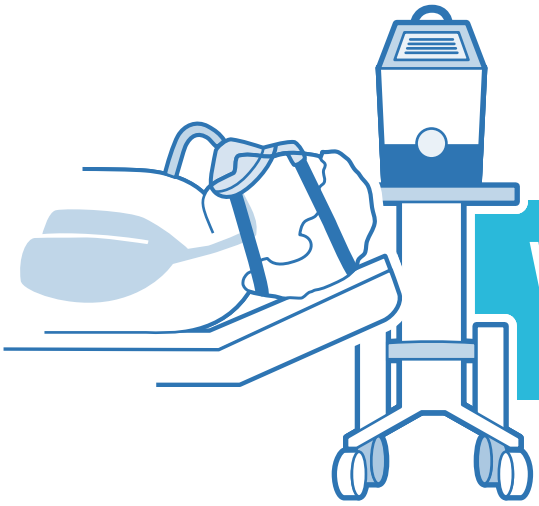

Fakty

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA POZWALA OGRANICZYĆ KOSZTY LECZENIA.

Koszt leczenia pacjenta z zapaleniem płuc z wykorzystaniem wentylacji nieinwazyjnej wynosi w Europie 10 300 euro, a w przypadku zastosowania intubacji rośnie do 25 000 euro. (Schönhofer 2006)

Wentylację nieinwazyjną można prowadzić poza oddziałem intensywnej terapii, w specjalnie wydzielonych pomieszczeniach innych oddziałów, co przynosi oszczędności. (Bülow 2007)

Wentylacja inwazyjna często niesie ze sobą ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, szczególnie respiratorowego zapalenia płuc, w rezultacie czego znacząco rosną koszty leczenia. (Schönhofer 2008)

Według badań opublikowanych w USA w 2000 roku leczenie zakażeń szpitalnych kosztuje amerykańskie szpitale 29 miliardów dolarów rocznie. (Institute of Medicine 2000, patrz także: Robert Koch Institute 2002)

Zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną podnosi koszt leczenia o 12 000 dolarów na jednego pacjenta. (Warren 2003)

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA ZMNIEJSZA RYZYKO WYSTĄPIENIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH.

Wentylacja inwazyjna wiąże się z ryzykiem wystąpienia zakażeń szpitalnych. (Schönhofer 2008)

Wentylacja nieinwazyjna prowadzona jest bez intubowania pacjenta, dzięki czemu do układu oddechowego przedostaje się mniej bakterii, a w rezultacie rzadziej występują zakażenia szpitalne. (Kuhlen 2008)

Pacjenci wentylowani metodą nieinwazyjną mogą uniknąć kolejnych zabiegów inwazyjnych, takich jak cewnikowanie naczyń, które jest niezbędne w przypadku wentylacji inwazyjnej ze względu na konieczność podania sedacji. (Nava 2006, Bülow 2007)

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA POZWALA SKRÓCIĆ POBYT PACJENTA W SZPITALU.

Wentylacja nieinwazyjna skraca długość hospitalizacji pacjenta średnio o trzy dni. (Ram 2004)

Wentylacja nieinwazyjna usprawnia proces odzwyczajania pacjenta od respiratora, dzięki czemu skróceniu ulega czas jego pobytu na oddziale intensywnej terapii i w samym szpitalu. (Ferrer 2003)

W przypadku wentylacji inwazyjnej odzwyczajanie od respiratora i ryzyko zakażeń wydłużają pobyt pacjenta na oddziale intensywnej terapii, co przekłada się na wyższe koszty leczenia i dłuższe zajmowanie łóżka na oddziale. (Nava 2006)

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA POZWALA POPRAWIĆ JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW.

Wentylacja nieinwazyjna nie wymaga podawania pacjentowi sedacji. (Kuhlen 2008)

Wentylacja inwazyjna wymaga znieczulenia pacjenta. (Schönhofer 2008)

Pacjenci wentylowani nieinwazyjnie nie muszą mieć stale założonej maski, dzięki czemu mogą porozumiewać się z lekarzami, a także rozmawiać z odwiedzającymi ich osobami i samodzielnie pić. (Nava 2006, Bülow 2007)

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA POZWALA OGRANICZYĆ RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.

62 %

Dzięki wentylacji nieinwazyjnej liczbę potencjalnych powikłań udaje się zmniejszyć o 62%. (Ram 2004)

Wentylacja nieinwazyjna pozwala uniknąć obrażeń wewnętrznych, np. uszkodzenia tchawicy. (Ram 2004)

Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc związanego z intubacją rośnie o 1% z każdym dniem, gdy pacjent pozostaje zaintubowany. (Nava 2006, Elliott 2004)

59 %

Wczesne zastosowanie wentylacji nieinwazyjnej zmniejsza konieczność intubowania pacjenta (Elliott 2004) o 59%. (Ram 2004)

Wentylacja nieinwazyjna (NIV) [...] niesie ze sobą mniejsze ryzyko zachorowania na zapalenie płuc oraz śmierci niż w przypadku intubacji dotchawiczej. (Carlucci 2001)

Prowadzona przez dłuższy okres wentylacja inwazyjna może doprowadzić do zaniku mięśni. (Schönhofer 2008)

50 %

Wentylacja nieinwazyjna pozwala zmniejszyć ryzyko popełnienia błędu medycznego o ponad 50%. (Ram 2004)

WENTYLACJA NIEINWAZYJNA ZMNIEJSZA WSPÓŁCZYNNIK UMIERALNOŚCI.

Umieralność wśród pacjentów leczonych na POChP z użyciem wentylacji nieinwazyjnej spada o 48%. (Ram 2004)

Stosowanie nieinwazyjnej wentylacji dodatnim ciśnieniem (NPPV) skutkuje mniejszą liczbą ponownych przyjęć do szpitala. (Conti 2002)

50 %

Respiratorowe zapalenie płuc powoduje wzrost współczynnika umieralności do 50%. (Warren 2003)

W przypadku pacjentów wentylowanych metodą nieinwazyjną ryzyko popełnienia przez personel medyczny błędu spada z 27% do 15% (Plant 2000). Według autorów innego opracowania liczba ta może ulec zmniejszeniu nawet o ponad 50%. (Ram 2004)

Bülow 2007: Bülow HH, Thorsager B, Hoejberg JM. Experiences from introducing non-invasive ventilation in the intensive care unit: a 2-year prospective consecutive cohort study. Acta Anaesthesiol Scand 2007; 51: 165-170. (8)

Carlucci 2001: Carlucci A, Richard JC et al. Noninvasive versus conventional mechanical ventilation. An epidemiologic survey. AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE 2001 Mar; 163(4):874-80.

Conti 2002: Conti G, Antonelli M, Navalesi P et al. Noninvasive vs. conventional mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease after failure of medical treatment in the ward: a randomized trial. Intensive Care Med 2002; 28: 1701–1707.

Elliott 2004: Elliott MW. Non-invasive ventilation for acute respiratory disease. British Medical Bulletin 2004; 72: 83–97.

Ferrer 2003: Ferrer et al. Non-invasive Ventilation during Persistent Weaning Failure. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003; Vol. 168, No. 1: 70–76. (6)

Institute of Medicine 2000: Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press 2000. (3)

Kuhlen 2008: Kuhlen R. „NIV erfordert ein anderes Patienten-Management". Drägerheft 2008: 15. (4)(7)

Nava 2006: Nava S. „Offen sein für nicht-invasive Beatmung". C.A.R.E. 2006; 1. (8)

Ram 2004: Ram FSF, Picot J, Lightowler J, Wedzicha JA. Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. (5) (10)

Robert Koch Institut 2002: Nosokomiale Infektionen Autoren: Dr. med. Christine Geffers, Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, Prof. Dr. med. Henning Rüden, Heft 8 (3)

Schönhofer 2006: Schönhofer, B.: Nicht-invasive Beatmung - Grundlagen und moderne Praxis, UNI-MED, Bremen, 2006

Schönhofer 2008: Schönhofer B et al. Nicht-invasive Beatmung bei akuter respiratorischer Insuffizienz. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(24): 424-433. (2)

Warren 2003: Warren DK et al. Crit Care Med 2003