

Günübirlik Anestezi Uygulaması

Binnur SARIHASAN*, Ebru KELSAKA**, Nilay TAŞ***

- ✓ Günübirlik cerrahi girişimler; hastaların ameliyat edilecekleri gün içinde hastaneye kabul edilip aynı gün taburcu edildikleri girişimlerdir. Günübirlik cerrahinin diğer avantajları; erken taburcu olma, hasta memnuniyeti ve nazokomiyal enfeksiyon riskinin düşük olmasıdır. Bu hastalarda, anestezi tekniğinin seçimi hastanın kliniğine, cerrahi girişimin şekline ve cerrahi ekipmana bağlıdır. Anestezi tekniği, postoperatif bulantı-kusma ve ağrı insidansının düşük olmasını, erken derlenmeyi sağlamalıdır. Bu yazıda günübirlik girişimlerdeki anestezi için hasta seçimi, preanestezik değerlendirme, preoperatif yaklaşım, risk faktörleri tartışıldı. **Anahtar kelimeler:** Günübirlik anestezi, hasta seçimi

- ✓ **Outpatient Anesthesia Management**
In outpatient surgical procedures, patients are admitted to hospital on the day of surgery and discharged from the hospital on the same day. Other advantages of outpatient surgery include earlier ambulation, patient convenience, and a lessened risk of nosocomial infection. In these patients, the choice of anesthesia technique depends on patient clinic, nature of the surgical procedure, and surgery team. Anesthesia technique should provide rapid, clear-headed wake-up with a low incidence of nausea/vomiting and pain. In this review, patient selection, preanesthetic evaluation, preoperative management, risk factors involved in the safe and efficient administration of anesthesia for outpatient surgery is discussed. **Key words:** Outpatient anesthesia, patient selection

Günübirlik girişimler; hastaların ameliyat edilecekleri gün içinde hastaneye kabul edilip aynı gün taburcu edildikleri bir programdır. Giderek yaygınlaşmaktadır. Bu girişimlerde anestezi uygulaması, hasta açısından, cerrahiye eşit hatta daha fazla risk taşıdığı için, preanestezik değerlendirme, cerrahi organizasyonun sağlam ve güvenli olmasını etkileyecek birinci basamaktır⁽¹⁾. Sadece uygun hastaların alınmasına özen gösterilse de, morbiditeyi azaltmak için vaka iptalleri, ertelemeler, gereksiz testler gündeme gelmekte bu durum anestezi uzmanları üzerindeki profesyonel ve kişisel

baskıları artırmaktadır. Hasta yaşam kalitesini geliştirmekle görevli komisyonlar, hasta seçiminde ilk adımın "bütün hastaların günübirlik için aday oldukları düşünülmeli, sonra uygunlukları tartışılmalıdır" tezini savunmaktadır. Bu girişimler için medikal uygunluğun yanında, hastanın ve yakınlarının entellektüel, emosyonel, sosyal durumun uygunluğu araştırılmalıdır^(2,3).

Günübirlik girişim ilk kez 1909'da İskoçya'da uygulanmıştır. Amerikan Ulusal Sağlık Servisi tüm elektif girişimlerin %75'inin günübirlik cerrahi için uygun olduğunu belirtmekte-

*Prof.Dr., **Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, SAMSUN
***Uzm.Dr., Artvin Devlet Hastanesi, ARTVİN

dirler. Hasta seçimi için ön kabul kriterleri olarak, hasta izin belgesi, girişimin 1 saati geçmemesi, postoperatif analjezik ihtiyacının az olması, postoperatif kanama olmaması, ev koşullarının iyi olması ve refakatçi ve ev koşullarının doğrulanması olarak belirlenmiştir. Günübürlük girişime engel durumlar kontrol altına alınamamış diyabet, angina pektoris, kalp yetmezliği, 2 yıl içinde geçirilmiş Mİ, hipertansiyon, KOAH, artrit, epilepsi atağı, anemi, gebelik, Hepatit B AIDS, ilaç kullanımı, malign hipertermi öyküsü, mental bozukluklar olarak sayılabilir^(3,4).

Günübürlük hasta , yatan hastanın ameliyat öncesi hazırlığını gerektirmesine karşın aile, kurum ve maliyet açısından farklılıklar ve avantajlar taşır. Ekonomik olması, hastanın daha az sıra beklemesi, hastane enfeksiyonlarının az olması (özellikle pediatrik ve immünoşüpressif hastalarda), sosyal ve psikolojik stresin azalması, hastane yataklarının serbestleşmesi, erken ambulasyon gibi avantajları vardır.

Günübürlük girişimler anestezi uzmanları için bazı olumsuzluklar taşımaktadır;

1- Cerrahın hastayı preoperatif dönemde muayene etme şansının *olmasına rağmen anestezi uzmanının bu şansını yitmesi*.

2- Cerrahi prosedürün seçimi, anestezi ile ilgili sorunlara göre değil de, cerrahi uygulamanın güçlüğüne göre yapılmakta, anestezi uzmanından sorunları göz ardı etmesi beklenmektedir.

3- Birçok merkez organize olamadığı için preoperatif değerlendirme birimleri kuramamıştır.

4- Üzerinde tam mutabakata varılmış bir risk belirleme sistemi yoktur.

5- Farklı kuruluşların geliştirdiği spesifik stratejiler ve kılavuzlar vardır ve genellikle anestezi uzmanları bu düzenleme kurulunun dışında tutulmuştur⁽⁴⁾.

Preoperatif değerlendirmenin amacı; anestezi ve cerrahi ile ilgili riskleri tanımlamak ve azaltmaktır. Preanestezik değerlendirme ise genel preoperatif değerlendirmenin

bir parçasıdır, güvenli anestezi uygulamasının planlandığı en son aşamadır. Cerrahi öncesi değerlendirme, testler ve konsültasyonların yapıldığı, hastanın güveninin sağlandığı ve endişelerinin giderildiği süreçtir. Gereksiz testler ve müdahalelerden kaçınılmalıdır. Hastanın bu girişimlerdeki uygulanacak anestezi tekniğine sadece anestezi uzmanı karar verebilir. Şu iyi bilinmelidir ki anestezi uzmanının hasta ile teması girişim sırasında kısa sürmesine rağmen en önemli süreçtir. Hastalar preoperatif değerlendirmenin, preanestezik değerlendirme yerini alamayacağı konusunda bilgilendirilmelidirler.

Preanestezik değerlendirmenin amacı riski azaltmak olmasına karşın, risk sınıflandırılması kötü hazırlanmıştır. İlk risk sınıflaması Sakland tarafından yapılmıştır ve anestezi ve cerrahi uygulamasının mortaliteye etkisini göz ardı etmektedir. Bu sınıflama ASA tarafından modifiye edilmiştir. Ancak günübürlük cerrahi ve anestezinin getirdiği risklerin sonuçlarını belirtmemektedir.

Hasta ve Prosedür Seçimi

Günübürlük girişimler acil girişimler değildir. Hastaların postoperatif destek ihtiyacı olmamalıdır. Hasta ve prosedür seçimi fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik parametreler değerlendirilerek yapılmalıdır.

Fizyolojik Parametreler:

a) ASA I ve II grubu hastalar alınmalıdır. Nadiren ASA III'e izin verilebilir.

b) Bazı yayınlarda 7-70 yaş Sınırlaması uygun bulunmuştur.

c) Kilo: Obez hastaların (> 80 kg) günübürlük girişim için uygun olmadığı bildirilmiştir.

d) Fizik muayene ile potansiyel havayolu kontrolü güç hastalar, kontrol altına alınamamış diyabet, angina pektoris, kalp yetmezliği, 2 yıl içinde geçirilmiş Mİ, hipertansiyon, KOAH, artrit, epilepsi atağı, anemi, gebelik, Hepatit B, AIDS, ilaç kullanımı, malign hipertermi öyküsü, mental bozuklukların varlığı belirlenmelidir.

e) Labaratuar testler girişimden 1 hafta önce yapılmalıdır, sorun varsa tedaviye zaman kalır. Hb, elektrolit, üre, kan şekeri, akciğer grafisi, EKG, hapatit paneli, pıhtılaşma faktörleri bakılmalıdır⁽⁵⁻⁷⁾.

Psikolojik Parametreler: Günübirlik girişimlerde daha önemlidir. Hastanın psikolojisi belirlenir ve uyumu sağlanır. Hastanın endişeleri giderilmeli, soruları kültürel düzeyine göre soruları cevaplandırılmalıdır. İşlem öncesi evde yapılması gerekenler konusunda hasta bilgilendirilmelidir⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Sosyal Parametreler: Hastaların ev koşulları oldukça önemlidir. Acil durumda en fazla 30 dakikada hastaneye ulaşabilecek mesafede olmalı, telefon numarası alınmalı, evde bakımı üstlenecek bilinçli bir kişi olmalıdır⁽¹¹⁻¹³⁾.

Bu grup hastalarda anestezi seçimi; hastanın kliniğine, girişimin büyüklüğüne, mevcut ekipmana, personelin durumuna ve çalışma şartlarına göre seçilir. Uygulanan anestezi ile hasta hızlı uyanmalı, postop bulantı, kusma ve ağrı kontrol altına alınmış olmalı, hasta günlük yaşantısına hızla dönmelidir.

Değerlendirme Zamanı

Preoperatif değerlendirme girişimden bir hafta önce yapılmalıdır, hasta güvenliğini ve konforunu artırır. Fisher hasta iptallerinin ve konsültasyonların böylece daha az olacağını bildirmiştir. Preanestezik değerlendirme ise aynı gün veya bir gün önce anestezi uzmanı tarafından yapılmalıdır. ASA I hastalarda ve küçük girişimlerde preanestezik değerlendirme yöntem belirleme amaçlıdır ve gözden geçirme şeklindedir. Sağlıksız kişilerde ise tedavilerin ve konsültasyonların sonucunu görme, durumunu belirleme şeklinde gerçekleşir⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

PAD amacı;

Peroperatif komplikasyonları azaltmak,

Anksiyeteyi azaltmak,

Medikal sorunları ve uygun hastayı belirlemek,

Labaratuar testleri incelemek,
Operasyon odası verimliliğini artırmak^(17,18).

Risk sınıflaması

Preanestezik değerlendirmenin amacı riski azaltmak olmasına rağmen, risk sınıflandırılması kötü hazırlanmıştır. İlk risk sınıflaması Sakland tarafından yapılmıştır ve anestezi ve cerrahi uygulamasının mortaliteye etkisini göz ardı etmektedir. 4 grup hasta tariflenmiştir. Bugünkü ASA sınıflama sistemi 50 yıllık geçmişi olan bu eski sistemin modifikasyonudur^(19,20). Ancak günübirlik cerrahi ve anestezinin getirdiği risklerin sonuçlarını belirtmemektedir. Preoperatif dönemde değerlendirilmesi gereken problemler şunlardır;

1- Genel

Günlük aktiviteyi sürdürmeye engel olacak medikal durum

Son 6 ay içinde evde sürekli takip ve yardım gerektiren medikal durum

Akut bir neden veya kronik bir hastalığın alevlenmesi nedeniyle son 2 ay içinde hastaneye başvuru.

2- Kardiyovasküler

Anjina, koroner arter hastalığı, MI öyküsü
Semptomatik aritmiler

Kontrollsüz hipertansiyon (>160/110)

Konjestif kalp yetmezliği öyküsü

3- Respiratuar

Son 6 ay içinde progresyon ve akut alevlenme gösteren veya kronik tedavi gerektiren astım/KOAH

Geçirilmiş major havayolu cerrahisi veya anormal havayolu anatomisi

Üst veya alt havayolu tümörü veya obstrüksiyonu

Evde ventilasyon desteği ve takibi gerektiren kronik respiratuar distress öyküsü

4- Endokrin

İnsüline bağımlı DM

Adrenal hastalıklar

Aktif tiroid hastalıkları

- 5- Nöromusküler
Nöbet öyküsü veya SSS hastalıkları (MS)
Miyopati ve diğer kas hastalıkları
- 6- Hepatik
Herhangi aktif hepatobilyer hastalık veya fonksiyonel kayıp
- 7- Musküloskeletal
Kifoz veya skolyoz
Temporomandibuler eklem hastalığı
Servikal veya torasik spinal hasar
- 8- Onkolojik
Kemoterapi alan hastalar
Belirgin fizyolojik sekel veya kayıplar
- 9- Gastrointestinal
Masif obezite (ideal vücut ağırlığının %40
ından fazla)
Hiatus hernisi
Semptomatik gastroözefageal reflü

Anestezi yönetimi için tavsiye edilen laboratuvar testleri şunlardır;

EKG

- Yaş > veya = 50
Hipertansiyon
Yeni veya geçirilmiş belirgin kardiyak sorun
Yeni veya geçirilmiş belirgin dolaşım sorunu
DM
Renal, tiroid veya diğer metabolik hastalıklar

Akciğer Grafisi

- Astım veya efor kapasitesini sınırlayan ya da son 6 ay içinde akut epizod geçirmiş KOAH
Kardiyotorasik girişim

Biyokimya

- Renal sorunlar
Adrenal veya tiroid hastalıkları
Diüretik tedavisi
Kemoterapi

İdrar analizi

- Cerrah tarafından gerekli görülüyorsa

Tam kan sayımı

- Hematolojik sorunlar
Vasküler girişim
Kemoterapi

Koagülasyon testleri

- Antikoagülan tedavi
Vasküler girişim

Gebelik testleri

Şüphesi olanlar

Labaratuvar testleri maliyet olarak yüksektir. Geleneksel olarak yapılan pek çok testin gereksiz olduğu yayınlarda vurgulanmıştır. Ancak maliyetini düşürmek amacı ile azaltılan testler anesteziistin sorumluluğunu artırmaktadır. Testlere hastanın kliniğine göre karar verilmesi riskleri azaltacaktır. Sensitivitesi ve spesifitesi yüksek testlerin seçilmesi gerekir. Prensipte olarak test istenirken, hasta hakkında anlamlı bilgi sağlayacak, gerçekçi bir neden gösterilmelidir^(18,21-24). Spesifik endikasyon olmadan protokol şeklindeki değerlendirmeleri aynen uygulamak doğru değildir. Testler şu temellere dayalı olarak yapılmalıdır:

a) Hikaye ve fizik muayenede pozitif bulgu olması

b) Cerrahiye veya diğer girişimlere bağlı laboratuvar değerlerde oluşabilecek değişiklikleri cerrah veya ve anesteziistin bilmesi ihtiyacı

c) Hastanın yüksek riskli bir popülasyonda yaşıyor olmasına rağmen kendisinde bulguların olmaması.

Konsültasyonlar

Uygulaması en sıkıntılı konulardan biri olmasına rağmen uzmanlık isteyen konularda istenmelidir.

Personel

Diğer önemli konu preoperatif değerlendirmeyi kimin yapması gerektiğidir. Tüm sorumluluğun anesteziistlerde olması, bu konseptin yeni gündeme geldiği zamanlarda yaygındı, ancak şu anda pratik görünmemektedir. Bu nedenle cerrahi asistanlar ve hemşireler bu konuda yardımcı olabilir. Anestezi uzmanı hastanın bilgilerine direk ulaşabilir, kendisi görebilir veya değerlendiren tarafından bilgilendirilebilir^(23,24).

Günübirlik girişim uygulamaları; teknolojik gelişmeler, hastane maliyetlerinin artması, sigorta sisteminde değişiklikler nedeniyle kısa bir zaman içinde cerrahi uygulamalarının büyük bir kısmını oluşturacak gibi görünmekte-

dir. Gelecekte yeni ameliyathanelerin oluşturulmasında günübirlik ünitelerin ayrı tutulması ve düzenlenmesi kaçınılmazdır. Anestezinin de bu düzenlemede önemli rolü olması sebebiyle, günübirlik anesteziye uygun anestezi, uygun yöntem, uygun sistem çalışmalarının başladığını söyleyebiliriz. Herşeyden önce doğru başlangıcın sistem kurmak olduğu bilinmeli ve yapılanma bu bilinçle sürdürülmelidir.

Geliş Tarihi : 21.04.2008

Yayına kabul tarihi : 26.12.2008

Yazışma adresi :

Dr. Binnur SARIHASAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
55139 Kurupelit, SAMSUN
Tel : 0362 312 19 19 / 2705
GSM: 0532 237 18 27

KAYNAKLAR

1. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, et al. The value of the preoperative visit by an anesthetist. *JAMA* 1963; 185: 55.
2. Litaker D. Preoperative screening. *Med Clin North Am* 1999; 83: 1565-1581.
3. Parker BM, Tetzlaff JE, Litaker DL, et al. Redefining the preoperative evaluation process and the role of the anesthesiologist. *J Clin Anesth* 2000; 12: 350-356.
4. Roizen MF, Klock PA, Klafta J. How much do they really want to know? Preoperative patient interviews and the anesthesiologist. *Anesth Analg* 1996; 82: 443-444
5. Archer C, Levy AR, McGregor M. Value of routine preoperative chest x-rays: a meta-analysis. *Can J Anaesth* 1993 ; 40: 1022-1027
6. Callaghan LC, Edwards ND, Reilly CS, Utilisation of the pre-operative ECG. *Anaesthesia* 1995; 50: 488-490.
7. Jones T, Isaacson JH, Preoperative screening: what tests are necessary? [Review]. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 1995; 62: 374-378.
8. Macpherson DS. Preoperative laboratory testing: should any tests be "routine" before surgery? *Med Clin North Am* 1993 ; 77: 289-308.
9. Roizen MF: Preoperative evaluation. In Miller RD (ed): *Anesthesia*, 4th ed, Vol 1. New York, Churchill Livingstone, 1994, p 827-882.
10. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery—a prospective study. *Can J Anaesth* 1998; 45: 612-619.
11. Meridy HW: Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: a retrospective study of 1553 cases. *Anesth Analg* 1982; 61: 921.
12. Mandel MA. Blood and fluid replacement in major liposuction procedures. *Aesthetic Plast Surg* 1990; 14: 187-191.
13. Celli BR: What is the value of preoperative pulmonary function testing? *Med Clin North Am* 1993; 77: 309-325.
14. Hollenberg SM. Preoperative cardiac risk assessment. *Chest* 1999; 115 (5 Suppl): 51S-57S.
15. Laslett L. Hypertension. Preoperative assessment and perioperative management. *West J Med*. 1995; 162: 215-219.
16. Audit Commission (2001), *Day Surgery Guide to The Indicators*, <http://www.doh.gov.uk/daysurgery-operational-guide/> 26.6.2003.
17. Bean M. Preparation for surgery in an ambulatory surgery unit, *Journal of Postanesthesia Nursing*, 1990; 5: 42-47.
18. Booth P, Finegan BA. Changing the admission process for elective surgery: An Economic Analysis, *Can J Anesth*, 1995; 42: 391-394.
19. Fysh R. Patient selection, D Hodge (Ed), *Day Surgery A Nursing Approach*, Churchill Livingstone, 1999; pp: 5-25.
20. Johnson JH. Ambulatory surgery, JC Rothrock (Ed), *Perioperative Nursing Care Planning*, Mosby St Louis, 1996; pp: 467-484.
21. Lancaster KA. Patient teaching in ambulatory surgery, *Nursing Clinics of North America*, 1997; 33: 417-427.
22. Watson DS ,Sangerino CA. Ambulatory surgery, MD Meeker and JC Rotrock (Eds), *Alexander' Care of The Patient Surgery*, Mosby St Louis, 1995; pp 1125-1144.
23. Wattsman TA, Davies RS. The utility of preoperative laboratory testing in general surgery patients for outpatient procedures, *Ambulatory Surgery*, 1997; 63: 81-90.
24. Yellen E, Davis G. Patient satisfaction in ambulatory surgery, *AORN Journal*, 2002; 74: 483-497.