

Pediatric Resusitasyon Ekibi Organizasyonu

Uzm. Hem. Ebru Melek Özçelik

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Pediatric Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

Pediatric kardiyopulmoner arrest erişkinlerden farklı olarak, genellikle şok ya da solunum yetmezliğine bağlı gelişen hipoksi sonucu meydana gelmektedir. Kardiyopulmoner arrest durumunda kaybedilen her saniye hastanın yaşama şansını azaltmakta ve geri dönüşümsüz nörolojik bozukluk riskini artırmaktadır. Hastanelerde pediatric yoğun bakım dışında meydana gelen arrestler yaygın olmamakla birlikte prognozu kötü olmaktadır. Kuzey Amerika'da 156 hastaneyi içeren çalışmada; arrest olan 880 çocuktan sadece %27'sinin hayatta kalarak hastaneden taburcu olabildiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; hastanede meydana gelen tüm pediatric kardiyopulmoner arrestlerin %8,5 ile %14'ü pediatric yoğun bakım dışında meydana gelmekte olup bu hastalarda mortalite oranı %50 ile %67 arasında değişmektedir. Bu yüksek mortalite oranı yoğun bakım dışında meydana gelen kardiyopulmoner arrest olaylarını önleme ve etkili müdahalenin önemini ortaya koymaktadır. Son yıllarda hastane içerisinde gelişen arrestlere müdahalede kalitenin artırılması için sürekli çalışmalar yapılmaktadır. Acil kod sistemi ve resusitasyon ekibi oluşturulması bu çalışmalara örnektir.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının 29.04.2009 tarihli *Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğine* göre sağlık kurum ve kuruluşları; temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması amacıyla, temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bireylere gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için "mavi kod" uygulamasının gerçekleştirilmesi ve bu amaçla kesintisiz hizmet sağlayan "mavi kod ekiplerinin" kurulması ile yükümlüdür. Bu doğrultuda sağlık kurum ve kuruluşlarının resusitasyon ekiplerini oluşturması, resusitasyon ekipmanlarını temin etmesi, ekip üyelerine eğitim ve yönetim desteği sağlayarak; resusitasyon standartlarını ve sonuçlarını sürekli gözden geçirmesi gerekmektedir.

Bebek ve çocuklarda anatomik ve fizyolojik özellikler ve kardiyopulmoner arrest nedenleri yetişkinden farklı olduğundan; ayrıca pediatric resusitasyon uygulamaları yaş gruplarına bağlı olarak da kendi içinde farklılıklar gösterdiğinden çocuk hastalarda kardiyopulmoner arrest gelişmesi halinde temel ve ileri yaşam desteğinin güncel uzmanlık dernekleri önerileri doğrultusunda özel eğitilmiş ve deneyimli bir sağlık ekibi tarafından uygulanması önerilmektedir. Bu ekip; mesai saatleri içinde ve nöbetlerde 24 saat devamlılık esasına göre çalışan ve pediatric hastalarda gelişecek kardiyopulmoner arrest durumlarına müdahale eden Pediatric Resusitasyon Ekibi'dir. Pediatric resusitasyon ekibinin tam bileşimi kurumlar arasında farklılık göstermekle birlikte pediatric ileri yaşam desteği eğitimi almış en az 2 hekim ve 1 hemşirenin bu ekipte yer alması önerilmektedir. Ekip genel olarak, endotrakeal entübasyonu da içeren tüm havayolu müdahalelerini gerçekleştirebilmeli; dolaşıma erişim, defibrilasyon, kardiyoversiyon, ilaç uygulamaları ve resusitasyon sonrası bakım için gerekli becerileri de içeren tüm ileri resusitasyon becerilerine sahip olmalıdır. Pediatric ileri yaşam desteği eğitimi almış en kıdemli hekim ekip lideri rolünü üstlenmelidir. Pediatric resusitasyon ekibinde kimlerin yer alacağına

Pediyatrik Resusitasyon Komitesi karar verir. Komitenin diğeri görevleri; hastane içinde pediatrik resusitasyonlara ilişkin esasları ve uygulamaları belirlemek ve değerlendirmek, yönergelere uygun resusitasyon yapılmasını sağlamak ve sonuçları/hasta akibetlerini denetlemek ve değerlendirmek, hasta akibetlerini iyileştirmek için gerekli bölümlerle işbirliği yapılmasını koordine etmek, resusitasyon ekibi üyelerinin rollerini tanımlamak, resusitasyon ekipmanlarını sağlamak, ekip üyelerinin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve düzenli eğitimler gerçekleştirmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Tibballs J, Kinney S. Reduction of hospital mortality and of preventable cardiac arrest and death on introduction of a pediatric medical emergency team. *Pediatr Crit Care Med*, 2009; 10 (3): 306-312
2. Gabbotta D, Smith G, Mitchell S, et al: Cardiopulmonary resuscitation standards for clinical practice and training in the UK. *Resuscitation*, 2005; 64 : 13–19
3. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, et al: Part 14: pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122 (suppl 3):S876 –S908.
4. Brilli RJ, Gibson R, Luria JW, et al: Implementation of a medical emergency team in a large pediatric teaching hospital prevents respiratory and cardiopulmonary arrests outside the intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*, 2007; 8 (3): 236-246
5. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, et al: First documented rhythm and clinical outcomes from in-hospital cardiac arrest among children and infants. *JAMA* 2006; 295: 50–57
6. Topjian AA, Nadkarni VM, Berg RA. Cardiopulmonary resuscitation in children. *Current Opinion in Critical Care* 2009, 15: 203–208
7. <http://www.resmi-gazete.org/tarih/20090429-12.htm> SAğLIK KURUM VE KURULUşLARINDA HASTA VE  ALIřAN GüVENLİğİNİN SAğLANMASI VE KORUNMASINA İLİşKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİğ; Erişim Tarihi: 14.01.2011
8. Mellick LB, Adams BD. Resuscitation Team Organization for Emergency Departments: A Conceptual Review and Discussion. *The Open Emergency Medicine Journal*, 2009; 2: 18-27