

Βιοηθική, Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση και Ορθόδοξα «πιστεύω»

π. Ανάργυρος Παυλής

Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανακοπή είναι η πλέον επείγουσα κατάσταση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να παρουσιαστεί, τόσο από Ορθόδοξη όσο και από μη Ορθόδοξη σκοπιά, το βιοηθικό υπόβαθρο της πολύπλοκης απόφασης της έναρξης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση περιλάμβανε άρθρα από το 1992 και μετά τα οποία αναφέρονταν στη βιοηθική και την ΚΑΡΠΑ. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «καρδιοαναπνευστική αναζωογόνησης», «βιοηθική», «νομοθεσία», «προτελευταία διλήμματα», «παράταση της διαδικασίας του θανάτου», «απόφαση για μη αναζωογόνηση». Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας πληθώρα διαθέσιμων διαδικτυακών βάσεων μεταξύ των οποίων PubMed και Google Scholar. Τα άρθρα που ανευρέθηκαν αξιολογήθηκαν βάσει τίτλου και περιλήψεως, ενώ έγινε και διασταύρωση των βιβλιογραφικών αναφορών των άρθρων. Όλα τα άρθρα στην Αγγλική, Ιταλική και Ελληνική γλώσσα συμπεριλήφθηκαν στην αξιολόγηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά ανευρέθηκαν 323 άρθρα. Από αυτά, τα 200 εξαιρέθηκαν μετά από αξιολόγηση του τίτλου και της περίληψής τους και λόγω διπλών βιβλιογραφιών. Τα κείμενα των 123 άρθρων που απόμειναν αξιολογήθηκαν διεξοδικά για να καθοριστεί η ένταξη ή ο αποκλεισμός τους. Τελικά, στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν 40 άρθρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι Ορθόδοξα αποδεκτό κατά περίπτωση και σύμφωνα με τη θέληση του αρρώστου σε τελικό στάδιο, είτε να τον αφήνουμε να πεθάνει ειρηνικά ή εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί, να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ. Εφόσον, όμως, δεν γνωρίζουμε σίγουρα τι ακριβώς θέλει ο άρρωστος θα πρέπει να εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ σε κάθε περίπτωση.



Λέξεις ευρετηρίου: καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, βιοηθική



Παραπομπή

A. Παυλής. Βιοηθική, Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση και Ορθόδοξα «πιστεύω». *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(3): 276-287

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.3>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη η πιθανότητα του *αιφνίδιου καρδιακού θανάτου* κυμαίνεται μεταξύ 0,4-1/1000 κάτοικοι/χρόνο. Αν δηλαδή σκεφτούμε ότι σήμερα στην Ευρώπη ζούνε περίπου 730 εκατομμύρια άνθρωποι, 350.000-700.000 από αυτούς πεθαίνουν από Αιφνίδιο Καρδιακό θάνατο.[1] Στην Ευρώπη περίπου 300.000 άνθρωποι υφίστανται καρδιακή ανακοπή στην οποία έχουμε παρέμβαση από μέρους των Μηχανισμών Άμεσης Ιατρικής Επέμβασης.[2] (EMS). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) η καρδιακή ανακοπή είναι η 4η αιτία εξωνοσοκομειακού θανάτου.[3]

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) για πρώτη φορά εμφανίστηκε με τη σημερινή της μορφή γύρω στο 1960. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε καρδιακές ανακοπές στο χειρουργείο ή μετά από πνιγμό σε κατά τα άλλα «υγιείς ανθρώπους». Σήμερα χρησιμοποιείται σε κάθε περίπτωση καρδιακής ανακοπής, ανεξαρτήτως αιτιολογίας.[4] Πολλοί είναι οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στη λήψη μιας πολύπλοκης απόφασης, όπως αυτή του αν τελικά θα επιχειρηθεί ή όχι η ΚΑΡΠΑ, μεταξύ των οποίων προσωπικοί, θρησκευτικοί, κοινωνικοί, νομικοί, οικονομικοί, εθνικοί και διεθνείς, χωρίς βεβαίως ποτέ να παραβλέπετε η αξιοπρέπεια του αρρώστου.[5] Πολλές φορές τόσο σπουδαίες και δύσκολες αποφάσεις, ειδικά εκτός νοσοκομείου, θα πρέπει να λαμβάνονται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα και έχοντας ελλιπή ενημέρωση για το περιστατικό.

Ότι είναι νόμιμο δεν είναι απαραίτητα και βιοηθικό και ό,τι είναι βιοηθικό δεν είναι απαραίτητα και Ορθόδοξα αποδεκτό! Σε αυτό το άρθρο θα συζητηθούν αυτά που σε γενικές γραμμές θεωρούνται από βιοηθικής άποψης «επιτρεπτά». Παρόλα αυτά θα κάνουμε ιδιαίτερη μνεία και σε αυτά που θεωρούμε «Ορθόδοξα αποδεκτά» ρίχνοντας και μια ματιά στην «Ουράνια Βιβλιογραφία» όπως αυτή εκφράζεται από σύγχρονους Αγίους και Πατέρες της Εκκλησίας μας. Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η ΚΑΡΠΑ συνίσταται σε μια αλληλουχία Ιατρικών Πράξεων και Επεμβάσεων οι οποίες, ή θα πρέπει να εκτελούνται σύμφωνα με τον σχετικό αλγόριθμο, ή θα πρέπει να αναστέλλονται τελείως. «Εν μέρη» εκτέλεσή της κρίνεται αδόκιμη τόσο από Ιατρικής όσο και από Ηθικής άποψης.[6]

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Η βιοηθική ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα τα οποία προκύπτουν στις Ιατροβιολογικές Επιστήμες. Δύο από τις αρχές της, τις συναντάμε ήδη στον Ιπποκράτη τον 5ο αιώνα π.Χ. «*Ασκέειν περί τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν*». Πρόκειται για το «ωφελείν» και το «μη βλάπτειν».[7]

Η βιοηθική στηρίζεται σε πέντε αρχές:[8]

- **Σεβασμός της αυτονομίας (respect for autonomy).**

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ο άρρωστος έχει δικαίωμα να αποδεχτεί ή να

απορρίψει οποιοδήποτε είδος θεραπείας. Κάθε απόφαση από μέρους του ασθενούς θα πρέπει να είναι σκόπιμη (intentional), απαλλαγμένη από επιρροές και να στηρίζεται στην σωστή πληροφόρηση εκ μέρους του Ιατρού και την ορθή κατανόηση από μέρους του αρρώστου.[9] Παρόλα αυτά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του αγγλόφωνου πληθυσμού των ΗΠΑ, το 52% προτιμούσαν τις τελικές αποφάσεις να τις παίρνουν οι Ιατροί.[10] Έτσι στην έννοια της αυτονομίας θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε το ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την πληροφόρηση και το δικαίωμά του να αποφασίσει ο ίδιος αν θα κάνει ή όχι την θεραπεία.[9] Παρόλα αυτά, ναι μεν ο άρρωστος μπορεί να απορρίψει μια θεραπεία η οποία στη κυριολεξία θα του σώσει τη ζωή, αλλά δεν μπορεί να ζητήσει να του παρασχεθούν θεραπείες τις οποίες οι Ιατροί θεωρούν μάταιες.[11,12] Η απόσυρση ή μη κλιμάκωση της θεραπείας συμφωνούν απόλυτα με τις αρχές της Βιοηθικής.

- **Ωφελειν (beneficence).**

Σύμφωνα με την αρχή του ωφελειν ο Ιατρός πρέπει να δρα προς όφελος του ασθενούς φροντίζοντας για τη θεραπεία της νόσου, τη μείωση της αναπηρίας και της σωματικής και ψυχικής ταλαιπωρίας και γενικότερα την προάσπιση κάθε «δικαιώματος» του ασθενούς.[9,12] Η με κάθε τρόπο «παράταση της ζωής» δεν συνάδει με την αρχή του ωφελειν. Όταν η θεραπεία ταυτίζεται με μια «απέλπιδα προσπάθεια», οι Truog και συν. προτείνουν ότι καλό είναι να επικεντρωνόμαστε κυρίως στην ανακούφιση και ως επί το πλείστον στην

«παρηγορητική φροντίδα» του πάσχοντος ατόμου.[11]

- **Μη βλάπτειν (non maleficence).**

Η αρχή του μη βλάπτειν μας υπαγορεύει την υποχρέωση του Ιατρού να μην κάνει ενέργειες οι οποίες θα βλάψουν με οποιοδήποτε τρόπο τον ασθενή. Δυστυχώς, όσον αφορά στην ΚΑΡΠΑ, αυτό σε μεγάλο ποσοστό δεν συμβαίνει στη χώρα μας. Η πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών σήμερα δεν είναι εκπαιδευμένοι στη βασική και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής, με αποτέλεσμα τα πάρα πολύ χαμηλά ποσοστά επιβίωσης μετά από ανακοπή.[13-16] Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς, το «μη βλάπτειν», σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, μπορεί να θεωρηθεί σπουδαιότερο του «ωφελειν».[9,12] Κάθε τι το οποίο αυξάνει την ένταση και τη διάρκεια της προθανάτιας αγωνίας είναι αντίθετο με την αρχή του μη βλάπτειν.

- **Δικαιοσύνη (justice).**

Η αρχή της δικαιοσύνης υπαγορεύει την καθ' όλα ίση πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας μιας χώρας, ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης, φύλου, φυλής, εθνικότητας ή θρησκευτικών πεποιθήσεων και την δίκαιη διανομή των υπάρχοντων διαθέσιμων πόρων. Όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι θα πρέπει να κατανέμονται με γνώμονα την αντιμετώπιση εκείνων των περιπτώσεων που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να «ιαθούν».[9,12]

- **Αξιοπρέπεια και Ειλικρίνεια.**

Σύμφωνα με την αρχή της Αξιοπρέπειας και Ειλικρίνειας πρέπει πάντα να σεβόμαστε την αξιοπρέπεια των αρρώστων και να τους παρέχουμε σωστή, ειλικρινή και ακριβή

πληροφόρηση σχετικά με την «κατάστασή τους». Θα πρέπει επίσης να δηλώνεται κάποια πιθανή «σύγκρουση συμφερόντων» εφόσον υφίσταται.[17]

ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΡΠΑ

Οι προσπάθειες αναζωογόνησης που τελικά δεν στέφονται από επιτυχία αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό όλων των προσπαθειών αναζωογόνησης. Σε χώρες, όμως, όπου η προνοσοκομειακή άμεση υγειονομική παρέμβαση βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, σε έως και ένα τρίτο των ασθενών έχουμε επανάκτηση της αυτόματης κυκλοφορίας (ROSC) μετά από την ΚΑΡΠΑ. Από αυτούς ένα ποσοστό κατορθώνει να επιβιώσει στη ΜΕΘ. Και από αυτούς που εξέρχονται του νοσοκομείου, ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει μια ικανοποιητική νευρολογική έκβαση. Είναι δε δύσκολο να προβλέψουμε την τελική νευρολογική έκβαση του αρρώστου τις πρώτες τρεις μέρες μετά την ανάκτηση της αυτόματης κυκλοφορίας (ROSC).[18]

Οι ασθενείς με πρωτογενές καρδιακό επεισόδιο, στους οποίους γίνεται ΚΑΡΠΑ κατά την μεταφορά τους στο Νοσοκομείο, χωρίς να ανακτήσουν σφυγμό κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, λίγες φορές επιβιώνουν χωρίς νευρολογικά υπολείματα.[19,20]

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΠΑ

Σε προοπτική μελέτη σε μια ελβετική ΜΕΘ ζητήθηκε από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να εκτιμούν σε καθημερινή βάση το κατά πόσο κρίνουν μάταιη τη συνέχιση της θεραπείας κάποιων ασθενών, αναφορικά με την επιβίωση και την μελλοντική ποιότητα ζωής τους. Έξι μήνες μετά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ, σε τηλεφωνική συνέντευξη με τους εν λόγω αρρώστους που επέζησαν, το 91% των οποίων είχε κριθεί μάταιη η θεραπεία τους λόγω υποτιθέμενης «κακής» μελλοντικής ποιότητας ζωής, δήλωναν οι ίδιοι οι ασθενείς ότι είχαν μια καλή ποιότητα ζωής.[21] Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η μελλοντική ποιότητα ζωής ενός πάσχοντος δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί και καλό θα ήταν να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με αποφάσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν ως κριτήριο την ποιότητα ζωής του ασθενούς!

ΟΡΘΟΔΟΞΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

Η παράταση της ΚΑΡΠΑ μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να επιτρέψει την δωρεά οργάνων (μεταμοσχεύσεις) από κάποιον συγκεκριμένο ασθενή.[22,23] Παρόλα αυτά, κάποιιο θεωρούν ανεπίτρεπτο να ξεκινήσουμε ή να παρατείνουμε κάποιες θεραπείες, προκειμένου να κρατήσουμε στη ζωή έναν άρρωστο, με μοναδικό σκοπό την μεταμόσχευση των οργάνων του.[24,25] Ότι είναι νόμιμο δεν είναι πάντα και ηθικό. Και ότι είναι βιοηθικό δεν είναι πάντα και Ορθόδοξα αποδεκτό. Σήμερα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής και σχεδόν καμία σημασία στην ποιότητα ψυχής!

Ισχύει άραγε το:

Μεταμοσχεύσεις=ο Θάνατός σου, η Ζωή μου;

Ας δούμε τις απόψεις τριών μεγάλων Αγίων του αιώνα μας, του Αγίου Πορφυρίου του καυσοκαλυβίτη, του Αγίου Παΐσιου του Αγιορείτου και του Αγίου Ιακώβου Τσαλίκη όπως μας τα μεταφέρει ο γέροντα Ακάκιος Καυσοκαλυβίτης, πνευματικό παιδί του Αγίου Πορφυρίου του Καυσοκαλυβίτου, σε ομιλία του στις 29-1-2018 στη Λεμεσό της Κύπρου με θέμα "Ο Άγιος Πορφύριος ως Ιατρός ψυχών και σωμάτων":

«Ο Άγιος Πορφύριος έλεγε κατηγορηματικά: Ένας θάνατος υπάρχει. Όταν η ψυχή βγει από το σώμα. Ο λεγόμενος κλινικός ή εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι θάνατος. Ο άνθρωπος ζει και Ο ΘΕΟΣ μπορεί να παρατείνει τη ζωή του έστω και αν ζει σαν φυτό. Ο εγκέφαλος μπορεί να μην επικοινωνεί, αλλά η ψυχή στον έσω άνθρωπο, στο βάθος της καρδιάς, μπορεί να ζει δυνατές πνευματικές στιγμές. Μπορεί τα νοερά χέρια της ψυχής του στραμμένα προς ΤΟΝ ΘΕΟ να ζητούν συγχώρεση αμαρτιών, ολοκλήρωση μετανοίας, ένωση με ΤΟΝ ΠΛΑΣΤΗ μας. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να διακόψει τη ζωή του ενός, για να δώσει ζωή στον άλλο. *Δεν μπορούμε να παίρνουμε ζωντανά όργανα από κάποιον, εφόσον αυτό θα προκαλέσει τον θάνατό του* (μόνο ζωντανά όργανα μπορούν να μεταμοσχευθούν). Δεν μπορεί να ισχύει το «ο θάνατος σου η ζωή μου». Μόνο ΕΝΑΣ έχει δικαίωμα ζωής και θανάτου πάνω στον άνθρωπο, ο μοναδικός ΚΥΡΙΟΣ της ζωής και του θανάτου, Ο ΘΕΟΣ. Αν βέβαια θέλουμε να δώσουμε για μεταμόσχευση ένα μάτι ή ένα νεφρό ή στην

περίπτωση της μεταμόσχευσης του μυελού των οστών, έχουμε κάθε δικαίωμα να το κάνουμε. Αλλά την διακοπή της ζωής με το πρόσχημα του «κλινικού» ή του «εγκεφαλικού» θανάτου, με σκοπό την μεταμόσχευση των ακόμα ζωντανών οργάνων ή με οποιαδήποτε άλλη σκοπιμότητα, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ή προαποφασίσει. Ούτε Ιατροί, ούτε συγγενείς, ούτε τέλος και ο ίδιος ο ασθενής. Αυτό ανήκει στο ΘΕΟ και μόνο! Την ίδια γνώμη είχαν και ο Άγιος Παΐσιος ο Αγιορείτης και ο Άγιος Ιάκωβος Τσαλίκης και ο Αρχιμανδρίτης π. Σωφρόνιος (Σαχάρωφ).».

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η νευρολογική έκβαση, τουλάχιστον σύμφωνα με τα Ορθόδοξα «πιστεύω», θα πρέπει να λαμβάνεται βέβαια υπόψιν, αλλά δεν θα πρέπει να έχει εξέχουσα βαρύτητα στις αποφάσεις μας σχετικά με την ΚΑΡΠΑ.

Επίσης, οι Μιάρης και συν. αναφέρουν ότι σε έρευνα που έγινε σε 200 Έλληνες καρκινοπαθείς (94 άνδρες, 106 γυναίκες) το 88,5% επιθυμούσε να του γίνει ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση ενδονοσοκομιακής ανακοπής χωρίς περεταίρω ερωτήσεις (χωρίς δηλαδή να ερωτηθούν για αυτό το θέμα εκ των προτέρων).[26] Ο Άγιος Παΐσιος ήταν και ο ίδιος καρκινοπαθής τελικού σταδίου. Ο χειρουργός ο οποίος τον χειρούργησε και προσωπικός Ιατρός του κ. Γεώργιος Μπλάτζας σε συνέντευξή του στη εκπομπή της ΕΡΤ2 «Φωτεινά Μονοπάτια», Επεισόδιο 12, αναφέρει ότι όταν πλησίαζε ο θάνατος, του ζήτησε να διακοπεί κάθε θεραπεία, ακόμη και η κορτιζόνη, και να τον αφήσει ουσιαστικά να κοιμηθεί (πεθάνει) ειρηνικά!

Πολύ απλά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σύμφωνα με τις Ορθόδοξες πεποιθήσεις η Ζωή είναι μια. Ξεκινάει με τη σύλληψή μας και δεν τελειώνει ποτέ! Ο θάνατος είναι απλά μια διαχωριστική γραμμή την οποία διαβαίνει η ψυχή όταν βγαίνει από το σώμα. ***Ένας μόνο θάνατος υπάρχει. Αυτός του διαχωρισμού της ψυχής από το σώμα!*** Το νόημα του θανάτου έγκειται στο ότι μετά τον θάνατο δεν υπάρχει Μετάνοια! Εφόσον λοιπόν η ψυχή όσο είναι μέσα στο σώμα μπορεί να μετανοεί, κάθε παράταση της παραμονής της μέσα στο σώμα μπορεί να εκληφθεί σαν μια «δεύτερη ευκαιρία» να μετανοήσει, να καλυτερεύσει την ποιότητά της και να σωθεί!

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω νομίζουμε ότι είναι Ορθόδοξα αποδεκτό κατά περίπτωση και σύμφωνα με τη θέληση του αρρώστου σε τελικό στάδιο, ή να τον αφήνουμε απλά να πεθάνει ειρηνικά, ή εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί, να γίνονται προσπάθειες να τον κρατήσουμε στη ζωή συμπεριλαμβανόμενης και της ΚΑΡΠΑ. ***Εφόσον όμως δεν γνωρίζουμε σίγουρα τι ακριβώς θέλει ο άρρωστος θα πρέπει να κάνουμε ΚΑΡΠΑ σε κάθε περίπτωση!***

Όταν η ανακοπή επέρχεται σαν φυσική και αναπόφευκτη εξέλιξη μιας σειράς παθολογιών ή κρίνεται ότι για οποιοδήποτε λόγο η ΚΑΡΠΑ θα αποβεί «μάταιη», καλό είναι να μην επιχειρείται καθόλου. Η απόφαση για μη αναζωογόνηση (DNAR) θα πρέπει να αναγράφεται στο διάγραμμα του αρρώστου και να είναι προϊόν συναπόφασης μεταξύ ασθενούς, Ιατρών και συγγενών, εφόσον βέβαια υπάρχει αυτή η δυνατότητα.[4] Θα θέλαμε εδώ να θυμίσουμε

ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που να ασχολείται ειδικά με την ΚΑΡΠΑ.

Έχει αποδειχτεί ότι σχεδόν πάντα σε ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και ελλείψει αναστρέψιμων παραγόντων, η ΚΑΡΠΑ είναι «μάταιη».[27-32] Επίσης η αποτελεσματικότητα της είναι στενά συνδεδεμένη με παράγοντες όπως ο χρόνος που πέρασε μεταξύ της ανακοπής και του ξεκινήματος της ΚΑΡΠΑ ή της απινίδωσης. Η ηλικία του αρρώστου μπορεί μεν να επηρεάσει την απόφαση των διασωστών όμως έχει σχετικά μικρή προγνωστική αξία.[32-34]

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΡΠΑ

Σε πολλές περιπτώσεις η ΚΑΡΠΑ δεν αποδίδει και για αυτό θα πρέπει να διακοπεί. Σπουδαίο ρόλο σε ότι αφορά την επιτυχή έκβαση ή όχι της ΚΑΡΠΑ παίζουν τόσο ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ του επεισοδίου της ανακοπής και της αρχής της ΚΑΡΠΑ ο οποίος συμμαρτυρείται από τους παρόντες, όσο και ο χρόνος που μεσολαβεί πριν την απινίδωση, καθώς και από τον υποκείμενο ρυθμό ανακοπής στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, τη διάρκεια της Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS) επί εμμένουσα παρουσία ασυστολίας, έλλειψη ROSC και απουσία αναστρέψιμων αιτίων.[35] Σε γενικές γραμμές ***η ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να συνεχίζεται εφόσον ο άρρωστος παραμένει σε κοιλιακή μαρμαρυγή.*** Παρόλα αυτά είναι αποδεκτό κατά τη διάρκεια Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS) ***παρουσία***

ασυστολίας που διαρκεί πάνω από 20 λεπτά, χωρίς άλλους αναστρέψιμους παράγοντες, να εγκαταλείπονται περεταίρω προσπάθειες ανάνηψης.[5,36] Παρόλα αυτά κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή και ιδιόζουσα περίπτωση και σαν τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται!

Πολλές φορές, ειδικά σε περιπτώσεις παιδιών, έχουμε μια παράταση των προσπαθειών ΚΑΡΠΑ. Αν και οι μέχρι τώρα μελέτες δεν δικαιολογούν μια τέτοια συμπεριφορά, υπάρχουν κάποια νέα ενθαρρυντικά δεδομένα προς αυτή την κατεύθυνση.[37] Στην περίπτωση ενός νεογνού που μόλις γεννήθηκε με απουσία καρδιακού παλμού, ο οποίος παραμένει μη ανιχνεύσιμος για πάνω από 10 λεπτά, μπορεί να θεωρηθεί δικαιολογημένη η εγκατάλειψη περεταίρω προσπαθειών ανάνηψης.[38]

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία, δεν έχει όμως το δικαίωμα να ζητήσει κάποιο συγκεκριμένο είδος θεραπείας, όπως για παράδειγμα να επιχειρηθεί ΚΑΡΠΑ σε οποιαδήποτε περίπτωση ακόμα και αν κριθεί μάταιη.[39] Οι οδηγίες των Ιατρών θα πρέπει να είναι ακριβείς, διεξοδικές, εύκολα κατανοητές και να μπορούν να πραγματοποιηθούν στις υπάρχουσες συνθήκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΚΑΡΠΑ έχει δύο ιδιαιτερότητες:[40]

Κατά πρώτον, αφορά σε μια επείγουσα κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το

περιβάλλον και ως εκ τούτου να εκφράσει ο ίδιος τη θέλησή του. Από την άλλη, η κρισιμότητα της κατάστασης και η αμεσότητα της παρέμβασης η οποία απαιτείται, καθιστούν σχεδόν πάντα αδύνατη την άμεση πληροφόρηση των διασωστών, εκτός βέβαια και αν ο ασθενής ήδη νοσηλεύεται και ως εκ τούτου οι «τοποθετήσεις» του σε σχέση με την ΚΑΡΠΑ είναι ήδη γνωστές. Και σε αυτή την περίπτωση πάντως δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα ο ασθενής να έχει αλλάξει γνώμη.

Και κατά δεύτερον, μιλάμε για μια θεραπεία της οποίας η άρνηση ή η άκαιρη διακοπή της, συνεπάγεται άμεσο θάνατο!

Σε ότι αφορά στους αρρώστους σε τελικό στάδιο είναι Ορθόδοξα αποδεκτό κατά περίπτωση και σύμφωνα με τη θέληση του αρρώστου, ή να τον αφήνουμε απλά να πεθάνει ειρηνικά, ή εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί, να γίνονται προσπάθειες να τον κρατήσουμε στη ζωή συμπεριλαμβανόμενης και της ΚΑΡΠΑ. Εφόσον όμως δεν γνωρίζουμε σίγουρα τι ακριβώς θέλει ο άρρωστος θα πρέπει να κάνουμε ΚΑΡΠΑ σε κάθε περίπτωση!

Κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομιακής καρδιακής ανακοπής η ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να αρχίζει άμεσα. Εν τω μεταξύ θα πρέπει να συγκεντρώνονται οι πληροφορίες που αφορούν στον άρρωστο και να διακόπτεται εφόσον, παρόλη την Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (ALS), ο ασθενής παραμένει σε ασυστολία.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του European Resuscitation Council του 2010, θεωρείται «δικαιολογημένο» να μην ξεκινήσουμε ΚΑΡΠΑ ή να την

διακόψουμε, τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά, εφόσον συντρέχει ένας τουλάχιστον από τους παρακάτω παράγοντες:

- **Δεν είναι ασφαλές να πλησιάσουμε τον ασθενή.** (π.χ. ύπαρξη ηλεκτροφόρων καλοδίων).

- **Υπάρχουν οδηγίες Μη Αναζωογόνησης (Do not attempt resuscitation -DNAR).**
- Κατά τη διάρκεια Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS), **παρουσία ασυστολίας που διαρκεί πάνω από 20 λεπτά**, χωρίς άλλους αναστρέψιμους παράγοντες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997;18:1231- 48.
2. Atwood C, Eisenberg MS, Herlitz J, Rea TD. Incidence of EMS- treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* 2005;67:75- 80.
3. Nichol G, Aufderheide TP, Eigel B, et al. Regional systems of care for out-of-hospital cardiac arrest: A policy statement for the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:709- 29.
4. BURNS JP, EDWARDS J, JOHNSON J, CASSEM NH, TRUOG RD. Do-not-resuscitate order after 25 years, *Crit Care Med* 2003, 31:1543- 1550.
5. Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004;62:267- 73.
6. Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασιλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο: www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/18.pdf. Ανάρτηση 2010; 27(1):18-36.
7. Ιπποκράτης. Επιδημιών το πρώτον, ΙΙ, 11.
8. Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press: 2008.
9. Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford University press, New York, 2009.
10. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen intern Med* 2005, 20:531- 535.

11. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubefeld GD, *et al.* Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008, 36:953- 963.
12. Gavrin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007, 35(Suppl 2):S85-S94.
13. Xanthos T, Akrivopoulou A, Pantazopoulos I, Aroni F, Datsis A, Iacovidou N. Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: a study in a district Greek hospital. *Int Emerg Nurs* 2012;20:28-32.
14. Pantazopoulos I, Aggelina A, Barouxis D, Papapanagiotou P, Troupis G, Kotsiomitis E, Demestiha T, Xanthos T. Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study. *Heart Lung* 2011;40:278-84.
15. Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, Patsaki A, Barouxis D, Troupis G, Xanthos T. Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Educ Pract* 2011;11:365-9.
16. Chalkias A, Koutsovasilis A, Mystrioti D, Dragoumanos V, Xanthos T. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation efforts in a Greek tertiary hospital. *Acute Card Care* 2013;15:34-7.
17. Shuster M, Billi GE, Bossaert L, *et al.* 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 4: Conflict of interest management before, during and after the 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* In Press.
18. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, *et al.* European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. *Resusc.* 2010;81.
19. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993;270:1433- 6.
20. Olasveengen TM, Wik L, Steen PA. Quality of cardiopulmonary resuscitation before and during transport in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2008;76:185- 90.
21. Frick S, Euhlinger DE, Zuercher, Zenklusen RM. Medical futility: Predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors- a prospective comparative study. *Crit Care Med* 2003, 31:456- 461.

22. Fondevila C, Hessheimer Aj, Ruiz A, et al. Liver transplant using donors after unexpected cardiac death: novel preservation protocol and acceptance criteria. *Am J Transplant* 2007;7:1849-55.
23. Mateos-Rodriguez A, Pardillo- Ferrer L, Navalporto- Pascual JM, Barba- Alonso C, Martin-Maldonado ME, Andres- Belmonte A. Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. *Resuscitation* 2010;81:904- 7.
24. Bell D. Emergency medicine and organ donation—A core responsibility at a time of need or threat to professional integrity. *Resuscitation*; In press, Corrected Proof.
25. Rady MY, Verheijde JL, McGregor JL. Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine. *Resuscitation*; In Press, Corrected Proof.
26. Miaris N, Samantas E, Siafaka I, Logothetis E, Iacovidou N, Chalkias A, Xanthos T. Views of cancer patients regarding cardiopulmonary resuscitation in Greece. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018 Apr 19:e12850. doi: 10.1111/ecc.12850.
27. Danciu SC, Klein L, Hossein MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive mode for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation* 2004;62:35- 42.
28. Dautzenberg PL, Broekman TC, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: patient related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age Ageing* 1993;22:464- 75.
29. Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT. Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004;63:145- 55.
30. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, Angquist K-A, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004;90:114- 8.
31. Herlitz J, Svensson L, Silfverstolpe J, et al. Characteristics and outcome amongst young adults suffering from out-of-hospital cardiac arrest in whom cardiopulmonary resuscitation is attempted. *Journal of Internal Medicine* 2006;260:435- 41.
32. Herlitz J, Engdahl J, Angquist K-A, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *American Heart Journal* 2005;149:61- 6.
33. Herlitz J, Svensson L, Young M, Angquist KA, Holmberg S. Characteristics and outcome among children suffering from out of hospital cardiac arrest in Sweden. *Resuscitation* 2005;64:37- 40.
34. Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992;34:551- 8.

35. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: A report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2010;81:302- 11.
36. Goto Y, Funada A, Goto Y. Relationship Between the Duration of Cardiopulmonary Resuscitation and Favorable Neurological Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Prospective, Nationwide, Population-Based Cohort Study. *J Am Heart Assoc.* 2016 Mar 18;5(3):e002819.
37. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, et al. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA* 2006;295:50- 7.
38. Wyiiie J, Richmond S. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 7. Resuscitation of babies at birth. *Resuscitation* 2010;81.39
39. Forde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decision in Norway. *Resuscitation* 2002;55:235- 40.
40. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής , Σύσταση επί του θέματος «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης», Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr>

Bioethics, cardiopulmonary resuscitation and Orthodox beliefs

f. Anargyros Pavlis

Anesthesiology Department, General Hospital of Piraeus "Tzaneio", Greece

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cardiac arrest is the penultimate emergency. The purpose of this study was to present, both from the Orthodox and non-Orthodox perspectives, the bioethical background of the complex decision to initiate cardiopulmonary resuscitation (CPR).

METHODS: The literature search was performed using several databases, including PubMed and Google Scholar, from 1992 until now. All the available studies addressing important aspects on the topic were included. The inclusion criteria were cardiac arrest, bioethics, legislation, dilemmas on death, and death prolongation. All English, Italian, and Greek articles were included, while cross-referencing was performed using the bibliographies from the articles obtained.

RESULTS: The literature search was completed by selecting the studies based on inclusion criteria as judged by title, abstract and complete manuscript. Information was extracted from each included article on the study's inclusion criteria. Assessment of the articles for the stated criteria based on title, abstract or full text resulted in 40 articles being selected for final review.

CONCLUSIONS: It is Orthodoxly accepted, on a case-by-case basis and according to the will of the patient, either to allow natural death or to initiate CPR if desired. In case we do not know the patients' will, CPR should be immediately started.



Keywords: bioethics, cardiopulmonary resuscitation



Citation

A. Pavlis. Bioethics, cardiopulmonary resuscitation and Orthodox beliefs. Scientific Chronicles 2018; 23(3): 276-287

doi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.3>

Συγγραφέας επικοινωνίας: π. Ανάργυρος Παυλής, E-mail: anpavlis@gmail.com