

# Międzynarodowy komunikat bezpieczeństwa pacjenta

## Trudna decyzja: kiedy dializa może nie być właściwym wyborem

69-letni pacjent z wieloletnim wywiadem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, korzystający z domowej tlenoterapii, podczas ostatniej hospitalizacji miał zdiagnozowaną marskość wątroby. W trakcie pobytu w szpitalu rozwinęło się ostre uszkodzenie nerek w stadium 3 według klasyfikacji KDIGO i konieczne było rozpoczęcie przerywanej hemodializy.

Pacjent zgłosił się do stacji dializ na swoją pierwszą ambulatoryjną sesję dializacyjną. Po przybyciu był przytomny, ale w złym stanie ogólnym, blady, z dusznością i wymagający 2 l/min tlenu przy saturacji wynoszącej 92%. Jego ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 90/50 mmHg i zostało to odnotowane jako wartość wyjściowa. Podjęto decyzję o kontynuowaniu dializy w celu kontrolowania klinicznie ewidentnego przeciążenia objętościowego. Zespół uznał, że ze względu na ogólny stan zdrowia pacjenta należy go ponownie przyjąć do szpitala. HD rozpoczęła się od planowanej ultrafiltracji 1 l.

Około 15 minut po rozpoczęciu pacjent nagle utracił przytomność, przestał reagować i nie miał wyczuwalnego tętna. Został natychmiast przeniesiony do sali resuscytacyjnej ośrodka, gdzie rozpoczęto resuscytację krążeniowo-oddechową zgodnie z protokołem ACLS.

**„Wiedza o tym, kiedy zrobić przerwę lub zaprzestać leczenia, może być najprawdźwieszą formą opieki”.**

– Na podstawie zasad bezpieczeństwa pacjentów.



Pomimo 35 minut resuscytacji nie udało się przywrócić spontanicznego krążenia i stwierdzono zgon.

Zdarzenie to było najpewniej wynikiem niestabilnego stanu klinicznego pacjenta, przewlekłą hipoksemią, niedociśnieniem tętniczym, zdekompensowaną marskością wątroby i niewydolnością serca. Znacznie ograniczało to jego tolerancję na przerywaną HD. Pomimo niestabilnego stanu pacjenta rozpoczęto leczenie w warunkach ambulatoryjnych, chociaż lepszym rozwiązaniem mogłoby być dalsze monitorowanie i leczenie pacjenta w szpitalu. Do takiego rezultatu klinicznego przyczyniły się również problemy systemowe, takie jak brak kryteriów leczenia ambulatoryjnego dla niestabilnych pacjentów wymagających HD oraz niewystarczająca ocena gotowości do wypisania ze szpitala.

Członkowie zespołu wspierali się wzajemnie, biorąc pod uwagę sytuację, z jaką mieli do czynienia w ośrodku, ale nadal możemy wyciągnąć z tego wnioski na przyszłość.

## Codziennie spotkania

W tym miesiącu wykorzystaj poniższe pytania podczas codziennych spotkań, aby omówić studium przypadku, docenić osiągnięcia zespołu i zidentyfikować możliwości rozwoju.

- Co powinniśmy zrobić, jeśli uważamy, że pacjent niedawno wypisany ze szpitala powinien zostać ponownie przyjęty do szpitala zamiast być leczonym ambulatoryjnie?
- Jakie dodatkowe monitorowanie jest potrzebne w przypadku pacjentów, którzy po hospitalizacji nadal są w stanie niestabilnym lub dopiero zaczynają dializy?
- Czy są dzisiaj nowi pacjenci, pacjenci niedawno wypisani ze szpitala lub pacjenci w stanie niestabilnym klinicznie?

## Wnioski i lekcje

### Nowy pacjent dializowany? Pamiętaj – wyższe ryzyko powikłań

Rozpocznij ostrożnie i uważnie monitoruj. Obserwuj spadki ciśnienia krwi, duszność lub zmiany w stanie świadomości i natychmiast zgłaszaj wszelkie niepokojące objawy.

### Jasna komunikacja i szczerze rozmowy

z pacjentami i ich rodzinami na temat rokowania, ryzyka i celów opieki. Zespoły powinny również identyfikować i sygnalizować pacjentów wysokiego ryzyka podczas codziennych spotkań.

### Zatrzymaj się przed rozpoczęciem leczenia

Wczesne rozpoznanie i eskalacja mogą zapobiec pogorszeniu stanu pacjenta i zapewnić mu adekwatną do sytuacji opiekę, nawet jeśli oznacza to ponowne przyjęcie do szpitala zamiast prowadzenia dializ ambulatoryjnie.