PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

Etika a paliativní péče v intenzivní péči v roce 2019

Černá Pařízková R.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Anest intenziv Med. 2019;30:281–287

SOUHRN

Etika v intenzivní péči představuje řadu témat, která odrážejí mimo jiné i demografický, politický, sociální a kulturní vývoj ve společnosti. Článek se zabývá stěžejními diskutovanými oblastmi, jako jsou problematika paliativní péče, otázky spojené s koncem života pacientů v IP a především vztah intenzivní péče a křehkých pacientů ve vysokém věku.

KLÍČOVÁ SLOVA

etika – intenzivní péče – paliativní péče – křehkost – vysoký věk

ABSTRACT

Černá Pařízková R.: The year in review - ethics and palliative care in the ICU in 2019

Ethics in intensive care presents a lot of topics which reflect, among other things, the demographic, political, social and cultural developments in society. The article describes the key discussed areas, such as the issue of palliative care, end-of-life issues in intensive care, and especially the relationship between intensive care and frail, elderly patients.

KEYWORDS

ethics – intensive care – palliative care – frailty – elderly

ÚVOD

Etika v intenzivní péči (IP) v roce 2019 skrývá řadu témat, která odrážejí mimo jiné i politický, sociální a kulturní vývoj ve společnosti. Většina v současnosti diskutovaných témat se týká paliativní péče, otázek spojených s koncem života pacientů v IP a především vztahu intenzivní péče a pacientů ve vysokém věku, dále komunikace, posttraumatického syndromu, syndromu vyhoření personálu, nesouladu mezi lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem či diskriminace zdravotnického personálu pacientem (z důvodu rasy, genderu, víry). Cílem práce je poukázat na stěžejní články v dané tematice publikované v uplynulém roce, ale současně poukázat na propojení aktuálního dění ve společnosti s klinickou praxí v medicíně.

INTENZIVNÍ PÉČE A KLINICKÝ VÝSLEDEK ANEB KOMU A JAKÝ ROZSAH PÉČE?

Intenzivní péče jako jeden z nejmladších oborů medicíny dosáhla obrovského rozvoje za posledních 30 let. Technologie, přístrojové možnosti podpory orgánových funkcí zahrnující rozvoj mimotělních srdečních podpor a v posledních letech i mimotělních plicních podpor vedou k enormnímu růstu nákladů, který není provázen úměrným zlepšením klinického výsledku [1, 2]. V posledních 50 letech došlo k výraznému vzestupu střední délky života, ale na rozdíl např. od Švédska došlo v České republice k prodloužení života tzv. ve stonání či v nemoci, nikoliv ve zdraví [3]. Demografické statistiky udávají předpoklad nárůstu osob ve vyšším věku (zpravidla je udávána hranice 65 let, zvyšuje se ale i počet osob nad 80 let) a s tím i nárůst požadavků na zdravotnické a sociální služby včetně intenzivní péče, což je spojeno s novými otázkami medicínskými, etickými, ekonomickými, sociálními. Otázky typu „komu, kolik a v jakém rozsahu poskytovat intenzivní péči, kdy lze již péči považovat za neúčelnou a nepřiměřenou a jaká použít kritéria“ jsou hlavními etickými dilematy současné medicíny. S ohledem na biologickou povahu medicíny a absenci dokonalé predikce

klinického výsledku není odpověď na tyto otázky snadná. I v kontextu zdravotnického systému ČR lze identifikovat řadu otázek, které jsou součástí denní praxe:

- Jaký rozsah intenzivní péče má být poskytován pacientům ve vysokém věku (a jak je „vysoký“ věk vlastně definován?), pacientům s demencí, tzv. křehkým a/nebo nepohyblivým, odkázaným na trvalou pomoc druhých osob?
- Je poskytování intenzivní péče těmto pacientům efektivní – vede ke zvýšení přežití a kvality života?
- Proč narůstá v České republice potřeba zařízení typu následná intenzivní péče (NIP) a dlouhodobá intenzivní a ošetřovatelská péče (DIOP)? Je to díky tomu, že intenzivní péče umožňuje přežití křehkých, polymorbidních nemocných, pacientů s progredujícími nevyléčitelnými onemocněními, a je tento klinický výsledek cílem naší péče a skutečným cílem a očekáváním pro naše pacienty?
- Je náš zdravotnický a sociální systém schopen zvládnout ekonomicky a personálně narůstající požadavky a až kam je to otázka ekonomická, odborná, etická? S tím se nabízí i otázka, jaký je rozdíl mezi chronickou intenzivní péčí a péčí paliativní v širším slova smyslu.
- Má být „potřeba“ pacienta vždy imperativem pro intenzivistu, když pacient a rodina např. požadují prodlužování nákladné intenzivní léčby, kterou lékař hodnotí jako nepřiměřenou a neúčelnou (terminální stadium kardiálního onemocnění s požadavkem na kontinuální CRRT, event. ECMO)?

VYBRANÉ PUBLIKACE V ROCE 2019

Vztah technických možností IP a „hranice“ pacientů z hlediska věku, morbidity, cílů péče a potřeb pacientů je dnes jednoznačně hlavním tématem v oblasti IP. Recentní editorial shrnuje témata v oblasti „etika a paliativní péče v IP“ v poslední dekádě do dvou základních okruhů [4]. První oblastí je kvalita paliativní péče v IP se zaměřením na potřeby pacienta a rodiny se změnou přístupu z paternalistického na partnerský a druhým tématem je palčivá otázka rozsahu poskytování intenzivní péče nemocným ve vysokém věku, polymorbidním a křehkým pacientům.

PALIATIVNÍ MEDICÍNA A INTENZIVNÍ PÉČE – SPOLU, NEBO KAŽDÁ ZVLÁŠŤ?

Technologický rozvoj intenzivní medicíny v posledních letech vedl ke zvýšení přežití nemocných, ale intervence zaměřené na tzv. patient-centered care a family-centered care zaostávaly a byly opomíjeny [5, 6]. Kvalitní diskuse a komunikace o nepříznivé prognóze pacientů se jeví jako jeden z nejnáročnějších úkolů pracovníků v intenzivní péči, kdy recentní práce sledující vliv strukturované komunikace a cílené péče o rodinu ukazují pozitivní vliv na vztahy mezi rodinou a zdravotnickým personálem. V klinické praxi je kladen důraz na komplexní přístup ke kriticky nemocným, který je založen na partnerství mezi pacientem, zdravotnickým personálem a rodinami nemocných. Klíčové komponenty tohoto úsilí byly shrnuty v práci Edwardse et al. do deseti zásad paliativní péče na JIP [7]. Základní rámec staví na poznání, že kvalitní intenzivní péče je poskytována současně, nikoliv nezávisle, s paliativní péčí. K hlavním bodům patří nejen rozpoznání symptomů a jejich řešení, ale současně komunikace s pacienty a jejich blízkými o cílech a účelu péče, podpora rodiny, sdílené rozhodování o jednotlivých postupech péče a v některých případech i o umírání. Lékaři intenzivisté jsou odpovědni za poskytování paliativní péče ve všech jejích oblastech, kdy edukace v této oblasti je zcela zásadní a v praxi mnohdy lékaři nejsou v těchto dovednostech vzděláni.

Z klíčových zásad vyjímám:

- Paliativní péče se týká všech kriticky nemocných pacientů. Ačkoli včasné úsilí v paliativní péči na IP bylo původně zaměřeno na zlepšení kvality umírání a smrti, rozsah této péče se v současné době rozšiřuje. Paliativní péče se může překrývat s akutní péčí intenzivní a přesahuje i mimo rámec IP. Paliativní péče mimo jiné klade důraz na zjišťování potřeb pacientů, jejich cílů a očekávání. Paliativní péče řeší problémy napříč spektrem kritických nemocí uvnitř i mimo IP.
- „Primární“ či tzv. „všeobecná“ paliativní péče je odpovědností všech lékařů věnujících se IP. Lékaři intenzivisté musí mít základní znalosti a dovednosti nejen pro zvládnutí symptomů v rámci paliativní péče, ale i pro srozumitelnou a citlivou komunikaci a sdílené rozhodování založené na hodnotách, cílech a preferencích pacientů.
- Lékaři na IP mohou a musí zajistit komfort pacienta při jeho umírání včetně použití sedativ, analgetik, nefarmakologických postupů ke snížení stresu, stejně tak v rámci komunikace zjišťovat a pečovat o potřeby jak pacienta, tak jeho rodiny.
- Ordinaci DNR (do not resuscitate) nelze rutinně extendovat na jiné intervence než kardiopulmonální resuscitaci.
- Spolupráce se specialisty (lékaři paliatry) je v některých případech přínosná.
- Kritické onemocnění a pobyt na IP má hluboký dopad na pacienta a jeho blízké, kdy psychický

a fyzický stres, stejně jako praktické a finanční problémy mohou vést k symptomům posttraumatické stresové poruchy typu tzv. post-intensive care unit syndrome-family.
- Poskytování paliativní péče může vést u zdravotnického personálu k morální a psychické úzkosti z důvodu vyhoření, výhrady svědomí apod.
- „Ošetřující sestra" v IP má klíčovou úlohu v poskytování paliativní péče včetně komunikace mezi ošetřujícím týmem a pacientem/rodinou. Přítomnost sestry při tzv. family meetings je považována za jeden z indikátorů kvality na IP [8].
- Kvalita paliativní péče na IP může zlepšit výsledky ukazatelů péče zaměřené na pacienta.

V České republice je otázka paliativní péče v IP etablována již řadu let. První články o tzv. nerozšiřování či nepokračování postupů orgánové podpory (witholding –WH a withdrawing –WD treatment) v IP na našich pracovištích byly poprvé publikovány již v roce 2001 [9]. Tehdy nebyl používán termín paliativní péče, který byl víceméně vymezen do oblasti péče onkologické, nicméně v roce 2010 vypracovala skupina expertů Konsenzuální stanovisko, které bylo následně přetaveno ve zcela zásadní dokument Doporučení ČLK [10, 11]. V těchto dokumentech byla sjednocena a definována terminologie včetně použití termínu „paliativní péče" do oblasti IP, která se následně v klinické praxi etablovala. Od té doby uplynulo již bezmála 10 let, došlo ke změně legislativy a dokument je nadále platný, přestože vyžaduje určitou úpravu. Obrovský rozvoj a podpora paliativní medicíny se prolínají do všech oblastí medicíny a vyústily do vzniku samostatného lékařského oboru. Základní znalosti o paliativní medicíně ale musí být běžnou součástí vědomostí všech lékařů, kteří pracují na odděleních intenzivní medicíny. Vzhledem k demografickému vývoji a zvyšování nákladů a potřeb na poskytování zdravotních a sociálních služeb je ve vyspělém světě mimo jiné kladen důraz na rozvoj paliativní péče ve všech jejích složkách s cílem rozšíření paliativní péče, zkvalitnění jejího poskytování a vytvoření podmínek pro zajištění péče o pacienty v jejich vlastním sociálním prostředí. Podpora paliativní péče v naší republice (formálně i fakticky) je viditelná ve formě vzniku nejen stálých hospiců, ale především domácí mobilní hospicové péče či vytváření nemocničních paliativních týmů. Podle standardů paliativní péče [12] se rozlišují v souladu s mezinárodními doporučeními dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecná a specializovaná paliativní péče. Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivnění oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetřovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče [12].

ZAHÁJENÍ PALIATIVNÍ PÉČE NA URGENTNÍM PŘÍJMU ČI V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI?

Vzhledem k nárůstu polymorbidních pacientů ve vyšších věkových skupinách s opakovanými hospitalizacemi je otázka rozhodnutí o rozsahu péče při urgentním zhoršení stavu včetně zahájení život zachraňujících postupů a přijetí těchto pacientů do IP vysoce aktuální. Stanovisko výborů odborných společností ČSIM a ČSARIM podporuje možnost nepřijetí pacienta na IP v případě absence přínosu péče [13], současně je v legislativě ČR zakotven institut dříve vysloveného přání. Zajímavý je vývoj ve Francii, kde je rovněž kladen důraz na umožnění pacientovi vyhovět přání v konci jeho života ve smyslu možnosti odmítnutí léčby, která by bránila důstojnému umírání. Navíc byl v roce 2016 přijat zákon, podle něhož má pacient ve speciálních případech (např. léčebně neovlivnitelná bolest v terminálním stadiu jeho onemocnění) právo požadovat hlubokou terminální sedaci do konce svého života. Vzhledem k jeho prosazení poslanci parlamentu se nazývá tento zákon jejich jménem Claeysův-Leonettiho zákon a je nazýván zákonem v kontradikci s eutanazií [14]. Úprava legislativy ale nepokrývá situace urgentních stavů. Ve Francii zemře ročně cca 600 000 pacientů a z nich asi 60 % umírá ve zdravotnických zařízeních, z čehož 16 % zemře do 24 hodin od přijetí a na urgentním příjmu umírá kolem 7 % ze všech zemřelých v nemocnici [15]. Z osob žijících v institucích sociální péče umírá v nemocnicích jedna čtvrtina. Pro srovnání: podle dat ÚZIS umírá v České republice 65,5 % pacientů ve zdravotnických zařízeních. Většina pacientů včetně těch s chronickými těžkými onemocněními či osoby ve vysokém věku žijící v institucích poskytujících sociální služby s různým

stupněm závislosti nemají prodiskutovaný plán péče a přání pro další vývoj, a to ani s rodinami, ošetřujícím personálem či praktickým lékařem.

V případě urgentní situace se přenáší tato rozhodnutí o stupni rozsahu péče na týmy poskytující neodkladnou přednemocniční péči a do péče na urgentních příjmech či na hospitalizačním lůžku. Tím dochází mnohdy k poskytování nepřiměřené léčby a neúčelnému čerpání zdrojů. V případě nedostatku informací nelze požadovat rozhodnutí o WH a WD od urgentního týmu v přednemocniční péči. Jiná situace je v podmínkách urgentního příjmu, kde bývá časový prostor pro získání adekvátního množství informací o zdravotním stavu pacienta před přijetím, komorbiditách, vývoji klinického stavu a preferencích pacienta. Z diskuse panelu expertů z urgentní a intenzivní medicíny a v souladu s legislativou a současným stupněm poznání vytvořila French Intensive Care (Society, Société de Réanimation de Langue Française, SRLF) and French Society of Emergency Medicine (Société Française de Médecine d'Urgence, SFMU) tzv. position paper pro nerozšiřování či nepokračování (withholding and withdrawing) život zachraňujících postupů v urgentních situacích a na urgentním příjmu [16]. Při posuzování rozsahu léčby, zahájení WD či WH na urgentním příjmu je považováno za klíčové zvážit:

- Preference a přání pacienta.
- Rozhodnutí o limitaci léčby nelze provádět pouze podle věku pacienta.
- Zdravotní stav před zhoršením stavu včetně známek tzv. křehkosti (fyzický stav, kognitivní funkce, soběstačnost, známky křehkosti, frailty).
- Je doporučeno vytvořit protokol o limitaci léčby na urgentních příjmech
- Dočasná (provisional) intenzivní péče je doporučena v případě nedostatku informací, může být prováděna na urgentních příjmech (v trvání několika hodin) s cílem zabránění tzv. ztráty šancí pro pacienta a nevyžaduje rutinní přijetí na IP.
- V práci je kladen důraz na komunikaci včetně podrobného popisu, jak organizovat a vést rozhovor s pacientem a jeho rodinou.

LÉČBA BOLESTI A POUŽITÍ OPIOIDŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Mezi hlavní priority kvality paliativní péče patří léčba bolesti. Přesto i nadále bývá tato dimenze podhodnocována a z obav zdravotnického personálu je nadále často volena nedostatečná analgetická léčba, především z oblasti opioidů a jejich dávky, a to z obavy z vedlejších účinků včetně event. zkrácení života. Na základě poznatků o nedostatečné klinické praxi vytvořila skupina expertů doporučení, která vycházejí z review dostupných publikovaných prací [17]:

- Je nutné nastolit nástroje pro monitoraci a léčbu bolesti.
- Je vhodné využití opioidů pro léčbu bolesti a anxiolytik pro kontrolu anxiety.
- Je přijatelné podávání vysokých dávek opioidů a sedativ pro kontrolu bolesti bez ohledu na rizika vedlejších účinků včetně event. zkrácení života.
- Není doporučeno podávat svalová relaxancia jako součást paliativní péče bez jasného zdůvodnění.

VĚK A INTENZIVNÍ PÉČE – HRANICE PRO NEPŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO IP

Další inovativní oblast výzkumu v IP se zaměřuje na pacienty ve vysokém věku (≥ 80 let), konkrétně na potřebu identifikovat pacienty v této rychle rostoucí podskupině, u kterých může být IP přínosem [18]. Několik nedávných observačních studií zpochybnilo názor, že vysokověcí pacienti mají nízký benefit z přijetí na JIP a jejich přežití IP je nízké [19]. Studie provedená mezi 31 nizozemskými JIP a více než 200 000 pacienty, přičemž 13 % bylo ve věku ≥ 80 let, zjistila, že v průběhu let 2008–2014 došlo k poklesu jednoroční úhrnné úmrtnosti jak u pacientů mladších, tak u pacientů dlouhověkých [20]. Výsledky práce naznačují, že zlepšení péče na JIP v průběhu času může být přínosem pro pacienty bez ohledu na věk, nicméně je nutná identifikace dalších rizikových faktorů svědčících pro nepříznivou prognózu.

„Křehkost" a další ukazatele funkčního stavu pacienta před přijetím na JIP si získaly pozornost jako potenciálně lepší prediktory nepříznivé prognózy než věkové nebo tradiční systémy hodnocení ICU [19]. Nedávný systematický přehled deseti observačních studií, do nichž bylo zařazeno 3 030 kriticky nemocných dospělých, ukazuje, že 30 % pacientů bylo tzv. křehkých na začátku studie a tito křehcí pacienti měli vyšší počet hospitalizací a dlouhodobou mortalitu a nižší počet pacientů byl propuštěn do domácí péče ve srovnání s pacienty bez známek křehkosti [21]. Uvedené práce poskytují důležité poznatky o extrémně zranitelné populaci pacientů v IP a zdůrazňují nutnost začlenění standardizovaného hodnocení známek křehkosti a funkčního stavu do přijímacího procesu do IP. V příštích několika letech je nutné najít lepší způsoby, jak identifikovat pacienty a rodinné příslušníky s vysokým rizikem nepříznivé prognózy, zejména mezi narůstající populací osob vysokého

věku v naší společnosti. Práce Fernanda et al. [1] prezentovaná v tomto roce zahrnovala 477 pacientů, kde u 124 (26,0 %) byla popsána křehkost podle Clinical Frailty Scale (CSF ≥ 5) [22]. Křehkost byla spojena se zvýšenou pravděpodobností úmrtí v nemocnici (upravený poměr šancí adjusted OR: 2,91 [95% interval spolehlivosti [CI]: 2,37–3,48) a výrazně horším dlouhodobým klinickým výsledkem – nízká pravděpodobnost propuštění do domácí péče (adjusted OR 1,94 [95% CI: 1,57–2,32]). Ve srovnání s pacienty bez křehkosti pacienti s křehkostí snížili pravděpodobnost ROSC po IHCA (adjusted OR 0,63 [95% CI: 0,41–0,93]). Pacienti s identifikovanou křehkostí byli starší (průměrný věk 65,7 roku vs. 56,1 roku, P < 0,001), měli závažnější orgánové selhání a vyšší prevalenci komorbidit. Nemocniční úmrtnost pacientů po IHCA bez křehkosti byla 68,6 % oproti 95,2 % u pacientů s křehkostí. Pouze 6 ze 124 pacientů (5 %) s křehkostí přežilo a pouze 1 pacient byl propuštěn do domácího prostředí, ostatní pacienti byli přeloženi do zařízení sociální péče. Hospitalizační náklady na přeživšího pacienta s křehkostí byly signifikantně vyšší než na pacienta bez známek křehkosti (947 546 $ oproti 161 550 $). Vzhledem k výše uvedeným datům, která podporují výsledky dalších studií, je doporučeno hodnotit vstupní stav pacientů z hlediska jejich tzv. funkčního stavu a zhodnocení známek křehkosti jako vysoce rizikového faktoru pro nepříznivý klinický výsledek.

Etické otázky, které se v souvislosti s výše uvedeným tématem nabízejí (uvažujeme situace, že pacient nemá vyjádřené dříve vyslovené přání o odmítnutí kardiopulmonální resuscitace):

- Má být pacient na domácí oxygenoterapii (DDOT) a nazálním CPAP resuscitován v případě srdeční zástavy?
- Má být pacient na domácí umělé plicní ventilaci (DUPV) resuscitován? Je rozdíl v náhledu na kardiopulmonální resuscitaci, pokud je pacient „pouze ventilován“, ale je jinak mobilní, bez kognitivní dysfunkce nebo je na DUPV kvadruplegický, na PEG, např. u motor neuron diseases (amyotrofická laterální skleróza), event. se jedná o pacienta na DUPV s těžkým hypoxickým poškozením mozku, který je bez kontaktu, je živen cestou PEG?
- Může být neposkytnutí KPR ve výše uvedených situacích považováno za neposkytnutí první pomoci a může se tak lékař vystavit riziku právní odpovědnosti?

Cílem článku není poskytnout návod, jak se zachovat v těchto situacích, ale nastínit případy, se kterými se setkáváme a kde z mého pohledu není řešení situace rutinně jednoznačné a každou situaci je nutné posuzovat zcela individuálně.

KATECHOLAMINY JAKO SOUČÁST PALIATIVNÍ PÉČE?

Paliativní péče je obecným pojmem, kterému musí dát lékař v případě individuálního pacienta vlastní obsah (rozsah léčby a péče). U pacientů na IP je přechod na paliativní péči zpravidla indikován u nemocných se zhoršujícím se a na intenzivní léčbu nereagujícím orgánovým selháním, kdy jsou ukončeny postupy orgánové podpory včetně katecholaminů, a nemocný umírá. Se změnou pojetí paliativní péče a jejím rozšířením je v IP hospitalizována řada pacientů, kteří mají určitý stupeň paliativní péče v kombinaci s léčbou akutní s ohledem na trajektorii svého chronického onemocnění. Jiná může být situace právě u skupiny pacientů s chronickým srdečním selháním, kdy bez kontinuální léčby např. dobutaminem jako lékem volby inotropní podpory dochází k progresi dušnosti a diskomfortu. Martens et al. publikovali práci sledující vliv dobutaminu na symptomatologii u pacientů s terminálním srdečním selháním [23]. Vybraným pacientům byl po předchozím vyšetření v nemocnici, kde byl zjištěn pozitivní vliv dobutaminu na objektivní i subjektivní ukazatele, podáván intravenózně kontinuálně dobutamin ve stacionární dávce a nemocní byli propuštěni domů. Byl sledován vliv dobutaminu na symptomatický stav, nutnost hospitalizací, úmrtnost a náklady na léčbu. Dobutamin ve fixní dávce byl podáván infuzí jedním lumen centrálním žilním katétrem, lék denně doplňovala zdravotní sestra. Sledováno bylo celkem 21 pacientů (věk 77 ± 9 let) po dobu 869 ± 647 dnů. Při prvním sledování (6 ± 1 týden) po zahájení dobutaminu došlo u pacientů k významnému zlepšení ve třídě New York Heart Association (1,29 ± 0,64; P < 0,001), stupnici globálního hodnocení (< 0,001) a hladiny N-terminálního pro-BNP natriuretického peptidu (6247 vs. 2543 pg/ml; P = 0,033). Počet hospitalizací pro srdeční selhání hodnocené po 3, 6 a 12 měsících byl signifikantně snížen (P < 0,001 pro všechny) ve srovnání s předchozími hospitalizacemi po stejnou dobu. Ekonomické výdaje byly významně nižší ve 3 (P < 0,001), 6 (P = 0,005) a 12 měsících (P = 0,001) po zahájení podávání dobutaminu. Míra úmrtnosti po 1 roce byla 48 %, přičemž 9/12 (75 %) pacientů zemřelo doma, nejčastěji na progresi srdečního selhání. Závěrem lze shrnout, že kontinuální intravenózní „domácí“ dobutamin u pacientů s paliativním konečným srdečním selháním je proveditelný a spojený se zlepšeným symptomatickým stavem, poklesem hospitalizací pro srdeční selhání a náklady souvisejícími se zdravotní péčí.

DISKRIMINACE ZDRAVOTNÍKA PACIENTEM

Zajímavým tématem, které nyní vládne světem a již se dostává i do oblasti medicíny a IP, je

otázka genderu, osobnostních práv a diskriminace v jakékoliv podobě. Setkala jsem se se situací, kdy pacient prohlásil, že souhlasí s přítomností mediků u lůžka, ale pouze s Čechy a Slováky a odmítá přítomnost cizinců. Jak si s takovou situací poradit? Jistě, nejjednodušší je napsat – pacient nesouhlasí s přítomností mediků – a víc to neřešit. Ale tato situace v kontextu celosvětového trendu řešení osobnostních práv, kdy je jedinec bez svého souhlasu téměř nedotknutelná bytost, a na druhé straně je zde reálná otázka diskriminace, porušení autonomie apod. V USA je otázka rasismu vůči zdravotnickému personálu velmi aktuální. Jsou publikovány případy pacientů, kteří např. odmítají ošetření od personálu tmavé pleti [24]. V současném světě maximalizace osobnostních práv se můžeme dostat do eticky složitých situací, kdy pacient bude odmítat personál jiné národnosti, barvy pleti, pohlaví apod. Kde jsou hranice mezi autonomií pacienta, jeho právy, nedotknutelnosti osobnosti a současně např. nutností poskytnout péči v daném prostředí s cílem záchrany zdraví a života? Absurdita některých situací známých z médií se může stát denní realitou.

ZÁVĚR

Etické otázky budou ve vyspělých zemích a tzv. západní společnosti stále více ovlivňovat dosavadní vzorce poskytované zdravotní péče a zásadně vstupují i do odborných otázek jednotlivých oborů. Řada eticky složitých klinických situací nemá (a nikdy nebude mít) univerzální odpověď či návod, jak je řešit. Náš postoj a výsledný zvolený přístup k řešení konkrétní situace bude ovlivňován stále více názory občanské společnosti k uvedeným otázkám, vyvíjející se legislativou a řadou dalších individuálních i systémových faktorů. Vnímání řadu let trvajícího (a doposud většinově adoptovaného) axiomu „only physicians are decision makers“ se často relativizuje s dopady na celou klinickou medicínu a naši každodenní práci.

LITERATURA

1. Fernando SM, McIsaac DI, Rochwerg B, et al. Frailty and associated outcomes and resource utilization followingin-hospital cardiac arrest. https://doi-org.ezproxy.library.dal.ca/10.1016/j.resuscitation.2019.11.011.
2. Guidet B, Leblanc G, Simon T, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;318:1450–1459.
3. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/delka-doziti-zdravi-alkohol-cigarety-obezita_1907250600_jab.
4. Courtright KR, Benoit DD, Curtis JR. Focus on ethics and palliative care in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2019;45:885–886.
5. La Calle GH, Ovies AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med. 2017;43:547–549.
6. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for familycentered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med. 2017;45:103–128.
7. Edwards JD, Voigt LP, Nelson JE. Ten key points about ICU palliative care. Intensive Care Med. 2017;43:83–85.
8. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. Qual Saf Health Care. 2006; 15:264–271.
9. Černý V, Pařízková R, Dostál P, et al. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. Anest intenziv Med. 2001;2:64–68.
10. Černý V, Cvachovec K, Pařízková R, et al. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Vnitř Lék. 2009;55:846–849.
11. https://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk-227.html.
12. https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/.
13. Zásady a principy pro přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče. Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP – stanovisko výboru. Prakt Lék. 2015;95:186–187.
14. Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal Officiel 2016. 0028.
15. Feral-Pierssens AL, Boulain TH, Carpentier F, et al. Limitations et arrest des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Méd Intensive Réanimation. 2018;27:384–390.
16. Reignier J, Feral-Pierssens AL, Boulain TH, et al. Withholding and withdrawing life-support in adults in emergency care: joint position paper from the French Intensive Care Society and French Society of Emergency Medicine. Ann Intensive Care. 2019;9:105.
17. Durán-Crane A, Laserna A, López-Olivo MA, et al. Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements About Pain Management in Critically Ill End-of-Life Patients: A Systematic Review. Crit Care Med. 2019;XX:00–00.
18. Leblanc G, Boumendil A, Guidet B. Ten things to know about critically ill elderly patients. Intensive Care Med. 2017;43:217–219.
19. Robert R, Skrifvars MB, Ranzani OT. Is this critically ill patient elderly or too old? Intensive Care Med. 2017;43:1884–1886.
20. Karakus A, Haas LEM, Brinkman S, de Lange DW, de Keizer NF. Trends in short-term and 1-year mortality in very elderly intensive care patients in the Netherlands: a retrospective study from 2008 to 2014. Intensive Care Med. 2017;43:1476–1484.
21. Muscedere J, Waters B, Varambally A, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017;43:1105–1122.

22. Roskwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173:489–495.
23. Martens P, Vercammen J, Ceyssens W, at. Effects of intravenous home dobutamine in palliative end-stage heart failure on quality of life, heart failure hospitalization, and cost expenditure. ESC Heart Failure. 2018;5:562–569.
24. https://nurse.org/articles/racism-in-nursing/.

Práce je původní, nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média.

Autorka prohlašuje, že nemá střet zájmů v souvislosti s tématem práce.

Do redakce došlo dne 10. 12. 2019.
Do tisku přijato dne 18. 12. 2019.

Adresa pro korespondenci:
MUDr. Renata Černá Pařízková, Ph.D., LL.M.
renata.cerna@fnhk.cz

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Perioperační neurokognitivní poruchy

Eckenhoff RG, et al. Perioperative neurocognitive disorder. Anesthesiology. 2020;132:55–68.

Výzkum, prokazování, nebo naopak popírání nepříznivých neurokognitivních vlivů celkové anestezie je stále bohatší, aniž by dospěl k jednoznačnému zhodnocení. V poslední době se posunulo i portfolio operovaných pacientů – ke staršímu věku, k heterogenitě komorbidit a k rozvoji nových operačních postupů.

Jedenáct autorů z akademické úrovně ve Filadelfii se z uvedených důvodů věnovalo rozsáhlému studiu dosavadních literárních pramenů na dané téma ve svém podrobném přehledovém zpracování se 119 citacemi. Výzkumný tým předkládá preklinické údaje v porovnávání s pooperační kognitivní dysfunkcí. Text zahrnuje soubory pokusů na různých zvířatech s molekulárními a s buněčnými patomechanismy. Následují popisy samostatných výzkumů na obratlovcích i přehledy z humánní operativy a anestezie.

Zhoršení kognitivních funkcí, výskyt pooperačního deliria, dlouhodobé následky pro paměť a výkonnostní funkce, poznávání jsou svou intenzitou výraznější u operovaných pacientů ve věku vyšším než 65 let. Tato posledně uvedená kategorie pacientů bývá již předoperačně ve svých mentálních funkcích limitována.

Byl přijat nový zastřešující termín: místo pooperační kognitivní dysfunkce je totiž jako výstižnější název doporučena perioperační neurokognitivní choroba – nemoc – syndrom.

Klinické predispoziční faktory zahrnují věk, infekci, již předoperačně se projevující kognitivní poruchy. K nim se přiřazují délka a charakter operačního výkonu, anestezie a per/pooperační patofyziologie a komplikace, zejména hypotenze a hypoxemie.

Vzdor obsáhlému výzkumu nebylo dosud dosaženo jednotného vysvětlení. V humánní medicíně a v jejím klinickém výzkumu nelze ani oddělit vliv anestezie od vlivu chirurgického výkonu a stresu, modely jsou příliš komplexní. Z anesteziologického pohledu se uznávají především vlivy hypotenze a hypoxemie, nikoli působnost jednotlivých podaných přípravků. Výzkum musí dále pokračovat, je třeba pracovat s velkými datovými soubory; teprve jejich zpracování umožní účinnou prevenci, popř. kauzální terapii.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmila.drabkova@fnmotol.cz