

Prognozowanie, kończenie resuscytacji, donacja narządów

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 oceny wyników odległych

Prognozowanie efektów leczenia NZK

- 2/3 pacjentów po NZK w OIT umiera z powodu uszkodzenia OUN
- Test prognostyczny powinien cechować się 100% specyficznością (tzw. „zero przypadków fałszywie dodatnich”)
- Trudności w badaniach: krótki okres obserwacji, mała liczba pacjentów, wprowadzenie hipotermii terapeutycznej

Prognozowanie efektów leczenia NZK

- Brak klinicznych metod/oznak prognozujących zły neurologiczny wynik leczenia NZK w pierwszych 24 godzinach
- U pacjentów nieprzytomnych po NZK, bez stosowania hipotermii, leków w celu sedacji i zwiotczenia, **u których nie występuje reakcja źrenic na światło i odruch rogówkowy po 72 godzinach, rokowanie jest złe**

Prognozowanie efektów leczenia NZK

- Aktualne dane **nie upoważniają wykorzystywania biomarkerów osoczowych lub z płynu mózgowo-rdzeniowego** jako jedynych do wiarygodnego prognozowania wyników leczenia u chorych po NZK poddawanych bądź nie poddawanych leczeniu hipotermią

Kiedy kończyć resuscytację?

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

Centra leczenia pacjentów po NZK?

- Istotne różnice w przeżywalności po NZK
- Im więcej przyjęć chorych po NZK tym lepsze wyniki leczenia
- Wprowadzenie „pakietów leczenia po NZK” z uwzględnieniem PCI i hipotermii
- Regionalizacja (podobna jak w leczeniu STEMI i centra urazowe) leczenia NZK może poprawić przeżywalność

Donacja organów

- Donacja narządów w wyniku „śmierci sercowej” jest klasyfikowana jako kontrolowana i niekontrolowana
- Kontrolowana: kończenie leczenia w przypadkach urazów bądź chorób „nie do przeżycia”
- Niekontrolowana: po stwierdzeniu śmierci z powodu nieodwracalnego zatrzymania krążenia, bądź w trakcie resuscytacji



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Editorial

Emergency medicine and organ donation—A core responsibility at a time of need or threat to professional integrity

Rozwiązania dotyczące donacji narządów bez stwierdzenia śmierci mózgu (*end-of-life organ procurement*) **muszą brać pod uwagę i zapobiec:**

1. pogorszeniu opieki nad pacjentem w rozumieniu jego interesów
2. brakowi przejrzystości
3. negatywnym etycznym i prawnym konsekwencjom dla standardów stwierdzania zgonu