

Πού Οδηγούν οι Μάταιες Διασωληνώσεις: Σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή σε Μονάδες Επιβράδυνσης Θανάτου («ΜΕΘ»);

ΑΧΙΛΛΕΑΣ ΚΟΥΜΠΟΣ¹, ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΙΑΛΙΤΑΚΗ¹,
ΘΕΟΔΩΡΟΣ Α. ΠΕΠΠΑΣ², ΧΡΗΣΤΟΦΟΡΟΣ Δ. ΟΛΥΜΠΙΟΣ³

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

² Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Αγιος Παντελεήμων»

³ Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Λέξεις ευρετηρίου

Διασωλήνωση, πανδημία από κορωνοϊό, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Επικοινωνία

Χριστόφορος Δ. Ολύμπιος
Καρπάθου 13B, 166 73 Βούλα
E-mail: xdo@otenet.gr
Τηλ. Επικοινωνίας: 6944940405

Η πρόσφατη πανδημία του Covid-19 ανέδειξε το χρόνιο πρόβλημα της έλλειψης κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και επανάφερε στο προσκήνιο το πρόβλημα της μη επαρκούς ανάπτυξης τέτοιων κλινών ΜΕΘ στη χώρα μας. Ευχάριστο και επωφελές για το κοινωνικό σύνολο παρεπόμενο του σημαντικού αυτού προβλήματος, υπήρξε η κινητοποίηση της Πολιτείας για την όσο το δυνατόν ταχύτερη ανάπτυξη τέτοιων κλινών. Αν και πιο επιτακτικό στις μέρες μας, το ακανθώδες αυτό ζήτημα ξεκινά σχεδόν αμέσως με την δημιουργία των ΜΕΘ στην Ελλάδα. Δεν πρέπει όμως να λησμονείται ότι εξ ίσου επίκαιρο και ακανθώδες είναι το ερώτημα όχι μόνο πόσοι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση στις ΜΕΘ, αλλά και ποιοι θα είναι αυτοί που βάσει της τεκμηριωμένης ιατρικής θα ωφεληθούν πραγματικά από μια νοσηλεία στη ΜΕΘ. Η «ευκαιρία» που δίνει η πανδημία για την ορθότερη αξιολόγηση των κριτηρίων εισαγωγής στις ΜΕΘ (με δεδομένο την ανάγκη άριστης διαχείρισης αυτών των κλινών -σε συνδυασμό με τις ήδη τρέχουσες ενδείξεις-πάσης φύσης βαριά περιστατικά, τροχαία, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις) είναι επαρκής λόγος για τη παράθεση ορισμένων προβληματισμών.

Ιστορική Αναδρομή

Ήδη από τη δεκαετία του '50 είχαν αναπτυχθεί πολλά είδη αναπνευστήρων (τουλάχιστον 34) για τον μηχανικό αερισμό των αναισθητοποιημένων ασθενών. Όμως η εμπειρία χορήγησης θετικών πιέσεων έξω από τον χειρουργείο ήταν μηδαμινή. Η πανδημία πολιομυελίτιδας στην Κοπεγχάγη το 1952 βοήθησε στην ευρεία χρήση θετικών πιέσεων μειώνοντας τη θνητότητα από το 80% στο 20%, που επετεύχθη μέσω της συνεργασίας της αναισθησιολογίας και της μηχανικών μοντέλων αναπνευστικής υποστήριξης. Έτσι, η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας θα αντιμετώπιζε πιο αποτελεσματικά ιατρικά προβλήματα όπως, η υπερδοσολογία ναρκωτικών ουσιών, τέτανος

και μυασθένεια Gravis. Την ίδια στιγμή αναδείχθηκαν νέα ζητήματα όπως η τοξικότητα του οξυγόνου ή οι ίδιες οι επιπλοκές του θετικού αερισμού όπως το βαρότραυμα. Η ευρεία διάδοση του μηχανικού αερισμού εκτός χειρουργείου, σύντομα ανέδειξε νέα προβλήματα που η Ιατρική δεν είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν και πλέον ο μηχανικός αερισμός δεν αφορούσε μόνο επείγουσες καταστάσεις (νευρολογικά επειγόντα, άσθμα, πνευμονία, τραύμα) αλλά και χρόνιες καταστάσεις όπως καρκίνο τελικού σταδίου, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια. Έτσι η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής εξοικειώθηκε και ενσωμάτωσε σχεδόν κάθε ιατρική νόσο και όσοι την υπηρετούν θεωρήσαν ότι κάθε ακραία κατάσταση μπορεί εν δυνάμει να αντιμετωπιστεί. Εφόσον τα όρια διευρύνθηκαν τόσο πολύ και τόσο άκριτα, βρεθήκαμε μπροστά στο πρόβλημα της κατάχρησης του μηχανικού αερισμού με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις οι προσδοκίες του μηχανικού αερισμού να μην δικαιώνονται από την πραγματικότητα.

Το πρόβλημα

Έχει όνομα και περιγράφεται ως «μάταιες διασωληνώσεις», δηλαδή η μηχανική υποστήριξη των σωματικών λειτουργιών σε ασθενείς χωρίς τη χρήση κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού. Έτσι εγείρονται αμφιβολίες ως προς το αν προσφέρονται πραγματικές υπηρεσίες υγείας σε βαρέως πάσχοντες ενώ ταυτόχρονα πεθαίνουν μακριά από τους αγαπημένους τους χωρίς κανένα σεβασμό στην τελευταία ανθρώπινη πράξη, τον θάνατο. Στην Ελλάδα (αλλά ίσως και σε άλλες χώρες του κόσμου) ιατροί καλούνται να νοσηλεύσουν ασθενείς με επικείμενο θάνατο στους οποίους έγινε διασωλήνωση της τραχείας και τέθηκαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Η αναιτιολόγητη εφαρμογή της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού μόνον ταλαιπωρία προσφέρει στον ασθενή. Όχι σπάνιο παράδειγμα τέτοιο αποτελεί ασθενής που διασωληνώθηκε κατόπιν εντολής των θεραπόντων ιατρών με μόνο κριτήριο την ηλικία (68 έτη) ενώ είχε υποστεί βαρύ εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν μπορούσε να μιλήσει, σπιζόταν με ρινογαστρικό καθετήρα, είχε κατακλίσεις και διακομίσθηκε στο

Νοσοκομείο από το κέντρο αποκατάστασης με απώλεια συνείδησης και σπητική καταπληξία, σε έδαφος βαριάς πνευμονίας λόγω εισρόφησης. Ο εν λόγω ασθενής κατέληξε μετά από δύο μέρες νοσηλείας στο κρεβάτι της κλινικής. Εγείρονται έτσι σοβαρά ερωτήματα και αν δεν βελτιωθεί η κατάσταση, ερευνώντας και τεκμηριώνοντας επιστημονικά το ποιοι ασθενείς χρήζουν διασωλήνωσης και νοσηλείας στη ΜΕΘ, τότε οι ΜΕΘ θα γίνονται σταδιακά, αν δεν έχουν ήδη γίνει, Μονάδες Επιβράδυνσης Θανάτου, δομές μέσα στις οποίες θα επικρατεί η απογοήτευση από τα πιστοποιητικά θανάτου και το έμψυχο υλικό θα οδηγείται σε επαγγελματική εξουθένωση μιας και το κουράγιο τελικά το δίνουν οι ζωντανοί, την ίδια στιγμή που θα μένουν εκτός ΜΕΘ ασθενείς που αποδεδειγμένα θα μπορούσαν να βοηθηθούν. Αυτό που οφείλουμε σίγουρα να προσφέρουμε σε αυτούς τους ασθενείς είναι η επαρκής πρόληψη, η αποτελεσματική αναλγησία (εφόσον υπάρχει πόνος) και ό,τι συνάδει με την Ιατρική Δεοντολογία της παρηγορητικής Ιατρικής.

Ερωτήματα που τίθενται

1) Τι συμβαίνει με τις διασωληνώσεις στην Ελλάδα;

Υπάρχουν δύο εκ διαμέτρου αντίθετες καταστάσεις που όμως οριοθετούν και περιγράφουν το πρόβλημα. Αναφέρονται τα παρακάτω χαρακτηριστικά παραδείγματα. Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή που προσήλθε στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) Νοσοκομείου και διαπιστώθηκε ότι πάσχει από ηπατική ανεπάρκεια τελικού σταδίου με ελάχιστο προσδόκιμο επιβίωσης. Κατόπιν συζήτησης του αναισθησιολόγου με τους υπεύθυνους θεράποντες ιατρούς (σπάνια συγκυρία γιατί συνήθως ο αναισθησιολόγος εκτελεί την εντολή χωρίς καμία δυνατότητα κριτικής) αποφασίστηκε ότι δεν θα πρέπει να γίνει διασωλήνωση του ασθενούς ενημερώνοντας ταυτόχρονα και το συγγενικό περιβάλλον που ήταν σύμφωνο με αυτή την απόφαση. Ο ασθενής πέθανε μερικές ώρες αργότερα. Στη δεύτερη περίπτωση καλείται ο αναισθησιολόγος σε θάλαμο ορόφου να διασωληνώσει ασθενή σε κωματώδη κατάσταση με γενικευμένη καρκινωμάτωση σε έδαφος καρκίνου του πνεύμονα. Δεν υπήρξε ομόφωνη απόφαση μεταξύ του αναισθησιολόγου

και του θεράποντα σχετικά για την ματαιότητα της πράξης και αυτό οδήγησε στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση του ασθενούς. Ο ασθενής κατέληξε το ίδιο βράδυ στον θάλαμο νοσηλείας. Έτσι από τις δύο περιπτώσεις που περιγράφησαν, προκύπτει το κρίσιμο ερώτημα: **οι ασθενείς τελικά πεθαίνουν γιατί δεν διασωληνώθηκαν ή δεν διασωληνώθηκαν γιατί πρόκειται να πεθάνουν;**³ Για να απαντήσουμε στο δύσκολο ερώτημα θα πρέπει να μετρήσουμε πρώτα ποιοι ασθενείς επέζησαν και ποιοι όχι (εφόσον η μη εφαρμογή κριτηρίων οδηγεί στην διασωλήνωση και πιθανά στην εισαγωγή στη ΜΕΘ). Στόχος είναι να ξεκινήσει μία εποικοδομητική συζήτηση με όλους τους εμπλεκόμενους ιατρούς (θεράποντες, αναισθησιολόγους, εντατικολόγους) για το πού έχει οδηγήσει αυτή η συνήθης πρακτική, να διασωληνώνονται δηλαδή άκριτα οι ασθενείς ενώ βρίσκονται στο φυσικό τέλος της ζωής τους. Εφόσον δεν υπάρχουν κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού από τις ΜΕΘ, δημιουργούνται νέα μεγάλα ζητήματα σχετικά με το πότε αποσύρουμε την υποστήριξη σε όσους δεν μπορούν να τα καταφέρουν εντός μιας ΜΕΘ.

Έτσι, εισβάλλουν ξανά θέματα σχετικά με αξίες ασθενών και ηθικά προβλήματα που υποτίθεται θέλουμε να αντιμετωπίσουμε μέσα από την επαρκή τεκμηρίωση.

2) Γιατί οι ιατροί διενεργούν «μάταιες διασωληνώσεις»;

Φαίνεται ότι ενώ τους ιατρούς τους απασχολεί το πρόβλημα με τις **μάταιες διασωληνώσεις** όταν φτάνουν στο προκείμενο, διστάζουν και αρνούνται να αφήσουν ορισμένους ασθενείς να πεθάνουν ανθρώπινα παρέχοντας παρηγορητική φροντίδα και υποστήριξη ως το φυσικό τους τέλος. Δυστυχώς στις μέρες μας πολλοί γιατροί ασκούν αμυντική Ιατρική, επιθυμούν την αποποίηση ευθυνών και την μετάθεσή τους στους άλλους (συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, συγγενικό περιβάλλον, κ.ά.), φοβούμενοι τις μηνύσεις από την πλευρά των ασθενών ή των συγγενών τους και την εμπλοκή τους σε δικαστικές διαμάχες. Θεωρούν υπεύθυνους τους συγγενείς που προσκομίζουν τους ασθενείς στο Νοσοκομείο, οι οποίοι καθώς είναι απληροφόρητοι και πιεσμένοι πιάνονται από μια κενή ελπίδα, που δυστυχώς όμως δεν οδηγεί πουθενά. Επιπλέον η Ιατρική

υπερθεματίζει συστηματικά την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων και υποτιμά τις βλαβερές συνέπειες. Και από κοντά βέβαια τα ΜΜΕ με ηχηρούς τίτλους (ιδιαίτερα τον καιρό της πανδημίας) σαν αυτούς που καθημερινά σχεδόν βλέπουμε αυτόν τον καιρό: «Κατέληξε 94χρονος στη ΜΕΘ του τάδε Νοσοκομείου από κορωνοϊό», «Δεν τα κατάφερε 89χρονη με κορωνοϊό, έμφραγμα και καρκίνο τελικού σταδίου στη ΜΕΘ του δείνα Νοσοκομείου». Επιπρόσθετα, η εξέλιξη της τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα να υποστηρίζονται ασθενείς με νόσους που έχουν φτάσει στο τελικό στάδιο και δεν αναστρέφονται. Όλο αυτό δεν λέγεται Ιατρική Επιστήμη αλλά βίαιη τεχνολογία χωρίς οίκτο και ανθρωπιά. Επιπλέον οι ιατροί είναι και αυτοί μέλη της κοινωνίας όπου μοιράζονται από κοινού άυλα πολιτισμικά αγαθά, όπως το ότι πιστεύουν σε θαύματα.

3) Άραγε η διασωλήνωση είναι μια πολιτισμική συνήθεια, μια νομική πράξη ή μια τεκμηριωμένη επιστημονική θέση;

Είναι όλα μαζί και τίποτα από αυτά. Αυτό όμως μας οδηγεί στην εξής κατάσταση: από τη στιγμή που όλοι έχουν λόγο σε μια τέτοια απόφαση (ασθενείς, συγγενείς, ιατροί, οργανισμοί, κοινωνία, θρησκεία, δομές υγείας), τότε η Υγεία χάνει σε επιστημονικότητα με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Ενδιαφέρον επίσης έχει ότι διαφορετικές χώρες έχουν διαφορετικές αντιλήψεις περί ενός αγαθού, όπως για το οξυγόνο για παράδειγμα, και πως πρέπει να το προστατεύουμε (όπως μας αποκάλυψε η Γαλλίδα ασθενής Denise μέσω των γιατρών της αφού η ίδια αρνήθηκε να διασωληνωθεί «για να φτάσει για όλους» όπως χαρακτηριστικά ανέφερε). Αν σκεφτόμαστε στη βάση ενός συγκερασμού και των τριών εκδοχών, τότε και η αλήθεια βρίσκεται στη μέση. Όμως η Ιατρική Επιστήμη δεν πρέπει να συμβιβάζεται διαφορές σαν να είναι μια ακόμα δημοκρατική διαδικασία. Αντίθετα πρέπει να αθροίζει τεκμήρια και να τα αξιολογεί ώστε να μας βοηθούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων και στην άσκηση των Πολιτικών Υγείας. Αν η διασωλήνωση προσφέρει καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης ή καλύτερη ποιότητα ζωής, καλώς να γίνεται. Αν η διασωλήνωση δεν βοηθά, να μην γίνεται. Σε ποιους θα εφαρμοστεί, γιατί, πώς, και πότε, είναι καθαρά ιατρική υπό-

θεση και κακώς εμπλέκονται τόσοι άνθρωποι ή φορείς.

4) Μήπως έχουμε ξεχάσει να πεθάνουμε;

Οι Έλληνες πιστεύουν ότι είναι αθάνατοι και δεν φταίει μόνο ο χριστιανισμός ή η ιστορία μας. Για να καταλάβουμε τις πολιτισμικές διαφορές με την Βόρεια Ευρώπη ας πάρουμε το παράδειγμα της επίσης χριστιανικής Σουηδίας. Τι διαθέτουν μέσα στον χώρο ορισμένων Νοσοκομείων; Νεκροταφεία. Εμείς; Εκκλησίες. Όταν οι Έλληνες πηγαίνουμε στο Νοσοκομείο θεωρούμε ότι θα φύγουμε ζωντανό και πως δεν υπάρχει άλλο ενδεχόμενο. Ήταν πάντα έτσι φοβισμένοι οι Έλληνες απέναντι στο θάνατο; Όχι, φυσικά. Λέγαμε μοιρολόγια, κλαίγαμε όλοι μαζί στο σπίτι, γράφαμε τραγούδια για το θάνατο. Σήμερα ακόμα και οι λέξεις ενοχλούν. Λέμε «έφυγε» αντί για «πέθανε», τα τραγούδια μιλούν μόνο για τη ζωή και τον έρωτα, το κλειστό φέρετρο δεν μας αφήνει να δούμε τους νεκρούς μας, μήπως και δεν μπορούμε να κοιμηθούμε το βράδυ, τα νεκροταφεία είναι τόπος ταφής και όχι περιουλοχίας. Ίσως τα χωριά να κρατούν ακόμα Θερμοπούλες αλλά αργά η γρήγορα θα γίνουν και αυτά θύματα του ίδιου φόβου. Αν ο φιλόσοφος Κικέρων έχει δίκιο όταν λέει «η φιλοσοφία είναι μάθηση θανάτου», τότε στις μέρες μας δεν φιλοσοφούμε. Εφόσον δεν φιλοσοφούμε, είμαστε καταδικασμένοι στην άγνοια (και της ζωής και του θανάτου).

5) Θα μπορούσε να νομοθετηθεί ένα «δικαίωμα στη διασωλήνωση»;

Ακούγεται συχνά η θέση ότι δεν πρέπει να αφήνουμε τους ασθενείς να υποφέρουν πριν το θάνατο και πως πρέπει να διασωληνώνονται για ηθικούς λόγους. Με την πρόοδο όμως της παρηγορητικής Ιατρικής και τα ιατρικά πόνο κανείς συνάνθρωπός μας δεν μένει αβοήθητος. Επίσης η πράξη της διασωλήνωσης όταν είναι μάταιη, κάνει τον θάνατο απάνθρωπο (όσοι διαφωνούν ας επισκεφθούν μία ΜΕΘ), η στεναχώρια των συγγενών παρατείνεται ώσπου στο τέλος ελπίζουν να επέλθει (ο θάνατος) πιο γρήγορα, η κοινωνία στερείται σημαντικών πόρων, τα συστήματα υγείας δοκιμάζονται και μια σειρά από άλλα προβλήματα αναδεικνύονται. Στην πράξη της διασωλήνωσης δεν πρέπει να εμπλέκονται ηθικοί

λόγοι γιατί μπορεί να προκαλέσει άλυτα προβλήματα όπως συνέβη με την ευθανασία. Πρέπει να αποφασίζεται στη βάση ιατρικών τεκμηρίων (από συμβούλια ιατρών) και όχι αν είναι ηθικά καλό ή κακό. Τώρα ας σκεφτούμε το εξής, ότι η Πολιτεία μάς δίνει το δικαίωμα να υποχρεώσουμε το Σύστημα Υγείας να μας διασωληνώσει και να μας συνδέσει στον αναπνευστήρα πριν πεθάνουμε (για δικούς μας λόγους). Ακούγεται ουτοπικό αλλά στην πράξη ήδη συμβαίνει, όταν ρωτάμε τους συγγενείς αν θέλουν να διασωληνωθεί ο ασθενής τους. Αν αυτή η συνήθεια γίνει ανεξέλεγκτη, ίσως βρεθούμε μπροστά στην τρομακτική κατάσταση όπου πιθανά όλοι θα ζητούν διασωλήνωση πριν πεθάνουν (στο σπίτι, σε οίκους ευγηρίας) αφού θα έχουν κατοχυρωμένο το νέο δικαίωμα, «το δικαίωμα στη διασωλήνωση». Αν η Ιατρική αφήσει την επιστήμη της στα χέρια των νόμων τότε θα βγούμε όλοι χαμένοι. Όλος αυτός ο νομικός παραλογισμός, που θεμελιώνεται πάνω στην ανθρώπινη ηθική, θυμίζει τα λόγια του Thomas Hobbes, «το δικαίωμα όλων σε όλα ισχυοναμεί με κατάργηση όλων των δικαιωμάτων». Είμαστε αποφασισμένοι να θυσιάσουμε τα πάντα για κάτι που δεν προσφέρει βοήθεια παρά μόνο μια βιολογική παράταση της ζωής για ώρες, μέρες, μήνες ή και χρόνια αναμένοντας ένα «θαύμα»;

6) «Μη κλιμάκωση υποστήριξης».

Σε ποιους ασθενείς;

Η «μη κλιμάκωση υποστήριξης» δεν αφορά τη βιοηθική ή τη νομοθεσία. Αφορά το αν μια πράξη είναι τεκμηριωμένη, αν δηλαδή προσφέρει πραγματικό όφελος ή κάνει κακό στον ασθενή. Στην Ελλάδα η Ιατρική κοινότητα οφείλει, όπως συμβαίνει στα περισσότερα κράτη, μέσα από διάλογο και με γνώμονα την επιστημονική γνώση να συζητήσει και να θεσπίσει κριτήρια διασωλήνωσης και αναζωογόνησης, τα οποία θα αποτελούν όπλο στα χέρια των ιατρών στην καθημερινή τους πρακτική. Βάσει των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχουν «έξι προϋποθέσεις» μη κλιμάκωσης υποστήριξης ώστε μια κατάσταση να θεωρηθεί ως μάταιη διασωλήνωση» και είναι οι εξής:

- A. Βαριές χρόνιες νόσοι
- B. Μη θεραπεύσιμες νόσοι
- Γ. Μη αναστρέψιμες νόσοι

Δ. Μη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης
Ε. Καταστάσεις ευαλωτότητας 7, 8, 9 (σύμφωνα με την Clinical Frailty Scale)

ΣΤ. Καταστάσεις που ΔΕΝ άπτονται της ευθανασίας ή άλλων ηθικών προβλημάτων όπως έχουν θεσμοθετηθεί αλλού.

Προτάσεις: Αφορούν τη δημιουργία κριτηρίων «μη κλιμάκωσης υποστήριξης» και είναι οι εξής:

Α. Δημιουργία «συμβουλίου ιατρών μη κλιμάκωσης υποστήριξης» για τις επιλεγμένες περιπτώσεις (οι «έξι προϋποθέσεις» που αναφέρθηκαν). Το συμβούλιο θα αποτελείται τουλάχιστον από α) τον θεράποντα ιατρό β) τον αναισθησιολόγο γ) τον εντατικολόγο (η ίδια διαδικασία θα αφορά και τους προσερχόμενους στα ΤΕΠ). Αυτή η διεπιστημονική προσέγγιση ενθαρρύνει την ομαδική εργασία, προσφέρει μέγιστη τεκμηρίωση στη λήψη αποφάσεων, αντιμετωπίζει το πρόβλημα στην ολότητά του και όχι σπασμωδικά ή με ατομική πρωτοβουλία.

Β. Καταγραφή όλων των ασθενών από τα «συμβούλια ιατρών μη κλιμάκωσης υποστήριξης» στις κλινικές του νοσοκομείου που πληρούν τις «έξι προϋποθέσεις».

Γ. Ομοφωνία του συμβουλίου των ιατρών πάνω στις «έξι προϋποθέσεις».

Δ. Ενημέρωση των συγγενών πρώιμα για την κατάσταση του ασθενούς και ότι η κλιμάκωση της υποστήριξης πχ με διασωλήνωση δεν θα ωφελήσει τον ασθενή.

Ε. Έγγραφο συγκατάθεση του ασθενούς ή των οικείων (αν δεν δύναται ο ασθενής) ότι «δεν επιθυμώ κλιμάκωση της αντιμετώπισης της κατάστασής μου με διασωλήνωση, μηχανικό αερισμό, και ΜΕΘ».

ΣΤ. Δημιουργία τμήματος παρηγορητικής φροντίδας (με άλλες ειδικότητες) όπου θα προσφέρονται οι μέγιστες υπηρεσίες στους ασθενείς αυτής της κατηγορίας.

Ζ. Δημιουργία ομάδων εργασίας σε κάθε νοσοκομείο που θα καταγράφουν με λεπτομέρειες όλα τα δεδομένα (νόσο, ηλικία, μέρες νοσηλείας, έκβαση κτ). Συλλογή όλων των δεδομένων σε μια κεντρική Ιατρική Υπηρεσία όπου θα αναλύει και θα εξάγει συμπεράσματα ώστε να δημιουργηθούν ευέλικτα κριτήρια μη διασωλήνωσης.

Η. Συνεχής αναθεώρηση στη βάση των νέων δεδομένων που θα προκύπτουν.

Θ. Να συζητηθούν, να αναθεωρηθούν τα κρι-

τήρια μη κλιμάκωσης υποστήριξης που προτείνονται σε σχέση με άλλες διεθνείς πρακτικές, όπως προτάθηκαν αλλού.

Συμπεράσματα

Η δημιουργία «κριτηρίων μη κλιμάκωσης υποστήριξης» είναι προς όφελος των ασθενών και των οικείων τους. Σε αποδεδειγμένες περιπτώσεις, που θα κρίνονται αυστηρά από μια ομάδα έμπειρων ιατρών, θα εξηγείται είτε στους ίδιους ή στους οικείους τους ότι η διασωλήνωση και ο μηχανικός αερισμός δεν είναι θεραπεία και παραβιάζουν την αυτονομία των πασχόντων. Η ενημέρωση της κοινωνίας θα βοηθούσε μόνο εφόσον οι ιατροί κατανοήσουν το πρόβλημα και βρουν τις λύσεις του μέσα από συζήτηση που θα υπηρετεί τόσο τις επιταγές της τεκμηριωμένης ιατρικής όσο και τον σεβασμό στις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Επιπλέον οι ιατροί θα πρέπει να σκέφτονται ως επιστήμονες όχι ως νομικοί, ψυχολόγοι, ηθικοί κήρυκες, θρησκευτικοί παρηγορητές. Η άσκηση της κλινικής Ιατρικής απαιτεί τεκμηρίωση και τόλμη, και εφόσον ασκούμε ένα τόσο δύσκολο λειτούργημα οφείλουμε τα διαθέτουμε αυτές τις δύο αρετές.

Βιβλιογραφία

1. G.L. Snider. Historical Perspective on Mechanical Ventilation: from Simple Life Support System to Ethical Dilemma. *Am Rev Resp Dis* 1989;140:S2-7
2. D.C. Angus, A.E. Barnato, W.T. Linde-Zwirble, et al: Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004;32:638-43
3. D.P. Sulmasy. Do Patients Die Because They Have DNR Orders, or Do They Have DNR Orders Because They Are Going to Die? *Medical Care* 1999; 37: 719-721
4. Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασιλης Α. Τασούλης, Σ. Νανάς. Προτελευταία διλήμματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27:18-36
5. M. D. Cantor, C.H. Braddock III, A. R. Derse, et al. Do-Not-Resuscitate Orders and Medical Futility. *Arch Intern Med* 2003;163:2689-94
6. Stegenga J. *Medical Nihilism* 2018. UK. Oxford University Press.p.134.

7. LeDorze, M., Kentish-Barnes, N., Beloucif, S. et al. A Letter to Denise. *Intensive Care Med* 2021;Feb2:1-2 <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06343-5> (Ανομοιογένεια στην Γαλλική Εφημερίδα Le Monde (8 Δεκεμβρίου 2020, φύλλο 23.612, σελ. 34)
8. Thomas. Κuhn. Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων. Επιμέλεια Β. Κάλφας, Μετάφραση Γ. Γεωργακόπουλος-Β. Κάλφας. Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα 2008, Σελ. 26.
9. Thomas Hobbes. Περί της Φύσης του Ανθρώπου, Μετάφραση Δήμητρας Σταυρίδου, Εκδόσεις PRINTA, Αθήνα 2013.
10. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. NICE guideline [NG159] Published date: 20 March 2020, Last updated: 12 February 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/clinical-frailty-scale-pdf-8712262765>
11. L. Beydon, C. Pelluchon, S. Beloucif, et al. Euthanasia, assisted suicide and palliative care: A review by the Ethics Committee of the French Society of Anaesthesia and Intensive Care. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012;31:694-703
12. https://www.westerncape.gov.za/assets/departments/health/COVID-19/western_cape_critical_care_triage_tool_version_1.2_14th_may.pdf
13. S. Straus, S. Glasziou, P. Richardson, S. Haynes, B. Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM, 5th Edition, Elsevier 2018.

Futile Intubations: A road to Intensive Care Unit (ICU) or to a Slowing Death Unit (SDU)?

Achilleas Koumpos¹ M.D., Evangelia Gialitaki¹ M.D., Theodoros A. Peppas² M.D., Christoforos D. Olympios⁴ M.D., FESC

¹ Department of Anesthesiology, Thrasio General Hospital, Elefsis, Greece

² 3rd Department of Internal Medicine, Nikaia General Hospital, Piraeus, Greece

³ Department of Cardiology, Thrasio General Hospital, Elefsis, Greece

Keywords: Intubation, COVID-19 pandemic, intensive care units

Summary: Prolonging life or prolonging death? That is the question...

The recent COVID-19 pandemic highlighted the lack of intensive care units (ICU) vacancy and reset the question regarding not the number of patients with access to ICU, but into establishing criteria of who are the ones that will actually benefit from ICU stay. One might con the term "futile intubations", for patients with end stage disease or irreversible condition may deprive someone else of a priceless ICU bed while at the same time disrespecting the right for a human end of life, with patient's relatives often praying not for his survival but for his redemption.

One must take into account several factors like bed availability, physicians' attitude towards intubation necessity, consideration of scientific, moral, legal issues that often lead them to perform suchlike procedure. Due to the number of those having an opinion in deciding (patients, relatives, doctors, organizations, society, religion, health structures), a clear scientific establishment of criteria to define patient characteristics such as chronic or untreatable diseases, irreversibility, non-increase in life expectancy and thus creating "non-escalation support" criteria and instituting boards to propose and implement these criteria reminding everyone that medical decisions must be primarily based in evidence based science.