

Clinica chirurgicală nr. 1. (cond.: prof. Z. Pápai, doctor în medicină)  
și Catedra de medicină legală a IMF. (cond.: prof. Z. Ander,  
doctor în medicină) din Tg.-Mureș

## UNELE PROBLEME DE RESPONSABILITATE ȘI DEONTOLOGIE MEDICALĂ ÎN URGENȚELE ABDOMINALE

Z. Csízér, Z. Ander

Prevenirea erorilor medico-chirurgicale în condițiile medicinei socialiste se sprijină pe ridicarea continuă a conștiinței etico-profesionale a personalului medico-sanitar, pe o mai bună organizare a muncii curativo-profilactice și pe controlul sistematic al activității duse în spiritul colectiv al ajutorului reciproc.

Prin aplicarea pe o scară tot mai largă a noilor cuceriri ale științei, avem posibilitatea și datoria de a ridica pe o treaptă mai înaltă eficiența asistenței

medico-chirurgicale, acordată urgențelor abdominale. Patologia medico-chirurgicală legată de urgențele abdominale are *pondera cea mai mare* în activitatea medico-chirurgicală raională. Această patologie pasionantă aduce cele mai multe surprize prin însăși complexitatea ei, prin posibilitățile mai reduse de explorare concretă, unde pe lângă pregătirea temeinică, dublată de multă experiență, se cere și un devotament deosebit.

Dintre multiplele cauze și izvoare ale greșelilor medicale urmate de o gamă de consecințe nefaste asupra vieții și sănătății bolnavului, vom examina pe acelea care sînt relativ frecvent întîlnite în urgențe și mai ales în cele abdominale. Ele țin în esență de 3 factori în parte obiectivi, în parte subiectivi și anume:

- organizarea asistentei medicale în urgențe,
- funcționarea ei,
- atitudinea personalului medico-sanitar.

Desigur că factorii arătați sînt strîns legați unul de altul, iar preocuparea conducătorilor de unități sanitare — mai mici sau mai mari — de a ridica nivelul asistentei medicale a urgențelor, va trebui să țină seamă în primul rînd pe aceștia. În zadar sînt cunoștințele, experiența și tehnica internistului și a chirurgului, dacă organizarea este defectuoasă, dacă funcționalitatea lasă de dorit sau atitudinea personalului medico-sanitar nu este la înălțimea exigențelor.

Subliniem de la început că responsabilitatea juridică (penală și civilă) și morală a medicului nu scade întru nimic prin faptul că în majoritatea cazurilor, în condițiile noastre, el nu lucrează aproape niciodată singur, ci *în echipă* sau cel puțin *în colectiv*. Responsabilitatea nu se diluează, ci *dimpotrivă crește*: profesionistul răspunde nu numai pentru munca sa, ci și pentru activitatea celorlalți din colectivul cu care colaborează sau pe care îl îndrumă și controlează. Faptul că în practica expertizelor în cazurile medicale responsabilitatea fiecăruia este uneori greu de delimitat și de dozat, se datorește tocmai unei insuficiente rigurozități a organizării, funcționării, evidenței și controlului, cum sînt: înlocuirile ad-hoc, nerespectarea programului, inexistența sau completarea ulterioară a evidențelor primare (foi de observații, registre de intervenții, etc.).

#### Organizare

Din răsfoirea dosarelor medicale reiese că majoritatea greșelilor și omisiunilor medico-chirurgicale anchetate s-au întîmplat în spitale, *în afara orelor obișnuite de lucru*. În timpul gîrzii, noaptea sau în zile de repaus. Din punct de vedere organizatoric rezolvarea cu succes a urgenței este condiționată de *întîlnirea cit mai grabnică a bolnavului cu specialistul competent*. În condițiile spitalelor raionale, în care există cel mult 3 chirurghi specialiști, unul este aproape *în permanență delegat undeva*. Se întîmplă și în spitalele raionale sau chiar în centre universitare cu mulți specialiști *ca bolnavul să fie pierdut deja în timpul transportului cu salvarea, în căutarea patului liber sau a competenței*.

Urgențele reclamă deci o *organizare aparte* la care trebuie să-și aducă contribuția nu numai specialiștii unităților spitalicești, dar și organizatorii de sănătate publică, ordonatorii de credite, gestionarii bunurilor materiale spitalicești. *Insuficiența dotării* nu micșorează răspunderea medicală, dar din nefericire adesea organele administrative se alarmează numai în caz de accidente sau catastrofe.

Asistența urgențelor se cere să fie organizată pînă în cele mai mici amănunte. Ea începe la *nivelul circumscripției rurale* și urbane, prin asigurarea unor gărzi cu cadre competente, cu experiență, care pot asigura odihna medicului, ferindu-l de chemări fără motiv, dar nu scapă cazurile serioase. Se continuă cu organizarea unui *serviciu de salvare* care să răspundă prompt la solicitări și se termină cu crearea unor *centre spitalicești* cu suficiente paturi, aparatură și specialiști pentru a asigura o asistență competentă fără trambalarea bolnavului, fie că

e vorba de un caz medical (îmbolnăviri acute, otrăviri), fie chirurgical (traumatisme, abdomen acut).

În privința organelor *medicale* ne referim numai la exemplul *centrelor de toxicologie* — formă modernă de asistență competentă a intoxicațiilor acute. Ele necesită un serviciu de informare bazat pe un fișier documentar al substanțelor cu potențial toxic, laborator pentru diagnosticul urgent, săli de reanimare și terapie intensă, secție de anchetă etc. Chirurgical de asemenea va organiza în așa fel munca echipei sale ca aceasta să funcționeze ireproșabil chiar și în lipsa lui. Cerințele actuale impun ca în orice spital raional să existe posibilitatea de a *executa în orice oră a zilei și nopții* — inclusiv în zilele de repaus și sărbători — cel puțin următoarele *explorări*:

- radioscopie și radiografie;
- cromocistoscopie;
- puncție, aspirație toracică în sistem închis;
- electrocardiogramă;
- examinări curente de laborator: urină, hemogramă completă, indice de protrombină, uree, glicemie, timp de sîngerare și coagulare, antibiograma.

De asemenea trebuie asigurată posibilitatea de a *executa prompt în câteva minute*: traheotomia, sondaje, aspirații, spălături gastrice, intubație traheală, descoperirea și incanularea unei vene, instalarea unei perfuzii și transfuzii, oxigenare și desigur o intervenție chirurgicală pe abdomen, torace, cutie craniană.

### Funcționalitatea

Dotarea și organizarea serviciului de urgențe este o premiză pentru o bună funcționalitate, dar aceasta nu se realizează spontan, ci printr-o *continuă îndrumare și control* al tuturor verigilor principale.

O bună funcționalitate înseamnă în primul rînd *continuitate* care se asigură prin următoarele:

— *firmitatea durabilă a cadrelor*; chirurgia de urgență nu se poate face cu jumătăți de normă, cu cadre improvizate, împrumutate, detașate sau rotite de la un serviciu la altul;

— *prezența întregii echipe*; chirurg, internist, reanimator, radiolog, medic de laborator și cadrele medii necesare. Este inadmisibil și generator de greșeli grave dacă chirurgul face o laparatomie asistat de o soră instrumentală cum se mai face adesea în unele locuri. *Garda la domiciliu* a chirurgului comportă tot atît pericol pentru soarta bolnavului cu abdomen acut, ca și garda pe spital executată de un medic de altă specialitate;

— *urmărirea continuă și competentă a bolnavului* să nu prezinte fisuri. Ea se asigură în ture, care prin natura lucrărilor este bine să fie cît mai puține (gărzi de 24 ore pentru medici și 12 ore pentru cadre medii);

— pe cînd observarea bolnavului este o problemă de conștiințiozitate și competentă, organizarea ședinței *predării-preluării gărzii* este o problemă importantă de conducere. Ele pot fi ridicate la nivelul unor ședințe științifice cu prezentări de cazuri cu discuții asupra diagnosticului și tratamentului, analiza greșelilor sau nepotrivirilor de diagnostic la trimitere, internare, operație, externare, necropsie, etc.;

— *continuitate în acordarea asistenței medicale* înseamnă și *promptitudine*. Bolnavul nu va aștepta culcat pe targă sau în cabinetul de consultație, urgența implică prioritate în procesul internării propriu-zise. Aceeași urgență trebuie să caracterizeze efectuarea *examinării clinice*, a *explorărilor* de laborator, a *consultului*, fără trambalarea bolnavului. Este o greșeală de a purta din nou bolnavul pe o mașină expunîndu-l agravării. Tendința pe scară mondială este de a crea în centrele mari unități *complexe de urgențe, bine utilizate* în care sînt la îndemînă mai mulți specialiști.

### Probleme de atitudine

Ele reprezintă *latura subiectivă* a problemei asistenței medicale care se manifestă deosebit de pregnant cu ocazia urgențelor. Atitudinea este *forma în care se validează conținutul ajutorului medical* contribuind la creșterea sau scăderea eficienței acesteia. Încă Rabelais a scris „Știința fără conștiință e ruina sufletului“.

Cu toate progresele uriașe ale medicinei, în problemele atitudinii față de bolnav, în înțelesul ei cel mai larg, al modului cum se aplică cunoștințele medicale (diagnostic, tratament, psihoterapie etc.) considerăm ca valabil și azi străvechiul principiu etic „*Primum nil nocere*“, cu alte cuvinte în formulare pozitivă: fiecare cuvint, gest, măsură de diagnostic, regim, terapie medicamentoasă sau chirurgicală va fi dictată exclusiv de interesele bolnavului. Prețuirea medicului s-a făcut și se face și astăzi de către opinia publică a păturilor largi ale populației, nu pe baza erudiției abstracte, ci totdeauna pe baza rezultatelor sale terapeutice și pe baza atitudinii față de bolnav.

În societatea noastră socialistă *asistența medicală nu e condiționată nemijlocit de situația economică a bolnavului*. Dreptul la sănătate, consfințit prin constituție este asigurat în mod curent de rețeaua sanitară de stat care realizează o asistență din ce în ce mai bună, mai științifică, cu accent de profilaxie, față de asistența medicală burgheză curativă și mercantilă. Nu mai există deci condițiile generatoare de concurență, defăimare reciprocă, reclama, invidie, mercantilism, întrucât fiecare medic — salariat al rețelei de stat — are asigurate condițiile de muncă, perfecționare, odihnă, pensie. Societatea socialistă, care scapă omul de lanțurile economice și morale ale exploatării, realizează condițiile pentru dezvoltarea și înflorirea eticii medicale: într-adevăr se realizează o armonie între necesitățile și interesele bolnavilor și cele mai bune tradiții etice ale corpului medical.

Totuși *conștiința rămâne în urma existenței* și în numeroase dosare medicale apar în mod explicit sau mai camuflat — între rinduri — dovezi de comportament birocratic (arid, administrativ), abuziv, nedemn sau chiar infracțional (venalitate, neglijență).

Lipsa spiritului colectiv, *atmosfera de birfeli*, intrigă, defăimare, calomnii, într-o unitate medico-sanitară constituie un mediu de cultură pentru reclamații și creează condiții favorabile pentru însuși producerea greșelilor și omisiunilor medicale. Dar și *solidaritate neprincipială*, lipsa spiritului critic constituie un climat nefavorabil combaterii greșelilor de atitudine.

În expertizele făcute de noi, asupra reclamațiilor contra medicilor în cazuri de urgență, am găsit câteva *prototipuri de atitudine greșită* din punct de vedere al deontologiei medicale socialiste. Vom aminti câteva:

— *excesul de zel*, goana după succese spectaculare, face ca unii chirurghi — îndeosebi cei tineri — să se aventureze în intervenții pentru care nu au nici pregătire și nici condiții obiective create. Alteori aplică fără discernământ orice „metodă nouă“ luată dintr-o revistă de specialitate. Se poate vorbi uneori de un adevărat „*furor operatorius*“ cu indicații operatorii discutabile, puse cu prea multă ușurință, tehnici complicate în mod artificial pentru „a-și forma mina“. Interprețind greșit problema prestigiului sînt medici care nu cer consult, nu cer sfaturi, renunță la ajutorul celor cu mai multă experiență. În caz de insucces, bolnavul este trimis acasă evitîndu-se necropsia. Aceste ambiții supun uneori bolnavul la explorări periculoase, inutile și sînt evident incompatibile cu deontologia medicală socialistă.

La cealaltă extremă se situează medicii cu un *minus de zel* care renunțînd la orice ambiție și progres caută să-și asigure o viață tihnită, fără emoții, cu risc și răspundere cit mai puțină; aceștia nu acceptă decît operații „sigure“ și „elegante“, caută să amine urgențele pentru tura următoare: „pasează“ bolnavii incomozi sub pretextul lipsei de condiții obiective. Munca acestora este o muncă de „alibi“ cu o susținută străduință de a-și asigura o perfectă acoperire. Scrip-

tele lor sînt îngrijite, adesea chiar „înflorite” pentru a demonstra interesul și zelul care lipsește

— Umanismul socialist al medicinei noastre aruncă oprobiul moral al opiniei publice și asupra aceluia care, în goana după afirmare și carieră *deplasează accentul trecîndu-l de la bolnav pe lucrările științifice* care se elaborează uzînd și abuzînd de bolnav. Scopul cercetării în medicină nu poate fi opus intereselor bolnavului. Neglijarea organizării serviciului și transformarea lui într-o fabrică de comunicări științifice — în care de obicei nu calitatea, ci numărul titlurilor contează — este o atitudine condamnată.

Problema atitudinii în sectorul medico-sanitar se pune cu deosebită acuitate azi, cînd *tehnizarea medicinei* promovează pericolul depersonificării altădată al omului bolnav, cît și a vindecătorului. Bolnavul intrat într-un spital mare parcă ar fi prins de un aparat imens, de o linie tehnologică neliniștitoare, răpit și transformat într-un „obiect”, un „caz” care urmează să fie prelucrat: studiat, etichetat și tratat în consecință. În lumea întregă se discută destinele medicinei, perspectivele ei de dezvoltare în viitor. Desigur nu tehnizarea și specializarea trebuie combătute sau frîmate, ci psihologia medicală, cunoștințele de pedagogie și psihoterapie ale personalului medico-sanitar vor trebui să țină pasul cu vremea.

În concluzie, într-adevăr: exigențele sînt mari și în permanentă creștere. Profesiunea de medic este grea, dar plină de satisfacții morale. Fără dragoste de profesiune, fără simțul unei vocațiuni nu a existat, nu există și nu va exista un medic bun, care să se ridice la nivelul de artist al specialității alese. Dragostea de profesiune este combustibilul care alimentează activitatea profesionistului, constituie sursa lui de energie, întretine în stare de vigilență agerimea sa, îl apără de rutină, îl stimulează la perfecționare și ferindu-l de decepții îi conservă încrederea în sine și în profesiune.

*Sosit la redacție: 29 mai 1967.*

#### Bibliografie

1. ANDER Z.: Elemente de deontologie medicală. Ed. Med. (1965);
2. ANDER Z.: Cauzele și izvoarele greșelilor medicale. Revista Medicală (1963), 2, 223;
3. ANDER Z., CSIZÉR Z.: Revista Medicală (1959), 3, 353;
4. Semaine des hopitaux — informations Nr. 14. Supplement Nr. 18/14. 04. 1965.