

DECEMBRIE 2022



R E S P E C T

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

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN JUDEȚUL VASLUI



Din grijă pentru
pacienți

Nr. 6/2022, Vaslui, 2022
ISSN 2821 - 8191
ISSN-L 2821 - 8191

Numărul 6

Un gând bun pentru început:

Revista RESPECT și-a propus, încă de la primul număr să ofere asistenților medicali din județul Vaslui un spațiu propice pentru exprimarea ideilor, dar și pentru distribuirea informațiilor, cunoștințelor și noutăților din cele mai diverse domenii de activitate medicală.

Prin această publicație, păstrăm o legătură permanentă între profesioniștii din sistemul sanitar și totodată aducem la cunoștința factorilor decizionali cât de important este rolul asistentului medical în comunitate, și cum acționează acesta pentru a îmbunătăți în mod direct starea de sănătate a populației. Prin activitatea sa, asistentul medical contribuie, în mod direct la evoluția pozitivă a societății din care face parte.

Florence Nightingale a observat faptul că asistenții medicali îi ajută pe oameni să depășească problemele medicale. Ea a privit pacientul ca pe un membru al unei familii și al unei comunități și a subliniat importanța îngrijirii personalizate a pacientului. Ea a considerat dragostea, datoria și bunătatea drept virtuți eroice și a perceput asistentul medical ca pe un erou în practica zilnică. Ea a evidențiat, de asemenea, ea a subliniat importanța rolului asistentului medical în problemele societății.

În acest număr, colectivul redacțional a ales să prezinte provocările cu care ar putea să se confrunte asistenții medicali atunci când oferă îngrijiri medicale pacienților cu afecțiuni cronice.

Starea de sănătate a acestor pacienți poate fi pusă în pericol dacă nu primesc consilierea medicală și îngrijirile de care au nevoie. Asistenții medicali, prin rolul lor de promotori ai sănătății la nivelul comunității, trebuie să le ofere suportul necesar pacienților astfel încât numărul anilor trăiți în invalidate să fie redus.

Fiecare asistent medical este o verigă importantă în "lanțul sănătății" în comunitatea sa. În aceste vremuri, mai mult ca niciodată, membrii comunității au nevoie de asistenții medicali, de profesioniștii din domeniul sănătății care petrec cel mai mult timp cu pacienții și care le cunosc nevoile și suferințele îndeaproape.

Gabriela Epure
Președinte OAMGMAMR Filiala Vaslui



Cuprins:

Importanța screeningului în depistarea precoce a cancerului.....	pagina 4
Boala Alzheimer.....	pagina 10
Îngrijirea pacienților cu hipertensiune arterială.....	pagina 12
Hipoacuzia în diabetul zaharat.....	pagina 14
Efectele deprinderii de somn	pagina 16
Evoluția pacienților care suferă de Boala Coronariană Cronică.....	pagina 18
Hepatotoxicitatea la pacienții hemodializați.....	pagina 20
Importanța activităților fizice	pagina 22
Rolul Colesterolului în metabolismul uman	pagina 24
Calendula officinalis L.	pagina 26
Managementul pacienților pediatrici cu astm	pagina 28
Ce mai citim.....	pagina 31
Cuvinte încrucișate.....	pagina 32

Depresia postnatală

Depresia postnatală este mai puțin frecventă (aproximativ 10-15% dintre mame), dar mai severă și mai îndelungată decât depresia tranzitorie postnatală.

Principalul element al mediului copilului, în primii ani de viață, este mama.



Dacă mama îi oferă bebelușului în primele luni o bună adaptare la nevoi, un cadru stabil și securizant, traseul vieții îi va fi mai puțin perturbat de reacțiile pe care le poate avea la ce se întâmplă în exteriorul lui. O proastă ajustare a mamei la nevoile copilului, o îngrijire primară nesigură, marchează individul pentru toată viața, conducând la o fragilitate a identității, la construirea unei slabe stime de sine. Pentru acest rol, este nevoie ca mama să aibă suficientă energie și interes față de bebeluș, pentru a face față provocării reprezentate de îngrijirea acestuia.

Multe femei prezintă simptome afective în perioada denumită postpartum, la 4-6 săptămâni după naștere. Cel mai frecvent este vorba despre depresia tranzitorie postnatală, care apare la 2-3 zile după naștere și care este caracterizată prin labilitate afectivă, tristețe, iritabilitate, plâns nemotivat. Se crede că aceasta ar fi rezultatul variațiilor rapide ale nivelurilor hormonale, stresului legat de naștere și conștientizării responsabilităților pe care le presupune maternitatea. Dacă aceste simptome nu dispar după două săptămâni, ele ar putea reprezenta debutul unei depresii majore postpartum.

Deși au fost efectuate o serie de cercetări în privința prevenirii depresiei postnatale, nu există nicio dovadă că s-ar putea face ceva anume pentru a preveni dezvoltarea acestei afecțiuni, în afară de menținerea unui stil de viață pe cât posibil sănătos.



Depresia postnatală este mai puțin frecventă (aproximativ 10-15% dintre mame), dar mai severă și mai îndelungată decât depresia tranzitorie postnatală.

Simptomele care atrag atenția asupra mamei sunt reprezentate de: tristețe, anxietate, oboseală, dificultăți de concentrare, sentimente de inutilitate, de eșec sau vinovăție, îngrijorări legate de abilitatea de a îngriji copilul sau lipsa de interes față de copil.

De asemenea, pot să apară simptome fizice (insomnie sau somnolență, poftă de mâncare scăzută sau exagerată, dorință sexuală scăzută, dureri difuze).



Cauzele instalării depresiei postnatale nu sunt foarte bine identificate, dar o serie de factori pot crește riscul apariției depresiei (travaliul dificil, modificările hormonale, existența unui episod depresiv în trecut sau istoric familial). De asemenea, nașterea unui copil cu dizabilități, probleme în relațiile de familie, probleme sociale (șomaj, lipsa resurselor financiare, schimbarea locuinței, renunțarea la carieră pentru creșterea copilului) pot reprezenta cauzele apariției unui sindrom depresiv.

Cercetările arată că prevalența depresiei postpartum este de doua ori mai mare decât statisticile curente, deoarece multe cazuri rămân nediagnosticate. Diagnosticarea corectă și identificarea soluțiilor reprezintă o prioritate, deoarece depresia postnatală poate avea un impact negativ asupra dezvoltării cognitive și emoționale a copilului, crește riscul de suicid și poate determina suferința întregii familii. Rolul familiei în susținerea mamei este covârșitor. Este indicat ca cei apropiați să știe că depresia postnatală este o afecțiune clinică care trebuie privită cu seriozitate. Încurajarea și susținerea din partea lor pot fi foarte utile în procesul de recuperare.





Psihoterapia și tratamentul medicamentos reprezintă conduita primară în tratamentul precoce al depresiei postpartum. Dacă se are în vedere medicația, este important de știut faptul că efectele nu apar imediat după începerea tratamentului. Medicația antidepresivă trece în laptele matern, așa că este recomandat ca acest aspect să fie foarte bine analizat și discutate toate implicațiile care derivă din această conduită.



Efectele depresiei postpartum asupra copilului sunt extrem de serioase. În această perioadă de apropiere emoțională și fizică, bebelușii pot fi foarte sensibili la modificările de dispoziție ale mamei. Ei au nevoie de mult ajutor pentru a-și gestiona experiențele și sentimentele.

Mamei îi va fi greu să răspundă la suferința sau frica bebelușului atunci când ea însăși suferă și se teme. Mai târziu, aceasta poate duce la probleme de comportament, de relaționare, întârziere în dezvoltare, depresie și anxietate la copil. Cauzele acestora se pare că sunt atât expunerea copilului la simptomele depresive ale mamei, cât și problemele legate de afectarea rolului de părinte, asociate cu existența depresiei postpartum. S-a demonstrat că tratamentul eficient și precoce al depresiei mamei determină o evoluție net îmbunătățită a copilului. Pe de altă parte, rămasă netratată, această problemă poate determina suferința semnificativă a întregii familii și poate reprezenta un pericol în cazul în care mama se gândește să își facă rău sau să îi facă rău copilului.

Pe lângă terapiile profesionale, s-a demonstrat că strategiile de auto-ajutor pot fi semnificative în reducerea fenomenelor de depresie. Există o serie de lucruri pe care le pot încerca mamicile, pentru a-și îmbunătăți tonusul și a face față situațiilor cotidiene. Acestea pot fi: acceptarea ajutorului din partea membrilor familiei, comunicarea deschisă cu expunerea sentimentelor cu care se confruntă, aplecarea către activități de relaxare (plimbări, meloterapia, lecturarea unor cărți, o baie caldă), exerciții fizice pentru creșterea tonusului fizic, alimentație sănătoasă, evitarea alcoolului sau a altor produse cu caracter excitant.

Bineînțeles că, adulții importanți din jurul mamei pot oferi sprijinul, dragostea, atenția și îngrijirea esențiale pentru o viață normală în plan afectiv, cognitiv și interpersonal.

Deficitul de vitamina C

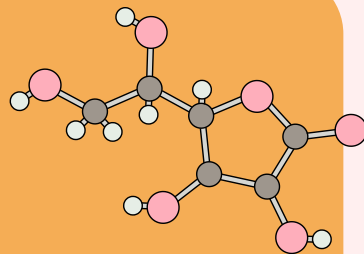


Scorbutul este un sindrom clinic care apare din cauza deficitului de vitamina C. Rezerva de vitamina C din organism este de obicei epuizată în 4 până la 12 săptămâni dacă se oprește aportul. Cel mai bun mod de a preveni deficiența de vitamina C este consumul regulat de fructe și legume.

Majoritatea animalelor nu necesită vitamina C exogenă. Pentru oameni, totuși, vitamina C este o vitamină esențială. Oamenilor le lipsește enzima L-gulonolactonă oxidază și de aceea trebuie să o ingereze. Prin urmare, deficitul de vitamina C și manifestările sale sunt în mare măsură un produs al aportului alimentar inadecvat.

Factorii de risc pentru deficitul de vitamina C includ:

- Alcoolism
- Bebelușii au fost hrăniți doar cu lapte de vacă
- Bătrânii care consumă doar ceai și pâine prăjită
- Oameni săraci care nu își permit fructe și legume
- Fumători
- Persoane cu tulburări de alimentație
- Pacienții care suferă de diabet de tip 1 care au un necesar ridicat de vitamina C
- Persoanele cu tulburări ale tractului gastrointestinal, cum ar fi boala inflamatorie intestinală.
- Persoanele cu supraîncărcare cu fier, ceea ce duce la pierderea vitaminei C de către rinichi
- Persoane cu diete restrictive, alergii alimentare



Deficitul de vitamina C este definit ca o concentrație serică mai mică de 11,4 $\mu\text{mol/L}$, iar prevalența variază în întreaga lume, cu rate de până la 7,1% în Statele Unite și până la 73,9% în nordul Indiei.

Factorii de risc pentru deficiență includ consumul de alcool, consumul de tutun, pacienții aflați în hemodializă și cei cu stare nutrițională generală slabă. Deși deficiența de vitamina C este frecventă, chiar și în țările industrializate, scorbutul evident este rar. Incidența infantilă este, de asemenea, neobișnuită, deoarece atât laptele matern, cât și formula fortificată sunt surse adecvate.



Deficitul de vitamina C se manifestă simptomatic după 8 până la 12 săptămâni de aport inadecvat și se prezintă ca iritabilitate și anorexie. După aceste simptome inițiale, constatările dermatologice includ vindecarea slabă a rănilor, inflamații gingivale cu pierderea dinților, echimoza și hiperkeratoza.

Diagnosticul începe cu evaluarea factorilor de risc și un examen fizic. Dermoscopia poate fi utilizată pentru a ajuta la diagnostic, confirmând purpura foliculară și firele de păr tirbușon cu o biopsie cu perforare de 4 mm a zonelor afectate care prezintă constatări similare din punct de vedere histopatologic. Testarea serică pentru vitamina C plasmatică scăzută (mai puțin de 0,2 mg/dL) este de obicei o metodă de confirmare a scorbutului; cu toate acestea, după cum s-a menționat mai sus, aportul recent sau suplimentarea poate crește nivelurile plasmatiche și nu reflectă un deficit prelungit anterior. Nivelul de vitamina C din leucocite este mai precis atunci când se evaluează rezervele reale de vitamina C, deoarece acestea sunt mai puțin afectate de modificările dietetice acute. Un nivel de vitamina C a leucocitelor de 0 mg/dL este un indicator al scorbutului latent. De la zero la 7 mg/dl este în concordanță cu deficiența și mai mult de 15 mg/dl este adecvat.

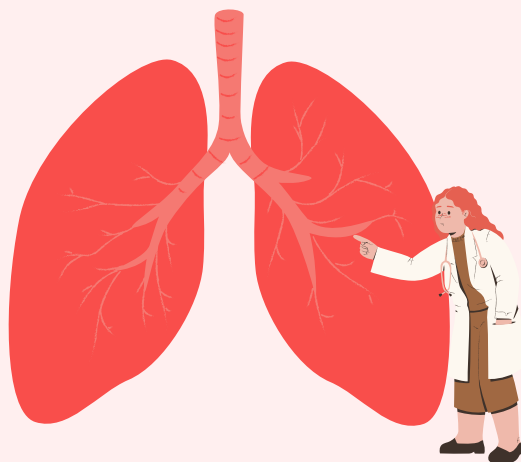
Înlocuirea directă a vitaminei C este standard, cu până la 300 mg pe zi pentru copii și 500 mg până la 1000 mg pe zi pentru adulți. Rezultatele tratamentului sunt vizibile după o lună sau după rezolvarea sechelelor clinice. Pe lângă suplimentarea imediată, educați pacientul cu privire la necesitatea modificării stilului de viață pentru a asigura un aport adecvat și recomandați încetarea consumului de alcool și tutun.

În absența unei deficiențe, cerințele zilnice sunt de până la 45 mg pe zi la copii, 90 mg pe zi pentru bărbați, 75 mg pe zi pentru femei și până la 120 mg pe zi pentru femeile care alăptează.

Educația pacientului va depinde de sursa deficienței de vitamina C. Dacă este secundară unei afecțiuni de malabsorbție, cum ar fi colita ulceroasă pentru boala Crohn, gestionarea afecțiunii de bază va necesita respectarea și educarea pacientului.

Dacă se datorează unor factori modificabili, pacientul trebuie să primească sfaturi pentru a se abține de la fumat și a limita consumul de alcool, dacă aceștia sunt factorii cauzali.

Embolia pulmonară acută



Embolia pulmonară (EP) apare atunci când există o întrerupere a fluxului de sânge în artera pulmonară sau ramurile acesteia de către un tromb. În tromboza venoasă profundă (TVP), un tromb se dezvoltă în venele profunde, cel mai frecvent la extremitățile inferioare. Aceasta apare de obicei atunci când o parte a acestui tromb se rupe și intră în circulația pulmonară. Foarte rar, poate apărea din embolizarea altor materiale în circulația pulmonară, cum ar fi aerul, grăsimea sau celulele tumorale. Spectrul emboliei pulmonare și al trombozei venoase profunde combinate este denumit tromboembolism venos (TEV).

Majoritatea emboliilor pulmonare provin ca TVP (tromboză venoasă profundă) a extremităților inferioare.

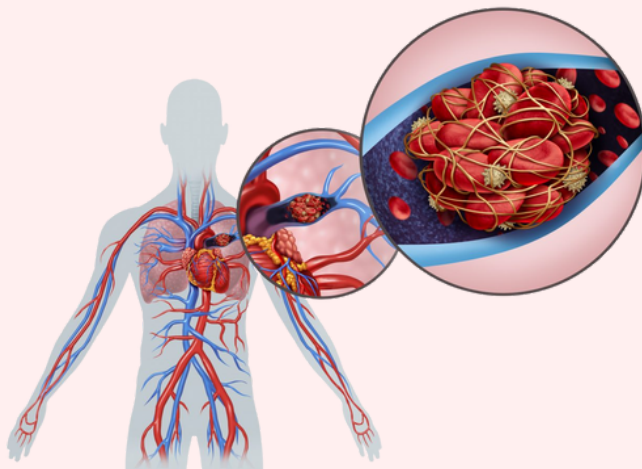
Factorii de risc pot fi clasificați ca genetici și dobândiți. Factorii de risc genetici includ trombofilia, cum ar fi mutația factorului V Leiden, mutația genei protrombină, deficitul de proteină C, deficitul de proteină S, hiperhomocisteinemia, printre altele. Factorii de risc dobândiți includ imobilizarea pentru perioade prelungite (repaus la pat mai mare de trei zile, oricine călătorește mai mult de 4 ore, fie cu avionul, mașina, autobuzul sau trenul), intervenția chirurgicală ortopedică recentă, malignitatea, cateterul venos permanent, obezitatea, sarcina, țigară fumatul, utilizarea pilulelor contraceptive orale etc.

Alți factori predispozanți :

- Fractura membrului inferior
- Înlocuire de șold sau genunchi
- Traumă majoră
- Istoric de tromboembolie venoasă anterioară
- Linii venoase centrale
- Chimioterapia
- Insuficiență cardiacă congestivă sau insuficiență respiratorie
- Terapia contraceptivă orală
- Perioada postpartum
- Infecție (în special pneumonie, infecție a tractului urinar și HIV)
- Cancer (risc cel mai mare în boala metastatică)
- Trombofilie
- Repaus la pat mai mult de trei zile
- Obezitatea
- Sarcina

Embolia pulmonară apare atunci când cheagurile se desprind și se embolizează în circulația pulmonară.

Emboliile pulmonare sunt de obicei multiple, lobii inferiori fiind implicați mai frecvent decât cei superiori, iar afectarea pulmonară bilaterală fiind mai frecventă.



Emboliile mari au tendința de a obstrucționa artera pulmonară principală, provocând embolie cu consecințe cardiovasculare dăunătoare. În schimb, embolii de dimensiuni mai mici blochează arterele periferice și pot duce la infarct pulmonar, manifestat prin hemoragie intra-alveolară. Infarctul pulmonar apare la aproximativ 10% dintre pacienți.

Managementul inițial

1) Măsurile de sprijin

Abordarea inițială a pacienților cu embolie pulmonară (EP) ar trebui să se concentreze pe măsuri de susținere.

Oxygenul suplimentar este indicat la pacienții cu saturație de oxigen <90%. Ventilația mecanică (noninvazivă sau invazivă) ar trebui utilizată la pacienții instabili, dar furnizorii trebuie să fie atenți la efectele hemodinamice adverse ale ventilației mecanice.

2) Anticoagulante

Este vital să ne amintim că principalul tratament al emboliei pulmonare acute este administrarea de anticoagulante.

Pacienții cu suspiciune clinică ridicată, anticoagularea este începută chiar înainte de obținerea imagisticii diagnostice.

Pentru pacienții cu suspiciune clinică scăzută, dacă imagistica diagnostică poate fi efectuată în 24 de ore, atunci așteptați imagistica pentru a stabili un diagnostic definitiv înainte de a începe tratamentul cu anticoagulante.

Un diagnostic în timp util al emboliei pulmonare (EP) este crucial din cauza mortalității și morbidității asociate ridicate, care pot fi prevenite cu un tratament precoce. Pacienții trebuie informați cu privire la semnele și simptomele TEV și PE, deoarece incidența tromboembolismului recurent este mare. Este important de remarcat faptul că 30% dintre pacienții netratați cu embolie pulmonară mor, în timp ce doar 8% mor după terapia administrată în timp util.

Fracturile costale

Fracturile costale apar atunci când o forță suficient de semnificativă îndreptată spre coastă provoacă o rupere.



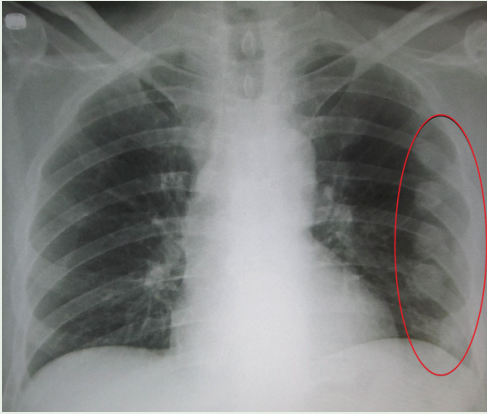
Coastele cu numere de la 8 la 10 se atașează în mod similar, dar se conectează anterior la cartilajul costal al sternului. Coastele 11 și 12 au denumirea de coaste „plutitoare”, deoarece se atașează doar posterior, dar nu se atașează anterior. Sub fiecare coastă se află nervul intercostal, artera și venele care asigură alimentarea cu sânge și inervația. Coastele funcționează pentru a proteja organele și structurile subiacente ale cavității toracice.

Fracturile costale pot fi traumatice sau atraumatice. Majoritatea fracturilor costale se datorează traumei directe penetrante sau contondente la nivelul pieptului. Coastele de la 1 la 3 sunt cele mai greu de spart și semnifică un grad semnificativ de traumă dacă sunt fracturate. Cele de la 4 până la 10 sunt de obicei cele mai vulnerabile, în timp ce coastele 11 și 12 sunt mai mobile și, prin urmare, mai greu de fracturat.

La vârstnici, căderile reprezintă o etiologie comună a fracturilor costale și sunt asociate cu o mortalitate și morbiditate mai mare decât la pacienții mai tineri. Fracturile costale pot fi, de asemenea, patologice ca urmare a metastazelor canceroase de la alte organe. Prin stres repetitiv și microtraumă, sportivii pot dezvolta fracturi costale de natură cronică. Fracturile spontane ale coastelor pot apărea și din cauza tusei severe și sunt mai probabil să apară la cei cu osteoporoză sau boli pulmonare subiacente. Deoarece copiii tind să aibă coaste mai elastice decât adulții, este mai puțin probabil ca aceștia să sufere fracturi. Prin urmare, fracturile costale la copii sunt un semn de traumă semnificativă și ar trebui să justifice o investigație a posibilului abuz asupra copiilor.

Incidența și prevalența fracturilor depind de leziune și de severitatea traumatismului. Copiii sunt mai puțin susceptibili de a suferi fracturi decât adulții. Bătrânii tind să fie mai predispuși la fracturi decât persoanele mai tinere, cu mortalitate și morbiditate mai ridicate.

Pentru fracturile costale simple, izolate, terapia conservatoare este de obicei adecvată. Aceasta include analgezie adecvată, odihnă și gheață. Utilizarea unui spirometru de stimulare ar trebui încurajată pentru a preveni atelectazia pulmonară și atelele.



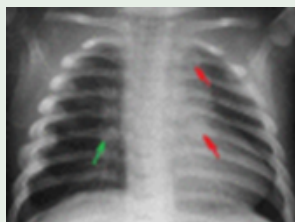
Blocurile nervoase intercostale pot fi, de asemenea, aplicate pentru a ajuta la controlul durerii. Când managementul conservator eșuează sau pentru fracturi costale mai severe, stabilizarea chirurgicală poate fi o opțiune. Indicațiile tipice pentru managementul chirurgical includ lipsa de consolidare a fracturii coastei, deformarea sau defectul peretelui toracic, durerea refractară la fractură de coastă care provoacă insuficiență respiratorie și piept cu flail. În plus, orice alte leziuni subiacente, cum ar fi pneumotoraxul sau hemotoraxul, ar trebui gestionate în mod corespunzător prin inserarea unui tub toracic, dacă este indicat.


În funcție de severitatea traumei suferite și de gradul durerii, fracturile costale pot fi gestionate fie în ambulatoriu, fie în spital. Fracturile izolate ale coastelor tind să se vindece bine și nu necesită alte intervenții în afară de controlul durerii, odihnă și gheață. Fracturile de coaste multiple, fracturile de coaste deplasate sau cele cu leziuni concomitente subiacente pot necesita monitorizarea pacientului internat pentru insuficiență respiratorie sau corecție chirurgicală. Persoanele în vârstă cu fracturi de coastă tind să aibă o rată de mortalitate mai mare decât persoanele mai tinere și pot necesita o monitorizare mai atentă.

Cele mai grave complicații legate de fracturile costale constau în deteriorarea structurilor subiacente. Leziunile de organe asociate cu fracturile coastale pot include leziuni hepatice și leziuni splenice. În mod obișnuit, cu cât fractura este mai mare în cutia toracică, cu atât este mai probabil să provoace o leziune hepatică sau splenică. Trebuie acordată o atenție deosebită stării respiratorii a pacientului, deoarece fracturile coastelor pot determina pacienții să continue și să dezvolte insuficiență respiratorie acută din cauza eforturilor respiratorii slabe și pot avea nevoie de ventilație mecanică și stabilizare chirurgicală.

Având în vedere că fracturile la vârstnici sunt asociate cu o mortalitate și morbiditate mai ridicate, o atenție deosebită și resurse trebuie direcționate către prevenirea căderilor pentru a reduce incidența. Studiile arată că o echipă interdisciplinară poate reduce semnificativ riscul de cădere la vârstnici și, prin urmare, clinicienii și personalul spitalului ar trebui să primească instruire cu privire la modul de a oferi instrumentele și resursele necesare pentru prevenirea căderilor.

Fracturi de coaste la un sugar
secundar abuzului asupra
copiilor. Contribuție de Institutul
Național de Sănătate (NIH)





STOPUL CARDIORESPIRATOR LA ADULȚI

Stopul cardiorespirator este oprirea ventilației și circulației eficiente. Este cunoscut și ca stop cardiac sau stop circulator. La adulți, este cel mai probabil să fie cauzată de un eveniment cardiac primar. Cel mai comun mecanism electric care este responsabil pentru 50 până la 80% din stopul cardiorespirator este fibrilația ventriculară. Tahicardia ventriculară susținută fără puls este un mecanism mai puțin frecvent. Această afecțiune ar putea evolua spre moarte subită dacă nu este tratată prompt. Cu toate acestea, un stop cardiorespirator (CPA) poate fi inversat prin resuscitare cardiopulmonară și/sau cardioversie sau defibrilare sau stimulare cardiacă.

Există diverse cauze ale stopului cardiorespirator la adulți, care variază în funcție de vârstă și populație. Cu toate acestea, pacienții diagnosticați cu boli cardiace sunt mai susceptibili de a avea un stop cardiac. În plus, poate fi clasificată în diferite categorii, care includ cauze cardiace, respiratorii și traumatice.

Datele din examinările post-mortem ale victimelor stopului cardiorespirator și morții subite cardiace se corelează cu observațiile clinice privind prevalența bolii coronariene ca factor etiologic structural major. Mai mult de 80% dintre victime au constatări patologice de boală coronariană.

Cele cinci etape în managementul pacientului cu stop cardiorespirator confirmat sunt:

- Evaluare inițială plus Suport vital de bază
- Defibrilarea
- Suport vital avansat
- Îngrijiri post-resuscitare
- Management pe termen lung

Odată ce diagnosticul de stop cardiorespirator este confirmat, atunci suportul vital de bază (BLS) și defibrilarea pot fi efectuate de către public, medici, personal paramedical, profesioniști și asistente medicale. Stopul cardiorespirator ar putea fi inversat prin două intervenții principale, adică RCP precoce și Defibrilarea externă automată (DEA) precoce.

Primul pas presupune recunoașterea stopului cardiorespirator și a măsurilor BLS. Dacă defibrilarea este disponibilă pentru uz public, atunci ar trebui activată și utilizată dacă este necesar. În continuare, sunt utilizate măsuri avansate de susținere a vieții (ALS), care implică administrarea de medicamente IV/IO. Dacă circulația spontană revine, atunci cazul va fi supus îngrijirilor post-resuscitare împreună cu managementul ulterior pe termen lung. Identificarea unei victime a stopului cardiorespirator include asigurarea faptului că pacientul nu răspunde, nu are puls și are respirație anormală. Odată ce pacientul este identificat, RCP imediată și activarea Serviciilor Medicale de Urgență (EMS) trebuie efectuate prompt. În zilele noastre, accesul public la defibrilare a adăugat un alt nivel de răspuns.

Evaluare inițială și BLS

Confirmarea stopului cardiorespirator necesită o examinare atentă a nivelului de conștiență al pacientului, a culorii pielii, a mișcării respiratorii și a pulsului arterial, fie în artera carotidă, fie în artera femurală. Imediat după confirmarea arestării, responsabilitatea imediată a salvatorului este să sune Serviciile Medicale de Urgență și să înceapă RCP.

Este esențial să se diagnosticheze semnele aspirațiilor unui corp străin în tractul respirator, care include stridor sever, dispnee, retractii suprasternale și intercostale. Se recomanda sa facem manevra Heimlich daca suspectam aspiratie.

Menținerea căilor respiratorii permeabile este necesară pentru o resuscitare cardiopulmonară de succes. Manevre precum ridicarea bărbiei, înclinarea capului și împingerea maxilarului pot fi folosite pentru a păstra permeabilitatea căilor respiratorii. Orice corp străin vizibil, cum ar fi proteza dentară deplasată, trebuie îndepărtat din orofaringe.

Ghidul AHA a sugerat anumite recomandări pentru a face RCP de înaltă calitate:

- Compresia ar trebui să înceapă în 10 secunde de la diagnosticarea stopului cardiorespirator.
- Două respirații trebuie făcute după 30 de compresii. Trebuie evitată ventilația excesivă.
- Trebuie depus toate eforturile pentru a reduce întreruperile în timpul schimbării salvatorului sau în timpul verificării ritmului.
- Rata de compresie ar trebui să fie între 100 și 120 pe minut
- Adâncimea compresiei ar trebui să fie între 2 și 2,4 inci pentru adulți.
- Trebuie acordat timp adecvat pentru recul pieptului
- Defibrilare externă automată



Defibrilare și stimulare.

Intubația tubului endotraheal și ventilația mecanică

Inserarea liniei intravenoase.

Rapiditatea cu care se realizează defibrilarea este un element esențial pentru îmbunătățirea rezultatelor pacientului. Ghidul AHA a sugerat anumite recomandări pentru defibrilare -

Îngrijire postresuscitație

Această fază începe cu revenirea cu succes a circulației spontane. În general, fibrilația ventriculară primară după infarctul miocardic acut (IMA) este foarte receptivă la tratament și este ușor controlată, în timp ce în fibrilația ventriculară secundară, eforturile de resuscitare sunt de obicei mai puțin reușite, iar la acei pacienți care sunt resuscitați cu succes, rata recurenței VF este foarte mare

Rezultatele și tabloul clinic după stopul cardiorespirator în spital asociat cu bolile noncardiace sunt foarte slabe, iar în unele cazuri resuscitate cu succes, cursul post-resuscitare este controlat de natura bolii de bază. Pacienții cu cancer, boli ale sistemului nervos central, insuficiență renală au o rată de supraviețuire de mai puțin de zece procente.

Management pe termen lung

Pacienții care supraviețuiesc stopului cardiorespirator fără leziuni ireversibile ale creierului trebuie să fie supuși unei investigații adecvate pentru a cunoaște etiologia

Pacienții cu stop cardiorespirator din cauza ischemiei miocardice trebuie tratați prin intervenție chirurgicală, farmacologică (terapie anti ischemie) și radiologică, astfel încât supraviețuirea pe termen lung să poată fi îmbunătățită.



STOPUL CARDIORESPIRATOR LA COPII

Spre deosebire de adulți, stopul cardiorespirator este rar la copii și este mai puțin probabil să fie un eveniment cardiac primar. Debutul precoce al RCP eficient și de înaltă calitate poate îmbunătăți supraviețuirea. Copiii care au nevoie de resuscitare pot fi împărțiți în mai multe categorii care includ stop fără puls (care poate fi rezultatul asistolei), activitate electrică fără puls sau fibrilație ventriculară/tahicardie ventriculară fără puls.

Indiferent de etiologie, inițierea precoce a RCP împreună cu monitorizarea cardiacă va determina ce cale de stop fără puls să urmeze. Pentru o oprire pediatrică fără puls, raportul compresii/respirații este de 30:2 pentru un singur furnizor de asistență medicală și de 15:2 pentru doi furnizori de asistență medicală. Gestionarea ulterioară a pacienților cu asistolă și activitate electrică fără puls include administrarea de epinefrină la fiecare trei până la cinci minute, după cum este necesar. Doza de epinefrină este de 0,01 mg/kg din soluția 1:10.000. Se poate administra epinefrina în mai multe moduri: intravenos, intraos sau endotraheal. Doza endotraheală este de zece ori mai mare la 0,1 mg/kg. Activitatea electrică fără puls este adesea secundară unei cauze subiacente.

Cele 6 H-urile sunt hipoxie, hipovolemie, ion de hidrogen (acidoză), hipo/hiperkaliemie, hipotermie și hipoglicemie. La copii și adolescenți, hipoxia și hipovolemia sunt cele mai frecvente cauze. Ts includ toxine, pneumotorax de tensiune de tamponare (cardiacă), eveniment tromboembolic și traumă. Deși H și T sunt adesea asociate cu activitatea electrică fără puls, este prudent să luați în considerare cauzele stopului cardiac, mai ales dacă nu reușiți să obțineți o revenire a circulației spontane cu gestionarea curentă.

Fibrilația ventriculară și tahicardia ventriculară fără puls necesită principii inițiale similare, de exemplu, debutul precoce al RCP și recunoașterea precoce a ritmului. Accesul rapid la un defibrilator manual sau un defibrilator extern automat (AED) poate face diferența în supraviețuire. În pediatrie, energia recomandată pentru defibrilare este de 2 J/kg. Odată cu introducerea defibrilatoarelor bifazice, practica a trei șocuri stivuite a fost eliminată din recomandările actuale.

Există numeroase cauze ale stopului cardiac la copii. Ele pot fi împărțite în mai multe categorii, care includ cauze respiratorii, cardiace, infecțioase și traumatice.

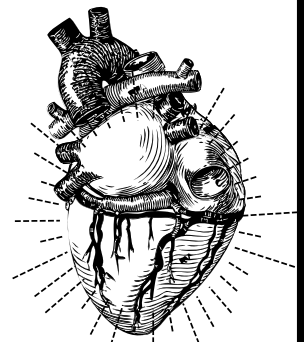
Cauzele respiratorii sunt cele mai frecvente. Există o suprapunere considerabilă între categorii. Cauzele includ infecții respiratorii, cum ar fi pneumonia și bronșiolita.

Alte cauze respiratorii includ astmul, apneea, aspirația, inhalarea de fum și înecul. Cauzele infecțioase includ, de asemenea, sepsisul și meningita. Cauzele cardiace includ leziuni congenitale, commotio cordis, aritmii și cardiomiopatii. Cauzele traumatice includ traumatisme contondente ale capului sau pieptului, ingerări, înece și abuz asupra copiilor. Alte cauze includ sindromul morții subite a sugarului și sindromul morții subite neașteptate a sugarului. Conform Centrelor pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC), în 2015 au existat aproximativ 3700 de decese subite neașteptate în Statele Unite.

Majoritatea cauzelor de moarte subită la sportivii tineri au fost atribuite bolilor cardiovasculare.

Pregătirea trebuie să aibă loc înainte de sosirea pacientului. Aceasta include o echipă de cod, o cameră de resuscitare, echipament adecvat vârstei și pregătire adecvată în tehnicile și resuscitarea căilor respiratorii pediatrice. Atribuțiile echipei de cod ar trebui să aibă loc înainte de sosirea pacientului. Membrii echipei repartizați în următoarele roluri:

- Un lider de echipă dedicat
- Managementul căilor respiratorii
- Compresia toracică
- Acces vascular (intravenos sau intraos)
- Administrarea medicamentelor
- Istoric (din familie și personalul prespitalicesc)
- Legătura cu familia (cine poate comunica cu familia)
- Înregistrator și cronometru
- Ofițer de securitate (dacă este disponibil pentru controlul mulțimii)
- Nu este neobișnuit să îndepliniți mai multe sarcini în funcție de personal.



În populația adultă, liniile directe pentru Terminarea Universală a Resuscitarii au prezis cu exactitate care pacienți cu stop cardiac în afara spitalului au mai puține șanse de a avea o revenire a circulației spontane. Într-un studiu pe 36.543 de pacienți, cercetătorii au descoperit că resuscitarea ar trebui întreruptă dacă, după cel puțin patru intervale de resuscitare cardiopulmonară de două minute, sunt îndeplinite trei criterii.

- Serviciile Medicale de Urgență (EMS) nu au asistat la stop
- Nu a existat nicio revenire a circulației spontane
- Nu au fost furnizate șocuri.

Toxicitatea lidocainei

Lidocaina este un medicament anestezic local care produce pierderea tranzitorie a funcției senzoriale, motorii și autonome atunci când medicamentul este injectat sau aplicat în apropierea țesutului neural. Este cel mai comun anestezic local și este utilizat în aproape toate specialitățile medicale. De asemenea, este utilizat în mod obișnuit ca agent antiaritmie pentru a deprimă aritmiile ventriculare. Infuziile de lidocaină (și procaină) au fost folosite pentru a suplimenta tehnicile de anestezie generală, deoarece acestea sunt capabile să reducă concentrația alveolară minimă a anestezicelor volatile cu până la 40%. Este în clasa anestezicelor locale amidice, care, în comparație cu anestezicele locale de tip ester, este de obicei bine tolerat cu doar rare cazuri de reacții alergice.

Aplicată fie prin injecție, inhalare, fie ca agent topic pentru a oferi anestezie, lidocaina are o zonă bună de siguranță înainte de a ajunge la niveluri toxice în sânge. Toxicitatea lidocainei nu este determinată numai de doza totală (de obicei 4,5 mg/kg), ci și de rata de absorbție, care depinde de fluxul sanguin al aceluși țesut. Pentru a reduce fluxul de sânge la locul de injecție și, prin urmare, viteza de absorbție, vasoconstrictoare precum epinefrina 1:200000 sunt utilizate frecvent și pot crește doza toxică la 7 mg/kg.

Toxicitatea lidocainei asupra mușchilor și nervilor periferici sau neuraxiali poate să apară local la locul injecției.

Pe lângă toxicitatea nervoasă directă, toxicitatea sistemică care afectează creierul și/sau mușchiul cardiac poate duce la modificări bruște și dramatice ale semnelor vitale ale pacientului.

În cele din urmă, există efectele secundare ale unui supradozaj relativ la locul injecției, care pot fi destul de dramatice. Exemplele includ anestezia rahidiană totală sau injecția subdurală a medicamentului care poate provoca efecte hemodinamice severe, cum ar fi hipotensiune arterială sau bradicardie, până la un stop cardiac și respirator.

Toxicitatea asupra nervilor și mușchilor locali este considerată a fi o consecință a aplicării prelungite a concentrațiilor mari de medicament sau a efectului conservanților în soluția de anestezic local sau a ambelor. Toxicitatea sistemică a anestezicului local se datorează nivelurilor plasmatice sistemice mari de lidocaină datorită absorbției unor doze mari de lidocaină, care depinde în principal de fluxul sanguin la locul injecției: traheal > intercostal > caudal > paracervical > epidural > plex brahial > subcutanat.



Rahianestezicele sunt foarte scăzute în volum total și nu provoacă toxicitate sistemică cu lidocaină. Injecțiile intra-arteriale accidentale pot provoca toxicitate anestezică locală în paturile de țesuturi furnizate de acea arteră chiar și în doze sub concentrația toxică sistemică.

Toate sexele sunt afectate în mod egal de toxicitatea lidocainei. Pacienții care sunt susceptibili de a fi mai susceptibili la toxicitatea anestezicului local sunt pacienții la vârste extreme și femeile însărcinate. Ratele de toxicitate sistemică severă (crize cu sau fără stop cardiac) apar de ordinul 1:10.000 pentru epidurale și până la 1:2000 pentru blocurile nervoase periferice, în funcție de tipul de bloc.

Majoritatea anestezicelor locale blochează canalele de sodiu dependente de tensiune din interiorul celulei, prevenind activarea ulterioară a canalului și interferând cu afluxul mare de sodiu tranzitoriu asociat cu depolarizarea membranei. De asemenea, anestezicele locale pot bloca canalele de calciu și potasiu și receptorii de N-metil-D-aspartat (NMDA) în diferite grade.

Durata de acțiune se corelează, de asemenea, cu liposolubilitatea și legarea de proteine. Anestezicele locale foarte solubile în lipide și legate de proteine au o durată mai lungă de acțiune, probabil pentru că sunt mai puțin probabil să fie eliminate de fluxul sanguin. Anestezicele locale care sunt foarte liposolubile prezintă, de asemenea, un grad ridicat de legare la proteinele plasmatică, mai ales la alfa-1-glicoproteina acidă și, într-o măsură mai mică, albumină; drept consecință directă, eliminarea lor este prelungită. Fluxul de sânge către depozitul tisular de anestezic local determină viteza de absorbție și este responsabil pentru nivelul plasmatic. Totuși, va transporta și anestezicele locale departe de locul țesutului, reducând riscul de toxicitate directă a nervilor. Lidocaina are un metabolism hepatic de 90%, iar timpul de înjumătățire prin eliminare este de 1,5 până la 2 ore, care poate fi prelungit până la 3.

Tratamentul toxicității sistemice anestezice locale este simptomatic prin creșterea pragului convulsivant prin intervenții farmacologice, cum ar fi administrarea de benzodiazepine și/sau barbiturice sau propofol. Hiperventilația cu doze mari de oxigen reduce fluxul sanguin cerebral.

Momentul de apariție a simptomelor legate de injectarea sau aplicarea unor doze mari de lidocaină va pune cel mai probabil diagnosticul. Cu toate acestea, convulsiile coincidente datorate unei tulburări convulsive sau atacurile de panică cu hiperventilație pot periclita diagnosticul.

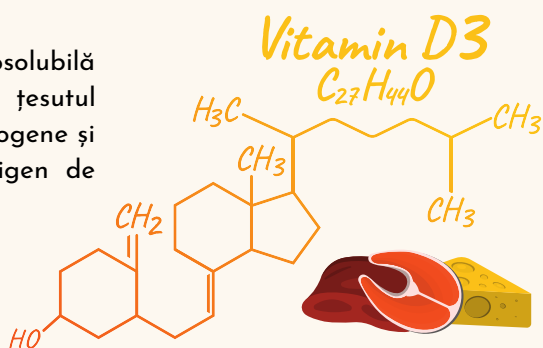
Toxicitatea vitaminei D



Vitamina D este o vitamină solubilă în grăsimi care se găsește în unele produse alimentare de origine animală și este, de asemenea, sintetizată în corpul uman prin expunerea la soare. Este frecvent utilizată atât ca formulare pe bază de rețetă, cât și fără prescripție medicală. Toxicitatea vitaminei D (hipervitaminoza D) este rară și este de obicei cauzată de administrarea de doze mari de vitamina D din cauza utilizării greșite a suplimentelor fără prescripție medicală. Toxicitatea vitaminei D duce la hipercalcemie și dezechilibru în reglarea metabolismului osos cu hipercalcemia rezultată ducând la manifestări clinice și simptome de toxicitate.

La persoanele sănătoase, intoxicația cu vitamina D rezultă din administrarea unor formulări mai mari decât cele prescrise sau fără prescripție medicală. Erorile de prescripție fără monitorizarea frecventă a nivelurilor de vitamina D pot duce, de asemenea, la toxicitate. Acest lucru este frecvent observat la pacienții care necesită doze mari pentru tratamentul afecțiunilor cum ar fi osteoporoza, osteodistrofia renală, psoriazisul, operația de bypass gastric, celiachia sau boala inflamatorie intestinală. Expunerea excesivă la soare nu provoacă toxicitate la vitamina D datorită reglării și conversiei vitaminei D în metaboliții săi inactivi. Vitamina D este prezentă în pește, carne și produse lactate, iar doza este rareori suficientă pentru a provoca toxicitate. Pacienții care primesc doze mari de vitamina D și care iau din neatenție cantități crescute de lapte puternic fortificat prezintă, de asemenea, un risc crescut de toxicitate cu vitamina D. De asemenea, poate rezulta din producția excesivă de 1,25(OH)₂D în afecțiuni medicale cum ar fi tulburările granulomatoase și limfoamele.

Vitamina D este o vitamină liposolubilă stocată în principal în ficat și în țesutul adipos. Este disponibil din surse exogene și este, de asemenea, sintetizat indigen de corpul uman.



Ghidurile de practică clinică ale Societății Endocrine sugerează că necesarul zilnic de vitamina D pentru adulții cu vârsta cuprinsă între 19 și 50 de ani este de 600 UI/zi, iar pentru vârsta cuprinsă între 50 și 70 și peste 70 de ani, cel puțin 600 și, respectiv, 800 UI/zi.

Expunerea la lumina UV sintetizează 7 dehidrocolesterolul, care este transformat în colecalciferol (vitamina D₃) în ser. Vitamina D₃ (din surse alimentare și expunerea la lumina soarelui) este transformată în 25-hidroxitamina D₃ în ficat prin activitatea enzimei 25-hidroxilazei care este ulterior transformată în 1,25-dihidroxi vitamina D₃ în rinichi și ajută la reglarea metabolismul calciului. Ficatul este un loc de depozitare pentru vitamina D. Există o reglare cu feedback negativ al enzimei vitamina 25 hidroxilază în ficat; cu toate acestea, nu este suficient pentru a preveni toxicitatea. Când sunt ingerate doze mari de vitamina D, acestea sunt stocate în ficat și țesutul adipos, ceea ce saturează receptorii de legare a vitaminei D.



Un istoric detaliat este foarte important în stabilirea unui diagnostic de toxicitate cu vitamina D. O revizuire amănunțită a listei de medicamente, inclusiv utilizarea suplimentelor fără prescripție medicală, este pertinentă. Istoricul ar trebui să se concentreze, de asemenea, pe obținerea de detalii despre afecțiuni medicale cronice care necesită doze mari de suplimente de vitamina D osteoporoză, osteodistrofie renală, psoriazis, operație de bypass gastric, celiacă sau boală inflamatorie intestinală. Istoricul alimentației, în special utilizarea excesivă a laptelui fortificat cu vitamina D, împreună cu utilizarea suplimentară de vitamina D, este un alt indiciu important. Simptomele clinice pentru toxicitatea vitaminei D se manifestă prin efectele hipercalcemiei. Acestea includ simptome neurologice precum confuzie, apatie, agitație, iritabilitate și, în cazuri severe, stupoare și virgulă. Simptomele gastrointestinale includ dureri abdominale, greață, vărsături, constipație, ulcer peptic și pancreatită (din calcificări maligne). Simptomele renale manifestă poliurie, polidipsie și nefrolitiază. Hipercalcemia severă poate duce și la aritmii cardiace.

În multe cazuri, simptomele pot fi nespecifice și subtile, cum ar fi slăbiciune, oboseală, anorexie și dureri osoase.

Toxicitatea vitaminei D este un diagnostic clinic care poate fi pus cu o istorie amănunțită și simptome clinice. Evaluarea de laborator include verificarea calciului seric (adesea mai mare de 11 mg/dL), a calciului ionizat și a hormonului paratiroidian (PTH), care ar fi suprimat din cauza buclei de feedback negativ.

Managementul clinic al toxicității vitaminei D este în principal de susținere și se concentrează pe scăderea nivelurilor de calciu.

- Întrerupeți toate suplimentele de vitamina D și calciu. Evitați repausul excesiv la pat pentru a preveni hipercalcemia de imobilizare.
- Soluția salină izotonică trebuie utilizată pentru a corecta leziunile renale legate de deshidratare.
- În cazurile de toxicitate severă care provoacă hipercalcemie severă (calciu seric > 14 gm/dL), pot fi utilizate calcitonina și bifosfonați. Se poate administra intravenos calcitonină la 4 U/kg, iar nivelurile de calciu se repetă după 6 până la 12 ore. Bifosfonații IV pot fi administrați concomitent, dar sunt mai benefici pentru reducerea hipercalcemiei maligne.
- Trebuie reținut că calcitonina poate duce la tahifilaxie, în timp ce efectul bifosfonaților poate persista o perioadă mai lungă de timp. Nivelurile de calciu trebuie monitorizate cu atenție în timpul utilizării acestor medicamente.
- Utilizarea glucocorticoizilor intravenosi este controversată și, de obicei, rezervată pentru tratamentul toxicității vitaminei D legate de boala granulomatoasă. Scade nivelul de calciu plasmatic prin reducerea absorbției intestinale și creșterea excreției urinare de calciu.
- În cazuri rare, din cauza afectării semnificative a rinichilor, pacienții pot avea nevoie de hemodializă pentru a elimina excesul de calciu.
- Lista de medicamente a pacientului trebuie revizuită pentru a ajusta dozele viitoare de suplimente de vitamina D.
- Consilierea pacientului este necesară pentru a evita utilizarea excesivă a suplimentelor de vitamine.
- Societatea Endocrină sugerează monitorizarea nivelurilor serice de 25-hidroxi vitamina D și calciu pentru pacienții cu doze mari de substituție cu vitamina D.

Hipervitaminoza datorată vitaminei D ar trebui diferențiată de alte cauze care duc la hipercalcemie sau boli care imită simptomele hipervitaminozei, după cum urmează:

- Hipercalcemie de malignitate
- Hipercalcemia bolilor granulomatoase
- Hiperparatiroidism primar, secundar și terțiar
- Toxicitatea vitaminei A
- Tireotxicoza
- Hipercalcemie cauzată de imobilizare prelungită
- Sindromul lapte-alkalin



Tulburarea de personalitate

Tulburările de personalitate sunt tipare dezadaptative și cronice de comportament, cogniție și dispoziție. Persoanele care au tulburări de personalitate experimentează percepții distorsionate asupra realității și răspunsuri afective anormale.

Clasificarea temperamentului a început încă din Grecia antică, când Hipocrate a propus teoria umorală cu privire la clasificările comportamentului. Temperamentele postulate, constând din sangvin, coleric, melancolic și flegmatic, au rămas în uz încă din secolul al XX-lea. Organizația Mondială a Sănătății a estimat că prevalența unei tulburări de personalitate este de 6,1%. În cadrul populației psihiatrice, prevalența tulburării de personalitate ajunge la 30% și crește și mai mult în cadrul populației încarcerate. Investigații ulterioare arată că cei cu tulburări de personalitate au mai multe șanse să fie: tineri, necăsătoriți, bărbați, aparținând unui statut socio-economic inferior și cu niveluri de educație mai scăzute.

Majoritatea pacienților cu tulburări de personalitate nu sunt conștienți de comportamentul lor dezadaptativ. Rareori se prezintă la medic în mod voluntar, acuzând „tulburare de personalitate” sau „probleme de personalitate” ca principală plângere. De cele mai multe ori, pacientul se va prezenta secundar la sechele psihiatrice ale tulburărilor de personalitate subiacente. Astfel de sechele includ depresia cronică, dificultăți în relațiile interpersonale, istoricul academic nesatisfăcător și performanța profesională slabă.

O istorie personală și socială amănunțită, însoțită de informații colaterale, va conduce clinicianul către un diagnostic și un tratament precis. Informațiile colaterale sunt esențiale în deducerea unui diagnostic precis, deoarece cei mai apropiați de pacient vor avea o perspectivă semnificativă asupra tiparelor comportamentale ale pacientului. Familiile indivizilor cu tulburări de personalitate vor oferi adesea impulsul necesar pacientului de a solicita asistență medicală.

Diferitele tipologii de pacienți prezintă caracteristici unice. De exemplu, grupul A, cunoscut și ca tipul de personalitate excentric, va fi în general suspect, retras și „ciudat”. Indivizii paranoici sunt prea neîncredători; schizoizii se confruntă cu o izolare anormală, întâmpină dificultăți în formarea de relații personale, manifestă apetit sexual minim, sunt indiferenți la laude sau critici și manifestă un afect toxic; schizotipalii se vor prezenta cu trăsături care se suprapun cu schizofrenia, inclusiv comportament bizar/vorbire/conținut de gândire, afect neadecvat, credințe magice și experiențe vizuale anormale.

Tulburările de personalitate din grupul B sunt cunoscute pentru natura lor dramatică. Pacienții din această categorie prezintă în special tulburarea de personalitate antisocială, pot încălca normele sociale și drepturile altora. Cei cu tulburări de personalitate antisocială au un istoric de comportament anormal în copilărie, inclusiv altercații fizice cu colegii și adulții, incendierea și cruzimea față de animale, ducând la diagnosticarea tulburării de conduită. Sunt nesăbuiți, agresivi, pot folosi pseudonime și tind să fie mincinoși patologici. Tulburarea de personalitate antisocială este caracterizată prin nerespectarea normelor legale și sociale, manipulare și încălcarea drepturilor altora.



Cei cu tulburare de personalitate se confruntă de obicei cu instabilitate de dispoziție, relații intense instabile, furie incontrollabilă, tulburări de identitate, frici de abandon, auto-vătămare și ideeație suicidară cronică; mai mult de trei sferturi se angajează în autovătămare. Pacienții cu tulburare de personalitate limită experimentează senzații în afara corpului numite „disociere” în perioadele de stres crescut.

Și, în sfârșit, tulburările de grup C împărtășesc o temă comună de a experimenta anxietate negăsită, temeri anormale și dorința de relații sociale de nesuportat. O tulburare de personalitate evitantă se caracterizează prin stima de sine scăzută, sensibilitate deschisă la critică și sentimente de inadecvare socială din cauza cărora astfel de indivizi ezită de la relațiile sociale. Cei cu tulburări de personalitate dependente „depind” de alții pentru validarea emoțională. Pasul esențial în diagnosticarea tulburărilor de personalitate este să începeți în mod non-intruziv. Puneți întrebări generale care nu vor crea un mediu defensiv sau ostil. Puneți întrebări care vor face lumină asupra istoriei anterioare a relațiilor interpersonale, a istoriei anterioare a muncii, a testării realității, a naturii afective și a controlului impulsurilor.

Tulburările de personalitate pot fi fie asemănătoare, fie pot coexista cu alte boli psihiatrice. Cel mai frecvent confuzie este între tulburarea de personalitate limită și tulburarea bipolară. Tulburările de personalitate limită prezintă mai multe schimbări tranzitorii ale dispoziției ca răspuns la dilemele interpersonale, în timp ce tulburarea bipolară este identificată cu modificări mai prelungite ale dispoziției.

Conceptul de comunicare medicală de criză



Comunicarea în domeniul sănătății reprezintă studiul, precum și practicile propriu zise de comunicare a informațiilor de sănătate, cum ar fi: campaniile de sănătate publică, educația pentru sănătate și comunicarea între medic și pacient. Scopul diseminării informațiilor în materie de sănătate este de a influența alegerile personale pentru sănătate, prin îmbunătățirea nivelului de educație. Comunicarea în domeniul sănătății este o nișă unică în domeniul sănătății, care permite profesioniștilor să folosească strategii de comunicare pentru a informa și influența deciziile și acțiunile publicului pentru îmbunătățirea sănătății.

Deoarece o comunicare eficientă asupra sănătății trebuie adaptată publicului și situației, cercetarea în domeniul comunicării medicale urmărește să perfecționeze strategiile de comunicare pentru a informa oamenii, despre modalități de îmbunătățire a sănătății sau despre maniera în care pot evita riscurile specifice pentru sănătate. Din punct de vedere academic, comunicarea în sănătate este o disciplină în cadrul studiilor de comunicare.

Comunicarea în domeniul sănătății poate acționa în mod diferit:

- creșterea cunoștințelor audienței și conștientizarea unei probleme de sănătate
- influențează comportamentele și atitudinile față de o problemă de sănătate
- demonstrează practici sănătoase
- demonstrează beneficiile modificărilor de comportament și rezultatele care pot fi obținute în ceea ce privește sănătatea publică
- pledează pentru o poziție cu privire la o problemă de sănătate sau o politică
- creșterea cererii sau sprijinului pentru serviciile de sănătate
- argumentații împotriva concepțiilor greșite despre sănătate



Încă de la momentul înființării ei orice organizație este susceptibilă în fața apariției unei crize de comunicare. Într-o societate în rețea, să nu iei măsuri și să speri că totul o să dispară după o perioadă de timp reprezintă cea mai ineficientă strategie. Fără o strategie adecvată de comunicare și fără un plan de comunicare publică pierderile vor fi mai mari.

Comunicarea în situații de risc (risk communication), respectiv comunicarea de criză (crisis communication) reprezintă două subdomenii din științele comunicării care constituie subiecte de interes și pentru comunicarea în domeniul medical. În momentul în care un risc se acutizează, iar asta duce la apariția unei crize este necesar să folosim tehnici specifice comunicării de criză. Vom folosi comunicarea în situații de urgență dacă ne confruntăm cu calamități naturale, dezastre ecologice sau pericole iminente.

Conform lui Reynolds, comunicarea în situații de risc constă în procesul de informare a grupului țintă cu privire la diverse riscuri precum și în efortul depus pentru a-i convinge să-și schimbe comportamentul, obiceiurile astfel încât riscurile să fie diminuate.

Comunicarea de criză preia elemente din Relații Publice, având ca scop diminuarea efectelor negative ale unei crize, prioritară fiind protejarea intereselor organizației care se află în centrul crizei. În ceea ce privește mesajele care ar trebui să fie difuzate în situații de criză există un acord general asupra imperativelor etice care afirmă faptul că în primul rând, trebuie să fie oferite informații despre cum se pot proteja sau cum pot gestiona oamenii criza la care sunt expuși. Ulterior se vor transmite mesaje care au rolul de a proteja reputația companiei implicate.

Pe măsură ce natura crizelor a evoluat și s-a transformat, acestea s-au adaptat la noile canale de comunicare publică, s-a putut observa un decalaj tot mai mare între măsurile necesare pentru gestionarea optimă a situației și măsurile adoptate de către autorități. Pentru a reduce acest decalaj este nevoie de îndrumările specialiștilor în comunicare publică. Este necesară corelarea strategiilor de comunicare cu nevoile și așteptările populației.

Gestionarea eficientă a crizelor presupune un management secvențial al amenințărilor. Principala preocupare într-o criză trebuie să fie siguranța publică. Nerespectarea siguranței publice intensifică daunele cauzate de o criză. Reputația și problemele financiare sunt luate în considerare după ce siguranța publică a fost remediată. În cele din urmă, gestionarea crizelor este concepută pentru a proteja o organizație și părțile interesate de amenințări și / sau pentru a reduce impactul resimțit de amenințări. Gestionarea crizelor este un proces menit să prevină sau să reducă daunele pe care o criză le poate provoca unei organizații și a părților interesate ale acesteia. Ca proces, gestionarea crizelor nu presupune un singur stadiu. Gestionarea crizelor poate fi împărțită în trei etape: pre-criză, răspunsul la criză și post-criză. Faza pre-criză se referă la prevenire și pregătire. Faza de răspuns la criză este atunci când conducerea trebuie să răspundă efectiv la o criză. Faza post-criză caută modalități de a se pregăti mai bine pentru următoarea criză și își îndeplinește angajamentele luate în timpul fazei crizei, inclusiv informații de urmărire. Viziunea în trei părți a gestionării crizelor servește drept cadru de organizare.



Calendula officinalis L. (gălbenele)

Specia *Calendula officinalis*, din familia Asteraceae, denumită popular gălbenele sau filimină/filimică, este o plantă erbacee, anuală, mai rar bienală. Mirosul este aromat, iar gustul sărat amăru. Specia este originară din centrul, estul și sudul Europei. Este cultivată pe scară largă în țările mediteraneene și balcanice, în estul Europei și, în măsură mai mică, în Germania. Principalii furnizori ai produsului medicamentos sunt Polonia, Ungaria și Egipt.

Produsul vegetal este mult utilizat în medicina populară ca diaforetic, diuretic, spasmolitic, emenagog, antihelmintic. Se administrează de asemenea în tratamentul afecțiunilor hepatice. Trebuie să precizăm faptul că unele dintre aceste utilizări (de exemplu, ca diaforetic sau antihelmintic) nu sunt justificate prin compoziția chimică a produsului vegetal.

Cel mai frecvent, produsul vegetal se administrează sub formă de infuzie care se prepară astfel: peste 1 g de produs vegetal uscat și pulverizat se aduc 150 mL de apă fierbinte, după 5-10 minute se filtrează.

Produsul vegetal are proprietăți coleretice, emenagoge, spasmolitice, antiinflamatoare, cicatrizante, antibacteriene și antifungice

În medicina cultă, datorită efectelor antiinflamatoare și spasmolitice, extractele din *Calendulae Flos* se utilizează în tratamentul spasmelor de la nivelul tractului gastrointestinal, precum și în gastrită, colangită, colecistită, cistită. De asemenea, se mai administrează în tratamentul tulburărilor menstruale, în special al dismenoreelor, acțiunea emenagogă fiind mai evidentă la femeile anemice. Extern produsul vegetal se folosește sub formă de infuzii, tincturi și unguente în inflamații de la nivelul pielii și mucoaselor, răni, arsuri, (arsuri superficiale și puțin intense, eritem solar), ulcer varicos, degerături, erupții cutanate, înțepături de insecte.





Calendulae flos reprezintă unul dintre produsele vegetale intens studiate, dar pentru care nu se poate preciza interrelația dintre anumite componente identificate în produs și o anumită acțiune farmacologică relevantă.

Totuși unele dintre acțiunile extractelor totale pot fi atribuite anumitor componente astfel:

- Uleiul volatil dezvoltă efecte antibacteriene, antifungice și antitrichomonazice;



- Totalul flavonoidic acționează antiflogistic și coleretic;
- Esterii cafeoichinici au acțiune coleretică;
- Frațiunea saponozidică are proprietăți antiinflamatoare, hipolipemice, antibacteriene, antifungice, dar și citotoxice și antitumorale (in vitro);
- Sterolii dezvoltă efecte estrogenice;
- Poliholozidele acționează imunostimulator (stimulează granulocitoza).

Extrakte din Calendulae flos intră în compoziția unor preparate utilizate în tratamentul:

Afecțiunilor gastrointestinale și hepatobiliare: Galov G - comprimate se administrează în gastrite (ca adjuvant); Tarbedol - granule - în dispepsii, colecistopatii, colopatii funcționale, pancreatopatii cronice;

Afecțiunilor dermatologice: armon - cremă - se administrează în arsuri, plăgi; Hemogal - unguent - în arsuri, eriteme, Naturland Calendula - unguent - în sindrom varicos, acnee, arsuri, degerături ușoare.

La noi în țară se comercializează o multitudine de creme și unguente cu extracte obținute din flori de gălbenele, dar aproape toate nu sunt înregistrate ca medicamente, astfel încât nu se poate face o comparație între ele sub raportul calității, atâta vreme cât nu există indicații cu privire la raportul drog/extract și solvenții folosiți.

De asemenea, extracte din Calendulae flos intră în compoziția multor preparate cosmetice (săpunuri, creme, loțiuni).

Florile de gălbenele sunt folosite des în compoziția unor ceaiuri.



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

Ce mai citim?



Un roman-parabolă, o carte despre dragoste și conștiință, o cronică de familie cu accente autobiografice traversând un secol de istorie tumultuoasă, în care vocea care se impune aparține unei femei.

Nora, tânără scenografă și mamă singură, găsește la moartea bunicii ei un cufar vechi, de care uită ani întregi. În 2011, cand îl deschide, descoperă scrisorile și jurnalele bunicului său, Iakov Osetki, care fusese deportat în Siberia. Citindu-le, simte o mare afinitate cu bunicul pe care l-a întâlnit o singură dată, iar destinul acestuia o face să-și pună întrebări despre propria viață, și mai cu seamă una: până la ce punct traiectoria ființei poate fi determinată de genele sale? Scara lui Iakov este povestea a patru generații ce se desfășoară într-o alternanță continuă a planurilor, un caleidoscop de iubiri, trădări, idealuri, culpe, suferință, artă și întrebări fără răspuns, în care istoria este omniprezentă, mereu personaj principal.

Preț: 43 lei la elefant.ro



„Ori laie, ori bălaie există doar la coafor. În viață, lucrurile sunt mai policrome.

Viața nu e doar în roz. E în toate culorile. Și dragostea la fel. Nici nu-ți trece prin cap ce ar face oamenii pentru ea. Cum s-ar schimba. Cum ar minți...

Întâmplări cu oameni obișnuiți în situații inedite, plecând de la povești de dragoste (sau mai degrabă anti-povești de dragoste), șiretlicuri, mici înșelăciuni - prozele scurte din acest volum sunt tot atâtea clipe de delectare purtând semnătura inegalabilei Rodica Ojog-Brașoveanu.

Preț: 27 lei la elefant.ro



„Din cer au căzut trei mere este o minunată saga despre locuitorii unui sat armean. Însă povestea acestui sat este de fapt o poveste despre noi. Și aici stă talentul scriitoricesc al lui Narine Abgarian. O carte plină de tandrețe și umor, subtilitate și genul acela de măiestrie rară, atât de firească, încât nici n-o remarci.” – EVGHENI VODOLAZKIN

O lume în care personajele și întâmplările conturează o realitate simbolică, extrasă din amănuntele vieții de zi cu zi, o iubire târzie care salvează lumea, un sat de piatră aflat pe vârful unui munte armean, unde magia și misterul și-au păstrat neatinsse puterile. Cu o somptuoasă imaginație și o atenție deosebită pentru detaliile cele mai fine, Narine Abgarian construiește un univers în care cititorul își dorește să zăbovească mult după ce povestea s-a sfârșit.

Preț: 32 lei la carturesti.ro



"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

Sursă imagini: freepik.com

Revista a fost realizată folosind:
Canva Pro



Tipografie: pimcopy





OAMGMAMR *Filiala Vaslui*



Program cu publicul:

Luni: 12:00 - 16:00

Marti: 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

WEBSITE: www.oamrvaslui.ro

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

PLATFORMĂ CURSURI ON-LINE:

<https://oamrvs-emc.ro/>

RESPECT

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

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN
JUDEȚUL VASLUI



DECEMBRIE 2022