

Bezpečná anestezie

Naše odborná společnost vydala dva důležité dokumenty – Doporučení pro poskytování poanestetické péče a Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. Jsou ke stažení na www.csarim.cz. Oba – každý svým způsobem – souvisejí s naším základním závazkem a povinností zajistit komfort a bezpečnost nemocného v perioperačním období. K tomuto jsme se již dříve připojili svým podpisem pod Helsinskou deklaraci [1]. Výbor se chce otázce bezpečnosti naší práce nadále systematicky věnovat a hodláme vydat i další doporučení týkající se perioperačního období.

Anestezie je dnes bezpečná. Mortalita anestezií zapříčiněná, či s ní přímo související, je velice vzácná. Podle hodnověrných pramenů dochází v rozvinutých zemích k jednomu úmrtí v souvislosti s podáním asi 100 000 anestezií. V České republice by to mohlo znamenat nanejvýš 8 úmrtí ročně. Perioperační komplikace, na nichž se anestezie podílí a které mohou pacienta v různé míře dlouhodobě či trvale poškodit, se však odehrávají s četností 1 : 170–500 [1]. To postihuje každoročně stovky až tisíce pacientů. Komplikace mají na další osud operovaného drtivý dopad – bez ohledu na míru předoperačního rizika měli pacienti stížení pooperačními komplikacemi ve srovnání s ostatní operovanou populací o 69 % nižší medián přežití [2]. Komplikace a jejich zvládání jsou navíc velice drahé. Devět nejčastějších sledovaných pooperačních komplikací – vyskytly se celkem u 7,2 % operovaných – zvýšilo ve srovnání s nepostiženými pacienty náklady související s operací a stonáním dvojnásobně až sedminásobně. Náklady s nimi související představovaly 38 % veškerých nákladů na operační léčení celé sledované mnohatisícové populace [3]. Striktní oddělení „anesteziologické“ a „chirurgické“ morbidit pravděpodobně není možné. Navíc, pacienta takové dělení ani nezajímá – má právo očekávat, že se svěří do kompetentních rukou v řádně fungujícím zdravotnickém zařízení a že riziko, kterému zcela objektivně čelí bude minimalizováno.

Poanestetická péče je u nás stále „popelkou“. Nedlouhý pobyt na probouzecím (či zotavovacím) pokoji, který je nedílnou součástí anesteziologické péče, a teprve z něj je pacient směřován na standardní oddělení, popř. je v rámci jednodenní chirurgie propuštěn domů, stále není rutinní součástí ošetřování operovaných. Proč tomu tak je? Důvodů je více. Poanestetická péče není z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena. Prostorové řešení okolí operačních sálů s probouzecím pokojem většinou nepočítá. Nedo-

statkový anesteziologický personál stačí zajistit vlastní podávání anestezie, ne více. Managementy nemocnic byly až dosud hnány výkonovým systémem a naplnění příslušného kódu anesteziologického výkonu je plně uspokojovalo. Ale především si přiznáme, že jsme poanestetické péči nepřikládali dostatečnou váhu a nebyli jsme schopni sebe ani svoje okolí o její neopominutelné potřebě přesvědčit. Vydané Doporučení pro poskytování poanestetické péče je především důkazem, že výbor naší odborné společnosti není se současným stavem spokojen. Po stránce obsahové je dokument nesporně věcně správný. Ve srovnání s obdobnými texty zahraničními dokument ukaže, že jsme na samotném počátku cesty [4]. V úsilí pozdvihnout obecnou úroveň poanestetické péče se výbor spoléhá na podporu a spolupráci celé naší odborné komunity. Nebude to lehké – nedostatky, „na které jsme si zvykli“, se odstraňují velice těžko. Moderní evropský dokument o poanestetické péči nám může být znamenitou oporou [5]. Má plnou podporu anesteziologické sekce EUMS, tedy poradního grémia Evropského parlamentu. Je to tedy nejen odborný, ale i politický dokument největší závažnosti. Výslovně si klade za cíl usilovat o co největší bezpečnost pacientů, kteří se bezprostředně před tím podrobili operačnímu či diagnostickému výkonu v celkové či místní anestezii, případně monitorované anesteziologické péči. A to je i cílem naším.

Dosavadní tuzemská praxe předoperačního žíznění a lačnění bývala a nezdá se, že by stále ještě je založena na tradovaných, nikdy neověřených „pravdách“, setrvačnosti myšlení a konání. Karence příjmu tekutin a potravy bývá nezdá se, že by stále ještě dlouhá. Pravidlo ukládající žíznit a lačnit od půlnoci předcházející dni operace nikterak nepřispívá k větší bezpečnosti operovaných, má nepříznivý dopad na metabolickou odezvu v pooperačním období a vystavuje pacienty riziku dehydratace i značnému nepohodlí [6]. Na druhou stranu nebylo dostatečně zdůrazněno, že u neodkladných výkonů a četných dalších skupin pacientů je nutno plný žaludek předpokládat vždy, a to bez ohledu na trvání předchozí karence příjmu tekutin a potravy. Při respektování Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí můžeme nyní oprávněně očekávat, že operovaní se podrobí plánovanému výkonu v optimální kondici. Naše doporučení je plně v souladu s moderními, velmi dobře odborně podloženými názory na poskytování perioperační péče [7–9]. A především – zohledňuje zájem pacienta. O ty by mělo vždy především jít.

Literatura

1. Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, D. K., Smith, A. F. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2010, 27, 7, p. 592–597.
2. Khuri, S. F. et al. Determinants of Long-Term Survival After Major Surgery and the Adverse Effect of Postoperative Complications. *Ann. Surg.*, 2005, 242, 3, p. 326–343.
3. Davenport, D. L. et al. Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. *Ann. Surg.*, 2005, 242, 2, p. 463–471.
4. Practice Guidelines for Postanesthetic Care. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*, 2002, 96, 3, p. 742–752.
4. Vímíáti, L., Gillsanz, F., Goldik, Z., Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Européenne des Médecins Spécialistes) Quality and safety guidelines of post-anaesthesia care. *Eur. J. Anaesth.*, 2009, 26, 9, p. 715–721.
5. De Aguiar-Nascimento, J. E., Borges Dock-Nascimento, D. Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. *World J. Gastrointest. Surg.*, 2010, 2, 3, p. 57–60.
6. Søreide, E. et al. (Task Force on Scandinavian Pre-operative Fasting Guidelines, Clinical Practice Committee Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine) Pre-operative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2005, 49, 8, p. 1041–1047.
7. Perioperative fasting in adults and children. An RCN Guideline for the Multidisciplinary Team. Royal College of Nursing: Londýn, 2005, 424 s. ISBN: 1-904114-20-2.
8. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anesthesiology*, 2011, 114, 3, p. 495–511.

Prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
předseda výboru ČSARIM

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Generální partner:

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Abbott
A Promise for Life

MSD
Schering-Plough, s.r.o., součást Merck & Co. Inc.,
Whitehouse Station, NJ, U.S.A.

Hlavní partneři:

BIOMEDICA ČS

COVIDIEN
positive results for life™

Linde Gas Therapeutics
Linde

Partner:

**FRESENIUS
KABI**

novo nordisk®

Teleflex®

Pfizer

mediform

**SAEGELING
MEDIZINTECHNIK**

www.csarim.cz