



MEDICAL INSIGHTS

PUBLICAȚIE DEDICATĂ COMUNITĂȚII MEDICALE



PUBLICAȚIE DEDICATĂ COMUNITĂȚII MEDICALE CARE FACE AUZITĂ ȘI
VOCEA PACIENTULUI

XDR-TB ESTE RARĂ ÎN ROMÂNIA, DECI DE CE AR TREBUI SĂ NE PESE?- **DR. JONATHAN STILO**

VACCINAREA ÎMPOTRIVA VSR ÎN SARCINĂ: PROTECȚIE PASIVĂ PENTRU NOU-NĂSCUȚI - **DR. IULIA HULUȚĂ**

Dragi cititori,

Într-o lume medicală în continuă transformare, Medical Insights își păstrează misiunea de a oferi informații relevante, clare și bine documentate profesioniștilor din domeniul sănătății. Ajunși la numărul 7, ne bucurăm să aducem în atenția cititorilor o selecție de articole care răspund atât provocărilor clinice actuale, cât și noilor direcții din politicile de sănătate.

Acest număr debutează cu un subiect de mare interes pentru medicina preventivă: vaccinarea împotriva VSR în sarcină, cu accent pe vaccinul Abrysvo, o soluție inovatoare pentru protecția pasivă a nou-născuților. Continuăm cu o analiză importantă a sănătății orale în timpul sarcinii — o temă adesea neglijată, dar esențială pentru bunăstarea mamei și a copilului — în care sunt discutate considerații clinice, siguranța procedurilor stomatologice și prevenirea complicațiilor.

Pentru cei interesați de abordări complementare, articolul dedicat detoxifierii oferă o privire lucidă și echilibrată asupra conceptelor moderne de curățare a organismului, cu un filtru critic necesar în contextul avalanșei de informații din surse nevalidate.

În final, aducem în prim-plan un subiect cu impact direct în practica medicală: gestionarea reformei concediilor medicale în 2025. Articolul explică modificările propuse și modul în care acestea vor influența atât cadrele medicale, cât și beneficiarii serviciilor de sănătate.

Vă dorim lectură plăcută și inspirație în tot ceea ce faceți.

**Cu considerație,
Echipa editorială**

Sănătatea nu este doar despre protocoale și tratamente.

Este despre oameni, despre ascultare și despre curajul de a pune nevoile reale ale pacientului în centrul fiecărei decizii medicale. Acolo începe încrederea.

DANIELA-RALUCA PÎRVA
Redactor Șef



VACCINAREA ÎMPOTRIVA VSR ÎN SARCINĂ: PROTECȚIE PASIVĂ PENTRU NOU-NĂSCUȚI

În fiecare iarnă, spitalele din România se confruntă cu un număr alarmant de internări în rândul sugarilor din cauza infecțiilor respiratorii severe. Printre principalii vinovați se află virusul sincitial respirator (VSR), o cauză frecventă de bronșiolită și pneumonie la sugari și copii mici. În ciuda impactului său major asupra sănătății publice, puțini știu că astăzi există o metodă eficientă de prevenție disponibilă chiar din timpul sarcinii: vaccinarea maternă cu Abrysvo.

CE ESTE VSR ȘI DE CE ESTE PERICULOS?

Virusul sincitial respirator este un virus respirator comun care infectează majoritatea copiilor până la vârsta de 2 ani. Deși la adulți și copiii mai mari infecția se manifestă adesea ca o simplă răceală, la sugarii sub 6 luni poate duce la complicații severe, precum bronșiolită acută sau pneumonie, necesitând spitalizare, oxigenoterapie, și, în unele cazuri, terapie intensivă.



SOLUȚIA - VACCINUL ABRYSSVO ÎN SARCINĂ

În 2023, Agenția Europeană a Medicamentului (EMA) și ulterior Agenția Națională a Medicamentului din România au aprobat vaccinul Abrysvo, dezvoltat de Pfizer, pentru utilizare în trimestrul III de sarcină. Vaccinul este conceput pentru a proteja nou-născutul împotriva infecției cu VSR în primele luni de viață, prin transfer transplacentar de anticorpi materni.

Abrysvo este un vaccin recombinant care conține proteina F pre-fuzională stabilizată (RSVpreF), o componentă esențială a virusului, capabilă să stimuleze un răspuns imun eficient. Prin administrarea vaccinului în săptămânile 32-36 de sarcină, organismul matern produce anticorpi protectori care sunt transferați la făt prin placentă, oferindu-i astfel o barieră imunologică în primele luni de viață - exact perioada în care sistemul imun al nou-născutului este extrem de vulnerabil.

BENEFICIILE VACCINĂRII MATERNE

Studiile clinice care au stat la baza aprobării vaccinului Abrysvo au arătat o reducere semnificativă (până la 82%) a cazurilor severe de infecție cu VSR în primele 3 luni de viață ale copilului și o protecție menținută până la 6 luni într-o proporție importantă.



SITUAȚIA ÎN ROMÂNIA: UNDE NE AFLĂM?

Deși vaccinul este aprobat și disponibil în România, nivelul de informare și acceptare este încă scăzut, atât în rândul femeilor însărcinate, cât și al unor cadre medicale. Vaccinarea nu este compensată de stat (momentan), iar lipsa unei campanii naționale de informare contribuie la ezitarea pacienților dar și la reticenta unora dintre colegi.

ROLUL MEDICILOR DE FAMILIE ȘI AL GINECOLOGILOR

Pentru ca vaccinarea să devină realitate, este esențial ca medicii ginecologi, medicii de familie și moașele să cunoască și să recomande activ vaccinul.

Medicul obstetrician are un rol crucial în a recomanda vaccinul în cadrul consultațiilor din trimestrul III. Menționarea explicită în cadrul vizitelor din săptămânile 32-36 poate face diferența între un copil internat în spital sau unul care trece cu bine peste sezonul rece.

Medicul de familie este adesea prima sursă de informare pentru gravide, mai ales în mediul rural. Prin discuții sincere, personalizate, bazate pe știință și empatie, se poate reduce teama asociată cu

BENEFICIILE SUNT EVIDENTE:

Reducerea riscului de internare și complicații respiratorii la sugari;

Protecție indirectă pentru prematuri, care au și mai puține resurse fiziologice pentru a lupta cu infecțiile virale;

Reducerea poverii asupra sistemului medical, în special în sezonul rece;

Evita stresul emoțional și costurile generate de spitalizarea unui nou-născut.

SIGURANȚA VACCINULUI ABRYSSVO ÎN SARCINĂ

Siguranța este, pe bună dreptate, una dintre principalele preocupări ale viitoarelor mame. Studiile clinice de fază III care au inclus peste 7000 de gravide nu au evidențiat o creștere a riscului de complicații obstetricale, malformații congenitale sau efecte adverse severe asociate cu vaccinul. Profilul de reacții adverse a fost similar cu cel al altor vaccinuri administrate în sarcină, cum ar fi cel împotriva tetanosului, difteriei și pertussisului (TDaP).

Organizații internaționale precum CDC (Centers for Disease Control and Prevention), ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) și Societatea Europeană de Boli Infecțioase Pediatriche susțin cu fermitate vaccinarea maternă ca strategie eficientă și sigură de prevenire a VSR.

vaccinarea. Este important ca medicii de familie să știe că vaccinul este aprobat și disponibil în farmacii, să informeze pacientele aflate în trimestrul III cu privire la beneficiile vaccinării, să colaboreze cu medicii specialiști Obstetrică-Ginecologie pentru o abordare unitară.

BARIERE ÎN CALEA VACCINĂRII: MITURI ȘI REALITATE

În interacțiunea cu pacientele, apar frecvent întrebări și temeri:

„Nu e prea nou vaccinul?”

→ Da, este un vaccin nou, dar tehnologia și proteina folosită au fost studiate ani de zile, iar procesul de aprobare a fost riguros, internațional.

„Dacă îi dau bebelușului prea mulți anticorpi, nu o să-i slăbesc imunitatea proprie?”

→ Nu. Bebelușii nu pot produce singuri un răspuns eficient la virusul VSR în primele luni. Anticorpii materni oferă o protecție temporară, nu o inhibare a imunității proprii.

„Nu mai bine aștept și îl protejerez cu grijă după naștere?”

→ Din păcate, VSR se transmite foarte ușor, prin aerosoli sau contact, iar frații mai mari sau vizitatorii pot fi surse involuntare de infecție. Izolarea completă a unui nou-născut este aproape imposibilă.



CE PUTEM FACE CONCRET?

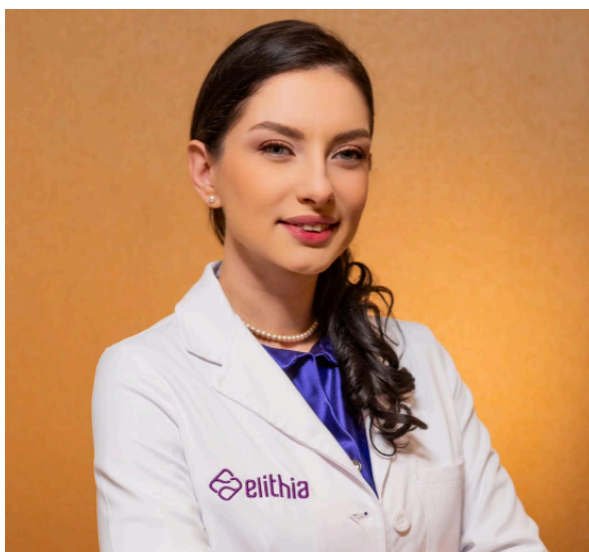
Să includem vaccinarea VSR în protocoalele de educație prenatală, alături de vaccinarea Tdap și antigripală.

Să oferim informații clare și adaptate nivelului de înțelegere al pacientei, fără termeni medicali complicați.

Să solicităm autorităților de sănătate publică includerea vaccinului în programele naționale de imunizare, cel puțin pentru gravidele cu risc (prematuritate, sarcini multiple, patologii asociate).

Să construim o rețea interprofesională între medicii specialiști Obstetrică-Ginecologie, medicii de familie și farmaciști pentru a facilita accesul femeilor însărcinate la vaccin.

Vaccinarea împotriva VSR cu Abrysvo în trimestrul III de sarcină este o intervenție sigură, eficientă și necesară. Este un pas înainte în protejerea celor mai vulnerabili: nou-născuții. În România, este timpul să trecem de la reacție la prevenție, iar fiecare dintre noi – ca medic sau ca viitoare mamă – are un rol în această schimbare.



DR. IULIA HURUȚĂ

MEDIC SPECIALIST OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
MEDICINĂ MATERNO-FETALĂ
TERAPIE FETALĂ INTRAUTERINĂ

O IMAGINE DUIOASĂ, UN PERICOL ASCUNS

Dormitul copilului cu gurița deschisă îi face de multe ori pe părinți să se înduioșeze de aspectul lor. Cu toate acestea, poate ascunde pericole pentru sănătate pe termen lung și pentru buna dezvoltare a copiilor.

Atât respirația orală, cât și sforăitul sau scrâșnitul dinților sunt semne că au o cale aeriană prea îngustă, iar corpul lor depune efort pentru a respira pe timpul somnului.



CE CAUZEAZĂ RESPIRAȚIA ORALĂ, SFORĂITUL ȘI SCRÂȘNITUL DINȚILOR?

Respirația orală intervine atunci când cavitatea nazală nu poate prelua suficient aer. Prezența polipilor este cea mai comună cauză la copii, dar pot exista și alte cauze, ca folosirea prelungită a suzetei ori suptul degetului, ambele cauzând modificări la nivelul cavității orale.

Sforăitul se întâmplă atunci când aerul încearcă să treacă printr-o cale aeriană parțial îngustată sau obstrucționată. Maxilarele mici, nedezvoltate, dar și poziția joasă a limbii reduc dimensiunea căilor aeriene, făcând țesuturile moi să vibreze. Această vibrație disturbă ciclul de somn, acesta devenind neodihnitor. Creierul este forțat să se trezească pentru a restabili respirația.

Scrâșnitul dinților pe timpul nopții este de cele mai multe ori felul corpului de a debloca căile aeriene obstrucționate. Nivelul oxigenului scade, cantitatea aerului ce ajunge la plămâni fiind insuficientă. Corpul încearcă să reacționeze, mișcând mandibula astfel încât să poată muta limba hipotonică și să elibereze calea. Acest lucru se repetă pe tot parcursul somnului. Scrâșnitul dinților noaptea este de cele mai multe ori sunetul unui copil care se luptă să respire.

SEMNE COMUNE ALE DISFUNCȚIEI CĂILOR AERIENE

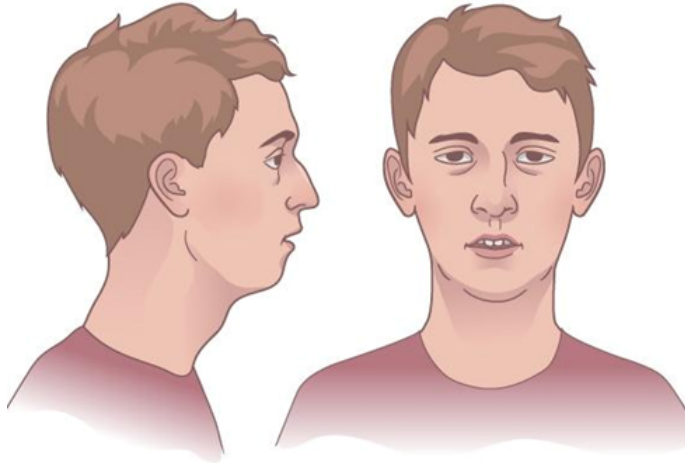
- Sforăitul
- Respirația orală
- Scrâșnitul dinților (bruxismul)
- Înghesuirile dentare, maxilare înguste
- Cariii recurente și demineralizări dentare
- Somn neodihnitor, agitat
- Amiglită și infecții recurente ale gâtului și urechilor, alergii frecvente
- Enurezis nocturn peste vârsta de 5 ani
- Deficit de atenție
- Fren lingual restrictiv și probleme de pronunție a unor consoane

EFFECTUL ASUPRA ORGANISMULUI

Corpul este dezvoltat pentru a susține respirația nazală. Cavitatea nazală are un rol important în filtrarea, încălzirea și umidificarea aerului. Respirația orală evită acest proces, lăsând aer filtrat insuficient să ajungă la plămâni. De cele mai multe ori, inelul limfatic Waldeyer nu poate proteja singur organismul de agenții patogeni, respirația orală cauzând amigdalele palatine și faringiene să fie deseori hipertrofiate și inflamate, iar de cele mai multe ori copilul se prezintă cu amigdalită și infecții recurente ale gâtului.

Perturbarea somnului pe timpul noții va duce la oboseală pe timpul zilei și un deficit de atenție, remarcat de multe ori și de educatori sau profesori. Lipsa nivelului optim de oxigen care ajunge la creier va determina probleme în dezvoltare la nivelul feței și a gâtului, probleme de comportament, imunitate scăzută și accentuarea în timp a problemelor respiratorii, determinând la vârsta adultă și apnee în somn.

EFFECTUL ASUPRA CAVITĂȚII ORALE

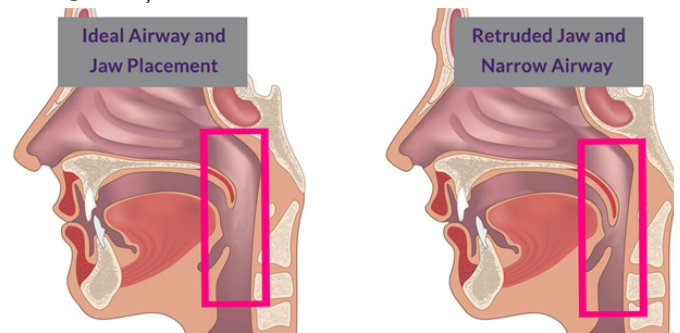


Creșterea corespunzătoare a mandibulei, spre înainte și exterior, creează un spațiu corespunzător pentru poziționarea corectă a limbii și pentru dezvoltarea căilor aeriene superioare. Această creștere se reflectă în pozițiile corecte interdentare și apariția spațiilor interdentare între dinții de lapte, înainte de erupțiile dinților definitivii. Când maxilarele sunt nedezvoltate, înguste, și calea aeriană este mai mică.

Dacă cavitatea nazală este prea îngustă sau insuficient dezvoltată, corpul se adaptează pentru a susține respirația orală. Limba devine hipotonică, maxilarul, lipsit de stimulii musculari al limbii se oprește în dezvoltare sau se îngustează, mandibula rămâne localizată posterior, iar dinții frontali superiori se îndepărtează de cei inferiori pentru a lăsa loc de trecere unei cantități cât mai mari de aer. De asemenea, maxilarul îngust nu are suficient spațiu pentru poziționarea corectă a dinților, aceștia fiind de cele mai multe ori îngesuți.

Aerul inspirat pe gură va reduce fluxul salivar, care menține pH-ul în mod normal la un nivel neutru. Când cavitatea orală devine uscată, crește aciditatea și scade protecția împotriva Streptococului mutans, cel care produce cariile dentare. Smalțul este expus și deshidratat.

Studii multiple au confirmat incidența mai crescută a cariilor la copiii respiratori orali, în special pe incisivii frontali superiori, chiar și atunci când dieta și igiena erau bune, controlate. Alt studiu a arătat că respiratorii orali cu amigdale hipertrofice aveau cariile în stadii mai avansate, atât pe dinții temporari cât și pe cei permanenți.



EFFECTUL ASUPRA CAVITĂȚII ORALE

Tratamentul simptomelor nu va duce la îndepărtarea cauzei. De asemenea, problemele nu vor dispărea pe măsură ce copilul va crește, din contra, se vor agrava. Potrivit atât ADA cât și AAPD, îngustarea căilor aeriene superioare și respirația orală sunt urgențe care trebuie identificate de medicul stomatolog pediatru și tratate cât mai repede. Pentru soluționarea corectă a cazului este nevoie de colaborarea interdisciplinară între medicul O.R.L., ortodont, pedodont și terapeutul logoped.

Gutierele de bruxism, alinierea dinților prin tratament ortodontic sau îndepărtarea polipilor sunt doar părți din tratament, pentru consecințele obstrucționării căilor aeriene. Este necesară intervenția cât mai precoce și completă, înainte de agravarea modificărilor la etajul inferior al feței, ideal înainte de apariția primilor dinți definitivi, la 6 ani.

După eliberarea căilor aeriene, renunțarea la obiceiurile vicioase și îndepărtarea frenului lingual restrictiv în cazul în care este prezent, exercițiile miofuncționale pentru reeducarea respirației nazale și întărirea muscularii faciale și a limbii sunt esențiale atât pentru ameliorarea predictibilității intervențiilor chirurgicale și a tratamentelor ortodontice cât și pentru diminuarea riscului de recidivă, dar și pentru formarea obiceiurilor corecte de lungă durată. De asemenea, restabilirea relațiilor între arcadele dentare și crearea spațiilor necesare erupțiilor dinților definitivi, dar și tratamentul dinților temporari pentru menținerea lor pe arcadă până la exfolierea naturală vor duce la un zâmbet frumos și sănătos.



DR. IOANA PÎRCĂLABU
MEDIC PEDODONT
FONDATOR MICULZAMBET.RO

SĂNĂTATEA ORALĂ ÎN SARCINĂ. CONSIDERAȚII CLINICE. SIGURANȚA PROCEDURILOR. PREVENIREA COMPLICAȚIILOR.

Sarcina este o perioadă plină de schimbări pentru o femeie, iar sănătatea orală joacă un rol esențial atât pentru mamă, cât și pentru făt. Cu toate acestea, în România, multe femei evită încă să meargă la medicul stomatolog în timpul sarcinii. Tratamentele stomatologice, care includ anestezia locală adecvată și radiografia ca investigație complementară, sunt nu doar permise, ci și recomandate în timpul sarcinii.



Sănătatea orală și statusul general al organismului se află într-o relație bidirecțională, iar în timpul sarcinii acest aspect devine și mai important. Astfel că, modificările hormonale și fiziologice din această perioadă pot crește riscul de gingivită, procese carioase, eroziuni dentare și alte probleme dentare. Netratate, aceste afecțiuni pot duce la infecții, febră și chiar complicații grave, precum nașterea prematură, greutatea mică a bebelușului la naștere sau preclampsie (hipertensiune și afectare de organ multiplă în sarcină).

Luând în considerare aceste aspecte, considerăm îngrijirea orală preconcepțională ca fiind de fapt cheia, deoarece permite identificarea și tratarea problemelor orale înainte ca sarcina să amplifice riscurile.

În România, există o percepție larg răspândită, pe care o experimentez zilnic prin contactul cu pacientele, cum că tratamentele stomatologice, în special anestezia și radiografiile, sunt periculoase pentru făt. Drept urmare, multe femei amână vizitele la stomatolog până după naștere, iar unii stomatologi evită să le trateze din teama posibilelor complicații. Aceste temeri sunt însă nejustificate. Organizații precum American Dental Association (ADA) și American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) demonstrează că îngrijirea dentară este sigură și benefică în timpul sarcinii



Acest articol este realizat în stransă colaborare cu un medic stomatolog, tocmai pentru a sublinia importanța crucială a parteneriatului interdisciplinar în îngrijirea gravidei. Colaborarea dintre stomatologi și obstetricieni este esențială pentru a asigura o abordare integrată, mai ales în cazul unor complicații asociate sarcinii, care să protejeze sănătatea orală a mamei și să minimizeze riscurile pentru făt.

CONSULTAȚIA PRENATALĂ

Consultația prenatală este momentul ideal pentru a discuta și despre sănătatea orală, un aspect adesea neglijat în sarcină. La acest moment se indică un consult de rutină la medicul stomatolog pentru a identifica eventuale probleme pe care sarcina le poate agrava și a se discuta despre igiena orală adecvată. Pacienta gravidă ar trebui să mențină și pe perioada sarcinii schema corectă de periaj și anume periajul dinților de două ori pe zi, dimineața înainte de micul dejun și seara înainte de culcare, timp de două minute, cu o periuță cu peri moi și pastă de dinți cu fluor. Igienizarea spațiilor interdentare și a zonelor greu accesibile periuței este, de asemenea, importantă și se realizează cu ața dentară sau cu dușul bucal, cel din urmă fiind chiar mai indicat. Dușul bucal permite îndepărtarea plăcii bacteriene din zonele greu accesibile, realizează un masaj al mucoasei gingivale datorită presiunii fluxului de apă astfel încât circulația sangvină locală este stimulată, îmbunătățind substanțial sănătatea gingiilor.

Se recomandă folosirea acestuia cel puțin o dată pe zi, înainte de periajul dinților și mai ales în cazul pacientelor gravide ce se află în curs de tratament ortodontic întrucât aparatul ortodontic acumulează și mai multă placă bacteriană decât în mod normal, fiind un corp străin, retentiv, aplicat pe suprafețele dentare.

Pentru pacientele cu risc crescut de eroziune dentară, mai exact în trimestrul I în sarcinile complicate de Hiperemesis gravidarium se poate aplica fluor topic sub formă de lac, mai bine tolerat decât gelul, mai ales în prezența grețurilor.

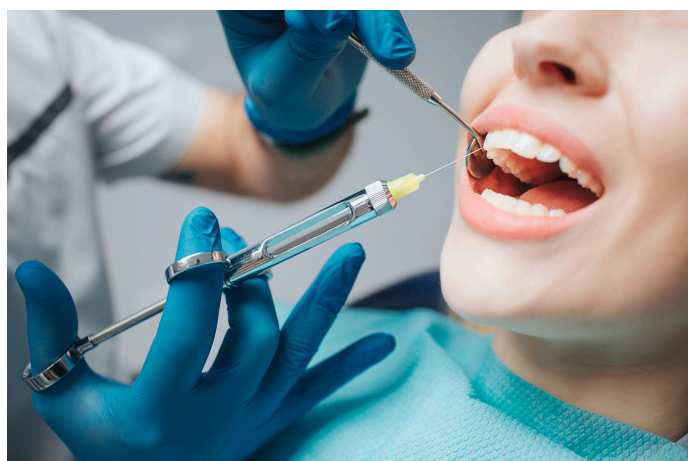
SIGURANȚA TRATAMENTELOR STOMATOLOGICE ÎN SARCINĂ

ANESTEZIA DENTARĂ

Anestezia locală este permisă și considerată sigură în timpul sarcinii. Conform ADA substanțe precum lidocaina, bupivacaina și mepivacaina în combinație cu epinefrina sunt utilizate frecvent și nu prezintă riscuri pentru făt. Administrația pentru Alimente și Medicamente (FDA) clasifică medicamentele în funcție de riscul lor pentru făt, Categoriile A și B fiind considerate cele mai sigure.

Dintre agenții anestezici locali, lidocaina și prilocaina, ambele clasificate în Categoria B, sunt considerate opțiunile cele mai sigure pentru femeile însărcinate. Lidocaina, administrată în concentrație de 2%, este preferată în locul prilocainei (4%) datorită dozei mai mici

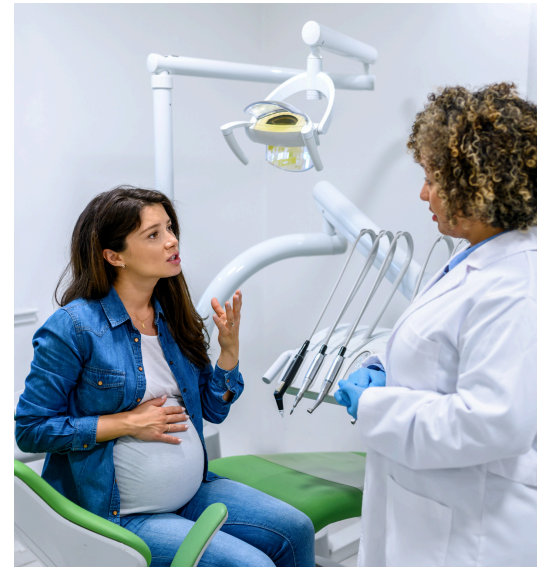
necesare per injecție și metabolizării sale rapide, fiind tamponată de fluidele corporale pentru a bloca eficient canalele de sodiu din nervi. Epinefrina, frecvent combinată cu lidocaina pentru a



a prelungi efectul anestezic și a reduce sângerarea, rămâne un subiect controversat. Aceasta poate provoca vasoconstricție, reducând fluxul sanguin placentar, ceea ce ridică îngrijorări privind siguranța sa. Totuși, studiile clinice au arătat că epinefrina în doze mici (1:200,000) este sigură, fără a produce efecte cardiovasculare semnificative. Ca alternativă la epinefrină, clonidina s-a dovedit a fi o opțiune mai sigură.

Astfel, pentru pacientele gravide, se recomandă utilizarea lidocainei asociată cu epinefrină în doze mici sau clonidină. Aceste opțiuni echilibrează eficacitatea anesteziei cu siguranța, reducând la minimum riscul fetal și asigurând un management adecvat al durerii.

În cazul unei sarcini complicate de hipertensiune arterială, utilizarea epinefrinei în anestezia dentară este evitată din cauza efectelor sale asupra sistemului cardiovascular. Epinefrina stimulează receptorii adrenergici, ducând la vasoconstricție și creșterea tensiunii arteriale.



Vasoconstricția indusă de epinefrină poate reduce fluxul sanguin către placentă, afectând oxigenarea și nutriția fătului, fluxul placentar fiind adesea deja compromis în aceste situații.

RADIOGRAFIA DENTARĂ

Radiografiile dentare sunt, de asemenea, sigure în timpul sarcinii, datorită dozei extrem de scăzute de radiații implicate. O radiografie retroalveolară emite doar 0,01 milirad de radiații, de 40 de ori mai puțin decât nivelul considerat periculos. Cu toate acestea, se recomandă utilizarea unui șorț de plumb pentru a proteja abdomenul și pelvisul, în special în primul trimestru. Deși radiografiile pot fi amânate dacă nu sunt urgente, ele sunt permise în caz de necesitate, cum ar fi diagnosticarea unei infecții.



TRATAMENTE SPECIFICE

Tratamentele stomatologice de rutină, precum detartrajul, periajul profesional și obturațiile (plombele), sunt sigure și recomandate pentru a preveni agravarea problemelor orale. În caz de urgență - cum ar fi extracțiile dentare sau tratamentul unui abces - intervențiile pot fi efectuate în orice stadiu al sarcinii, cu anestezie adecvată. Aceste proceduri nu doar că sunt sigure, dar previn complicațiile care ar putea afecta sarcina.

Utilizarea medicamentelor din clasa antibioticelor este de asemenea considerată sigură. Antibioticele care pot fi folosite conform FDA și ADA pe perioada sarcinii sunt: Penicilină, Amoxicilină, Cefalosporine, Clindamicină sau Metronidazol.

Fiecare trimestru de sarcină necesită o abordare specifică în ceea ce privește îngrijirea orală.

PRIMUL TRIMESTRU (1-13 SĂPTĂMÂNI ȘI 6 ZILE)

Acesta este perioada în care organele fătului se formează (organogeneza), iar expunerea la factori externi trebuie minimizată. Tratamentele electivă sunt de obicei amânate, dar controalele, consilierea și intervențiile de urgență (inclusiv radiografiile cu protecție) sunt permise dacă există riscuri imediate, precum infecții.

AL DOILEA TRIMESTRU (14-23 SĂPTĂMÂNI ȘI 6 ZILE)

Considerat perioada optimă pentru tratamentele stomatologice, trimestrul al doilea permite utilizarea anesteziei, radiografiilor și a procedurilor mai complexe, cum ar fi obturațiile sau extracțiile. Riscurile pentru făt sunt minime, iar poziția în scaunul stomatologic este încă confortabilă pentru mamă.



AL TREILEA TRIMESTRU (24-40 SĂPTĂMÂNI)

În această etapă, tratamentele electivă sunt evitate, mai ales în ultimele săptămâni, din cauza riscului de naștere prematură indusă de stres sau a disconfortului fizic. Urgențele dentare pot fi gestionate cu anestezie și precauții adecvate care țin în special de poziția gravidei pe scaunul stomatologic. Se recomandă poziționarea gravidei la un unghi de 70 de grade. În cazul în care este nevoie de o înclinare mai mare a scaunului se indică utilizarea unei suport la nivel dorsal, poziționat în partea dreaptă pentru a oferi sprijin și înclinare spre partea stângă.



Sindromul de hipotensiune în decubit dorsal apare la aproximativ 10% dintre gravide și se caracterizează, de obicei, prin hipotensiune, sincopă și bradicardie. Pacienta ar trebui poziționată în decubit lateral stâng (între 5° și 15° spre stânga), folosind un suport plasat sub partea dreaptă inferioară a spatelui, pentru a deplasa uterul spre aortă, care este mai puțin predispusă la compresie pentru a asigura o întoarcere venoasă adecvată și un flux placentar ideal.

PARODONTITA ȘI COMPLICAȚII POSIBILE ÎN SARCINĂ

În ultimii ani, s-a scris mult despre relația dintre parodontita maternă și rezultatele sarcinii. Deși constatările studiilor individuale au fost mixte, o analiză a 23 de studii efectuate până în 2016 a concluzionat că există asocieri între parodontită și nașterea prematură, bebelușii cu greutate mică la naștere și dezvoltarea preclampsiei. Sunt necesare mai multe studii în domeniu pentru a determina relația exactă dintre parodontită și rezultatele sarcinii. Cu toate acestea, dacă parodontita se dezvoltă în timpul sarcinii, detartrajul și planarea radiculară sunt recunoscute ca fiind proceduri sigure de efectuat.

Îngrijirea orală în sarcină și preconcepțională nu ar trebui să fie un motiv de teamă, ci o prioritate pentru sănătatea mamei și a copilului. Tratamentele stomatologice, inclusiv anestezia și radiografia, sunt sigure, susținute de studii și ghiduri internaționale, și esențiale pentru a preveni complicațiile. În România, este timpul să depășim miturile și să încurajăm femeile însărcinate să meargă la timp la medicul stomatolog. Prin adresarea promptă a problemelor dentare, putem asigura o sarcină sănătoasă și lipsită de griji, punând bazele unui start bun pentru mamă și bebeluș.

Puncte cheie

- Studiile actuale arată că îngrijirea orală în perioada preconcepțională și în sarcină este esențială pentru sănătatea mamei și a copilului.
- Tratamentele stomatologice, anestezia locală și radiografiile, sunt sigure, conform ghidurilor internaționale.
- Dovezile indică o legătură între boala parodontală și nașterea prematură, subliniind necesitatea intervenției timpurii.
- În România, multe femei evită consultul stomatologic din cauza temerilor sau a lipsei de informare, dar educația poate schimba această practică.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan (Number 569). 2013.

American Dental Association. ADA Current Policies, 1954-2022.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice and the American Society of Anesthesiologists. Nonobstetric Surgery During Pregnancy (Number 775). 2017.

Niessen LC. Women's Health. In: Patton LL, Glick M, editors. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. Second ed. Hoboken NJ: John Wiley & Sons; 2016.

Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Dent Clin North Am 2013.

Silva de Araujo Figueiredo C, Goncalves Carvalho Rosalem C, Costa Cantanhede AL, Abreu Fonseca Thomaz EB, Fontoura Nogueira da Cruz MC. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. J Obstet Gynaecol Res 2017.

Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. J Can Dent Assoc 2009.

Daalderop LA, Wieland BV, Tomsin K, et al. Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. JDR Clin Trans Res 2018.

U.S. Food and Drug Administration. Pregnancy & Lactation: Improved Benefit-Risk Information. 2015.

U.S. Food and Drug Administration. Pregnancy and Lactation Labeling (Drugs) Final Rule. 2023.

U.S. Food and Drug Administration. Questions and Answers on the Pregnancy and Lactation Labeling Rule. 2023

Mendia J, Cuddy MA, Moore PA. Drug therapy for the pregnant dental patient. Compend Contin Educ Dent 2012.

Oral Healthcare During Pregnancy Expert Workgroup. Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012.

Bassiur JP, Boyd BC, Burrell KH, et al. ADA/PDR Guide to Dental Therapeutics. Fifth ed. Montvale NJ: Physicians' Desk Reference, Inc.; 2009.

Manautou MA, Mayberry ME. Local anesthetics and pregnancy: A review of the evidence and why dentists should feel safe to treat pregnant people. J Evid Based Dent Pract 2023.

California Dental Association Foundation; American College of Obstetricians and Gynecologists, District IX.

U.S. Food & Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA has Reviewed Possible Risks of Pain Medicine During Pregnancy. 2015.

ARTICOL SCRIS ÎN COLABORARE CU DOCTOR IULIA HULUȚĂ



DR. ALIN COSMA
MEDIC STOMATOLOG

DETOXIFIEREA CORECTĂ ÎN ERA TOXINELOR INVIZIBILE: CUM NE CURĂȚĂM CORPUL ÎN 3 LUNI

Trăim într-o lume modernă în care aerul pe care îl respirăm, alimentele pe care le mâncăm, apa pe care o bem și produsele pe care le aplicăm zilnic pe piele conțin urme de substanțe toxice. Corpul nostru, înzestrat cu mecanisme naturale de detoxifiere, nu mai poate ține pasul cu ritmul în care aceste toxine se acumulează. Din păcate, expunerea continuă la metale grele, pesticide, microplastice, ftalați, parabeni, hidrocarburi, solvenți și alte substanțe nocive contribuie tăcut la apariția bolilor cronice, a dezechilibrelor hormonale, a oboselii persistente și a inflamației sistemice.



Toxinele nu vin doar din fabrici sau din accidente industriale. Ele vin din legumele aparent sănătoase stropite cu pesticide, din peștele oceanic contaminat cu mercur, din deodorantele noastre zilnice care conțin aluminiu, din mobilierul proaspăt montat care eliberează vapori de formaldehidă, din apa de la robinet care poate conține urme de plumb și microplastic. Aceste toxine pătrund zilnic în organismul nostru, se depozitează în țesutul adipos, în ficat și chiar în creier, unde pot declanșa simptome inexplicabile.



Detoxifierea nu este un moft, ci o strategie de supraviețuire modernă. Ea trebuie făcută cu logică și blândețe, etapizat, astfel încât să sprijine corpul în toate fazele procesului. O detoxifiere eficientă se desfășoară pe parcursul a 3 luni, fiecare cu un scop bine definit: pregătire și curățare, detoxifiere activă și reconstrucția microbiomului.

LUNA 1: PREGĂTIREA ORGANISMULUI ȘI DEPARAZITAREA

Înainte de orice cură profundă de detoxifiere, este absolut necesar să pregătim intestinul, ficatul și sistemul limfatic. Dacă începem să mobilizăm toxinele fără ca organismul să aibă canalele de eliminare pregătite, riscăm ca acestea să fie recirculate și să producă și mai mult dezechilibru. În această primă lună, ne concentrăm pe reducerea alimentelor inflamatorii (lactate, gluten, zahăr, alimente cu potențial histaminic ridicat) și pe susținerea digestiei, drenajului biliar și detoxifierii limfatice.



Un exemplu real, relatat la Transylvania Healing Center, este cazul unui tânăr diagnosticat cu schizofrenie de peste 7 ani, aflat sub tratament psihiatric. În urma unei scanări detaliate, i-au fost depistate forme de Giardia în zona cerebrală. După un protocol de deparazitare completă, starea psihică s-a îmbunătățit semnificativ, iar simptomele de schizofrenie au dispărut complet, permițând întreruperea tratamentului medicamentos. Acest caz subliniază importanța enormă a deparazitării înainte de orice altă etapă.

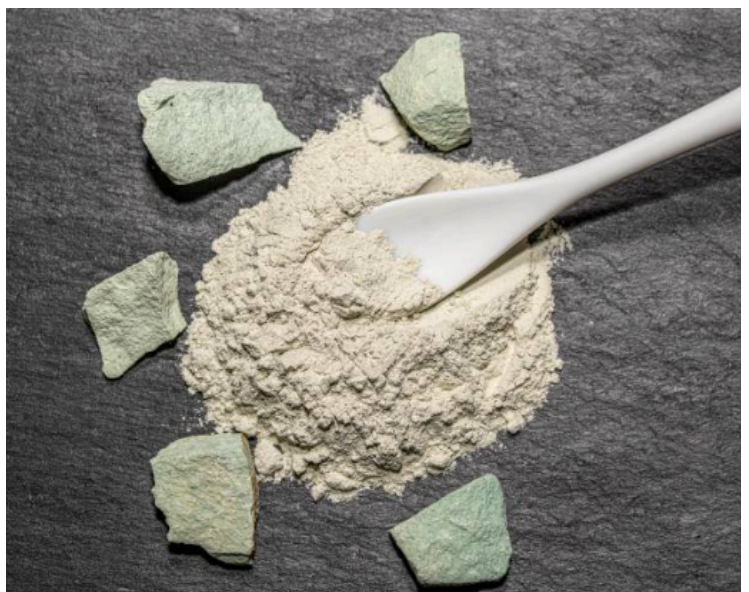
Recomandările pentru această etapă includ: Tinctura Clarkia (extracte de nuc negru, pelin, cuișoare), LiverHelp Forte (un tonic hepatic complet), Chlorella (pentru legarea ușoară a toxinelor) și eliminarea alimentelor iritante. În această perioadă, este esențial ca toate legumele și fructele să fie fierte sau coapte, nu crude, în special pentru persoanele cu intestin sensibil sau colon iritabil.

LUNA 2: DETOXIFIEREA PROPRIU-ZISĂ

Odată ce intestinul este curățat și ficatul susținut, putem trece la mobilizarea activă a toxinelor și metalelor grele. Pentru acest pas, două produse-cheie sunt glutatioul lipozomal și zeolitul activat. Glutatioul este principalul antioxidant intracelular, esențial pentru chelarea metalelor grele. El are capacitatea de a extrage toxinele și metalele grele din celule, mobilizându-le în circulație. Însă odată mobilizate, aceste toxine trebuie prinse și eliminate în siguranță.

Aici intervine zeolite spectrum activat, un mineral vulcanic cu o structură poroasă ce funcționează ca un burete inteligent. Zeolitul captează metalele grele, amoniacul, micotoxinele și radicalii liberi, eliminându-le prin colon.

Este crucial ca în această etapă să se administreze minimum 2-3 capsule de zeolit pe zi, iar aportul de apă să fie optim: cel puțin 50 ml per kilogram corp. Fără hidratare adecvată, toxinele mobilizate pot fi reabsorbite, ceea ce duce la agravarea simptomelor.



Simptome precum dureri de cap, oboseală bruscă, greață sau insomnii pot apărea în primele zile ale detoxifierii – acestea sunt semne ale eliminării toxice și dispar odată cu susținerea drenajului și cu creșterea aportului de lichide. În această perioadă se poate continua cu clorella pentru legarea blândă a metalelor și se poate adăuga siliciu coloidal pentru susținerea țesuturilor conjunctive și eliminarea aluminiului din sistemul nervos.

LUNA 3: REFACEREA MICROBIOMULUI

Detoxifierea completă nu se încheie odată cu eliminarea toxinelor. Este esențial să reconstruim microbiomul intestinal – centrul imunității, al stării noastre mentale și al metabolismului. După orice cură de detoxifiere, flora intestinală este dezechilibrată, iar bariera intestinală poate fi afectată. În această lună ne concentrăm pe refacerea florei bune și pe hrănirea bacteriilor benefice.



Prebioticele de tip PHGG (fibră solubilă din guar parțial hidrolizat) sunt blânde, nu balonează și stimulează producția naturală de butirat – un acid gras esențial pentru regenerarea colonului. Alături de acestea, recomandăm formule complexe precum Biotic (de la Aronia), Colon Balance Plus (de la Napfeny Vitamin) și chiar probiotice avansate cu tulpini lactice și bifidobacterii bine stabilizate. În paralel, putem adăuga suplimente pentru refacerea mucoasei intestinale, cum ar fi L-glutamina și zinc carnosinat.

În concluzie, într-o lume în care aproape orice atinge pielea sau trece prin intestin are potențial toxic, detoxifierea corectă nu mai este un lux, ci o necesitate. Prin structurarea clară a etapelor – curățare și deparazitare, mobilizare și eliminare, refacere și reconstrucție – ne putem elibera corpul de poverile invizibile care, în timp, ne slăbesc, ne îmbolnăvesc și ne fură din vitalitate. Un astfel de protocol, realizat de două ori pe an, poate deveni cea mai bună investiție în sănătatea pe termen lung.



ILIE STOICA SILVIA

Farmacist

"It is health that is real wealth and not pieces of gold or silver."

„Sănătatea este adevărata bogăție și nu monede de aur sau de argint.”

Mahatma Gandhi

XDR-TB ESTE RARĂ ÎN ROMÂNIA, DECI DE CE AR TREBUI SĂ NE PESE?

„I-am spus Elenei că, în curând, vor ajunge în România medicamente noi prin intermediul Fondului Global și al unor granturi norvegiene și că aceste medicamente vor fi mult mai eficiente decât cele pe care le primea atunci. Totuși, „în curând”, în termeni de sănătate publică, este adesea prea târziu pentru pacienții individuali. A trecut un an de când Elena a fost diagnosticată pentru prima dată cu tuberculoză (TB), dar tratamentul eficient pentru ea tot nu a sosit și nu va veni decât peste câteva luni.



Dacă există un lucru pe care l-am învățat din cercetarea tuberculozei în România în ultimii opt ani, este că nu a existat niciodată o lipsă de planuri, strategii și promisiuni. Am petrecut ani crezând că, într-o zi, totul se va schimba. Însă, pentru românii cu tuberculoză extensiv rezistentă la medicamente (XDR-TB), cu excepția celor câțiva norocoși care urcă într-un autobuz sau avion și devin refugiați medicali, aruncându-se la mila altor țări europene, acea „zi” nu vine niciodată.”



Am scris aceste cuvinte în 2014, într-un articol publicat pe site-ul TB Europe Coalition, intitulat: „Pentru pacienții care așteaptă tratament pentru XDR-TB în România, acea zi nu vine niciodată”. L-am scris la scurt timp după ce am fost expert internațional în cadrul evaluării realizate de Organizația Mondială a Sănătății asupra Programului Național de Tuberculoză al României și în timp ce mă pregăteam să mă întorc în SUA, după aproximativ cinci ani în care am locuit în România ca cercetător în domeniul TB. La acel moment, România nu putea oferi tratament eficient persoanelor cu XDR-TB. După cum mi-a spus un medic: „Tratăm XDR-TB la fel ca MDR-TB.” Medicamentele folosite pentru tratarea tuberculozei multidrog rezistente (MDR-TB) includeau, inevitabil, unele la care TB-ul pacientului era deja rezistent.

Am cunoscut-o pe Elena (un pseudonim) în timpul evaluării OMS menționate anterior. Fusese recent diagnosticată cu XDR-TB după aproximativ nouă luni de tratament. Deși avea acces la cel mai bun tratament disponibil în România, într-unul dintre cele două centre de excelență pentru TB rezistentă, susținute de Fondul Global, acest lucru nu a contat. Antibioticele de care avea nevoie nu erau disponibile în România. Până în acel moment, în ciuda eforturilor eroice ale medicilor, doar un număr mic de români fuseseră vindecați de XDR- sau pre-XDR-TB. Asta s-a întâmplat pentru că au mers în alte țări pentru tratament, sau au găsit modalități ingenioase prin care prietenii le aduceau antibioticele necesare (de obicei linezolid și/sau clofazimină) din alte state, sau le cumpărau online. Cei care reușeau acest lucru erau persoane care își permiteau financiar sau aveau oameni apropiați care să le ajute. Asta le-a exclus pe persoanele ca Elena, care era săracă.



Cu doar câteva zile înainte de a o întâlni pe Elena, vorbeam cu medici din cadrul Programului Național de TB despre planurile incipiente de a lansa un proiect pilot pentru a trata zece persoane cu pre-XDR sau XDR-TB. Ar fi fost nevoie de medicamente care nu erau disponibile la acel moment și, oricum, nu ar fi acoperit decât o mică parte din numărul real de persoane care aveau nevoie de acest tratament. După interviul cu Elena, am făcut ceva ce, la vremea respectivă, mi s-a părut lipsit de profesionalism — dar, privind în urmă, mă bucur că am făcut-o.



A fost un gest uman într-un moment disperat. Locuisem în România peste cinci ani și văzusem mulți români murind inutil din cauza tuberculozei rezistente la medicamente, o boală tratabilă (dacă există tratamentul potrivit) și, cel mai tragic, am văzut cei mai săraci și vulnerabili oameni autoexcluzându-se din tratamentul disponibil pentru că era prea departe de casă sau pentru că nu-și permiteau să se deplaseze sau să lipsească de la muncă atât de mult. Acei oameni ajungeau să moară.

După interviul nostru, i-am spus Elenei că vreau să-i vorbesc în calitate personală, nu ca reprezentant al OMS. I-am spus că, într-un moment viitor, medicii ei ar putea să-i ofere șansa de a fi tratată la București, ca parte dintr-un proiect pilot pentru pre-XDR-/XDR-TB, și că trebuie să accepte, fiind singura ei șansă de vindecare. În ciuda intervenției mele, multă vreme am presupus că și ea murise, dar am aflat recent că a fost tratată cu succes. Totuși, oferta pentru un tratament mai bun nu a venit în câteva săptămâni sau luni, cum sperasem, ci abia după mai bine de un an. Când a venit, Elena a spus „da” și a făcut parte dintr-un grup mic de oameni care au avut acces la medicamente antituberculoase mai noi și mai eficiente.

Tuberculoza a fost de mult timp o problemă pentru România. Nu din lipsă de efort. Marea majoritate a medicilor, asistenților, personalului de laborator și altor angajați implicați în programul național de TB fac tot posibilul pentru a lupta cu o boală dificilă — o boală care pune probleme chiar și celor mai bogate țări (inclusiv SUA, unde locuiesc acum), are o incidență globală în creștere și rămâne cel mai mortal agent infecțios din lume.



Tuberculoza a fost de mult timp o problemă pentru România. Nu din lipsă de efort. Marea majoritate a medicilor, asistenților, personalului de laborator și altor angajați implicați în programul național de TB fac tot posibilul pentru a lupta cu o boală dificilă — o boală care pune probleme chiar și celor mai bogate țări (inclusiv SUA, unde locuiesc acum), are o incidență globală în creștere și rămâne cel mai mortal agent infecțios din lume.



Cu toate acestea, experiența mea de lucru în România mi-a arătat că, în ciuda eforturilor depuse, schimbările de sistem se produc lent. România a rămas constant în urmă față de alte țări în ceea ce privește adoptarea noilor medicamente și metode de diagnosticare a TB. Din cauza problemelor de reglementare privind achizițiile, a timpului îndelungat necesar pentru actualizarea politicilor și procedurilor, precum și a limitărilor legate de finanțare, România a avut nevoie de ani de zile pentru a ajunge din urmă alte state vecine, care deja ofereau tratamente eficiente pentru XDR-TB și alte forme de TB cu rezistență extinsă la medicamente.

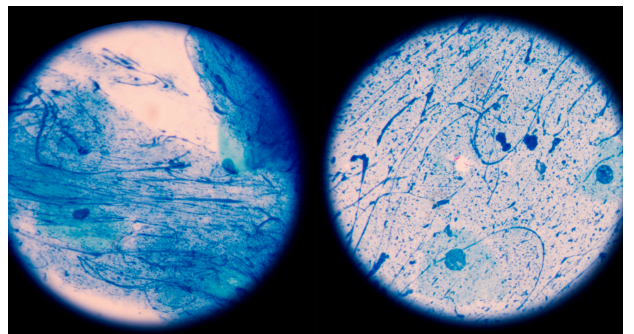
Problema este că TB continuă să se răspândească și să sufere mutații, ceea ce înseamnă că România trebuie să recupereze mereu. În contextul actual, în care sprijinul donatorilor internaționali este în scădere, este cu atât mai important ca România să acționeze rapid, pentru a se asigura că nimeni nu moare de TB rezistentă la medicamente în timp ce așteaptă ca medicamentele noi să devină disponibile.

Spun asta pentru că există un pericol nou la orizont. În 2021, OMS a schimbat definiția pentru XDR și pre-XDR. Acum, XDR-TB este definită ca fiind rezistentă la și mai multe medicamente decât înainte. Pe lângă rifampicină, izoniazidă și o fluorochinolonă, noile criterii includ și rezistența la bedaquilină sau linezolid – medicamente care au devenit baza tratamentului pentru TB rezistentă. Pre-XDR este definită în prezent ca fiind rezistentă la rifampicină, izoniazidă și o fluorochinolonă.

Rata de succes a tratamentului pentru XDR-TB, la nivel global, este de doar 44%. Desigur, în locurile în care nu există acces la medicamentele potrivite, această rată este chiar mai mică.

În martie 2024, Universitatea Columbia a găzduit o conferință dedicată noii definiții a XDR-TB.

Evenimentul a reunit experți din întreaga lume, timp de două zile de prezentări și discuții despre această problemă în creștere. În cadrul prezentării mele, am vorbit despre cercetarea mea privind TB rezistentă la medicamente (DR-TB) în România, concentrându-mă pe provocările legate de diagnosticarea și tratarea persoanelor cu pre-XDR și XDR-TB, inclusiv dificultățile medicilor de a obține medicamentele necesare pentru tratarea acestor forme extinse de rezistență.



Am încheiat prezentarea cu un avertisment – că, dacă nu acționăm pentru a elimina lacunele în diagnostic, accesul la medicamente și sprijinul acordat pacienților, astfel încât aceștia să poată duce tratamentul la bun sfârșit, peste zece ani ne vom reuni din nou pentru a discuta despre o nouă definiție a XDR și despre criza pe care o va provoca.

În timpul conferinței de la Columbia University a devenit clar că rezistența la bedaquilină și linezolid este în creștere, iar medici din diverse locuri – din India până în Eswatini, din Ucraina până în Peru – se confruntă cu dificultăți în tratarea persoanelor cu forme de rezistență extinsă.

Această realitate a dus la formarea proiectului BETTER (Building Experience Treating Tuberculosis with Expanded Resistance), o inițiativă coordonată de un grup de voluntari format din clinicieni, supraviețuitori ai tuberculozei, cercetători și activiști, care s-au reunit atât fizic, cât și online, pentru a elabora recomandări privind îngrijirea persoanelor cu XDR-TB și alte forme de rezistență extinsă.

De atunci, am publicat un ghid de teren care conține aceste recomandări, am lansat un articol ce descrie problema și cele mai bune practici pentru îngrijirea pacienților cu rezistență extinsă, și am emis o declarație prin care pledăm pentru acces compasional la antibiotice care salvează vieți, înainte ca acestea să devină disponibile comercial. Acest aspect este cu atât mai important în țări precum România, unde înregistrarea și aprobarea medicamentelor noi poate dura foarte mult.

Motivul pentru care scriu acest text este îngrijorarea că, deși România a diagnosticat până acum doar un număr redus de persoane cu XDR- și pre-XDR-TB, observăm o creștere a numărului de cazuri în alte țări, conform noii definiții OMS. Inclusiv în alte state din Regiunea Europeană a OMS, unde, potrivit celor mai recente date, 8.399 de persoane cu pre-XDR sau XDR-TB au fost deja diagnosticate.

Din acest motiv, este de așteptat ca, într-un interval relativ scurt, și în România să apară mai mulți pacienți cu forme de rezistență extinsă, care vor avea nevoie de tratament. Fără acces la întregul spectru de medicamente antituberculoase — inclusiv unele mai vechi, greu de administrat și rar folosite în România — precum și fără acces rapid la medicamente noi prin mecanisme de utilizare compasională, aceste persoane vor avea șanse minime de vindecare.

În prezent, cum nu există încă medicamente noi disponibile prin astfel de programe (deși suntem deja în discuții cu Otsuka, TB Alliance și alte organizații care ar putea furniza curând astfel de medicamente), tratamentul pentru XDR și alte forme de rezistență extinsă se bazează pe alcătuirea unui regim terapeutic de cel puțin patru medicamente față de care se presupune că TB-ul pacientului este sensibil.

Problema este că multe dintre medicamentele rămase sunt mai puțin eficiente și mai toxice decât cele utilizate în mod obișnuit în prezent. Asta înseamnă că pacienții cu XDR-TB rezistentă la aceste medicamente frecvent utilizate se confruntă cu tratamente de lungă durată, dificile, și chiar și în cele mai bune condiții, au șanse reduse de supraviețuire.

Mai grav, mulți nu află că au o astfel de formă de rezistență decât după ce au urmat luni întregi de tratament, cu excepția cazului în care beneficiază de testare completă a sensibilității la medicamente. Aceste întârzieri în diagnostic, așa cum a arătat și cazul Elenei, prelungesc durata tratamentului și pun în pericol personalul medical din spitale, care se poate infecta cu TB rezistentă.

Una dintre provocările în tratarea persoanelor cu XDR-TB și alte forme de rezistență extinsă este faptul că numărul lor este relativ mic în multe locuri. Deși poate părea contraintuitiv, tratarea acestor cazuri necesită o infrastructură completă de îngrijire, care este dificil de justificat financiar atunci când deservește un număr redus de pacienți.

Această infrastructură presupune accesul la o gamă largă de medicamente antituberculoase, inclusiv la cele care nu mai sunt utilizate frecvent în prezent (pentru că există alternative mai eficiente și mai puțin toxice), cum ar fi:

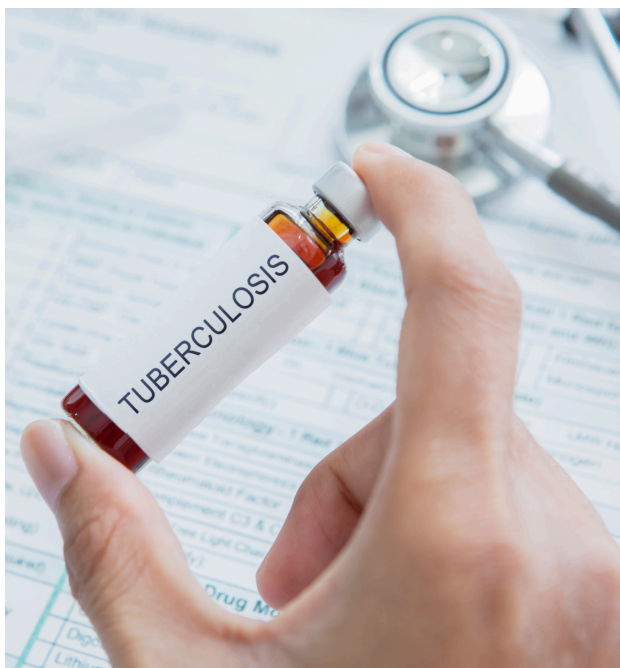
- **injecțiile**, care sunt dureroase și cauzează pierderea auzului la un procent mare dintre pacienți;
- **carbapenemele**, dificil de administrat;
- **cicloserina**, cunoscută pentru efectele adverse psihiatrice bine documentate, precum anxietate, paranoia, depresie și gânduri suicidare.

Toate aceste medicamente necesită monitorizare suplimentară, pentru a se asigura că persoana care le primește nu suferă efecte secundare grave — sau că acestea pot fi gestionate.

Cât timp am locuit în România, am intervievat numeroase persoane care au suferit pierderi de auz și efecte psihologice grave. Am fost, de asemenea, printre cei care au militat ani de zile ca injecțiile să fie înlocuite cu medicamente mai puțin toxice și folosite cu mai mult discernământ. Am scris inclusiv un articol împreună cu supraviețuitori ai TB (unii din România) care au pierdut auzul din cauza tratamentelor.

Faptul că o persoană cu XDR-TB va avea nevoie, cel mai probabil, de medicamente mai vechi, mai puțin eficiente și mai toxice ca acestea, arată cât de gravă este situația și cât de puține opțiuni terapeutice există la nivel global pentru TB rezistentă.

În unele țări, aceste medicamente nici măcar nu mai sunt disponibile, pentru că programele de TB au încetat să le mai folosească. Însă chiar și acolo unde sunt accesibile, poate fi imposibil de alcătuit un regim cu cel puțin patru medicamente presupus eficiente.



Aceasta a fost provocarea și în România, în urmă cu peste zece ani, când, pentru a obține bedaquilină prin utilizare compasională, pacienții trebuiau să aibă deja un regim de bază adecvat — alcătuit din alte medicamente eficiente, cum ar fi linezolid și clofazimină, care nu erau disponibile în România la acea vreme. Aceste medicamente sunt acum disponibile, dar oamenii mor în acel interval dintre momentul în care se identifică nevoia și momentul în care se finalizează procesele lente de actualizare a politicilor de achiziție, a reglementărilor și a listelor oficiale de medicamente aprobate (de exemplu, lista C2 în România).

TRATAMENTE SPECIFICE

După cum am menționat mai sus, obținerea unui diagnostic de (pre-)XDR-TB poate dura mult, iar tratamentele disponibile — chiar și atunci când sunt toate accesibile — au efecte secundare foarte serioase. Din acest motiv, persoanele aflate în tratament vor avea nevoie de mult sprijin pentru a putea suporta ceea ce poate însemna doi ani sau mai mult de tratament dificil.

Una dintre cele mai mari provocări poate fi incertitudinea cu care se confruntă pacienții și medicii lor. Pentru că nu există recomandări clare și definitive privind tratamentul noii forme de XDR-TB și nu există încă suficiente cercetări, medicii nu le pot oferi pacienților garanții. Asta înseamnă că persoanele care urmează tratament pentru XDR-TB trebuie să ia decizii foarte grele, în timp ce se confruntă cu un risc extrem de ridicat de deces.

Rezistența la medicamente de acest tip este o provocare pentru toată lumea și lupta împotriva ei necesită o colaborare solidă între medici, personal de laborator, asistenți, psihologi, asistenți sociali, persoane afectate de TB și familiile acestora. În calitate de antropolog medical, una dintre contribuțiile mele în cadrul proiectului BETTER a fost să pledez pentru o îngrijire centrată pe pacient, cu decizii împărtășite și consimțământ informat real.

Deoarece TB se transmite pe cale aeriană, poate afecta pe oricine. Dacă o persoană are XDR-TB, aceeași rezistență la antibiotice va fi transmisă celor pe care îi infectează.

Programul național de TB al României a făcut progrese semnificative de-a lungul anilor, dar nu este încă pregătit pentru această amenințare de sănătate publică. Aceasta poate fi prevenită dacă Ministerul Sănătății și Programul Național de TB din România acționează rapid pentru a se pregăti corespunzător.



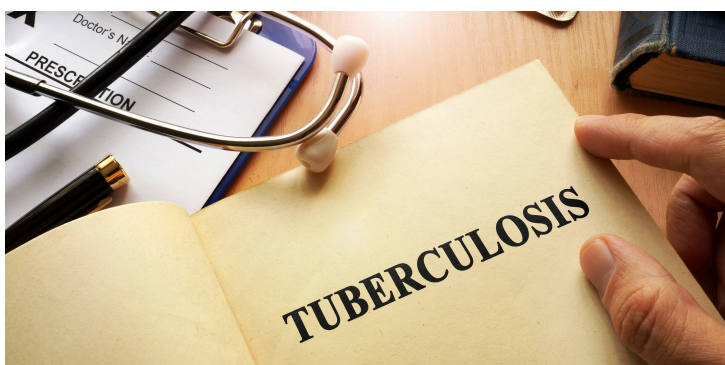
DESPRE AUTOR

DR. JONATHAN STILLO

este antropolog medical și profesor asistent care predă antropologie și sănătate publică la Universitatea Wayne State din Detroit, Michigan. Munca și pasiunea sa se concentrează pe utilizarea abordărilor antropologice și de sănătate globală pentru a reduce suferința umană în lume. A primit granturi de cercetare de la Fundația Națională pentru Știință a SUA, Departamentul de Stat al SUA, Fulbright-Hays și Consiliul pentru Cercetare în Științe Sociale, printre altele.

Din 2006, Jonathan a cercetat tuberculoza (TB) în România, inclusiv locuind timp de câteva luni într-un sanatoriu pentru tuberculoză din România și intervievând sute de pacienți pe parcursul a mai mult de cinci ani. Cercetarea sa se concentrează pe aspectele sociale, economice și structurale ale tuberculozei, în special pe varietățile rezistente la antibiotice.

Jonathan a fost expert internațional în echipele Organizației Mondiale a Sănătății care au realizat evaluarea programului național de tuberculoză al României în 2014, precum și evaluarea programului de tuberculoză din Republica Moldova în 2013. În 2016, a fost autorul principal al unei propuneri susținute de ECDC pentru introducerea unui suport integrat, bazat pe comunitate, pentru persoanele cu tuberculoză din România. Este vicepreședinte ales al Coaliției TB Europa, președinte ales al STOP TB USA și membru al Consiliului Consultativ Comunitar Global pentru TB. De asemenea, a și fost coordonatorul grupului de lucru al Biroului European al Organizației Mondiale a Sănătății privind îngrijirea tuberculozei centrate pe pacient între 2019 și 2022.



PREȚUL COMUNITĂȚII ESTE DISCOMFORTUL

Epoca modernă, a consumului, dă naștere la noi tendințe privind individul. În mediul online este vehiculată frecvent ideea îngrijirii sinelui, a protecției proprii persoane, a confortului singular. Acest trend a fost amplificat și de contextele geopolitice ale ultimilor ani, cel mai relevant eveniment fiind pandemia Covid-19. Prioritizând introspecția și starea de bine individuală, se încearcă evitarea tiparelor problematice din trecut, centrate pe binele colectiv. Se poate afirma că generațiile actuale au observat la predecesorii lor cum sacrificiul de sine, neconștientizarea emoțiilor și absența conectării la propriul psihic și corp au dus la disfuncționalități și traume. Astfel, ca reacție de răspuns așteptată, omul modern este centrat pe sine, liber, independent, în ton cu ideile de „self-care”. Iar această idee, care nu este rea în principiu, poate însă degenera spre comoditate excesivă, izolare, toleranță redusă la frustrare și funcționalitate scăzută. În continuare, acest articol își propune să analizeze relația omului cu singularitatea, din perspective comportamentale și neurobiologice, precum și să ridice întrebarea: unde trasăm disconfortul pentru o viață satisfăcătoare?

Din punct de vedere neurobiologic, există întregi circuite neuronale menite să încurajeze comportamentele sociale. Deocamdată, principalele studii sunt efectuate pe modele animale, însă rezultatele se corelează și cu experimente realizate pe oameni. De exemplu, se observă faptul că o perioadă scurtă de izolare activează zone din nucleul rafeului dorsal folosind dopamina. Acest neurotransmițător încurajează comportamente noi, recompensează spiritul de căutare, de cercetare. Se constată, de asemenea, eliberarea de neurotransmițători inhibitori în amigdală, arie responsabilă pentru frica și anxietatea instinctuală.



CIOBANU EVA-MARIA, MEDIC PSIHIATRU,
SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „ALEXANDRU
OBREGIA” BUCUREȘTI

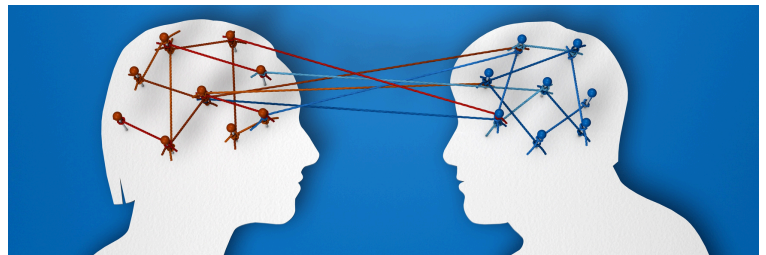
Dacă vorbim însă de perioade cronice de izolare, acestea declanșează comportamente agresive, antisociale. Un aspect totuși relevant al acestor studii este relația efect-doză a duratei și ierarhiei sociale: pe de-o parte, perioadele scurte de izolare au variat între 24 de ore și o săptămână, fără ca acestea să fie direct proporționale cu răspunsul comportamental; pe de altă parte, activarea neuronală și dorința de socializare au fost cu atât mai puternice cu cât poziția socială a șoarecelui era mai înaltă. Astfel, un individ aflat în vârful piramidei, protejat și cu acces la resurse, are o dorință mult mai aprinsă și constructivă de a-și relua activitățile sociale, pe când șoarecii de rang inferior, adesea agresați de superiori și cu rații mai mici de mâncare, nu au o variabilitate la fel de mare în amigdală și nucleul dorsal.

La oameni, o structură relevantă în conectarea la sine, dar și în izolare, este rețeaua Default Mode Network (DMN). Aceasta este formată din cortexul medial prefrontal, cingulatul posterior, precuneus, girusul angular și anumite regiuni ale hipocampului. Neuronii din DMN sunt activați în special în stări de introspecție; tot ce înseamnă visare, autoreflexie, rememorarea amintirilor. Totuși, activarea excesivă sau insuficientă a DMN este asociată cu tulburări psihiatrice: în depresie există o hiperactivitate, iar în tulburările cognitive și demență, o hipoactivitate. Studii imagistice efectuate pe modele umane demonstrează reducerea substanței albe la nivel general, alături de creșterea substanței cenușii și a conexiunilor din DMN la indivizii ce suferă de singurătate.



Conform studiilor antropologice, omul de rând din societățile agrare și pastorale avea un timp de socializare fizică de 24 de ore pe săptămână, comparativ cu cele 6 ore ale omului modern. Totuși, generațiile actuale întâmpină din ce în ce mai des fobii sociale, comunități largi, dispersate și accesibilitate redusă la „third spaces”. „Third spaces” – al treilea spațiu, este un termen din sociologie utilizat pentru a desemna locuri în afara casei și locului de muncă (restaurante, centre culturale, biserici, cluburi sportive, cluburi studențești, grupuri de hobbyuri). Din păcate, costurile ridicate, programele haotice sau pur și simplu absența fizică fac ca aceste spații – de unde pornește, până la urmă, socializarea – să fie greu accesibile omului de rând.

Lev Tolstoi deschide celebrul roman „Anna Karenina” cu citatul: „Toate familiile fericite seamănă între ele, fiecare familie nefericită este nefericită în felul ei.” Autorul a anticipat astfel, în urmă cu 150 de ani, nu doar un concept filosofic, ci o parte a psihicului uman confirmată prin imagini RMN. Așadar, la indivizii cu o viață socială echilibrată, DMN se activează conform unor tipare omogene, însă la indivizii cu o hiperactivitate DMN, cei predispuși la retragere, la depresie, la contemplare, rețeaua prezintă o variabilitate considerabilă, personalizată. Prin urmare, se pare că ne aflăm în punctul în care putem explica științific, cuantificabil, emoții și concepte ale naturii umane anticipate de filosofi și scriitori cu mult timp în urmă.



Poate și de aici apare confortul crescut al propriei locuințe și nevoia de o componentă volițională mult mai mare pentru socializare. Se ajunge până în punctul în care organizațiile de sănătate propun protocoale privind managementul solitudinii, prin norme asemănătoare celor pentru alcool, sport sau dietă. De exemplu, câteva sugestii de la Alianța Canadiană pentru Conexiune Socială și Sănătate propun:

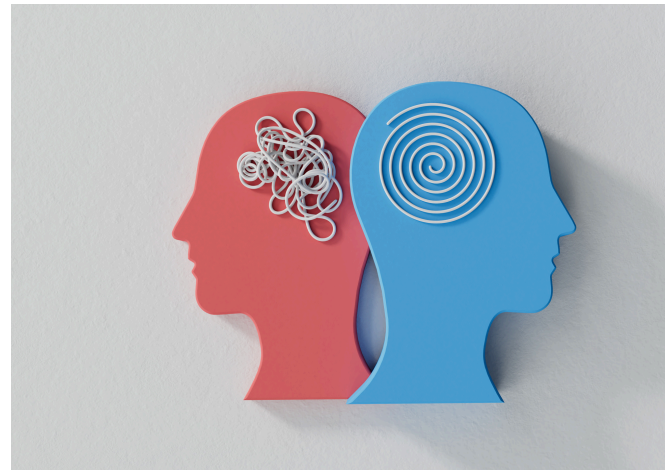
- menținerea a 3-5 relații de prietenie apropiate, excluzând membrii familiei;
- 1-3 ore pe zi de socializare fizică;
- diversitatea cercului social. Se subliniază importanța atât a legăturilor apropiate, cât și a celor superficiale, a amicițiilor sau colegialității;
- echilibrul între relaționare și solitudine. Paradoxal, excesul de socializare poate genera la rândul său sentimente de neînțelegere, de retragere sau frică de respingere, întrucât excesul pune mai degrabă accent pe cantitatea relațiilor superficiale

În efortul științei și medicinei de a manageria problemele psihice ale secolului XXI, amintim o încercare curajoasă și remarcabilă. Laboratoarele din Austria desfășoară studii clinice privind tratamentul cu oxitocină sintetică sub formă de spray nazal. Oxitocina este un hormon preponderent implicat în relaxarea uterului, dar se eliberează și în momentul interacțiunilor sociale sau comportamentelor afective. Este menit să inducă relaxare, scăderea anxietății și formarea de parteneriate de durată. Scade activitatea în centrul fricii, amigdala, și nivelurile de cortizol asociate stresului cronic. Mai mult decât atât, în studiile preliminare se observă potențialul acestui hormon de a trata fobiile sociale, comportamentele din spectrul autist sau chiar sindromul migrenos. Această formă farmaceutică se prezintă așadar ca un „leac sintetic” împotriva epidemiei de singurătate a erei noastre. Întrebarea este dacă vor ajunge compușii chimici să înlocuiască, pe viitor, comportamente eminamente umane. Răspunsul nu este deocamdată satisfăcător – tratamentul nu a avut un impact semnificativ pe termen lung privind percepția singurătății, stresul resimțit sau calitatea vieții. Participanții declară însă că au avut perioade pe termen scurt când s-au simțit mai puțin singuri față de grupul placebo. Ne aflăm deci deocamdată departe de înlocuirea chimică a stării de bine – o idee ce poate părea eminentemente distopică, dar privind rolul oxitocinei sintetice în efectele pe termen scurt, aceasta ar putea deveni un tratament adjuvant la începerea psihoterapiei.

Surse:

Tkaczynski J, Riser J, Patel M, Shellenbarger N, Park J, Manvich D, Chandler DJ. Effects of social isolation on locus coeruleus opioid receptor expression and affective behavior. *Neurobiol Stress*. 2025 Mar 14;36:100717. doi: 10.1016/j.ynstr.2025.100717. PMID: 40206287; PMCID: PMC11978347.

Bzdok D, Dunbar RIM. The Neurobiology of Social Distance. *Trends Cogn Sci*. 2020 Sep;24(9):717-733. doi: 10.1016/j.tics.2020.05.016. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32561254; PMCID: PMC7266757.



În concluzie, generațiile anului 2025 se confruntă cu epidemia singurătății, ce va avea repercusiuni nu doar psihice, ci și fizice. Deja este bine studiat efectul izolării sociale în boli precum cele inflamatorii cronice, cardiovasculare sau autoimune. Riscând să cădem în capcana propriei contemplații, efortul colectiv devine imboldul conexiunii: menținerea prietenilor, reluarea relațiilor cu contacte vechi, găsirea unor „third spaces” accesibile. Iar întrucât primul pas este cel mai greu, industria medicală se pare că vine în curând în ajutor, folosindu-se de molecule pentru a ne sprijini în primii noștri pași, inconfortabili ce-i drept, de a clădi comunitatea în care vom crește.



COMUNICAREA ASERTIVĂ

arta de a spune ce gândești, fără să rănești



BENEFICIILE COMUNICĂRII ASERTIVE

Studiile internaționale arată că această abilitate nu doar că îmbunătățește calitatea relațiilor personale și profesionale, dar are și efecte directe asupra sănătății emoționale:

Reduce stresul și anxietatea – pentru că nu mai trebuie să „înghiți” nemulțumiri.

Crește încrederea în sine – pentru că înveți să te exprimi fără vinovăție.

Îmbunătățește relațiile – pentru că duce la claritate și la limite sănătoase.

Previne conflictele – prin claritate, nu prin supunere sau dominare.

Într-un articol publicat de Verywell Mind în 2024, psihologii arată că „persoanele asertive tind să aibă relații mai durabile, bazate pe încredere și reciprocitate, față de cele care evită conflictele sau impun punctul de vedere cu forța”.

Comunicarea asertivă facilitează dialoguri eficiente, creează medii de lucru mai colaborative și promovează soluții de tip „win-win” bazate pe respect reciproc.

În mediul profesional, angajații care aplică un stil asertiv reușesc să negocieze mai bine, își pot seta limite sănătoase și să mențină relații durabile și constructive.

Într-o lume în care presiunea socială, stresul și nevoia de adaptare ne influențează constant modul în care interacționăm, comunicarea asertivă devine nu doar o abilitate utilă, ci una esențială. Departate de a fi un simplu exercițiu de exprimare, comunicarea asertivă este o formă de echilibru între respectul pentru sine și respectul pentru celălalt.

Comunicarea asertivă înseamnă să îți exprimi gândurile, emoțiile și nevoile în mod direct, sincer și respectuos. Este alternativa sănătoasă la cele două extreme frecvent întâlnite: pasivitatea (în care renunți la propriile drepturi) și agresivitatea (în care le încalci pe ale altora).

Conceptul a fost introdus în psihologia comportamentală în anii '60, prin lucrările lui Andrew Salter și Joseph Wolpe. Ulterior, psihologul Manuel J. Smith a popularizat termenul prin cartea sa „When I Say No, I Feel Guilty”, oferind primele metode clare de formare a acestui stil.

CÂND AI NEVOIE DE ASERTIVITATE?

- Când ești întrerupt(ă) constant în ședințe.
- Când ți se cere ceva ce nu vrei să faci.
- Când cineva ridică tonul, iar tu vrei să menții respectul.
- Când îți dorești ca vocea ta să fie auzită, fără să pară că domini.

RELAȚII PERSONALE ȘI PROFESIONALE ÎMBUNĂTĂȚITE

Trei situații reale în care comunicarea asertivă schimbă totul:

1. Într-un birou aglomerat:

Ana este mereu întreruptă de colegul ei în ședințe. În loc să rabde sau să riposteze, spune:

„Atunci când mă întrerupi, simt că nu-mi pot susține ideile. Aș aprecia dacă aș putea termina și apoi să discutăm.”

Rezultatul? Dialogul devine mai fluid și Ana este ascultată.

2. Într-un cabinet medical:

Un pacient iritat ridică tonul la recepție. Recepționera răspunde calm:

„Înțeleg că este frustrant să așteptați. Vă asigur că fac tot ce pot pentru a vă ajuta cât mai repede.”

Rezultatul? Tonul scade, iar interacțiunea rămâne civilizată.

3. Într-un cuplu:

„Când întârzii și nu-mi spui, mă îngrijorez. Aș avea nevoie de un mesaj, chiar scurt.”

Rezultatul? Se setează limite clare, cu empatie, nu cu reproș.



EXERCİȚIU: JURNALUL ASERTIVITĂȚII

Timp de o săptămână, notează:

- Situații în care ți-ai reprimat opinia.
- Ce ai fi vrut, de fapt, să spui.
- Cum ai putea formula asertiv.

Exemplu: „Aș fi vrut să spun: «Am muncit mult la acest proiect și merit recunoaștere.»”

DANIELA-RALUCA PÎRVA

PSIHOLOG

Membru ISQUA, EHMA

CE SE ÎNTÂMPLĂ CÂND PROTOCOALELE NU SUNT ADAPTATE DUPĂ PACIENT?

Gabriel a fost colegul nostru care a practicat această meserie timp de 35 de ani și a fost de asemenea și prietenul meu. Luna trecută, chiar înainte de a împlini 53 de ani, a părăsit această lume datorită unui sistem medical care nu a reușit să se adapteze nevoilor pacientului, iar acest articol este despre el, despre alții care au fost ca el, este despre ce putem noi face pentru a ne face bine.

De-a lungul timpului m-am confruntat cu diverse situații, iar în cele mai multe cazuri în care lucrurile nu mergeau bine, am observat că sunt aceleași probleme care se repetau parcă după un model standard... asemenea unui bumerang. Aș putea da un nume general acestor probleme și le-aș numi pompos „protocoale standard inadapate pacientului”.

1. Ce se întâmplă în cazul imposibilității aplicării protocoalelor cu privire la recoltarea sângelui cu metoda vacutainer?

Protocoalele pentru recoltarea sângelui prevăd ca aceasta să se realizeze STRICT prin metoda vacutainer folosind ac și holder sau fluturaș și holder e un protocol foarte bun deoarece protejează asistentul medical de intrarea în contact cu fluidele organice și reduce la zero riscul contaminării și degradării probelor de sânge recoltate.

Ce faci, însă atunci când pacientul tău este hipovolemic, când are o tensiune prăbușită de 70 cu 30 sau dacă este un nou-născut, caz în care aplicarea presiunii negative dintr-un vacutainer va conduce iminent la colabarea venei prin aspirarea agresivă și implicit eșuarea recoltării?

În aceste cazuri asistentul are două variante:

- fie înțeapă pacientul de „n” ori încercând să respecte protocolul în speranța că va reuși, făcând praf capitalul venos al pacientului
- fie nu respectă protocolul și recoltează printr-o metodă fără vacutainer adică ac și seringă sau microperfuzor cu seringă atașată, aspirând sângele în ritmul volemiei pacientului pentru a reuși recoltarea, făcând ulterior transferul în vacutainer sau anatomic pe ac așa cum se mai practică uneori în cazul sugarilor .



Colegul nostru Gabi, pacient operat pe cord, necesita verificarea regulată a INR-ului, se prezintă la un laborator de analize unde i se recoltează această analiză. Asistenta îi recoltează conform protocolului cu vacutainer, însă de teama de a nu se opri fluxul de sânge, nu desface garoul decât după recoltarea completă adică după minute întregi, în contextul în care riscul de hemoliză la o stază de peste 60 de secunde este major. Din păcate, după recoltare, seara târziu îl sună pe Gabi, medicul de laborator să îl anunțe că are un INR de 10, motiv pentru care ar trebui să se interneze de urgență. Acesta se prezintă în UPU, unde i se mai recoltează o dată INR și surpriză acesta era doar 1,6 și nicidecum 10. Valoarea eronată obținută în primul laborator a fost datorată calculării INR-ului dintr-o probă de sânge hamolizată.

2. Ce se întâmplă atunci când la nivel de spital nu există protocoale clar definite cu privire la tratarea plăgilor?

În spitale există protocoale externe impuse în vederea acreditării spitalului, apoi protocoale impuse de spital și cele impuse de fiecare medic în parte. În cazul plăgilor medicul are libertatea să aleagă protocolul în funcție de pacient, iar asta ar fi de bine, însă din păcate dacă pacientul este internat pe o altă secție decât cea de chirurgie, acesta este trimis mult prea târziu la un consult interclinic .

În decembrie, Gabi a suferit o extravazare de dopamină pe o branulă, care i-a afectat mâna dominantă. Tratamentul inițial a fost nepotrivit, iar deși a fost trimis ulterior la chirurgie plastică, îngrijirea a fost superficială. Lipsa continuității în aplicarea tratamentului a dus la agravarea leziunii, suprainfecție cu Clostridium și spitalizare la Boli Infecțioase. După externare, a fost nevoit să își îngrijească singur plaga, reușind să o aducă la un aspect vindecabil prin efort propriu.

3. Ce impact are lipsa respectului în comunicarea dintre membrii echipei medicale și cine ajunge, în cele din urmă, să sufere din cauza acestui lucru?

Cazul prietenului meu Gabriel aduce în discuție cât de importantă este asumarea promptă și cunoașterea protocoalelor în echipa medicală. După o extravazare de dopamină, asistenta care se ocupa de administrare nu a raportat imediat incidentul. Dacă s-ar fi aplicat recomandările din RCP-ul dopaminei – care menționează clar posibilitatea reversibilității ischemiei cu mesilat de fentolamină – evoluția clinică ar fi putut fi diferită. La următoarea internare, pe fondul epuizării venelor periferice, i s-a montat un cateter venos central, însă fixarea și îngrijirea acestuia nu au fost ideale.

4. Ce se întâmplă cu părinții și bunicii noștri după externare, având în vedere inexistența unor protocoale bazate pe comunicarea cu aparținătorii și lipsa completă a unui sistem de suport EFICIENT la domiciliu pentru membri acestor familii?

La această întrebare voi răspunde scurt cu o prezentare de caz ce vizează și parte din activitatea pe care o desfășor acum de suport online în îngrijirile la domiciliu și pe care am început-o datorită observării acestor situații ale pacienților externați și rămași acasă complet neasistați medical.

Caz real: Un pacient vârstnic cu colostomă este externat în stare gravă, cu escare, plagă suprainfectată și fistulă fecală. Fiica, fără pregătire medicală, cere ajutor pentru a-i oferi o îngrijire demnă. Cu sprijin și ghidare pas cu pas, aplică un plan de îngrijire la domiciliu îndrumată de mine.

Rezultat: Pacientul se recuperează neașteptat – plăgile se vindecă, merge sprijinit, iar medicii declară cazul „un miracol”.

Compassiunea și sprijinul profesionist pot schimba radical evoluția unui pacient.

Eu sunt Meda, sunt asistent medical, și nici măcar nu lucrez într-o instituție de stat. Nu pot lua decizii care să schimbe sistemul, nu pot influența legi, nu pot schimba protocoale, și nu pot face nimic mai mult decât puteți voi.

Totuși, datoria mea ca și persoană este să fac tot ceea ce pot pentru ca vouă să nu vi se poată întâmpla același lucru ca și lui Gabi. Pentru asta sunt astăzi aici.

Am încredere că împreună putem schimba mentalitatea colectivă, practica veche din unele spitale cu care nu ne mândrim și putem schimba sistemul pentru ca acesta să nu mai fie orientat către protocoale, ci către pacient. Sistemul nu e alcătuit din infrastructură și instituții, ci din oameni. Noi, asistenții medicali suntem o mare parte din corpul medical. Împreună suntem importanți și putem avea un impact major.

Daca fiecare dintre noi face doar cât poate, putem ajunge departe și am putea fi o influență semnificativă pentru întreg sistemul medical. Prin solidaritate, etică bună și o voce comună putem schimba sistemul care ne influențează destinul fiecăruia.

Aveți curaj să fiți mai buni! Să ne revedem cu bine și vă salut!

Meda Talos
Asistent medical



GESTIONAREA REFORMEI CONCEDIILOR MEDICALE ÎN 2025: PROVOCĂRI ȘI SOLUȚII HR ÎN SECTORUL MEDICAL

În vara anului 2025 s-au implementat schimbări drastice privind concediile medicale în România, ca parte a unui pachet de măsuri de austeritate bugetară. Măsurile au vizat reducerea abuzurilor, dar au venit cu presiune financiară suplimentară pentru angajați și angajatori din domeniul medical.

SCHIMBĂRI LEGISLATIVE:

- **Indemnizații reduse:** pentru concediile medicale scurte, indemnizația a fost redusă de la 75% la 55% (pentru 1-7 zile) și 65% (pentru 8-14 zile), începând cu 1 august 2025. Pe de altă parte, pentru perioade >15 zile, indemnizația de 75% se menține, iar pentru afecțiuni grave nu există schimbări.
- **Reintroducerea CASS:** toți beneficiarii concediilor medicale, indiferent de diagnosticul sau perioada acestora, vor plăti contribuția la sănătate pentru zilele respective.
- **Deficit bugetar al CNAS:** fondurile aprobate pentru 2025 (4,5 mld lei) acoperă aproape în întregime arieratele de peste 4,2 mld lei și restanțele acoperă deja lunile martie-aprilie. Bugetul nu este suficient pentru ultimele două luni ale anului



PROVOCARI PENTRU HR:

- **Buget intern și cash-flow:** Reducerea indemnizațiilor medicale impune recalcularea cheltuielilor cu personalul și impactează direct cash-flow-ul angajatorilor. În plus, întârzierile de rambursare din partea CNAS (buget aprobat exact pentru restanțe - 4,5 mld lei - fără fonduri disponibile pentru anul curent) generează decalaje la plata indemnizațiilor, tensionând relația cu angajații. Astfel, HR-ul este nevoit nu doar să optimizeze cheltuielile, ci și să implementeze forecasturi pe baza scenariilor de primire pentru a menține echilibrul financiar în instituție.
- **Moralul și sănătatea angajaților:** Reducerea indemnizațiilor, combinată cu introducerea contribuției CASS obligatorii pe concediile medicale („taxa pe boală”), afectează direct puterea de cumpărare a personalului. Un exemplu relevant: un angajat cu brut de 8.000 lei pierde aproape 468 lei net pe luna de concediu. Aceasta duce la presiune pentru revenire prematură și la evitarea concediilor indicate medical, crescând riscul de agravare a bolii și erori clinice. Cu alte cuvinte, angajatorii riscă un efect invers: presiune pe performanță, dar și creșterea absențelor serioase pe termen lung.

- **Buget intern și cash-flow:** Reducerea indemnizațiilor medicale impune recalcularea cheltuielilor cu personalul și impactează direct cash-flow-ul angajatorilor. În plus, întârzierile de rambursare din partea CNAS (buget aprobat exact pentru restanțe – 4,5 mld lei – fără fonduri disponibile pentru anul curent) generează decalaje la plata indemnizațiilor, tensionând relația cu angajații. Astfel, HR-ul este nevoit nu doar să optimizeze cheltuielile, ci și să implementeze forecasturi pe baza scenariilor de primire pentru a menține echilibrul financiar în instituție.



- **Conformitate și procedură:** Pachetul de măsuri din 2025 a eliminat excepțiile privind CASS pentru concedii medicale (inclusiv șomeri, mame, carantină). HR-ul trebuie să actualizeze rapid procedurile de validare a concediilor — monitorizare documentație (coduri 01, 07, 10), calcul CASS, aplicații în sistemul ERP sau e-HRM. Neconcordanțele pot duce la plăți greșite, audituri și sancțiuni. Este vitală clarificarea responsabilităților financiare — cine plătește, când și cum se poate solicita rambursarea.

- **Comunicare internă:** Transparența devine esențială: personalul trebuie să înțeleagă motivele legislative și economice ale reformei („taxa pe boală”, austeritate bugetară, presiune pe CASS și deficite publice). HR-ul

trebuie să organizeze sesiuni explicative, materiale informative pe intranet și newslettere interne. Fără comunicare proactivă, riscul de dezinformare crește, conducând la scăderea încrederii.

În contextul modificărilor legislative recente privind concedii medicale, departamentele de resurse umane din spitale și clinici se confruntă cu provocări semnificative. Pentru a răspunde eficient acestor provocări și a sprijini atât angajații, cât și organizațiile, implementarea unor strategii HR adaptate este esențială.

Iată câteva recomandări cheie:

Planificare financiară și prognoza fluxului de numerar: Este crucial ca departamentele de resurse umane să colaboreze strâns cu echipele financiare pentru a evalua impactul noilor reglementări asupra bugetului instituțional. Prin realizarea unor scenarii financiare detaliate, se pot identifica potențiale deficite și se pot implementa măsuri pentru a asigura continuitatea activităților. De asemenea, stabilirea unor rezerve financiare și prioritizarea decontărilor urgente pot contribui la menținerea stabilității financiare a organizației.



·Comunicare proactivă și transparent: Pentru a preveni confuziile și a menține moralul angajaților, este esențial ca departamentele HR să comunice clar și constant despre noile reglementări. Organizarea de sesiuni informative, sesiuni de întrebări și răspunsuri și actualizarea periodică a informațiilor pe platformele interne pot facilita înțelegerea schimbărilor și pot reduce incertitudinile.

·Sprijin emoțional și promovarea sănătății mintale: Într-un mediu de lucru stresant, este important ca angajatorii să ofere suport emoțional angajaților. Implementarea unor programe de consiliere psihologică, monitorizarea activă a stării de bine a angajaților și oferirea de facilități pentru recuperare pot contribui la reducerea burnout-ului și la menținerea unei echipe sănătoase și motivate.

·Politici de recuperare și reintegrare profesională: Pentru angajații care revin după perioade de concediu medical, este important să existe planuri personalizate de reintegrare. Acestea pot include roluri de tranziție, ajustarea indicatorilor de performanță și supervizare medicală internă, asigurându-se astfel o revenire treptată și eficientă la activitatea profesională.

STIAI CĂ.....INDEMNIZAȚIILE DE CONCEDIU MEDICAL VARIAZĂ SEMNIFICATIV ÎN EUROPA?

Luxemburg: Salariul integral este plătit până la 77 de zile de concediu medical, ulterior fiind acoperit de asigurările de sănătate pentru până la 78 de săptămâni.

Finlanda: După 9 zile de concediu medical, angajații pot solicita o indemnizație de boală de la instituția de asigurări sociale, bazată pe venitul lor mediu anual, pentru până la 300 de zile lucrătoare.

Suedia: Angajații primesc aproximativ 80% din salariu pentru primele 364 de zile de concediu medical, iar ulterior 75%, cu posibilitatea de a continua până la 550 de zile în caz de boală gravă.

Franța: Indemnizația de boală depinde de tipul de boală și statutul profesional, dar în general este de 50% din salariul de referință, cu un plafon de 47,43 € pe zi. După 3 luni de concediu medical, această indemnizație poate fi reevaluată și crescută.

Portugalia: Indemnizațiile variază între 55% și 75% din salariu, în funcție de durata concediului medical, cu o durată maximă de până la 3 ani.

Germania: Angajații primesc 100% din salariu pentru primele 6 săptămâni de concediu medical. După această perioadă, indemnizația scade la 70% din salariu, cu un plafon de 90% din salariul net.

Regatul Unit: Angajații primesc 116,75 £ pe săptămână după 4 zile consecutive de boală, ceea ce reprezintă doar 16% din salariul mediu săptămânal.



ȘTEFANA GELERIU
Specialist Resurse Umane
Expert Legislația Muncii

COLECTIV EDITORIAL

MANAGER

LAURENȚIU PÎRVA

REDACTOR
ȘEF/MARKETING & MEDIA

DANIELA PÎRVA

REDACTORI

ȘTEFANA GELERIU

VIOLETA MITEA

COLABORATORI EDIȚIA VII

DOCTOR IULIA HULUȚĂ

DOCTOR EVA CIOBANU

DOCTOR ALIN COSMA

DOCTOR IOANA PÎRCĂLABU

**DOCTOR JONATHAN STILLO,
STATELE UNITE**

FARMACIST SILVIA ILIE STOICA

ASISTENT MEDA TALOS

NU RATA NICIO EDIȚIE!

- Este gratuită
- Poate fi accesată online
- Ai acces la știri importante din domeniul medical

ABONEAZA-TE LA

redactiamedicalinsights@gmail.com



VIZITEAZĂ-NE ONLINE



WWW.MEDICALINSIGHTS.RO



CURS RECEPTIONER MEDICAL

Învăță abilitățile necesare pentru a lucra în domeniul medical.
Deschide-ți ușile către o carieră promițătoare în sănătate.



Clinici private



Spitale de Stat



Laboratoare



Unități medicale

CONTACT

☎ 0737 869 286

🌐 www.cursurionlinesibiu.ro



**CURS
ONLINE**

Centrul de Formare RO ACCOUNTS oferă cursuri de formare profesională autorizate Ministerul Muncii și Ministerul Educației în meseriile:

- **RECEPȚIONER MEDICAL** - cod COR 334403
- **STATISTICIAN MEDICAL** - cod COR 331403

CONTACT tel: 0737869286, e-mail: contact@cursurionlinesibiu.ro

Curs Online STATISTICIAN MEDICAL

Dorești să lucrezi în domeniul medical?
Aplică acum pentru a obține o calificare!

Responsabilități meserie:

- Întocmire SAN
- Întocmire documente statistice
- Raportarea statistică
- Arhivarea documentelor statistice

CONTACT

☎ 0737 869 286



www.cursurionlinesibiu.ro



contact@cursurionlinesibiu.ro

