

ETIKA KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE: mění se pohled společnosti?



MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

ZZS Středočeského kraje, p.o.

Urgentní příjem ON Kladno

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

EuSEM - European Society for Emergency Medicine

KLINICKÁ ETIKA = KAŽDODENNÍ PRAXE!

Nikoliv to, čím se budeme zabývat, až „na to zbude čas“!

- teorie mravnosti, soustava názorů na mravnost, systém mravních norem...
- 4 základní etické principy:
 - **Non-maleficence („Primum non nocere)**
 - Beneficence – ve prospěch pacienta (*doporučení dle EBM*)
 - Autonomie
 - Justice – rovnost přístupu
 - *Důstojnost a čestnost přístupu jako základní přidané prvky etiky*
- nejvyšším imperativem při poskytování zdravotní péče včetně KPR by měl být **SYSTÉM HODNOT PACIENTA**

RESUSCITATION 2015

THE GUIDELINES CONGRESS

29-30-31 **OCTOBER** - PRAGUE - **CZECH REPUBLIC**



- **29. – 31. 10. 2015 Praha**
- **„The ethics of reuscitation and end-of-life decisions“**
 - **Leo Bossaert, Gavin Perkins, Helen Askitopoulou, Violeta Raffay, Rbert Greif, Kristie Haywood, Spyros Menzelopoulos, Jerry Nolan, patrick Van de Voorde, Theodoros Xanthos**

ZMĚNY OVLIVŇUJÍCÍ I ETICKÉ PRINCIPY

Pacientova práva versus lékařova odpovědnost

- **Společnost**

- Důraz na práva pacienta, multikulturalita, migrace (solidarita versus xenofobie)

- **Medicína**

- Větší možnosti medicíny, rychleji dosažitelné, nové postupy

- **Technologie**

- Včetně informačních – pacienti přicházejí vybaveni informacemi, byť ne zařazenými ve správném kontextu („googleři“)

POSUN V CHÁPÁNÍ ETICKÝCH PRINCIPŮ

- **AUTONOMIE**

- Důraz na osobní preference pacienta – pacient součástí medicínského rozhodování – edukace!
- **MY LIFE – MY HEALTH**

- **BENEFICIENCE**

- Posouzení relevantního rizika a prospěchu

- **NON-MALEFICIENCE**

- DNAR/DNA-CPR, kdy nezáhájit a kdy ukončit resuscitaci

- **SPRAVEDLNOST A ROVNÝ PŘÍSTUP**

- Adekvátní péče bez diskriminace (věk, sociální status, finanční náklady....)



**my life
my health**

SPOLEČNÉ ÚKOLY EVROPY V OBLASTI ETIKY

- *„Zdravotníci musí mít potřebné znalosti a chápat etické principy dříve, NEŽ JSOU VYSTAVENI SKUTEČNÝM SITUACÍM, VE KTERÝCH MUSÍ PROVÁDĚT ROZHODOVÁNÍ O KPR.“*
- Evropa = „patchwork“ 47 národů, různé legislativy, různé pojetí práv pacienta a odpovědnosti lékaře, různé kulturní a historické pozadí
- Dlouhodobé přežití 2 - 30 %, ROSC 30 – 50 % (EuRECA One)

NUTNOST HARMONIZACE LEGISLATIVY

ZAPOJIT DO DISKUZE CELOU KOMUNITU

NÁRODNÍ PRAVIDLA VERSUS UNIVERZÁLNÍ PRINCIPY

VÝZKUM VE 32 ZEMÍCH: ROZPOR PRÁVA A PRAXE!!!

NĚKTERÉ Z DALŠÍCH ETICKÝCH DILEMAT V UM

- aplikace práv pacienta v podmínkách časové tísně a život ohrožujících situacích
 - míra autonomie pacienta versus lékařské pochybení
- indikace a kontraindikace KPR, ukončení KPR
 - (ne)znalost postojů a přání rodiny, rozporné postoje a přání
 - KPR po suicidiu?
- třídění pacientů
 - při hromadném výskytu postižených
 - obecně při nedostatku personálních a technických zdrojů (*„malé odpolední interní hromadné neštěstí na UP“*)

ZÁSADNÍ OTÁZKY:

ZAHÁJIT, NEZAHÁJIT, DNR, DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ...?



KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

Diagnostika NZO do 10 vteřin!

- Indikace:

- **zástava krevního oběhu (= klinická smrt)** a nejsou jisté známky smrti (= mrtvolné skvrny, ztuhlost, hniloba, dekompozice těla, zuhlenatění...)

- Kontraindikace:

- Reálné riziko ohrožení zdraví nebo života zasahujících záchránců
- Přítomnost jistých známek smrti
- Terminální stádium nevléčitelného chronického onemocnění
- Poranění neslučitelná se životem (dekapitace apod.)

KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

ukončení

- **Obnovení spontánního oběhu (ROSC)**
- **Přetrvávající asystolie, pokud rozšířená NR prováděná déle než 20 minut nevedla k obnovení spontánního oběhu a zároveň byly vyloučeny všechny reverzibilní příčiny NZO (4H a 4T)**
- **není indikován převoz do zdravotnického zařízení za pokračující NR (ECMO, invazivní metody...)**
- **Naprosté vyčerpání záchránců (pouze v průběhu základní NR)**

DOKUD TRVÁ VF/VT – POKRAČUJ V KPR

OHCA – rozhodování náročnější než v nemocnici, většinou nedostatek informací, zahájení většinou ANO – „zahájit včas a otázky nastolit později“

DEFINICE „MARNOSTI“

- WHO: „lčba, která nenabízí odůvodnitelnou naději na zlepšení nebo vylčení...“ nebo „lčba, ze které pacient nemůže mít přetrvávající prospěch“
- Podmínkou je neexistence medicínské indikace!
- DNR nutně nevyžaduje souhlas pacienta nebo jeho blízkých – mívají nerealistická očekávání, falešné naděje pro rodinu v případě neindikované KPR

DNAR – DNA-CPR – AND

(Allow Natural Death)

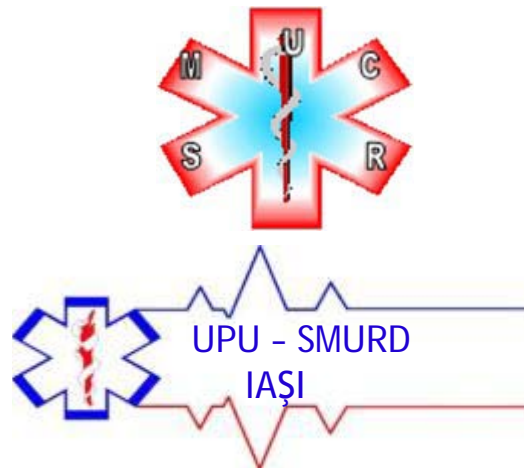
DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně (čl. 9)
 - brát zřetel na dříve vyslovená přání v okamžiku, kdy pacient není schopen vyjádřit své priority
- DNR – ale i jiné specifikace
- Podmínky platnosti:
 - písemná forma
 - úředně ověřený podpis pacienta
 - poučení pacienta o důsledcích – praktický nebo jiný ošetřující lékař
 - **nejedná se o situaci, kdy se dříve vyslovená přání respektovat nesmí (aktivní způsobení smrti, protiprávní jednání, započítání postupů, které by vedly ke smrti, ohrožení jiných osob, nezletilí, posun lékařské vědy...)**



The DNR order in pre-hospital emergency intervention: possible or impossible

prof. Diana Cimpoesu, MD,Phd, FESEM,FCCP
University of Medicine and Pharmacy Gr.T.popa,
Emergency DEpartment-SMURD,
EMERGENCY UniVersity Hospital "Sf.Spiridon"
Iasi, ROMANIA



ZÁSTUPNÝ SOUHLAS

Občanský zákoník?

1. manžel/ka
2. rodiče / děti
3. osoby blízké
4. osoby, které osvědčí mimořádný zájem



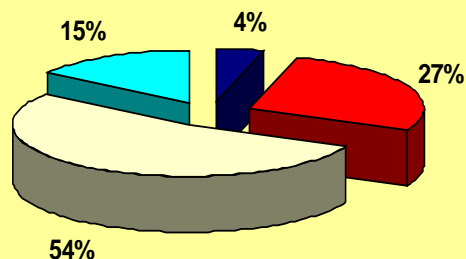
Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách?

1. osoba určená pacientem
2. manžel/ka
3. rodiče / děti
4. jiná osoba blízká

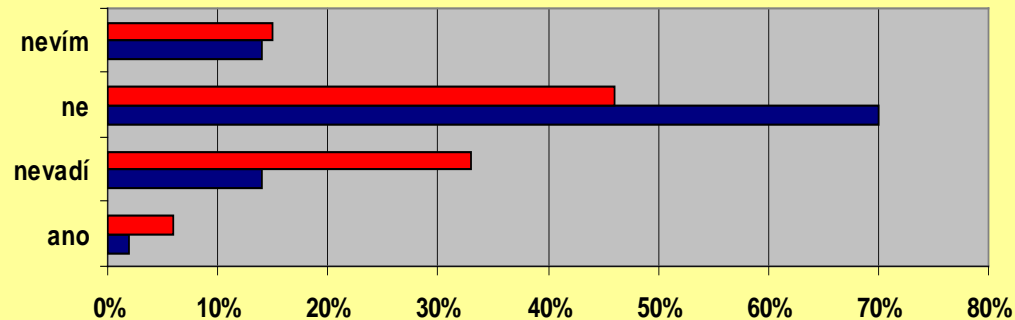
PŘÍTOMNOST RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

studie „Názory zdravotníků UM na KPR“, publikováno 2013

Přítomnost příbuzných při KPR



■ vždy/spíše vítám ■ nevadí □ spíše/zásadně ne ■ nevím

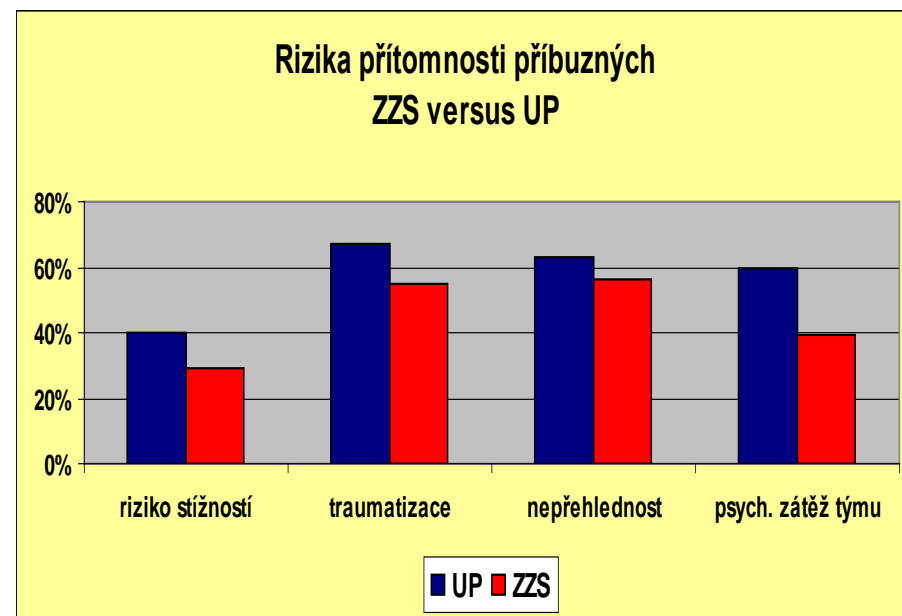
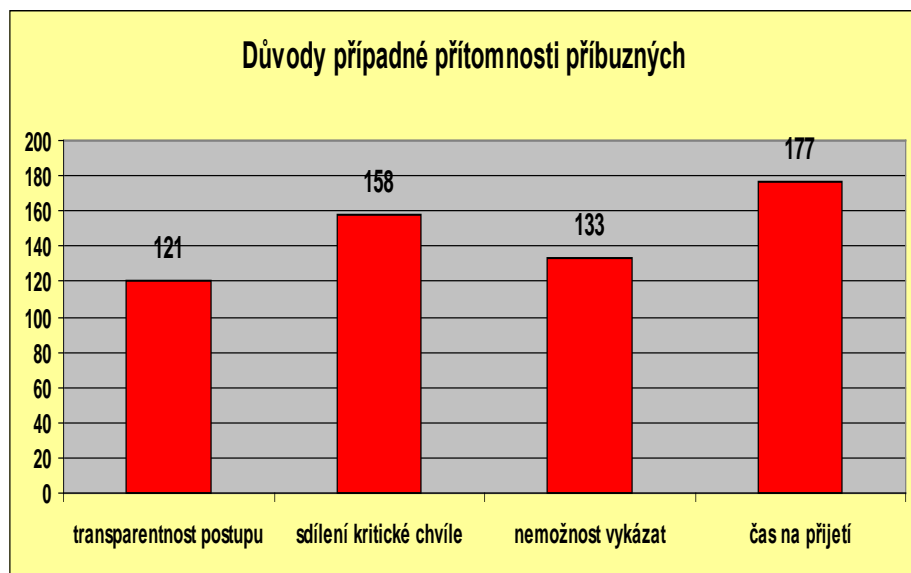


	ano	nevadí	ne	nevím
■ ZS (310)	6%	33%	46%	15%
■ UP (104)	2%	14%	70%	14%

■ UP (104) ■ ZS (310)

PŘÍTOMNOST RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

studie „Názory zdravotníků UM na KPR“, publikováno 2013



JEŠTĚ JEDNA KONTROVERZE: GASPING A ETIKA

CLINICAL ETHICS

The agony of agonal respiration: is the last gasp necessary?

R M Perkin, D B Resnik

See end of article for authors' affiliations

J Med Ethics 2002;28:164-169

Correspondence to:

R M Perkin, Professor and Chairman, Department of Pediatrics, The Brody School of Medicine, East Carolina University, 3E-142 Brody Medical Sciences Building, Greenville, NC 27858-4354, USA; perkinr@mail.ecu.edu

Revised version received 2 January 2002
Accepted for publication 2 January 2002

Gasping respiration in the dying patient is the last respiratory pattern prior to terminal apnoea. The duration of the gasping respiration phase varies; it may be as brief as one or two breaths to a prolonged period of gasping lasting minutes or even hours. Gasping respiration is very abnormal, easy to recognise and distinguish from other respiratory patterns and, in the dying patient who has elected to not be resuscitated, will always result in terminal apnoea.

Gasping respiration is also referred to as agonal respiration and the name is appropriate because the gasping breaths appear uncomfortable and raise concern that the patient is suffering and in agony. Enough uncertainty exists about the influence of gasping respiration on patient wellbeing, that it is appropriate to assume that the gasping breaths are burdensome to patients. Therefore, gasping respiration at the end of life should be treated.

We propose that there is an ethical basis, in rare circumstances, for the use of neuromuscular blockade to suppress prolonged episodes of agonal respiration in the well-sedated patient in order to allow a peaceful and comfortable death.

JEŠTĚ JEDNA KONTROVERZE: GASPING A ETIKA

- [Ten Cate, K., Van De Vathorst, S.](#): Dutch pediatricians' views on the use of neuromuscular blockers for dying neonates: A qualitative study.
- studie měla za cíl posoudit názory holandských pediatriů na použití neuromuskulární blokády u umírajících novorozenců
- kvalitativní výzkum na základě analýzy rozhovorů s 10 (!!!) neonatologů
 - Interpretace gaspingu
 - Utrpení rodičů
 - Potřeba legislativní úpravy
 - *„Co znamená dobrá smrt?“*
 - *„Jakou roli má mít perspektiva pohledu rodičů?“*
- Nenalezen konsensus, obava z trestního stíhání....





REALITA???

Příběhy z praxe – k úvaze...



KPR – KAZUISTIKA Č. 1:

- noční výjezd – výzva bezvědomí, nedýchá, priorita 1...
- po příjezdu lékaře na místě probíhá KPR pacientky posádkou RZP (dojezd 4 minuty) – dle kompetencí NLZP masáž, laryngeální maska, i.v. linka, monitor (asystolie od počátku KPR)
- pacientka 88 let, kardiačka, EF cca 15 – 20 %, opakovaně po IM, kardiální dekompenzace s opakovanými plicními edémy, nyní opět byla dušná....klinicky recidiva plicního edému
- KPR ukončena po 30 minutách
- *Sdělení dcery, zdravotnice: „Maminka už nechtěla do nemocnice, přála si umřít doma, tak jsem zavolala, až když upadla do bezvědomí...“*
- Otázky: účelnost volání na ZZS? Timing volání? Nahlášené obtíže? (bezvědomí, předchozí dušnost versus úmrtí doma?) Dyskomfort pacientky při dušení?

KAZUISTIKA Č. 2: ZNALECKÝ PODSUDEK KE KPR

Pacientka 90 let, několik let imobilní, při krmení vzniklo bezvědomí, dcera volala ZZS, posádka prováděla 45 min. KPR....

...KPR neúspěšná, dg. aspirace, NZO, pitevní dg.: selhání srdce při EF 15 %, aspirace...následná stížnost cestou krajského úřadu (zřizovatel ZZS)...

