

Miracolul TĂMĂDUIRII

Redactare: Andreea Popescu
Tehnoredactare: Liviu Stoica
Corectură: Bernadeta Filip
Design copertă: Oana Bădică

MIRACOLUL TĂMĂDUIRII

Gabriel M. Gurman

Copyright © 2025 Editura ALL

Toate drepturile rezervate.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

GURMAN, GABRIEL M.

Miracolul tămăduirii : anestezia și terapia intensivă în zilele noastre

/ prof. dr. Gabriel M. Gurman. – București : Editura ALL, 2025

Conține bibliografie

ISBN 978-606-587-628-6

616

Grupul Editorial **ALL**:

Bd. Constructorilor, nr. 20A, et. 3,

sector 6, cod 060512 – București

Tel.: 021 402 26 00

E-mail: info@all.ro

www.all.ro

Editura **ALL** face parte din **Grupul Editorial ALL**.

www.all.ro

 /editura.all

 @edituraall

Prof. Dr. GABRIEL M. GURMAN

Miracolul TĂMĂDUIRII



Anestezia și terapia intensivă
în zilele noastre

ALL

Important este să raportezi ideile la fapte și nu faptele la idei.

Claude Bernard, fiziolog francez,
autorul primului studiu despre efectele paralizante ale curarei

Notă introductivă

Pe cei care au noțiuni de istorie a medicinei nu trebuie să-i surprindă opinia conform căreia specialitatea noastră, anestezia și terapia intensivă (ATI), a apărut pe harta medicinei moderne ca un miracol, ca un dar din alte sfere.

Astfel se explică titlul volumului de față.

Începută cu mai bine de 60 de ani în urmă, pe băncile facultății, și cariera mea de medic ATI are un caracter istoric cu nuanțe de miracol. Și asta pentru că, din fericire, eu am făcut parte din prima generație de interni ATI, reprezentând o binecuvântată, originală (și complet neașteptată!) inițiativă a sistemului medical românesc din acele timpuri cenușii, inițiativă care a creat un program de pregătire a noii generații de medici (a doua din punct de vedere cronologic și istoric) responsabili pentru viața pacientului în sala de operație. Programul prevedea trei ani de pregătire teoretică și practică, începând cu ultimul an de studii.

De atunci și până în momentul așternerii „pe hârtie” a acestor rânduri, am citit, dar am și scris literatură anestezică: articole în diferite limbi, publicate în reviste de specialitate din câteva țări, manuale în ebraică și în limba română, capitole în alte manuale și tratate. Scopul tuturor acestor scrieri a fost dublu: științific și educativ. Conținutul lor a vizat întotdeauna o prezentare a diferitelor aspecte ale specialității ATI, unele având caracter original, ca rezultat al unor studii clinice desfășurate după toate regulile cercetării la patul pacientului.

Miracolul tămăduirii

Prin această activitate științifică, având ca rezultat articole publicate în diverse limbi, nu am căutat niciodată ocazia sau posibilitatea de a expune propriile mele opinii despre ATI, specialitatea pe care mi-am ales-o în urmă cu zeci de ani. Singurul ei scop a fost de a oferi colegilor mei de breaslă aspecte noi și importante ale practicii de zi cu zi, în sala de operație, cât și în multiplele câmpuri de activitate din afara ei.

Însă, în urmă cu aproape 12 ani, o invitație venită din partea oficialităților ATI europene mi-a dat prilejul de a-mi extinde domeniul scrierilor într-o direcție pentru care nu eram pregătit, dar căreia m-am dedicat imediat, cu entuziasm și seriozitate. Odată cu numirea mea în funcția de editor-șef al Buletinului (*Newsletter*) Societății Europene de Anestezie și Terapie Intensivă (ESAIC), am inițiat o tradiție, păstrată cu sfințenie de-a lungul unei perioade de 10 ani, și anume includerea în fiecare număr al Buletinului a unui editorial semnat de editorul-șef.

Așa se face că în toată această perioadă s-au acumulat peste 50 de editoriale, publicate la intervale diferite, în funcție de frecvența de apariție a Buletinului.

Un astfel de angajament m-a obligat să aprofundez anumite aspecte ale specialității ATI de care nu mă atinsesem până atunci, și anume o multitudine de subiecte, toate făcând parte din activitatea de rutină a medicului anestezist, dar abordate „de sus“, adică necesitând o analiză care depășește limitatele granițe ale oricărui produs științific. De la bun început, am fost convins că e nevoie de un „condei“ care să se ocupe mai mult de partea așa-zis filosofică a specialității, tratând acele particularități ale meseriei care o fac diferită de celelalte domenii medicale și care definesc anestezia și terapia intensivă drept un tărâm medical universal.

Meseria ATI e practică azi în mod uniform în mai toate spitalele europene, grație procesului de globalizare care influențează pozitiv toate aspectele vieții cotidiene.

Dar oare cu toții avem păreri similare despre ceea ce se numește practica de zi cu zi? Ideea universalității specialității ATI trece ca un fir roșu prin aproape toate textele pe care cititorul le va găsi în

această inedită colecție de articole publicate în Buletin, între anii 2013 și 2023.

Spre deosebire de articolele cu caracter științific, nu toate editorialele și opiniile incluse în acest volum conțin date bibliografice.

Articolele sunt publicate în ordinea apariției lor în Buletin, acesta fiind motivul pentru care, ici și colo, datele sau/și opiniile exprimate în unele editoriale vor părea cititorului ca depășite de evenimente ulterioare. Chiar dacă e așa, aceste articole prezintă situația existentă în momentul tipăririi și, drept urmare, pot avea o oarecare importanță atât istorică, cât și practică.

Fiind publicate pe o perioadă de zece ani, în unele articole se pot găsi întoarceri la același subiect sau repetări ale unor idei prezentate anterior. Am decis să las textele așa cum au fost publicate în original, de dragul „adevărului istoric“.

Opiniile exprimate în aceste texte nu au avut obligația de a prezenta păreri și observații acceptate de majoritatea confrăților de breaslă, ci au reflectat, și încă reflectă, vederile proprii ale celui care le semnează, cu speranța că vor fi discutate, disputate și poate, uneori, acceptate de comunitatea anestezică a continentului european.

Sunt mulțumit de faptul că, prin eforturi personale deloc ușoare, am reușit să asigur în Buletin un loc special comentariilor la final de articol și astfel m-am convins că de foarte multe ori ideile prezentate în editoriale le reflectau în mare pe cele ale cititorilor, adică ale masei de anesteziști europeni, în marea lor majoritate posedând limba engleză ca instrument de lucru.

Inițiativa Editurii ALL de a publica traducerea celor peste 50 de editoriale în limba română are drept scop difuzarea în rândurile medicilor ATI români a acelor idei care, formal, reprezintă opiniile autorului, dar care, de fapt, reflectă o realitate comună tuturor celor care și-au dedicat viața profesională unei specialități încă tinere, cu un binemeritat loc în comunitatea medicală, dar încă în luptă pentru recunoașterea meritelor sale în progresul tămăduirii pacienților grav bolnavi.

Majoritatea articolelor se referă la situația specialității ATI în Europa, cu trimiteri spre continentul nord-american, din când în

Miracolul tămăduirii

când. De aceea mi se pare că această carte poate fi folositoare medicului român, rezident sau specialist în ATI, în scopul îmbogățirii educației profesionale, dar nu numai lui, întrucât o bună parte din subiecte fac parte din domenii comune și altor specialități medicale.

În final, dedic acest volum colegilor și prietenilor mei, medici ATI români, cărora le păstrez un respect și o stimă deosebite pentru abnegația cu care își fac datoria de tămăduitori nu numai ai corpului, ci și ai sufletului pacientului aflat în îngrijirea lor.

Autorul
Aprilie 2024

Cuprins

Notă introductivă.....	v
------------------------	---

Capitolul 1: Atracțiile specialității..... 1

1. Terapia intensivă, parte integrantă a specialității	2
2. Anesteziologia, o specialitate universală	5
3. Un medic somnolent sau un adevărat partener?	8
4. Suntem puțini. Oare de ce?	11
5. Anestezia regională <i>versus</i> anestezia generală – înainte și înapoi.....	15
6. De la <i>errare humanum est</i> , la <i>primum non nocere</i> – simularea ca proces educativ	18
7. Mândrie justificată	22
8. Imaginea profesiei noastre în ochii opiniei publice – un motiv de îngrijorare?	28
9. Cooperăm, dar cât de aproape ne simțim unul de celălalt?	32
10. Serviciul de tratament al durerii acute – parte integrantă a specialității ATI.....	36

Capitolul 2: Educația noastră cea de toate zilele.....41

1. Prioritatea standardizării educației în anestezie	42
2. Pregătirea unui rezident ATI de valoare, o sarcină dificilă?.....	44

Miracolul tămăduirii

3. Un rezident nu seamănă niciodată cu altul49
4. Ce citești, dragă coleg sau colegă?52

Capitolul 3: Cooperarea cu alte specialități medicale57

1. Așa era pe vremuri58
2. Pe masa de operație se află un singur pacient62
3. Domnule, pacientul este la dispoziția dumneavoastră!..65

Capitolul 4: Despre condițiile de lucru ale medicului ATI.....71

1. Sindromul WHEN72
2. Anesteziologul și cafeaua – oare au ceva în comun?76
3. Nevoia de odihnă și de somn – o problemă greu de rezolvat.....79
4. Relația dintre volumul de muncă și rezultatele tratamentului85
5. De la erori și neglijență, la malpraxis.....89
6. Din nou despre fatigabilitate, cu speranța găsirii unui remediu.....95

Capitolul 5: Anestezia și terapia intensivă în lume 101

1. Anestezia și telemedicina 102
2. Noi întotdeauna ne întâlnim cu pacientul nostru.
Întrebarea este: unde?..... 106
3. Locul medicului anesteziat este în prima linie..... 110
4. Mână în mână – o perspectivă istorică
a relației dintre anestezie și antisepsie.....113
5. Noi o facem mult mai bine! Oare știți?!
(Despre formatul eficient al unităților de terapie intensivă)117

Capitolul 6: Pacientul nostru..... 123

1. Din ce în ce mai bătrân și din ce în ce mai bolnav 124
2. Pacientul meu e bătrân. Dar cât de bătrân? 128

Cuprins

3. Din nou despre handicapul vârstei	132
4. Paradoxul obezității. De fapt, nicio noutate pentru noi	135
5. Oare ar trebui să știm mai multe despre pacientul decedat?	140
6. Da, (și) noi comunicăm cu pacientul!	144
7. Am avut un caz interesant. Oare dorește cineva să cunoască amănuntele?	151

Capitolul 7: A fi specialist în anestezie și terapie intensivă 155

1. Semnificația succesului în specialitate	156
2. Medicul ATI și obiecția de conștiință	159
3. Vârsta și competența. Oare pot coexista pașnic?	163
4. A bea sau a nu bea (prea mult) – nu aceasta e întrebarea!	170
5. Indispensabilitatea specialității ATI, o realitate a zilelor noastre	174
6. În drum spre vârsta a treia	177
7. Locul personalului de sex feminin în practica specialității ATI	181
8. Dezechilibrul de gen – discuția este aici și va rămâne!	184
9. Oare mortalitatea anestezică reprezintă o sursă de stres pentru medicul ATI?	189

Capitolul 8: Anestezia și terapia intensivă în fața pandemiei de COVID-19 193

1. Principiile etice și realitatea în care ne aflăm azi: o sursă de conflict?	194
2. Arta de a înota într-o mare de restricții	198
3. De la o vreme, resimt lipsa congreselor noastre. Oare și alții?	203
4. A face față prezentului și a pregăti viitorul	206

Miracolul tămăduirii

5. Datoria noastră este de a ne încadra în prima linie a frontului	210
6. Noi, specialitatea ATI și viitorul medicinei	212
În loc de rămas-bun: Medic, scriitor sau medic scriitor?	215

Capitolul 1

Atracțiile specialității

1. Terapia intensivă, parte integrantă a specialității

(2013)

Una dintre greșelile cele mai semnificative ale încăpățânării nu e neînțelegerea realității, ci încercarea absurdă de a schimba o situație ireversibilă.

Pe vremea când făceam eu primul pas în specialitatea de anestezie, nimeni nu vorbea de terapie intensivă. Părea însă clar de la bun început că medicul anestezist face parte din echipa care are în grijă pacientul chirurgical de-a lungul întregii perioade operatorii, el deținând un rol esențial întrucât poseda o înțelegere profundă a noțiunilor de fiziologie, fiziopatologie și farmacologie.

În anul 1952, efectul epidemiei de poliomielită din țările scandinave s-a simțit în toată lumea și a generat o schimbare radicală în specificul specialității de anestezie. Faptul că un număr foarte mare de pacienți afectați de maladie au fost salvați prin respirație artificială manuală a dus la apariția unei rețele de unități speciale a căror sarcină primordială era tratamentul insuficienței respiratorii acute de diverse etiologii. Denumite „respiratorii“ (*respiratory units*), aceste unități au concentrat acei pacienți care necesitau suport ventilator, o situație care a facilitat nu numai procesul de acumulare de date fiziologice și fiziopatologice specifice actului respirației, ci și apariția unei multitudini de aparate, inițial destul de primitive, dar având drept scop menținerea funcției respiratorii la un nivel mai mult sau mai puțin normal.

De la bun început, devenise clar că medicul dedicat anesteziei era cel mai indicat pentru a prelua această funcție terapeutică, întrucât el avea ca sarcină, printre altele, menținerea schimbului de gaze normal la pacientul chirurgical în sala de operație.

Treptat, unitățile mai sus amintite au primit denumirea de „Reanimare“ și abia ulterior de „Terapie intensivă“ (*Critical Care* sau *Intensive Care* în lumea de limbă engleză). Iar medicul anestezist a devenit, prin forța împrejurărilor, specialistul în îngrijirea

perioperatorie, cu alte cuvinte, un profesionist care posedă cunoștințele și experiența necesare în diverse domenii, cum ar fi homeostazia cardio-respiratorie, echilibrul hidro-electrolitic și acido-bazic, procesul de coagulare, mecanismul fiziopatologic al imunității și toate elementele terapeutice care se referă la aspectele patologice ale acestor funcții fiziologice.

Așa se face că, în imensa majoritate a țărilor și spitalelor, specialitatea de anestezie a inclus, și încă include, tărâmul terapiei intensive, iar medicul anestezist a devenit ceea ce numim azi ATI-ist.

Impactul produs de această schimbare e greu de redat în cuvinte. Specialitatea de anestezie-terapie intensivă a lărgit într-o manieră impresionantă câmpul de activitate al medicului ATI. Dintr-un simplu practicant al anesteziei în sala de operație, el/ea a început să acopere și alte domenii ale activității de rutină, nu numai îngrijirea postoperatorie a pacientului grav, ci și diverse aspecte ale medicinei de urgență, sedarea pentru proceduri terapeutice nechirurgicale etc.

Din păcate, această situație, deși a îmbunătățit în mod spectaculos imaginea medicului ATI în ochii opiniei publice și ai confracților, suferă schimbări în anumite părți ale lumii, cu consecințe negative pentru specialitate.

Plecând de la un fapt real și important, și anume că tratamentul pacientului grav impune participarea unor specialiști din diverse ramuri ale medicinei, în unele țări, terapia intensivă a devenit o specialitate primară, iar în altele, o subspecialitate; această schimbare a avut ca efect în **unele** țări separarea *de facto* a anesteziei de terapia intensivă. În felul acesta, titlul de specialist în terapie intensivă (așa-numitul intensivist) a fost acordat și altor practicieni, cum ar fi pneumologi, interniști, pediatri, chiar și chirurghi, după o pregătire formală al cărei specific diferă de la o țară la alta.

Așa se explică faptul că în mai multe țări au apărut societăți de terapie intensivă, iar în Europa a luat ființă așa-numita *European Society of Intensive Care Medicine*, deschisă „oricărui medic, asistent/ă medical/ă, precum și altor profesii legate de practica medicinei, care sunt interesate de terapia intensivă“.

Miracolul tămăduirii

În aparență, această schimbare radicală favorizează îngrijirea pacientului grav, oferind unităților de terapie intensivă expertiza unor specialiști a căror experiență și cunoștințe teoretice nu pot decât să îmbunătățească tratamentul și șansele de recuperare ale pacientului.

Dar, în același timp, nimeni nu poate face abstracție de două aspecte extrem de importante, care afectează realitatea într-un mod nedorit. În primul rând, e vorba de faptul că medicul anestezist este posesorul celei mai vaste experiențe în aplicarea unor tehnici care necesită iscusință și îndemânare deosebite: intubația traheală, instalarea unei perfuzii într-o venă centrală și chiar periferică, inserarea de catetere intravasculare și intraarteriale etc. Această experiență necesită o practică permanentă, de zi cu zi, care nu poate fi înșușită o dată pentru totdeauna, apoi utilizată doar din când în când.

În al doilea rând, noua realitate a creat un proces de transfer într-o singură direcție a medicului anestezist spre unitatea de terapie intensivă, el/ea părăsind definitiv activitatea în sala de operație (o activitate mai laborioasă și mai obositoare, deși de cele mai multe ori mai bine remunerată).

În ochii celui care semnează aceste rânduri, această nouă realitate e de neînțeles și de neconceput. Personal, am condus vreme de zeci de ani unități de terapie intensivă, dar prezența mea în sala de operație, ca medic anestezist, a rămas o obligație pe care am onorat-o în mod constant, conștient fiind de faptul că doar așa pot menține o abilitate practică și un permanent progres privitor la îngrijirea pacientului grav. Doar se știe: orice pacient anesteziat este sau poate deveni în orice moment un pacient grav!

Din fericire, pe continentul nostru, aceste schimbări nu au reușit să se impună în toate țările și spitalele europene. Sunt convins că disputa rămâne deschisă și că fiecare dintre noi are dreptul la propria părere. Eu mi-am exprimat-o în rândurile de mai sus.

Aprilie 2024. Sunt bucuros că acest articol de introducere în colecția cuprinsă în volum găsește anestezia și terapia intensivă din România ca făcând parte din aceeași specialitate medicală, exact așa cum am lăsat-o eu acum mai bine de o jumătate de secol.

Din păcate, situația din țara mea e cu totul alta. Israelul a copiat în întregime modelul nord-american și iată că în ziua de azi din ce în ce mai puțini medici anesteziști își petrec o parte a activității în unitățile de terapie intensivă.

2. Anesteziologia, o specialitate universală (2014)

1 februarie 1980. Mă aflu în anticamera biroului directorului departamentului de anestezie a spitalului Toronto General, viitorul meu șef pentru următoarele șase luni. În urmă cu câteva luni, aplicasem pentru un post de *senior resident* în departamentul condus pe vremuri de celebrul Harold Griffith, cel care în anul 1942 a folosit pentru prima oară un relaxant muscular ca adjuvant al anesteziei generale.

Ajunsesem la Toronto cu o seară înainte, dar a doua zi la ora 7:00 mă și prezentasem la noul meu post. Secretara tocmai îi anunțase directorului sosirea mea și așteptam să intru în biroul acestuia. În fața mea se afla un panou cu mai multe anunțuri, dar și o listă de gardă în secția de terapie intensivă pe luna în curs. Spre stupefacția mea, mi-am văzut numele pe această listă. Fusesem programat pentru prima mea gardă pe data de 3 februarie, la numai 48 de ore de la apariția mea în secție.

Nici directorul, nici vreunul dintre viitorii mei colegi nu mă văzuseră încă. CV-ul pe care-l trimisese prin poștă nu conținea prea multe date, doar pe acelea esențiale.

Și totuși, direcția secției hotărâse că pot face față, de la bun început, unei activități care s-a dovedit foarte repede ca fiind doar puțin diferită de cea cu care eram obișnuit în Israel, țara mea.

Ani de zile după această întâmplare, am încercat să-mi ofer un răspuns cât de cât logic privitor la această decizie, care mi s-a părut, inițial, ca lipsită de seriozitatea necesară unei asemenea situații.

Miracolul tămăduirii

Concluzia la care am ajuns a fost foarte simplă. Eram medic specialist ATI, de ani de zile lucram într-un spital universitar modern israelian, deci era de presupus că posed arsenalul de cunoștințe și experiența necesare pentru a face față unei activități cotidiene într-o secție de terapie intensivă generală.

Cu alte cuvinte, pentru noul meu colectiv era clar că eu practic o meserie de rutină, la nivelul dorit și necesar, adică la nivel universal, potrivit oricărei secții de terapie intensivă dintr-un spital modern. Ceea ce era adevărat, pentru că noi vorbeam aceeași limbă profesională și ne „adăpam“ de la aceleași surse bibliografice.

Se poate spune că în ziua de azi orice disciplină medicală prezintă același fenomen al universalității, dar eu sunt de părere că acest fapt este mai evident în ceea ce privește ATI.

Nu trebuie uitat faptul că noi am fost una dintre primele specialități medicale care au creat o federație mondială: Federația Mondială a Societăților de Anestezie – WFSA, înființată în anul 1955, la Scheveningen, Olanda, 44 de societăți naționale fiind semnatarele acestei unice (pe atunci) inițiative. Congresele organizate de această federație au reprezentat o sursă importantă de unificare a viziunii asupra pacientului chirurgical și au creat baza unei atitudini identice pentru același tip de pacient sau de problemă medicală.

WFSA a inclus în constituția sa scopul de a disemina informația științifică, precum și sarcina de a crea „standarde unice de educație profesională [...] și stabilirea unor măsuri care să permită standardizarea echipamentului“.

Rezultatele nu s-au lăsat așteptate. Aparatele de anestezie au fost toate prevăzute cu același tip de echipament, intubația traheală a devenit tehnica standard pentru intervențiile de lungă durată efectuate sub anestezie generală. Eterul a înlocuit clorofomul, apoi halotanul a înlocuit eterul, pancuroniuil a înlocuit galamina, iar fentanilul, meperidina. Singurii „supraviețuitori“ ai acestei adevărate revoluții au fost și au rămas protoxidul de azot, atropina și morfina.

În aceeași măsură au fost acceptate, ce-i drept treptat, anestezia regională și blocurile periferice, după stabilirea riguroasă a indicațiilor și a contraindicațiilor pentru fiecare dintre tehnici.

În urmă cu zeci de ani, medicul ATI de pretutindeni a acceptat clasificarea Societății de Anestezie Americane (ASA) privitor la gradul de risc al pacientului chirurgical, iar această clasificare e valabilă până în ziua de azi.

Cu alte cuvinte, noi am vorbit, chiar de la bun început, aceeași limbă profesională, gata să acceptăm aceleași principii, limite și indicații pentru fiecare dintre detaliile tehnice utilizate în practica de zi cu zi.

În marea majoritate a spitalelor noastre, pacientul chirurgical parcurge aceleași etape, începând cu cabinetul de preanestezie, până la ultimul examen dinaintea intrării în sala de operație, și apoi, la nevoie, în unitatea de terapie intensivă (trecând sau nu prin camera de reanimare – *recovery room*), până la restabilirea completă a funcțiilor sale vitale. În ziua de azi, o fișă de anestezie, manuală sau electronică, arată aproape la fel în orice sală de operație, aceiași agenți anestezici, aceeași tehnică și același tip de monitorizare a funcțiilor vitale.

Educația pe care noi o oferim tânărului medic ATI e standardizată de asemenea, în baza ghidurilor și protocoalelor acceptate în întreaga lume.

Personal, sunt convins că unii dintre cititori vor ridica problema accesibilității universale a echipamentului și a substanțelor anestezice, fără de care nu se poate vorbi de uniformizarea tehnicilor folosite la pacientul chirurgical. Fără discuție, realitatea nu confirmă întotdeauna teoria universalității specialității noastre. Nu toate sălile de operație sunt înzestrate cu echipament modern și nu toate au acces la cele mai noi (și mai eficiente) anestezice. În plus, nu toate spitalele se bucură de un număr suficient de medici ATI care să acopere nevoile de zi cu zi.

Tuturor celor care vor aduce argumentele de mai sus, confirmate de o realitate nu tocmai îmbucurătoare, le voi aminti că în ziua de azi fiecare dintre noi știe cel puțin care sunt necesitățile curente și în ce direcție trebuie concentrate eforturile pentru a ameliora situația existentă.

Un fapt important care merită a fi menționat e relativa ușurință a adaptării fiecăruia dintre noi la un nou loc de muncă, fie în

aceeași țară, fie într-o țară străină, în cadrul unui transfer temporar, care de cele mai multe ori are drept scop o perioadă de specializare într-un anumit domeniu al specialității.

Rapiditatea aclimatizării medicului ATI de astăzi la aproape orice nou loc de muncă ar trebui să reprezinte un semnal de alarmă pentru administrația spitalelor noastre. Ușurința trecerii de la un spital la altul sau de la o țară la alta impune obligatoriu îmbunătățirea condițiilor de muncă și echiparea fiecărei săli de operație, a fiecărui pat de terapie intensivă, în așa fel încât să contracareze „ispita” trecerii la un alt loc de muncă.

Atenție, toate cele de mai sus se referă la medicul ATI din ziua de azi, dar în spatele fiecăruia se află pacienții care au dreptul la o îngrijire medicală la un nivel optim.

Cu alte cuvinte, tot ce suntem obligați să facem pentru îmbunătățirea calității activității în secțiile ATI se adresează în primul rând responsabilității față de pacientul aflat în tratamentul și îngrijirea noastră, cu scopul creșterii șanselor sale de însănătoșire.

3. Un medic somnolent sau un adevărat partener?

(2015)

Titlul de mai sus își are originea într-un articol publicat cu zeci de ani în urmă într-o revistă medicală de prestigiu, care expunea evoluția specialității ATI de la primele stadii, când funcția anesteziului era doar de a „adormi” pacientul (de unde expresia *the sleeping partner*), și până la perioada în care anestezia și-a cucerit rolul pe care-l merită nu numai în sălile de operație, ci și în multe alte domenii ale activității medicale.

Anesteziologia a devenit o specialitate medicală pe fondul nevoii acerbe de a asigura lipsa durerii în timpul actului operator