

ASPECTE ETICE ALE SFÂRȘITULUI VIEȚII. EUTANASIA ȘI SUICIDUL ASISTAT. ÎNGRIJIRI PALIATIVE

UMF CRAIOVA
2020-2021

EUTANASIA - DEFINIȚIE

Eutanasia provine din greaca veche „eu”, - „bine” (bun, armonios), și „thanatos” - „moarte”.

Eutanasia = moarte bună, liniștită, fericită (F. Bacon)

Cuvântul desemnează inducerea voluntară a morții unei persoane care suferă de o boală incurabilă, cu intenția de a preveni suferința.

= Ansamblu de acțiuni sau inacțiuni medicale, având suport etico-juridic și fiind în interesul bolnavului (scurtarea suferințelor la bolnavii care nu beneficiază de tratament etiologic, ci dimpotrivă prognosticul este sfârșitul apropiat și inevitabil)

Noul Codul Penal – art. 190

Uciderea la cererea victimei

Uciderea săvârșită la cererea explicită, serioasă, conștientă și repetată a victimei care suferea de o boală incurabilă sau de o infirmitate gravă atestată medical, cauzatoare de suferințe permanente și greu de suportat, se pedepsește cu închisoarea de la unu la 5 ani. (în CP anterior 3-7 ani)

I. CRITERIUL VOINȚEI PACIENTULUI

Eutanasie

➤ Voluntară

➤ non-voluntară

➤ involuntară

II. DUPĂ MODALITATEA DE ACȚIUNE A MEDICULUI

- Eutanasiе activă (mercy killing – omorul din milă) prin acțiune
- Eutanasiе pasivă (letting die, mercy dying – lășarea să moară)

Nu sunt cazuri de eutanاسie

- Moartea provocată neintenționat
- Neinstituirea tratamentului inutil - fără beneficii pentru pacient
- Întreruperea tratamentului inutil, împovărător pentru pacient sau nedorit de acesta
- Administrarea de doze mari de analgezice, atunci când acestea sunt absolut necesare (morfină - deprimare respiratorie)

Codul deontologic al Colegiului Medicilor, ART. 22 - Fapte și acte nedeontologice

“Sunt contrare principiilor fundamentale ale exercitării profesiei de medic, în special, următoarele acte:

a) practicarea eutanasiei și eugeniei”

EUTANASIA ECONOMICĂ ȘI EUTANASIA EUGENICĂ

Eutanasia economică = refuz de tratament al celor în vârstă din rațiuni economice (toți bătrânii >70 ani, sau numai cei inutili social). Rațiunea – supraviețuirea bătrânilor bolnavi presupune cheltuieli enorme – aprox. 60% din costul asistenței medicale.

Eutanasia eugenică = eliminarea prin eutanasiere a celor cu handicap genetic sau a celor cu diverse tare patologice.

Jurământul lui Hipocrate?

Nici legea și nici etica medicală nu cer ca să se facă totul pentru a menține în viață o persoană, împotriva dorinței sale sau atunci când tratamentul devine împovărător pentru pacient

Soluția - îngrijirile paliative- confortul pacientului și al familiei

EUTANASIA este interzisă prin lege în România fiind considerată omor cu circumstanțe atenuante.

- este interzisă ca normă morală imperativă în codurile de norme morale profesionale (ex. codul deontologic al medicilor) după cum și în morala religioasă.

INGRIJIRI TERMINALE (îngrijiri paliative)

LEGEA drepturilor pacientului nr. 46 din 21 ianuarie 2003: prin îngrijiri terminale se înțeleg îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

ÎNGRIJIRILE PALIATIVE (IP)

- sunt îngrijiri medicale care dincolo de tratamentul curativ (ce continua în paralele sau se oprește) sunt adresate problemelor fizice, psihologice și spirituale pe care le trăiesc pacienții cu boli letale alături de familiile lor în scopul îmbunătățirii calității vieții (preluat după OMS, 2002).

Probleme ale bolnavului: durere, suferința fizică, nesiguranța, singurătate, marginalizare, lipsa de speranță, etc.

- reprezintă îmbunătățirea calității vieții pacienților și a familiilor acestora în fața problemelor de sănătate pe care le asociază bolile letale prin prevenția și ușurarea suferinței prin identificarea precoce, evaluarea și tratamentul durerii precum și a altor probleme fizice, psihologice și spirituale (OMS).

Caz 1

O femeie în vârstă de 63 de ani, cunoscută ca hipertensivă, a fost internată în ATI, dat fiind faptul că și-a pierdut cunoștința la domiciliu, după ce în prealabil s-a plâns de o puternică durere de cap și a prezentat un episod de vărsătură. Valoarea stabilită a scorului Glasgow (GSC) a fost 3 și a fost necesară instituirea ventilației mecanice. CT a confirmat diagnosticul de hemoragie subarahnoidiană acută.

În urma consultului neurochirurgical s-a recomandat continuarea ventilației pentru 48 de ore și reevaluarea ulterioară a stării sale neurologice.

În a 5-a zi de internare a deschis ochii în mod spontan și s-a efectuat o angiografie cerebrală. A fost decelat un anevrism de arteră comunicantă anterioară și a fost programată pe următoarea listă de intervenții chirurgicale, 4 zile mai târziu.

Caz 1

Cu o zi înainte de operație pacienta a prezentat temperatură crescută și a devenit mai somnolentă. S-a suspectat o sângerare și intervenția chirurgicală a fost amânată. S-au practicat o traheostomie și o gastrostomie.

În a 13-a zi de la internare s-a procedat la cliparea anevrismului, intervenția decurgând fără probleme. Rudele au fost informate de către chirurg despre eventualitatea unei recuperări neurologice îndelungate și despre posibilitatea unui deficit neurologic ireversibil.

În evoluția postoperatorie au apărut complicații: un diabet insipid tranzitoriu, o infecție la nivelul orificiului de gastrostomie, pneumonie și hidrocefalie evidențiată cu ocazia tomografiei computerizate de control. S-a instalat oligurie și au apărut hipoproteinemie cu edeme generalizate, anemie (cu necesitate de transfuzie) și febră persistentă. Ex. bacteriologic al aspiratului traheal a decelat prezența de *Pseudomonas*, iar urocultura a evidențiat bacterii coliforme rezistente la toate antibioticele testate

Caz 1

În ziua a 65-a de la internare nu se constată nici o ameliorare a stării neurologice, scorul Glasgow fiind 6 (deschiderea ochilor = 4; răspuns verbal = 1; răspuns motor = 1).

Nu poate fi scoasă de pe suportul ventilator, febra persistă și s-a constatat o oarecare îmbunătățire a funcției renale. Soțul ei, care o vizitează în mod regulat, consideră că soția sa nu ar mai fi dorit să fie tratată în continuare în aceste circumstanțe și solicită oprirea măsurilor de susținere a vieții.

Caz 1

Ar trebui continuat tratamentul?

Nu, deoarece soțul, în calitate sa de supleant al soției, a autorizat întreruperea măsurilor de susținere a vieții.

Da, deoarece pacienta nu și-a exprimat niciodată părerea în legătură cu încetarea măsurilor de susținere a vieții într-o astfel de situație

Caz 2

Un bărbat în vârstă de 34 de ani este internat în secția ta, aflându-se în faza finală a unei tumori testiculare cu numeroase metastaze. Se preconizează acordarea de îngrijiri paliative. În lunile anterioare a urmat numeroase tratamente care au eșuat (castrare, rezecție ganglionară, chimioterapie). La internare starea sa clinică este precară. Prezintă o deteriorare severă datorită metastazelor generalizate.

Soția sa (care a beneficiat de o procedură de inseminare artificială înainte de începerea chimioterapiei) și părinții lui sunt alături de el, îngrijindu-l.

Caz 2

După tratament somatic și suport psihologic, medicul începe tratament standardizat cu morfină în doză mare, care pare inefficient în a stopa durerile pacientului; totuși, acest tratament pare să determine un grad de alterare a stării de conștiință.

Asistenta medicală informează medicul despre dorința exprimată de către pacient și de către familia sa de a pune capăt suferințelor prin creșterea dozei de morfină. Acesta deja administrează o doză apropiată de cea letală. Se întoarce pe secție pentru a-l vizita pe pacient și a se întâlni cu rudele sale.

Caz 2

Ce face medicul?

Explică faptul că nu poate crește doza de morfină, deoarece asta l-ar ucide pe pacient.

Arată că va crește progresiv doza de morfină cu scopul de a cupa durerile pacientului, chiar dacă aceasta i-ar putea determina moartea.

Arată că va aștepta până când pacientul își recapătă cunoștința, îi va cere consimțământul pentru creșterea dozei de morfină și abia apoi îi va administra o cantitate letală.

Explică faptul că poate reduce cu puțin doza pentru a ameliora starea de conștiență și capacitatea pacientului de a înțelege, după care îi va solicita consimțământul informat în legătură cu creșterea dozei de morfină până la dublul efect.

Caz 3

Vincent Lambert, de 38 de ani, căsătorit, care în urma unui accident de motocicletă a fost diagnosticat cu tetraplegie.

Deși Vincent este handicapat grav, având leziuni cerebrale (care în medicină nu sunt niciodată considerate definitive), el nu este la sfârșitul vieții. El este în viață, chiar dacă se află într-o stare de conștiență minimală. Poate respira singur, nu e ținut în viață de niciun dispozitiv medical, nu suferă și nu are nevoie de un tratament special. Alimentația lui nu se face artificial, ci pe cale enterală (printr-o sondă alimentară, în anumite momente ale zilei). Totuși, în urma unei „proceduri colegiale” prevăzute de legea *Leonetti* – referitoare la drepturile pacienților și sfârșitul vieții - medicul lui Vincent a decis, la 11 ianuarie 2014, să-i întrerupă nutriția și hidratarea începând cu 13 ianuarie 2014.

Caz 3

Aceasta decizie a fost contestată de părinții lui Vincent, precum și de un frate și o soră ai acestuia. Soția lui Vincent împreună cu alți frați ai săi s-au opus contestației.

Pe perioada judecării contestației, decizia medicului a fost suspendată. Consiliul de Stat, bazându-se în special pe un raport de expertiză al unuia dintre medicii consultați, a stabilit printr-o hotărâre definitivă că decizia din 11 ianuarie 2014, prin care urma să fie întreruptă nutriția și hidratarea lui Vincent – provocându-i-se astfel moartea – este legală.

Consiliul de Stat a considerat că nutriția și hidratarea lui Vincent prin utilizarea sondei alimentare reprezintă o înverșunare terapeutică nerezonabilă.

Caz 3

În numele lui Vincent, părinții, un frate și o soră a acestuia au denunțat hotărârea prin care alimentația și hidratarea acestuia urmau să fie oprite, considerându-le contrare dreptului său la viață (articolul 2 din Convenție), interdicției tratamentelor inumane și degradante (articolul 3 din Convenție) și dreptului său la integritate fizică (articolul 8 din Convenție). Ei au invocat și o violare a articolului 3 din Convenție pentru faptul că, începând din octombrie 2012, Vincent Lambert a fost privat de kinetoterapie și de reeducarea deglutiției. Ca și în procesul care a avut loc în fața tribunalelor franceze, soția lui Vincent, precum și o parte dintre ceilalți frați ai lui, s-au opus introducerii acestei cereri la CEDO, susținând că Vincent s-ar fi exprimat în sensul de a nu dori să trăiască în condițiile în care se găsește el în prezent.

Caz 3

Analizând legea *Leonetti*, referitoare la drepturile bolnavilor și sfârșitul vieții, și la aplicarea ei în cazul lui Vincent Lambert, CEDO rămâne la aprecieri extrem de generale, nerăspunzând problemelor pe care această lege le-a pus în cazul de față și pe care reclamanții le-au ridicat.

Printre acestea: aplicarea unei legi care, prin specificul ei, nu se referă la persoanele cu handicap/dizabilități; absența unei definiții care să permită distincția între tratamentele care pot fi oprite (fiind nerezonabile) și îngrijirile care nu pot fi oprite (fiind întotdeauna cuvenite unei persoane); imposibilitatea indicării îngrijirilor care au drept unic efect menținerea artificială în viață a unei persoane.

În perspectivă imediată, lui Vincent nu i se poate opri hidratarea și nutriția, dat fiind că medicul său și-a dat demisia la puțin timp după introducerea cererii la CEDO; decizia lui nu poate fi pusă în aplicare de către un alt medic. Însă, acest risc există, din moment ce Curtea a validat legea *Leonetti* și aplicarea ei, astfel că, în principiu, orice nouă decizie de oprire a hidratării și nutriției lui Vincent va putea fi cu greu anulată.