

devenirea unei veritabile paradigme a supraviețuirii, apoi prin implementarea eficientă a măsurilor practice.

### **Bibliografie**

1. **Ciureanu Sorina Livia, Ciureanu Ioana Stefania, Ioan Beatrice.** *Bioterorismul: o problema a societății contemporane* // Revista Română de Bioetica. – 2007. – Vol. 5. – Nr.4.
2. **Dicționar de Filosofie și Bioetică** / T.N.Țirdea, P.V.Berlinschi, A.I.Eșanu, D.U.Nistoreanu, V.I.Ojovanu. – Chișinău: Medicina, 2004.
3. **Dulea Gabriel.** *Psihologia terorii și teroarea psihologică în situații de criză.* – București: Editura Universității Naționale de Apărare “Carol I”, 2006.
4. **Encyclopaedia Britannica** // [www.britannica.com/EBchecked/topic/588371/terrorism](http://www.britannica.com/EBchecked/topic/588371/terrorism) (accesat: 15.03.2009).
5. **Grosu Daniela.** *Fenomenul terorismului: Esența și trăsăturile moral-psihologice* // Analele științifice ale USM (Chișinău). - 2002. - Nr.5. - P.81-84.
6. **Pop Ciprian.** *Probleme de securitate în bazinul Mării Caraibilor*// <http://www.e-jurnal.ro/PROBLEME-DE-SECURITATE-IN-BAZINUL.html>, (accesat: 15.03.2009).
7. **Zanc Ioan, Lupu Iustin.** *Ipostaze actuale ale bioterorismului* // Revista Română de Bioetica (Iași). – 2004. - Vol. 2. - Nr. 3.

## **ABORDAREA BIOETICĂ A MALPRACTICII ÎN OFTALMOLOGIE**

**Mihaela Bendelic**

(Conducător științific: dr. în filos., conf univ. Vitalie Ojovanu)  
Catedra Filosofie și Bioetică USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Bioethics approach of Malpraxis in ophthalmology***

In contemporary Medicine and Bioethics an special importance have the approaching of Malpraxis problem. This phenomenon is accentuated more and more in clinic practice, involving bioethics, social and medical consequences. In ophthalmology bioethics of Malpraxis obtain the distinct signification.

### **Rezumat**

În medicina și bioetica contemporană o importanță deosebită are abordarea problemei malpraxisului. Acest fenomen se accentuează tot mai vizibil în practica clinică, implicând consecințe bioetice, sociale și medicale. În oftalmologie aspectul bioetic a malpraxisului capătă semnificații distincte.

Medicina contemporană este stăpânită de o concepție pragmatică, fiindcă în acest domeniu al activității umane, se abordează încontinuu probleme privitor la viața omului: neputința, boala, îmbătrânirea și moartea etc. Dacă o știință exactă poate mulțumi inteligența prin jocul ei de ipoteze, medicina ca știință, dar și ca artă, este definită prin rezultate. Astfel, cu ce consolezi un bolnav de cancer dacă îi expui toate ipotezele de lucru emise în oncologie, când el se topește încet, sub privirile medicului curant? Medicina, spre deosebire de biochimie, nu operează cu compuși organici și catalizatori care, în condiții identice, se comportă identic. Medicina operează cu pacienți, iar pacienții au și ei specificul corespunzător, manifestat prin comportament pozitiv sau vicii. Ca artă, medicina comportă: un corp de cunoaștere teoretică, o serie de proceduri practice (interogarea pacientului, examenul clinic, paraclinic, etc.), un scop (redresarea sănătății sau însănătoșirea definitivă), posibilitatea de a argumenta propriile proceduri, o doză de șansă, posibilitatea de eroare. În plus, pentru ca e nevoie ca toate lucrurile acestea atât de diferite să fie unite de ceva, arta medicală comportă un mod specific de raționare.

Adică, în realitate, o serie de moduri specifice de raționare, din care se separă o mulțime de stiluri personale. Căci medicii, cel puțin cei buni, la fel ca și scriitorii, au un stil propriu [vezi:5].

Abordarea bioetică a malpraxisului în medicină și, implicit, într-un domeniu concret al ei – oftalmologia, este doar la început de cale, fapt ce ne-a impulsionat să ne concentrăm la acest subiect extrem de actual, cu rezonanță socială tot mai accentuată. Faza incipientă a oricărui act medical, scontat să finalizeze cu o vindecare, este consimțământul. Acesta devine, în ultimul timp, o parte componentă a acordului informat, ce se manifestă drept modalitate a antipaternalismului, fapt expus de cercetătorii contemporani [vezi: 2; 6; 7; 8]. Un rol esențial în procesul curativ și diverselor repercusiuni ale acestuia revine consimțământului, deaceia ne vom opri la această etapă importantă a procesului terapeutic.

*Obținerea consimțământului* la actul medical este un act specific, care ocupă o poziție centrală în comunicarea și relația medic-pacient, de altfel prezentată ca normă deontologică fundamentală în principalele coduri medicale: Jurământul Hippocrate, Declarația de la Geneva sau Codul Internațional al Eticii Medicale. În actul medical, se pornește de la consimțământul implicit, care stă la baza relației curente de consult medical exprimat de prezența implicită a pacientului și se ajunge la consimțământul exprimat, etapa obligatorie, prin care pacientul își acordă permisiunea specifică de a fi tratat. Consimțământul se aplică nu numai față de intervențiile anestezice, chirurgicale, dar și față de tratamentele medicale agresive, neinformarea pacientului unor tratamente alternative, constituie malpractica medicala.

Consimțământul exprimat trebuie solicitat și obținut de fiecare dată când se pune problema unei noi proceduri medicale/chirurgicale diagnostice/curative și nu este valabilă exprimarea lui doar o singura dată (de ex., la începutul internării pentru tot ce va decurge în acea internare). Exprimarea în scris a consimțământului liber exprimat este obligatorie în prezența martorilor, înainte de orice act medical, și obligatoriu înainte de orice intervenție chirurgicală/anestezică/intravenoasă complexă/intraarterială, etc. Subliniem că nu am formulat "înainte de orice act medical cu risc", întrucât în medicină toate acțiunile, inclusiv cele terapeutice au risc [vezi: 3, p.1].

Pentru a rezolva încă de la început toate situațiile, care pot surveni în timpul unei intervenții chirurgicale, a fost introdusă necesitatea de a se obține consimțământul pe deplin informat; nici un consimțământ nu este valabil, decât numai după ce pacientului i se aduc explicații pe înțelesul său privind intervenția la care va fi supus și este făcut să înțeleagă motivul pentru care i se cere să-și exprime permisiunea scrisă. Consimțământul informat a fost statuat legal în SUA începând cu 1905, Curtea Supremă de Justiție Minesota (Mohr v. Williams). Structural, un consimțământ informat presupune: elemente de ordin informațional (prezentarea și înțelegerea informațiilor) și elemente proprii: voluntariatul și competența psihică (capacitate de exercițiu. [vezi: 3, p.2].

În *oftalmologie*, ca și în medicină în general, e necesară obținerea consimțământului pentru toate manipulările preconizate – atât cele diagnostice, cât, în special, cele curative, în deosebi, actele chirurgicale, totodată în unele cazuri fiind unele circumstanțe deosebite. Astfel, în cazul pacienților cu dereglări importante ale vederii, pentru obținerea consimțământului, e necesară prezența rudelor apropiate, care vor putea da citirii împreună cu medicul materialele sau inscripțiile necesare pentru a informa pe deplin bolnavul despre starea lui și despre manoperele diagnostico-curative preconizate, beneficiul estimat în urma acestor acțiuni specializate și riscurile eventuale. Acest procedeu devine extrem de important atunci când pacientul se va supune unui tratament deosebit de vast, sau radical, cum ar fi enucleerea globului ocular sau exanterarea orbitei pe motivul unor neformațiuni. Argumentarea necesității unui astfel de tratament devine extrem de dificilă în cazul când este indicată înlăturarea unui ochi încă văzător.

În astfel de condiții, responsabilitatea, mai întâi de toate, a medicului-oftalmolog, dar și a pacientului și a rudelor apropiate a acestuia, este majoră deoarece o eroare de diagnostic sau o târăgănare, ezitare neîntemeiată de tratament pot deveni fatale. Totodată, un diagnostic incorect, cauzat de o hiperevaluare a datelor examenului specializat sau investigare incompletă, pot

condiționa înlăturarea unui ochi funcțional, astfel cauzând un handicap extrem de major de origine deontologică.

Exista câteva situații de o importanță particulară în obținerea consimțământului informat:

1. Pacientul inconștient sau fără capacitate de exercițiu (incompetent psihic). În acest caz, se transferă responsabilitatea deciziei asupra familiei, dacă timpul nu mai permite nici aceasta sau dacă aceste rude nu există sau sunt inaccesibile, medicul va acționa în procedura de urgență, și anume: aplică un tratament dictat de necesitatea salvării vieții.

2. Prezentarea realității diagnosticului și a opțiunilor de urmat poate fi psihic atât de nocivă pacientului, încât să îi producă acestuia un rău mai mare decât intervenția însăși și care să pună în pericol succesul intervenției sau viața acestuia. Pentru a-și proteja pacientul și a acționa numai în interesul său, medicul are dreptul de a-i ascunde acestuia realitatea, dar rămâne obligat să prezinte explicațiile sale rudelor, de la care apoi va căuta să obțină consimțământul înainte de intervenția respectivă.

3. Urgențele medicale. Consimțământul pe deplin informat poate fi neglijat în aceste cazuri. Totuși, este recomandabilă obținerea consimțământului exprimat (verbal/scrise). Urgența medicală reprezintă o bruscă și neașteptată vătămare, boală sau complicație, care necesită asistența medicală imediată, pentru a salva viața și/sau a preveni infirmitatea, durerea și suferința. Asumarea deciziilor medicale în locul pacientului (paternalism) trebuie să se bazeze pe similitudinea opțiunii "ca și când am acționa pentru noi înșine" [vezi: 3, p.6]. În oftalmologie stările urgente se răsfâng mai întâi de toate asupra funcțiilor vizuale. Traumatismele severe oculare, în particular, prezintă una din cauzele principale de cecitate monoculară sau chiar binoculară, la persoanele tinere, apte de muncă, în special, bărbați. Astfel de stări oculare, spre deosebire de cele generale, de cele mai multe ori permit obținerea consimțământului pe deplin informat.

4. Consimțământul minorilor, consimțământul se obține de la părinți, cu excepția situațiilor de urgență, în care - dacă contactarea familiei (obligatorie) a eșuat - se recurge la tratament în scopul salvării vieții. În Anglia, minorii pot decide prin autodeterminare în fața actului medical începând de la 16 ani. În cazul refuzului părinților de a consimți, medicul împreună cu alt medic poate solicita consimțământul instituției în care lucrează, pentru a acționa în interesul medical al copilului.

5. Alte categorii vulnerabile: bolnavii psihici, la care consimțământul se va obține de la familie și, obligatoriu, de la conducerea instituției respective, bolnavii suspecți de infecția cu HIV.

6. Bolnavii considerați incurabili generează probleme deosebite din problematica consimțământului la tratament medical. Aceștia necesită pe o perioadă neprecizată, poate pentru tot restul vieții lor, tratamente medicale speciale. [vezi: 3, p.6]

*Subiecte bioetice.* Pacientul nu poate fi privat de dreptul la un tratament superior, trebuie explicat dacă acesta există și în ce anume constă, prin ce este superior, iar pacientul trebuie ajutat (recomandat) pentru a merge la acesta.

• O problemă bioetică în oftalmologie (și nu numai) ține de informarea pacientului despre avantajele și dezavantajele intervenției date. În acest context, medicul are grijă să acționeze numai spre binele pacientului său și nu va încerca să "scape" de o intervenție dificilă prin prezentarea tuturor riscurilor operatorii, care - sperând pacientul - îl vor determina să refuze intervenția, care ar fi constituit unică soluție pentru situația sa. Astfel, e relativ simplu de a prezenta avantajele tratamentului chirurgical în caz de cataractă totală, când vederea ochiului respectiv practic lipsește, fiind doar la nivelul fotosensibilității, iar rezultatul așteptat de cele mai multe ori asigură o restabilire marcantă sau chiar completă a vederii. În același timp, devine mult mai dificil de a explica avantajele unui tratament chirurgical, de regulă, tratament neîntârziat, în cazul unui glaucom, când scopul intervenției e normalizarea presiunii intraoculare ca condiție de păstrare a vederii existente fără șansă de ameliorare sau restabilire a funcțiilor vizuale pierdute, tot odată existând risc real de complicații intra- sau postoperatorii, ce ar putea provoca înrăutățirea sau chiar pierderea vederii.

- Problema încă nerezolvată la moment de instanțe și comisiile de bioetică se referă la „cât” trebuie să i se spună pacientului. Unii susțin expunerea „totală”, în vederea obținerii consimțământului informat. Deci, vor fi prezentate riscurile importante imediate, sau tardive, care îi pot afecta integritatea fizică sau psihică cu caracter permanent sau definitiv (prevederi ale art. 182 CP alin.2: pierdere de organ, infirmitate, încetarea funcționării unui organ). Se consideră că nu este necesar să se prezente riscul de infecție. La fel nu este necesar și nici benefic să se prezente rezultate statistice în procedura respectivă. Pe de altă parte, medicul nu poate să știe și să cântărească ce anume consideră mai important pacientul în luarea deciziei sale. Sunt studii care arată că peste 60% dintre pacienți nu doresc să cunoască aproape nimic despre proceduri și riscurile acestora, în schimb doresc să se facă bine, și doar 12% din bolnavi folosesc informațiile primite de la medic pentru a-și formula decizia [vezi: 3, p.5].

- Expunerea va fi efectuată în termeni netehnici (nemedicali), calm cu multă răbdare, astfel încât pacientul să nu simtă rușine în raport cu limbajul profesional. Un medic trebuie să fie în stare să expună opțiuni medicale, chiar față de persoane vorbitoare ale unei limbi necunoscute.

- Transplantul de organe, în particular transplantul de cornee. Acesta ridică probleme bioetice importante și cere precizări clare în domeniul consimțământului obținut din timpul vieții donatorului sau de la rude, după moartea acestuia. Din alt punct de vedere, acest aspect bioetic, dar și legislativ, are o importanță cardinală în dezvoltarea unei direcții întregi și fundamentale a oftalmochirurgiei, iar pacienții cu diverse afecțiuni corneene severe sunt privați de alternativa unui tratament eficient în cazul absenței unei certitudini în abordarea problemei respective. Nu este consemnat faptul că, în ceea ce privește cedarea după moarte de țesuturi/organe, poziția membrilor familiei (apartinătorii) nu prevalează niciodată asupra deciziilor persoanei în cauză, dacă aceasta are capacitatea psihică intactă și adoptă o poziție diferită sau clar exprimată încă din timpul vieții (testamente etc.). Nu se specifică că este interzisă prelevarea organelor/țesuturilor de la victima unei agresiuni, omor sau sinucidere, până când ancheta nu a lămurit condițiile și împrejurările în care au survenit acestea (aceasta precizare este obligatorie pentru protecția donatorului, în vederea evitării unor situații periculoase, în care prin agresiune, omor, sinucidere se încearcă disponibilizarea unor organe prin trafic de organe în vederea transplantului). (Legea actuală privind transplantul de țesuturi și organe).

În aprecierea *malpracticii medicale*, este cea de eroare profesională generatoare de pagube. Erorile de diagnostic sunt subiective și obiective. La baza erorilor subiective stă responsabilitatea. Ele se pot datora necunoașterii trecutului medical al pacientului, examinării greșite, interpretării eronate a simptomelor, neefectuării unor teste, netrimiterii pacientului pentru un consult de specialitate sau neschimbării diagnosticului în cazul unui tratament care nu dă rezultate [vezi: 3, p.4]. Acestea se deosebesc de erorile obiective legate de boală, de reactivitatea bolnavului, de complexitatea bolii, de informațiile false date de bolnav.

Un exemplu amplu de eroare subiectivă de diagnostic ar putea fi un examen oftalmologic superficial, insuficient, la un pacient în etate cu o cataractă în evoluție, de regulă caracteristică acestei categorii de vârstă, fiind tot odată neglijat riscul prezenței unui eventual glaucom. În rezultatul omiterii din atenție a acestei afecțiuni procesul glaucomatos, ce evaluează practic asimptomatic, va progresa fără piedici, provocând cecitate ireversibilă – un handicap grav și deja incurabil. Tot odată, o tonometrie oculară corectă, efectuată la timp, sau poate suplimentar, ar putea oferi acestui pacient șanse curative și, respectiv, cu totul altă perspectivă de viață.

Diferențierea erorii obiective de cea subiectivă impune analiza condițiilor de lucru concrete pe care medicul le-a avut la îndemână. Se investighează dacă medicul a făcut, apelând la conștiințiozitate și rigurozitate în aplicarea cunoștințelor sale profesionale, tot ce era posibil în acele condiții, pentru a pune cel mai exact diagnostic și a alege cea mai bună metoda de tratament în interesul bolnavului. Dacă el a respectat cerințele unei atitudini profesionale ireproșabile, neconcordanța diagnosticului cu realitatea va fi o eroare obiectivă, deoarece orice medic ar fi ajuns la aceleași concluzii în aceleași condiții.

Referindu-ne la oftalmologie, un examen calitativ al organului visual poate fi realizat doar în cazul când medicul-oftalmolog dispune și utilizează echipament specializat (biomicroscop, oftalmoscop, tonometru, perimetru etc). Este clar, că dacă aceste condiții de activitate profesionistă nu sunt create, probabilitatea unor erori obiective de diagnostic a afecțiunilor oculare va spori.

Relația dintre medic și pacient este una contractuală. Obligația medicului de a-l vindeca pe pacient este o obligație de mijloace, obligație care constă în îndatorirea medicului de a depune toata străduința pentru atingerea unui anumit rezultat, fără a se obliga însuși rezultatul. Acest tip de raport contractual îl protejează pe medic, în cazurile în care s-au efectuat intervenții chirurgicale sau tratamente, corecte din punct de vedere profesional, dar vindecarea sau ameliorarea stării pacientului nu s-a produs, de eventualele despăgubiri materiale solicitate de pacient.

Asigurarea de malpraxis, a fost creată din necesitatea medicului (în cazul nostru) de a se proteja de eventualele despăgubiri datorate pacienților în urma unor erori profesionale și este reprezentată de un contract între medic pe de o parte și casa de asigurări de cealaltă parte, în care sunt specificate erorile profesionale pentru care medicul vrea să fie asigurat precum și planurile tarifare care îi convin. Încheierea poliței de asigurare presupune cunoașterea anumitor detalii de natura juridică și economică [vezi: 5].

Sunt cunoscute în acest domeniu culpa de tehnica medicală și culpa de omisiune. Culpa de tehnica medicală sau culpa profesională medicală se împarte în: 1) culpa profesională prin nepregătire (incompetență); 2) culpa profesională prin neprevădere; 3) culpa profesională prin neglijență. Neglijența sau neatenția în practica medicală ia forma grabei și a superficialității, îndeplinirii neconștientoase a obligațiilor.

*Culpa profesională prin ușurință (nepăsare).* Frecvent, ușurința profesională include: neexaminarea clinică și competență a bolnavului, ignorarea riscurilor la care este expus pacientul.

*Culpa de omisiune.* Medicul este deopotrivă responsabil, atunci când acționează cât și când nu acționează; cu alte cuvinte el răspunde de tot ceea ce face și de tot ce refuză să facă. Culpa de omisiune se prezintă sub următoarele forme: refuzul de a răspunde la solicitarea pacientului; refuzul intervenției (neasumarea de riscuri); refuzul trimerii pacientului la un eșantion superior (privarea de șansa); neacordarea dreptului pacientului la a doua opinie în aceeași cauză medicală; refuzul de a continua tratamentul unui pacient.

După o expresie plastică, medicul e ca un chimist care amestecă substanțe cunoscute cu altele necunoscute și se roagă, să nu-i explodeze eprubeta. Desigur, asta-i o imagine exagerată, însă de cele mai multe ori, medicul banuiește ce face, dar n-o să știe efectul niciodată cu certitudine. Necătând la eforturile depuse în studii privitor la aspectele bioetice ale actului medical, problema malpraxisului rămâne la faza de debut. Prin abordarea unor subiecte din domeniul oftalmologiei putem întregi tabloul manifestării malpraxisului.

## Bibliografie

1. **Cernea P.** *Tratat de oftalmologie.* – București, 2002. - 1165 p.
2. **Dicționar de Filosofie și Bioetică** / T.N.Țârdea, P.V.Berlinschi, A.Eșanu, D.U.Nistoreanu, V.I.Ojovanu – Chișinău: *Medicina*, 2004. - 442 p.
3. **Dermengiu D., Curca C.** *Aspecte generale ale practicii medicale și jurisprudenței în obținerea consimțământului la tratament* //emcb.ro/article.php?story = 0021117102058000 & mode = print. (accesat la 9.03.2009).
4. **Dumea Claudiu.** *Omul între "a fi" și "a nu fi". Probleme fundamentale de bioetică* // [www.ProFamilia.ro = fecundarea+artificiala.html](http://www.ProFamilia.ro = fecundarea+artificiala.html) (accesat la 15.03.2008).
5. **Malpraxis...** // [www.gavagai.ro/blog/2008/03/25/malpraxis/](http://www.gavagai.ro/blog/2008/03/25/malpraxis/) (accesat la 9.03.2009).
6. **Țârdea T.N.** *Elemente de bioetică.* – Chișinău: Univers Pedagogic, 2005. - 179 p.
7. **Țârdea T.N.** *Bioetica: origini, dileme, tendințe.* – Chișinău, 2005. - 216 p.

8. Țirdea T.N., Gramma R. *Bioetica medicală în Sănătate Publică*. – Chișinău: Casa editorial-poligrafică *Bons Offices*, 2007. - 247 p.

## RETENȚIA PSIHICĂ ȘI TULBURĂRILE COGNITIVE ÎN ANEMIA FIERODEFICITARĂ LA COPII

Valentin Țurea, Adrian Rotari, Marian Vicol  
Catedra de Pediatrie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The mental retardation and cognitive disorders in Iron-deficiency Anemia in children*

Iron-deficiency anemia is a very often met pathology in children. Different organs and systems including CNS are affected. Disorders of memory, perception, attention and mood are the symptoms of CNS damage in Iron-deficiency anemia. All this disorders reduce the learning capacity of the suffering children.

### Rezumat

Anemia fierodeficitară este o patologie frecventă a copilului în cadrul căreia sunt afectate diferite sisteme și organe, inclusiv și SNC. Suferința se traduce prin dereglări de atenție, percepție, memorie, tulburări de dispoziție, toate acestea inducând disabilități de învățare.

### Actualitatea temei

Anemia fierodeficitară (AF) este o stare patologică cauzată de reducerea conținutului de fier în organism cu micșorarea sintezei de hemoglobină și dezvoltarea modificărilor trofice tisulare respective (atrofia mucoaselor etc.), determinate de deficitul de fier în enzime (citocromul C, citocromoxidază, catalazele) responsabile de metabolismul celular. Are o evoluție clinică lentă manifestată prin simptome anemice și sideropenice (deficit de fier tisular).

Sistemele afectate: hematopoietic, gastrointestinal, țesutul epitelial din diferite organe, SNC.

Prevalența: AF este una din cele mai răspândite patologii umane, prezentă în toate regiunile geografice, dar cu morbiditate mai semnificativă în țările cu subdezvoltare social-economică. AF este anemia cu cea mai înaltă incidență, constituind în structura generală a anemiilor circa 85%.[3] Deficitul de fier se depistează la fiecare a patra persoană a planetei.

Predominanța de vârstă: AF se dezvoltă în toate grupele de vârstă, dar mai frecvent afectează copiii în vârstă de la 6 luni până la 3 ani.[3] Datele statistice determină anemizarea a 50% copii de vârstă până la 1 an.

### Scopul lucrării

Aprecierea dereglărilor comportamentale și retenției psiho-verbale la copii cu anemie fieriprivă, încercând relaționarea acestor deficiențe cu unele caractere evolutive ale bolii.

### Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 30 copii suferinzi de anemie fierodeficitară de diferit grad care s-au aflat la tratament în secția Hematologie a ICȘOSM și C. Vârsta copiilor varia în limitele 1-15 ani.

### Rezultate și discuții

Manifestările clinice se includ în două sindroame: anemic și sideropenic.