

Pacient se neprobral...

...a čo dál...?

MUDr. DAN ROMPORTL

NIP ETOILE



NIP - následná intenzivní péče

- ex. OCHRIP...oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
- ex. DIP...dlouhodobá intenzivní péče
- NIP - jedná se o následnou intenzivní lůžkovou péči, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza /?/ a došlo u něj ke stabilizaci jeho zdravotního stavu po zvládnutí náhlé kritické nemoci nebo náhlého kritického zhoršení chronické nemoci, jehož zdravotní stav vyžaduje částečnou nebo úplnou podporu základních životních funkcí.

Péče na NIP – příjem pacienta

s plnou intenzivní
léčbou

v PALIATIVNÍ PÉČI

s limitovanou
intenzivní léčbou
/nerozšiřování,
zadržetí,
nezahajování KPR/

Péče na NIP – příjem pacienta

s plnou intenzivní
léčbou

v PALIATIVNÍ PÉČI

s limitovanou
intenzivní léčbou
~~/nerozšiřování,
zadrženi,~~
nezahajování KPR/

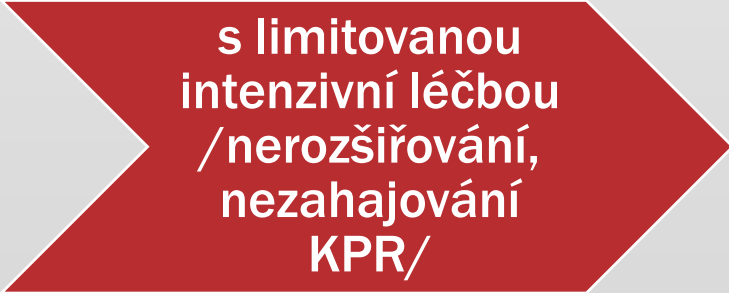
Péče na NIP – pokračující péče o pacienta



Plná intenzivní
léčba



Paliativní péče



s limitovanou
intenzivní léčbou
/nerozšiřování,
nezahajování
KPR/

Pacient po resuscitaci se neprobral...

v našem dalším postupu zohledňujeme ERC - ESICM 2021
guidelines

European Resuscitation Council and European
Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021:
Post-resuscitation care_s

Jerry P. Nolan [a,b,1,*](#), Claudio Sandroni [c,d,1](#), Bernd W. Böttiger [e](#), Alain Cariou [f](#),
Tobias Cronberg [g](#), Hans Friberg [h](#), Cornelia Genbrugge [i,j](#), Kirstie Haywood [k](#),
Gisela Lilja [l](#), Véronique R.M. Moolaert [m](#), Nikolaos Nikolaou [n](#),
Theresa Mariero Olasveengen [o](#), Markus B. Skrifvars [p](#), Fabio Taccone [q](#), Jasmeet Soar
[r](#)

Pacient po resuscitaci se neprobral...

U pacient v kómatu s Glasgow Motor Score ≤ 3 po 72 a více hodinách od ROSC při nepřítomnosti zkreslujících faktorů je pravděpodobná špatný výsledek v případě přítomnosti dvou a více z následujících prediktorů /multimodální hodnocení/:

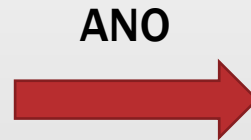
- nepřítomnost pupilárního a korneálního reflexu po 72 a více hod
- oboustranná nepřítomnost N20 vlny SSEP po 24 a více hod
- maligní obraz na EEG (supressed background nebo burst-suppression) po 24 a více hod
- NSE > 60 ug/L po 48 a/nebo 72 hod
- myoklonie během 96 hod, případně status myoklonicus během 72 hod od ROSC
- zobrazovací vyšetření – generalizovaný edém mozku na CT či MRI vyšetření

Pacient po resuscitaci se neprobral...

Pacient v bezvědomí, $M \leq 3$ po 72 a více hodinách



nepřítomnost pupilárního a korneálního reflexu po 72 a více hod
oboustranná nepřítomnost N20 vlny SSEP po 24 a více hod
maligní obraz na EEG (supressed background nebo burst-suppression)
po 24 a více hod
NSE > 60 ug/L po 48 a/nebo 72 hod
myoklonie během 96 hod, případně status myoklonicus během 72
hod od ROSC
zobrazovací vyšetření – generalizovaný edém mozku na CT či MRI
vyšetření

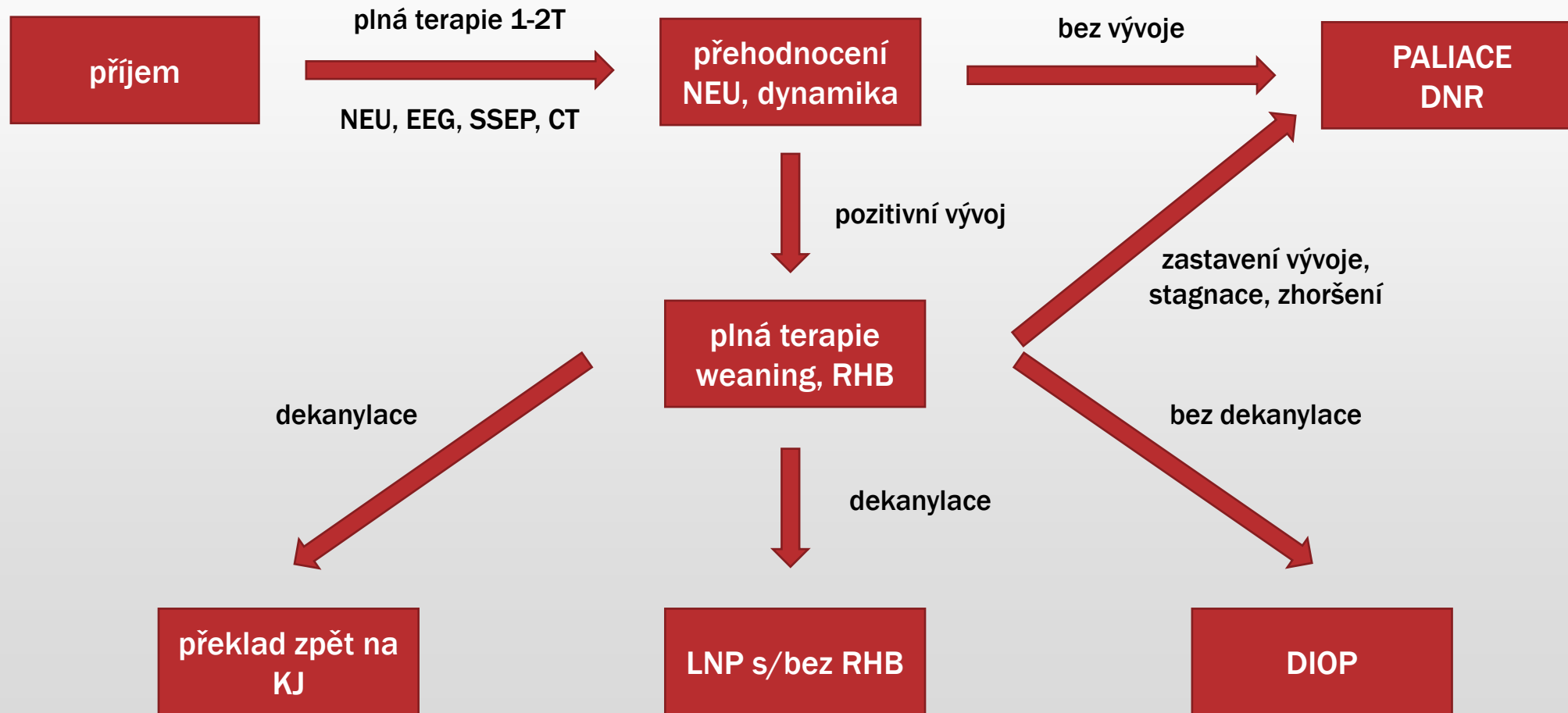


Pravděpodobný špatný výsledek



Sledovat a opět vyšetřit

Pacient po resuscitaci se neprobral... přetrvává bezvědomí bez spolehlivých známek nepříznivé prognózy



Pacient po resuscitaci se neprobral...

Pacient v bezvědomí, $M \leq 3$ po 72 a více hodinách



ANO

nepřítomnost pupilárního a korneálního reflexu po 72 a více hod
oboustranná nepřítomnost N20 vlny SSEP po 24 a více hod
maligní obraz na EEG (supressed background nebo burst-suppression)
po 24 a více hod
NSE > 60 ug/L po 48 a/nebo 72 hod
myoklonie během 96 hod, případně status myoklonicus během 72
hod od ROSC
zobrazovací vyšetření – generalizovaný edém mozku na CT či MRI
vyšetření

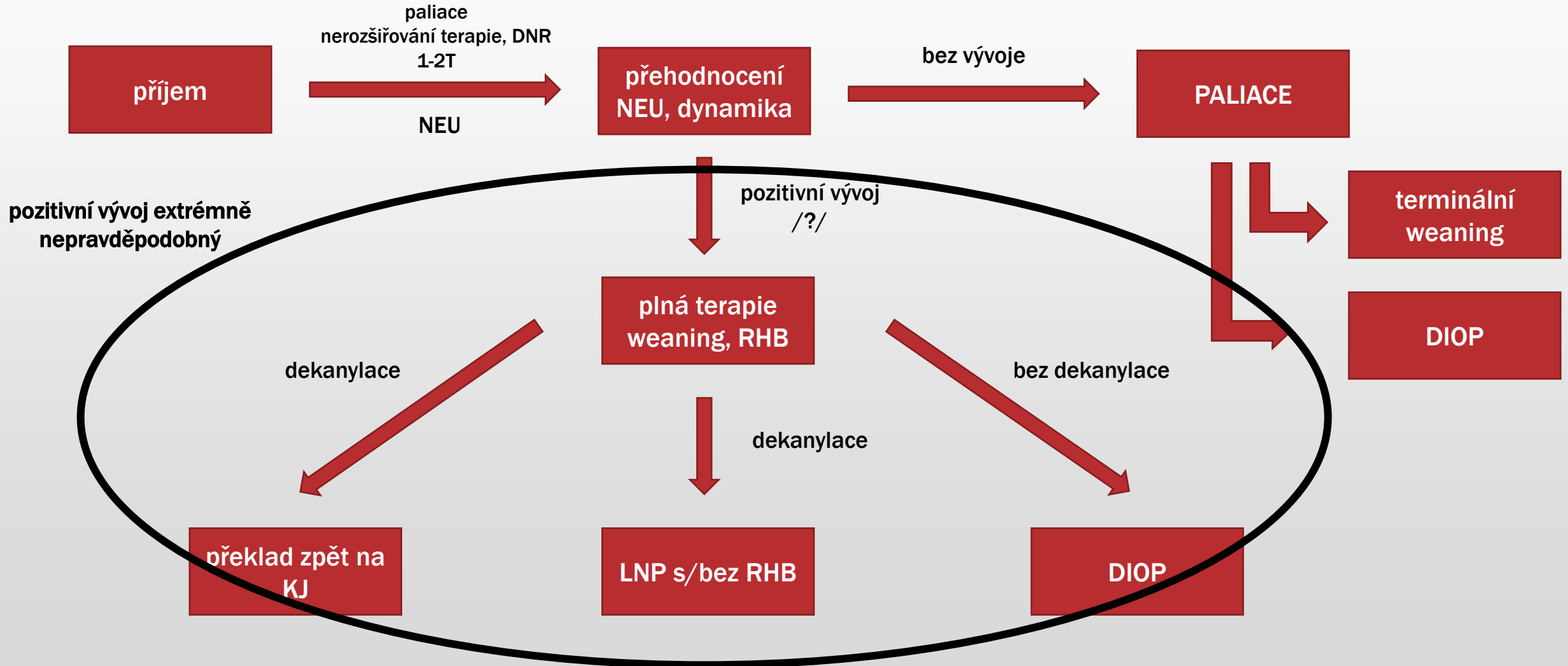


NE

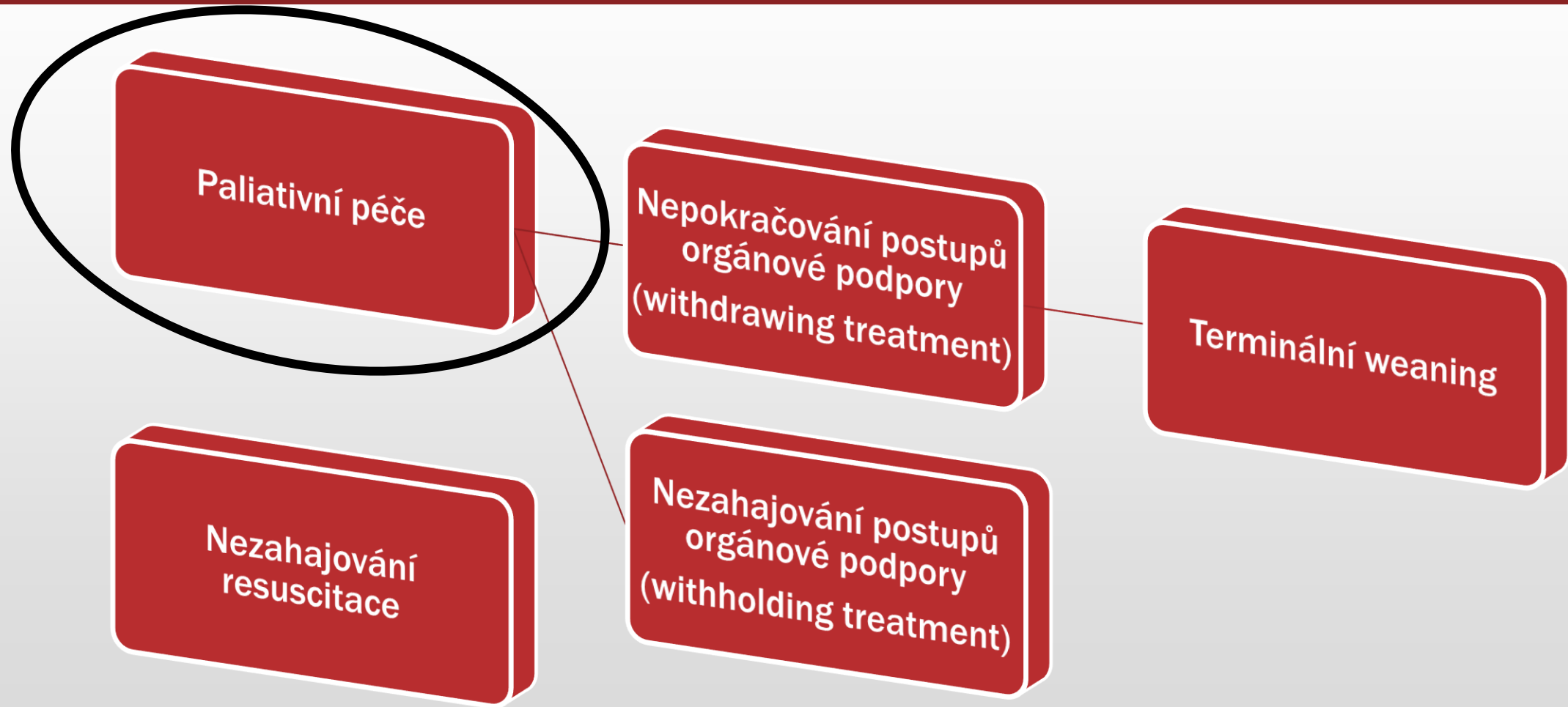
Sledovat a opět vyšetřit



Pacient po resuscitaci se neprobral... přetrvává bezvědomí s minimálně 2 spolehlivými známkami nepříznivé prognózy



Paliativní péče



Paliativní péče

Paliativní léčba/péče – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

(Doporučení představenstva ČLK 1/2010)

Paliativní péče – základní pojmy

- **Marná a neúčelná léčba** – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- **Nezahajování léčby (*withholding treatment*)** – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou.
- **Nepokračování léčby (*withdrawing treatment*)** – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- **Eutanázie** – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

Premisy pro rozhodování o zavedení paliativní péče

- Život člověka je konečný.
- Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- Cílem intenzivní péče je „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb → PALIATIVNÍ PÉČI
- Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta
- Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný.
- Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání.
- Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.
- Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- **Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.**

Doporučení pro klinickou praxi

- Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- Je-li to možné, zahrnujeme do rozhodovacího procesu pacientovo přání
- Informování rodiny a blízkých. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče však není přípustné.
- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu.
- Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař.
- Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno
- **Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.**
- Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítí.

Další faktory důležité při rozhodování o zavedení paliativní péče

- věk pacienta
 - kvalita života před hospitalizací (např. CFS – clinical frailty scale)
 - diagnóza
 - komplikace
 - doba pobytu v intenzivní péči
-
- zeměpisné faktory (jižní vs. střední a severní Evropa)
 - náboženské faktory týkající se jak pacienta, tak zdravotnického personálu

Paliativní péče – praktická doporučení

Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine

Robert D. Truog, MD; Alexandra F. M. Cist, MD; Sharon E. Brackett, RN, BSN; Jeffrey P. Burns, MD; Martha A. Q. Curley, RN, PhD, CCNS, FAAN; Marion Danis, MD; Michael A. DeVita, MD; Stanley H. Rosenbaum, MD; David M. Rothenberg, MD; Charles L. Sprung, MD; Sally A. Webb, MD; Ginger S. Wlody, RN, EdD, FCCM; William E. Hurford, MD

KEY WORDS: palliative care; intensive care; end-of-life care

Intensive Care Med (2016) 42:1003–1017
DOI 10.1007/s00134-016-4330-7

ORIGINAL

Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures

James Downar^{1*}, Jesse W. Delaney², Laura Hawryluck³ and Lisa Kenny⁴

© 2016 Springer-Verlag Berlin Heidelberg and ESICM

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče čemu musíme věnovat pozornost

1. **Potřeby pacienta** - identifikovány samotnými pacienty (Singer, JAMA 1999)

- adekvátní léčba bolesti, dalších příznaků a potlačení utrpení
- vyhnout se zbytečnému prodlužování procesu umírání
- dosažení pocitu kontroly procesu
- minimalizování zátěže
- posílení vztahu s blízkými pacienta

2. **Potřeby rodiny / blízkých** (Hampe, Nurs Res 1975, Leske, Heart Lung 1986, Hickey, Heart Lung 1990)

- komunikace, vysvětlení co mají očekávat a co se děje v rámci procesu umírání
- být s umírajícím, být nápomocný, být si jist komfortem umírajícího, být informován o jeho stavu, být informován o blížící se smrti, mít možnost ventilovat emoce, být akceptován a podporován zdravotníky, mít možnost být podporován členy rodiny

3. **Potřeby zdravotníků** (Faber-Langendoen, Chest 1994)

- zdůrazňování důležitosti kvalitní paliativní péče – pouze 64% lékařů, členů SCCM, praktikujících terminální extubaci, provádí tento úkon osobně
- institucionální podpora, psychologická podpora, vysvětlování co lze v rámci procesu očekávat

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče

hodnocení aktuálního stavu pacienta

1. Hodnocení bolesti

- použít standardní skórovací systémy, je možno použít hodnocení na základě objektivních příznaků – tachykardie, tachypnoe, diaforéza, grimasování, rozšíření chřípí, ztuhlost atp.
- nesmírně důležité, mnoho pacientů umírá s ovlivnitelnou bolestí, bolest je subjektivní – „bolest je všechno, o čem pacient tvrdí, že to bolest je“

2. Hodnocení agitovanosti

- použít standardní skórovací systémy (SAS, RASS), není doporučen bispektrální EEG monitoring

3. Hodnocení dušnosti

- použít standardní skórovací systémy (RDOS – respiratory distress observation scale), lze použít i objektivní příznaky – tachypnoe, zapojování přídatných dechových svalů, paradoxní dýchání atp.

4. Hodnocení utrpení

- fakt, že dosud nemáme adekvátní škálu pro hodnocení utrpení nesnižuje význam jeho vnímání a snahu o jeho ovlivnění

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče farmakoterapie

Cílem adekvátní farmakoterapie je jak léčba jasných příznaků stresu, tak předcházení příznakům, které se dosud neprojevily

- 1. podání opiátů** – jsou základním kamenem léčby bolesti a utrpení umírajících a při vysazení život zachraňující léčby (WLST)
 - analgezie, sedace, dechová deprese, retence moči a stolice, nauzea, euforie, vasodilatace, snížení žilního návratu (plicní edém)
 - preferovaným opiátem je morfin (dle SCCM), poté hydromorfon a fentanyl
 - u pacientů neužívajících dosud opioidy může být iniciální bolusová dávka 2-10 mg, navazuje obvykle kont. dávka 0,05-0,1 mg/kg/hod, při obtížích /prudká bolest, dušnost/ může být aplikována dávka ve výši dvojnásobku hodinové dávky každých 15 min. Pokud je takový bolus podán 2x za hodinu, je vhodné kont. dávku zdvojnásobit.
 - **opiáty mohou být titrovány dle efektu, a to bez limitace dávky**

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče farmakoterapie

- 2. podání benzodiazepinů** – typická kombinace s opioidy během vysazení život zachraňující léčby
- redukce úzkosti, amnézie, prevence návratu utrpení, synergický sedativní efekt s opioidy, aktikonvulzivní efekt
 - používáme převážně krátkodobě působící midazolam
 - u pacientů neužívajících dosud benzodiazepiny může být bolusová úvodní dávka 2 mg, kont. 2-5 mg/hod, při obtížích /výrazné agitaci/ může být aplikována dávka ve výši dvojnásobku hodinové dávky každých 5 min. Pokud je takový bolus podán 2x za hodinu, je vhodné kont. dávku zdvojnásobit.
 - **benzodiazepiny mohou být titrovány dle efektu, a to bez limitace dávky**

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče farmakoterapie

3. podání neuroleptik

- efektivní v případě přítomnosti symptomů deliria, jeho příznaky může podání opioidů a benzodiazepinů zhoršit
- v situaci odejmutí život zachraňující léčby používá neuroleptika až 24% lékařů (Faber-Langendoen, Chest)
- používán především haloperidol
- úvodní dávka 0,5-20mg v závislosti na závažnosti příznaků, další dávky ve 30min intervalech do zklidnění pacienta. Mohou být potřeba dávky až 50-60mg. Haloperidol lze podávat i kontinuálně v dávkách 3-25mg/hod (Riker, CCM)

4. podání anestetik

- nejčastěji propofol vzhledem ke krátkému poločasu
- bolusová dávka závisí na dalších podávaných lécích...0,5-1,0mg/kg, kontinuální podání 0,5 – 3,0mg/kg/hod
- tuková emulze, kontaminace, bolest při podání do PVK

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče farmakoterapie

5. další farmaka používaná při procesu odejmutí život zachraňující léčby

- adrenalin inhalačně k léčbě postextubačního stridoru
- antiemetika (při podání opioidů)
- antipyretika – febrilie mohou být pociťovány velmi nepříjemně, podobně jako fyzikální chlazení
- antibiotika – epidemiologické hledisko, bolestivé infekce (sinusitis, otitis atp.)
- bronchodilatancia /?/ spíše nedoporučena
- diuretika /??/?/ nejsou doporučována

Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče farmakoterapie

principy titrace dávek jednotlivých léčiv

- uváděné úvodní dávky jsou mnohdy zcela irelevantní (sedace již byla dříve nasazena...tolerance...)
- kombinace léčiv při nedostatečném efektu
- na překračování běžně doporučených dávek nelze pohlížet jako na euthanázii...ale i zde závisí na způsobu podání...bolus 10mg morfinu každých 15 min k probíhajícímu kont. podání samozřejmě nelze porovnávat s jednorázovým podáním např. 2g
- **preemptivní podání farmak** – před kritickým bodem odejmutí život zachraňující léčby – především před odpojením od plicní ventilace. Zde podání farmak reagující na událost nestačí. Naopak bývá nutno před odpojením pacienta dávky navýšit 2x-3x (Wilson, JAMA; Keenan, CCM)
- dávka benzodiazepinu (odpovídající diazepamu) navýšena z 2,2mg/hod na 9,8mg/hod, dávka morfinu z 3,3mg/hod na 11,2mg/hod těsně před odejmutím život zachraňující léčby
- data ze 3 ICU: průměrné dávky morfinu v okamžiku odnětí život zachraňující léčby 21mg/hod, dávky diazepamu 8,6mg/hod s velkou variabilitou...

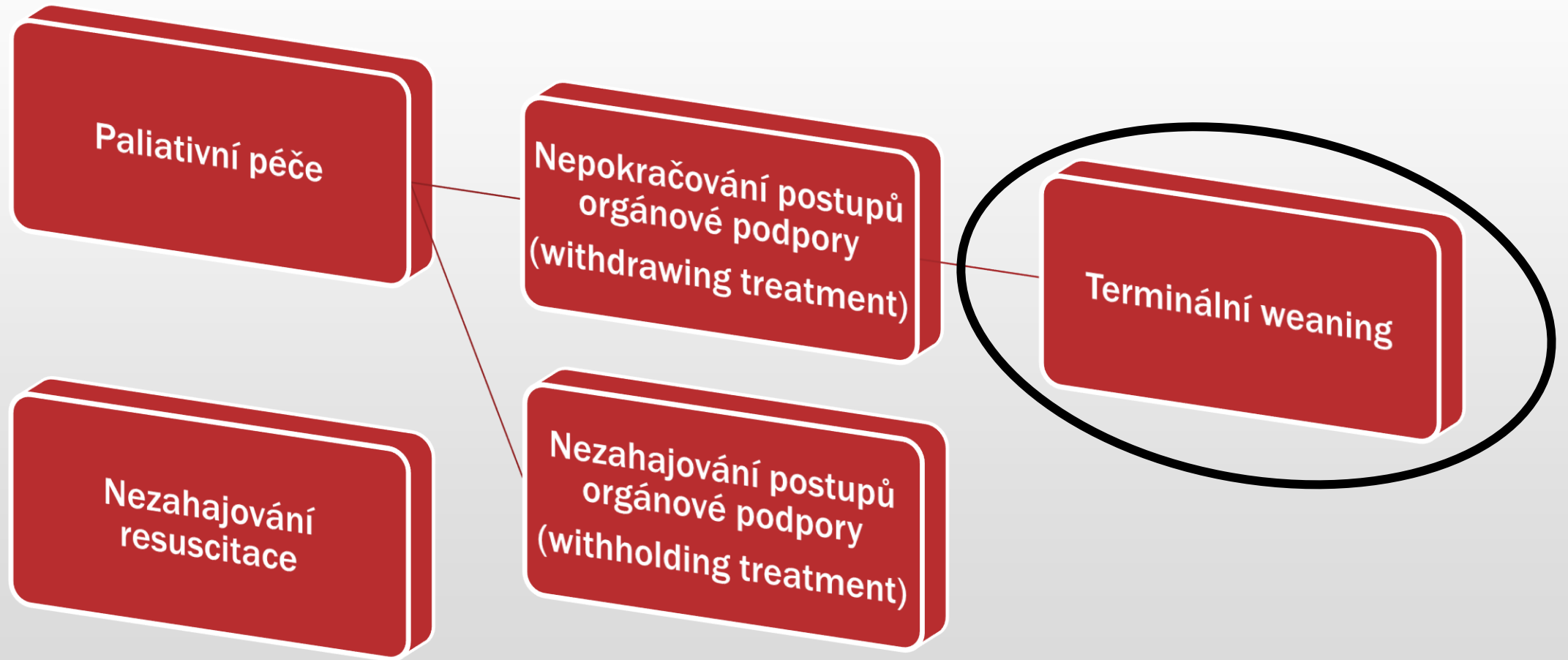
Praktická doporučení pro zavádění paliativní péče vysazení léčby, omezení monitoringu

vysazení léčby, která není primárně zaměřena na komfort pacienta a je tudíž v situaci paliativní péče zbytečná - většinou v následujícím pořadí...

- krevní deriváty
- hemodialýza
- katecholaminy
- parenterální výživa
- ATB (cave bolestivé infekce ev. epidemiologické hledisko)
- infúze
- enterální výživa
- umělá plicní ventilace – **terminální weaning**

je doporučeno aby veškerý monitoring který není zaměřen na dosažení komfortu pacienta byl přerušen

Paliativní péče



Terminální weaning

Většinou postupné snižování ventilační podpory s různým cílem takovou rychlostí, aby byl zachován komfort pacienta

- **terminální odpojení pacienta od ventilátoru** – postupné snížení až eliminace ventilační podpory, většinou eliminace oxygenoterapie, ponechání zajištění dýchacích cest
- **terminální extubace/dekanylace** – cílem je i odstranění zajištění dýchacích cest

Grenvik (CCM 1983) první popsal systematický přístup a obhajoval postupné snižování ventilační podpory během několika hodin. Od té doby stále probíhá debata hledající optimální přístup k odpojení od plicní ventilace...

Terminální weaning

postoj lékařů k ukončení ventilační podpory

průzkum SCCM 1992, Ethicus Study 2003

- 33% preferuje terminální weaning ve smyslu ukončení ventilační podpory
 - 13% preferuje terminální extubaci/dekanylaci
 - 39% používá oba postupy
 - 15% nepoužívá terminální weaning
-
- častěji k terminálnímu weaningu přistupují internisté a pediatři než chirurgové a anesteziologové
 - častěji je využíván ve státech střední a severní Evropy než ve státech Evropy jižní

Terminální weaning

terminální odpojení pacienta od ventilátoru

- zabezpečení péče v klidném prostředí a soukromí i za cenu přemístění pacienta na jiný pokoj
- informace ostatního zdravotnického personálu, případné změny v personálním zajištění
- ztišení akustických alarmů ventilátoru i monitoru
- patřičná informovanost rodiny o průběhu procesu, umožnění její přítomnosti pokud si to přeje

Terminální weaning

terminální odpojení pacienta od ventilátoru

- proces přísně individuální s ohledem na komfort pacienta, což je v této situaci náš hlavní cíl
- odpojení od mechanické ventilace by mělo probíhat tak rychle jak je to možné při zajištění maximálního komfortu pacienta
- převedení na CPAP+PPS, pokud byl pacient na režimu s řízenými dechy
- snížení a vyřazení PEEP
- FiO₂ 0,21
- odpojení od ventilátoru, dle situace přes AT, poté na zvlhčující filtr
- bez O₂ terapie
- monitorace EKG, další většinou netřeba
- léčba zajišťující komfort pacienta – viz předchozí část přednášky

Terminální weaning

terminální extubace/dekanylace

- proces přísně individuální s ohledem na komfort pacienta, což je v této situaci náš hlavní cíl
- vyřazení mechanického zajištění dýchacích cest, bez NIV, bez kyslíkové terapie
- někdy hůře vnímáno jak rodinou, tak zdravotnickým personálem
- hlasité dýchání, retence sekretu, agonální dýchání – gasping
- u některých laiků i zdravotníků může být odejmutí zajištění dýchacích cest spolu s ventilací srovnatelné s eutanázií – méně časté použití terminální extubace (obavy z reakce ostatních zdravotníků i příbuzných pacienta)
- monitorace EKG, další většinou netřeba
- léčba zajišťující komfort pacienta – viz předchozí část přednášky

Albert Schweitzer

Macmillan 1931

„Všichni musíme zemřít. Ale že mohu někoho zachránit před dny mučení je to, co pociťuji jako své velké a stále nové privilegium. Bolest je strašnějším pánem lidstva než samotná smrt.“

DĚKUJI ZA POZORNOST...