

ÖZEL BAKIM GEREKSİNİMİ OLAN ÇOCUĞUN ACIL DEĞERLENDİRİLMESİ

31. BÖLÜM

Özlem Tolu KENDİR¹

GİRİŞ

Çocukluk çağı acil servis başvuruları, öncesinde sağlıklı ya da kronik hastalığı olan çocukların acil klinik tabloları oluşturur. Dünyada çocuk acil servis başvurularının son dekatlarda %20-40 arttığı bilinmekte ve bu durumun sağlıklı ya da kronik hastalığı olan çocukların ani gelişen problemleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir ^(1,2). Türkiye'de hastane başvurularının yaklaşık üçte birini acil başvurular, acil servis başvurularının da %25-30'unu çocuk acil başvurularının oluşturduğu tahmin edilmektedir ^(3,4).

Son yıllarda Tıp bilimi ve teknolojideki gelişmelerle acil ve yoğun bakımlarda hasta bakım kalitesinin artırılması ile ilişkili pek çok kritik hastanın yaşatılabilirdiği görülmektedir. Bu durum; erişkinlerde olduğu gibi bir grup çocuk hastanın hayati fonksiyonlarını ve gereksinimlerini yerine getirebilmesi için tıbbi teknolojik araç kullanım ihtiyacını doğurmuştur. Yaşamlarını idame ettirebilmek ve hayati gereksinimlerini karşılayabilmek için teknolojik bir araca ihtiyaç duyan çocuklar teknolojik desteğe bağımlı ya da özel bakım gereksinimi olan çocuklar (ÖBGÇ) olarak nitelendirilir ⁽⁵⁻⁹⁾. Tüm çocuk acil servis başvurularının %18-25'i özel bakım gereksinimi olan çocuklardan oluştuğu bildirilmiştir ^(5,10).

Bu çocuklar sıklıkla nörometabolik hastalıklar, genetik nedenler, doğumsal edinsel hipoksi ile ilişkili ve/veya çeşitli kaza-cerrahi işlem komplikasyonları nedenleriyle özel bakım gereksinimine ihtiyaç duyarlar; teknolojik araç desteğine bağımlı olurlar. Yaşamı idame ettirebilmek için sıklıkla kullanılan teknolojik destekleri; ev tipi mekanik ventilatör, ventrikülo-peritoneal şantlar, trakeostomi bakımı, beslenme sondaları, santral venöz-dializ kateterleri, baklophen pompaları ve vagal sinir stimülatörleri vb. oluşturur.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Acil BD, otolu80@yahoo.com ORCID iD: 0000-0002-7580-405X

ÖBGÇ rutin poliklinik kontrollerine rahatlıkla getirilemedikleri için acil servis başvurularında hayati ve yakınmalarına göre müdahaleleri bittikten, planlamaları yapıldıktan sonra bakımları yönünden de ayrıntılı değerlendirilmelidir.

ÖBGÇ'ler bası yaraları ya da ekstremitte kırıkları nedenleriyle de getirilebilirler. Bası yaraları olan çocukların yara yeri akıntısından kültür örneği alınmalı, ihtiyaç halinde kan sayımı, akut faz reaktanları değerlendirilmeli ve hastanın antibiyoterapisi başlanmalıdır. Yara bakım birimi ile konsültasyonları yapılmalıdır. Bu çocuklarda ayrıca immobilizasyon ve beslenme yetersizliği nedenleriyle osteoporoz da görülebilir. Aralıklı bu yönde tetkiklerin yapılması gereklidir. Beslenme yetersizliği olabildiği gibi immobil olmaları, kalorili beslenmeleri nedeniyle obezite de görülebilir. Her başvuru sırasında beslenmeleri sorulmalı, aldıkları kalori hesaplanmalı gerekli durumda beslenmeleri revize edilmelidir.

SONUÇ

Sonuç olarak; yaşamlarının devamlılığının sağlanabilmesi için özel bakım gereksinimi olan çocuklar; hayatı tehdit edebilen ani olaylara karşı yaşitlarına göre daha savunmasız hassas kırılğan çocuklardır. Çocuk acil servis başvurularının önemli kısmını oluştururlar, ilk değerlendirmelerinde hayati fonksiyonları güven altına alınmalı, ardından pediatrik ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Gerekli hallerde ilgili branş konsültasyonları yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Mahtot MA, Munro RB, Wilson P, et al. Changing characteristics of hospital admissions but not the children admitted-a whole population study between 2000 and 2013. *Eur J Pediatr*. 2018;177(3):381-388. doi:10.1007/s00431-017-3064- Epub 2017 Dec 19.
2. Gill PJ, Goldacre MJ, Mant D, et al. Increase in emergency admissions to hospital for children aged under 15 in England, 1999-2010: national database analysis. *Arch Dis Child*. 2013;98(5):328-334. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-302383>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017). "Her branşta ilk 100 hastane" 2017 yılı Ocak Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri. Ankara.
4. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, İstanbul (2008). Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri Mevcut Durum ve Öneriler. İstanbul.
5. Waller WE, Minkowitz CS, Anderson GF. Utilization of medical and health related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability (NHIS-D) Baseline Data). *Pediatrics*. 2003;112(3):593-603.
6. Didişen NA, Özdemir HNC, Keskin E. Teknolojiye bağımlı çocuk ve evde bakım. *J.Pediatr Emerg Intensive Care Med*. 2017;4:123-129.
7. Glendinning C, Kirk S, Guiffreda A, et al. Technologydependent children in the community: definitions, numbers and costs. *Child Care Health Dev*. 2001;27:321-34.
8. Bradley RH, Parette HP Jr, VanBierliet A. Families of young technology-dependent children and the social worker. *Soc Work Health Care*. 1995;21:23-37.
9. Tanır MT, Kurtoğlu S. Teknolojiye bağımlı çocuğun evde bakımı. *Sted*. 2006;15(12):214-18.
10. Neawachek PW, Strickland B, Shonkoff JP. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998;102:117-121.

11. Weiss MA, Marchese S, Zhang L. Effective care management for children with special health care needs in the era of value-based payment. *Clin Pediatr (Phlia)*. 2019;58(9):949-56.
12. Okido ACC, Pina JC, Lima RAG. Factors associated with involuntary hospital admissions in technology-dependent children. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):29-35
13. Bethell CD, Newacheck PW, Fine A, et al. Optimizing health and health care systems for children with special health care needs using the life course perspective. *Matern Child Health J*. 2014;18(2):467-77.
14. Hudson SM. Hospital readmissions and repeat emergency department visits among children with medical complexity: an integrative review. *J Pediatr Nurs*. 2013;28(4):316-39.
15. Kurt F, Kendirli T, Tekin D, et al. Ev tipi mekanik ventilatör ile izlenen çocukların acil servis başvurularının değerlendirilmesi. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*. 2020;7(2):49-54.
16. Festekjian A, Kwan KY, Chang TP, et al. Radiologic discrepancies in children with special health-care needs in a pediatric emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*. 2018;36:1356-1362.
17. Willits KA, Platonova EA, Nies MA, et al. Medical home and pediatric primary care utilization among children with special health care needs. *J Pediatr Health Care*. 2013;27:202-208.
18. Fisher LD, Belle GV (1993). *Biostatistics: a methodology for the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.
19. Brittan MS, Sills MR, Fox D, et al. Outpatient follow-up visits and readmission in medically complex children enrolled in Medicaid. *J Pediatr*. 2015;166(4):998-1005.
20. Elias ER, Murphy NA. Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. *Pediatrics*. 2012;129(5):996-1005.
21. Kirk S. Families' experiences of caring at home for a technology-dependent child: a review of the literature. *Child: Care, Health and Development*. 1998;24 (2):101-114.
22. Toly VB, Mussil CM. Factors related to depressive symptoms in mothers of technology-dependent children. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36:518-27.
23. Toly VB, Blanchette JE, Musil CM, et al. Journaling as reinforcement for the resourcefulness training intervention in mothers of technology-dependent children. *Appl Nurs Res*. 2016;32:269-74.
24. Marin JR, Lewiss RE. Point-of-Care ultrasonography by pediatric emergency medicine physicians. *Pediatrics*. 2015;135:1113-22.
25. Gallagher RA, Levy JA. Advances in point-of-care ultrasound in pediatric emergency medicine. *Curr Opin Pediatr*. 2014;26:265-71
26. Munoz-Santanach D, Trenchs Sainz de la Maza V, Candela Canto S, et al. Clinical scale for the diagnosis of ventriculoperitoneal shunt malfunction in children in Emergency Department. *Anales de pediatria*. 2016;84(6):311-7. doi: 10.1016/j.anpede.2015.06.021.
27. Narayan V. Treatment of hydrocephalus: Challenges and the way ahead. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2014;58(4):456-7.
28. Mallucci CL, Jenkinson MD, Conroy EJ, et al. Antibiotic or silver versus standard ventriculoperitoneal shunts (BASICS): a multicentre, single-blinded, randomised trial and economic evaluation. 2019. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31603-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31603-4)
29. Al-Tamimi YZ, Sinha P, Chumas PD, et al. Ventriculoperitoneal shunt 30-day failure rate: a retrospective international cohort study. *Neurosurgery*. 2014;74:29-34.
30. Farahmand D, Hilmarsson H, Hogfeldt M, et al. Perioperative risk factors for short term shunt revisions in adult hydrocephalus patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:1248-1253.
31. Tully HM, Dobyns WB. Infantile hydrocephalus: a review of epidemiology, classification and causes. *European journal of medical genetics*. 2014;57(8):359-68.
32. Uchida D, Fujimoto A, Yamazoe T, et al. Seizure frequency can be reduced by changing intracranial pressure: a case report in drug-resistant epilepsy. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2018; 10:14-17.
33. Marin JR, Lewiss RE. Point-of-Care ultrasonography by pediatric emergency medicine physicians. *Pediatrics*. 2015;135:1113-22.