

Yoğun bakım ünitelerinde sadece hekimlerin değil tüm çalışanların beslenme konusuna hakim olması gerekir. Çünkü yoğun bakım hastaları için beslenme sadece doyma anlamı taşımaz. Yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımı ve takibinde hekim dışı yoğun bakım çalışanları kilit konumdadır. Hastaları sürekli gözlemledikleri için hasta takibinde gelişecek sıkıntıdan en yakın haberdar olan kişilerdir. Beslenme konusu yoğun bakımlarda çoğu zaman ihmal edilmektedir. Artan yaşlı nüfus, son yıllarda savaş bölgesinden gelen vatandaşlar ve diğer nedenlerden dolayı yoğun bakım ünitelerinde artık çok fazla malnutrisyonu ve ek hastalığı olan hasta takip edilmektedir.

MALNUTRİSYON

Malnutrisyon yetersiz alım sonucu gelişebildiği gibi sindirilmiş besinlerin emilimi ve kullanımında sorun olması sonucunda da görülebilir. Zamanında yeterince müdahale edilmezse multiple organ yetmezliği, enfeksiyonlara yatkınlık ve hatta mortalitede artışa yol açabilir.¹ Bu nedenle tüm yoğun bakım çalışanlarının, hastanın kabulünde ya da takibinde malnutrisyon gelişmesi riskine karşı uyanık olması gerekir.

MALNUTRİSYONUN TESPİTİ

Malnutrisyonu değerlendirmede birçok yöntem mevcuttur en bilinenleri fizik muayene, antropometrik ölçümler, laboratuvar parametreleridir. Hasta yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde fizik muayenede bakılacaklar hastaların bilinç durumu, tansiyon, nabız gibi hemodinamik durum göstergeleri, vücut sıcaklığı, idrar miktarı, cildin tonusu, rengi ve ödem olup olmadığıdır.² Antropometrik ölçümlerden, vücut

oluşturmaktadır. PB solüsyonlarında karbonhidrat kaynağı olarak glukoz kullanılır. Verilecek glukoz miktarı non-protein kalori ihtiyacının yaklaşık %60'ını oluşturmalıdır. Hastaya verilecek yağ miktarı non-protein kalorinin %40'ını oluşturmalıdır. Klinik takipte serum trigliserid düzeyinin 400 mg/dL'nin altında tutulması hedeflenir.^{2,15} CO₂ değeri yüksek hastalarda karbonhidrat kısıtlaması yapıp lipid oranı arttırılabilir.¹⁵ Hastanın protein ihtiyacını karşılamak için 1,3-1,5 g/kg/gün şeklinde dengeli amino asit solüsyonları verilir. Hastanın günlük elektrolit ihtiyacı günlük plazma elektrolit düzeyi kontrol edilerek ve diğer klinik bulgulara bakılarak kararlaştırılır.¹⁶

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BESLENME NASIL YAPILIR

Beslenmede tüm dünya da ortak dil kullanmak, komplikasyonları en aza indirmek için birden fazla beslenme kılavuzu Avrupa ve Amerika'da yayınlanmaktadır. Birçok ülke bu kılavuzları harmanlayarak kendi ulusal kılavuzunu oluşturmuştur. Uluslararası kılavuzlardan Aspen 2016 kılavuzu beslenmeye ilk 24-48 saat içinde başlanmasını, beslenmenin gereksiz yere kesilmemesini, metabolik komplikasyon gelişmemesi için hastaların aşırı beslenmemesini önermektedir. Yine aynı kılavuz EN verilemiyorsa, PN nun en kısa sürede başlanmasını ve kan şekeri değerinin 140-180 mg/dl arasında tutulmasını önermektedir.⁷

Günlük hasta başı beslenme viziti yapılmalı ve bu vizite yoğun bakım doktoru, başhekimlik tarafından yoğun bakım ünitelerine bakmakla görevlendirilen diyetisyen, hastanın hemşiresi ve varsa farmakolog katılmalı, hastanın beslenme şekli yanında beslenme ürünleri, verilecek ek vitaminler, sıvı miktarı ve komplikasyonlar günlük tartışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Btaiche. Critical illness, gastrointestinal complications, and medication therapy during enteral feeding in critically ill adult patients. *Nutr Clin Pract* 2010;25:32-49.
2. Portero-McLellan KC. The use of calf circumference measurement as an anthropometric tool to monitor nutritional status in elderly inpatients. *J Nutr Health and Aging* 2010;14:266-70.
3. Sobotka L. Nutritional support in different clinical situations. In: Allison SP, eds. *Basic in clinical nutrition*. 4rd ed. Prague: Galen Pr, 2011:433-436.
4. Bagshaw SM. Australia New Zealand Intensive Care Society Database Management Committee. Early blood glucose control and mortality in critically ill patients in Australia. *Crit Care Med* 2009;37:463-70.
5. Graves C. Comparison of urine urea nitrogen collection times in critically ill patients. *Nutr Clin Pract* 2005;20:271-5.
6. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract* 2008;23:373-82.

7. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) 2016
8. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clin Nutr.* 2006 ;25:210-23.
9. Marik PE . *Crit Care Med.* Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review.2001; 29:2264-70.
10. Montejo JC. Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Intensive Care Med* 2010;36:1386-93.
11. Zaloga GP. Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *Lancet* 2006;367:1101-11.
12. Kohli-Seth R. Adult parenteral nutrition utilization at a tertiary care hospital. *Nutr Clin Pract* 2009;24:728-32.
13. Chen Y. Enteral nutrition formulas: which formula is right for your adult patient? *Nutr Clin Pract* 2009;24:344-55.
14. Gura KM. Is there still a role for peripheral parenteral nutrition? *Nutr Clin Pract* 2009;24:709-17.
15. Singer P. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: intensive care. *Clin Nutr* 2009;28:387-400.
16. Adkins SM. Recognizing and preventing refeeding syndrome. *Dimens Crit Care Nurs.* 2009;28:53-8.