

# *Patient s nepříznivou prognózou v neurointenzivní péči*

---



***René Jura***



# *Intenzivní medicína*

---

- *IM je zaměřena na nejzávažnější stavy respirační, KV a jiné org. poruchy. Zabývá se dg. a léčbou potenciálně léčitelných, život ohrožujících chorob, úrazů a komplikací*
- *V medicíně kritických stavů je řada nových patofyziolog. poznatků, fčních zobrazovacích metod, nových farmak a medicínských technologií umožňujících podporu a náhradu VF s šancí na návrat do života nemocných s reverzibilním selháním životních funkcí*
- *Vysoká ekonomická náročnost IM*
- *Možnost odčerpávání značných fin. prostředků i neúčelnou a neúčinně poskytovanou léčbou (futile) x racionální alokace fin. zdrojů*

# *Intenzivní medicína*

---

- *IM je schopna podporovat zákl. funkce člověka dokonce proti jeho vůli / naopak z vůle lékaře je snížit či ukončit*
- *Mnoho nových postupů IM s sebou přináší nové etické nejistoty, medicínsko-etická i medicínsko-právní dilemata*
- *Etika je v IM důležitá, plné nasazení všech dostupných, často invazivních prostředků bez IS pacienta, vyrovnání se s léčebně nevyřešenými stavy*
- *Individuální zakódování etického kodexu (úcta k životu, etické chápání a jednání) v osobnosti lékaře – intenzivisty*
- *Aplikace základních etických principů by měla být nedílnou součástí procesu dg. a léčebné strategie*

# *Etika v IM*

---

- ***Základní zásady bioetiky u kritických stavů v IM:***
  - **autonomie pacienta** : *nelze léčit pacienta schopného vlastního rozhodování bez jeho souhlasu (podmínkou je psychická kompetence, IS, právní způsobilost nemocného)*
  - **princip beneficence**: *konání vždy v zájmu a ku prospěchu nemocného (ochrana života, obnovení zdraví, úleva od strádání a bolesti, obnova poškozených org.fcí, zlepšení kvality života)*
  - **non-maleficence**: *nikdy nemocného nepoškodit !*
  - **spravedlnost**: *respektování platného právního rámce, zajištění takové péče, na kterou má nemocný ze zákona nárok*

# *Etika v IM*

---

- *Primární přání pacienta je prvořadé, nejzásadnější*
  - *kompetentní pacient (living will)*
  - *jasné a úplné informace o léčebných možnostech (benefit x riziko)*
  - *pacientova autonomie – pac. má právo odmítnout lékařský zákrok (intervenci, léčbu), přestože je z medicínského hlediska indikovaná*
  - *právo na sebeurčení - fundamentální v principu IS*
  - *schopnost pac. podepsat IS (právní způsobilost) musí posoudit ošetřující lékař*

# *Etika v IM*

---

- *V ČR rozhoduje za psychonekompetentního pac. lékař (v Anglii, Belgii, Španělsku a Rakousku je rozhodování přiznáno členům rodiny)*
- *V zahraničí se tématům obtížného rozhodování věnují etické komise – jsou arbitrem i podporou zdr. týmu a mají příznivý vliv i na členy rodin pacienta*
- *V ČR nemá rodina rozhodovací pravomoc*
- *Multikulturní a transkulturní rozdíly ve vnímání kvality života*
- *Sdělení nepříznivé prognózy empatickou formou*

# *Etické problémy intenzivní péče*

---

- *Rozhodování o zahájení resuscitační péče (z pohledu kvality života, efektivity IP, předpokládaného výsledku péče/míra handicapu nemocného po přežití kritického stavu)*
- *Invazivita léčby u osob vysokého věku*
- *Přání pacienta DNR*
- *Komunikace s nemocným a s příbuznými (profesionalita, empatie, navození důvěry, pravdivá informace; pacient rozhoduje, koho můžeme informovat)*
- *Terminální péče (pacient „dohlédne na konec svého života“, neintervenování komplikací zdr. stavu, upřednostnění pohodlí nemocného nad léčebným úsilím, kvalitní paliativní péče, psychologická a spirituální podpora)*

# *Nemocný s nepříznivou prognózou*

---

- *20% všech úmrtí v rozvinutých zemích nastává v prostředí intenzivní péče (IP)*
- *IP je indikována v případě, kdy onemocnění má prognózu příznivou/nejistou*
- *Nové medicínské technologie umožňují udržování „zdání“ života i u pacientů s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí*
- *Prognóza nemocného je vzhledem k anamnéze, povaze onem. a dosavadnímu klinickému průběhu nepříznivá a není reálná šance na přežití či obnovení přijatelné kvality života*



# *Nemocný s nepříznivou prognózou*

---

- *Diferenciace rozsahu léčebné péče podle stavu a prognózy nemocného, tzv. **kategorizace**, by měla být nedílnou součástí léčebného plánu na pracovištích IM (ARO-JIP)*
- *Medicínské umění znamená*
  - *nemocné zcela osvobodit od utrpení*
  - *mírnit prudkost nemoci*
  - **záměrně se nepokoušet o léčbu těch, kteří jsou svou nemocí přemoženi**

# *Rozhodnutí o marné péči*

---

- *Rozhodnutí o omezení léčby musí být podloženo kvalifikovaným, obj. doložitelným zhodnocením závažnosti zdravotního stavu nemocného a jeho predikovatelného vývoje*
- *S ohledem na: povahu zákl. onem., komorbidity, komplikující onem. vzniklé v průběhu IP, míru a reverzibilitu orgán. selhání, odezvu organismu na poskytované postupy IM, věk, premorbidní fční stav, předpokládaný počet dalších let s přijatelnou kvalitou života (QALY)*

# *Nerozšiřování či ukončení IP*

---

- *Nezahájení/nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v term. stádiu neléčitelného onem. a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových fcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy ČR*
- ***Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010***  
*k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na paliativní u pac. v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*

# *Nerozšiřování či ukončení IP*

---

- *V případě, že dospějeme k názoru, že IP je medicínsky neadekvátní (mimálně ne/účinná), je třeba rozhodnout o změně/omezení léčby (end of life care)*
- ***Kategorizace omezení léčby:***
- *1. Neredukovaná, standardní léčba, při níž se nepřistoupí ke KPR (režim **DNR – Do Not Resuscitate**) – např. u zaintubovaných v závažném stavu se v případě rozvoje kritického stavu nepřistoupí k zahájení respirační péče (UPV) ani k provádění KPR*

# *Nerozšiřování či ukončení IP*

---

- *2. Nerozšiřování léčby – withholding therapy*  
*při zhoršení stavu pacienta se nezahajují nové, zejm. invazivní postupy vedoucí k prodloužení života (chirurgické zákroky, nepodávat širokospektrá ATB při sepsi), nezahajuje se KPR, pokračuje se však v aktuálně zavedené léčbě*
  
- *3. Vysazování /redukce léčby – withdrawing therapy*  
*- omezení a ukončení stávajících život podporujících léčebných procedur (org. podpora, HD, některá farmaka), nezahajují se nové, nepřístupuje se ke KPR a léčba se mění na paliativní*

# *Nerozšiřování či ukončení IP*

---

- *Withdrawing je pro lékaře i pro příbuzné složitější rozhodnutí než withholding, přestože po právní stránce jsou na stejné úrovni*
- *Individuální posouzení s ohledem na očekávané terapeutické cíle a předpokládanou kvalitu života*
- *Rozhodnutí o terminální péči se dělají v kontextu známých předchozích přání pac. (písemná, ústní f.) vnímáním přirozeného průběhu neléčitelného onem.*
- *Prodlužování přirozeného procesu umírání je neetické*

# *Marná péče a ukončení terapie*

---

- *Futile treatment – marná léčba, neefektivní v dosažení požadovaných terapeutických cílů (např. HD pro AKI u 100-leté terminálně nemocné s pokročilou demencí)*
- *Důvody ukončení terapie:*
  - *neúčelné a neetické prodlužování marné péče*
  - *ekonomické důvody (špatné výsledky x ↑ náklady)*
  - *stresové zatížení rodiny i personálu*
- *Bazální péče – ošetrovatelská péče, hydratace, nutrice*

# *Nerozšiřování či ukončení IP*

---

- *Nejedná se o vysazení veškeré léčby, ale na základě pečlivého a opakovaného zhodnocení škály informací se mění způsob a cíle léčby - přechází se od postupů IM (postupů org. podpory) k **paliativnímu způsobu léčby a ošetřování***
- *K postupům, které mají za cíl zamezit utrpení a umožnit důstojné umírání (kvalitní analgézie, zmírnění úzkosti, deprese, nespavosti, potlačení dechového dyskomfortu, zajištění kvalitní neredukované ošetrovatelské péče, spirituální podpora)*



# *Kategorizace nemocných v praxi*

---

- *Stanovisko, že další léčba se jeví neúčinná a medicínsky neadekvátní, je jedním z nejčastějších důvodů omezení či ukončení IP*
- *Rozhodování o strategii léčby u kriticky nemocných na sklonku života je každodenní součástí pracovišť neurointenzivní péče*
- *Péče o nemocné v terminálním stádiu chron. progresivních neurodegenerativních onem. NS (ALS, sval. dystrofie, chron. progresivní f. SM), převážně o nemocné po závažných CMP na IJ*

# *Specifika neurointenzivní péče*

---

- *Neurointenzivní pacient je stran prognózy limitován rozsahem postižení mozku i při jinak fungujících ostatních org. systémech*
- *Závažné poškození mozku (PVS) – i při 0 prognóze na úzdravu může pacient pokračovat ve fyzické existenci dlouhou dobu*
- *Mozek je jediný orgán, jehož zánik nezvratně znamená smrt (nelze nahradit, zastoupit ani transplantovat)*
- *Mozková smrt slouží jako definice v intenzivní péči (dárcovský a transplantační program)*

# *Kategorizace nemocných v praxi*

---

- *Složitý komplexní problém*
- *Přehodnocení dle změn aktuálního klinického stavu*
- *Za kolektivní rozhodnutí o zahájení paliativní péče je zodpovědný ošetřující lékař, příp. vedoucí lékař pracoviště/primář*
- *Neexistují jednoznačná kritéria*
- *Vágní právní opora*
- *Neexistence skórovacích systémů vhodných ke kategorizaci nemocných v neurointenzivní péči (APACHE II, III, SOFA, SAPS; [www.sfar.org](http://www.sfar.org))*

# *Kritéria kategorizace v praxi*

---

- *Časná predikce prognózy pac. s akutním iktem je suboptimální a měla by být hodnocena opatrně. V predikci krátkodobé i dlouhodobé mortality jako prognostického faktoru dobrým markrem GCS, dokonce jeho simplifikace v hodnocení motorického subskóre (nejlepší motorická odpověď) ve srovnání s podobnými výsledky hodnocenými pomocí APACHE a SAPS u pac. na UPV*
- *Klinický a radiologický nálezn může predikovat špatný outcome*
- ***Zhodnocení závažnosti klinického stavu (těžký iktus s ireverzibilním poškozením mozkové tkáně, např. devastující iktus poruchou vědomí a chyběním kmenových rr. )***
- ***Výsledky neurozobrazovacích metod (destrukce vitálních struktur, např. objemný ICH v BG, recentní ischémie v povodí celé ACM na kontrolním CT mozku )***

# *Kritéria kategorizace v praxi*

---

- *Tyto nálezy jsou inkompatibilní se smysluplným fčním návratem do života (v nejlepším případě PVS nebo velmi těžká disabilita)*
- *Povědomí o klinické predikci marné péče je nezbytné pro neurology v komunikaci s příbuznými/rodinami*
- *Pomocná kritéria kategorizace: komorbidity (kardiální selhávání/EF LK, malignity), věk (>80 let, biologický věk; mortalita seniorů na UPV je 2-násobná x s populací < 65 let), laboratorní vyš. (multiorgánové selhání, SIRS), premorbidní stav (kognitivní deficit, mobilita), sociální zázemí (neexistují příbuzní, ÚSP/DS)*

# *Kategorizace nemocných v praxi*

---

- *Nutný konsensus všech zúčastněných (kmenový lékaři, vedení pracoviště, SZP, tým možno s výhodou rozšířit i o lékaře jiných odborností, např. erudovaný konsiliář KARIM)*
- *Integrace rodiny pacienta do rozhodování, v případě názorové shody ↓ pravděpodobnost konfliktů a následných forenzních problémů*
- *Podání srozumitelné informace s průběžným upřesněním dle vývoje stavu (podpora klinického psychologa)*
- *$\Delta$  pacient-lékař-rodina v konsenzu je optimální*

# *Kategorizace nemocných v praxi*

---

- *Rostoucí tlak managementu na ↑ efektivity i kvality poskytované zdr. péče, racionalizaci a ↓ nákladů*
- *Plná péče je obvykle indikována po přijetí pac. na JIP z důvodu nemožnosti přesného stanovení prognózy časně po vzniku akutního neurologického onemocnění a příbuzní pac. potřebují čas vstřebat dubiózní prognózu*
- *Pro prognostické hodnocení (a představu o dalším průběhu a postupu) se nejčastěji volí časový odstup 72 hod.*

# *Kategorizace nemocných v praxi*

---

- *Lékař musí být o jednoznačnosti takového rozhodnutí odborně i vnitřně přesvědčen*
- *Určení prvků léčby, kterou nezahájí/odejme a ukončí (nutrice, krevní náhrady, HD, vazopresory, KS, LMWH, OTI, UPV,  $\uparrow$ FiO<sub>2</sub>)*
- *Optimalizace end of life care, tedy řešení přechodu k paliativní léčbě*
- *Stanovení cílů v následné ošetrovatelské péči*
- *Vytvoření protokolu terminální péče, dle lokálních zvyklostí, nutné písemné potvrzení rozhodnutí o redukci či odnětí péče, pravidelná aktualizace s ohledem na zachování kontinuity péče*





## Kategorizace rozsahu péče

štítek pacienta

<b>DATUM</b>			
<b>ČAS</b>			
<b>Rozsah terapie</b>			
Plná léčba			
Nerozšiřovat léčbu			
Bazální terapie			
<b>Umělá plicní ventilace</b>			
UPV			
Bez ventilační podpory			
Pouze OTI			
<b>KPR</b>			
Kardiopulmonální resuscitace			
DNR - neresuscitovat			
Podpis 1:			
Podpis 2:			
Podpis 3:			

# Platné právní předpisy

---

- *Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR*
- *Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod*
- *Zákon č.372/2011 o zdravotních službách*
- *Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví*
- *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví*
- *Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů*
- *Zákon č. 96/2001 Sb., Úmluva o lidských právech a biomedicíně*

# Platné právní předpisy

---

- *Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci*
- *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*
- *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na paliativní u pac. v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*
- *Valentin et al.: Recommendation on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine, Intensive Care Med, 2008.*
- *Withholding and withdrawing life-prolonging treatments. Good practice in decision making*  
[http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding life prolonging guidance.asp](http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding%20life%20prolonging%20guidance.asp)

*DĚKUJI ZA POZORNOST*

---

