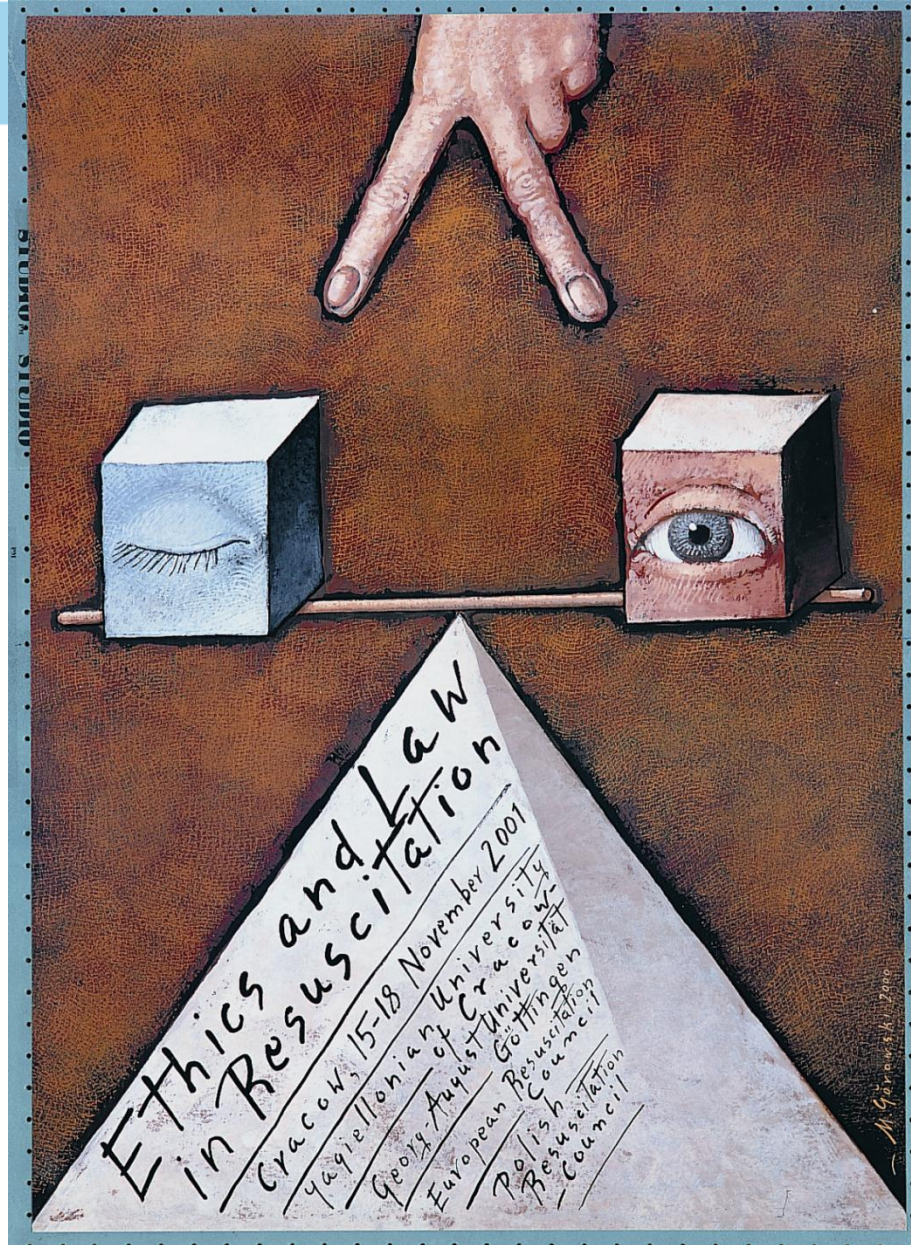




Etyka



Kluczowe zasady etyczne

- Autonomia pacjenta
- Nieczynienie krzywdy
- Korzyść pacjenta
- Sprawiedliwość
- Godność
- Uczciwość
- Przejrzystość i ujawnianie konfliktu interesów

NZK w perspektywie Europejskiej

- Częstość NZK w Europie 0.4-1.0/1000, co daje ok. 350-700 tyś. osób rocznie, z czego 275 tyś. jest leczonych przez Pogotowie Ratunkowe
- Podjęta resuscytacja kończy się niepowodzeniem w 70-98%
- Konieczna rejestracja i **monitorowanie przeżywalności** po NZK na szczeblu lokalnym i ogólnopństwowym

Prognozowanie efektów leczenia NZK

- 30% do 50% pacjentów z NZK uzyskuje ROSC, mniej przeżywa do OIT, jeszcze mniej opuszcza szpital bez ubytków neurologicznych
- Prognozowanie jest istotnym problemem, ale jak do tej pory brak wiarygodnych metod prognozowania wyników odległych

Kiedy rozpocząć, a kiedy zakończyć resuscytację?

- Nie rozpoczynamy resuscytacji w sytuacji, gdy **jest jasne**, że będzie daremna lub pacjent nie wyraża zgody
- Konieczne jest wypracowanie lokalnych zasad nie podejmowania i kończenia resuscytacji w oparciu o **prospektywną analizę** istniejącego systemu ratownictwa i jego ciągłe monitorowanie

Kto powinien podejmować decyzje?

- Konieczne jest **wprowadzenie jasnych protokołów (procedur)** zarówno w systemie przedszpitalnym, jak i wewnątrzszpitalnym
- Uwzględnione muszą być lokalne uwarunkowania prawne, kulturowe, wynikające z tradycji

Kiedy kończyć resuscytację?

- Większość resuscytacji musi być kończona z powodu niepowodzenia, w sytuacji resuscytacji przedszpitalnej decyzja jest niezwykle utrudniona z powodu braku informacji
- Mówiąc ogólnie: **utrwalona asystolia (ponad 20 min) pomimo pełnego ALS z wykluczeniem przyczyn odwracalnych** może być wskazaniem do zakończenia resuscytacji, ale każdy przypadek musi być rozważany indywidualnie

DNAR (DNACPR)

REVIEW

THE AMERICAN
JOURNAL of
MEDICINE®

Cardiopulmonary Resuscitation and Do-Not-Resuscitate Orders: A Guide for Clinicians

Laura Loertscher, MD, MPH,^a Darcy A. Reed, MD, MPH,^a Michael P. Bannon, MD,^b Paul S. Mueller, MD, MPH^a

Departments of ^aInternal Medicine and ^bSurgery, Mayo Clinic, Rochester, Minn.

ABSTRACT

The do-not-resuscitate order, introduced nearly a half century ago, continues to raise questions and controversy among health care providers and patients. In today's society, the expectation and availability of medical interventions, including at the end of life, have rendered the do-not-resuscitate order particularly relevant. The do-not-resuscitate order is the only order that requires patient consent to prevent a medical procedure from being performed; therefore, informed code status discussions between physicians and patients are especially important. Epidemiologic studies have informed our understanding of resuscitation outcomes; however, patient, provider, and institutional characteristics account for great variability in the prevalence of do-not-resuscitate orders. Specific strategies can improve the quality of code status conversations and enhance end-of-life care planning. In this article, we review the history, epidemiology, and determinants of do-not-resuscitate orders, as well as frequently encountered questions and recommended strategies for discussing this important topic with patients.

© 2010 Published by Elsevier Inc. • *The American Journal of Medicine* (2010) 123, 4-9

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation; Do-not-resuscitate orders; Informed consent; Physician-patient communication

