

Bölüm 1

YOĞUN BAKIMA HASTA YATIŞINDA ETİK

Pınar AYVAT¹

YOĞUN BAKIMDA ANESTEZİSTİN ROLÜ

Yoğun bakım pratiği ilk 1940'lı yıllarda polimiyelit salgını sonrasında bu hastalara yaşam desteği sağlamak amacıyla başlamıştır. Son yıllarda cihazların, prosedürlerin, ilaç ve tekniklerin geliştirilmesiyle yoğun bakım uzmanları hastaları daha çok destekleyebilir hale gelmiştir.

Yoğun bakım ünitelerinin klinik etkinliğinin ve veriminin artırılabilmesi düşüncesi, kritik hastaların tedavisinde önemi artmakta olan bir görüştür. Gelişmiş teknolojilerin uygulanmaya başlaması ve daha yaşlı ya da daha ciddi hastalığa sahip bireylerin sıklığının artması, daha masraflı bir bakım sonucunu doğurmuştur. Tüm hastane yataklarının yaklaşık % 7' si, hastane giderlerinin % 20-30' u ve Birleşik Devletler' in gayri safi milli hasılatının % 1' i (yaklaşık 62 milyon dolar) yoğun bakım ünitelerince kullanılmaktadır. Bu durum sonucunda hekimler ve hastane yöneticileri mali kısıtlamalara yönelmiş, yoğun bakım ünitesinden taburculuk kararlarının gözden geçirilmesi gerekliliğini doğurmuştur(1).

Potansiyel olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele edilen yoğun bakımda anesteziistlerin rolü büyüktür. Zira ağır hastaları ameliyathanede multidisipliner bir yaklaşımla hayatta tutumaya çabalayan anesteziistler, hava yoluna yaklaşım becerisi, mekanik ventilasyon, güçlü ve hızlı etkili ilaçların uygulanması, sıvı resusitasyonu ve monitorizasyon teknikleri gibi yoğun bakımda gerekli olan teknik becerilere sahiptirler.

Üstelik, ani fizyolojik bozuklukların hızlı tanı ve tedavisini yapma yeteneğinin yanı sıra anesteziide fizyoloji, patofizyoloji ve farmakolojiye verilen önem, kritik hastalarla uğraşılması için mükemmel bir temel oluşturur. Yoğun bakım doktorunun (intensivist) aynı zamanda iç hastalıkları, cerrahi, pediatri, nöroloji ve acil tıp konularını da içeren geniş bir bilgi tabanına sahip olması gereklidir (2).

İLK KEZ HASTA YATIŞINDA KRİTERLER

Yoğun bakıma hangi hastaların yatırılması gerektiği hala güncelliğini koruyan bir tartışma konusudur. Kullanılan malzeme ve tekniklerin pahalılığı sebebiyle

¹ Dr. Öğr. Üyesi. İzmir Demokrasi Üniversitesi. pinar.ayvat@idu.edu.tr

ilişkilendirilmiştir (11,12). Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla görülen, ilaç/besin zehirlenmesi ile metabolik/elektrolit bozukluklar yoğun bakıma tekrar yatışlar ile nadiren alkalıdır.

Hastanın yoğun bakımdan çıkmasını izleyen 48 saat sonrasına kadar olan tekrar yoğun bakım kabullerine ‘Erken Yeniden Kabul’ denmektedir (13). Erken yeniden yatışların hastaların yoğun bakım ünitesinden prematür çıkışlarının sonucu olarak gerçekleştiği düşünülebilir. Yayınlar yoğun bakıma tekrar yatışların %22-30’ unun erken yeniden yatış olduğunu göstermektedir (7,10,12). Ayrıca yeniden yatırılan hastaların %22’ si ile %42’ sinde prematür taburculuğun gerçekleştiğini söyleyen yayınlar da vardır (9,11,14).

Pekçok çalışma yeniden yatışlar için öngörücü göstergeler saptamaya çalışmıştır. Hastaların yoğun bakıma ilk yatışlarında ve taburculuklarında hesaplanan hastalık ciddiyet skorları yüksek ise, tekrar yoğun bakıma yatırılma ihtimalleri de o kadar artmaktadır. (6,7,10,12). Retrospektif pekçok taramada ateş, hipoksi, artmış solunum (>24 sol/dk) veya kalp atım sayısı (>104 atım/dk), üst GIS kanaması ile yatış öyküsü, ileri yaş (>65 yaş), pozitif sıvı dengesi, artmış parsiyel karbondioksit basıncı, taburculuktaki hematokrit düzeyinin %30’ un altında olması ve pozitif kan kültür sonuçları yeniden yatışlar ile ilişkili bulunmuştur. (6,7,14).

İster ilk kez kabul olsun isterse yeniden kabul olsun, yoğun bakıma hasta kabulü belli kriterlere göre yapılmalıdır. Fakat içinde yaşanan sosyal çevre de bu konuda etkili olmaktadır. Zira karar mekanizmasında etkin rol oynayan intensivistler, bazen toplumsal baskılara dayanamayarak sadece sosyal endikasyon nedeniyle hasta kabul edebilirler. Bu nedenle bu konuda farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Rosenberg AL, Watts C. (2000). Patients readmitted to ICUs: A systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*, 118 (2): 492-502
2. Bennett S, Grawe E, Jones C, Josephs SA, Mechlin M, Hurford WE. (2018) Role of the anesthesiologist-intensivist outside the ICU: opportunity to add value for the hospital or an unnecessary distraction? *Curr Opin Anaesthesiol*. 31 (2), 165-71.
3. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. (1999) Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 27(3), 633-8.
4. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. (2008) *Klinik Anesteziyoloji* (Çev. Tulunay M, Cuhruk H). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
5. Alban RF, Nisim AA, Ho J, Nishi GK, Shabot MM. (2006) Readmission to surgical intensive care increases severity-adjusted patient mortality. *Trauma-Inj Infect Crit Care* 60 (5), 1027-31.
6. Durbin CG, Kopel RF. (1993) A case-control study of patients readmitted to the intensive care unit. *Crit Care Med* 21(10), 1547-53.

7. Chen LM, Martin CM, Keenan SP, Sibbald WJ. (1998). Patients readmitted to the intensive care unit during the same hospitalization: clinical features and outcomes. *Crit Care Med* 26(11), 1834-41.
8. Lee HF, Lin SC, Lu CL, Chen CF, Yen M. (2010) Revised Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score as a predictor of neurosurgery intensive care unit readmission: A case-controlled study. *Journal of Critical Care* 25(2), 294-9.
9. Baigelman W, Katz R, Geary G. (1983) Patient readmission to critical care units during the same hospitalization at a community teaching hospital. *Intensive Care Med*, 9, 253-6.
10. Cooper GS, Sirio CA, Rotondi AJ, Shepardson LB, Rosenthal GE. (1999) Are readmissions to the intensive care unit a useful measure of hospital performance? *Med Care*, 37(4), 399-408.
11. Franklin C, Jackson D. (1983) Discharge decision-making in a medical ICU: characteristics of unexpected readmissions. *Crit Care Med*, 11, 1-66.
12. Rubins HB, Moskowitz MA. (1988) Discharge decision-making in a medical intensive care unit: identifying patients at high risk of unexpected death or unit readmission. *Am J Med*, 84, 863-9.
13. Angus DC. (1998) Grappling with intensive care unit quality: does the readmission rate tell us anything [editorial]? *Crit Care Med*, 26, 1779-80.
14. Snow N, Bergin KT, Horrigan TP. (1985) Readmission of patients to the surgical intensive care unit: patient profiles and possibilities for prevention. *Crit Care Med*, 13, 961-4.