

## KONU

42

## Göğüs Ağrısı Üniteleri

John Howell, Glenn G. Druckenbrod

Çeviri: Dr. Murat ORAK

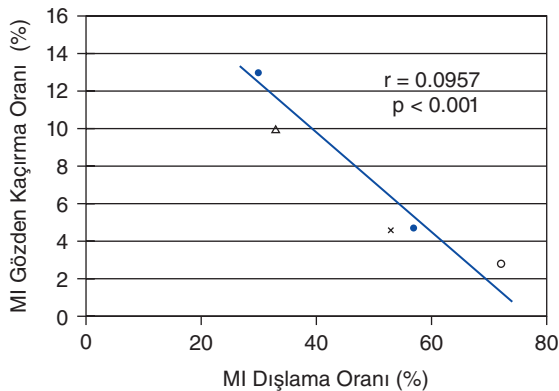
## GİRİŞ

Akut göğüs ağrısı, hastalar ve acil sağlık çalışanları açısından yüksek risk oluşturan bir şikayettir. Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 8 milyon hasta acil servislere göğüs ağrısı sebebiyle başvurmakta ve bunların 1.2 milyonu akut miyokard infarktüsü tanısı almaktadır<sup>1</sup>. Acil servislere göğüs ağrısı sebebiyle başvuran hastaların üçte ikisi kabul edilmekte olup bunların %15'i en nihayetinde akut koroner sendrom tanısı almaktadır.<sup>2-4</sup>

Ancak hastaların yaklaşık %2'si akut miyokard infarktüsü tanısına sahiptir. %2.3'ü anstabil anjinaya sahip olup başlangıçta yanlış tanı alırlar.<sup>5</sup> Gözden kaçan akut koroner sendrom hastalarında mortalite oranı %10 ile 50 arasındadır.<sup>6-8</sup> Akut miyokard infarktüsüne sahip ve riski artan göğüs ağrılı hastalarda hızlıca tanı koymak başlangıçtaki tanı testlerinin yüksek derecede hassas olmaması sebebiyle zor olabilir. İlk başta çekilen elektrokardiyografi (EKG), akut miyokard infarktüsülü hastalarda %40 ile %65 arasında tanı koydurucu olup anstabil anjinada daha az kullanılışlıdır.<sup>9</sup> İlk alınan kan serum belirteçleri akut miyokard infarktüsülü hastaları %66'ya kadar tespit etmektedir.<sup>10</sup>

Akut miyokard infarktüsülü hastaların doğru tespitinin yapılması için bir EKG ve bir kardiyak enzim setinden fazlası gerekmektedir. Graff ve arkadaşlarının<sup>11</sup> 1997 yılında yapmış oldukları bir çalışmada göğüs ağrılı hastaların kabul oranı ile miyokard infarktüsü gözden kaçırma oranı arasında ters orantılı ilişki olduğu bildirilmiştir (Şekil42-1). Basitçe, göğüs ağrılı hastaların taburculuk oranı arttıkça akut miyokard infarktüsülü hastaları gözden kaçırma, o kadar artacaktır. Son çalışmalar göğüs ağrısı ünitelerinin, akut koroner sendrom tanısını koyma düzeninin, riski minimize ettiğini ortaya koymuştur.

1981'den beri göğüs ağrılı hastalarda, acil servis göğüs ağrısı üniteleri hızlı, düşük maliyetli değerlendirmeyi kolaylaştırmıştır.<sup>12-14</sup> Buna göre American Heart Association/American College of Cardiology (Amerika Kalp Cemiyeti/ Amerika Kardiyologlar Derneği) kılavuzları akut göğüs ağrılı hastaların değerlendirilmesinde, göğüs ağrısı ünitelerinin etkisini vurgulamıştır.<sup>15</sup> Ancak yerel koşullara bağlı olarak göğüs ağrılı hastaları bölümlere ayırmak tüm acil servislere için doğru yaklaşım olmayabilir. Her halükarda tüm göğüs ağrılı hastalar tutarlı, kanıta dayalı bakıma ulaşmalıdır.



ŞEKİL 42-1. Kabul oranı ile gözden kaçırılmış miyokard infarktüsü (MI) oranı arasındaki ters ilişki (Graff ve arkadaşları)

## Operasyon: Acil Servis Uzmanlık

## GÖĞÜS AĞRISI ÜNİTELERİ: STRATEJİ VE KARAR VERME

## ■ HASTALARI BÖLÜMLERE AYIRMAK DOĞRU MALİ KARAR MI?

Göğüs ağrısı ünitesi geliştirmenin mali kararı, başvuru ve kabul oranı ile hasta başına maliyete bağlıdır. Göğüs ağrısı üniteleri, hasta kabulünü azaltarak maliyeti düşürdüğünden beri, bu ünitelerin düşük maliyetli potansiyele sahip olması, göğüs ağrılı hasta başvuru oranına bağlıdır. Göğüs ağrılı hasta başvuru oranı %35'in altında olan acil servislere, maliyeti arttırabileceği için bu üniteleri oluşturmamalıdır.<sup>16</sup> Yetişkin hastalarda göğüs ağrısı ile acil servise başvuru oranı %20 ile %80 arasında değişmektedir.<sup>17</sup>

Göğüs ağrısı üniteleri doğrudan maliyet tasarrufunu azaltır.<sup>18</sup> Hasta başına yüksek maliyet bu ünitelerin finansal faydalarını azaltır. Hasta başına maliyet doğrudan yerel faktörlere bağlı olabilir (örneğin, uygun şekilde eğitilmiş personelin yoksunluğu, kısa süre müşahede altında kalma imkanı, kimyasal patoloji servisleri ve koşu bandı imkanları). Literatürde ne yazık ki kesin bir maliyet eşliği ile ilgili fark edilmiş bir çalışma yoktur.

1994 yılında Shesser ve Smith<sup>19</sup> A.B.D.'deki tüm acil servislere göğüs ağrısı ünitesi oluşturmanın çok maliyetli olacağını belirten finansal bir tartışma sundular. Bu tartışmanın yazarları böyle bir stratejinin kurtarılmış her hayatta kişi başına 378.000\$ ile 3.78 milyon \$'a (1994 A.B.D.) sebep olacağını belirtmişlerdir.

Mali açıdan bakıldığında buldukları,

- %35'den az göğüs ağrılı hasta kabulü olan acil servislere maliyeti düşürmek pek de mümkün olamayacaktır.
- Hasta başına yüksek doğrudan maliyet göğüs ağrısı ünitelerinin toplam maliyet azaltma yeteneğini sınırlar.

## ■ TANIDA DOĞRULUK VE UZUN VADEDE SAĞLIK KALİTESİNE FAYDALARI

Göğüs ağrısı üniteleri kardiyak olaylar açısından risk altındaki hastaları doğru tanımlar ve takip eden 3 aydan 6 aya kadar dışlar. **Tablo 42-1** Bu ünitelerden taburcu olduktan sonra ortaya çıkan önemli kardiyak olay oranlarını yansıtmaktadır (%0.7-6%). Yazarlar taburcu olduktan sonra kardiyak olayların ağırlıklı ortalamasını %1 olarak hesaplamışlardır. Ayrıca Goodcare ve arkadaşları<sup>14</sup> göğüs ağrısı ünitelerine kabul ve takip eden dönemlerde sağlık gelişiminin iyiliği arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu ünitelerde takip, gelişmiş sağlık programı ile ilişkili bulunmuştur (yani, 0.0137 artmış-kalite yaşam yılı kazanıldı).

## SAĞLIĞA FAYDALARI VE KARDİYAK RİSK AZALTMASI

Göğüs ağrısı üniteleri (GAÜ) kardiyak risk açısından ölçülebilir öğretilerle bilinen anlarda iyileştirmeler sağlayabilir. Katz ve arkadaşları<sup>20</sup> Göğüs Ağrısı Ünitesi'ne kabulü değiştirilebilir kardiyak risk faktörleri açısından prospektif olarak değerlendirdi. Yazarlar önceden belirlenmiş sonuçları hemen ve 3 ay sonra ölçtüler. Takip eden ünite değerlendirmelerinde hastalar iskemik kalp hastalıklarına daha az duyarlılık bildirdiler. Ayrıca hastalar başlangıca göre şu davranışlarında iyileşmeler bildirmişlerdir:

- Doymuş yağ alımında azalma
- Artan meyve ve sebze alımı
- Daha az sigara tüketimi

Bu sonuçlar önceden yatırılmış olan hastaların karşılaştırılabilir şikayet ve değerlendirmeleri ile kıyaslanmamıştır.