

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: τι γίνεται όταν η θεραπεία είναι ανώφελη (Άγγελος Αλεκόπουλος)

/ Πεμπτούσια



Η περίπτωση των «οδηγιών μη ανάνηψης - αναζωογόνησης» σύμφωνα με σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής έχει δύο ιδιαιτερότητες: ότι αφορά κατάσταση επείγουσας ιατρικής επέμβασης (κατά την οποία η αυτονομία του ασθενούς είναι, εκ των πραγμάτων, περιορισμένη) και ότι αποτελεί ακραία μορφή άρνησης θεραπείας, κατά το ότι οδηγεί με βεβαιότητα στον θάνατο.

Η Επιτροπή κρίνει, εν προκειμένω, ότι η θεσμική τους αναγνώριση ενέχει ορισμένους σοβαρούς κινδύνους. Πέρα από τις προφανείς τεχνικές δυσκολίες εντοπισμού των εν λόγω οδηγιών στον ελάχιστο χρόνο του συγκεκριμένου επείγοντος (όπου ο ιατρός ή, πιθανόν, ένας απλός φροντιστής του ασθενούς

πρέπει να δράσουν σε λίγα λεπτά της ώρας, συχνά χωρίς δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας), το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης του ίδιου του ανίκανου να εκφραστεί ασθενούς είναι εδώ πολύ εντονότερο, εν όψει της βέβαιης επέλευσης του θανάτου.[\[1\]](#)

Συμπερασματικά, η Επιτροπή έκρινε ότι η σημασία των «οδηγιών μη ανάνηψης» έχει νόημα μόνον όταν ο θεράπων κρίνει ότι η αναζωογόνηση δεν θα έχει μονιμότερο αποτέλεσμα, θα είναι δηλαδή «ανώφελη» θεραπεία. Μόνον στην τελευταία αυτή περίπτωση, ο ιατρός -ενεργώντας, ούτως ή άλλως, χωρίς την ανάγκη συναίνεσης τρίτων, σε συνθήκες επείγοντος- εάν είναι σε θέση να γνωρίζει με βεβαιότητα την ύπαρξη τέτοιας οδηγίας του ασθενούς, πρέπει να δεσμεύεται και να μην προχωρήσει στην επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας. Σε κάθε άλλη περίπτωση η επιτροπή έκρινε ότι οι οδηγίες δεν πρέπει να επηρεάζουν την απόφαση του Ιατρού.[\[2\]](#)

Σύμφωνα με τον κ.Γ. Κρανιδιώτη, όταν η καρδιοαναπνευστική ανακοπή αποτελεί το τελικό συμβάν μιας μη αναστρέψιμης παθολογικής διαδικασίας, η ΚΑΡΠΑ πρέπει να αναστέλλεται. Παλαιότερα, η απόφαση λαμβανόταν αποκλειστικά από τον ιατρό και η εντολή μη αναζωογόνησης μεταβιβαζόταν προφορικά από τη μια βάρδια στην επόμενη ή κρυπτογραφείτο στο φάκελο του ασθενούς. Σήμερα, η εντολή είναι προϊόν συναπόφασης της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενούς (ή των οικείων του) και καταγράφεται με σαφήνεια στο διάγραμμα. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς (ή των οικείων), σύμφωνα με τις οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council), υπερισχύει η κρίση του ιατρού.[\[3\]](#)

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) συνιστά μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθεί ορισμένο αλγόριθμο. Περιλαμβάνει δέσμη ενεργειών που δεν μπορούν να αποσυνδεθούν η μια από την άλλη. Επομένως, πρέπει να αναστέλλεται εντελώς και όχι να παραλείπονται επιμέρους μόνο βήματά της. Η μερική εκτέλεσή της (π.χ. μόνο φάρμακα και όχι απινίδωση) είναι ιατρικά και ηθικά αδόκιμη.[\[4\]](#)

Μελέτη του κ. Γ Κρανιδιώτη η οποία αφορούσε,[\[5\]](#) το 1/3 των κλινών των ελληνικών Μ.Ε.Θ. έδειξε ότι η μη-κλιμάκωση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής αποτελεί συχνό φαινόμενο στις ελληνικές Μ.Ε.Θ. Ωστόσο, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, το μόνο μέτρο που αναστέλλεται είναι η ΚΑΡΠΑ, ενώ εξαντλείται η χρήση όλων των υπολοίπων διαθεσίμων μέσων.

Στην παραπάνω μελέτη το ποσοστό καταχώρησης της απόφασης μη-εφαρμογής ΚΑΡΠΑ (DNR order) στο φάκελο του ασθενούς ήταν εξαιρετικά χαμηλό, ενώ η μη-

κλιμάκωση / διακοπή της αγωγής κατεγράφη στο διάγραμμα στις μισές μόνον περιπτώσεις.

Ιδανικά, το διάγραμμα κάθε αρρώστου θα έπρεπε να περιέχει λεπτομερή περιγραφή της προτελευταίας πρακτικής. Η καταγραφή της αποφασισθείσας τακτικής, εκτός του ότι επιτάσσεται από τη δεοντολογία, εξασφαλίζει τη συνέχεια στο χειρισμό του ασθενούς από τις εναλλασσόμενες, κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου, ιατρονοσηλευτικές ομάδες. [6]

Η οδηγία ΜΕΑ έχει αποτελέσει επίμαχο σημείο του νομικού πλαισίου καθώς και των ηθικό-δεοντολογικών κανόνων που διέπουν την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης. [7]

Σημειώσεις

[1] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής , Σύσταση επί του θέματος «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης» , Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr/> , ημερομηνία ανάκτησης 05/08/2015

[2] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής , Σύσταση για το θέμα «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης» , Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr/> , ημερομηνία ανάκτησης 05/08/201

[3] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, κ.α.: «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(1), σελ. 18-36

[4] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, κ.α.: «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(1), σελ. 18-36

[5] Γ. Κρανιδιώτης, Διδακτορική Διατριβή, με θέμα «Πρακτικές που αφορούν στο τέλος της ζωής στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας , κατατέθηκε στην Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 2010, σελ.:144

[6] Γ. Κρανιδιώτης, Διδακτορική Διατριβή, με θέμα «Πρακτικές που αφορούν στο τέλος της ζωής στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας , κατατέθηκε στην Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 2010, σελ.:144

[7] Μ. Λεπίδου, Όλγα Καδδά, Γ. Αργυρίου,: «Διερευνώντας τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ. Μια συστηματική

Παρατήρηση: το παρόν κείμενο αποτελεί τμήμα της Διπλωματικής Εργασίας “Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας” που εκπόνησε ο κ. Άγγελος Αλεκόπουλος, στο πλαίσιο του προγράμματος “Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία” της Σχολής Ανθρωπιστικών Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Νικόλαο Κόιο και την οποία η Πεμπτουσία δημοσιεύει με τη μορφή σειράς άρθρων.