

L'ÉTHIQUE EN PRATIQUE : L'ÉTHIQUE DU SOIN EN GERIATRIE

Pr. Armelle GENTRIC. Service de Gériatrie. C.H.R.U. BREST

EA 4686 Université de Bretagne - BREST

L'éthique ne doit pas rester un concept philosophique théorique, mais doit être mise en œuvre au quotidien sous la forme d'une éthique du soin.

L'éthique du soin est une démarche de réflexion, de questionnement sur le sens de chaque action et de chaque décision, sur notre responsabilité vis-à-vis de l'autre, cet autre étant pour les soignants en gériatrie, la personne âgée malade, vulnérable ou dépendante.

Cette démarche de réflexion a pour objectif d'aboutir à une prise de décision « juste » pour une personne vulnérable considérée dans sa globalité médico-psycho-sociale, décision prise dans une situation déterminée à un moment donné, dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique : la dignité, la bienfaisance, l'autonomie, la justice.

L'éthique du soin a pour principe de réinscrire la pratique du soin dans un rapport de responsabilité (éthique de la responsabilité), vis-à-vis d'une personne vulnérable (éthique de la vulnérabilité).

Un exemple concret de cette éthique du soin dans la pratique quotidienne est la mise en œuvre du protocole HELP (Hospital Elder Life Program) dont l'objectif est de limiter les

complications souvent redoutables d'une hospitalisation sur la personne âgée fragile. Une prise en soins basée sur des mesures simples centrées sur la personne dans sa globalité permet d'éviter de manière tout à fait significative la perte d'autonomie liée aux complications d'une hospitalisation (en particulier le syndrome confusionnel).

En effet, un processus de soins ne tenant pas compte de la vulnérabilité de la personne âgée malade peut, à lui seul, déclencher un syndrome confusionnel dont les conséquences sont dramatiques: mortalité, déclin cognitif et fonctionnel, institutionnalisation.

Introgénie, contention, sondage urinaire inutile, multiplications d'examen complémentaires dont le bénéfice n'a pas été évalué, immobilisation, absence de repère spatio-temporaux, absence de prise en compte des déficits sensoriels, perturbation du sommeil, absence de vigilance pour l'hydratation sont autant de facteurs déclenchants un syndrome confusionnel dus à une démarche de soins inappropriée.

Le protocole HELP a pour objectif d'éviter toute ces inadaptations d'un processus de soins « non éthique », ne tenant pas compte de la personne âgée dans sa globalité et sa vulnérabilité.

ANGINA PECTORALĂ ȘI INFARCTUL MIOCARDIC LA VÂRSTNICI

Valerian Hortolomei, Valeriu Hortolomei

Catedra Medicină Internă nr.3 USMF "Nicolae Testemițanu"

Evoluția infarctului miocardic la pacienții cu vârsta înaintată și senilă are multe particularități, condiționate în mare parte, de micșorarea reactivității organismului. Cu vârsta se micșorează sensibilitatea aparatului receptor la captarea și transmiterea datelor informative spre SNC. CI se dezvoltă la aceste persoane pe fundalul leziunilor cronice ale sistemului coronarian și miocard. Manifestările clinice ale CI sunt rare, adesea slab pronunțate, cu durată mare sau atipice, condiționate de epuizarea sistemelor fiziologice ale organismului. Anume micșorarea reactivității la îmbătrânirea organismului este baza simptomelor clinice slab pronunțate și neclare, care împiedică cu mult verificarea diagnosticului.

CI adesea evoluează cu sindromul dolo slab pronunțat sau cu forme indolore, comparativ cu pacienții de vârstă medie. La acești pacienți IM parcurge cu reacții din partea t° și sângelui slab pronunțate.

În dinamică IM la pacienții cu vârstă înaintată și senilă factorii psihoemoționali au o însemnătate redusă, comparativ cu încordările fizice. Acest fenomen este condiționat, în mare parte, de micșorarea reactivității sistemului simpato-adrenal, ca și de acțiunea mai prelungită a catecolominelor în legătură cu inactivitatea lor lentă.

De rând cu frecvența înaltă a formelor atipice, inclusiv a formelor asimptomatice ale IM, frecvent apar în vârstă înaintată și senilă diferite complicații grave, ca: insuficiența cardiacă acută, șoc cardiogen, aritmii, tulburări tranzitorii ale circulației cerebrale până la ictus ș.a.

Particularitățile tabloului clinic în CI la pacienții cu vârsta înaintată și senilă.

Evidențierea acceselor stenocardice în infarct miocardic reprezintă mari dificultăți determinate de evoluția adesea atipică a acestora:

1. Debutul lent cu stări emoționale slab pronunțate și durată mare. Adesea aceste accesuri de durată mai mare decât la pacienții de vârstă medie și mai frecvente, nefiind legate de emoții, de eforturi fizice, ca o manifestare a insuficienței coronariene pronunțate;
2. În vârstele discutate sunt frecvente formele indolore ale stenocardiei, care în unele cazuri se evidențiază prin senzații de apăsare, dureri slabe, săcăitoare retrosternale; în forma gastralgică poate simula acutizarea (chiar perforația) ulcerului gastric și a duodenului, rareori cu dureri în regiunea hipogastrică. Iată de ce în concretizarea stenocardiei este necesar de stabilit când apar aceste senzații – la emoții, eforturi fizice, după alimentație (cafea, ciocolată ș.a.) de durată mică cu jugularea lor în repaus sau sub acțiunea coronaroliticelelor;
3. În orice localizare a durerilor toracice, partea cervicală și, îndeosebi, în umărul stâng eforturile medicului trebuie să fie îndreptate spre evidențierea dereglărilor coronariene, care în unele cazuri apar sub formă pronunțată de dispnee (în hipoxia miocardului, hemocoagulare, tulburări metabolice);
4. Uneori CI, accesese anginoase trebuie să fie diferențiate de osteocondroză, spondiloartroză vertebrală cu dureri toracice, articulare, îndeosebi, în articulația humerală stângă, spațiile intercostale, în regiunea cartilajelor coastelor în locurile de joncțiune cu sternul;
5. Pentru a argumenta CI e necesar de diferențiat aceste date cu simptomele tipice ale stenocardiei. Manifestările slab pronunțate atipice pot fi jugulate cu analgezice, ce duc în eroare pe pacienți și chiar pe medici, precum că aceste simptome sunt apreciate ca o nevralgie locală.

Frecvența mai înaltă a manifestărilor atipice în cardiopatia ischemică la pacienții cu vârsta înaintată și senilă este, posibil, determinată de degenerarea elementelor nervoase în miocard în prezența insuficienței coronariene. Concomitent se micșorează și sensibilitatea receptorilor, ce efectuează transmiterea informației către SNC. Este demonstrat că senzațiile dureroase în angina pectorală nu apar în ischemia lentă a miocardului, în reacțiile vasomotore slabe și în micșorarea metabolismului miocardic, ce caracterizează inima aterosclerotică la persoanele în vârstă înaintată și senilă.

Astfel, evidențierea anginei pectorale, inclusiv și a infarctului miocardic la pacienții cu vârsta înaintată și senilă, îndeosebi, la astenicii, necesită efectuarea diagnozei diferențiate.

La o categorie de pacienți cu vârsta înaintată și senilă apariția bruscă a zgomotului în urechi, slăbiciunii pronunțate, dezorientării pe fundalul stării anterioare satisfăcătoare, poate fi un semn al infarctului miocardic. Insuficiența circulației cerebrale este cauzată în asemenea cazuri de micșorarea debitului cardiac, tonusului vaselor în prezența aterosclerozei (de grad divers) a vaselor cerebrale.

Și invers: dezvoltarea infarctului miocardic poate surveni ca o complicație a ictusului cerebral cu micșorarea pronunțată a tensiunii arteriale.

Determinarea CI, infarctului miocardic la persoanele cu vârsta înaintată și senilă este mai deficilă, comparativ cu cele de vârstă medie nu numai că au o evoluție frecvnt atipică, cu simptome slab pronunțate și cu apariția unor noi simptome, condiționate de schimbări patologice multiple ale organismului, dar și de particularitățile electrocardiografice.

Chiar și la persoanele sănătoase cu vârsta înaintată și senilă ECG are următoarele particularități: se alungește intervalul P-Q (până la 0,2-0,22 sec), se micșorează unda P în derivațiile standarde și toracice. Cu vârsta se majorează devierea spre stânga a ECG, se micșorează amplituda QRS și, îndeosebi, a undei T, ca devieri fiziologice ale ECG la persoanele cu vârsta înaintată și senilă se constată dințari nepronunțate a undelor și dilatări moderate a complexului QRS; frecvent se întâlnește bloc de ram drept a peducului atrio-ventricular.

Schimbările ECG capătă un caracter mai intensiv în ateroscleroza pronunțată a vaselor coronariene și a miocardului. Totodată, mai intensiv, comparativ cu persoanele sănătoase, de aceeași vârstă: se deviază axa electrică spre stânga, se micșorează voltajul undelor, mai ales T în derivațiile I, AVL și toracice stângi. Apar unde T bifazice în aceleași derivații, cu subdenivelarea segmentului ST în derivațiile toracice stângi. Este mai pronunțată încetinirea conductibilității intraventriculare (dilatarea complexului QRS cu dese dințari a undelor).

În prezența acestor schimbări, argumentarea diagnosticului se efectuează prin compararea datelor ECG ale pacientului cu cele realizate anterior (de rând cu analiza datelor clinice și paraclinice în dinamică).