

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αναζωογόνηση 2010

Κεφάλαιο 10. Η Ηθική της Αναζωογόνησης και οι Αποφάσεις Σχετικά με το Τέλος της Ζωής

Lippert F, Raffay V, Georgiou M, Steen P, Bossaert L.

Εισαγωγή

Η αιφνίδια καρδιακή ανακοπή είναι ένα γεγονός με συχνά ολέθριες επιπτώσεις για το θύμα, την οικογένεια και τους φίλους του. Ενώ ορισμένες φορές οι προσπάθειες για αναζωογόνηση είναι επιτυχείς με καλή μακροχρόνια έκβαση, στην πλειονότητά τους δεν ευδοκιμούν, παρά τις σημαντικές προσπάθειες και τις βελτιώσεις της τελευταίας δεκαετίας.

Οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να κάνουν ότι είναι απαραίτητο για να προασπίσουν και να σώσουν ζωές. Η κοινωνία ως σύνολο και ειδικότερα τα Συστήματα Επείγουσας Ιατρικής (Emergency Medical Services, EMS), τα νοσοκομεία και οι λοιπές υγειονομικές μονάδες πρέπει να σχεδιάσουν, να οργανώσουν και να διαθέτουν τα απαραίτητα ανακλαστικά στις περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής. Αυτό συχνά απαιτεί τη διάθεση πολλών πόρων και υψηλό κόστος, ειδικά σε πιο εύπορες χώρες. Η νέα τεχνολογία και η ιατρική τεκμηρίωση καθώς και οι αυξημένες προσδοκίες του κόσμου καθιστούν τους ηθικούς προβληματισμούς σημαντικό μέρος κάθε παρέμβασης ή απόφασης σχετικά με το τέλος της ζωής. Αυτό περιλαμβάνει την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος για τον κάθε ασθενή, συγγενείς και για την κοινωνία ως σύνολο με την κατάλληλη κατανομή των διαθέσιμων πόρων.

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για να διασφαλιστεί πως η απόφαση για την έναρξη ή τη μη εφαρμογή της προσπάθειας αναζωογόνησης είναι η πρόβουσα, και πως οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια. Οι αποφάσεις αυτές είναι σύνθετες και μπορεί να επηρεάζονται από ατομικούς, διθνηείς και τοπικούς πολιτιστικούς, νομικούς, παραδοσιακούς, θρησκευτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες.¹⁻¹¹

Μερικές φορές είναι δυνατόν οι αποφάσεις να έχουν ληφθεί εκ των προτέρων, όμως συχνά αυτές οι δύσκολες

αποφάσεις επιβάλλεται να ληφθούν σε δευτερόλεπτα ή λεπτά την ώρα του επείγοντος και ειδικότερα σε περιβάλλοντα εκτός νοσοκομείου, βασιζόμενες σε περιορισμένη πληροφορία. Για αυτό είναι σημαντικό το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας να κατανοήσει τις αρχές που υφίστανται προτού να βρεθεί αντιμέτωπο με καταστάσεις που πρέπει να ληφθεί η απόφαση για αναζωογόνηση ή μη. Για τους επαγγελματίες υγείας οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής και οι ηθικοί προβληματισμοί πρέπει να λαμβάνονται υπόψη εκ των προτέρων και μέσα στο γενικότερο πλαίσιο του κοινωνικού συνόλου. Παρόλο που υπάρχουν περιορισμένα επιστημονικά δεδομένα που να καθοδηγούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με το τέλος της ζωής, το θέμα είναι σημαντικό, γι' αυτό και οι πληροφορίες για το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας περιλαμβάνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες για την αναζωογόνηση.

Το κεφάλαιο αυτό των κατευθυντήριων οδηγιών πραγματεύεται ζητήματα περί της ηθικής και των αποφάσεων για το τέλος της ζωής που συχνά αποτελούν αντικείμενο προβληματισμού.

- Οι θεμελιώδεις αρχές της ηθικής
- Ο αιφνίδιος θάνατος στην παγκόσμια του διάσταση
- Η έκβαση και η πρόγνωση
- Πότε να αρχίζουμε και πότε να σταματάμε τις προσπάθειες για αναζωογόνηση
- Εκ των προτέρων οδηγίες και ειδική οδηγία Να Μην Επιχειρηθεί Αναζωογόνηση (DNAR)
- Εξασφάλιση οργάνων προς μεταμόσχευση
- Η παρουσία της οικογένειας κατά την αναζωογόνηση
- Η επιστημονική έρευνα στην αναζωογόνηση και η σχετική συναίνεση μετά από ενημέρωση (informed consent)
- Η επιστημονική έρευνα και η εκπαίδευση επί του προσφάτως θανόντος

Αρχές της ηθικής

Οι θεμελιώδεις αρχές της ηθικής είναι η αυτονομία, η ωφέλεια, το μη βλάπτειν, η δικαιοσύνη και επιπροσθέτως η αξιοπρέπεια και η εντιμότητα.¹²

Η αρχή της αυτονομίας είναι το δικαίωμα του ασθενούς να αποδέχεται ή να απορρίπτει κάθε θεραπεία. Η αυτονομία αναφέρεται σε ασθενείς που είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις για τον εαυτό τους μετά από ενημέρωση, παρά να υπόκεινται σε πατερνλιστικού τύπου αποφάσεις που λαμβάνονται για αυτούς από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η αρχή εμφανίστηκε στη διάρκεια των προηγούμενων 40 ετών, αναδείχθηκε από το νομοθετικό σώμα και τις νομοθετικές πράξεις όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Ελσίνκι και από τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις και προσθήκες.¹³ Η αυτονομία απαιτεί ο ασθενής να είναι επαρκώς ενημερωμένος, να βρίσκεται σε καλή νοητική κατάσταση, (να μην του ασκείται ψυχολογική βία και να υπάρχει συνοχή στις προτιμήσεις του. Η αρχή θεωρείται ότι εφαρμόζεται συνολικά στην ιατρική πρακτική, παρά ταύτα δύσκολα τηρείται σε επείγουσες καταστάσεις, όπως στην αιφνίδια καρδιακή ανακοπή.

Η αρχή του μη βλάπτειν σημαίνει να μην προξενείται κακό, ή πιο δόκιμα, να μην προξενείται επιπλέον κακό. Η αναζωογόνηση δεν θα πρέπει να επιχειρείται σε περιπτώσεις εμφανούς ματαιοπονίας.

Η αρχή της ωφέλειας υπονοεί πως το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας πρέπει να βοηθά τον ασθενή σύμφωνα με τα συμφέροντά του ενώ ταυτόχρονα σταθμίζει τα οφέλη και τους κινδύνους. Συνήθως αυτό συνεπάγεται προσπάθεια αναζωογόνησης, όμως κατά περίπτωση μπορεί να συνεπάγεται τη μη έναρξη καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης.

Η αρχή του δικαίου υπονοεί την ευθύνη και το καθήκον της ισότιμης κατανομής των περιορισμένων υγειονομικών πόρων στην κοινωνία, και την απόφαση ποιος και τι είδους αντιμετώπιση λαμβάνει κάποιος (αμεροληψία και ισότητα). Εφόσον παρέχεται η αναζωογόνηση, θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους εκείνους που δυνητικά θα ωφεληθούν από αυτήν, εντός ενός πλαισίου διαθέσιμων πόρων.

Η αξιοπρέπεια και η εντιμότητα συχνά προστίθενται ως απαραίτητα στοιχεία της ηθικής. Οι ασθενείς πάντοτε έχουν το δικαίωμα να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και η ενημέρωσή τους να είναι ειλικρινής χωρίς να αποκρύπτονται σημαντικά δεδομένα. Η διαφάνεια και η γνωστοποίηση σύγκρουσης συμφερόντων αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της ηθικής του ιατρικού επαγγέλματος. Η σημασία τους τονίζεται και από την πολιτική που εφαρμόζει η Διεθνής Επιτροπή Διασύνδεσης επί της Αναζωογόνησης (International Liaison Committee on Resuscitation) (ILCOR).¹⁴

Ο αιφνίδιος θάνατος στην παγκόσμια διάσταση του

Στην Ευρώπη, σε 46 χώρες και σε πληθυσμό 730 εκατομμυρίων στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο, η επίπτωση της αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής εκτιμάται μεταξύ 0,4 έως 1 ανά 1000

κατοίκους ανά έτος, άρα αφορά σε 350.000 έως 700.000 άτομα.¹⁵ Κατά προσέγγιση, 275.000 άτομα παθαίνουν καρδιακή ανακοπή που αντιμετωπίζεται από τις EMS στην Ευρώπη.¹⁶ Η καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου είναι η τρίτη αιτία θανάτου στις Η.Π.Α.¹⁷ Στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. η ισχαιμική καρδιοπάθεια θεωρείται η κύρια αιτία καρδιακής ανακοπής.

Οι προκλήσεις στην υγεία εμφανίζονται διαφορετικές σε παγκόσμια διάσταση. Στην Ετήσια Έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) για το 2002, δύο ακραία πορίσματα παρουσιάστηκαν σχεδόν δίπλα-δίπλα: 170 εκατομμύρια παιδιά σε φτωχές χώρες ήταν ελλιποβαρή, προκαλώντας πάνω από τρία εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, και στο άλλο άκρο τουλάχιστον 300 εκατομμύρια ενήλικες παγκοσμίως ήταν υπέρβαροι ή κλινικά παχύσαρκοι με υψηλό κίνδυνο αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής.¹⁸ Παράλληλα, η αιτία του αιφνίδιου θανάτου διαφέρει παγκοσμίως. Εκτός Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, η καρδιακή ανακοπή μη καρδιογενούς αιτιολογίας, όπως το τραύμα, ο πνιγμός ή η νεογνική ασφυξία, είναι πιο σημαντική από εκείνη της καρδιογενούς αιτιολογίας. Πάνω από 1,3 εκατομμύρια άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο σε τροχαία ατυχήματα.¹⁹ Το 2008, καταγράφηκαν 8,8 εκατομμύρια θάνατοι σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών, με σημαντική ανισοκατανομή μεταξύ των κρατών. Η διάρροια και η πνευμονία εξακολουθούν να σκοτώνουν ετησίως σχεδόν 3 εκατομμύρια παιδιά μικρότερα των 5 ετών, κυρίως σε χώρες με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα. Και περίπου το ένα τρίτο των θανάτων σε παιδιά κάτω των 5 ετών συμβαίνουν τους 5 πρώτους μήνες της ζωής τους. Περισσότερες από 500.000 γυναίκες πεθαίνουν από επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, το 99% αυτών στις αναπτυσσόμενες χώρες.^{20,21} Παγκοσμίως, εκτιμάται πως περίπου 150.000 άτομα πεθαίνουν από πνιγμό κάθε χρόνο, και στην πλειονότητά τους είναι παιδιά.²²

Συνοψίζοντας, ο αιφνίδιος θάνατος αποτελεί παγκόσμια πρόκληση. Η αιτιολογία διαφέρει, και η αντιμετώπιση και η πρόληψη πρέπει να προσαρμόζονται στα τοπικά προβλήματα και τις διαθέσιμες πηγές. Η υποχρέωση και οι προκλήσεις που αφορούν στην προστασία και στη διάσωση της ζωής είναι εμφανείς τόσο σε τοπικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η έκβαση μετά από αιφνίδια καρδιακή ανακοπή

Συνήθως οι προσπάθειες για αναζωογόνηση εστιάζονται στην αιφνίδια και απροσδόκητη καρδιακή ανακοπή που θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί. Στην απόφαση εάν θα ξεκινήσει η προσπάθεια αναζωογόνησης περιλαμβάνεται η εκτίμηση της πιθανότητας αυτή να είναι επιτυχής, και εάν είναι καταρχήν επιτυχής, η ποιότητα ζωής που αναμένεται για τον ασθενή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Αξιόπιστα και τεκμηριωμένα δεδομένα είναι απαραίτητα για να καθοδηγούν το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας. Οι προσπάθειες αναζωογόνησης είναι ανεπιτυχείς στο 70-98% των περιπτώσεων και ο θάνατος είναι τελικά αναπόφευκτος.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως η επιτυχής αναζωογόνηση

ση μετά από καρδιακή ανακοπή επιφέρει καλή ποιότητα ζωής στους περισσότερους ασθενείς που επιβιώνουν. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που να υποδηλώνουν ότι η αναζωογόνηση οδηγεί σε μια δεξαμενή ασθενών που επιβιώνουν με μη αποδεκτή ποιότητα ζωής. Ασθενείς που επιβιώνουν μετά από καρδιακή ανακοπή μπορεί να βιώνουν άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες και δυσκολίες στις γνωσιακές λειτουργίες. Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με αυτά τα δυνητικά προβλήματα, να τους υποβάλλουν σε προληπτικές εξετάσεις και, εάν αυτά εντοπιστούν, να τα αντιμετωπίσουν.²³⁻³⁸ Μελλοντικές επεμβατικές μελέτες περί την αναζωογόνηση θα πρέπει να περιλαμβάνουν την μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και αξιολόγηση.

Η πρόγνωση της καρδιακής ανακοπής

Σε καλά οργανωμένα προνοσοκομειακά συστήματα, μπορεί ένας στους τρεις έως ένας στους δύο ασθενείς να εμφανίσει Επάνοδο της Αυτόματης Κυκλοφορίας (ROSC) με ένα μικρότερο ποσοστό να επιβιώσει στην ΜΕΘ του νοσοκομείου, και ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό να πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο με καλή νευρολογική έκβαση. Η πρόγνωση είναι βασικό στοιχείο που οδηγεί τους κλινικούς, και είναι σημαντικό να είναι δυνατή η πρόβλεψη της κακής έκβασης με υψηλή ειδικότητα ώστε να μειωθεί η περιττή επιβάρυνση του ασθενούς, των μελών της οικογένειας και του προσωπικού που παρέχει φροντίδες υγείας και να μειωθεί η αδόκιμη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Δυστυχώς, έως σήμερα δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα εργαλεία στην πρόγνωση της φτωχής έκβασης σε συνθήκες επείγοντος, συμπεριλαμβανόμενων των πρώτων ωρών μετά την ROSC. Πράγματι, η πρόβλεψη της τελικής νευρολογικής έκβασης σε ασθενείς που παραμένουν σε κωματώδη κατάσταση μετά από ROSC είναι δυσχερής κατά τις πρώτες 3 ημέρες.³⁹ Η προσθήκη της θεραπευτικής υποθερμίας αμφισβήτησε περαιτέρω τα πρότερα καθιερωμένα προγνωστικά κριτήρια.⁴⁰

Ορισμένες περιστάσεις, όπως για παράδειγμα η υποθερμία τη στιγμή της ανακοπής, βελτιώνουν την πιθανότητα ανάρρωσης δίχως νευρολογική βλάβη, και τα συνήθη προγνωστικά κριτήρια (όπως ασυστολία που εμμένει για περισσότερο από 20 λεπτά) δεν ισχύουν.⁴

Πότε να ξεκινάει και πότε να σταματάει η προσπάθεια αναζωογόνησης;

Σε όλες τις περιπτώσεις της αφνίδιας καρδιακής ανακοπής οι επαγγελματίες Υγείας έρχονται αντιμέτωποι με δύο ερωτήσεις: πότε να ξεκινήσουν και πότε να σταματήσουν τις προσπάθειες αναζωογόνησης; Σε κάθε περίπτωση, η απόφαση έναρξης, συνέχισης ή τερματισμού των προσπαθειών αναζωογόνησης βασίζεται στην δύσκολη ισορροπία ανάμεσα στο όφελος, τον κίνδυνο και το κόστος που έχουν αυτές οι παρεμβάσεις για τον ασθενή, τα μέλη της οικογένειάς του και το προσωπικό που παρέχει φροντίδες υγείας. Σε μια ευρύτερη οπτική το κόστος για την κοινωνία και το σύστημα

υγείας αποτελεί μέρος αυτής της απόφασης. Ο κανόνας παραμένει η άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ. Ωστόσο, οι ηθικές αρχές όπως της ωφέλειας, του μη βλάπτειν, της αυτονομίας και του δικαίου οφείλουν να εφαρμόζονται στις μοναδικές συνθήκες της επείγουσας ιατρικής. Οι ιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της ΚΑΡΠΑ, τους δυνητικούς κινδύνους, και τις προτιμήσεις του ασθενούς.^{42,43}

Η αναζωογόνηση δεν ενδείκνυται και δεν θα πρέπει να παρέχεται όταν υπάρχουν σαφή στοιχεία ότι θα είναι ματαιοπνία ή είναι ενάντια στις εκφρασμένες επιθυμίες του ασθενούς. Θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα που να κοινοποιούν αυτές τις ενδεχόμενες αποφάσεις και απλοί αλγόριθμοι θα πρέπει να αναπτυχθούν ώστε να βοηθούν τους διασώστες να περιορίζουν την μάταια και χωρίς όφελος ακριβή αντιμετώπιση. Μια προοπτική μελέτη κατέδειξε πως ο κανόνας διακοπής της βασικής υποστήριξης της ζωής (μη απινιδώσιμος ρυθμός, απουσία μάρτυρος EMS και χωρίς επάνοδο της αυτόματης κυκλοφορίας) είχε προγνωστική αξία ως προς τον θάνατο όταν εφαρμόζονταν από παραιατρικό προσωπικό άμεσης επέμβασης εξουσιοδοτημένο να μπορεί να απινιδώνει.⁴⁴ Μελέτες που ακολούθησαν κατέδειξαν πως αυτή η τακτική μπορούσε να γενικευθεί, όμως κάτι τέτοιο επίσης αμφισβητήθηκε.⁴⁵⁻⁴⁷ Προοπτικά τεκμηριωμένοι κανόνες διακοπής της αναζωογόνησης προτείνονται ως οδηγίες διακοπής της προνοσοκομειακής ΚΑΡΠΑ σε ενήλικες. Διαφορετικοί κανόνες που αφορούν σε ποικίλα επίπεδα προσωπικού υγείας, συμπεριλαμβανόμενου του ενδονοσοκομειακού προσωπικού, μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της διακύμανσης της λήψης αποφάσεων, όμως όλοι οι κανόνες θα πρέπει να τεκμηριώνονται προοπτικά πριν τεθούν σε εφαρμογή. Η εφαρμογή κανόνων διακοπής εμπειρεύει και το στοιχείο της αυτοεκπληρούμενης προφητείας, και θα πρέπει να αμφισβητείται περιοδικά καθώς αναδύονται νέες θεραπείες.

Ποιος θα πρέπει να αποφασίζει να μην επιχειρείται αναζωογόνηση;

Πρωτόκολλα αναζωογόνησης ή τυποποιημένες λειτουργικές διαδικασίες θα πρέπει να ορίζουν ποιος έχει την υποχρέωση και την ευθύνη να λάβει τη δύσκολη απόφαση να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση ή να εγκαταλειφθούν οι περαιτέρω προσπάθειες. Αυτό αφορά το προνοσοκομειακό και ενδονοσοκομειακό περιβάλλον και μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με τη νομοθεσία, την κουλτούρα ή την τοπική παράδοση.

Στο νοσοκομείο, η απόφαση συνήθως λαμβάνεται, μετά από κατάλληλες διαβουλεύσεις, από τον πιο έμπειρο θεράποντα ιατρό ή από τον επικεφαλής της ομάδας αναζωογόνησης όταν αυτή κληθεί. Οι Ομάδες Αντιμετώπισης Επείγοντων (Medical Emergency Team, MET's), ενεργώντας μετά από κλήση του προσωπικού του θαλάμου νοσηλείας σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, μπορούν να ενεργοποιήσουν τη διαδικασία λήψης απόφασης με το ενδεχόμενο DNAR του ασθενούς.⁴⁸⁻⁵⁰ Σε προνοσοκομειακό περιβάλ-

λον, απουσία ιατρών, η απόφαση μπορεί να ληφθεί σύμφωνα με τα συνήθη πρωτόκολλα ή μετά από ιατρικές συμβουλές.

Η ισχύουσα νομοθεσία σχετικά με το ποιος μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το θάνατο διαφέρει μεταξύ των χωρών. Πολλές καρδιακές ανακοπές εκτός νοσοκομείου περιθάλπονται από παραϊατρικό προσωπικό άμεσης επέμβασης (Emergency Medical Technicians, EMTs), που αντιμετωπίζουν διλλήματα σχετικά με την απόφαση πότε η αναζωογόνηση είναι ματαιοπονία και πότε αυτή θα πρέπει να διακοπεί. Γενικά, η αναζωογόνηση σε εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή θα πρέπει να ξεκινάει εκτός εάν υπάρχει νόμιμη εκ των προτέρων οδηγία για το αντίθετο ή είναι πρόδηλο πως η αναζωογόνηση θα είναι μάταιη σε περιπτώσεις θανατηφόρας κάκωσης, όπως αποκεφαλισμού, πτωματικής ακαμψίας, πτωματικών υποστάσεων και εμβρυϊκής εμβροχής. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο μη-ιατρός θέτει τη διάγνωση του θανάτου αλλά δεν πιστοποιεί το θάνατο, το οποίο στις περισσότερες χώρες μπορεί να γίνει μόνον από ιατρό.

Τι αποτελεί ματαιοπονία;

Ματαιοπονία υπάρχει όταν η αναζωογόνηση αναμένεται να είναι χωρίς όφελος, από την άποψη του να παρατείνει τη ζωή χωρίς αυτή να έχει αποδεκτή ποιότητα. Είναι προβληματικό το γεγονός πως, παρόλο που έχουν δημοσιευτεί προγνωστικοί παράγοντες μη-επιβίωσης μετά από επιχειρούμενη αναζωογόνηση, κανένας τους δεν έχει ελεγχθεί σε ικανής προγνωστικής αξίας δείγματος ασθενών, εκτός του τελικού σταδίου ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων μη αναστρέψιμης αιτιολογίας.⁵¹⁻⁵⁶ Επιπλέον, οι μελέτες για την αναζωογόνηση είναι ιδιαίτερα εξαρτώμενες από συστηματικούς παράγοντες όπως ο χρόνος έως την έναρξη της ΚΑΡΠΑ, ο χρόνος έως την απινίδωση, κ.τ.λ. Αυτοί οι χρόνοι μπορεί να είναι παρατεταμένοι συνολικά σε κάθε ομάδα μελέτης, όμως δεν είναι εφαρμοστέοι για κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Μοιραία, θα πρέπει να ληφθεί μία απόφαση, και θα υπάρχουν γκριζες περιοχές που απαιτούν την υποκειμενική κρίση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και βαριά επιβάρυνση του αναπνευστικού, ασφυξία, μείζον τραύμα, κρανιοεγκεφαλική κάκωση και νευρολογική νόσο. Η ηλικία του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την απόφαση, είναι όμως μόνον σχετικά αδύναμος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της έκβασης.⁵⁶⁻⁵⁸ Παρ'αυτά, η ηλικία συχνά σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισης συνοδών παθήσεων, η οποία όντως έχει επίδραση στην πρόγνωση. Στην αντίπερα όχθη, οι περισσότεροι ιατροί σφάλλουν προς την πλευρά της παρέμβασης στα παιδιά για συναισθηματικούς λόγους, παρόλο που συνολικά η πρόγνωση είναι συχνά χειρότερη στα παιδιά παρά στους ενήλικες. Γι' αυτό είναι σημαντικό οι κλινικοί ιατροί να κατανοούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της αναζωογόνησης.

Πότε θα πρέπει να διακόπτεται την προσπάθεια αναζωογόνησης

Στην μεγάλη πλειοψηφία τους οι προσπάθειες αναζωογόνησης δεν έχουν επιτυχία και ως εκ τούτου πρέπει να διακόπτονται. Αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν στη λήψη της απόφασης για διακοπή της προσπάθειας αναζωογόνησης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το ιατρικό ιστορικό και η αναμενόμενη πρόγνωση όπως αυτή διαμορφώνεται από τη χρονική περίοδο μεταξύ καρδιακής ανακοπής και έναρξης ΚΑΡΠΑ από παρευρισκόμενους και από επαγγελματίες υγείας, ο αρχικός ρυθμός στο ηλεκτροκαρδιοσκόπιο, το διάστημα που μεσολάβησε έως την απινίδωση και η χρονική περίοδος που εφαρμόζεται η Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (ALS) ενώ ο ασθενής παραμένει σε ασυστολία, η απουσία αναστρέψιμης αιτίας και μη επίτευξη ROSC.⁵⁹

Σε πολλές περιπτώσεις, και ιδιαίτερα σε εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή, η υποκείμενη αιτία της ανακοπής μπορεί να είναι άγνωστη ή απλή εικασία, και η απόφαση για έναρξη της αναζωογόνησης λαμβάνεται ενόσω συλλέγονται περαιτέρω πληροφορίες. Εάν γίνει σαφές πως η υποκείμενη αιτία καθιστά την κατάσταση ματαιοπονία, τότε η αναζωογόνηση θα πρέπει να εγκαταλείπεται εφόσον ο ασθενής παραμένει σε ασυστολία παρά την πλήρη εφαρμογή των μέτρων του ALS. Επιπλέον πληροφορίες όπως μία εκ των προτέρων οδηγία μπορεί να προκύψουν και να καταστήσουν τη διακοπή της προσπάθειας αναζωογόνησης ηθικά σωστή.

Γενικά, η αναζωογόνηση θα πρέπει να συνεχίζεται όσο η VF επιμένει. Είναι γενικώς αποδεκτό πως εμμένουσα ασυστολία για περισσότερο από 20 λεπτά, απουσία αναστρέψιμης αιτίας και με πλήρη εφαρμογή των μέτρων του ALS, συνιστά έρεισμα για διακοπή των περαιτέρω προσπαθειών αναζωογόνησης.⁶⁰ Υπάρχουν, ασφαλώς, αναφορές εξαιρετικών περιπτώσεων που επαληθεύουν το γενικό κανόνα, και κάθε περιστατικό θα πρέπει να εκτιμάται ξεχωριστά. Τελικά, η απόφαση βασίζεται στην κλινική εκτίμηση πως η καρδιακή ανακοπή του ασθενούς δεν ανταποκρίνεται στην ALS. Σε εκτός νοσοκομείου καρδιολογικής αιτιολογίας καρδιακή ανακοπή, εάν πρόκειται να υπάρξει ανάνηψη, η ROSC συνήθως λαμβάνει χώρα επιτόπου. Ασθενείς με πρωτοπαθή καρδιολογικής αιτιολογίας ανακοπή, που χρήζουν κατά τη μεταφορά στο νοσοκομείο συνεχιζόμενης ΚΑΡΠΑ χωρίς καθόλου ανάκτηση σφυγμού, σπάνια επιβιώνουν νευρολογικά άθικτοι.^{61,62}

Αρκετοί επιμένουν στην προσπάθεια αναζωογόνησης για περισσότερο χρόνο εάν ο ασθενής είναι παιδί. Αυτή η απόφαση δεν είναι γενικότερα αιτιολογημένη επιστημονικά, παρόλα τα ενθαρρυντικά νεότερα δεδομένα.⁶³ Παρόλα αυτά, η απόφαση να συνεχίσετε την προσπάθεια υπό το βάρος των οδυνηρών συνθηκών του θανάτου ενός παιδιού είναι απολύτως κατανοητή, και η δυνητικά αυξημένη ικανότητα αναγέννησης των νευρικών κυττάρων στα παιδιά μετά από μία ισχαιμική βλάβη είναι ακόμα και τώρα ένας άγνωστος παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Εάν έρθετε αντιμέτωποι με νεογέννητο βρέφος χωρίς ανιχνεύσι-

μη καρδιακή δραστηριότητα, που παραμένει μη ανιχνεύσιμη για 10 λεπτά, είναι θεμιτό να σκεφτείτε να διακόψετε την αναζωογόνηση.⁶⁴

Εκ των προτέρων οδηγίες

Εκ των προτέρων οδηγίες έχουν εισαχθεί σε αρκετές χώρες, δίδοντας έμφαση στη σπουδαιότητα της αυτονομίας του ασθενούς. Οι εκ των προτέρων οδηγίες είναι ένας τρόπος έκφρασης των επιθυμιών του ασθενούς σχετικά με τη μελλοντική φροντίδα της υγείας του, και ειδικότερα ως προς το τέλος της ζωής του, και θα πρέπει να εκφράζονται όσο ο ασθενής είναι σε καλή διανοητικά κατάσταση και όχι υπό την απειλή ψυχολογικής βίας. Οι εκ των προτέρων οδηγίες είναι δυνατόν να καθορίζουν επακριβώς τα όρια που αφορούν στη φροντίδα κατά το τελικό στάδιο, συμπεριλαμβανομένης και της μη εφαρμογής της ΚΑΡΠΑ. Αυτό βοηθάει τους θεράποντες ιατρούς στην αξιολόγηση των επιθυμιών του ασθενούς, εάν ο ασθενής μεταπέσει σε κατάσταση διανοητικής ανεπάρκειας. Παραταύτα, μπορεί να εγερθούν προβλήματα. Ο συγγενής μπορεί να παρερμηνεύσει τις επιθυμίες του ασθενούς, ή να έχει έννομο συμφέρον στο θάνατο (ή στη συνεχιζόμενη διαβίωση) του ασθενούς. Από την άλλη, το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας τείνει να υποεκτιμά την επιθυμία των ασθενών για ζωή.

Οι γραπτές οδηγίες του ασθενούς, κατόπιν νομικά κατοχυρωμένης διαθήκης ζωής ή εξουσιοδότησης για κηδεμόνες υγείας είναι δυνατόν να εξαιλέψουν κάποια από τα προβλήματα, δεν είναι όμως χωρίς περιορισμούς. Ο ασθενής θα πρέπει να περιγράψει όσο το δυνατόν επακριβώς την προβλεπόμενη κατάσταση κατά την οποία η υποστήριξη της ζωής του θα πρέπει να μην παρασχεθεί ή να διακοπεί. Σε αυτήν την περιγραφή μπορεί να τον βοηθήσει κάποιος ιατρικός σύμβουλος. Για παράδειγμα, πολλοί θα προτιμούσαν να μην υποβληθούν σε ΚΑΡΠΑ παρουσία τελικού σταδίου ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων μη αναστρέψιμης αιτιολογίας, ενώ θα ήταν θετικοί στην προσπάθεια αναζωογόνησης σε περίπτωση κοιλιακής μαρμαρυγής (VF) σχετιζόμενης με θεραπεύσιμη πρωτοπαθή καρδιολογική νόσο. Οι ασθενείς πολλές φορές αλλάζουν γνώμη καθώς αλλάζουν και οι περιστάσεις, και γι' αυτό η εκ των προτέρων οδηγία θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο πρόσφατη και να λαμβάνει υπόψη κάθε πιθανή αλλαγή των περιστάσεων.

Κατά την αφνίδια εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή, το υγειονομικό προσωπικό συνήθως δε γνωρίζει την προηγούμενη κατάσταση της υγείας και τις επιθυμίες του ασθενούς, και η εκ των προτέρων οδηγία συχνά δεν είναι διαθέσιμη άμεσα. Υπό αυτές τις συνθήκες, η αναζωογόνηση θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως και στη συνέχεια να απευθύνονται οι ερωτήσεις. Δεν υπάρχει ηθική διαφορά στο να διακοπεί προσπάθεια αναζωογόνησης που έχει ξεκινήσει εφόσον στο προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας παρουσιαστεί στη συνέχεια η εκ των προτέρων οδηγία που καθορίζει τα όρια της φροντίδας. Υπάρχουν διεθνώς σημαντικές αποκλίσεις στη στάση των ιατρών απέναντι σε έγγραφα εκ των προτέρων οδηγιών.¹ Σε ορισμένες χώρες, οι γραπτές εκ των

προτέρων οδηγίες θεωρούνται πως είναι νομικά δεσμευτικές, ενώ σε άλλες χώρες δεν είναι.

Οδηγίες Να Μην Επιχειρηθεί-Αναζωογόνηση

Η οδηγία Να Μην Επιχειρηθεί Αναζωογόνηση (DNAR), (ή όπως πρόσφατα αναφέρεται ως απόφαση DNACPR), είναι ένα νομικά δεσμευτικό έγγραφο που δηλώνει πως δε θα πρέπει να επιχειρηθεί αναζωογόνηση σε περίπτωση καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής, εννοώντας πως δε θα πρέπει να γίνει ΚΑΡΠΑ. Άλλου είδους αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται, ιδιαίτερα η ανακούφιση από τον πόνο και η καταστολή, όσο χρειάζεται και όσο ενδείκνυται, εφόσον θεωρείται πως συμβάλει στην ποιότητα της ζωής. Διαφορετικά, ειδικές οδηγίες να μη συνεχιστεί ή μη ξεκινήσει καμιά τέτοιου είδους αγωγή θα πρέπει να ορίζονται επακριβώς ανεξάρτητα από τις οδηγίες DNAR. Για πολλά χρόνια, οδηγίες DNAR έγραφαν οι ιατροί, συχνά χωρίς να συμβουλευόταν τον ασθενή, τους συγγενείς ή το λοιπό ιατρικό προσωπικό, όμως τώρα υπάρχουν σαφείς προϋποθέσεις ως προς τη διαδικασία αυτή σε πολλές χώρες.⁶⁵

Παρόλο που η τελική απόφαση για DNAR θα πρέπει να ληφθεί από τον πιο έμπειρο θεράποντα ιατρό του ασθενούς, είναι φρόνιμο να ζητήσει τη συμβουλή συναδέλφων του πριν να λάβει την απόφαση. Ακολουθώντας την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς είναι συνετό, εάν είναι δυνατό, να διακριβώσει τις επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την προσάθεια αναζωογόνησης. Αυτό θα πρέπει να γίνεται εκ των προτέρων, όταν ο ασθενής είναι ικανός να λάβει μια απόφαση κατόπιν ενημέρωσης. Οι απόψεις ποικιλούν ως προς το κατά πόσο τέτοιου είδους συζητήσεις θα πρέπει να γίνονται σε τακτική βάση για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο ή μόνον μετά από τη διάγνωση κατάστασης δυνητικά απειλητικής για τη ζωή του ασθενούς. Παρουσιάζοντας τα δεδομένα στον ασθενή, ο ιατρός θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο σίγουρος για τη διάγνωση και για την πρόγνωση και θα πρέπει να αναζητά και δεύτερη ιατρική γνώμη πάνω στο θέμα. Είναι κρίσιμης σημασίας ο ιατρός να μην επιτρέψει προσωπικές αξίες ζωής να διαστρεβλώσουν τη συζήτηση - σε ζητήματα αποδοχής συγκεκριμένης ποιότητας ζωής, θα πρέπει να υπερισχύσει η γνώμη του ασθενούς. Θεωρείται απαραίτητο για τον ιατρό να συνομιλεί με τους στενούς συγγενείς εάν είναι δυνατόν. Παρόλο ότι μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ιατρού, θα πρέπει να τους γίνει σαφές πως η τελική απόφαση θα είναι αυτή του ιατρού. Είναι άδικο και παράλογο να επωμιστεί την ευθύνη της απόφασης κάποιος συγγενής.

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία, ωστόσο δεν έχουν αυτομάτως το δικαίωμα να απαιτήσουν κάποια ειδική θεραπεία - δεν μπορούν να επιμένουν πως θα πρέπει να επιχειρηθεί αναζωογόνηση κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει θεραπεία μόνον εφόσον είναι πολύ πιθανόν να ωφελήσει τον ασθενή, και δεν υποχρεούται να παρέχει θεραπεία που είναι μάταιη. Παραταύτα, είναι συνετό να ζητήσει και μια δεύτερη γνώμη στη λήψη

της απόφασης, από το φόβο μήπως οι προσωπικές αξίες του ιατρού, ή το ζήτημα των διαθέσιμων μέσων, επηρεάσουν τη γνώμη του ή της.⁶⁶

Διάφορες μελέτες γύρω από την καρδιακή ανακοπή σε ενήλικες ασχολήθηκαν με την επίπτωση των εκ των προτέρων οδηγιών και των DNAR οδηγιών στην εφαρμογή των κατάλληλων προσπαθειών αναζωογόνησης. Οι περισσότερες μελέτες είναι παλιές και συχνά αντικρουόμενες.⁶⁷⁻⁷⁶ Οι τυποποιημένες οδηγίες περιορισμού των θεραπειών που διατηρούν τη ζωή μειώνουν τις περιπτώσεις μάταιων προσπαθειών αναζωογόνησης και πρέπει να εξασφαλίζουν ότι τιμώνται οι επιθυμίες του ενήλικα ασθενούς. Οι οδηγίες θα πρέπει να είναι ειδικές, λεπτομερείς, και καθολικά εφαρμόσιμες στο σύστημα υγείας, καθώς και ευκολονόητες. Διαδικασίες, πρωτόκολλα, και συστήματα θα πρέπει να αναπτυχθούν που να ταιριάζουν στην τοπική κουλτούρα και νομικοί περιορισμοί που να επιτρέπουν στο προσωπικό που παρέχει φροντίδες υγείας να τιμά τις επιθυμίες των ασθενούν που αφορούν στις προσπάθειες αναζωογόνησης.

Εξασφάλιση οργάνων

Το ζήτημα της έναρξης θεραπείας που παρατείνει την ζωή ή της συνέχισης μάταιων προσπαθειών αναζωογόνησης με μοναδικό σκοπό τη λήψη οργάνων είναι αμφιλεγόμενο.^{77,78} Υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ των χωρών και των πολιτιστικών παραδόσεων τους σχετικά με την ηθική αυτής της διαδικασίας, και επί του παρόντος δεν υπάρχει επιστημονική συναίνεση. Εάν σκεπτόσαστε να παρατείνετε την ΚΑΡΡΙΑ και τα λοιπά μέσα αναζωογόνησης ώστε να δώσετε τη δυνατότητα της δωρεάς οργάνων, σε αυτήν την περίπτωση ο συσκευές μηχανικών συμπίεσεων μπορούν να φανούν χρήσιμες.^{79,80}

Η παρουσία της οικογένειας κατά την αναζωογόνηση

Η ιδέα της παρουσίας μέλους της οικογένειας κατά την αναζωογόνηση τέθηκε προς συζήτηση τη δεκαετία του 1980 και έχει γίνει αποδεκτή πρακτική σε πολλές χώρες.⁸¹⁻⁸⁶ Πολλοί συγγενείς θα ήθελαν να παρευρίσκονται κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης και, από αυτούς που είχαν πρόμοια εμπειρία, πάνω από το 90% θα το επαναλάμβαναν εάν χρειαζόταν. Οι περισσότεροι γονείς θα επιθυμούσαν να βρίσκονται με το παιδί τους εκείνη την ώρα.⁸²

Οι συγγενείς θεωρούν ότι αποκομίζουν πολλά οφέλη όταν τους επιτρέπεται να είναι παρόντες κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης, συμπεριλαμβανομένου να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα του θανάτου. Ωστόσο, κάτι τέτοιο αποτελεί μια επιλογή που πρέπει να γίνει εξ ολοκλήρου από τους συγγενείς. Αρκετά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται για να διασφαλιστεί πως η εμπειρία του συγγενούς θα είναι το δυνατόν η καλύτερη υπό τις υπάρχουσες συνθήκες. Σε αυτό περιλαμβάνεται και η ανάθεση προσωπικού για να φροντίσει τους συγγενείς.^{87,88}

Στη περίπτωση εκτός νοσοκομείου καρδιακής ανακοπής,

οι συγγενείς μπορεί να είναι ήδη παρόντες, και πιθανόν να εφαρμόζουν Βασική Υποστήριξη της Ζωής (BLS). Θα πρέπει να τους δοθούν οι ίδιες ευκαιρίες και να εκτιμηθούν οι προσπάθειές τους ως παρευρισκόμενοι που προσφέρουν BLS. Καθώς αυξάνεται η εμπειρία της παρουσίας των συγγενών κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης, είναι φανερό πως σπάνια, μα όχι ποτέ, προκύπτουν προβλήματα. Πριν δεκαπέντε χρόνια, η πλειοψηφία των μελών των ομάδων αναζωογόνησης δε θα ενθάρρυνε την παρουσία των συγγενών κατά την αναζωογόνηση, όμως υπάρχει μια ολοένα αυξανόμενη ανοικτή συμπεριφορά και αναγνώριση της αυτονομίας τόσο του ασθενούς όσο και των συγγενών.¹ Διεθνείς πολιτιστικές και κοινωνικές αποκλίσεις υπάρχουν ακόμα, και αυτό θα πρέπει να γίνεται αντιληπτό και να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία.

Η επιστημονική έρευνα στην αναζωογόνηση και η συναίνεση μετά από ενημέρωση

Υπάρχει ουσιαστική ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας της αναζωογόνησης και ως εκ τούτου της μακροχρόνιας έκβασης. Για να επιτευχθεί αυτό, η έρευνα και οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες είναι καίριας σημασίας, όχι μόνο για να εισάγουν νέες και καλύτερες παρεμβάσεις, αλλά και για να εγκαταλειφθούν αναποτελεσματικές και ακριβές μέθοδοι και φάρμακα, είτε παλαιότερα είτε πιο σύγχρονα. Η συναίνεση στην ΚΑΡΡΙΑ, ILCOR 2010 και την Επείγουσα Καρδιολογική Φροντίδα (ECC) καταδεικνύει καθαρά πως πολλές σύγχρονες πρακτικές στηρίζονται στην παράδοση και όχι στην επιστημονική τεκμηρίωση.^{89,90}

Υπάρχουν σημαντικά θέματα δεοντολογίας και ηθικής που σχετίζονται με τη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών σε ασθενείς σε καρδιακή ανακοπή οι οποίοι δεν είναι σε θέση να δώσουν συγκατάθεση μετά από ενημέρωση για να συμμετέχουν σε ερευνητικές μελέτες. Η πρόοδος ως προς τη βελτίωση των πενιχρών ποσοστών επιτυχημένης αναζωογόνησης θα προέλθει μόνον από την προαγωγή της επιστήμης μέσα από κλινικές μελέτες. Η ωφελιμιστική άποψη της ηθικής και δεοντολογίας προσβλέπει στο μεγαλύτερο κέρδος για τους περισσότερους ανθρώπους. Αυτό θα πρέπει να ισορροπεί σε σχέση με την αυτονομία του ασθενούς, σύμφωνα με την οποία ασθενείς δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε ερευνητικές μελέτες χωρίς να λαμβάνεται η συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση. Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, νομικές οδηγίες έχουν ενσωματωθεί στις ΗΠΑ και στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα^{91,92} οι οποίες θέτουν σημαντικούς περιορισμούς στην έρευνα σε ασθενείς κατά την αναζωογόνηση, χωρίς συναίνεση μετά από ενημέρωση από τον ασθενή ή από στενό του συγγενή.⁹³ Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν πως τέτοιου είδους κανόνες εμποδίζουν την πρόοδο στην αναζωογόνηση μέσα από την έρευνα.⁹⁴ Υποστηρίζεται πως αυτές οι νομικές οδηγίες έρχονται σε αντίθεση με το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην καλή ιατρική περίθαλψη όπως αυτή ορίστηκε στη Συμφωνία του Ελσίνκι.¹³ Οι αρχές των ΗΠΑ, σε πολύ περιο-

ρισμένο βαθμό, αναζητούν τρόπους να ενσωματώσουν σε αυτές τις οδηγίες διαδικασίες εξαιρέσεως⁹⁵, όμως ακόμα υπάρχουν προβλήματα και σχεδόν ανυπέρβλητες δυσκολίες.^{94,96,97}

Η επιστημονική έρευνα και η εκπαίδευση επί του προσφάτως θανάτου

Η επιστημονική έρευνα γύρω από τον προσφάτως θανόντος αντιμετωπίζει παρόμοιους περιορισμούς εκτός εάν προηγουμένως έχει εκχωρηθεί άδεια ως μέρος των εκ των προτέρων οδηγιών από τον ασθενή, ή εκτός εάν παραχωρηθεί άμεσα η άδεια από τον πλησιέστερο συγγενή. Ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η αναζωογόνηση μπορεί να διδαχθεί με τη χρήση σεναρίων σε ανατομικά προπλάσματα και σύγχρονους προσομοιωτές ή σε πειραματόζωα, όμως η εκπαίδευση σε ορισμένες δεξιότητες που απαιτούνται κατά την αναζωογόνηση είναι εμφανώς δύσκολη. Συνεπώς, το ερώτημα που εγείρεται είναι κατά πόσο είναι δεοντολογικά και ηθικά πρέπει να διενεργείται εκπαίδευση και πρακτική άσκηση σε ζωντανούς ή σε νεκρούς ασθενείς. Υπάρχει μεγάλη διαφορά απόψεων σε αυτό το θέμα.^{98,99} Πολλοί, και ιδιαίτερα των Ισλαμικών κρατών, θεωρούν την ιδέα της εκπαίδευσης σε δεξιότητες και της πρακτικής άσκησης στον πρόσφατα θανόντα εντελώς απαράδεκτη λόγω ενός εγγενούς σεβασμού προς το νεκρό σώμα. Άλλοι, θα αποδέχονταν την εφαρμογή μη-επεμβατικών μεθόδων που δεν αφήνουν σημάδι, και ορισμένοι δέχονται ότι οποιαδήποτε πρακτική μέθοδος μπορεί να διδαχθεί στο νεκρό σώμα, με τη δικαιολογία πως η εκμάθηση των δεξιοτήτων είναι ύψιστης σημασίας για την ευημερία των μελλοντικών ασθενών. Μία εναλλακτική δυνατότητα είναι να ζητείται η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση σχετικά με τη διαδικασία από τον συγγενή του θανόντος. Συστήνεται όπως οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν την τακτική της περιοχής αλλά και του νοσοκομείου όσον αφορά σε αυτό το θέμα και να ακολουθούν την καθιερωμένη τακτική.

Περίληψη

Η αιφνίδια καρδιακή ανακοπή αποτελεί παγκόσμια πρόκληση. Κάποιοι θάνατοι είναι δυνατόν να προβλεφθούν και κάποιες ανακοπές μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία και να έχουν πολύ καλή μακροχρόνια έκβαση. Ωστόσο, οι περισσότερες προσπάθειες αναζωογόνησης είναι άκαρπες και ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής αποτελούν σημαντικό μέρος της αναζωογόνησης.

Η επιστημονική τεκμηρίωση δεν προσφέρει ιδιαίτερες κατευθύνσεις γύρω από τις αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής. Μολαταύτα, λόγω της σπουδαιότητας του θέματος, το ERC παραθέτει αυτές τις οδηγίες σχετικά με αυτό το σημαντικό και δύσκολο θέμα για το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας. Οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής είναι σύνθετες και επηρεάζονται από ατομικούς, διεθνείς και τοπικούς πολιτιστικούς, νομικούς, παραδοσιακούς, θρησκευτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Οι λύσεις θα πρέπει να προσαρμόζονται αναλόγως. Ορισμένες φορές οι αποφάσεις λαμβάνονται εκ των προτέρων, όμως συχνά αυτές οι δύσκολες αποφάσεις πρέπει να ληφθούν σε συνθήκες επείγοντος και στηριζόμενοι σε περιορισμένη πληροφόρηση. Συνεπώς, είναι σημαντικό για το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας να κατανοεί τις αρχές που εμπλέκονται, τις προκλήσεις και την ανάγκη για επιστημονική έρευνα γύρω από την αναζωογόνηση. Οι συλλογισμοί για τις αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής και οι ηθικοί προβληματισμοί θα πρέπει ζυμώνονται εκ των προτέρων μέσω της εκπαίδευσης, των συζητήσεων και της ανάδρασης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ενδυναμώνεται περαιτέρω η ατομική ηθική αξιολόγηση.

Ευχαριστίες

Αυτό το κεφάλαιο αφιερώνεται στη μνήμη του εκλιπόντος Peter J.F. Basket, που ήταν ο προηγούμενος και κύριος συγγραφέας αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών για την ηθική.¹⁰⁰

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004;62:267-73.
- da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do not resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;86:F115-9.
- Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Med Ethics* 2001;27:186-91.
- De Leeuw R, Cuttini M, Nadai M, et al. Treatment choices for extremely preterm infants: an international perspective. *J Pediatr* 2000;137:608-16.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the ethicist study. *JAMA* 2003;290:790-7.
- Ho NK. Decision-making: initiation and withdrawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. *Singapore Med J* 2001;42:402-5.
- Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. *Lancet* 2000;355:2112-8.
- Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nursing Ethics* 1998;5:218-27.
- Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. *West J Med* 1992;157:323-7.
- Edgren E. The ethics of resuscitation, differences between Europe and the USA-Europe should not adopt American guidelines without debate. *Resuscitation* 1992;23:85-90.
- B'low H-H, Sprung C, Reinhart K, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intens Care Med* 2008;34:423-30.
- Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Association WM. Declaration of Helsinki Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly Helsinki, Finland, June 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, 52nd, 55th and 59th WMA Assemblies. Helsinki: World Medical Association; 1964.
- Shuster M, Billi JE, Bossaert L, et al. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Part 4: Conflict of interest manage-

- ment before, during, and after the 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010; doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.024, in press.
15. 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.
 16. Atwood C, Eisenberg MS, Herlitz J, Rea TD. Incidence of EMS-treated out of hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* 2005;67:75-80.
 17. Nichol G, Aufderheide TP, Eigel B, et al. Regional systems of care for out-of-hospital cardiac arrest: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:709-29.
 18. Organisation WH. World Health Report 2002; 2002.
 19. Organisation WH. Global status report on road safety 2009.
 20. Organisation WH. WHO World Health Statistics 2009 and 2010; 2009.
 21. Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969-87.
 22. Layon AJ, Modell JH. Drowning: update 2009. *Anesthesiology* 2009;110:1390-401.
 23. Moulart VRMP, Verbunt JA, van Heugten CM, Wade DT. Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation* 2009;80:297-305.
 24. Holler NG, Mantoni T, Nielsen SL, Lippert F, Rasmussen LS. Long-term survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2007;75:23-8.
 25. van Alem AP, de Vos R, Schmand B, Koster RW. Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Am Heart J* 2004;148:416-21.
 26. Bunch TJ, White RD, Gersh BJ, et al. Long-term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early defibrillation. *N Engl J Med* 2003;348:2626-33.
 27. Nichol G, Stiell IG, Hebert P, Wells GA, Vandemheen K, Laupacis A. What is the quality of life for survivors of cardiac arrest? A prospective study. *Acad Emerg Med* 1999;6:95-102.
 28. Stiell I, Nichol G, Wells G, et al. Health-related quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. *Circulation* 2003;108:1939-44.
 29. Granja C, Cabral G, Pinto AT, Costa-Pereira A. Quality of life 6-months after cardiac arrest. *Resuscitation* 2002;55:37-44.
 30. Lettieri C, Savonitto S, De Servi S, et al. Emergency percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction complicated by out-of-hospital cardiac arrest: early and medium-term outcome. *Am Heart J* 2009;157:569-75, e1.
 31. Tiainen M, Poutiainen E, Kovala T, Takkunen O, Hoppola O, Roine RO. Cognitive and neurophysiological outcome of cardiac arrest survivors treated with therapeutic hypothermia. *Stroke* 2007;38:2303-8.
 32. Graf J, Muhlhoff C, Doig GS, et al. Health care costs, long-term survival, and quality of life following intensive care unit admission after cardiac arrest. *Crit Care* 2008;12:R92.
 33. Horsted TI, Rasmussen LS, Meyhoff CS, Nielsen SL. Long-term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2007;72:214-8.
 34. Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schuppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002;53:7-13.
 35. O'Reilly SM, Grubb NR, O'Carroll RE. In-hospital cardiac arrest leads to chronic memory impairment. *Resuscitation* 2003;58:73-9.
 36. 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;66:285-9.
 37. Iwami T, Kawamura T, Hiraide A, et al. Effectiveness of bystander-initiated cardiac-only resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2007;116:2900-7.
 38. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2003;58:297-308.
 39. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. *Resuscitation* 2010;81:1305-52.
 40. Rossetti AO, Oddo M, Loggrosino G, Kaplan PW. Prognostication after cardiac arrest and hypothermia: a prospective study. *Ann Neurol* 2010;67:301-7.
 41. Gilbert M, Busund R, Skagseth A, Nilsen P?, Solb? JP. Resuscitation from accidental hypothermia of 13.7 °C with circulatory arrest. *Lancet* 2000;355:375-6.
 42. Mohr M, Kettler D. Ethical aspects of emergency medicine. *Anaesthesist* 1997;46:275-81.
 43. Horsted TI, Rasmussen LS, Lippert FK, Nielsen SL. Outcome of out-of-hospital cardiac arrest-why do physicians withhold resuscitation attempts? *Resuscitation* 2004;63:287-93.
 44. Morrison LJ, Visentin LM, Kiss A, et al. Validation of a rule for termination of resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2006;355:478-87.
 45. Richman PB, Vadeboncoeur TF, Chikani V, Clark L, Bobrow BJ. Independent evaluation of an out-of-hospital termination of resuscitation (TOR) clinical decision rule. *Acad Emerg Med* 2008;15:517-21.
 46. Morrison LJ, Verbeek PR, Zhan C, Kiss A, Allan KS. Validation of a universal prehospital termination of resuscitation clinical prediction rule for advanced and basic life support providers. *Resuscitation* 2009;80:324-8.
 47. Skrifvars MB, Vayrynen T, Kuisma M, et al. Comparison of Helsinki and European Resuscitation Council "do not attempt to resuscitate" guidelines, and a termination of resuscitation clinical prediction rule for out-of-hospital cardiac arrest patients found in asystole or pulseless electrical activity. *Resuscitation* 2010;81:679-84.
 48. Hillman K, Chen J, Cretikos M, et al. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2091-7.
 49. Parr MJ, Hadfield JH, Flabouris A, Bishop G, Hillman K. The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reasons for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders. *Resuscitation* 2001;50:39-44.
 50. Hillman K, Parr M, Flabouris A, Bishop G, Stewart A. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. *Resuscitation* 2001;48:105-10.
 51. Danciu SC, Klein L, Hosseini MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation* 2004;62:35-42.
 52. 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.
 53. Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT. Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004;63:145-55.
 54. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, ?ngquist K-A, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004;90:1114-8.
 55. Herlitz J, Svensson L, Silverstolpe J, et al. Characteristics and outcome amongst young adults suffering from out-of-hospital cardiac arrest in whom cardiopulmonary resuscitation is attempted. *J Intern Med* 2006;260:435-41.
 56. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, ?ngquist 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. *Am Heart J* 2005;149:61-6.
 57. Herlitz J, Engdahl 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.
 58. Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992;34:551-8.
 59. 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.
 60. Bonnin MJ, Pepe PE, Kimball KT, Clark Jr PS. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA*

- 1993;270:1457-62.
61. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993;270:1433-6.
 62. 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.
 63. 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.
 64. Wyllie J, Richmond S. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 7. Resuscitation of babies at birth. *Resuscitation* 2010;81:1389-99.
 65. Loertscher L, Reed DA, Bannon MP, Mueller PS. Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. *Am J Med* 2010;123:4-9.
 66. F?rde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2002;55:235-40.
 67. Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one Midwestern community. *Arch Intern Med* 1998;158:383-90.
 68. Tolle SW, Tilden VP, Nelson CA, Dunn PM. A prospective study of the efficacy of the physician order form for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1097-102.
 69. Dunn PM, Schmidt TA, Carley MM, Donius M, Weinstein MA, Dull VT. A method to communicate patient preferences about medically indicated lifesustaining treatment in the out-of-hospital setting. *J Am Geriatr Soc* 1996;44: 785-91.
 70. Lee MA, Brummel-Smith K, Meyer J, Drew N, London MR. Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): outcomes in a PACE program. Program of All Inclusive Care for the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 2000;48: 1343-4.
 71. Schmidt TA, Hickman SE, Tolle SW, Brooks HS. The physician orders for life-sustaining treatment program: Oregon emergency medical technicians' practical experiences and attitudes. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1430-4.
 72. Hickman SE, Nelson CA, Moss AH, et al. Use of the Physician Orders for Life- Sustaining Treatment (POLST) paradigm program in the hospice setting. *J Palliat Med* 2009;12:133-41.
 73. Teno J, Lynn J, Connors Jr AF, et al. The illusion of end-of-life resource savings with advance directives. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:513-8.
 74. Schneiderman LJ, Kronick R, Kaplan RM, Anderson JP, Langer RD. Effects of offering advance directives on medical treatments and costs. *Ann Intern Med* 1992;117:599-606.
 75. Teno JM, Stevens M, Spernak S, Lynn J. Role of written advance directives in decision making: insights from qualitative and quantitative data. *J Gen Intern Med* 1998;13:439-46.
 76. Teno J, Lynn J, Wenger N, et al. Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:500-7.
 77. Bell D. Emergency medicine and organ donation-a core responsibility at a time of need or threat to professional integrity. *Resuscitation* 2010;81:1061-2.
 78. Rady MY, Verheijde JL, McGregor JL. Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine. *Resuscitation* 2010;81:1069-78.
 79. 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.
 80. Mateos-Rodr?guez A, Pardillos-Ferrer L, Navalpotro-Pascual JM, Barba-Alonso C, Martin-Maldonado ME, Andr?s-Belmonte A. Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. *Resuscitation* 2010;81:904-7.
 81. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5.
 82. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999;34:70-4.
 83. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2323-8.
 84. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002;40:193-205.
 85. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW, Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1238-49.
 86. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6:255-8.
 87. Eichhorn DJ, Meyers T, Guzzetta CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *Am J Nurs* 2001;101:48-55.
 88. Wagner JM. Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2004;13:416-20.
 89. Gazmuri RJ, Nolan JP, Nadkarni VM, et al. Scientific knowledge gaps and clinical research priorities for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care identified during the 2005 International Consensus Conference on ECC and CPR Science with Treatment Recommendations. A consensus statement from the International Liaison Committee on Resuscitation, the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, the Stroke Council, and the Cardiovascular Nursing Council. *Resuscitation* 2007;75:400-11.
 90. Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE et al. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Part 1: Executive summary. *Resuscitation*; doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.002.
 91. U.S. Department of Health and Human Services, Protection of Human Subjects: Informed Consent and Waiver of Informed Consent Requirements in Certain Emergency Research. Final Rules. Codified at 21 CFR, Part 50, and 45 CFR, Part Fed Regist 1996;61:51500-33.
 92. Fontaine N, Rosengren B. Directive/20/EC of the European Parliament and Council of 4th April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of trials on medical products for human use. *Off J Eur Commun* 2001;212:34-44.
 93. Lemaire F, Bion J, Blanco J, et al. The European Union Directive on Clinical Research: present status of implementation in EU member states' legislations with regard to the incompetent patient. *Intens Care Med* 2005;31:476-9.
 94. Nichol G, Huszti E, Rokosh J, Dumbrell A, McGowan J, Becker L. Impact of informed consent requirements on cardiac arrest research in the United States: exception from consent or from research? *Resuscitation* 2004;62:3-23.
 95. Protection of human subjects, informed consent-FDA. Final rule. *Fed Regist* 1996;61:51498-533.
 96. Mosesso Jr VN, Brown LH, Greene HL, et al. Conducting research using the emergency exception from informed consent: the Public Access Defibrillation (PAD) Trial experience. *Resuscitation* 2004;61:29-36.
 97. Hiller KM, Haukoos JS, Heard K, Tashkin JS, Paradis NA. Impact of the Final Rule on the rate of clinical cardiac arrest research in the United States. *Acad Emerg Med* 2005;12:1091-8.
 98. Morag RM, DeSouza S, Steen PA, et al. Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med* 2005;165:92-6.
 99. Hergenroeder GW, Prator BC, Chow AF, Powner DJ. Postmortem intubation training: patient and family opinion. *Med Educ* 2007;41:1210-6.
 100. Baskett PJ, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2005;67:S171-80.

CRITICAL CARE DEPARTMENTS



25-26 ΜΑΙΟΥ 2012

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ 251 ΓΝΑ • ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

10

ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ

Περικλής

Σοκράτης

Π. Μελάς

Ι. Καποδίστριας

Μέγας Αλέξανδρος

Μ. Μερκούρη

Θ. Κολοκοτρώνης

Μ. Χατζιδάκις

Πόντος

Ο. Ελύτης

Γ. Παπανικολάου

ΜΟΡΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:

Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας

Ελληνική Αναισθησιολογική Εταιρεία

Ελληνική Εταιρεία Αναισθησιολογίας & Εντατικής Ιατρικής Β. Ελλάδος

Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία

www.armyicu.gr

Αγαπητοί συνάδελφοι,

σας κάνω έκκληση - πρόσκληση στους δύσκολους καιρούς που ζούμε να συμπαρασταθείτε σε αυτήν μας την προσπάθεια, να γεμίσετε το αμφιθέατρο, δίνοντας κουράγιο αλλά και τιμώντας τους ξένους συναδέλφους που μας τιμούν με προσωπικό τους κόστος, τασσόμενοι αλληλέγγυοι στην Ελλάδα. Θέλουμε να κρατηθούμε όρθιοι και να μην τους δώσουμε το δικαίωμα...

“Δειλοί, μοιραίοι και άβουλοι αντάμα, προσμένουμε ίσως κάποιο θαύμα...”, μας ψιθυρίζει ο ποιητής, προσπαθώντας να μας πείσει πως

τα θαύματα γίνονται **όταν υπάρχει ανδρεία, όταν υπάρχειν θέληση, όταν κυριαρχεί η γνώση αλλά και η πίστη στα ιδανικά και τις αξίες,**

όταν είμαστε μαζί και όχι χώρια... τότε μπορούμε να περιμένουμε ΙΣΩΣ να έρθει το θαύμα...

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Γ. Ανθόπουλος

Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος

Διευθυντής ΜΕΘ 251 ΓΝΑ

Dear Colleagues,

As we are living in difficult times, we would ask you to attend this Congress and fill the amphitheatre...

In this way supporting us in our attempt and giving us courage. Also honour your foreign colleagues who will honour us with their presence, showing solidarity to Greece.

We have to resist!!

“Cowards, fatal and spineless people, we are expecting a miracle to happen...”, as the poet says, trying to persuade us that miracles happen when there is bravery, willingness and faith to the ideals and values, when people acting together and not individually...only then we could expect the miracle to happen...!

President of the Organizing Committee

G. Anthopoulos

Anesthesiologist - Intensivist

Director of Intensive Care Unit, 251 Air Force General Hospital



Παρεσκευή, 25 Μαΐου 2012

Εισαγωγή

08:00 Προσέλευση - Εγγραφές

09:00 Χαιρετισμοί

09.30 Keynote Speaker: Aikaterini Polimerou - Kamilaki

Διευθύντρια Κέντρου Λαογραφίας της Ακαδημίας Αθηνών

“Της Τρίκας το Γεφύρι” Απο τη Ζωή στο Θάνατο

10:00 Apostolos Armaganides, Georgios Anthopoulos: 10ος χρόνος του Συμποσίου Εντατικής Θεραπείας Ενόπλων Δυνάμεων: Τι μάθαμε το διάστημα αυτό πάνω στην εντατικολογία στην Ελλάδα και στις ένοπλες δυνάμεις;

10.30 - 12.30 Συντονιστής: Georgios Mpaltoopoulos

Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

10:30 Nobuo Fuke: Μαθήματα από την καταστροφή της Fukosima

Αναπνευστικό σύστημα

11:00 David Linton: «Εξυπνος» μηχανικός αερισμός στην ΜΕΘ. Η εμπειρία μας με την χρήση των αυτόματων αναπνευστήρων και οι πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα αυτόν

11:30 Charisios Skourtis: Αντιμετώπιση της οξείας πνευμονικής υπέρτασης στην ΜΕΘ

12:00 Jean Jacques Rouby: Κίνδυνοι σχετιζόμενοι με την διαγνωστική απεικόνιση και την έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία του ασθενή με ARDS, ιδιαίτερα όταν απαιτείται μεταφορά του. Εναλλακτικές δυνατότητες

12:30 Eran Segal: High Frequency Jet Ventilation στον ασθενή της ΜΕΘ

13:00 Διάλειμμα

14:00 Παρουσίαση Case Reports

Συντονιστής: Georgios Liapis

Παθολόγος - Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘ 401 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Παρουσίαση και βράβευση των τριών καλύτερων case reports

Τραύμα

14.30 - 16.30 Συντονιστής: Vasilios Bekos

Αντιπλοίαρχος ΠΝ, Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘ Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

14:30 Stavros Aloizos: Γενική και κατά συστήματα αντιμετώπιση του πολυτραυματία στην ΜΕΘ

15:00 Nobuo Fuke: Αντιμετώπιση πολυτραυματιών εξ' αιτίας φυσικών καταστροφών. Θέματα ιατρικά, συντονισμού και μεταφοράς

15:30 Mina Ntantana: Νοσηλευτική συμβολή στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία

16:00 Patrick Honore: Υπάρχουν ακόμη ενδείξεις για την χορήγηση των διαπυρροϊκών το 2012;

16:30 Andrew Thorniley - Chitambaram Veerapan: Τι είναι αυτό που μας συγκέντρωσε όλους εδώ σήμερα; Ο ρόλος των forum εντατικολογίας και του International Critical Care Discussion Group ειδικότερα

Σαββάτο, 26 Μαΐου 2012

Γενική θεματολογία

09.00 - 11.00 Συντονιστής: Alexandros Anastasakis

Διευθυντής ΜΕΘ Γεν. Νοσοκομείου "Ασκληπείου" Βούλας, Αθηνών

09:00 John Marshall: Η κριτική νόσος ως ιατρογενής νόσος

09:30 Clifford Deutschman: Η κριτική νόσος ως ενδοκρινής διαταραχή

10:00 Eran Segal: Η χρήση των ηλεκτρονικών φακέλων και των υπολογιστών στην ΜΕΘ με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

10:30 Graham Ramsay: Διευθύνοντας μια ΜΕΘ: Η επιπτώση της γενικότερης οικονομικής κατάστασης πάνω στην λειτουργία της ΜΕΘ

11:00 Paul Barach: Η επιπτώση του περιβάλλοντος της ΜΕΘ, του σχεδιασμού και της τεχνολογίας στην οργανωτική αλλαγή της ΜΕΘ και στην βελτίωση της αποτελεσματικότητάς της

11:30 Διάλειμμα καφέ

Εήψη

12.00 - 15.00 Συντονιστής: Asimina Maggina

Διευθύντρια ΜΕΘ Γεν. Νοσοκομείου "Αγία Όλγα"

12:00 Clifford Deutschman: Πρώιμη δυσλειτουργία πολλαπλών οργάνων στην ΜΕΘ, μήπως πρόκειται για μία αντίδραση προσαρμογής;

12:30 John Marshall: Εμπειρική αντιβίωση στην ΜΕΘ: Τα αποτελέσματα της μελέτης AATICC (Appropriate Antimicrobial Therapy In Critical Care)

13:00 Graham Ramsay: Αντιμετώπιση της βαρείας οξείας παγκρεατίτιδας στην ΜΕΘ

13:30 Djillali Annane: Ενδείξεις των χορηγούμενων υγρών σε σηπτικούς ασθενείς

14:00 Geof Bellingan: Συστηματική απολύμανση της πεπτικής οδού στην ΜΕΘ. Η σημασία της και η αποτελεσματικότητά της

14:30 Patrick Honore: Ποιά είναι η σωστή δόση της αιμοδιήθησης στην ΜΕΘ σήμερα; Ανασκόπηση των πρόσφατων αρνητικών μελετών και των προσφάτως ολοκληρωθέντων μελετών σχετικά με την αιμοδιήθηση υψηλού όγκου διηθητικότητας

15:00 Ανασκόπηση και λήξη του συμποσίου

Παρασκευή, 25 Μαΐου 2012

10:00 Rouby: Αυτόματη μέτρηση της κυψελιδικής επιστράτευσης με την χρήση της καμπύλης πίεσης - όγκου (παρουσίαση με χρήση βίντεο)

12:00 Tsagkourias: Υπερηχογράφημα πνευμόνων στην ΜΕΘ

Σάββατο, 26 Μαΐου 2012

10:00 Aloizos: Δύσκολος αεραγωγός στην ΜΕΘ

11:00 Barach: Πρακτικά εργαλεία για την αύξηση της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην ΜΕΘ

12:00 Benbenishty, Iliopoulou, Kleinpell: Νοσηλευτικές προκλήσεις στην ΜΕΘ

Πρόγραμμα Συνεδρίου

στα ελληνικά

ΑΙΤΗΣΗ

Προς την

Όνομα _____

Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής

Επώνυμο _____

Βορείου Ελλάδος.

Διεύθυνση Οικίας _____

Ημερομηνία: _____

(οδός, αριθμός, πόλη, ταχ. κωδ.) _____

Σας ζητώ να με γράψετε **τακτικό μέλος** της Εταιρείας:

- Αιτών/ούσα

Τηλ. _____

(υπογραφή)

Βραχύ Βιογραφικό Σημείωμα

Χρόνος Λήψεως Πτυχίου _____

Πανεπιστήμιο _____

Χρόνος Λήψεως Ειδικότητας _____

Νοσοκομείο/α στα οποία εκπαιδεύθηκα _____

Έχω εργασθεί στο/α Νοσοκομείο/α _____

Τώρα εργάζομαι _____



ΑΙΤΗΣΗ

Προς την

Όνομα _____

Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής

Επώνυμο _____

Βορείου Ελλάδος.

Διεύθυνση Οικίας _____

Ημερομηνία: _____

(οδός, αριθμός, πόλη, ταχ. κωδ.) _____

Σας ζητώ να με γράψετε **δόκιμο μέλος** της Εταιρείας:

- Αιτών/ούσα

Τηλ. _____

(υπογραφή)

Βραχύ Βιογραφικό Σημείωμα

Χρόνος Λήψεως Πτυχίου _____

Πανεπιστήμιο _____

Χρόνος Έναρξης Ειδικότητας _____

Προβλεπόμενος Χρόνος Τέλους Ειδικότητας _____

Νοσοκομείο στο οποίο εκπαιδεύομαι _____

