datorată arteriopatiei și vasculopatiei. Fluxul sanguin alterat duce la un redus aport de oxigen și nutrienți la nivelul membrului inferior ajungând astfel la un eveniment ischemic prevalent la nivelul degetelor producând durere
- Tip neuro ischemic: cauzat fie de neuropatie cât și de arteriopatie, din punct de vedere clinic sunt cele mai complexe de tratat.

**Factorii de risc sunt următorii:** mai mult de 10 ani de diabet, aderență scăzută la tratamentul antidiabetic, control glicemic redus, ulcere precedente, amputații precedente, deformități și anormalități structurale ale piciorului (picior plat, haluce valgum, picior Charcot), mobilitate articulară redusă, onicomicoze, tegumente seci/crăpate.



### Prevenția piciorului diabetic:

În primul rând e necesară indentificarea persoanelor cu risc să dezvolte o ulcerăție a piciorului prin evaluarea factorilor de risc.

Cele 5 elemente cheie pentru prevenția piciorului diabetic sunt:

1. Identificarea piciorului cu risc
2. Inspecția periodică și examenul piciorului cu risc
3. Educația pacientului și a familiei
4. Uzarea de încălțăminte adecvată
5. Tratamentul leziunilor pre-ulcerative

Screening-ul complicațiilor cronice ale membrelor inferioare e un moment fundamental al activității diabetologice deoarece permite identificarea pacienților cu risc ulcerativ și să le împartă pe clase de risc.

**Clasa 0:** absența riscului de ulcerăție atunci când pacientul nu are semne de neuropatie senzitivă sau motorie, în acest caz pacientul va fi evaluat anual sau la nevoie

**Clasa 1:** risc mediu, în prezența exclusivă de neuropatie senzitivă sau motorie, este util controlul la 6 luni

**Clasa 2:** risc înalt, în prezența piciorului deformat sau vasculopatie periferică este necesar controlul la fiecare 3 luni

**Clasa 3:** risc foarte înalt de recidivă, când există o amputație anterioară sau o anterioară ulcerăție, în acest caz ar fi nevoie de un control lunar.

### Decalogul pentru prevenția piciorului diabetic

1. Examinarea în fiecare zi a picioarelor, în principal planta, călcâiul, și spațiul interdigital.
2. Spălarea picioarelor în fiecare zi cu apă călduță (temperatura apei să fie sub 37°C și un săpun de calitate. Uscarea corectă a tegumentelor cu un prosop moale, în special spațiul interdigital. A nu se face bai prelungite cu sare și sau alte produse, deoarece deshidratează sau macerează pielea.
3. După spălarea picioarelor, se controlează atent prezența de calozități și/sau îngroșarea tegumentelor. În acest caz se va utiliza piatra ponce și se va fricționa blând părțile interesate. Nu se vor utiliza alte pietre și preparate abrazive, agenți chimici, așa cum nu trebuie utilizate nici alte preparate din farmacie pentru scoaterea băătăurilor.



4. După ce se usucă picioarele, se masează cu o crema hidratantă pentru menținerea elasticității pielii. Dacă continuă să se formeze aceste bătăături/calozități trebuie consultat medicul.
5. Evitarea temperaturilor prea calde sau prea reci, a nu se utiliza termofoarele. Dacă noaptea picioarele sunt reci, încălțați șosete de lână.
6. A nu merge desculți nici măcar în casă sau pe plaja. A încălța pantofi comozi, nu cu vârful strâmt sau cu toc înalt. Încălțăminte nouă trebuie încălțată pe perioade scurte, până când se adaptează bine pe picior. A se controla mereu cu mâna interiorul încălțăminteii înainte de a o încălța (ar putea fi spini/corpusi străine sau chiar iregularități al interiorului încălțăminteii).
7. A nu se încălța fără șosete/ciorapi. A se utiliza șosete/ciorapi pe măsura, fără cusături. A se schimba zilnic șosetele/ciorapii. A nu se folosi jartierele sau elastic ce strâng gambele.
8. A se tăia unghiile drepte, nu foarte scurte. A nu se utiliza foarfece ascuțite. Nu tăiați cuticulele. Dacă sunteți în dificultate cereți ajutor ca să vi se taie unghiile. Dacă mergeți la pedichiurist avertizați că sunteți diabetic.
9. Nu tăiați calozitățile și bătăăturile. Nu forțați veziculele sau alte bășici. Acoperiți leziunile cu comprese sterile, fixați cu un romplast de hârtie sau cu plasă elastică și adresați-vă medicului.
10. Nu ascultați niciodată sfaturile rudelor, vecinilor sau al altor diabetici. Adresați-vă întotdeauna medicului. Cereți sfaturi pentru orice inițiativă vă gândiți să luați pentru propriile picioare (produse farmaceutice/estetice, tălpici, etc).

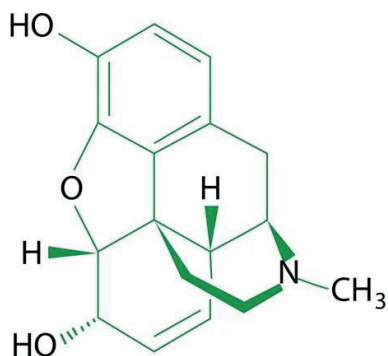
## Educația sanitară ca o formă de prevenție

. Educația sanitară este principalul mecanism de prevenție contra bolilor și complicațiilor lor. Pacientul trebuie condus gradual către autoevaluare și autoîngrijirea bolii. Educația oferită în mod structurat, organizat și repetat joacă un rol important în prevenția problemelor piciorului. Obiectivul este acela de a îmbunătăți cunoștințele pacienților despre îngrijirea piciorului, conștientizarea și autocontrolul, creșterea motivației și competențele lor în scopul de a facilita aderența și complianța pacientului la tratament. Persoanele cu diabet trebuie să învețe să recunoască potențialele probleme ale piciorului și să știe ce pași au de făcut în cazul apariției lor.



Autor: **Angheluță Titieana**  
As. med. generalist principal  
Spitalul Municipal de Urgență  
"Elena Beldiman" Bârlad

## Morphin



# MITURILE MORFINEI

Endorfinele- sunt un tip de transmițători, de mesageri, care acționează în corpul nostru. Ele se atașează de receptorii opioizi din creier, responsabili de reglarea durerii și a emoțiilor. Există 20 tipuri de endorfine, dar Beta-endorfinele reprezintă cel mai studiat tip, fiind implicate în ameliorarea stresului și gestionarea durerii.

**Morfina-** este un agonist opioid, termenul provenind de la numele zeului visurilor în mitologia greacă Morpheu. A fost izolată pentru prima dată în 1804, apoi, începând cu anul 1853 (după descoperirea acului hipodermic), utilizarea sa a început să fie din ce în ce mai răspândită în special ca analgezic și sedativ. În 1975, cercetătorii au folosit morfină radioactivă pentru a evalua locul de acțiune al acesteia și au constatat, în mod surprinzător, că medicamentul se atașează la zonele specifice ale creierului și anume pe receptori denumiți "receptori pentru morfină".

Durerea din cancer poate fi controlată. Cea mai bună strategie terapeutică pentru controlul durerii este cea realizată de pacient în colaborare cu echipa medicală și care oferă suficientă flexibilitate pentru nevoile sale. Pacientul este cel care decide în privința dozelor terapeutice, în funcție de intensitatea durerii și de starea sa generală. În unele stadii ale cancerului, durerile pot fi foarte severe. Cu toate acestea, uneori, pacienții încearcă să "trăiască" cu durerea cauzată de cancer, deoarece aceștia cred în mituri.



## **MIT: Dacă am nevoie de morfină, înseamnă că sfârșitul e aproape**

**Realitate:** Morfina se introduce în medicația unui pacient în funcție de severitatea durerii și nu în funcție de stadiul bolii. Dacă se administrează corect, morfina poate fi utilizată timp îndelungat și poate fi compatibilă cu un stil de viață normal. Controlul corect al durerii din cancer determină ca pacientul să fie activ, să doarmă, să aibă un apetit normal, să se poată bucura de compania familiei și a prietenilor, să aibă o activitate sexuală normală.

## **MIT: Odată început tratamentul cu morfină, acesta nu mai poate fi întrerupt**

**Realitate:** Dacă în urma tratamentului oncologic cu chimioterapie, radioterapie sau chirurgical durerea se diminuează sau chiar dispare, atunci dozajul morfinei se poate reduce sau chiar opri.

## **MIT: Cel mai bine ar fi ca intervalul dintre doze să fie cât mai mare cu puțință**

**Realitate:** Ameliorarea durerii trebuie realizată prin administrarea medicației la debutul durerii, fără a aștepta ca aceasta să devină insuportabilă. Dacă durerea este severă, se micșorează intervalul dintre administrări sau se crește doza, până la obținerea unei doze optime, care permite pacientului să aibă o stare bună. Administrarea morfinei se face obligatoriu la ore fixe plus administrare la nevoie, pentru puseele dureroase acute.



## **MIT: Pacienții care primesc morfină dezvoltă adicție**

**Realitate:** Opioidele sunt cele mai puternice medicamente cu efect analgezic, iar atunci când sunt folosite pentru tratarea durerii din cancer cauzează dependență în cazuri foarte rare.

## **MIT: Morfina determină depresie respiratorie**

**Realitate:** Riscul de depresie respiratorie este foarte mic, iar titrarea corectă a opioidelor reduce foarte mult acest risc. Opioidele reduc răspunsul respirator la hipercapnie diminuând efortul respirator și dispneea.



### **MIT: Morfina are efecte secundare inacceptabile**

**Realitate:** Greața, vărsăturile și sedarea sunt efecte secundare frecvente care apar la inițierea tratamentelor cu opioide, dar dispar în câteva zile. La constipație nu se instalează toleranța, de aceea se administrează laxative concomitent cu opioidul.

### **MIT: Am luat morfină și nu mi-a fost de niciun ajutor!**

**Realitate:** Dacă pacientul afirmă acest lucru, înseamnă că dozele administrate au fost prea mici sau au fost administrate prea rar.

### **MIT: Sunt alergic la morfină!**

**Realitate:** Nu există nicio confirmare a alergiilor la morfină, dar este posibil ca pacientul să considere ca fenomene de alergie, efectele adverse ale administrării de opioide, care se remit oricum în câteva zile.

### **MIT: Opioidele se administrează numai în cancer.**

**Realitate:** Decizia de folosire a opioidelor trebuie dictată de severitatea bolii, nu de tipul acesteia. Folosite în osteoartrite, dureri ale coloanei vertebrale, dureri postoperatorii, fracturi, traumatisme, durerea neuropată, durerea în colică renală sau cea biliară, opioidele au rezultate spectaculoase, cu reducerea considerabilă a durerii.

### **MIT: Doza de opioid necesară pentru a controla durerea este aceeași pentru toți pacienții**

**Realitate:** Răspunsul la analgezicele opioide este individualizat, doza optimă este doza care produce anelgezie cu efecte secundare tolerate de organismul pacientului. Tratamentul se ajustează permanent în funcție de starea generală a pacientului, de prezența altor afecțiuni și de tipul, stadiul și localizarea tumorii, precum și de pragul dureros al fiecărui pacient.

### **MIT: Durerea severă răspunde numai la tratamentul injectabil.**

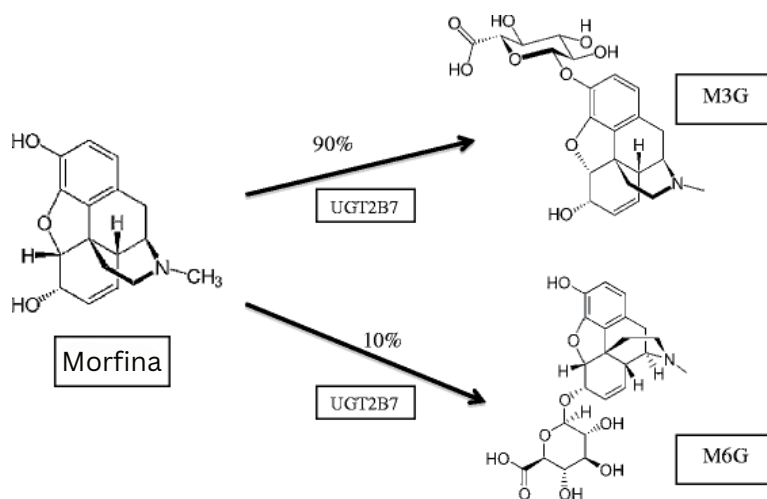
**Realitate:** Îngrijirea paliativă a demonstrat că opioidele au efect analgezic bun și în administrarea orală. Realitatea clinică este un argument în plus pentru studiile care au dovedit că preparatele cu eliberare structurată sau patch-urile sunt extrem de eficiente. În timpul internării este posibil ca pacientului să îi fie administrată morfină injectabil, iar apoi, la externare să i se poate prescrie administrarea de preparate cu acțiune îndelungată (retard).

## MIT: Morfina face rău organismului și grăbește moartea.

**Realitate:** Opioidele nu afectează niciun organ și pot fi administrate pe timp îndelungat. Se pot utiliza ani de zile pentru durerea din afecțiuni cronice non-oncologice.

## MIT: Este indicat să reducem doza de opioide atunci când pacientul este inconștient sau în fază terminală

**Realitate:** În cazul pacienților în fază terminală este recunoscut faptul că durerea este încă prezentă, așa că se continuă administrarea regulată a medicației cu opioide, asigurându-ne astfel că moartea este cât mai puțin dureroasă posibil.



**CONCLUZII:** Terapia durerii abordează complexitatea durerii, un simptom experimentat universal, dar cu o definiție evazivă. Nu există nicio îndoială că durerea este o senzație într-o parte a corpului, dar este întotdeauna neplăcută, făcându-l o experiență emoțională. Toată durerea este subiectivă, ceea ce înseamnă că intensitatea durerii pe care o simte fiecare persoană este afectată de opiniile sale personale, experiența sau background-ul.

Oricât de multe cunostințe teoretice am acumula, aplicarea lor în practică se va lovi de temerile și prejudecățile noastre legate de utilizarea Morfinei. Conștientizarea acestor prejudecăți este un pas important în aplicarea unui tratament corect al durerii pacienților noștri. Utilizarea corectă a Morfinei crește calitatea vieții, ajută la menținerea autonomiei și a umanității personale. Este important să depășim aceste frâne mentale și să ne focalizăm pe beneficiile terapeutice pe care Morfina le poate aduce pacienților, oferindu-le un confort sporit și o viață mai bună.

**Autor:** Gugleș Isabela Beatrice  
Asistent medical generalist  
Spitalul de Îngrijiri Paliative Recumed Vaslui



## ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE ÎN CHIRURGIA GENERALĂ: PRINCIPII FUNDAMENTALE ȘI ABORDĂRI STRATEGICE

Îngrijirea postoperatorie constituie o componentă esențială a managementului chirurgical, având un impact semnificativ asupra morbidității, mortalității și calității vieții pacientului. Succesul intervențiilor chirurgicale nu se limitează la sala de operație, ci continuă prin implementarea unor strategii de îngrijiri postoperatorii bine coordonate, care vizează minimizarea riscului de complicații și accelerarea procesului de recuperare.

### **Monitorizarea și managementul durerii postoperatorii**

Managementul durerii postoperatorii este imperativ pentru facilitarea recuperării pacientului și reducerea riscului de complicații secundare. Tehnicile de analgezie trebuie să fie adaptate individual, având în vedere atât intensitatea durerii cât și profilul farmacologic al pacientului. Protocoalele standardizate care utilizează o combinație de analgezice opioide și non-opioide, alături de metode non-farmacologice, precum aplicarea de gheață sau căldură, masaj terapeutic și tehnicile de relaxare, pot optimiza controlul durerii. Este esențială utilizarea instrumentelor de evaluare validată, cum ar fi scala vizual analogică (VAS), pentru monitorizarea eficacității strategiilor analgezice și ajustarea acestora conform nevoilor pacientului.

### **Prevenirea complicațiilor postoperatorii**

Prevenirea complicațiilor este o prioritate în îngrijirea postoperatorie. Implementarea de măsuri profilactice, cum ar fi administrarea de antibiotice în preoperator și gestionarea adecvată a terapiei anticoagulante, joacă un rol crucial în prevenirea infecțiilor și a evenimentelor tromboembolice. De asemenea, mobilizarea precoce a pacientului contribuie la diminuarea riscurilor de complicații respiratorii și tromboembolice. Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale și utilizarea instrumentelor de evaluare funcțională, precum pulsoximetria, sunt recomandate pentru a identifica și interveni prompt în cazul complicațiilor emergente.

### **Optimizarea stării nutriționale și hidratării**

Starea nutrițională influențează direct rata de vindecare și recuperare. Este imperativ să se elaboreze un plan nutrițional care să înceapă cu lichide și să avanseze gradual către o dietă solidă, adaptată nevoilor individuale ale pacientului. Suplimentarea nutrițională, incluzând aportul de proteine, vitamine și minerale, poate fi necesară pentru a susține procesele de reparare tisulară. În paralel, monitorizarea stării de hidratare și ajustarea aportului de fluide sunt esențiale pentru prevenirea deshidratării și pentru susținerea funcției renale optime.

Autor: Dr. Cosma Cătălin Dumitru  
Asist. Univ. UMFST Târgu Mureș  
Spitalul Județean de Urgență Târgu Mureș

# Ce mai citim?



Plecând de la câteva mari tradiții filosofice, Elliot Cohen susține, argumentat, că emoțiile și acțiunile iraționale ale oamenilor sunt cel mai adesea determinate de raționamente cu concluzii trase din premise false sau nerealiste.

Exigența perfecționismului, care este doar una dintre cele 11 erori cardinale de judecată identificate de Cohen ca surse ale nefericirii oamenilor, este la rândul ei împărțită în 10 subtipuri, a căror detectare și ameliorare cu ajutorul filosofiei sunt magistral prezentate și sistematizate, sub forma unor inventare concise de lucru, în cartea de față."

Florin Lobonț

Ești perfecționist? Porți acest titlu ca pe o medalie de onoare, chiar dacă îți distruge viața? Nu e nimic în rău în ținți excelența în privințele care contează pentru tine. Însă dacă pretinzi perfecțiune de la tine, de la ceilalți sau de la lucrurile din viața ta, îți pregătești un viitor plin de dezamăgiri. Mai mult, stresul cauzat de perfecționism îți poate îngreuna atingerea scopurilor pe termen lung. Așadar cum îți poți depăși exigența autoperturbatoare a perfecțiunii?

Preț: 49 lei la carturesti.ro



Toți locuitorii din Little Kilton știu povestea.

Frumoasă și populară printre colegii de liceu, Andie Bell a fost ucisă de iubitul ei, Sal Singh, care, mai apoi, cuprins de remușcări, și-a luat viața. Cinci ani mai târziu, tragedia încă îi bântuie pe locuitorii liniștitului orașel britanic. Prietena din copilărie a presupusului criminal, Pip nu poate scăpa de sentimentul obsedant că lucrurile nu s-au petrecut chiar așa cum vorbește lumea. Adolescenta se transformă într-un veritabil detectiv particular și încearcă să afle adevărul. Perseverență și atență la detalii, Pip ajunge să descopere o serie de secrete întunecate care demonstrează fără putință de tăgadă că Sal a fost învinuit pe nedrept. Cineva însă nu e deloc încântat de întorsătura pe care au luat-o lucrurile, iar viața lui Pip este în pericol.

Preț: 35,9 lei la bookzone.ro



Dornică să-și găsească un partener de Revelion, o femeie dă anunț la ziar. O tânără trece prin clipe de coșmar după ce își află viitorul de la o ghicitoare. Doi bătrâni încearcă să supraviețuiască doar cu o pensie foarte modestă. O adolescentă are probleme în dragoste. O pensionară trece printr-o adevărată aventură când hotărăște să se recăsătorească. Un cuplu înstărit descoperă că i s-a furat un tablou după o petrecere. O patroană de bordel încearcă să ascundă o crimă.

Povești despre oameni de toate felurile, în care umorul face casă bună cu inteligența scilpitoare a scriitoarei.

Preț: 44,99 lei la carturesti.ro

# Vaccinium macrocarpon

## (merișor)



*Vaccinium macrocarpon* Ait., din familia Ericaceae, este un arbust care în natură poate ajunge până la 4m, având un port care îl face să semene cu o tufă întinsă. Frunzele persistente sunt opuse, ovate, lungi de 5-12 cm, adânc trilobate, cu marginea ușor dințată, având una până la șase glande mari la vârful pețiolului, care se îngălbenesc și apoi devin roșii sau roșii-purpuri spre toamnă. Lipsa de toxicitate a sucului de merișor a recomandat utilizarea sa în tratamentul infecțiilor tractului urinar la femeile însărcinate, cercetări actuale confirmând absența citotoxicității și genotoxicității, ceea ce determină siguranța în administrare a acestuia.



Componentele principale din fructele de merișor sunt antocianidinele, flavonolii și derivații de flavan-3-ol, de tipu proantocianidinelor. Studiile clinice controlate placebo, care au urmărit eficiența curativă și profilactică a tratamentului cu extract de merișor, au demonstrat ca la două ore după administrarea unei doze unice de suc de *Vaccinium* (sau echivalent, sub forma extractului uscat) se instalează acțiunea care durează aproximativ zece ore, după care aceasta se reduce substanțial.



Experiența practică a dovedind că preparatele care conțin astfel de extracte pot fi utilizate cu succes în:

- profilaxia infecțiilor căilor urinare recidivante, fără complicații (ceea ce înseamnă că inflamația se păstrează în afara sferei renale, fiind circumscrisă uretrei, vezicii, ureterelor, iar infecția este colibacil nepatogenă)
- infecții urinare simple, până la apariția primelor simptome de bacteriurie, algurie și polakisurie, care trebuie să trimită pacientul la urolog
- profilaxia recidivelor în timpul sau după tratament cu chimioterapice sau antibiotic
- pentru prevenirea infecției de tract urinar inferior induse prin cateter; extractele induc formarea biofilmelor microbiene pe materialul siliconic la pacienții cu sondă de unică folosință sau permanentă, la care există constant riscul instalării unei infecții urinare.



Administrarea acestor preparate mai ales cu scop profilactic evită dezvoltarea rezistenței la antibiotice și reduce costul tratamentului prin evitarea utilizării de antibiotice scumpe.



## Mod de utilizare:

Pentru a fi însă eficientă, trebuie să se aibă în vedere:

- se administrează cel puțin două doze/zi, dimineața și seara, deoarece principiile active se metabolizează și se elimină după 10-12 ore;
- doza minim activă este de 50 mL suc de presare (diluat 200 mL de apă) sau cantitatea de extract echivalentă condiționată sub formă de tablete, capsule sau granulat;
- efectul se instalează rapid (după două ore), iar la dozaj corespunzător (doză de atac: dublu sau triplul dozei de întreținere) de la primele simptome caracteristice se poate evita instalarea unei recidive de durată;
- după ultima administrare, efectul dispare în decurs de 12-14 ore, motiv pentru care tratamentul trebuie să fie de lungă durată (2-3 luni), mai ales după antibioterapie după infecție urinară acută, iar uneori trebuie să fie permanent, dacă nu a putu fi îndepărtată cauza infecției.

Preparatele pot fi administrate în comedicație cu antibioticele; sunt netoxice, nu au ados de zahăr, ceea ce le face interesante și pentru diabetici și pot fi prescrise gravidelor și copiilor. Totodată, pot fi indicate pacienților cu transplant renal, deoarece nu intervin în metabolizarea hepatică (CYP450) a imunosupresivelor.



Resursă bibliografică: Plante medicinale de la A la Z, Autori: Ursula Stănescu, Monica Hăncianu. Oana Cioancă, Ana Clara Aprotosoia, Anca Miron

# Să ne verificăm cunoștințele



Testele au la bază noțiuni și informații specifice profesiei de asistent medical de radiologie. Vă invităm să vă verificați cunoștințele medicale și să dezbateți informațiile și noțiunile cu colegii.

## 1. Histerosalpingografia este:

- a) necesită administrare de substanță de contrast baritată
- b) specifică aparatului genital feminin
- c) continuă urografia i.v.

## 2. Sunt oase tarsiene:

- a) peroneu
- b) talus
- c) cubitus

## 3. Radiografia coloanei cervicale de față se face cu o distanță focus-film:

- a) 0,75m
- b) minim 1,5m
- c) minim 1,2m

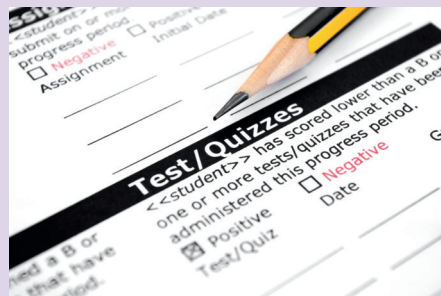


#### 4. Grila antidifuzoare este alcătuită din:

- a) lamele de plastic
- b) lamele de aluminiu
- c) lamele de plumb

#### 5. Hilul hepatic este localizat:

- a) pe fața viscerală a ficatului
- b) pe fața laterală a ficatului
- c) pe fața diafragmatică a ficatului



#### 6. Sancțiunile disciplinare pe care consiliul județean al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România le pot aplica sunt următoarele:

- a) retragerea calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România și informarea Ministerului Sănătății cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei
- b) mustrarea și avertismentul
- c) suspendarea calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România și informarea Ministerului Sănătății cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei pe perioada respectivă

#### 7. Poziția scriitorului se realizează pentru:

- a) trapez
- b) semilunar
- c) scafoid

#### 8. Mediastinul conține:

- a) apendice xifoid
- b) vase
- c) glanda mamară



#### 9. Esofagul are strâmtoari în număr de:

- a) 4
- b) 8
- c) 6



**10. Radiografia claviculei unilateral în incidență postero-anterioară se face cu raza centrală:**

**la:**

- a) înclinată la 30 grade
- B) înclinată la 15 grade
- c) dreaptă

**11. Dezavantajul examinării CT la copil este:**

- a) iradierea mare
- b) necesitatea unui mediu colorat, vesel
- c) necesitatea sedării adolescentului

**12. Estimarea necesarului de substanțe și materiale sanitare necesare laboratorului de radiologie o face:**

- a) asistentul de radiologie
- b) serviciul de aprovizionare a unității sanitare
- c) medicul radiolog

**13. Rinichii sunt înveliți de:**

- a) fascia musculară
- b) fascia perirenală
- c) fascia pararenală

**14. Profesia de asistent medical generalist, moașă și respectiv de asistent medical se exercită pe teritoriul României:**

- a) numai în regim salarial
- b) în regim independent
- c) în regim salarial și/sau independent

**15. Consimțământul pacientului sau, după caz, al reprezentantului legal al acestuia nu este obligatoriu:**

- a) pentru recoltarea, păstrarea sau folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului
- b) în cazul fotografierii sau filmării sale într-o unitate medicală
- c) când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență

16. Imaginea deformată prin oblicizarea fascicolului față de țintă se datorează:

- a) legii proiecției conice
- b) legii proiecției ortograde
- c) legii proiecției oblice

17. Razele X sunt:

- a) radiații corpusculare
- b) radiații electromagnetice
- c) radiații ultraviolete

18. Jejunul este o porțiune a:

- a) stomac
- b) intestin subțire
- c) colon

19. Modul Doppler:

- a) apreciază contururile organelor parenchimatoase
- b) apreciază funcția ficatului
- c) apreciază fluxul de sânge din vase

20. Filmul radiologic dentar are o concentrație de bromură de argint de:

- a) 15grame/m<sup>2</sup>
- b) 25grame/m<sup>2</sup>
- c) 6,5grame/m<sup>2</sup>



Răspunsuri:

1-B; 2-B; 3-C; 4-C; 5-A; 6-B; 7-C; 8-B; 9-A; 10-A; 11-C; 12-A; 13-B; 14-C; 15-C; 16-C; 17-B; 18-B; 19-B; 20-B.



"Credem în puterea noastră de a promova și îmbunătăți imaginea asistenților medicali din județul Vaslui"

"Reproducerea integrală sau parțială a textelor sau ilustrațiilor din revista RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui" este posibilă numai cu acordul prealabil scris al OAMGMAMR Filiala Vaslui. RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui este o publicație trimestrială a OAMGMAMR Filiala Vaslui.

Grup editorial:

Redactor-șef: Gabriela Epure

Art Director: Ioana Epure

Managing Editor: Elena Tilici

Contact: [revista.oammrvs@yahoo.com](mailto:revista.oammrvs@yahoo.com)

Sursă imagini: freepik.com

Revista a fost realizată folosind:  
Canva Pro



Tipografie: pimcopy





# OAMGMAMR

## Filiala Vaslui



### Program cu publicul:

Luni: 12:00 - 16:00  
Marți: 8:30 - 15:00  
Joi: 8:30 - 15:00

### Contact

ADRESA: Vaslui, strada Eternității, numărul 8B

TELEFON: 0743 160 368 sau 0235 322 733

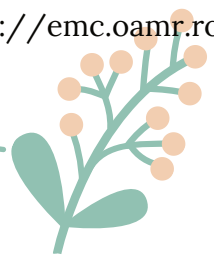
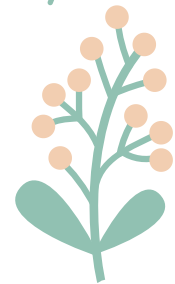
E-MAIL: [vs-secretariat@oamr.ro](mailto:vs-secretariat@oamr.ro)

WEBSITE: [www.oamrvaslui.ro](http://www.oamrvaslui.ro)

FACEBOOK: pagină - Oamgmamr filiala Vaslui  
grup - Ordinul Asistenților Medicali Vaslui

PLATFORMĂ CURSURI ON-LINE:

<https://emc.oamr.ro/>



# RESPECT

RAȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN  
JUDEȚUL VASLUI



**MAI 2024**