

- Prof. Cvachovec navrhl odměnu 20 000 Kč formou dohody o provedení práce za překlad abstrakt časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína.
- Prim. Herold informoval výbor o přípravě elektronické verze časopisu.

- Příští schůze výboru ČSARIM byla stanovena na středu 15. 10. v 15 hod. v hotelu Holiday Inn v restauraci Brasserie v rámci kongresu ČSARIM.

Zapsala Dita Králová.

Indikátory kvality anesteziologické péče – doporučení ČSARIM

1. Základní východiska

- ČSARIM považuje bezpečnost a kvalitu anesteziologické péče za jednu z hlavních priorit oboru.
- Kvalita péče, její řízení a sledování je kontinuální systematický proces.
- Existence systému sledování kvality anesteziologické péče je jednou z podmínek získání akreditace pro obor AR.
- Každé pracoviště typu ARO by mělo mít zavedený systém sledování kvality anesteziologické péče.
- Sledování kvality anesteziologické péče by mělo být realizováno formou zálohované databáze s možností extrakce sledovaných údajů.
- Sledované ukazatele kvality by měly být v pravidelných intervalech vyhodnocovány.
- Počet a spektrum zvolených indikátorů kvality si určuje každé pracoviště individuálně.

2. Indikátory kvality

2. 1. Charakteristika a základní typy indikátorů kvality

2. 1. 1. Indikátory hodnotící proces nebo klinický výsledek anesteziologické péče (tzv. numerator data – např. úmrtí v souvislosti s anestezií). Pro hodnocení kvality jsou numerátorové indikátory nezastupitelné.
2. 1. 2. Indikátory hodnotící stav pacienta, zdravotnický personál a prostředí kde je anesteziologická péče poskytována (tzv. denominator data – např. ASA status).
2. 1. 3. Jakýkoliv zvolený indikátor musí být přesně a jednoznačně definován.
2. 1. 4. Seznam nejčastěji uváděných indikátorů kvality anesteziologické péče je uveden v příloze.

2. 2. Indikátory kvality doporučené ČSARIM

- **Zrušení plánovaného výkonu z anesteziologické indikace** (plánovaný výkon = výkon s požadavkem anesteziologické péče, který je uveden v operačním programu na následující pracovní den).
- **Neplánované přijetí pacienta po anestezii na oddělení typu JIP/ARO** z důvodu anesteziologické komplikace.
- **Poranění nebo poškození pacienta v souvislosti s anesteziologickou péčí** (poranění

nebo poškození např. očí, nervů, zubů nebo jiných tkání/orgánů, které si vyžádalo ošetření).

- **Prodloužené zotavení pacienta z celkové anestezie** (doba od ukončení operace do plánované extubace delší než 30 minut).

Příloha: Seznam nejčastěji uváděných indikátorů kvality anesteziologické péče

- Zrušení plánovaného výkonu z anesteziologické indikace
- Neplánovaná obtížná intubace (více jak 2 pokusy lékařem se SZ v oboru AR)
- Nemožnost intubace (opakované pokusy bez úspěchu)
- Hypoxémie/desaturace ($SpO_2 < 90\%$ déle jak 3 minuty)
- Poranění zubů (vyžadující následnou intervenci)
- Aspirace (vyžadující léčebnou intervenci)
- Reintubace po anestezii
- Neplánovaná pooperační ventilace
- Neplánované přijetí na JIP/ARO (pro anesteziologickou komplikaci)
- Neplánovaná hospitalizace (u ambulantních výkonů/one day surgery)
- Myokardiální ischemie (nově detekovaná ischemie myokardu v období od zahájení anestezie do doby předání pacienta z anesteziologické péče)
- Infarkt myokardu v období 24 nebo 48 hodin po anestezii
- Zástava oběhu se zahájením KPCR v období do 24 nebo 48 hodin po anestezii
- Poranění nervů v souvislosti s anestezií (výskyt poranění nervu v období do 24 nebo 48 hodin po anestezii)
- „Awareness“ během anestezie (pacient si pamatuje průběh operace během celkové anestezie)
- Selhání nervové blokády
- Postpunkční bolest hlavy
- Punkce dury s únikem CSF při epidurální anestezii
- Časná nauzea/zvracení (vyžadující intervenci) v období od konce anestezie do doby předání pacienta z anesteziologické péče
- Hypotermie (pokles TT pod $36\text{ }^{\circ}\text{C}$)
- Hypotenze vyžadující léčbu (v období od zahájení anestezie do doby předání pacienta)

- Hypertenze vyžadující léčbu (v období od zahájení anestezie do doby předání pacienta z anesteziologické péče)
- Poranění očí v souvislosti s anestézií vyžadující léčbu
- Prodloužený pobyt na tzv. dospávací jednotce (déle než 2 hodiny)
- Prodloužené zotavení z anestezie (doba od

ukončení anestezie do extubace delší než 30 minut)

- Smrt v období od zahájení anestezie do 24 hodin po anestezii

Připravila pracovní skupina: Vladimír Černý, Karel Cvachovec, Pavel Ševčík, Ivan Chytra, Daniel Nalos
Schváleno výborem ČSARIM dne 18. 9. 2008.

Diagnostika a léčba akutního peripartálního život ohrožujícího krvácení – doporučení odborných společností

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, Česká hematologická společnost, Česká společnost pro trombózu a hemostázu, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Česká společnost intenzivní medicíny

Pracovní skupina v abecedním pořadí bez titulů: Binder, Cvachovec, Černý, Dulíček, Feyereisl, Kvasnička, Měchurová, Penka, Roztočil, Salaj, Seidlová, Ševčík, Valenta

I. Definice

Život ohrožujícího krvácení (ŽOK) definujeme jako:

1. ztrátu jednoho celého krevního objemu během 24 hodin,
2. ztrátu 50 % krevního objemu během 3 hodin,
3. krevní ztrátu narůstající rychlostí 150 ml/min.

Za závažnou krevní ztrátu, která může rodičku ohrozit, budeme tedy považovat akutní krevní ztrátu 1 500 ml a více.

II. Etiologie peripartálního krvácení

Porodnické krvácení rozdělujeme podle doby jeho vzniku. **Antepartální a intrapartální krvácení** jsou definována jako krvácení po 24. gestačním týdnu až do vlastního porodu plodu. **Postpartální krvácení** rozdělujeme na primární, které se objeví do 24 hodin po porodu, a sekundární, které se objevuje po 24 hodinách po porodu do konce šestinedělí. Nejčastějšími příčinami antenatálního a intrapartálního krvácení jsou abruptce placenty, placenta previa a děložní ruptury. Nejčastější příčinou postpartálního krvácení je děložní atonie následovaná porodními poraněními. Mezi častější příčiny ŽOK je třeba v porodnictví řadit diseminovanou intravaskulární koagulaci (DIC), která může sekundárně komplikovat kromě uvedených stavů těžkou preeklampsií, HELLP syndrom a která vždy provází embolii plodovou vodou.

III. Organizační opatření

1. V každém porodnickém zařízení by na porodním

sále měly být k dispozici diagnosticko-léčebné postupy řešení nejzávažnějších stavů a tzv. **krizový plán**.

2. Jednotlivé medicínské kroky řídí a **koordinuje jeden**, obvykle vedoucí pracovník (vedoucí lékař porodního sálu, vedoucí služby).
3. Nezbytná je **dokumentace** události (léčebné úkony, podané léky a přípravky) ve faktické a časové rovině.

IV. Diagnosticko-léčebný postup

1. Stanovení diagnózy

Rychlé stanovení diagnózy je základním kamenem úspěšné léčby.

Lokalizace zdroje krvácení:

- vyšetřením v zrcadlech,
- palpačním bimanuálním vyšetřením,
- UZ vyšetřením.

2. Neodkladné kroky po stanovení diagnózy

V léčbě se snažíme využít všech dostupných metod k zachování reprodukčních funkcí ženy bez toho, že bychom ženu ohrozili bezprostředně na životě. Řešení ŽOK vyžaduje koordinovaný **multidisciplinární přístup** (porodník, anesteziolog, hematolog).

2. 1. Bezprostřední léčebná opatření

Prioritou je obnovení a udržení adekvátní tkáňové perfuze s urychleným souběžným odstraněním příčiny krvácení.

- Zajištění 2 periferních žilních vstupů (kanyly 14G)
- Inhalace kyslíku, při obluženém vědomí včasná intubace
- Odběr vzorku krve pro laboratorní vyšetření: krevní skupiny, k objednaní 4 TU koncentráty erytrocytů a 4–6 TU ČZP, stanovení KO, koagulačních parametrů [PT, aPTT, (TT), fibrinogen, AT III, D-dimery], základní biochemie včetně elektrolytů [urea, kreatinin, AST, ALT, Na, Cl, K, Ca (ioniz.)], ABR
- Doplnění objemu – iniciálně do 2 000 ml krystaloidů a 1 000 ml koloidů do doby, než budou k dispozici krevní deriváty.