

onary, able, not infrequently, to put his projections into practice. Culture, the universe of artefacts, is the product of these *memories from the future*. We create a strange relationship, in which we do not know who is made for whom: *man for culture*, the latter developing through man to artificial intelligence, or *culture for man*, because it would in fact be subject only to the interests and especially to the human will.

## Conclusion

Due to his creative power, man is always subjected to great risks, which involve ups and downs; he must realize that all his creations are ambivalent, and can be put into the service of both life and death. From the processing of the stone to the mastery of nuclear energy, it remains the same mystery of creation, which transforms the human being into the only living being who must take responsibility for his actions and pay at great cost that astral moment when he “*defied the miracle of the world*”.

## References

1. Blaga Lucian. *Aspecte antropologice*. București: Editura Facla, 1976, p. 88-89.
2. Füst Maria, Trinks Jürgen. *Manual de filosofie*, București: Editura Humanitas, 1997, p. 225-227.
3. Morin Edgar. *Paradigma pierdută: natura umană*. Trad. de Iulian Popescu. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, 1999, p.85-87.
4. Morris Desmond. *Maimuța goală*. București: Editura Enciclopedică, 1991, p.29-30.

## ASPECTE BIOETICE ÎN TERAPIA ARSURILOR

**Victoria Federiuc**, magistru în bioetică, asist. univ.

**Anatolie Taran**, dr. hab. șt. med., prof. univ.

**Mihaela\_Meri Nicu**, studentă

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

victoria.federiuc@usmf.md

### BIOETHICAL ISSUES IN BURN CARE

*Due to the new biomedical technologies, important therapeutic advances have been made in the care of burn victims. Medical systems are engaged in ongoing debates on the financing of health care and the responsibility of*

*health professionals. New treatments and clinical methodologies should be evaluated in the light of bioethical knowledge and practices. In a society that values respect for the person, ethical medical practice must be centered on the individual patient, and the tasks of the medical specialist must be oriented towards the maximum interest of the victim and the protection of his fundamental rights. Patients have the right to autonomy, and consent to treatment should be obtained, with the exception of special circumstances, following a negotiation dialogue with the patient. Withdrawal or withholding of unnecessary and improper medical treatment may be considered to be in the best interest of the patient. Guidelines for the consent of minors, incompetent persons and for research purposes have been established by professional bodies and are defined by the medical legislation. The resources for the care of burn patients are finite, and the reasoning of these resources is an indisputable reality. Most burn victims recover and regain their place in society, however in the case of serious injuries the recovery may not be complete, the treatments can be long lasting and very expensive, and in vulnerable groups such injuries are still associated with high mortality. Therefore, the treatment and care of burn victims fall under the scope of bioethical expertise, which requires the continuous complex approach of all clinical aspects in a bioethical context.*

În contextul dezbaterilor etice, deseori specialiștii ignoră faptul că practica medicală presupune în afară de eforturi intelectuale și tehnice, și un efort moral. Etica luării deciziilor este unul dintre pilonii de bază ai îngrijirilor medicale în tratamentul arsurilor. Dezvoltarea vertiginoasă a tehnologiilor terapeutice și schimbările în societate ar trebui să îi determine pe medicii de această specialitate să examineze și să aplice principiile eticii medicale contemporane prin prisma cunoștințelor de bioetică [1].

În ultimii ani, impactul progresului științific și îmbunătățirea tehnicilor existente au dus la o creștere extraordinară a șanselor de viață a majorității pacienților cu arsuri, chiar dacă cazurile de arsuri la pacienți sunt încă asociate cu o mortalitate ridicată. Pentru unii pacienți, noile tehnologii chiar dacă au crescut șansele de salvare a vieții, totuși încă depășesc cu mult posibilitățile de reconstrucție și reabilitare a victimei. Premisa că cineva ar trebui să facă tot ce poate nu mai este acceptat ca un principiu valabil universal. Specialistul trebuie să ia de multe ori rolul de "portar" [2], luând decizii împreună cu pacientul, cu privire la momentul în care tratamentele speciale ar trebui puse în aplicare sau întrerupte. O înțelegere a problemelor etice inerente îngrijirii arsurilor îi ajută pe medici și pe pacienți să ia decizii sigure în circumstanțe exigente.

Asistența medicală în ansamblu trece printr-o perioadă de tranziție. Acum trei secole, îngrijirea medicală occidentală era condusă pe baza unei ierarhii bine definite, relația dintre medic și pacient fiind în mare măsură paternalistă. În ultimii ani însă, au apărut noi tendințe, interesul față de medicina alternativă și holism este în creștere. Pacienții doresc din ce în ce mai mult să fie informați și să se implice în deciziile cu privire la tratamentul și îngrijirea acestora, doresc să știe ce este scris în fișele medicale, importanța diferitor medicații și modalitățile de tratament ale diferitor medici. Rolurile și ierarhiile tradiționale au ajuns la o etapă de erodare. O abordare multidisciplinară a îngrijirii pacienților care încorporează mai multe specialități medicale este deja bine acceptată. Astăzi un medic nu numai că trebuie să știe cât de eficient este un tratament, dar și de costul acestuia în cadrul bugetelor controlate sau gestionate. O înțelegere a eticii inerente îngrijirii arsurilor oferă o anumită stabilitate în timpul acestei schimbări potențial turbulente de la o paradigmă la alta. Respectarea valorii etice a diferitor acțiuni poate îmbunătăți integrarea noilor științe medicale, gestionarea costurilor și poate oferi pacientului posibilitatea de a alege.

În furnizarea îngrijirii victimei cu arsuri există câteva aspecte individuale proeminente care necesită judecăți etice potențial dificile. Într-o mare măsură, componentele fiecărei probleme se suprapun. De exemplu, problema dacă este justificată abținerea de la administrarea tratamentului pacienților cu șanse de supraviețuire joase necesită o înțelegere a conceptelor de consimțământ al pacientului și futilitate medicală. În fiecare circumstanță, trebuie să se ia în considerare limitele dreptului medical, valorile profesiei medicale și teoriile etice.

În tratamentul sau îngrijirea arsurilor interacțiunea dintre medic (sau alt îngrijitor) și pacient poate fi caracterizată prin mai multe modele diferite: preumție și conformitate (inginer și mașinăria); paternalism și înțelegere (părinte și copil); negociere și contract (contract între parteneri) [3]. Relația inevitabil poate fi predispusă la dominație de către medic, întrucât acesta posedă cunoștințele și aptitudinile relevante pentru situația pacientului.

Se recunoaște, în general, că modelele de relație între medic și pacient bazate pe conformitate și paternalism trebuie evitate. Paternalismul benevol este acceptat ca fiind justificat numai în circumstanțe definite. De exemplu, în cazul unei deteriorări rapide a stării pacientului, capacitatea de a lua o decizie corectă ar trebui pusă la îndoială. În astfel de situații de excepție, pentru a respecta drepturile pacientului la autodeterminare, acesta trebuie

să se angajeze într-un dialog cu medicul sau cu un alt specialist. Interacțiunea între îngrijitorul pacientului poate trece prin diferite modele în timp. Modelul unui contract între parteneri oferă pacientului un respect adecvat și este cel mai puțin probabil să provoace conflicte.

Personalul din domeniul sănătății are datoria de a explica natura, scopul și riscul unui tratament propus. Neefectuarea consimțământului este o încălcare a obligației profesionale de a acorda asistență pacientului. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacienților din RM, Articolul 5 impune ca pacientului să i se ofere „informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora” [4]. Se declară că principala cauză a nereușitei înfăptuirii acestui acord este eșecul unei comunicări eficiente dintre medic și pacient. Dacă pacientul suferă vreun prejudiciu ca urmare a tratamentului, acesta are dreptul, conform legislației, de a solicita despăgubiri, deși în Republica Moldova încă nu este bine definită legislația cu privire la malpraxis, iar disputele cu privire la greșelile medicale cad sub incidența codului penal sau civil. Modul în care se obține consimțământul dictează echilibrul relației dintre medic (sau alt lucrător medical) și pacient.

Conceptul de consimțământ informat provine dintr-o hotărâre adoptată în 1914 în America de către judecătorul Benjamin Cardozo [5]. Declarația sa a fost că „fiecare ființă umană care a împlinit vârsta majoratului și este în plină competență mentală are dreptul să determine ce se va face cu corpul său, iar un chirurg care efectuează o operație fără acordul pacientului comite o încălcare pentru care este răspunzător”. Pentru a satisface obligația morală și legală a consimțământului informat, trebuie respectate trei principii: (1) principiul competenței, ce presupune că pacientul trebuie să fie capabil să gândească rațional și să ia o decizie proprie; (2) absența coerciției – pacientul are dreptul de a da sau a refuza consimțământul fără influențe externe și (3) furnizarea de informații adecvate – pacientul trebuie să dispună de suficiente informații pentru a accepta cu certitudine tratamentul propus.

Consimțământul este adesea căutat atunci când pacienții sunt anxioși sau expuși unui risc. Acest lucru este deosebit de relevant pentru îngrijirea acută a pacienților cu arsuri. În astfel de circumstanțe, este insuficient doar să se furnizeze pacientului informații abundente. Lucrătorii medicali au datoria de a depune toate eforturile pentru a ajuta pacientul să gândească

rațional, dar cu respectarea drepturilor la autodeterminare. Atunci când este posibil, este recomandabil să se permită un interval rezonabil între obținerea consimțământului și începerea unui tratament, pentru ca pacientul să poată reflecta calm asupra problemelor date.

Legislația medicală definește în mod clar responsabilitatea juridică a specialistului atunci când obține consimțământul. În unele țări, cum ar fi SUA, standardele de informare necesare sunt mult mai mari decât în altele. Textul acordului informat poate cuprinde mai multe pagini. Acest lucru poate satisface un imperativ juridic, dar mulți doctori afirmă că furnizează prea multe informații de valoare incertă și împiedică, de fapt, capacitatea de decizie a pacientului. Când este posibil, consimțământul ar trebui să fie obținut de persoana care a efectuat tratamentul sau capabilă să efectueze procedura.

În cazul adulților, pentru a accepta tratamentul, pacientul trebuie să aibă capacitatea de a lua decizii în nume propriu. Pentru a fi considerat competent, pacientul trebuie să îndeplinească următoarele criterii: (1) trebuie să înțeleagă și să rețină informațiile relevante, (2) trebuie să creadă în această informație și (3) trebuie să fie capabil să delibereze rațional pentru a lua o decizie finală.

Un diagnostic de boală mintală nu este, în sine, un motiv suficient pentru a determina dacă un pacient este considerat incompetent. Adulții incompetenți au dreptul la un tratament medical adecvat definit de un organism responsabil. Un medic poate trata un astfel de pacient fără consimțământ, cu condiția ca tratamentul să fie în interesul personal al pacientului. Pentru minorii cu vârsta sub 16 ani, criteriile de acordare a consimțământului sunt în conformitate cu jurisprudența.

O proporție mică din pacienții cu arsuri grave ar putea fi infectați cu boli potențial transmisibile, cum ar fi hepatita B sau HIV. Mulți dintre acești pacienți sunt asimptomatici, alții prezintă simptome sau ar putea proveni din grupuri sociale cu o incidență crescută a acestor boli. Unii lucrători medicali ar putea crede că tratarea unor astfel de pacienți i-ar putea expune la risc de inoculare și infecție. Mulți chirurghi recunosc că în timpul intervențiilor medicale au suferit prejudicii în urma înțepăturilor cu ace. Poate un pacient care, de exemplu, este cunoscut ca fiind infectat cu hepatita B sau cu HIV, să fie refuzat de a fi tratat pe motiv de risc real sau evident pentru chirurghi sau pentru alți lucrători medicali? În această privință, legislația Republicii Moldova (LEGE Nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia

infecției HIV/SIDA) Art. 25 stipulează ”(1) Orice persoană dispune de acces egal la servicii medicale indiferent de statusul HIV. (2) Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu status HIV pozitiv în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective.” [6]. Codurile etice ale lucrătorilor medicali de asemenea stipulează că nu este etic pentru un medic să refuze un tratament sau o investigație pentru care există facilități adecvate, pe motiv că pacientul a suferit sau poate suferi, de o afecțiune care expune medicul la risc personal.

Un domeniu al unei potențiale controversă este cel al terapiei neesențiale. Unii chirurghi ar putea, de exemplu, să susțină că procedurile secundare de reconstrucție, efectuate după un timp după suferirea arsurilor inițiale, sunt tratamente suplimentare neesențiale. În aceste circumstanțe, apare întrebarea dacă este justificată amânarea tratamentului dacă pacientul nu acceptă un test de screening adecvat? Un astfel de argument ar putea fi valabil și în alte domenii ale chirurgiei, atunci când este vorba de indivizi sănătoși care solicită proceduri cosmetice. În domeniul tratamentului arsurilor, procedurile de reconstrucție secundară sunt componente ale pachetului general de tratament. Prin urmare, din punct de vedere etic, nu se poate refuza tratamentul unui pacient și nici nu se poate insista asupra screening-ului pentru HIV sau hepatită B.

Unii pacienți, prin propriile alegeri deliberate de stil de viață, se supun riscului de îmbolnăvire și totuși sunt încă eligibili pentru tratament. De exemplu, în cazul pacienților care suferă de arsuri repetate în urma actelor de auto-vătămare deliberată sau în chirurgia cardiacă a pacientului pentru by-pass aorto-coronarian care nu dorește să renunțe la fumat. Din punct de vedere etic un medic nu poate să refuze tratamentul unui pacient, pe baza unei judecăți morale pe care activitatea sau stilul de viață al pacientului reprezintă factori declanșatori ai patologiei. Într-o societate democratică se consideră toți indivizii drept valoroși și având o valoare socială egală. Refuzul de a trata pacienții în funcție de stilul lor de viață, chiar și sub restricțiile dictate de resurse limitate, este în conflict cu valorile egalitare ale profesiei medicale și ale societății noastre în ansamblu.

O altă problemă etică se referă la futilitatea medicală. Pentru victimele cu arsuri majore, există o relație relativ bine stabilită între gravitatea leziunii și șansa de supraviețuire. Unii specialiști ar putea identifica, cu o certitudine rezonabilă, grupul de pacienți pentru care intervenția medicală ar fi inutilă

și nu ar putea fi asociată cu vreun precedent de supraviețuire. Acest lucru ridică întrebarea, dacă ar trebui sau nu resuscitați pacienții cu arsuri cu un grad de severitate suficientă pentru a cataloga intervenția drept inutilă? Opiniile cu privire la acest aspect sunt diferite. Zawacki susține că decizia de neinițiere a resuscitării pe motive de futilitate medicală este o abordare paternalistă [3], oricât de binevoitoare sunt motivele sale, pacientul este privat de propriul destin. Exercițiul de consens asupra sănătății, document emis în 1979 de către National Institute of Health din SUA [7] conține faptul că medicii au datoria de a reanima întotdeauna și au autoritatea de a face acest lucru fără a obține consimțământul informat. Promotorii conceptului de autonomie absolută a pacientului justifică resuscitarea, pe motiv că, chiar dacă pacientul nu supraviețuiește, resuscitarea poate restabili pacientului capacitatea de luare a deciziilor. Herndon și alții susțin contrariul [8], adică faptul că medicii au datoria de a nu trata șocul provocat de arsură la acei pacienți condiția cărora nu are precedent stabilit pentru supraviețuire.

Acestea, dar și alte probleme în tratamentul și îngrijirile victimelor arsurilor cad sub incidența expertizei bioetice, ceea ce necesită abordarea complexă continuă a tuturor aspectelor clinice în context bioetic.

### Referințe bibliografice

1. Grant Ian. Ethical issues in burn care. In: *Burns*, 1999, Vol.25, p.307-315.
2. Mouradian W. E. Who Decides? Patients, Parents, or Gatekeepers: Pediatric Decisions in the Craniofacial Setting. In: *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 1995, Vol. 32, No. 6, p.510-514. [https://doi.org/10.1597/1545-1569\\_1995\\_032\\_0510\\_wdppog\\_2.3.co\\_2](https://doi.org/10.1597/1545-1569_1995_032_0510_wdppog_2.3.co_2).
3. Zawacki B.E. Ethically valid decision making. In: *Total Burn Care*, 1996, p.575-582.
4. Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Articolul 5. În: *Legislația Republicii Moldova*, 2005.
5. Cardozo Benjamin. Schloendorff vs. Society of New York Hospital. In: [https://en.wikipedia.org/wiki/Schloendorff\\_v.\\_Society\\_of\\_New\\_York\\_Hospital](https://en.wikipedia.org/wiki/Schloendorff_v._Society_of_New_York_Hospital) (accesat: 20.09.2019).
6. Legea Nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA. Articolul 25. În: *Legislația Republicii Moldova*, 2007.
7. Technical summary: NIH Consensus Development Conference on Supportive Therapy in Burn Care. *J Trauma*, 1979, p.855-857.
8. Herndon D.N., Rutan R.L., Desai M.H., Blakeney P., Waymack J.P. What size burn should be resuscitated? In: *Proc. American Burn Association*, 1993.