

## ETICA RESUSCITĂRII ÎN ROMÂNIA - DECIZIA DE A NU RESUSCITA. REALITATE ȘI VIZIUNE

OANA TUDORACHE<sup>1</sup>, SEBASTIAN MIHAI ARMEAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctorand Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon” București, <sup>2</sup>Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

**Cuvinte cheie:** resuscitare cardio-pulmonară, etică, oprire cardiacă

**Rezumat:** Oprirea cardiacă este un eveniment nefericit ce încheie viața fiecărui om. Uneori este un eveniment previzibil, în cadrul evoluției unei boli cronice, alteori apare ca și o complicație dramatică a unei suferințe recent instalate. Încercarea de a resuscita victima unui stop cardiorespirator reprezintă un obiectiv zilnic pentru membrii sistemului medical de urgență, însă deciziile și gesturile care inițiază și conduc o resuscitare pot fi subiectul unor teme de etică. În România nu există reglementări legate de deciziile ce pun capăt unei vieți, iar în situațiile de urgență personalul medical instituie toate măsurile de care dispune pentru a menține viața pacientului. Aceste gesturi se pot dovedi a fi nu numai inutile, dar și costisitoare. Personalul din sistemele medicale de urgență poate avea abilități clinice și morale pentru a decide utilitatea inițierii unei resuscitări. Însă factori precum presiunea familiei, lipsa de reglementări specifice, pot determina resuscitări inutile sau chiar „resuscitare de complezență”. De multe ori există martori la evenimentele de oprire cardiacă din afara spitalelor, însă aceștia nu sunt instruiți în resuscitare și nu efectuează, până la sosirea echipajului medical de urgență, compresiile toracice necesare viabilității cerebrale. Acest lucru arată nevoia de educație în țara noastră în domeniul resuscitării. În cazul pacienților care supraviețuiesc opririi cardiace, drama nu se oprește odată cu reîntoarcerea circulației spontane. Din cauza hipoxiei, apar leziuni cerebrale în diverse grade de severitate, condamnând pacientul la sechele neurologice sau chiar la moarte cerebrală. Majoritatea acestor pacienți necesită îngrijire permanentă, reintegrarea socială fiind compromisă. Sunt de discutat implicațiile psihologice și psihiatrice atât în cazul supraviețuitorilor, cât și a familiilor acestora. Alegerea între a resuscita și a nu resuscita poate fi dificilă în acest context pentru echipa medicală. O mai bună instruire în domeniul resuscitării cardio-pulmonare ar putea contribui la reducerea dilemelor de ordin etic cu care aceștia se pot confrunta.

**Keywords:** cardiopulmonary resuscitation, ethics, cardiac arrest

**Abstract:** The cardiac arrest is an unfortunate event that ends the life of every human being. Sometimes, it is a predictable event in the evolution of chronic diseases, sometimes, it occurs as a complication of recently installed suffering. Trying to resuscitate the victim of cardiac arrest is a daily objective for the members of the emergency medical system (EMS), but decisions and gestures that lead resuscitation may be subject to ethical issues. There are no regulations regarding the end of life decisions in Romania. So, in emergency cases, the medical personnel try to preserve the patient's life by all means available. These gestures may prove to be futile and expensive. Emergency medical systems personnel may have clinical skills and moral abilities to decide whether or not to initiate CPR. But some factors, such as family pressure, lack of specific regulations, can cause futile resuscitation or even "slow codes". Many out of hospital cardiac arrests have been witnessed, but bystanders were not trained in CPR and did not perform CPR until EMS arrival. This shows the need for education in our country in the field of resuscitation. In patients who survive after a cardiac arrest, the drama goes on beyond the return of spontaneous circulation. Because of hypoxia, varying degrees of neurological sequelae occur, or even brain death. Most of these patients require constant care, social reintegration being compromised. There are to discuss the psychological and psychiatric implications, both for survivors and their families. The choice to attempt resuscitation or not may be difficult in this context. Better training in the field of cardiopulmonary resuscitation may help reducing ethical dilemmas that the medical team may face.

Oprirea cardiacă este un eveniment nefericit ce încheie viața oricărui om. Câteodată, este un eveniment previzibil, urmând unei suferințe îndelungate în cadrul evoluției unei boli cronice aflate în stadiu terminal, câteodată survine neașteptat, în plină stare de sănătate aparentă; uneori, apare ca o complicație dramatică a unei suferințe recent instalate. Încercarea de a resuscita victima unui stop cardiorespirator reprezintă un

obiectiv cotidian pentru medicii din sistemul medical de urgență, însă preocuparea oamenilor pentru redarea funcțiilor vitale se regăsește cu secole în urmă, odată cu primele observații și încercări de a restabili respirația și circulația unei persoane aflate în moarte clinică.<sup>(1)</sup> Deși interesul pentru resuscitare este istoric, iar tehnologia modernă a condus la perfecționarea a numeroase dispozitive și instrumente pentru eficientizarea

<sup>1</sup>Autor corespondent: Sebastian Mihai Armean, Str. Louis Pasteur, Nr. 6, Cod poștal 400349, Cluj-Napoca, România, E-mail: sebastian.armean@gmail.com, Tel: +40750 774114

Articol intrat în redacție în 22.04.2013 și acceptat spre publicare în 07.06.2013  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):62-64

gesturilor medicale, rezultatele resuscitării rămân modeste, fie că reînnoirea circulației spontane (RCS) nu se produce, fie că apare doar pentru scurtă vreme. În 2003, cel mai mare registru de raportare și analiză a stopurilor cardio-respiratorii (SCR) intraspitalicești la acea dată, "The National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation", American Heart Association, a raportat RCS în 44% din cazuri, cu supraviețuire la distanță de 17%. (2) Aceste rezultate au fost obținute în unități spitalicești cu protocoale bine stabilite în tratarea cazurilor de oprire cardiacă și, în marea lor majoritate, cu echipe de resuscitare special formate și pregătite. Costurile fiecărei intervenții sunt ridicate, iar îngrijirile post-resuscitare în terapie intensivă sunt de asemenea costisitoare. Resursele medicale sunt limitate, iar optarea pentru neîncercarea resuscitării poate reduce considerabil costul spitalizării. (3)

Studii privind rezultatele resuscitării au apărut și în spațiul european, sprijinite de inițiative precum înființarea Registrelor Naționale ale Stopului Cardiac. Știind că există șansa de a reda viața unui om, având însă costuri ridicate pentru societate, precum și o rată scăzută de succes, în condițiile lipsei unor reglementări ferme pentru decizia de încheiere a vieții, cum putem practica resuscitarea în România în acord cu etica, demnitatea profesională și siguranța? S-au definit patru principii cheie în etica resuscitării, așa cum apar ele în Ghidurile în resuscitare 2010 ale Consiliului European de Resuscitare: autonomia, non-maleficiența, beneficiul și dreptatea. Se menționează însă și principii precum demnitatea și corectitudinea. (4) Autonomia se referă la dreptul pacientului de a decide asupra propriei vieți, fie că este vorba de a accepta sau de a refuza conduite terapeutice, fie că este vorba de resuscitare, pacientul poate și trebuie să-și dea acordul informat. Acest principiu a fost definit prin Declarația pentru Drepturile Omului de la Helsinki din 1964, cu completările ulterioare. (5) În practica medicală curentă se folosesc formulare de acord pentru internare, pentru anestezie și intervenții chirurgicale. În situații de urgență, însă, mai ales când urgența medicală afectează starea de conștiință sau capacitatea pacientului de a-și da acordul informat, medicul trebuie să acorde toată asistența necesară până la prezentarea documentelor care să ateste dorințele pacientului sau până la noi informații medicale. (6) Al treilea principiu, beneficiența, se referă la îndatorirea medicului de a face recomandări și de a susține deciziile medicale în folosul pacientului. (7) Non-maleficiența este reprezentată de datoria medicului de a preveni gesturile medicale ce ar periclita sănătatea pacientului. Dreptatea se referă la distribuția în societate a resurselor medicale, eminentemente limitate. Aceste deziderate nu pot fi întotdeauna îndeplinite, iar respectarea unuia poate duce la încălcarea altui principiu de etică medicală. De exemplu, medicul poate recomanda cel mai bun tratament într-o situație dată, iar pacientul poate refuza tratamentul sau procedura respectivă pentru că nu dorește să se supună efectelor secundare sau pentru că tratamentele recomandate sunt prea scumpe. Resuscitarea poate fi, însă, și inutilă. Resuscitarea este inutilă dacă aceasta nu poate influența prelungirea vieții pacientului și calitatea acesteia. (4) Personalul din sistemele medicale de urgență poate avea abilități clinice și morale pentru a decide utilitatea inițierii unei resuscitări. (8) La 1 ianuarie 1977 intra în vigoare prima lege din Statele Unite ale Americii care permite adulților competenți, autonomi și aflați în stadiul terminal al unei afecțiuni incurabile să-și instruiască medicul curant să întrerupă sau să nu aplice procedurile de susținere a vieții dovedite inutile. (9) Instrucțiunile în avans au devenit un subiect complex și intens dezbătut peste tot în lume. (10) În România există un vid legislativ în ceea ce privește decizia de neîncercare a resuscitării și de întrerupere a procedurilor ce susțin viața. În legătură cu legislația actuală, lăsarea fără ajutor

se definește ca și infracțiune în Codul penal. Astfel, omisiunea de a acorda ajutorul necesar sau de a înștiința autoritatea care poate acorda acest ajutor unei persoane a cărei viață este în pericol și care este lipsită de posibilitatea de a se salva, se poate pedepsi cu închisoare. (11)

Codul Penal al României, care va intra în vigoare la data de 1 februarie 2014, face două precizări importante: recunoaște siguranța salvatorului, astfel încât lăsarea fără ajutor a unei persoane aflate în dificultate nu constituie infracțiune, dacă prin acordarea de ajutor salvatorul se expune vreunui pericol, și, ce-a de-a doua precizare, se referă la împiedicarea intervențiilor în vederea salvării, acest fapt putând determina pedeapsa cu închisoarea. (12) Nu se cunoaște niciun caz în România la această dată al cărui obiect să fie legat de neinițierea resuscitării. Legea privind drepturile pacienților, însă, oferă posibilitatea notării de instrucțiuni în avans; astfel pacientul, corect informat asupra consecințelor dorințelor sale, poate solicita neînceperea resuscitării în caz de stop cardiorespirator. Obținerea acestui acord scris în unitățile spitalicești ce îngrijesc pacienți cu boli cronice aflate în faze terminale poate oferi și pacientului posibilitatea de a se stinge cu demnitate, iar personalului medical confortul psihologic că pacientul și-a înțeles și acceptat boala și că oprirea cardiacă în acest caz este un eveniment firesc în existența omului și nu un eșec profesional. (13) Se observă totuși o reticență marcată a pacienților și a familiilor acestora de a declara sub semnătură acordul pentru neinițierea unor gesturi medicale. Acest lucru se poate datora atât lipsei de informare, cât și unui anume tip de atitudine psihologică, specific acestei regiuni. Sunt și cazuri în care familia unui pacient a cărui resuscitare ar fi considerată inutilă de către corpul medical solicită să se facă tot ce este posibil pentru cel drag. În această situație, argumentul medical pentru neinițierea resuscitării, nefiind susținut prin lege, cade în fața presiunilor familiei.

În contextul economic actual din ce în ce mai dificil, care afectează serios întreaga societate la nivel individual și general, se poate observa creșterea presiunii familiilor asupra corpului medical și exprimarea vehementă în cazurile în care pacientul este cel care asigură unicul venit familiei, fie prin muncă, fie prin pensie sau ajutor social. Există cazuri în care personalul medical alege să resusciteze un pacient, în pofida raționamentului medical. (14) Vidul legislativ, violența familiei, teama de a nu fi sancționați dintr-un motiv oarecare, pot determina echipajul medical de urgență să inițieze fie o resuscitare inutilă, fie o resuscitare „de complezență” denumită „slow code”. Această practică este recunoscută și dezbătută în cercurile de specialitate, unii autori considerând justificată alegerea acestor proceduri în anumite situații. (15) În cadrul unor discuții informale cu membri ai echipajelor medicale de urgență, aceștia au admis că au practicat cel puțin o dată resuscitarea de complezență; cazurile la care au admis această practică se aflau în stop cardio-respirator fără să fi avut inițiată vreo manevră de resuscitare de cel puțin 45 minute, iar resuscitarea de complezență consta în efectuarea compresiilor toracice de slabă calitate, fără administrarea de medicamente conform protocolului de resuscitare. Desigur, acestea sunt declarații anonime, fără semnificație statistică, însă cel puțin la această dată nu există nici un studiu care să abordeze acest subiect în România. Se admite că suportul vital de bază inițiat precoce, prin compresiile toracice, cu sau fără ventilații de salvare, asigură un minim flux cerebral și coronarian pentru ca victima opririi cardiace să beneficieze de șanse cât mai mari de resuscitare și supraviețuire cu un status neurologic comparabil cu cel anterior opririi cardiace. Informarea populației în legătură cu semnificația opririi cardiace, recunoașterea unui astfel de eveniment și mai ales a cauzelor care pot determina oprirea

cardiacă se dovedește a fi o necesitate. Studii recente arată că în România, peste 90% din stopurile cardio-respiratorii produse în afara spitalului s-au produs în prezența unor martori, însă doar un număr redus de martori au inițiat manevre de resuscitare până la sosirea Echipajului Medical de Urgență.(16) O inițiativă daneză vizând implicarea comunității în acordarea suportului vital de bază a arătat creșteri importante ale incidenței manevrelor de resuscitare efectuate de către persoane laice în cazurile de oprire cardiacă, corelată cu creșterea supraviețuirii post-resuscitare.(17) În cazul pacienților care supraviețuiesc opririi cardiace, reînnoarea circulației spontane nu marchează și revenirea la normalitate; starea pacientului este în continuare critică datorită leziunilor de ischemie-reperfuție și a patologiilor post-resuscitare asociate. Leziunile cerebrale datorate hipoxiei pot avea diverse grade de severitate, care generează diverse sechele neurologice.(18) Majoritatea acestor pacienți necesită îngrijire permanentă (19), reintegrarea socială fiind dificilă sau chiar compromisă. De asemenea, nu trebuie neglijate implicațiile psihologice și psihiatrice atât în cazul supraviețuitorilor, cât și al familiilor acestora. Există soluții pentru ameliorarea categoriei de performanță cerebrală precum utilizarea hipotermiei terapeutice (20), intervenția coronariană percutană (21), dar aceste proceduri sunt costisitoare și disponibile doar în anumite centre medicale. În studiul condus de Arrich et al., în legătură cu ameliorarea categoriei de performanță cerebrală la pacienți resuscitați în prespital s-a observat o ameliorare în primele 6 luni de la oprirea cardiacă la 12% dintre pacienți.(22) O problemă ce merită amintită este reprezentată de fenomenul Lazarus, definit ca și „reînnoarea tardivă a circulației spontane (RCS) după oprirea manevrelor de resuscitare cardiopulmonară (RCP)”.(23) Denumirea „Lazarus” amintește, desigur, de personajul biblic reînviat de divinitate. Primul caz de acest fel a fost descris în literatura medicală în 1982.(23)

Într-o scrisoare către Editor (24) în revista *Resuscitation*, Lapostolle și colaboratorii, atrag atenția asupra unui alt fenomen ce ridică importante probleme etice: semne de viață la pacienții morți. Scrisoarea se referă la semne clare de viață la pacienți aflați în stop cardio-respirator, fără reluarea circulației spontane, în ciuda acordării suportului vital avansat pentru o perioadă prelungită. Principala problemă etică este dată de decizia de întrerupere a resuscitării, în condițiile în care suport vital prin circulație extracorporeală nu este posibil. Această situație nu este cuprinsă în ghidurile în resuscitare din 2010, însă edițiile viitoare ar putea aborda și această problemă. În România nu s-au semnalat încă astfel de situații. Pentru echipele din sistemul medical de urgență, alegerea între a resuscita și a nu resuscita poate fi dificilă, cu luarea în considerare a factorilor sociali în detrimentul rațiunilor medicale. O mai bună instruire a populației în domeniul resuscitării cardiopulmonare ar putea contribui la reducerea dilemelor de ordin etic cu care echipele medicale se pot confrunta.

### REFERINȚE

- Cooper JA, Cooper JD, Cooper JM. Cardiopulmonary resuscitation: history, current practice, and future direction. *Circulation*. 2006;114:2839-2849.
- Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14,720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003;58:297-308.
- Petriș A, Cimpoșu D, Costache I, Rotariu I. Decizia „de a nu resuscita” (I). Probleme de etică în cursul resuscitării cardiopulmonare. *Revista Română de Bioetică*. 2011;9(2):40-49.
- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2010;81:1445-1451.
- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, 52nd, 55th and 59th WMA Assemblies.
- Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, et al. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 3: Ethics 2010. *Circulation*. 2010;122(18):S665-S675.
- Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Diseases - 9th edition. Saunders, Philadelphia; 2012.
- O'Connor AE, Winch S, Lukin W, Parker M. Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled. *Emergency Medicine Australasia*. 2011;23(5):640-643.
- Towers B. Report from America. *Journal of Medical Ethics*. 1978;4:96-98.
- Mirarchi FL, Costello E, Puller J, Cooney T, Kottkamp N. TRIAD III: Nationwide Assessment of Living Wills and Do Not Resuscitate Orders. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;42(5):511-520.
- Codul Penal al României, art. 315. M. Of. 65; 1997.
- Codul Penal al României, M. Of. 510; 2009.
- Legea nr. 46/2003, M. Of. 70; 2003.
- Bremer A, Sandman L. Futile cardiopulmonary resuscitation for the benefit of others: An ethical analysis. *Nursing Ethics*. 2011;18(4):495-504.
- Lantos JD, Meadow WL. Should the “Slow Code” Be Resuscitated? *American Journal of Bioethics*. 2011;11(11):8-12.
- Sabău H, Tudorache O, et al. The Romanian Registry on Cardiac Arrest – one year later. *Resuscitation*. 2011;82(S1):S1-S34.
- Moler Nielsen A, Lou Isbye D, Knudsen Lippert F, Rasmussen LS. Engaging a whole community in resuscitation. *Resuscitation*. 2012;83(9):1067-1071.
- Sunnerhagen KS, Johansson O, Herlitz J, Grimby G. Life after cardiac arrest; a retrospective study. *Resuscitation*. 1996;31:35-140.
- Lundgren-Nilsson A, Rosen H, Hofgren C, Sunnerhagen KS, The first year after successful cardiac resuscitation: Function, activity, participation and quality of life. *Resuscitation*. 2005;66:285-289.
- Bro-Jeppesen J, Kjaergaard J, Horsted TI, Wanscher MC, Nielsen SL, Rasmussen LS, Hassager C. The impact of therapeutic hypothermia on neurological function and quality of life after cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009;80:171-176.
- Dumas F, White L, Stubbs B, Cariou A, Rea T. Long-Term Prognosis Following Resuscitation From Out of Hospital Cardiac Arrest. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;60(1).
- Arrich J, Zeiner A, Sterz F, et al. Factors associated with a change in functional outcome between one month and six months after cardiac arrest. A retrospective study. *Resuscitation*. 2009;80:876-880.
- Adhiyaman V, Adhiyaman S, Sundaram R. The Lazarus phenomenon. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007;100(12):552-557.
- Lapostolle F, Petrovic T, Alheritiere A, Agostinucci J-M, Adnet F. Life signs in “dead” patients, Letter to the editor. *Resuscitation*. 2012;83.