

Curs 6: Medicina fetala. Notiuni de etica in obstetrica-ginecologie

Noțiuni de etică în obstetrică și ginecologie

Noțiunea de etică în practica medicală nu este o invenție a timpurilor moderne, ea regăsind-se încă din vremurile hippocratice, când se atrăgea atenția asupra virtuților și calităților morale ale celor chemați să-i îngrijească pe semenii lor. În ultimii 50 de ani, însă, tehnologia medicală dezvoltându-se de o manieră exponențială, face ca medicul, în cazul de față obstetrician – ginecolog, să fie confruntat cu o serie de probleme etice complexe. Acestea se referă mai ales la domenii precum reproducerea asistată, diagnosticul prenatal, întreruperea terapeutică a sarcinii, terapia genetică și utilizarea informației genetice, îngrijirile acordate la începutul și la sfârșitul vieții. Cunoștințele medicale nu sunt suficiente pentru a rezolva aceste probleme și a oferi răspunsuri celor ce le caută. Medicul trebuie să gândească atât din perspectivă științifică, și să caute să cunoscă cât mai bine această perspectivă, cât și din prisma valorilor umane, a considerației pentru suferința pacientului, să țină cont de mediul social și cultural din care acesta provine, de valorile sale etice, religioase, familiale, pe care nu trebuie să le judece.

Principiile etice

În încercarea de a oferi o schema de analiză etică general valabilă au fost introduse patru principia de bază – etica bazată pe principii:

1. respectul pentru autonomia pacientului
2. dorința de a face bine
3. grija de a nu face rău
4. corectitudinea

Alte principii ce trebuie luate în considerație sunt: onestitatea față de pacient, confidențialitatea, menținerea sa într-o situație de demnitate.

Bineînțeles, această abordare a fost criticată ca fiind prea simplistă și incapabilă să acopere marea varietate de probleme ce pot apare în practica medicală. Astfel au luat naștere diferite alte forme de etică – bazată pe virtute, feministă, comunitară, etc. Între toate aceste forme de abordare a aceleiași probleme există, cu siguranță, un grad mare de suprapunere.

1. Respectul pentru autonomia pacientului: presupunea înțelegerea faptului că acesta are dreptul să primească toate explicațiile pe care le consideră necesare, să aibă opinii, să facă alegeri și să acționeze într-o direcție potrivită cu propriile credințe și convingeri. Acest principiu reprezintă baza consimțământului informat, prin care un pacient, corect informat, optează pentru o anumită formă de terapie sau o refuză în totalitate.
2. A face bine și anu face rău: unicul scop al medicului și unica justificare a profesiei sale este aceea de avea grijă de sănătatea semenilor săi. A nu face rău – *primum non nocere* – este partea cea mai importantă a jurământului depus la intrarea în profesie. În practică aceasta presupune o bună evaluare a beneficiilor și a riscurilor, a dezavantajelor ce decurg din orice manevră pe care o propunem. Chiar dacă alegerea aparține pacientului, așa cum am menționat anterior, medicul are obligația de a discuta toate aceste aspecte. De multe ori deciziile nu sunt foarte simple, fiind mai mulți factori de luat în considerare. Un exemplu ar fi cel al unei femei gravide, cu un făt malformat. Mama dorește să nască prin operație cezariană deoarece speră că astfel va crește șansele de supraviețuire ale nou-născutului. Medicul, pe de altă parte, pe baza cunoștințelor sale referitoare la malformația respectivă, nu crede că există vreo astfel de șansă și are în vedere doar riscurile legate de o intervenție chirurgicală majoră, precum cezariana, și implicațiile sale asupra fertilității viitoare a femeii.
3. Corectitudinea – justiția: reprezintă dreptul fiecăruia de a primi ceea ce i se cuvine. Este, probabil, cel mai complex principiu, deoarece se referă atât la

obligația medicului de a îi da pacientului ceea ce i se cuvine – îngrijirea medicală corectă și completă pentru o anumite afecțiune, cât și la faptul ca acest drept îl au toți pacienții dintr-o anumite comunitate, în condițiile în care resursele de a oferi aceste îngrijiri sunt, de cele mai multe ori, limitate. Justiția prevede și ca aceste îngrijiri medicale să fie distribuite în mod egal celor ce le necesită. Un exemplu al unei astfel de situații este opțiunea medicului de a oferi transplantul renal sau dializa. În mod ideal și corect, toți cei care au nevoie ar trebui să beneficieze de un transplant renal. În realitate, însă, numărul bolnavilor depășește cu mult numărul de rinichi transplantabili disponibili.

Spre deosebire de alte specialități medicul obstetrician are o sarcină și mai complicată. El trebuie să aibă în vedere nu numai binele pacientului din fața sa, femeia gravidă, care își poate exprima opiniile, poate pune întrebări și lua decizii. El trebuie să aibă grijă în toate situațiile și de pacientul cel mai vulnerabil – fătul nenăscut, care beneficiază de aceleași principii etice. Arareori se întâmplă să existe o situație realmente conflictuală între binele mamei și cel al fătului. De cele mai multe ori o consiliere corectă, un tratament bine condus, un bun acces la resurse medicale corespunzătoare, fac ca acest conflict să nu apară.

Se poate elabora un algoritm care să ușureze deciziile ce implică o considerație etică importantă.

1. identificarea factorului decizional – cine trebuie să ia această decizie?
Capacitatea unui individ de a lua o decizie depinde de abilitatea sa de a înțelege informația care i se oferă/pe care o solicită, de a aprecia implicațiile și de a-și asuma responsabilitatea. Noțiunea de competență/incompetență sunt termeni legali
2. Identificarea unui surrogat – reprezentant legal pentru pacienții incompetenți, fie ca este vorba de minori, vârstnici, comatoși sau feți nenăscuți
3. Colectarea datelor, stabilirea faptelor
4. Identificarea tuturor opțiunilor medicale

5. Evaluarea acestor opțiuni în concordanță cu principiile menționate anterior
6. Identificarea eventualelor conflicte etice și stabilirea priorităților
7. Stabilirea opțiunii ce întrunește cele mai multe criterii
8. Reevaluarea deciziei după punerea sa în practică, în lumina rezultatelor. Aceasta poate influența comportamentul în situații similare ulterioare.

Medicina fetală

Reprezintă o zonă de specialitate relativ nouă, derivată din obstetrică odată cu progresul imagisticii fetale. Dacă până în anii '60 – '70 medicina se adresa exclusiv mamei, în mare măsură și din lipsa mijloacelor de a evalua necesitățile fetale, progresul ecografiei face posibilă deschiderea unei ferestre către viața intrauterină. În acest moment începem să orbim de diagnostic prenatal, care ulterior a fost completat de cunoștințe din domeniul geneticii. Pentru medicii care activează în acest domeniu a devenit, astfel, necesară acumularea de cunoștințe din domeniul magisticii, al embriologiei, geneticii, atât clinice cât și de laborator. În mod cert este domeniul cu cele mai mari progrese și de la care se așteaptă cel mai mult în viitor. Dacă în urmă cu 30 de ani ecografia servea în general la confirmarea poziției fetale, a activității cardiace și cel mult, diagnosticarea unor anomalii structurale grosiere, acum depistăm dismorfii faciale discrete și agenezii de corp calos. Progresul tehnic a introdus spiritul de competiție, a impus revizuirea unor date de anatomie și embriologie de mare finețe, constanta punere la punct cu noutățile din domeniul biologiei și geneticii. În acest mod s-a ajuns la depistarea antenatală a unor patologii al căror prognostic nici măcar nu este cunoscut și nu de puține ori vedem cupluri care solicită întreruperea sarcinii deoarece fătului i-a fost depistată ecografic o mega cisterna magna izolată sau agenezie parțială de corp calos. Există și reversul medaliei. Multitudinea de teste serologice și ecografice bulversează atât medicul cât și pacienta, care ajunge să refuze orice investigație suplimentară, mergând pe credința și optimismul său. Amniocenteza, cordocenteza,

biopsia trofoblastică pot constitui modalități diagnostice eficiente, dar și tot atâtea riscuri pentru evoluția sarcinii.

Urmarea diagnosticului, s-a dezvoltat terapia *in utero*. Pornind cu Harrison, care în anii '80 realiza prima intervenție de acest gen pentru un fat cu hernie diafragmatică, se trece apoi către o atitudine mult mai conservatoare. Desigur că defectul poate fi reparat antepartum, dar aceasta nu îmbunătățește prea mult prognosticul fetal, care este expus în primul rând prematurității. Astfel, în momentul de față sunt practicate numai intervenții reparatoare minime, pe cale fetoscopică sau chiar numai sub ghidaj ecografic, în cazuri de obstrucție urinară joasă, pleurezie unilaterală, hernie diafragmatică sau ventriculomegalie izolată.