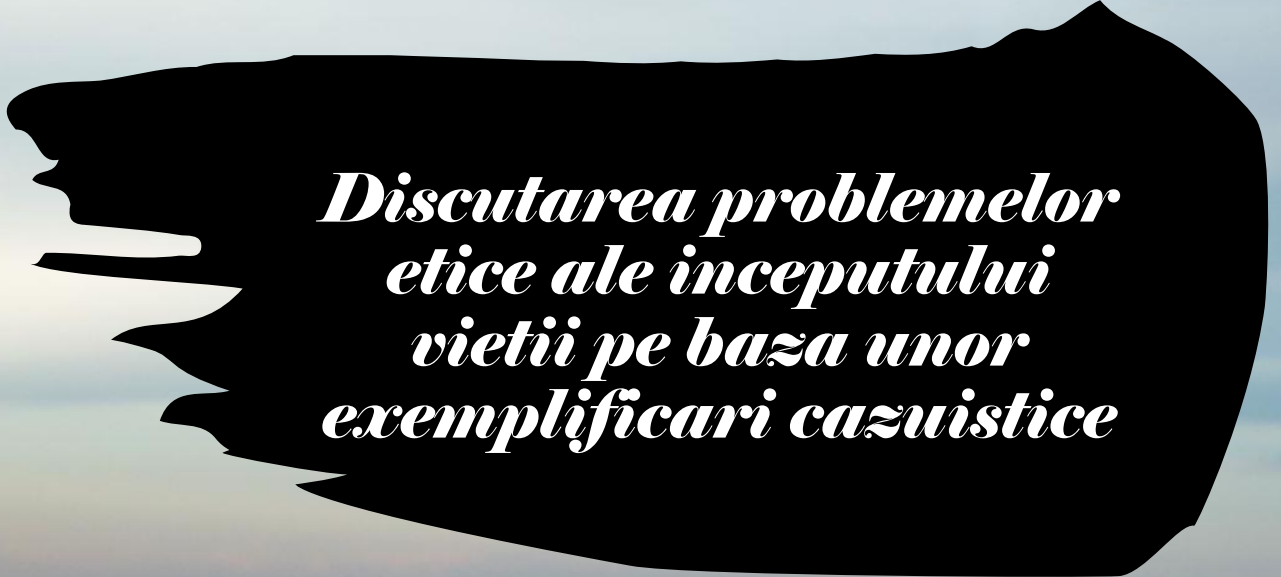


A black, brush-stroke-like graphic element with irregular, feathered edges, positioned on the right side of the image. It serves as a background for the text.

*Discutarea problemelor
etice ale inceputului
vietii pe baza unor
exemplificari cazuistice*

Introducere

“... Femeile iau uneori decizia intentionata de a refuza sa urmeze sfatul medicului deoarece acesta este contrar valorilor lor de viata... In alte cazuri, valorile de viata ale femeii ar putea fi in concordanta cu cele implicate de sfatul mediului (de exemplu promovarea sanatatii mamei si a sanatatii fatului), dar ele ar putea pune sub semnul intrebării cunostintele medicale care stau la baza acelui sfat... in alte cazuri, femeile refuza sa urmeze sfatul medicului nu pe motiv ca exista un conflict de valori sau cunostinte medicale problematice, ci mai degraba datorita unei adanc inradacinate lipse de incredere fata de medici si profesiunea medicala in general.”

(Baylis F., Sherwin S., Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine, ed. D. Dickenson, Cambridge University Press, 2002)

Urmărirea gravidei și a sarcinii

- Caz 1:

D-na M are 19 ani și este însărcinată – săptămâna 25. Deși sarcina nu a fost planificată, nu s-a pus problema întreruperii de sarcină. În timpul unuia dintr-consulturile prenatale, D-na M declară că consumă zilnic droguri care include cocaină și narcotice intra-venoase. Ea refuză să își schimbe obiceiurile, în pofida unei ample și riguroase prezentări a efectelor adverse asupra produsului de concepție. În plus, mama refuză să participe în vreun program de deizntoxicare.

Pe măsura ce progresează sarcina, D-na M dezvoltă o relație bună cu medical și cu personalul obstetric. O ecografie releva fătul cu o ușoară întârziere de creștere și o creștere a rezistenței arterei ombilicale la echo Doppler. Cu ajutorul și sprijinul personalului medical D-na M decide să intre într-un program cu methadone. Dacă mama nu ar fi luat această decizie voluntară, personalul medical ar fi trebuit să continue să urmărească sarcina (în măsura în care mama ar fi permis acest lucru) și ar fi trebuit să ofere mamei informații cu privire la momentul propice pentru naștere și cu privire la eventuale opțiuni de tratament pentru noul-născut.

Urmărirea gravidei și a sarcinii

- Caz 2:

D-na B are 24 de ani și este în travaliu de 18 ore. Dilatația cervicală nu trece de 3 cm. BCF cu ritm îngrijorător de ceva timp arată acum valori alarmante – bradicardie cu 65 bpm. Metodele non-invazive sunt depășite. Examinări repetate arată prezentare craniană și cordon neprolapsat. Obstetricianul îi explică D-nei B că este necesară intervenția chirurgicală (cezariană) pentru a evita suferința fetală. D-na B refuză categoric spunând “fără operație”.

Discuțiile cu parturienta relevă că aceasta se teme de anestezia generală pentru că mama acesteia a decedat datorită unor complicații anestezice. În plus D-na B nu are încredere în medici, fiind de părere că se fac prea multe cezariene. După ce I se explică că această intervenție se poate face cu anestezie spinală și, luând în considerare bradicardia fetală persistentă, D-na B își dă consimțământul pentru intervenția chirurgicală. Dacă pacienta ar fi refuzat în continuare operația, medicii ar fi trebuit să îi respecte alegerea în ciuda riscurilor majore pentru fat.

Screeningul antenatal si al nou-nascutului

- Caz 1:

D-na C are 34 de ani si urmeaza sa se casatoreasca pentru prima data. Ii spune ginecologului ei ca ea si viitorul sot spera sa aiba copii cat se poate de repede. Amandoi partenerii sunt persoane foarte religioase. Medicul ii recomanda D-nei C o serie de teste antenatale, bazat pe AHC ale acesteia. Pacienta nu a auzit niciodata de componenta genetica a maladiilor de care sufera membrii ai familiei sale, dar este de accord cu testarea.

D-na C a fost testata si s-au gasit markeri pentru fibroza chistica si boala Tay-Sachs. Testarea sotului nu a relevat elemente de risc. Familia a fost informata ca viitorul lor copil nu are risc ptr. boala Tay-Sachs, iar riscul ptr. fibroza chistica este redus ($<0,05\%$), dar nu absent deoarece exista peste 1100 mutatii, iar screeningul prenatal include doar mutatiile cele mai frecvente. Ii s-a spus, de asemenea, ca pot obtine un grad de certitudine mai mare printr-un screening genetic complet, care are costuri destul de ridicate. Partenerii au refuzat aceasta analiza. Un an mai tarziu ei aveau un baiat sanatos, fara semne sau simptome de fibroza chistica.

Screeningul antenatal si al nou-nascutului

- Caz 2 (caz preluat din cazuistica americana):

E este un nou-nascut la termen, sanatos, de sex barbatesc, nascut in urma cu 24 de ore. Asistentele de neonatologie informeaza medicul ca mama refuza administrarea de vitamina K intramuscular (ca supliment) si imunizarea anti hepatita B, deoarece nu doreste ca fiul ei sa mai treaca prin alte suferinte, pe langa stress-ul nasterii. Medicul doreste sa se faca recoltare de sange pentru screening-ul de fenilcetonurie (testul Guthrie) si alte disfunctii metabolice, dar mama refuza.

In ciuda informarilor repetate cu privire la necesitatea unui screening post-natal, mama lui E refuza. Inainte de externare medicul subliniaza ca este important sa discute despre acest refuz cu pediatriul copilului si incurajeaza mama sa prezinte formularul pentru testul Guthrie (pentru fenilcetonurie) la primul consult pediatric al copilului si sa discute cu pediatriul despre avantajele si dezavantajele testarii, semnificatia testului si probabilitatea de a obtine teste fals pozitive, pozitive sau negative. Pediatriul le-a explicat parintilor ca modul de transmitere a majoritatii acestor boli face ca evaluarea riscurilor nu fie posibila doar prin simpla analiza a antecedentelor heredo-colaterale, diagnosticul clinic fiind de cele mai multe ori insuficient si tardiv. Pediatriul spune ca recomanda cu tarie programele de screening, ba mai mult ca recomanda parintilor sa faca teste extinse, chiar daca nu sunt acoperite de asigurarile de sanatate, punandu-le la dispozitie informatii despre laboratoarele apropiate care fac asemenea teste. Pediatra ii asigura pe parinti ca le va respecta refuzul, partial pentru ca probabilitatea unui rezultat pozitiv este mica, dar le atrage atentia asupra faptului ca intarzierea in diagnosticare poate avea efecte negative asupra nou-nascutului. Dupa discutii parintii aleg sa testeze copilul folosind bateria de teste acoperita de sistemul de asigurari de sanatate, refuzand testele aditionale cu plata. Rezultatele testelor efectuate au fost negative.

Reproducerea umana asistata medical (RUAM)

- Caz:

Dna F si Dl. G incearca sa faca un copil. In ultimul an au intretinut relatii sexuale regulate, aproximativ de 3 ori pe saptamana si zilnic in perioada in care Dna F crede ca se afla la ovulatie. Amandoi au 38 de ani. Dna F avea cicluri menstruale regulate, cu exceptia ultimelor 3 luni, in care a avut doar doua cicluri. Partenerii sunt ingrijorati ca au intarziat prea mult in a avea copii si nu isi vor putea permite tratamentele costisitoare de fertilitate de care Dna F ar putea sa aiba nevoie la varsta ei. Ei au nelamuriri in privinta sansei de succes a fertilizarii in vitro (FIV) si a posibilitatii de a avea gemeni sau tripleti.

Problemele etice ale acestui caz sunt legate de inabilitatea unor cupluri de a avea acces, datorita situatiei lor financiare, la RUAM, precum si de procesul de informare, avand in vedere particularitatile cazului – legate de varsta inaintata a femeii care poate impune strategii mai agresive. Deoarece Dna F are 38 de ani, se pot incepe investigatiile pentru infertilitate (mai ales ca ea acuza dereglari recente ale ciclului menstrual). De asemenea, se poate proceda la transferul a 1 sau 2 embrioni in timpul ciclului FIV. Cuplul ar trebui informat ca sansele de a avea un copil cu materialul lor biologic, prin RUAM sau prin alte metode, sunt destul de mici. De asemenea trebuie prezentate riscurile unei sarcini multiple, in contextul in care recomandarea va fi de introducere in utero a mai multi embrioni. Acest tip de cupluri ar trebui consiliate si cu privire la alternativa adoptiei, dar si cu privire la accesul limitat la adoptia unui copil, din tara de origine si, cu atat mai mult, din alta tara.

Avortul la cerere

- caz

O femeie de 23 de ani vine in cabinetul dumneavoastra solicitand avort la cerere. Aveti pregatirea si experienta necesara sa efectuati procedura abortiva, ccea ce ati si facut in trecut. Totusi, in prezent vi se pare inacceptabil din punct de vedere moral sa o mai faceti. Pacienta este nemutumita si furioasa acuzandu-va ca "o abandonati". Care ar trebui sa fie conduita Dv.? Ca regula generala, daca pacienta solicita o procedura cu care Dv. nu sunteti de acord din punct de vedere moral, ar trebui sa o trimiteti catre un alt specialist. Nu puteti fi obligat sa acceptati un pacient nedorit sau o procedura cu care nu sunteti de acord (in afara situatiilor in care se aplica regulile urgentei medicale).