

Resuscytacja

Decyzje dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Informacje przeznaczone dla pacjentów szpitali Coventry and Warwickshire, ich rodzin oraz opiekunów.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa to zabieg stanowiący jedną z opcji dostępnych dla zespołu lekarzy, którzy muszą podjąć decyzję dotyczącą zabiegów odpowiednich dla pacjenta.



Wstęp

W tej ulotce wyjaśniamy

- Czym jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Dlaczego należy podjąć decyzję o jej zastosowaniu
- W jaki sposób odpowiednie decyzje są podejmowane przez lekarzy

Ulotka jest przeznaczona dla pacjentów, jednak może być także przydatna dla ich rodzin, przyjaciół i opiekunów. Nie obejmuje ona odpowiedzi na wszystkie pytania, jakie mogą dotyczyć resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ale ma na celu udzielenie pacjentom pomocy w zakresie podjęcia właściwej decyzji. W razie jakichkolwiek dalszych pytań należy skonsultować się z przedstawicielami służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki itd.).

Czym jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa?

Zatrzymanie krążenia i oddychania oznacza, że serce pacjenta przestaje pracować i zatrzymuje się jego oddychanie. W niektórych przypadkach możliwe jest podjęcie próby wznowienia pracy serca i oddychania przy zastosowaniu metody reanimacyjnej nazywanej resuscytacją krążeniowo-oddechową.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa może obejmować:

- Wielokrotne bardzo mocne naciśnięcie klatki piersiowej
- Wykonanie elektrowstrząsów w celu skorygowania rytmu pracy serca
- Pobudzenie pracy płuc przy zastosowaniu maski oddechowej lub intubacji przez tchawicę.

Jakie są szanse powodzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej?

Szanse powodzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej są uzależnione od:

- Czasu, który upłynął od zatrzymania pracy serca i oddychania
- Jakichkolwiek chorób lub problemów zdrowotnych (także przebytych w przeszłości)
- Ogólnego stanu zdrowia

Podjęta resuscytacja krążeniowo-oddechowa przynosi powodzenie w przypadku mniej więcej 4 na 10 pacjentów.

W przypadku zatrzymania pracy serca i oddychania w szpitalu, średnio 2 na 10 pacjentów może przeżyć aż do wypisania, ale jeżeli nastąpi to poza warunkami szpitalnymi, szanse na przeżycie ma średnio 1 na 10 pacjentów. Szanse na przeżycie są zdecydowanie mniejsze w przypadku pacjentów ciężko chorych. Należy pamiętać, że powyższe dane mają jedynie charakter orientacyjny i nie określają szans na przeżycie określonego pacjenta. Każdy pacjent jest inny, dlatego też lekarze zawsze wyjaśniają, jakie mogą być konsekwencje zabiegu w jego przypadku.

Czy reanimacja umożliwi przywrócenie pacjentowi normalnego stanu zdrowia?

Każdy pacjent jest inny. U niektórych osób wyleczenie może być całkowite, jednak u pozostałych może utrzymywać się poważna choroba, a w przypadku większości zabiegów resuscytacji krążeniowo-oddechowej nie udaje się przywrócić pacjenta do życia pomimo wszelkich wysiłków lekarzy, którzy przeprowadzają reanimację. Zależy to przede wszystkim od ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz przyczyny zatrzymania pracy serca i oddychania. Ponadto jest to uzależnione od czasu wymaganego dla przywrócenia prawidłowej pracy serca i oddychania.

Osoby po resuscytacji często znajdują się nadal w ciężkim stanie i wymagają dalszego leczenia, często na oddziale intensywnej opieki medycznej. Niektórzy pacjenci nigdy nie odzyskują stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego sprzed zatrzymania pracy serca i oddychania. W niektórych przypadkach może wystąpić uszkodzenie mózgu lub zapadnięcie w stan śpiączki. W przypadku pacjentów ciężko chorych odzyskanie wcześniejszego stanu zdrowia jest mało prawdopodobne. Metody wykorzystywane w celu przywrócenia pracy serca i oddychania mogą także być przyczyną odniesienia obrażeń, takich jak siniaki, złamania żeber i przebicie płuc.

Czy resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest podejmowana u wszystkich osób, u których wystąpiło zatrzymanie pracy serca i oddychania?

Nie. W razie nieoczekiwanego zatrzymania pracy serca i oddychania, na przykład w razie odniesienia poważnych obrażeń lub ataku serca, lekarze podejmują resuscytację krążeniowo-oddechową, jeśli może ona przynieść pozytywne skutki. Praca serca i oddychania może również zatrzymać się w przypadku śmierci naturalnej. W przypadku osób bardzo poważnie chorych i umierających, przeprowadzanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej po każdym zatrzymaniu pracy serca i oddychania może nie być wskazane.

Jest tak w szczególności w przypadku osób bardzo ciężko chorych, których szanse na długotrwałe przeżycie są bardzo niewielkie. W takich przypadkach,

przywrócenie pracy serca i oddychania może przynieść im jedynie dodatkowy ból i cierpienie odczuwane przez osoby bardzo bliskie śmierci z przyczyn naturalnych.

Czy jestem w dużym stopniu narażony/a na ryzyko zatrzymania pracy serca i oddychania?

Ryzyko zatrzymania pracy serca i oddychania może zostać ocenione jedynie przez lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentem. Nawet osoby znajdujące się w bardzo podobnym stanie zdrowia mogą reagować na chorobę w inny sposób. Jeden z przedstawicieli personelu medycznego, prawdopodobnie lekarz prowadzący, poinformuje pacjenta co do:

- Jego choroby
- Oczekiwanych konsekwencji
- Dostępnych zabiegów

Kto podejmuje decyzję o przeprowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej?

Przedstawiciele personelu medycznego przekażą pacjentowi informacje dotyczące opcji leczenia i określą, czy ewentualne przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej może być wskazane w jego przypadku. Przedstawiciele personelu medycznego podejmą decyzję po dogłębnym przeanalizowaniu stanu zdrowia pacjenta i określą, czy przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej może przywrócić prawidłową pracę serca i oddychania oraz na jak długo. Przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest wskazane w przypadku, jeżeli może przywrócić pacjentowi prawidłową pracę serca i oddychania na dłuższy czas. Należy zdawać sobie sprawę, że w niektórych przypadkach przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej może być dla niego przyczyną poważnego inwalidztwa lub przedłużenia odczuwanych cierpień. Przedłużenie życia w takich okolicznościach nie zawsze jest wskazane. Odczucia i opinie pacjenta są niezwykle ważne w odniesieniu do określenia, czy resuscytacja może być dla niego korzystna i zostaną uwzględnione przez lekarzy. Jeżeli pacjent życzy sobie tego, w rozmowie z lekarzami mogą uczestniczyć jego przyjaciele lub członkowie najbliższej rodziny. W większości przypadków lekarze i pacjenci ustalają wspólnie najlepszy sposób postępowania.

Co stanie się w przypadku, jeżeli chcę być poddany/a resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ale lekarz uważa, że nie przyniesie ona rezultatu?

Zgodnie z prawem obowiązującym w naszym kraju, pacjent może odmówić poddania się zabiegowi, ale nie ma prawa zażądać przeprowadzenia zabiegu. Lekarz może we własnym zakresie zdecydować, że określony zabieg nie jest odpowiedni dla pacjenta. Lekarz może przeanalizować szanse przeżycia zabiegu przez pacjenta lub i ocenić, że ryzyko jest większe, niż oczekiwane korzyści. Jeżeli pacjent (lub jego rodzina) uważa, że lekarz nie podjął prawidłowej decyzji, może zażądać wyrażenia zdania przez innego lekarza (jest to nazywane drugą opinią).

Czy mogę odmówić rozmowy na temat resuscytacji krążeniowo-oddechowej?

Pacjent nie musi odbyć z lekarzem rozmowy na ten temat, może jednak w każdej chwili zmienić zdanie - w takim wypadku należy poinformować o tym przedstawicieli personelu lekarskiego. Inne osoby, z którymi można porozmawiać na ten temat zostały wymienione na końcu tej ulotki. Lekarz zajmujący się

pacjentem podejmie decyzję mówiącą, czy przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej może być dla pacjenta korzystne.

Nie chcę, aby ktokolwiek próbował przeprowadzać u mnie zabieg resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W jaki sposób mogą być pewny/a, że nie będzie on przeprowadzany?

Pacjent powinien przedstawić swoją opinię lekarzowi prowadzącemu. Można porozmawiać z lekarzem lub pielęgniarką, którzy udzielą pacjentowi pomocy w zakresie sporządzenia planu leczenia, w ramach którego uwzględnione zostaną preferencje pacjenta. Plan leczenia może zostać sporządzony w celu poinformowania innych osób co do preferencji pacjenta w odniesieniu do jego dalszego leczenia. Pacjent może również sporządzić bardziej formalną Decyzję dotyczącą Odmowy Zabiegu. W przypadku hospitalizacji pacjenta, który sporządził formalną Decyzję dotyczącą Odmowy Zabiegu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wypełniony zostanie specjalny formularz Odmowy Zabiegu Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej (DNACPR). Będzie on następnie umieszczony w specjalnym skoroszycie nazywanym "Zielonym zeszytem", przechowywanym razem z dokumentacją pacjenta. Odpowiednia notatka zostanie umieszczona w rejestrze pacjenta.

W razie jakichkolwiek innych preferencji dotyczących dostępnych opcji leczenia, należy również umieścić je w sporządzonym planie leczenia i "Zielonym zeszytem" (planowanie dalszego przebiegu leczenia):

www.c-a-s-t-l-e.org.uk/media/12638/national-eolc-programme-planning-for-your-future-care-sept-2012.pdf

Co nastąpi w razie podjęcia decyzji o nieprzeprowadzaniu zabiegu?

Lekarz prowadzący poinformuje personel medyczny, przyjaciół i krewnych pacjenta o podjętej decyzji. Wypełniony zostanie specjalny formularz Odmowy Zabiegu Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej (DNACPR). Będzie on następnie umieszczony w specjalnym skoroszycie nazywanym "Zielonym zeszytem", przechowywanym razem z dokumentacją pacjenta, a w rejestrze pacjenta będzie umieszczona wzmianka "w przypadku zatrzymania akcji serca resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie będzie przeprowadzana".

A jeżeli chodzi o inne zabiegi?

Formularz Odmowy Zabiegu Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej (DNACPR) dotyczy wyłącznie tego zabiegu, a nie żadnych innych.

Co stanie się w razie zmiany mojej sytuacji?

Jeżeli pacjent zmieni zdanie lub jego stan zdrowia ulegnie modyfikacji, personel medyczny umożliwi pacjentowi modyfikację jego decyzji.

Nasza firma korzysta z usług tłumaczy. Jeżeli potrzebują Państwo informacji w innym języku lub formie, należy skontaktować się na numer 024 7696 7514/15, dołożymy wszelkich starań, aby spełnić Państwa potrzeby.

Historia dokumentu

Sporządził	Catherine Baldock
Dział	Reanimacja
Data publikacji	Luty 2011 r.
Data weryfikacji	Styczeń 2015 r.
Wersja	3
Nr referencyjny	HIC/LFT/1195/11



W placówkach Trust prowadzona jest polityka ograniczania palenia