

Yoğun Bakım Sonrası Sendromu

Leonard Lim, MD and Graciela Soto, MD, MS

Çeviri: Uz. Dr. Gülsüm Altuntaş, Doç. Dr. Derya Özkan

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Son birkaç yılda akut kritik hastalıktan kurtulan hastaların sayısı giderek artmıştır ve yoğun bakım sonrası sendromu daha önce düşünülüyorduğundan daha sıktır.
- 2 Yoğun bakım sonrası sendromu (PICS); kritik hastalık sonrası fiziksel, mental veya bilişsel fonksiyonlarda yeni gelişen veya ilerleyen bozukluktur ve hastane yatışından sonra da devam eder.
- 3 Bu bozukluklar sıklıkla tam tanımlanamamıştır ve günlük fonksiyonları ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.
- 4 Akciğer fonksiyon kapasitelerinde azalma ve yoğun bakım nedeni güçsüzlük, sağlık bakım kaynaklarının kullanımını etkileyen, kısa ve uzun vadeli sonuçları doğuran fiziksel noksanlıklardan bazılarıdır.
- 5 Nörokognitif bozulma, geniş bir aralığı kapsar ve metabolik anormallikler, hipoksemi, ateş, sepsis, farmakolojik ajanlar, organ disfonksiyonu ve bozulmuş uyku düzeni ile ilişkilidir.
- 6 Yoğun bakım sonrası karşılaşılan nöropsikolojik bozukluk, (örn. Ankiyete, depresyon ve post-travmatik stres hastalığı-PTSD) hastalığın artmış şiddetiyle ilişkisizdir fakat hem subjektif hem de objektif yoğun bakım tecrübelerine dayanır.
- 7 Yoğun bakım sonrası sendromunu azaltmak veya önlemek için gerekli uygulamalar, yoğun bakıma yatış sürecinde başlanmalı ve PICS ile ilişkili olabilecek ve modifiye edilebilir risk faktörleri (örn. Glisemik kontrol, sedasyonun azaltılması, erken egzersiz ve mobilizasyon, erken mekanik ventilasyondan ayırma) göz önünde bulundurulmalıdır.

GİRİŞ

Son on yılda, hastalıkların patofizyolojik mekanizmalarının daha iyi anlaşılması, gelişmiş tedavi stratejileri ve tıbbi teknolojiye ileriyelemlerle kritik hastalıklar sonrası sağkalım artmıştır. Kritik hastalık sonrası sağkalımların ve uzun dönem sonuçların

düzeltilmesi birçok çalışmada gösterilmiştir. Bununla birlikte, yoğun bakımda kalış bu hastaların çoğu için sağkalıma giden uzun bir yolun başlangıcıdır. Yoğun bakımdan taburculuk zorlu bir fiziksel rehabilitasyon, duyu durumu bozuklukları, bilişsel yetersizlik, psikolojik stres, mali zorluklar, sağlık görevlilerinde yük ve yıpranmaya yol açan uzun bir süreci başlatır.

veya klinik psikoloğa sevk eden geleneksel yaklaşımlara göre daha az maliyetli olabilir.

GELECEKTEKİ YAKLAŞIM

Toplumun yaygın medya haberciliğindeki artıştan dolayı daha da bilinçlenmesiyle, yoğun bakım sonrası sendromuyla ilgili bilgi akışını artırmak ve etkilerini hafifletmek veya tedavi etmek her zamankinden daha önemli hale gelmiştir. Önümüzdeki birkaç on yılda yaşlı popülasyon yüzdesinin artması ve bununla birlikte yoğun bakımdan sağkalımın da artmasıyla halk sağlığı acilleriyle karşı karşıya kalabileceğiz. Gelecekteki araştırmalar bilişsel bozukluğun tanımını standardize etmeye, kritik hastalık sonrası yetersizliğin spektrumunu tanımlamaya, risk faktörlerinin bağlantılarını araştırmaya, özel hasta ve aile merkezli sonuçları detaylandırmaya, uzun dönem hasta merkezli fonksiyonel sonuçlara değinen çalışma projelerini geliştirmeye yönelmelidir. Ek olarak pratisyen hekimler arasında farkındalığı arttıran ve yoğun bakım sonrası morbiditenin tedavisini destekleyen eğitici stratejilerin etkilerini değerlendirmek için çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yoğun bakım sonrası iyileşmeye katkı sağlayan, ‘yoğun bakım sonrası kliniği’ konseptidir. Bununla birlikte, farklı kliniklerde servislerin temini çeşitlilik gösterir, uzmanlaşmamıştır, çoğunlukla tutarsızdır ve kaynak sağlama problemleri de olduğu için bakılabilecek hasta sayısını kısıtlar. Şu anda bu kliniklerin yoğun bakım uzmanlarıyla mı yoksa pratisyen hekimlerle mi istihdam edilmesi gerektiği henüz açıklığa kavuşturulamamıştır.

Yine de diyabet, kalp yetmezliği, ve KOAH için hastalık yönetimi programlarına benzer iyi dizayn edilmiş bakım modelleri; hasta ve yakınlarının ayakta tedavi edilebilecek bir duruma gelmelerine olanak sağlayacak, yoğun bakım sonrası komplikasyonların ve sekellerin erken tanınmasını sağlayacak ve çeşitli hasta bakımı hizmetini sağlayan kimselere ulaşmalarını artıracak ve HRQoL ı iyileştirecektir. Aynı şekilde akut inme bakımı, kardiyak rehabilitasyon ve posttravmatik beyin hasarı sonrası geliştirilen longitudinal care models (LCM) prensipleri kritik hastalık sonrası sağkalanlara da uygulanabilir.

SONUÇ

Yeni bilgiler, yoğun bakım sonrası sendromunun kritik hastalık sonrası sağkalanlarda oldukça yaygın olduğunu ve fiziksel, kognitif ve psikolojik durumları içerdiğini göstermektedir. Bu bozukluklar sıklıkla tanı almamıştır ve günlük yaşantıyı ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Akut kritik hastalığın sekellerini önleme girişimlerinin yoğun bakımda kalış sürecinde başlanması kritik öneme sahiptir ve sadece yoğun bakım personelinin değil aynı zamanda yoğun bakım sonrasında hasta bakımında yer alan herkesi kapsamaktadır.

REFERANSLAR

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40:502-509.
2. Herridge MS, Tansey CM, Matte A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 2011;364:1293-1304.
3. Wilcox ME, Herridge MS. Long-term outcomes in patients surviving acute respiratory distress syndrome. *Semin Respir Crit Care Med.* 2011;31: 55-65.
4. Seneff MG, Zimmerman JE, Knaus WA, Wagner DP, Draper EA. Predicting the duration of mechanical ventilation. The importance of disease and patient characteristics. *Chest.* 1996;110:469-479.
5. Scheinhorn DJ, Hassenpflug MS, Votto JJ, et al. Ventilation Outcomes Study Group. Post-ICU mechanical ventilation at 23 long-term care hospitals: a multicenter outcomes study. *Chest.* 2007;131:85-93.
6. Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, et al. Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:340-347.
7. Hermans G, Wilmer A, Meerssman W, et al. Impact of intensive insulin therapy on neuromuscular complications and ventilator dependency in the medical intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:480-489.
8. Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *J Am Med Assoc.* 2010;303:763-770.
9. Barnato AE, Albert SM, Angus DC, et al. Disability among elderly survivors of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:1037-1042.
10. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability

- among survivors of severe sepsis. *J Am Med Assoc.* 2010;304:1787-1794.
11. Hsieh SJ, Ely EW, Gong MN. Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? Lessons learned and future directions. *Ann Am Thorac Soc.* 2013;10:648-656.
 12. Davydow DS, Hough CL, Russo JE, et al. The association between intensive care unit admission and subsequent depression in patients with diabetes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27:22-30.
 13. Ringdal M, Johansson L, Lundberg D, Bergbom I. Delusional memories from the intensive care unit experienced by patients with physical trauma. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22:346-354.
 14. Van Pelt DC, Milbrandt EB, Qin L, et al. Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:167-173.
 15. Morris PE, Griffin L, Berry M, et al. Receiving early mobility during an intensive care unit admission is a predictor of improved outcomes in acute respiratory failure. *Am J Med Sci.* 2011;341:373-377.
 16. Elliot D, McKinley S, Alison J, et al. Health-related quality of life and physical recovery after a critical illness: a multicentre randomized controlled trial of a home-based physical rehabilitation program. *Crit Care.* 2011;15:R142.
 17. Jones C, Backman C, Capuzzo M, et al. Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care.* 2010;14:R168.
 18. Griffiths JA, Barber VS, Cuthbertson BH, et al. A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia.* 2006;61:950-955.