

Bölüm 12

SEDASYON SONRASI DERLENME VE TABURCULUK

Prof. Dr. Ferdi MENDA
Öğr. Gör. Dr. Özgül KESKİN

Derlenme, intraoperatif bakımın sonlanmasından hastanın preoperatif fizyolojik durumuna dönmesine kadar olan süreyi kapsar. Sedasyon uygulanan hastalar sedasyon öncesi bilinç düzeylerine ulaşıncaya kadar derlenme odasında izlenmelidirler. Derlenmenin erken, ara ve geç olmak üzere üç dönemi vardır. Erken derlenme dönemi anestezik ajanların sonlandırılmasıyla, hastanın anesteziden uyandığı, koruyucu reflekslerin geri kazanıldığı, solunumsal ve kardiyovasküler fonksiyonların stabilizasyonunun sağlandığı dönemdir. Ara derlenme dönemi hastanın taburcu edildiği, geç derlenme dönemi ise hasta taburcu olduktan sonra başlayan ve hastanın normal günlük aktivitelerine dönmesine kadar olan süreci kapsamaktadır^(1,2). Geleneksel yaklaşımda operasyon salonundan çıkan hastalar, erken derlenme döneminde PABÜ (Postanestezik bakım ünitesi)'ne transport edilirler. Burada öncelikle hastanın vital bulguları monitörize edilir ve bilinç durumu değerlendirilir. Derlenme skorlaması başlangıçta ve her 15 dakikada bir gerçekleştirilir. Derlenme skorlaması uygun olan hastalar PABÜ'den GCÜ (Günübirlik cerrahi ünitesi)'ne transport edilirler. Hastaların transferini değerlendirmek için sıklıkla skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Kliniklerin kendi spesifik hasta ve işlemlerine göre derlenme ve taburculuk kriterleri geliştirmesi de uygundur.

Bu konudaki prensipleri şu şekilde sıralayabiliriz: Sedasyon uygulanan tüm hastalar uygun taburculuk kriterleri gerçekleşinceye kadar monitörize edilmelidirler. Postoperatif derlenme odası uygun monitörizasyon ve resüsitasyon ekipmanı ile donatılmış olmalıdır. Derlenme esnasında hastanın bilinç seviyesi ve vital bulguları düzenli aralıklarla değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir. Taburculuk kriterleri gerçekleşinceye kadar hekim, eğitimli bir hemşire veya anestezi teknikeri hastaya refakat etmelidir.

Derlenme odasında, sedasyon sonrası değerlendirmede birçok sedasyon sonrası taburculuk skorlama sistemleri geliştirilmiştir ve birçok merkez tarafından bu skorlamalar kullanılmaktadır. Skorlama sistemlerinin anestezi sonrası dönemde uygulanabilir olması için pratik, basit, hatırlanması, uygulanması kolay ve objektif olması gereklidir. Anestezi sonrası bakım kılavuzlarında

sonrası uygulanması gereken diyet, ilaç ve aktivite ile ilgili (varsa) yazılı bilgi verilmelidir. Hasta taburcu olurken sözlü ve yazılı olarak; ağrı, baş dönmesi, bulantı- kusma yönünden bilgilendirilmelidir. Hastalara erken mobilizasyon ve günlük aktivitelerine başlamaları yönünde bilgi verilmelidir. Hastanın mental, motor retardasyonu yoksa yardımsız oturabilmeli veya yürüyebilmelidir. Pediatrik hastaların taburculuk işlemlerinde refakatçinin, mental ve fiziksel yönden yeterli olması gereklidir ve taburculukta aileye önerilerde bulunulmalı, bu öneriler açık ve anlaşılır olmalıdır.

Taburculuk öncesi oral sıvı alımına ve idrar yapmaya ilişkin klinik gözlemler ve yapılan çalışmalarda, belirli hastalar dışında taburculuk öncesi oral sıvı alımı ve idrar çıkımı için beklemenin taburculuk sonrası problem riskini azaltmadan, hastanede kalış süresini uzattığı saptanmıştır⁽¹⁰⁾. Düşük riskli hastalar idrar yapmadan taburcu edilebilir. Hastalar, taburculuk sonrası 6-8 saat içinde idrar yapamazlarsa, hastaneye başvurmaları konusunda yazılı olarak bilgilendirilmelidirler. Yüksek riskli hastalar eve gönderilmeden önce idrar yapmalı ve ultrasonografi ile yapılan muayenede, rezidüel volüm <150 ml olmalıdır. Eğer mesane volümü>400 ml ise eve gönderilmeden önce sonda takılması önerilmektedir.⁽¹¹⁾

Kaynaklar

1. Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 1999; 88: 508-517.
2. Abdullah HR, Chung F. Postoperative issues: discharge criteria. *Anesthesiol Clin.* 2014; 32: 487-493.
3. Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can J Anaesth.* 2006; 53: 858-72.
4. Blanshard HJ, Chung F. Postanesthesia care unit assessment and discharge. *Problems in Anesthesia by Lippincot Williams, Wilkins, Inc., Philadelphia.* 1999; 11:110-8.
5. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* 1995; 7: 89-91.
6. White PF, Eng M. Fast-track anesthetic techniques for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2007; 20: 545-557.
7. White PF, Song D. New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesth Analg.* 1999; 88: 1069-1072.
8. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth.* 1995; 7: 500-506.
9. Williams BA, Kentor ML. The WAKE© score: patient-centered ambulatory anesthesia and fast-tracking outcomes criteria. *Int Anesthesiol Clin.* 2011; 49: 33-43.
10. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesth Analg.* 1998; 87: 816-826.
11. Rosseland LA, Stubhaug A, Breivik H. Detecting postoperative urinary retention with an ultrasound scanner. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2002; 46: 279-282.