

Bülent YARDIMCI¹
Melahat AKDENİZ²

¹ İstanbul Amerikan Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği AD

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Bülent YARDIMCI
İstanbul Amerikan Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Güzelbahçe Sokak
No: 20 Nişantaşı 34365 İstanbul

Tel/phone: +90 212 444 3 777

E-mail: bulentyardimci@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Akılcı seçimler, Öneriler

Keywords:

Choosing Wisely, Recommendations

Geliş Tarihi - Received

26/12/2017

Kabul Tarihi - Accepted

28/01/2018

İç Hastalıklarında Akılcı Seçimler Rational Choice in Internal Diseases

Öz

Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan İç Hastalıkları Yeterlik Kurulu (ABIM) Vakfı, 2012 yılında gereksiz test ve tedavilerden kaçınmaları konusunda hekimler ve hastaların aydınlanmış görüşmeler yapmalarına yardım etmek için "Akılcı Seçimler" (Choosing Wisely) kampanyasını başlatmıştır. Bu kampanyanın amacı hasta bakımında gerekli test ve girişimlerin, tedavi seçeneklerinin hastanın yararına ve en az maliyetle yapılmasıdır. Bu öneriler içinde iç hastalıkları uzmanları için olanlar önemli yer tutmaktadır. Hekimler ve hastaların uygun tedavi planını birlikte belirlerken önerileri rehber olarak kullanabilecekleri vurgulanmaktadır.

Abstract

The American College of Physicians (ACP) and the American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation launched the "Choosing Wisely" campaign in 2012 to help physicians and patients engage in conversations about the overuse of tests and procedures and support physician efforts to help patients make smart and effective care choices. The aim of this campaign is to make the necessary tests and interventions for the patient care, the treatment options for the benefit of the patient and at the least cost. Among these recommendations are those for internal medicine specialists. It is emphasized that physicians and patients can use these recommendations for their appropriate treatment plans as a guidance.

Giriş

Günümüzün gelişen teknolojisi ve tıptaki hızlı ilerlemeler gün geçtikçe klinik alanlardaki tanı ve tedavi metotlarını çoğaltmakta; bunun sonucunda da hasta yaklaşımını karmaşıktırılmaktadır. Hekimler hastalarına giderek daha çok tanı metodu uygulamakta ve daha agresif tedavi yapmaktadırlar. Bu yaklaşımın hastalara zaman zaman zarar verebileceği bir gerçektir. Oysa Tıp fakültesine girdiğimiz andan itibaren hepimize öğretilen 'Primum non nocere- Önce zarar verme' evrensel ve her zaman geçerli olan bir ilkedir. Ayrıca tıbbi bakımın optimum kalitede ve en az maliyetle sunulması hem hastanın sağlığını koruma ve geliştirmede hem de sağlık harcamalarını azaltmada önemlidir. Sağlık hizmetleri sunumunda hastanın sağlığını riske atabilen ve bakımın maliyetini artıran en önemli etmen gereksiz test, girişim ve tedavilerdir (1).

Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan İç Hastalıkları Yeterlik Kurulu (ABIM) Vakfı, 2012 yılında gereksiz test ve tedavilerden kaçınmaları konusunda hekimler ve has-

ta ların aydınlanmış görüşmeler yapmalarına yardım etmek için “Akılcı Seçimler” (Choosing Wisely) kampanyasını başlatmıştır. Bu kampanyanın amacı hasta bakımında gerekli test ve girişimlerin, tedavi seçeneklerinin hastanın yararına ve en az maliyetle yapılmasıdır. Akıllı seçimlerle bakım yönteminin seçiminde, kanıtlar tarafından desteklenen, hastaya halen yapılan test ve girişimlerin tekrarı olmayan, hastaya zarar vermeyen ve gerçekten gerekli test ve girişimlerin seçilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca gereksiz test ve girişimlerin yapılmaması ile dolaylı olarak sağlık maliyetinin ve sağlık personeli üzerindeki iş yükünün azaltılacağı beklenmektedir (1-5).

ABIM, dahiliye, aile hekimliği, pediatrideki hekimlerin sağlık kaynaklarını daha etkin kullanmalarını geliştirmek için klinik uygulamalarında kullanabilecekleri 3 liste seti oluşturmuştur. Bu listeler ilk kez Archives of Internal Medicine’de yayınlanmıştır (1). Daha sonra diğer uzmanlık derneklerine 5 maddelik öneri listeleri hazırlamaları için çağrıda bulunulmuştur. Birçok uzmanlık derneği çağrıya yanıt vermiş ve listelerini hazırlamıştır. Bu öneriler <http://www.choosingwisely.org> sitesinde yayınlanmaya başlamıştır. Akılcı seçimler önerileri bilime ve kanıta dayalı olarak yapılmaktadır. Listeler yayınlanırken 4 konuya dikkat edilmektedir:

- Her madde, uzmanlık alanı içinde ve kontrolünde olmalıdır.
- Prosedürler sık olarak kullanılmamalı ve/veya önemli maliyet getirmelidir.
- Her bir öneriyi desteklemek için kabul edilmiş kanıt olmalıdır.
- Süreç iyice belgelenmeli ve istek üzerine halka açık olmalıdır.

Günümüze kadar 80’den fazla uzmanlık derneği kampanyaya katılmış 525’den fazla öneri yayınlamışlardır. Ondokuz ülke kendi akılcı seçimler kampanyasını oluşturmuştur (4). ABIM Vakfı tarafından 2017 yılında yaptırılan bir araştırmada, ABD’li hekimlerin dörtte üçünden fazlası, hekimlerin gereksiz tıbbi test isteme ve girişim yapma sıklığının ABD sağlık sistemi için ciddi bir sorun olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %69’u hekimlerin haftada en az bir kez gereksiz test isteminde bulunduğunu bildirmiştir. Araştırmada ayrıca hekimlerin yarısından fazlasının bu sorunu giderebilecek konumda olduklarını düşündükleri bulunmuştur. Kampanyadan haberdar olan hekimler, geçen bir yılda, gereksiz olduğunu öğrendikleri için istedikleri testleri ve önerdikleri girişimleri azalttıklarını bildirmişlerdir.

Bu önerilerin işe yaradığını gösteren ek kanıtlar vardır. Örneğin, bir çalışmada, birinci basamakta, tıbbi uzmanlıklarda ve cerrahi uzmanlık alanlarındaki doktorların %92’den fazlasının “Akılcı seçimlerin” meşru bir rehber kay-

nağı olduğunu kabul ettiği bulunmuştur. Aynı araştırma, birinci basamak hekimlerinin %75.1’inin, akılcı seçimlerin gereksiz test ve prosedürlerin kullanımını azaltma yetkisi verdiğini kabul ettiğini bildirmiştir (4).

Grover ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ABD’de birinci basamakta çalışan hekimlerin yaklaşık %40’ının kampanyayı duydukları ve son 12 ayda gereksiz testlerin veya girişimlerin sayısının azaltılması konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur (5).

Bu yazıda İç Hastalıklarını ilgilendiren öneriler ve gerekçeleri, uygulamada yol göstermesi amacıyla derlenmiştir. Bazı öneriler birkaç uzmanlık derneği tarafından önerildiği için yazıda öneri tekrarları olabilir. Amaç bu konuda hekimlerde bir bilinç oluşturmak ve tanı yöntemlerini, tedavileri ya da girişimleri uygularken hasta yararına, gereksiz olanlardan kaçınmalarını sağlamaktır.

Akılcı Secimler Önerileri

AMDA – Post-Akut ve Uzun süreli Bakım Tıbbi Derneğinin önerileri

Öneri: İlerlemiş demansı olan bireylere perkütan besleme tüpleri yerleştirmeyin. Bunun yerine, oral yardımcı besleme önerin.

Gerekçe: İlerlemiş demansı olan hastalarda yapay beslenmenin yaşam süresini uzatmadığı ve yaşam kalitesini iyileştirmedigine dair güçlü kanıtlar vardır. Yemek yiyemeyen hastalara aspirasyon kaygısı ile hastane yatışı sonrası beslenme tüpü yerleştirilmektedir. Yaygın düşüncenin aksine tüple besleme hastanın rahatlamasını sağlamamakta ve acı çekmesini azaltmamaktadır. Perkütan beslenme tüpü aşırı sıvı yüklenmesine, diyareye, karın ağrısına, lokal komplikasyonlara ve insanlarla etkileşimin azalmasına neden olabilmekte, aspirasyon riskini artırabilmektedir. İlerlemiş demansı ve beslenme sorunu olan hastalarda oral beslenmeye yardımcı olma beslenmenin sağlanması için kanıta dayalı bir yaklaşımdır.

Öneri: Huzur evlerinde kalan diyabetli kişilerde uzun süreli diyabet izlemi için değişken skalalı insülin kullanmayın.

Gerekçe: Değişken skalalı insülin (DSİ) kullanılması hiperglisemiyi önlemek için değil oluştuktan sonra tedavi için kullanılan bir yöntemdir. İyi kanıtlar DSİ kullanımının vücudun fizyolojik insülin gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduğunu ve bakım evlerinde kalan tıbbi olarak stabil kişilerde etkili olmadığını göstermektedir. DSİ kullanımı daha fazla glukoz ölçümü ve insülin enjeksiyonu ile ilişkilidir. Hastanın rahatsız olmasına ve bakım kaynaklarının gereksiz kullanımına yol açmaktadır. Ayrıca gıda alımının düzensiz olduğu durumlarda kan şekeri dalgalanmalarına ve hipoglisemi riskine yol neden olabilmektedir.

Öneri: İdrar yollarına lokalize belirgin belirti ve bulgular olmadıkça idrar kültürü yapmayın.

Gerekeçe: Bakım evlerinde kalan hastalarda kronik asemptomatik bakteriüri sık görülmektedir. Lokal idrar yolu enfeksiyonu (İYE) semptomlarının yokluğunda pozitif idrar kültürü, bir hastanın semptomlarının bir İYE kaynaklı olup olmadığını belirlemede sınırlı bir değerdedir. Ayrıca idrar kültürünün pozitif olması, diyare, Clostridium difficile'e bağlı enfeksiyon ve antibiyotik direnci gelişmesine neden olabilen aşırı antibiyotik kullanımına yol açmaktadır. Ayrıca asemptomatik bakteriüri bulgusu hastanın durumundaki akut değişikliklerin nedeni olduğu varsayımına yol açabilmektedir; bu da hastanın alıtta yatan daha ciddi bir durumunun atlanmasına ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Bu nedenlerle idrar yollarına lokalize belirgin belirti ve bulgular olmadıkça idrar kültürü alma önerilmemektedir. Hastanın sistemik enfeksiyonu düşündürülen ateş, titreme ve lökositöz gibi bulguları varsa idrar kültürü almak mantıklı bir yaklaşım olacaktır.

Öneri: Üriner inkontinansı yönetmek için kalıcı idrar kateteri yerleştirmeyin.

Gerekeçe: Huzurevleri gibi uzun süreli bakım ortamlarında bakteriürinin en sık kaynağı, kalıcı bir üriner kateter kullanıldığında mesanedir. Federal Sağlık Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları Danışma Komitesi (HICPAC), tüm hastalarda üriner kateter kullanımının ve kullanım süresinin en aza indirilmesini önermektedir. HICPAC, özellikle uzun süreli bakım ortamında idrar kaçırma tedavisi için kateter kullanılmamasını önermektedir.

Öneri: Sınırlı yaşam beklentisi olan bireylerde lipid düşürücü ilaçları rutin olarak reçete etmeyin.

Gerekeçe: Yetmiş yaş üzeri kişilerde hiperkolesterolemi ve düşük HDL kolesterol düzeylerinin tüm nedenlere bağlı mortalite, koroner kalp hastalığı mortalitesi, miyokard infarktüsü ya da stabil olmayan anjina için önemli risk etmeni olduğuna dair kanıt yoktur. Gerçekte, çalışmalar en düşük en düşük kolesterol düzeylerine sahip hastaların, diğer risk etmenleri ayarlandıktan sonra en yüksek mortaliteye sahip olduğunu göstermiştir. Ek olarak 85 yaşından büyük hastalarda daha az olumlu bir risk-yarar oranı görülebilir ve bu hastalarda statinlerden kaynaklanan risklerin (bilişsel bozukluk, düşme, nöropati ve kas hasarı) arttığı bilinmektedir.

Öneri: Semptomlar iyileşmişse "kürü" onaylamak için C. difficile toksin testi yapmayın.

Gerekeçe: Clostridium difficile enfeksiyonu (CDE) oranları, özellikle yakın zamanda hastaneye yatan ya da bakım evlerinde kalan yaşlı erişkinlerde artmaktadır. Huzur evlerinde kalan hastalar ileri yaş, sık hastaneye yatış ve sık antibiyotik maruziyeti nedeniyle özellikle CDE için risk altındadır. Ancak, sadece semptomatik hastalar test edilmelidir.

Antibiyotik kullanan yaşlılarda C. Difficile'ye bağlı diyarelerde belirtiler geriledikten sonra da test pozitifliğinin 30 gün sürmesi nedeniyle tekrar test yapılmaması önerilmektedir. Yanlış pozitif "tedavi testi" örnekleri klinik bakımı zorlaştırabilir ve uygun olmayan CDE tedavisi ile sonuçlanabilir.

Öneri: Düşkün bir yaşlı için, hastanın bakımı hedefleri ve muhtemel yararlar ve yükler hakkında net bir bilgi sahibi olmadan agresif veya hastane düzeyinde bakım önermeyin.

Gerekeçe: Hastane bakımının deliryum, enfeksiyonlar, ilaçların ve tedavilerin yan etkileri, uyku bozukluğu ve mobilite ve işlevsellik kaybı gibi riskleri olduğu bilinmektedir. Bu riskler genellikle uzun süreli bakım ortamlarında kalan kırılğan, çoklu mortalitesi, işlevsel kısıtlılıkları ve demansı olan yaşlı hastalarda daha belirgindir. Bu nedenle, bazı düşkün yaşlılar için hastane düzeyindeki bakımın yarar-zarar dengesi olumsuz olabilir. Gereksiz hastane yatışlarını önlemek için hekimlerin, bu hasta için bakımın amaçlarını tanımlayarak ve hastaneye yatırma dahil çeşitli müdahalelerin risk ve yararlarını, prognoz, tercihler, endikasyonlar ve yarar-zarar dengesi bağlamında hasta ya da yakınları ile tartışarak ileri bakımı planlamaları önerilmektedir.

Öneri: Altmış yaş ve üzeri düşkün bireylerde sistolik kan basıncı (SBP) <150 mm Hg veya diyastolik kan basıncı (DBP) <90 mmHg için antihipertansif tedavi başlatmayın.

Gerekeçe: Yaşlı erişkinlerde hipertansiyonun tedavisi için güçlü kanıtlar vardır. Yaşlılarda, inme insidansını, tüm nedenlere bağlı mortaliteyi ve kalp yetmezliğini azaltmak için hipertansiyonun tedavi edilmesi önerilmektedir. Tedavi hedefi, sistolik kan basıncını (SKB) 150 mmHg ya da altına indirmektir. Daha düşük kan basıncı hedeflerinin yüksek riskli hastalar, özellikle bakım evlerinde kalan düşkün hastalarda yararlı olduğunu gösteren kanıt azdır. Kardiyovasküler riskin yüksek olduğu toplum içinde yaşayan 75 yaş üstü bireylerde SKB'nın 140 mmHg'nin altına indirilmesinin yararlı olduğunu gösteren veriler olması nedeniyle, hedef SKB ve DKB düzeyleri hasta ile paylaşılmış karar vermeye dayanmalıdır. Ortostatik hipotansiyon, mortalite ve kardiyovasküler olayların artışı ile ilişkili olduğundan, ortostatik hipotansiyona dikkat etmek önemlidir. Ayrıca orta şiddette veya yüksek yoğunluklu hipertansiyon tedavisi, düşkün yaşlı erişkinlerde ciddi düşme ve yaralanma riski ile ilişkili olduğu için SKB <150 mmHg veya DKB <90 mmHg olan 60 yaş ve üzeri düşkün yaşlı kişilerde antihipertansif tedavinin başlatılması önerilmemektedir.

Amerikan Alerji, Astım ve İmmünoloji Akademisinin Önerileri

Öneri: Alerjinin değerlendirilmesinde immüoglobülin G (IgG) testi veya ayırım gözetmeyen immüoglobülin E (IgE) testi gibi kanıtlanmamış tanı testleri yapmayın.

Gerekeçe: Alerjilerin uygun tanı ve tedavisi hastanın klinik öyküsüne dayalı olarak özgün IgE testi (cilt ya da kan testleri) yapılmasını içermektedir. Alerji tanısı koymak

için diğer test ve yöntemlerin kullanımı kanıtlanmamıştır ve uygun olmayan tanı ya da tedaviye yol açabilmektedir.

Öneri: Komplike olmayan akut rinosinüzitte Sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) istemeyin ya da gelişigüzel antibiyotik reçete etmeyin.

Gerekçe: Akut sinüzitin majör nedeni viral enfeksiyonlardır ve sadece hastaların %0,5-2'si bakteriyel enfeksiyonlara ilerlemektedir. Çoğu akut sinüzit 2 hafta içinde tedavisiz iyileşmektedir. Komplike olmayan akut rinosinüzit genellikle klinik olarak tanı alır ve herhangi bir görüntüleme yöntemine gerek duyulmaz. Hafif hastalığı ve izlem güvencesi olan komplike olmayan akut rinosinüzitli hastalara antibiyotik önerilmemektedir. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi yedi gün ve üzeri süreyi geçmeyen hafif orta şiddetteki sinüzitlerde rutin antibiyotik kullanılmasını önermemektedir. Antibiyotikle tedavi kararı alınmışsa çoğu akut rinosinüzit için ilk tercih edilecek antibiyotik amoksisilin olmalıdır.

Öneri: Kronik ürtikerli hastalarda rutin olarak tanısal test yapmayın.

Gerekçe: Kronik ürtikerli hastaların ezici çoğunluğunda net bir etyoloji tanımlanmamıştır. Altta yatan nedenleri dışlamak için sınırlı laboratuvar testi yapılması gerekebilir. Klinik şüpheye dayalı hedeflenmiş laboratuvar testi yapmak daha uygundur. Rutin aşırı test yapma hem maliyet etkin değildir hem de klinik sonuçları iyileştirmez. İnhalantlar ya da besinler için cilt ya da serum spesifik IgE testi ürtiker için provake eden ya da başlatan olarak bir alerjene maruz kalma öyküsü olmadıkça endike değildir.

Öneri: Aşılarla bozulmuş antikor yanıtları gösterilmediği sürece, tekrarlayan enfeksiyonlar için immünooglobulin replasmanı önermeyin.

Gerekçe: İmmünooglobulin (gamma globulin) replasmanı pahalıdır ve aşı ile bağışıklama veya doğal enfeksiyonlara karşı antijen spesifik IgG antikor yanıtları bozulmadıkça sonuçları iyileştirmez. Antijene özgü IgG antikor yanıtı bozulmadan immünooglobulin düzeylerinin düşük olması immünooglobulin replasman tedavisi gerekliliğini göstermez. Bu durumun istisnaları IgG düzeylerinin 150mg/dl'nin altında olması ve genetik olarak tanımlanmış ya da şüphelenilen bozuklukları içerir.

Öneri: Spirometri yapılmadan astım tanısı koymayın ve yönetmeyin.

Gerekçe: Klinisyenler sıklıkla astım tanı ve yönetiminde sadece semptomlara güvenirlere, ancak bu semptomlar yanıltıcı olabilir ve başka nedenlerden kaynaklanabilir. Spirometri, astım tanısını doğrulamak için gereklidir. Son rehberler, hastalık şiddetinin ve kontrolünün gözlenmesinde spirometrenin değerini vurgulamaktadır. Öykü ve fizik muayene tek başına astım kontrolünü aşırı ya da yetersiz tahmin edebilir. Bu durum bakım masraflarının artması yanında doğ-

ru tanı ve tedaviyi geciktirebilir.

Öneri: Şiddetli alerjik reaksiyonlarda ilk basamak tedavi olarak antihistaminlere güvenmeyin.

Gerekçe: Epinefrin anaflaksi için ilk basamak tedavidir. Veriler anaflaksinin ilk basamak tedavisi olarak antihistaminiklerin aşırı kullanıldığını göstermektedir. Anaflaksin kardiyovasküler ya da respiratuvar belirtilerini tedavi etmeyen antihistaminiklerin aşırı kullanımı epinefrinle etkili birinci basamak tedaviyi geciktirebilir. Epinefrin anaflaksi tanısından şüphelenildiğinde hemen verilmelidir. Antihistaminler yaşamı tehdit etmeyen kutanöz semptomların tedavisi için ikinci basamak tedavidir ama anaflakside epinefrinin yerine ilk basamak tedavi olarak kullanılmamalıdır. Anaflaksi sırasında ölümler epinefrin verilmesinin gecikmesi ile ilişkilidir.

Öneri: Potansiyel IgE aracılı besin alerjisi ile tutarlı öykü olmadan besin IgE testi yapmayın.

Gerekçe: Besinler için hatalı ya da klinik olarak uygun olmayan alerji testleri sık yapılmaktadır. Gelişigüzel tarima besinlerden uygunsuz kaçınma ve sağlık kaynaklarının gereksiz harcanmasıyla sonuçlanır. Spesifik besinler için IgE testi yapma özel bir besini yedikten sonra IgE aracılı reaksiyonla tutarlı semptom ve bulgu öyküsü varsa yapılmalıdır. Öyküye dayalı besin alerjisi için tutarlı öykü ya da imalar olmayan kişilerde IgE testi isteme sıklıkla klinik uygunluğu olası olmayan pozitif test sonuçları gösterir. Test yapılacağı zaman şüphelenilen besin kısıtlanmalıdır. Spesifik besinler için IgE testinin tanısal yararı besin alerjisi tanısı için uyumlu ya da ima eden öykü varlığında optimaldir. Besin alerjisi tanısı için uyumlu ya da ima eden öykü yoksa besin alerjisi için pretest olasılığı düşüktür ve pozitif cilt ya da invitro IgE testi besin alerjisi tanısı koydurmaz. Hatalı pozitiflik oranının fazla olması nedeniyle besin testleri panelinden işaretleme ile yapılan testler çok fazla hatalı besin alerjisine tanımlanmasına neden olmakta ve testte pozitif görünen besinlerden gereksiz kaçınma ortaya çıkmaktadır.

Öneri: Yumurta alerjisi olan kişilerde influenza aşısı yapılmasından rutin olarak kaçınmayın.

Gerekçe: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı, influenza aşısı ve kuduz aşısı gibi bazı aşılar yumurtada üretilmektedir. "Yumurta alerjisi olanlarda influenza aşısı yapılmaz!" rutini doğru değildir. CDC'nin Aşılama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), yumurta alerjisi olan kişilere, önceden aşı deri testi yapılmadan tek bir doz olarak inaktif influenza aşısı (IIV) yapılabileceğini ve muhtemel herhangi bir alerjik reaksiyon için 30 dakika boyunca gözlemlenmesini önerir. Yumurta yendikten sonra sadece deri döküntüleri oluşuyorsa aşı birinci basamak polikliniklerinde yapılabilir. Reaksiyon daha şiddetli ise aşı alerji/ immünoloji uz-

manının olduğu bir ortamda yapılmalıdır. Yumurtalarda üretilmeyen yeni IIV'ları, 18 yaş ve üzeri hastalar için onaylanmıştır. 18 yaş ve üstü yumurta alerjisi olan hastalar için yukarıdaki önlemlerle yumurta bazlı IIV ya da yumurta içermeyen IIV kullanılabilir.

Öneri: Uygun olmayan bir değerlendirme yapılmaksızın penisilin alerjisi öyküsü olan hastalarda beta laktam antibiyotik kullanmayınız

Gerekçe: Nüfusun yaklaşık yüzde 10'u penisilin alerjisi öyküsü bildirirken, araştırmalar bu hastaların yüzde 90'ının penisilinlere alerjik olmadığını ve bu antibiyotiklere güvenli bir şekilde alabildiğini göstermektedir. Bu gözlemin temel nedeni, penisilin alerjisinin yanlış tanılanması ve mevcut olduğunda çoğu (ancak hepsi değil) bireylerde zamanla azalmasıdır. Penisilin alerjisi olan hastaların vankomisin ya da kinolonlar gibi alternatif antibiyotiklerle tedavi edilme olasılıkları daha fazladır. Bu da maliyetleri artırma yanında hastanede kalış süresini uzatmakta, vankomisine dirençli enterokok (VRE) enfeksiyonları gibi komplikasyonların gelişme olasılığını artırmaktadır. Penisiline spesifik IgE değerlendirmesi deri testiyle yapılabilir. İdeal olarak, penisilin cilt testi hem major hem de minor determinantlarla yapılmalıdır. Ani reaksiyonlar için penisilin cilt testinin negatif prediktif değeri yüzde 100'e yaklaşırken pozitif prediktif değeri yüzde 40 ila yüzde 100 arasında değişmektedir. Penisilin spesifik IgE için in vitro testlerin yararlılığı belirsiz tahmin değerleri ile sınırlıdır.

Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin

Önerileri

Öneri: Kırmızı bayrak (uyarı işaretleri) olmadıkça, bel ağrısı için ilk 6 haftada görüntüleme tetkikleri yapmayın.

Gerekçe: Bel ağrısı tüm hekim ziyaretlerinin beşinci en sık nedenidir. Kırmızı bayrak işaretleri ağır ve ilerleyici nörolojik defisit ya da osteomyelit gibi altta yatan ciddi bir hastalık şüphesidir. Alt omurganın altıncı haftadan önce görüntülenmesi sonuçları iyileştirmemekte, ancak maliyetleri artırmaktadır.

Öneri: Osteoporoz için risk etmeni olmayan 65 yaşından küçük kadın ve 70 yaşından küçük erkeklerde Dual Enerji X-Ray Absorbsiyometri (DEXA) taraması yapılmamalıdır.

Gerekçe: DEXA Genç ve risk etmeni olmayan hastalarda maliyet etkin değildir ancak, yaşlı hastalarda maliyet etkindir.

Öneri: Semptomu olmayan düşük riskli hastalarda yıllık EKG ya da herhangi bir diğer kardiyak tarama istemeyin.

Gerekçe: Koroner arter hastalığı için düşük riskte olan asemptomatik hastalarda koroner arter stenozunun saptanmasının sağlık sonuçlarını iyileştirdiğine dair çok az kanıt

vardır. Yalancı pozitif testler gereksiz invazif girişimler, aşırı tedavi ve hatalı tanıya yol açarak hastaya zarar verebilmektedir. Bu rutin yıllık taramanın potansiyel zararı yararından fazla olmaktadır

Öneri: Asemptomatik erişkin hastaları koroner arter stenozu (KAS) için taramayın.

Gerekçe: Semptomları olmayan erişkin hastalarda KAS için taramanın zararının yararından fazla olduğuna dair iyi kanıtlar vardır. Tarama, ölüm, felç ve miyokard enfarktüsü gibi ciddi hasarlarla sonuçlanan endike olmayan ameliyatlara neden olabilir.

Amerikan Karaciğer Hastalıkları Çalışma

Birliğinin Önerileri

Öneri: Alarm işaretleri olmayan kompanse sirozlu ve ilk varis kanamasını önlemek için seçici olmayan beta-blokörlerle tedavi edilen küçük varisleri olan hastalarda izleme için özofagogastroduodenoskopi (EGD) yapmayın.

Gerekçe: Sirozlu ve kanamayan ve kanama riski artışı için kriterleri (çocuk, varisler için kırmızı işaretler) karşılamayan hastalarda beta-blokörler kullanılabilir. Sirozlu ve kanamayan ve kanama riski yüksek olmayan orta ve büyük varisleri olan hastalarda da betablokörler tercih edilir. Her iki durumda da izlem EGD'si gereksizdir.

Öneri: Tanımlanabilir bir presipitanla ilk nöbetten sonra hepatik ensefalopati tedavisini süresiz olarak sürdürmeyin.

Gerekçe: Tekrarlayan enfeksiyonlar ve varis kanaması gibi presipitan etmenlerin tanımlandığı ve iyi kontrol edildiği ya da karaciğer fonksiyonu veya beslenme durumunun iyileştiği durumlarda profilaktik tedavi durdurulabilir.

Öneri: Hepatit C viral yük testini antiviral tedavinin dışında tekrarlamayın.

Gerekçe: Tanıda ve antiviral tedavinin bir parçası olarak, yüksek duyarlılıklı hepatit C RNA kantitatif testleri uygundur. Bunun dışındaki virolojik test sonuçları, klinik yönetimi veya sonuçları değiştirmez.

Öneri: Klinik bulgu ve semptomlarda majör değişiklik olmadıkça, karaciğerdeki benign fokal lezyonları izlemek için bilgisayarlı tomografi (BT) ya da Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yapmayın.

Gerekçe e: Altta yatan karaciğer hastalığı olmayan ve klinik ve radyolojik olarak stabil olduğu gösterilen hepatoselüler adenoma dışında benign fokal karaciğer lezyonu olan hastalarda tekrar görüntüleme yapmaya gerek yoktur.

Öneri: Batın parasentezi ya da endoskopik varis bandı ligasyonu işlemlerinden önce taze donmuş plazma ve trombositleri düzenli olarak transfüze etmeyin.

Gerekçe e: Rutin koagülasyon testleri sirozlu hastalarda kanama riskini yansıtmamaktadır. Ayrıca bu girişimlerin kanama komplikasyonu nadirdir.

Amerikan Kan Bankası Birliğinin Önerileri

Öneri: Kesin olarak gerekenden daha fazla ünite kan transfüzyonu yapmayın.

Gerekçe: Her bir ünite kan risk taşır. Yetersiz doku oksijenasyonu kanıtı olmayan hastaneye yatırılmış, stabil hastaların büyük çoğunluğu için kısıtlayıcı bir eşik değeri (7.0-8.0g / dl) kullanılmalıdır (kanıtlar, önceden mevcut kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda 8.0g / dl'lik bir eşığı desteklemektedir). Transfüzyon kararları semptomlar ve hemoglobin konsantrasyonundan etkilenmelidir. Kanaması olmayan, hastaneye yatırılmış hastalar için tek ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu standart olmalıdır. Ek üniteler, yalnızca hastanın yeniden değerlendirilmesi ve hemoglobin değerlerinden sonra reçete edilmelidir.

Öneri: Hemodinamik olarak stabil hastalarda demir eksikliği için eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmamalıdır.

Gerekçe: Kan transfüzyonu bazı ortamlarda daha ucuz ve daha güvenli alternatiflere rağmen rutin bir tıbbi yanıt haline gelmiştir. Demir eksikliği olan preoperatif hastalara ve hemodinamik instabilitesi olmaksızın (hatta düşük hemoglobin düzeyleri olanlar) kronik demir eksikliği olan hastalara oral ve/veya intravenöz demir verilmelidir.

Öneri: Warfarine bağlı kanamalarda warfarinin etkisini bloke etmek için düzenli olarak kan ürünleri kullanmayın.

Gerekçe: Warfarinin etkisinin bloke edilmesi gereken hastalarda genellikle tek başına K vitamini kullanılır. Protrombin kompleks konsantreleri veya plazma, ciddi kanamalara ya da acil ameliyat gerektiren hastalara saklanmalıdır.

Öneri: Klinik olarak stabil hastalarda seri kan sayımları yapılmamalıdır.

Gerekçe: Hastanın kanaması yoksa veya stabilse, eritrosit ve trombositlerin transfüzyonu günlük ilk laboratuvar değerine dayandırılmalıdır. Bir hastanın parametresinin, transfüzyon eşığının altına düşüp düşmediğini kontrol etmek için birden fazla kan alınması aşırı miktarda flebotomiye ve gereksiz transfüzyona neden olabilir.

Öneri: Kan grubu bilinmeyen doğurganlık çağındaki kadınlara aynı grup olanlar hariç 0 Rh negatif kan transfüzyonu yapılmamalıdır.

Gerekçe: O Rh negatif kan, O negatif olmayan hastalar için aşırı kullanımdan dolayı yetersiz oranda bulunmaktadır. O Rh negatif kırmızı eritrosit süspansiyonu O Rh negatif hastalar; ya da kan grubu testi yapılmadan önce acil transfüzyonu gerektiren bilinmeyen kan grubu olan doğum öncesi potansiyel kadınlara saklanmalıdır.

Amerikan Kardiyoloji Kolejinin Önerileri

Öneri: Yüksek risk belirteçleri olmadıkça hastanın ilk değerlendirilmesinde stres kardiyak görüntüleme ya da ileri invazif olmayan görüntüleme yapmayın.

Gerekçe: Gereksiz "taramaların" yüzde 45'i asemptomatik, düşük riskli hastalarda yapılmaktadır. Testler ancak 40 yaşının üzerinde diyabet hastalarında, periferik arter hasta-

lığı olanlarda ve bir yıllık koroner arter hastalığı riski %2'den fazla olanlarda yapılmalıdır

Öneri: Asemptomatik hastaların rutin izlemlerinin bir parçası olarak stres kardiyak görüntüleme ya da ileri invazif olmayan görüntüleme yapmayın.

Gerekçe: Semptomları olmayan hastalarda, her 2 yılda bir ya da kalp girişiminden bir yıl sonra gibi seri ya da planlanmış bir formda stres kardiyak görüntüleme ya da ileri invazif olmayan görüntüleme yapılması, nadiren hasta yönetiminde anlamlı değişikliğe neden olmaktadır. Bu uygulama, aslında, hasta sonuçlarına kanıtlanmış etkisi olmaksızın hastanın gereksiz invaziv işlemlere ve aşırı radyasyona maruz kalmasına yol açmaktadır. Bu kuralın bir istisnası bypass operasyonundan beş yıl ve daha fazla süre geçen hastalardır.

Öneri: Düşük riskli kalp dışı cerrahi operasyon geçirmesi planlanan hastalarda operasyon öncesi değerlendirme olarak stres kardiyak görüntüleme ya da ileri invazif olmayan görüntüleme yapmayın.

Gerekçe: İnvazif olmayan test düşük riskli kalp dışı cerrahi operasyon geçiren hastalar için yararlı değildir. Bu tip testler hastanın klinik yönetimini ya da sonuçları değiştirmez ve yüksek maliyete neden olacaktır.

Öneri: Semptom ve bulgularında değişikliği olmayan erişkin hastalarda, hafif asemptomatik doğal kapak hastalığı için rutin izlem olarak ekokardiyografi yapmayın.

Gerekçe: Doğal kapak hastaları bozulma başlamadan önce genellikle semptomsuz yıllar geçirirler. Klinik durumda bir değişiklik olmadıkça yılda bir ekokardiyografi yapılması önerilmemektedir.

Öneri: Perioperatif ölüm ya da miyokard infarktüsü riski düşük olan asemptomatik hastalar için operasyon ya da girişim öncesi taramanın bir parçası olarak rutin ekokardiyografi yapmayın.

Gerekçe: Şüpheli olmayan kardiyak anormallikleri belirlemek için ya da bir perioperatif olaydan sonra karşılaştırma olarak ameliyat öncesi EKG'ye sahip olmanın potansiyel değerine rağmen, kardiyovasküler olay riski düşük hastalar için fayda olasılığı çok düşüktür. Gereksiz EKG'ler, gereksiz konsültasyonlara, gecikmelere ve operatif plan değişikliklerine yol açabilmektedir. Düşük kardiyovasküler riskli bir popülasyonda ameliyat öncesi EKG'nin değerini belirleyen bilimsel araştırmaların yokluğunda preoperatif EKG'lerin rutin olarak istenmesinden vazgeçilmelidir.

Amerikan Göğüs Hastalıkları Hekimleri Koleji ve Amerikan Toraks Derneğinin Önerileri

Öneri: Belirsiz nodüllerin değerlendirilmesi için tanımlanmış rehberlerin önerdiğinden daha sık ya da daha uzun aralıklarda BT araştırması yapmayın.

Gerekçe: Pulmoner nodüllerin değerlendirilmesine dair klinik uygulama rehberleri araştırmanın yoğunluğunun malignansi olasılığına göre yapılmasını önermektedir. Daha önceden kanser öyküsü olmayan hastalarda, 2 yıllık dönemde büyümeyen solid nodüllerin malignansi olasılığı son de-

rece düşüktür. Benzer olarak 2 yıl veya daha uzun süreli her 3 ayda bir BT yapılması gibi yoğun araştırmanın akciğer kanseri mortalitesi gibi sonuçları iyileştirmediği gösterilmiştir. Ek olarak, genişletilmiş veya yoğun izlem, hastaları artan radyasyona ve uzun süren belirsizliğe maruz bırakmaktadır.

Öneri: Sol kalp hastalığı veya hipoksemik akciğer hastalıklarından kaynaklanan pulmoner hipertansiyonlu hastalara pulmoner arteriyel hipertansiyonun tedavisi için onaylanmış ileri vazoaaktif maddelerle rutin olarak farmakolojik tedavi vermeyin.

Gereke: Kanıtlar ve klinik uygulama rehberleri sol kalp hastalığı veya hipoksemik akciğer hastalıklarından kaynaklanan pulmoner hipertansiyonlu hastalar için prostanoidler, fosfodiesteraz inhibitörleri, endotelin antagonistleri vazoaaktif ajanların yararını tanımlamamıştır. Üstelik, bu ajanların kullanımı bazı durumlarda zarar verebilir ve ciddi maliyet ve kaynak kullanımına neden olabilir. Onaylanan ajanların başlanmasından önce semptomatik pulmoner arteriyel hipertansiyona sahip olduklarını doğrulamak için hastalar minimum sağ kalp kateterizasyonu, ekokardiyografi, göğüs BT, altı dakika yürüme testi ve pulmoner fonksiyon testleri ile dikkatle değerlendirilmelidir.

Öneri: Akut bir hastalık için hastaneye yatırıldıktan sonra ev oksijeni kullanılması önerilerek taburcu edilen hastalarda reçete hipoksinin devam edip etmediği değerlendirilmeden sonra yenilenmelidir.

Gereke: Hipoksi sıklıkla akut hastalık düzeldikten sonra iyileşir ve oksijen destek tedavisinin sürekli reçetelenmesi gereksiz maliyet ve kaynak kullanımına yol açmaktadır. Hastaların genellikle 90 gün sonra tekrar değerlendirilmesi önerilir.

Amerikan Hekimler Kolejinin Önerileri

Öneri: Koroner kalp hastalığı (KAH) riski düşük asemptomatik kişilerde egzersiz elektrokardiogram (EKG) ile tarama yapmayın.

Gereke: KAH riski düşük kişileri (10 yıllık risk %10'dan az) koroner kalp hastalığı için egzersiz EKG ile tarama hasta sonuçlarını iyileştirmemektedir.

Öneri: Spesifik olmayan bel ağrıları olan hastalarda görüntüleme çalışmaları yapmayın.

Gereke: Öykü, fizik muayene sonrası spesifik bir hastalığa ya da spinal anomaliye atfedilemeyen sırt ağrısı olan hastalarda, BT tarama ya da MR ile görüntüleme hasta sonuçlarını iyileştirmemektedir.

Öneri: Basit senkopun değerlendirilmesinde ve nörolojik muayenede BT ya da MR ile beyin görüntüleme çalışmaları yapmayın.

Gereke: Tanıklı senkopu olan fakat nöbeti çağrıştıran bulgusu olmayan ve diğer nörolojik semptom veya bulguların bildirilmediği hastalarda, olayın santral sinir sistemi

(SSS) nedeni olma olasılığı son derece düşüktür ve beyin görüntüleme çalışmaları ile hasta sonuçları iyileşmez.

Öneri: Venöz tromboembolizm (VTE) için pretest olasılığı düşük olan hastalarda ilk tanısal test olarak yüksek duyarlılıklı D-dimer ölçümü yapın, ilk tanısal test olarak görüntüleme çalışmaları yapmayın.

Gereke: Wells öngörme kuralı ile tanımlanan VTE için pretest olasılığı düşük olan hastalarda negatif yüksek duyarlılıklı D-dimer ölçümü VTE'yi dışlar, ileri görüntüleme çalışmaları gerekmez.

Öneri: İntratorasik patoloji için klinik şüphe yoksa preoperatif akciğer grafisi istemeyin.

Gereke: Kardiyopulmoner semptomlar yoksa preoperatif akciğer grafisi yönetiminde anlamlı bir değişikliği nadiren yol açar ve hasta sonuçlarını iyileştirmez.

Amerikan Önleyici Tıp Kolejinin önerileri

Öneri: Kardiyovasküler hastalıkları ve kanseri önlemek için multivitamin, vitamin E ya da beta karoten önermeyin.

Gereke: Vitamin desteği ABD'de çoğu kardiyovasküler hastalıkları veya kanseri önleme niyeti ile alınan, milyarlarca dolarlık bir endüstridir. Bununla birlikte, kardiyovasküler hastalıkları veya kanseri önlemek için multivitamin desteğinin yararlı olduğuna dair yeterli kanıt yoktur. Kanıtlar, sağlıklı popülasyonlarda E vitamini ve beta karoten takviyesinin kardiyovasküler hastalık veya kanser üzerinde hiçbir yarar sağlamadığını göstermektedir. Beta karoten, sigara içen ve asbeste maruz kalmış kişilerde akciğer kanseri riskinin artmasıyla da ilişkilidir.

Öneri: Asemptomatik hastalarda tümörü erken saptamak için tüm vücut taraması yapmayın.

Gereke: Bazı kişiler kanserler için erken tanı koymak için MRG, SPECT, PET, BT gibi çeşitli tekniklerle tüm vücut taraması üzere pazarlanmaktadır. Ancak bu görüntüleme çalışmalarının sağ kalımı iyileştireceğini veya tümör bulma ihtimalini artıracaklarını gösteren herhangi bir veri yoktur. Tüm vücut taraması, yaşamın ilerleyen yıllarda kanser gelişim olasılığını az da olsa artırabilen PET ve BT ile radyasyona maruz kalma dahil ek risklerle, gereksiz testler ve girişimlerle sonuçlanabilecek yanlış pozitif bulgulara neden olabilir. Ayrıca bu test ve girişimler gereksiz maliyet artışına da neden olacaktır. Semptomları olmayan bireylerde tüm vücut taraması tıbbi meslek örgütleri tarafından önerilmediği gibi sağlıklı popülasyonlarda rutin olarak uygulanan bir tarama prosedürü değildir.

Öneri: Aynı etkiyi gösteren ve daha düşük maliyetli ilaçlar olduğunda pahalı ilaçlar kullanmayın.

Gereke: Jenerik ilaçların markalı ilaçlarla aynı etkin bileşenlere, dayanıklılığa ve benzeri etkinliğe sahip olması na rağmen, ortalama olarak, jenerik ilaç maliyeti markalı ilaç

lara göre %80-85 daha düşüktür.

Amerikan Radyoloji Koleji Önerileri

Öneri: Komplike olmayan baş ağrısı için görüntüleme yapmayın.

Gerekçe: Yapısal hastalıklar için özel risk etmenleri olmayan baş ağrısı hastalarında görüntüleme yönetimi değiştirmemekte ve sonuçları iyileştirmemektir. Acil dikkat gerektiren önemli yapısal hastalık olasılığı olan hastalar ise pek çok ortamda geçerliliği saptanmış klinik taramalar ile taranmalıdır. Pek çok çalışma ve klinik uygulama rehberleri yayınlanmıştır. Tesadüfi bulgular ek tıbbi girişimlere ve hastaya yararı olmayan maliyete yol açabilir.

Öneri: Pulmoner emboli (PE) için orta ya da yüksek pretest olasılığı yoksa şüpheli PR için görüntüleme yapmayın.

Gerekçe: Derin ven trombozu (DVT) ve PE kliniklerde göreceli olarak sıktır. Kanda d-Dimer düzeyi yüksekliği ve bazı spesifik risk etmenleri yoksa DVT ve PE nadirdir. Özellikle BT pulmoner anjiyografi ile görüntüleme hızlı, doğru ve büyük oranda erişilebilir bir testtir. Ancak, serum ve klinik kriterlere dayalı olarak DVT ve PE olasılığının çok az olduğu hastalarda sınırlı değere sahiptir. Görüntüleme bu tür hastalarda PE'yi doğrulamak ya da dışlamak için yardımcı iken PE için pretest olasılığı düşük olan hastalarda yardımcı değildir.

Amerikan Romatoloji Kolejinin Önerileri

Öneri: Pozitif ANA ve klinik immün aracılı hastalık şüphesi olmadıkça ANA alt testlerini yapmayın.

Gerekçe: ANA negatif ise, anti-nükleer antikor (ANA) alt serolojileri için testler (çift-trandlı DNA, Smith, RNP, SSA, SSB, Scl-70, sentromere karşı antikorlar dahil) genellikle negatiftir. İstisnalar, lupus veya Sjögren sendromu oluşturmada miyozit bazlı formlarda veya bazen anti-SSA'da pozitif olabilen anti-Jo1'i içerir. Otoantikorların geniş kapsamlı test edilmesinden kaçınılmalıdır; bunun yerine istenecek otoantikorların seçimi düşünülen spesifik hastalığa göre yapılmalıdır.

Öneri: Maruziyet öyküsü ve uygun muayene bulguları olmaksızın kas-iskelet semptomlarının nedeni olarak Lyme hastalığı için test yapmayın.

Gerekçe: Lyme hastalığının kas iskelet sistemi bulguları, aynı anda bir veya birkaç büyük eklemde, özellikle de dizde kısa artralji ataklarını veya aralıklı veya sürekli artrit ataklarını içerir. Bu özelliklerin yokluğunda Lyme testinin yanlış pozitif sonuç olasılığı artar ve gereksiz izlem ve tedaviye neden olabilir. Diffüz artralji, miyaljiler veya fibromiyalji tek başına kas iskelet sistemi Lyme hastalığının ölçütü değildir.

Öneri: İnflamatuvar artrit rutin olarak izlemek için periferik eklemlerin MRG'ni yapmayın.

Gerekçe: Romatoid artrit tanısı ve prognozu için MRG'yi değerlendiren veriler halen klinik uygulamada bu amaçla bu teknolojinin yaygın şekilde kullanımını destek-

lemek için yetersizdir. Tek bir seferde MRG ile değerlendirilen kemik ödemi bazı RA popülasyonlarında ilerlemeyi öngörebilmekle birlikte, MRG'yi rutin olarak kullanmak, klinik hastalık aktivitesi değerlendirmeleri için maliyet-etkin değildir.

Öneri: Romatoid artrit için metotreksatı ya da diğer konvansiyonel biyolojik olmayan DMARD'ları denemeden önce biyolojikleri reçetelemeyin.

Gerekçe: Yüksek kalite kanıtlar metotreksat ya da diğer konvansiyonel biyolojik olmayan DMARD'ların romatoid artritli (RA) pek çok hastada etkili olduğunu göstermiştir. RA için başlangıç tedavisi, kontrendikasyon yoksa, konvansiyonel biyolojik olmayan DMARD'lar olmalıdır. İlk 3 aylık deneme süresinde diğer biyolojik olmayan DMARD'larla birlikte ya da değil metotreksata uygun yanıt vermiyorsa biyolojik tedavi düşünülebilir. İstisnalar, biyolojik tedavinin uygun ilk basamak tedavisi olabileceği yüksek hastalık aktivitesi ve kötü prognostik özellikleri olan (fonksiyonel sınırlamalar, eklem dışındaki hastalık, seropozitiflik veya kemik hasarı) hastalardır.

Amerikan Gastroenteroloji Birliğinin Önerileri

Öneri: Gastroözofageal reflü hastalığı (GERD) olan hastaların farmakolojik tedavisinde, proton pompa inhibitörleri (PPI) veya histamin2 reseptör antagonistleri (H2RA) ile uzun süreli asit baskılama tedavisi, terapötik hedeflere ulaşmak için gereken en düşük etkin doza titre edilmelidir.

Gerekçe: Asit baskılama tedavisinin azaltılması ya da durdurulması ile ilişkili temel tanımlanabilir risk, semptom yükünün artmasıdır. Devam tedavisine (ve dozajına) duyulan gereksinimle ilgili karar, hastalığın kontrol önleminde çok artık semptomların yaşam kalitesi üzerine etkisi tarafından belirlenmektedir.

Öneri: Neoplazi saptanmayan yüksek kalite kolonoskopiden 10 yıl sonra ortalama riskteki bireylerde herhangi bir yöntemle kolorektal kanser taramasını tekrarlamayın.

Gerekçe: Artmış risk olmadan kolorektal kanser için 50 yaşından başlayarak her 10 yılda bir kolonoskopi taraması önerilmektedir. Yayınlanmış çalışmalar yüksek kaliteli kolonoskopi ile taramada neoplazi saptanmadı ise gelecek 10 yıl için kanser riskinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle, neoplazinin saptanmadığı yüksek kaliteli bir kolonoskopi sonrasında, herhangi bir kolorektal taramanın bir sonraki aralığı, normal kolonoskopiden sonra 10 yıl olmalıdır.

Öneri: Yüksek dereceli ya da villöz histolojili olmayan, kaliteli kolonoskopi ile tam olarak çıkarılan 1 cm'den küçük bir ya da iki adenomatöz polipi olan ortalama riskli hastalarda tarama kolonoskopisini en az 5 yıl tekrarlamayın.

Gerekçe: Sürveyans kolonoskopisinin zamanlaması, önceki yüksek kaliteli kolonoskopi sonuçlarına dayanarak belirlenmelidir. Yayınlanmış kanıta dayalı rehberler düşük de-

receli displazili bir ya da iki küçük tubüler adenomu olan hastalarda ilk polipektomiden beş ila 10 yıl sonra sürveyans kolonoskopisi yapılmasını önermektedirler. Bu aralıktaki kesin zamanlama önceki kolonoskopi bulguları, aile öyküsü, hastanın tercihleri ve doktorun yargısı gibi diğer klinik faktörlere dayanmalıdır.

Öneri: Yayınlanmış rehberlere göre biyopside displazi olmadığını doğrulayan ikinci endoskopisi yapılmış Barrett özefagusu olan hasta için izlem sürveyans muayenesi 3 yıldan önce yapılmamalıdır.

Gerekeç: Displazisi olmayan Barrett özefaguslu hastalarda kanser riski çok düşüktür. Bu hastalarda sellüler değişikliklerin çok yavaş gelişmesi nedeni ile özefagusu muayene etmek ve displaziyi kontrol etmek için 3 yıldan daha sık olmayan interval uygun ve güvenlidir.

Öneri: Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel karın ağrısı sendromu olan hastalar için BT tarama klinik bulgu ya da semptomlarda majör değişiklik olmadıkça tekrarlanmalıdır.

Gerekeç: Radyolojik girişimler sırasında maruz kalınan radyasyonun kanser riskinde artışa yol açtığı bilinmektedir. Batın BT taraması en yüksek radyasyon maruziyeti yaratan bir tetkiktir. Bu girişimin risk ve yüksek maliyetine bağlı olarak BT taramaları ancak hastanın yönetimini değiştiren yararlı bilgiler sağlama olasılığı olduğunda yapılmalıdır.

Amerikan Geriatri Derneğinin Önerileri

Öneri: İleri demanslı hastalarda perkutan beslenme tüpü önermeyin, yerine oral yardımla besleme önerin.

Gerekeç: Ağır demanslı hastalarda dikkatli bir şekilde elle besleme ölüm, aspirasyon pnömonisi, fonksiyonel durum ve hasta rahatı sonuçları için en ez tüple besleme kadar iyidir. Tüple besleme, ajitasyon, fiziksel ve kimyasal kısıtlamaların artması ve basınç ülserlerinin kötüleşmesi ile ilişkilidir.

Öneri: Demansın davranışsal ve ruhsal semptomlarını tedavi etmek için antipsikotikleri ilk seçenek olarak kullanmayın.

Gerekeç: Demanslı kişiler agresyon, bakıma direnç, itirazlar ve yıkıcı davranışlar sergileyebilirler. Böyle durumlarda hastayı yatıştırmak için sıklıkla antipsikotik ilaçlar kullanılır. Ancak antipsikotiklerin aşırı sedasyon, biliş bozulmasında artma, düşme olasılığının artması, inme ve mortaliteyi içeren yan etkilerinin yanında sınırlı ve tutarsız yararı vardır. Demans hastalarında bu ilaçların kullanımı, farmakolojik olmayan önlemlerin başarısız olduğu ve hastaların kendileri veya başkaları için tehlike oluşturduğu durumlarla sınırlı kalmalıdır. Davranış değişikliğinin nedenlerini belirlemek ve bunlarla mücadele etmek ilaç tedavisinin gereksiz kılınmasını sağlayabilir.

Öneri: Yaşlı hastaların çoğunda %7.5'in altında bir HbA1c hedefine ulaşmak için metformin dışı ilaçların kullanılmasından kaçınılması genellikle daha iyidir.

Gerekeç: Tip 2 diyabetli çoğu yaşlı erişkinlerde sıkı glikemik kontrolü başarmak için ilaç kullanılmasının yararlı olduğunu gösteren kanıt yoktur. Miyokard infarktüsü ve metformin ile mortalitenin uzun süreli azaltılması dışında HbA1c düzeyini %7'nin altına düşürmek için ilaç kullanma yüksek mortalite oranları dahil bazı zararlarla ilişkilidir. Sıkı kontrol yaşlı kişilerde hipoglisemi riskini artırmaktadır. HbA1c hedefi belirlenirken hastanın genel sağlık durumu, komorbidite düzeyi ve yaşam beklentisi dikkate alınmalıdır. Makul glikemik hedefler, yaşam beklentisi uzun olan sağlıklı yaşlı erişkinlerde %7.0 - 7.5, orta düzeyde komorbiditeye sahip ve yaşam beklentisi 10 yıldan az olan hastalarda %7.5 - 8.0 ve komorbiditeleri olan ve yaşam beklentisi kısa olan hastalarda %8.0 - 9.0 arasında olmalıdır.

Öneri: Yaşlılarda benzodiyazepinleri ve diğer sedatif hipnotikleri imsomnia, ajitasyon ya da deliryum için ilk seçenek olarak kullanmayın.

Gerekeç: Büyük ölçekli çalışmalar benzodiazepinler ve diğer sedatif hipnotikleri kullanan yaşlı erişkinlerde hastaneye yatış ve ölüme neden olabilen motorlu araç kazalarının, düşmelerin ve kalça kırıklarının ölümle sonuçlanma riskinin iki katından fazla olduğunu göstermektedir. Benzodiazepin kullanımı, alkol yoksunluğu semptomları/deliryum tremens veya diğer tedavilere yanıt vermeyen ciddi yaygın anksiyete bozukluğu için ayrılmalıdır.

Öneri: İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) olmadıkça yaşlı kişilerde bakteriyüriyi tedavi etmek için antibiyotik kullanmayın.

Gerekeç: Kohort çalışmaları yaşlı kadın ve erkeklerde asemptomatik bakteriyüri ile ilişkili olumsuz sonuçlar olmadığını bulmuşlardır. Yaşlılarda asemptomatik bakteriyüri için antimikrobiyal tedavi çalışmaları yarar göstermemiş ama olumsuz, antimikrobiyal etkilerin arttığını göstermiştir. Spesifik klinik semptomları karakterize etmek için konsensüs kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterler bakteriyüri ile ilişkili olduğunda İYE'nunu tanımlamaktadır. Asemptomatik bakteriyüri için tarama ve tedavinin mukozal kanama beklenen ürolojik girişimlerden önce yapılması önerilmektedir.

Öneri: Algılanan bilişsel yarar ve olumsuz gastrointestinal etkiler için periyodik değerlendirme yapmadan demans için kolinesteraz inhibitörleri reçete etmeyin.

Gerekeç e: Bazı randomize kontrollü çalışmalarda kolinesterazların bilişsel test sonuçlarını iyileştirebildiği ileri sürülmekle birlikte bu değişikliklerin klinik olarak anlamlı olup olmadığı net değildir. Bu ilaçların yaşam kalitesini iyileştirdiği ya da bakım verenlerin yükünü azaltıp azaltmadığı da net değildir. Uzun süreli kolinesteraz tedavisinin risk ve yararlarını araştıran yeterli çalışma yoktur.

Öneri: Yaşam beklentisi ve test, aşırı tanı ve aşırı tedavinin riskleri dikkate alınmaksızın meme, kolorektal, prostat veya akciğer kanseri için tarama önermeyin.

Gerekeç: Kanser taramalarının testin komplikasyonları, semptom oluşturmayan tümörün aşırı tanısı ve aşırı tedavisi dahil kısa erimli riskleri vardır. Yanlış pozitif sonuçlar ve bu sonuçlarla ilişkili girişimler hastaya zarar verebilmektedir.

Öneri: Yaşlılarda anoreksi ya da kaşeksinin tedavisinde reçeteli iştah uyarıcı veya yüksek kalorili destekleri kullanmaktan kaçınılmalıdır. Bunun yerine, sosyal destekleri optimize edin, yemek yemeye engel olabilecek ilaçları kesin, cazip gıda ve beslenme yardımı sağlayın ve hastanın hedeflerini ve beklentileri netleştirin.

Gerekeç e: İstenmeyen kilo kaybı tıbbi olarak hasta ve düşün yaşlılarda sık görülmektedir. Yaşlı kişilerde, yüksek kalorili desteklerin kiloyu artırmasına rağmen yaşam kalitesi, duyu durumu, işlevsel durum ve yaşamda kalış gibi diğer önemli klinik sonuçları etkilediğine dair kanıt yoktur. Megestrel asetat kullanımı iştahta, kilo almada minimal iyileşme sağlamış ancak yaşam kalitesini ya da yaşamda kalmayı iyileştirmemiştir. Ayrıca megestrel asetat trombotik olay, sıvı retansiyonu ve ölüm riskini artırmaktadır. Megestrol asetat alan hastalarda 12 kişiden birinde kilo artacak ve 23 kişiden birinde ölüme neden olan olumsuz olay gelişecektir.

Diğer ilaçların etkinliğine dair yeterli kanıt yoktur.

Öneri: Yaşlılarda halen kullandığı ilaçları gözden geçirmeden yeni ilaç reçete etmeyin.

Gerekeç: Yaşlı kişiler reçeteli ya da reçetesiz birçok ilaç kullanmaktadır. Polifarmasi azalmış ilaç uyumuna ve olumsuz ilaç reaksiyonlarına ve bilişsel bozulma, düşme ve işlevsellik kaybına yol açabilmektedir. İlaçların gözden geçirilmesi yüksek riskli ilaçların, ilaç etkileşimlerinin tanımlanmasını sağlar. Ayrıca ilaçların gözden geçirilmesi, gereksiz ilaçları ve ilaçların yetersiz kullanılmasını saptayarak ilaç yükünü azaltabilir. İlaçların yıllık gözden geçirilmesi, düşün yaşlılarda kaliteli reçeteleme için bir göstergedir.

Öneri: Hastanede yatan yaşlı kişilerin deliryum ile ilgili davranış belirtilerini yönetmek için fiziksel kısıtlayıcılar kullanmayın.

Gerekeç: Deliryumlu kişilerde yaralanma riski ya da tedaviyi etkileme riskine neden olan davranış sorunları olabilmektedir. Bu durumlarda fiziksel kısıtlayıcıların etkinliğini destekleyen çok az kanıt vardır. Fiziksel kısıtlayıcılar ciddi yaralanma ya da ölüme neden olabilmekte, ajitasyon ve deliryumu kötüleştirebilmektedir. Etkili alternatifler deliryumu önleme ve tedavi etme stratejilerini, hastada rahatsızlığa neden olan durumların tanımlanmasını ve yönetilmesini, oryantasyonu iyileştirmek için çevre değişikliklerini, sık aile temasını ve personelle destekleyici etkileşimi içerir. Fiziksel kısıtlayıcılar kullanılmak zorunda ise, yalnızca en az kısıtlayıcı biçimde, en son çare olarak ve mümkün olan en kısa süre kullanılmalıdır.

Amerikan Klinik Patoloji Derneğinin Önerileri

Öneri: D vitamini için topluma dayalı tarama yapmayın.

Gerekeç: D vitamini eksikliği, özellikle yüksek rakımda yaşayan hastalarda, kış ayları süresince ve sınırlı güneş ışığına maruz olanlarda sık görülmektedir. D vitamini destekleri ve güneş ışığına maruziyetin artması diğer açılardan sağlıklı kişiler için yeterlidir. Laboratuvar testleri, daha agresif tedavi gereken osteoporoz, kronik böbrek hastalığı, malabsorpsiyon, obezite gibi hastalıkları olan yüksek riskli hastalarda uygundur.

Öneri: Tanı konulamayan hastalarda inflamasyonu araştırmak için ertrosit sedimentasyon hızı (ESH) testi yapmayın. Akut faz inflamasyonunu saptamak için C-reaktif protein (CRP) düzeyine bakın.

Gerekeç: CRP akut inflamasyon fazının ESH'dan daha hassas ve spesifik bir yansımasıdır. Bir hastalık sürecinin ilk 24 saatinde CRP yükselirken ESH normal olabilir. İnflamasyon kaynağı ortadan kaldırılırsa CRP, bir ya da birkaç gün içinde normale dönerken ESH fazla fibrinojen serumdan alınana kadar birkaç gün yükselmeye devam edecektir.

Öneri: Hastada anormal INR yoksa ve hasta K vitamini tedavisine yanıt vermiyorsa K vitamini düzeylerine bakmayın.

Gerekeç: Kanda K vitamini düzeylerinin ölçülmesi, mevcut eksikliği saptamak için nadiren kullanılır. K vitamini eksikliği çok nadirdir, ancak ortaya çıktığında protrombin zamanının (PT) uzamasına ve INR artışına neden olur. Tanı, tipik olarak, K vitamini verilmesini takiben PT düzeltilmesini gözlemleyerek ve ayrıca, K vitamini eksikliği için klinik risk faktörlerinin varlığının saptanması ile konulur.

Öneri: Akut miyokard infarktüsünün (AMI) tanısında miyogloblin ya da CK-MB için test yapmayın; yerine troponin I ya da T'yi kullanın.

Gerekeç: CK-MB ve miyogloblinin aksine Troponin I ya da T troponin I veya T'nin salınması kalp doku hasarına özgüdür. Troponin, CK-MB'den önce salınır ve AMİ'den hemen sonra kanda yükselmeye başlar. CK-MB'nin normal olduğu ve dinlenirken göğüs rahatsızlığı geçiren hastaların yaklaşık% 30'unda troponinler kullanılarak değerlendirme yapıldığında AMI tanısı konulacaktır.

Öneri: Şüpheli neoplastik olmayan tiroid hastalığının ilk değerlendirmesinde çoklu testler istemeyin. Önce TSH isteyin ve anormale hastayı ek değerlendirme ya da bulgulara bağlı olarak tedavi edin ve izleyin.

Gerekeç: TSH testi, tiroid fonksiyon bozukluğu belirtileri bulunmayan hastalarda subklinik tiroid hastalığını saptayabilir. Laboratuvarın referans aralıkları içindeki bir TSH değeri primer açık tiroid hastalıklarının çoğunu dışlar. TSH anormal ise, tanı serbest tiroksinle doğrulanır.

Öneri: Kardiyovasküler hastalık için tarama testleri olarak genişletilmiş lipit panelini rutin olarak istemeyin.

Gerekçe: Standart lipit profili toplam kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein kolestrol (LDL-K), yüksek yoğunluklu lipoprotein kolestrol (HDL-K) ve trigliseridleri (TG) içerir.

Bu lipidler, boyut, yoğunluk, yük, çekirdek lipit kompozisyonu, spesifik apolipoproteinler ve fonksiyon açısından heterojen olan lipoprotein partikülleri içerisinde taşınır. Boyut, yoğunluk veya yük gibi bazı özelliklere göre lipoprotein partiküllerini alt fraksiyon haline getiren çeşitli lipoprotein analizleri geliştirilmiştir. Bununla birlikte, bu lipoprotein analizlerinin, kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirmek ve lipit düşürücü tedavileri yönlendirmek için seçilmesi, yalnızca orta ve yüksek riskli hastalar için bireysel bazda yapılmalıdır. Topluma dayalı kardiyovasküler risk taraması için endike değildirler.

Koroner kalp hastalığı (KKH) olan hastalarda tekrarlanan lipit testinin frekans ve korelasyonlarını değerlendiren araştırmalar, LDL-K düzeyleri 100 mg/dl'nin altında olan bireylerin, lipit düşürücü tedavilerin yoğunlaştırılmasından ek bir yarar sağlamadığını göstermektedir.

Öneri: Şüpheli akut pankreatit olgularında amilaz için test yapmayın; yerine lipaz için test yapın.

Gerekçe: Amilaz ve lipaz pankreasta duodenuma salgılanan sindirim enzimleridir. Pankreas hasarından sonra bu enzimlerin kan düzeyleri artar. Amilaz idrarla atılırken lipaz dolaşıma geri emilir. Akut pankreatit olgularında her iki enzimin serum aktivitesi büyük oranda artar. Günümüzde duyarlılığının artmasına bağlı olarak, özellikle alkolik pankreatitte tercih edilen test serum lipaz düzeyidir. Serum düzeylerinin daha uzun süre yüksek kalması nedeniyle amilazdan daha fazla tanısal değer taşımaktadır. Akut pankreatitte, amilaz semptomların başlamasından sonraki 3-6 saat içinde hızla yükselir ve 5 gün kadar yüksek kalır. Lipaz ise genellikle 24 saatte pik yapar ve 8-14 gün yüksek kalır. Klinik başvuru ya da test 24 saatten fazla geciktiğinde lipaz amilazdan daha yararlı bir test olmaktadır. Güncel rehberler ve öneriler akut pankreatitin ilk tanısında lipazın tercih edilmesi gerektiğini bildirmektedir.

Öneri: Helikobakter pilori için serolojik test istemeyin, yerine nefes ya da gaita antijen testini kullanın.

Gerekçe: Helikobakter pilori (HP) enfeksiyonunun varlığını ya da yokluğunu belirlemek için hastaların serolojik değerlendirilmesi artık klinik olarak yararlı sayılmamaktadır. Bakterilerin varlığını saptamak için üre nefes testi ve gaita antijen testi gibi alternatif invazif olmayan test yöntemleri vardır ve daha yüksek klinik yarar, duyarlılık ve özgünlüğe sahip oldukları gösterilmiştir. Buna ek olarak, Amerikan Gastroenteroloji Koleji ve Amerikan Gastroenteroloji Birliği, aktif HP enfeksiyonu için tercih edilen test yöntemleri olarak hem nefes hem de gaita antijen testlerini önermektedir.

Amerikan Hematoloji Derneğinin Önerileri

Öneri: Anemi semptomlarını gidermek ya da hastayı güvenli Hb aralığına (stabil kardiyak sorunu olmayan yatan hastalar için 7-8 g/dl) döndürmek için gerekli olan minimum miktardan daha fazla eritrosit süspanasyonu vermeyin.

Gerekçe: Sınırlandırılmış transfüzyon stratejileriyle karşılaştırıldığında serbest bırakılmış transfüzyon stratejilerinin sonuçları iyileştirmemesi nedeni ile eritrositlerin en küçük etkili dozda transfüze edilmesi önerilir. Gereksiz transfüzyon maliyet dışında, herhangi bir yarar olasılığı olmasızın hastaları potansiyel olumsuz olaylara maruz bırakır. Klinisyenler, eğer bir ünite KK yeterli ise rutin olarak 2 ünite KK vermekten kaçınmalıdır.

Öneri: Cerrahi, travma ya da uzamış immobilité gibi majör geçici risk etmenlerinin varlığında DVT geçiren erişkin hastalarda trombofili için test yapmayın.

Gerekçe: Trombofili testleri maliyetlidir ve eğer anti-koagülasyon süreleri uygunsuz olarak uzatılırsa ya da hasta doğru olmayarak trombofilik olarak etiketlenirse hastalara zarar vermekle sonuçlanabilir. Trombofili testleri, majör geçici risk etmenlerinin varlığında gelişen DVT'nun yönetimini değiştirmez. DVT gebelik ya da hormonal tedavi sırasında ortaya çıkarsa ya da kuvvetli aile öyküsü + bir majör risk etmeni varlığında oluşursa trombofili testlerinin rolü komplekstir ve hastalar ve klinisyenler bir DVT uzmanından rehberlik almalıdırlar.

Öneri: Akut venöz tromboemboli olan hastalarda rutin olarak inferiyör vena kava (İVK) filtreleri kullanmayın.

Gerekçe: İVK filtreleri maliyetlidir, zarara neden olabilir ve güçlü bir kanıta dayalı değildir. İVK filtreleri için temel endikasyon akut VTE'li hastalar ve aktif kanama veya antikoagülan ile ilişkili kanama riski gibi antikoagülasyonun kontrendike olduğu durumlardır. Bazı durumlarda makul olabilecek daha az endikasyonlar, uygun terapötik antikoagülasyona rağmen hastanın PE geçirmesi ya da hastaların massif PE ve kötü kardiyopulmoner rezerve sahip olmalarıdır. PE riski giderildiğinde ve/veya antikoagülasyonla güvenle devam edilebildiğinde filtre çıkarılır.

Öneri: Vitamin K antagonistlerinin etkilerini düzeltmek için, majör kanama, kafa içi kanama veya acil cerrahi girişim gibi ciddi durumlar dışında plazma veya protrombin kompleks konsantratlarını vermeyin.

Gerekçe: Kan ürünleri, hastalara ciddi zarar verebilir, masraflı olabilir ve vitamin K antagonistlerinin etkisinin tersine çevrilmesinde nadiren endikedir. Acil olmayan durumlarda, INR yükselmeleri, en iyi şekilde, K vitamini antagonistini bloke edilerek ve/veya K vitamini vererek çözümlenmektedir.

Öneri: Majör geçici risk etmeni varlığında oluşan ilk kez VTE geçiren hastalarda antikoagülan tedaviyi 3 aydan daha fazla sürdürmeyin.

Gerekçe: Antikoagülasyon potansiyel olarak zararlıdır ve maliyetlidir. Cerrahi, travma veya intravasküler kateter gibi önemli, geçici risk faktörüyle tetiklenen ilk kez VTE geçiren hastalarda, risk faktörü giderildikten ve antikoagülasyon ile uygun bir tedavi rejimi tamamlandıktan sonra VTE'nin tekrarlama riski düşüktür. Kanıta dayalı ve Konsensus rehberleri, geri dönüşümlü provake edici etmen varlığında VTE'li hastalarda antikoagülasyonun 3 ay ya da daha kısa süre uygulanmasını önermektedir. Hekimler bir hastanın antikoagülasyon için uygun bir rejimi almasını sağlayarak, gereksiz zararları önleyebilir, sağlık giderlerini düşürebilir ve yaşam kalitesini artırabilirler.

Öneri: Uygun klinik endikasyon olmadıkça, kronik anemi ya da komplike olmayan ağrı krizi için Orak hücre anemisi olan hastalara rutin olarak kan transfüzyonu yapmayın.

Gerekçe: Orak hücreli anemisi olan hastalar özellikle gereksiz eritrosit süspansiyonu transfüzyonuna bağlı potansiyel zararlara karşı savunmasızdır. Özellikle, küçük kan grubu antijenlerine alloimmünizasyon riski ve tekrarlanan transfüzyonlardan aşırı demir yüklemesi riski yaşarlar. 7-10 g/dl aralığında bazal hemoglobin (Hb) değerlerine sahip en şiddetli genotip tipleri olan hastalar genellikle anemi semptomları gelişmeden Hb'deki geçici düşüşleri tolere edebilir. Orak hücreli anemisi olan birçok hasta ağrı krizinin tedavisi için hastaneye yatırıldığında hidrasyonu iyileştirmek için intravenöz sıvılar alır. Bu da Hb'de 1-2 g / dl'lik bir düşüşe neden olabilir. Bu durumdaki hastalara rutin olarak eritrosit süspansiyonu verilmesinden kaçınılmalıdır. Üstelik, vazo-oklüsif krizler nedeniyle transfüzyonun ağrıyı azalttığına dair bir kanıt bulunmamaktadır.

Öneri: Asemptomatik, erken evre kronik lenfositik lösemisi (KLL) olan hastalarda temel ya da sürveyans BT yapmayın.

Gerekçe: Asemptomatik, erken evre KLL olan hastalarda temel ya da sürveyans BT tarama yaşamda kalmayı iyileştirmiyor ve evreleme ya da prognoz tahmini için gerekli değildir. BT tarama hastaları küçük dozlarda radyasyona maruz bırakmakta; klinik olarak uygun olmayan ama maliyetli ileri araştırmalara yol açan tesadüfi bulguları saptayabilir. Erken evre KLL olan asemptomatik hastalar için BT taramadan daha iyi olduğu için klinik evreleme ve kan izlemi önerilir.

Öneri: Heparinin tetiklediği trombositopeninin (HTT) pretest olasılığı düşük olan hastalarda şüpheli HIT için test ya da tedavi yapmayın.

Gerekçe: Şüpheli HTT'si olan hastalarda HTT pretest olasılığını hesaplamak için "4T" skoru kullanılır. Bu skora sistemli HTT'nin pretest olasılığını değerlendirmek için, trombositopeninin zamanlamasını ve derecesini, tromboz varlığı ya da yokluğunu, trombositopeninin diğer nedenlerini kullanır. HTT, laboratuvar araştırması için gereksinim olmaksızın düşük pretest olasılığı skoru (4T skorunun 0-3 ol-

ması) ile dışlanabilir. Varsayımsal tedavi sıklıkla kanama riskini arttırdığı ve alternatif antikoagülanlar pahalı olduğu için düşük riskli hastalarda heparin kesimemeli veya heparin olmayan bir antikoagülan başlanmamalıdır.

Öneri: Kanamanın olmadığı ya da trombosit sayısının çok düşük olmadığı immün trombositopenik purpuralı (ITP) hastalarda tedavi yapmayın.

Gerekçe: ITP için tedavi kanama ataklarını tedavi etmeyi ve önlemeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamalıdır. Gereksiz tedavi hastayı ciddi tedavi yan etkilerine maruz bırakır ve pahalı olabilir. Ayrıca klinik yarar çok azdır. ITP'yi tedavi etme kararı birey hastanın semptomlarına, kanama riskine, sosyal etmenlere, olası tedavilerin yan etkilerine ve hastanın tercihlerine dayandırılmalıdır. Erişkin hastalarda, tedavi kanama yokken trombosit sayısı çok düşükse endike olabilir. Bununla birlikte, ITP tedavisi, ameliyat veya invaziv bir girişim için hazırlanmadığı veya kanamalar için önemli bir ek risk faktörüne sahip olmadıkça, trombosit sayıları 30.000/microl'den yüksek erişkin hastalarda nadiren endikedir. Cerrahi ya da diğer invazif girişimler için hazırlanan hastalarda, planlanan müdahaleden önce ve hemen cerrahi sonrası dönemde trombosit sayısını artırmak için kısa vadeli tedavi gerekebilir.

Amerikan Nefroloji Derneğinin Önerileri

Öneri: Sınırlı yaşam beklentisi olan diyaliz hastaları için semptom ve bulgu yoksa rutin kanser taraması yapmayın.

Gerekçe: Sınırlı yaşam beklentisi olan son dönem böbrek hastalığı olan hastalar arasında yüksek mortaliteye bağlı olarak mamografi, kolonoskopi, PSA ve Pap Smear dahil rutin kanser taramaları maliyet etkin değildir ve yaşamda kalışı iyileştirmez. Yanlış pozitif testler gereksiz girişimlere, aşırı tedaviye yol açarak hastaya zarar verebilir, hastanın stresini artırabilir. Kanser taraması için, hastaların kanser risk faktörlerini, beklenen sağ kalımı ve nakli durumunu içeren bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gereklidir.

Öneri: Herhangi bir anemi belirtisi olmadan hemoglobin seviyesi 10 g/dl veya üzerinde olan kronik böbrek yetersizliği (KBY) hastalarına eritropoez-stimülan ajanlar (ESA) vermeyin.

Gerekçe: Hemoglobin düzeyini normalleştirme hedefi ile KBY hastalarına ESA verilmesinin yaşamda kalışı ve kardiyovasküler sonuçları iyileştirmede gösterilmiştir. ESA'lar hemoglobini hem transfüzyonları minimuma indiren hem de bireysel hasta gereksinimlerini en iyi karşılayan en düşük seviyede tutmak için reçete edilmelidir.

Öneri: Diyabet dahil tüm nedenlere bağlı KBY, kalp yetmezliği ve hipertansiyonu olan bireylerde NSAİİ'dan kaçın.

Gerekçe: Kas-iskelet ağrısının farmakolojik tedavisi için siklooksijenaz tip 2 inhibitörleri dahil NSAİİ'ların kullanımı, kullanılan bireylerde kan basıncını yükseltebilir, antihipertansif ilaçların etkinliğini azaltabilir, sıvı retansiyonuna

yol açabilir ve böbrek fonksiyonlarını kötüleştirebilir. Asetaminofen gibi diğer ilaçlar ya da tramadol gibi kısa etkili narkotik analjezikler NSAİİ kadar ya da daha güvenli ve etkili olabilirler.

Öneri: Nefroloji konsültasyonu yapılmadan evre 3-4 kronik böbrek yetersizliği (KBY) olan hastalara periferik olarak takılan santral kateter (PICC) yerleştirmeyin.

Gerekçe: Venöz koruma evre III-V KBY hastaları için önemlidir. Arteriyovenöz fistüller (AVF) greft ve katetere göre, daha az komplikasyon ve daha düşük hasta mortaliteye neden olduklarından en iyi hemodiyaliz erişimidir. Aşırı venöz ponksiyon damarlara zarar vererek potansiyel AVF alanlarını yok eder. PICC hatları ve subklavian damar ponksiyonu venöz tromboz ve santral ven stenozuna neden olabilir. Erken nefroloji konsültasyonu, hemodiyaliz başlangıcında AVF kullanımını artırır ve gereksiz PICC hatlarından ya da merkezi/periferik ven ponksiyondan kaçınabilir.

Öneri: Hastalar, aileleri ve hekimleri arasında paylaşılmış karar alma süreci sağlanmaksızın kronik diyalizi başlatmayın.

Gerekçe: Kronik diyalizi başlatma kararı hastalar, aileleri ve hekimleri arasındaki bireyselleştirilmiş, paylaşılmış karar alma sürecinin bir parçası olmalıdır. Bu süreç bireysel hasta hedeflerini ve tercihlerini ortaya çıkarmayı ve bu hedefler ve tercihler bağlamında prognoz ve diyalizin beklenen yarar ve zararları hakkında bilgi sağlamayı içermektedir. Sınırlı gözlemsel veriler, konservatif olarak yönetilenlere karşı kronik diyalizi başlatan yüksek komorbidite yükü olan yaşlı erişkinlerde hayatta kalma oranının önemli ölçüde farklı olmayabileceğini düşündürmektedir.

Endokrin Derneğinin Önerileri

Öneri: Hipoglisemi yapan ajan kullanmayan Tip 2 diyabetli hastalarda rutin çoklu, günlük kan şekeri takibinden kaçının.

Gerekçe: Bir kez hedef kontrol başarıldıktan ve kendi kendine kan şekeri izlem sonuçları oldukça öngördürücü olduktan sonra kan şekerinin tekrarlanmasıyla fazla yararı yoktur. Bunun istisnaları akut hastalık durumu, yeni ilaç başlanması, önemli kilo dalgalanmaları, HbA1c'nin hedeften sapması ve hedefi sürdürmek için izlem gerekmesidir. Hasta izleme sonucuna göre tedaviyi öğrenir ve ayarlarsa, kendi kendine izlem yararlı olur.

Öneri: hastada hiperglisemi ya da azalmış böbrek fonksiyonu olmadıkça D vitamini düzeylerini rutin olarak ölçmeyin.

Gerekçe: Güncel Endokrin Derneği rehberleri eksiklik riski olan bireylerde D vitamini eksikliği için taramayı önermektedir. Serum 1,25-dihidroksivitamin D düzeylerinin D vitamini deposu ile ilişkisi çok azdır ya da yoktur. D vitamini eksikliğinde 1,25-dihidroksivitamin D düzeyleri yükselir, düşmez. D vitamini aktive eden enzim böbrekte üretildiği için

1,25-dihidroksivitamin D kan seviyeleri diyaliz hastaları veya son dönem böbrek hastalığı olan kişilerde ilginçtir. 1,25-dihidroksivitamin D testinin yararlı olacağı az sayıda durum vardır. Serum 25-hidroksivitamin D düzeyleri aşırı kullanılabilir, ancak D vitamini depolarını değerlendirmeye veya D vitamini eksikliğini (veya toksisite) tanımlamaya çalışırken doğru test 25-hidroksivitamin D'dir.

Öneri: Tiroid bezinde palpe edilemeyen anormallik yoksa tiroid fonksiyonları anormal olan kişilerde rutin olarak tiroid ultrasonu istemeyin.

Gerekçe: Tiroid ultrasonu tiroid nodüllerini tanımlamak ve karakterize etmek için kullanılır ve hastada büyük guatr ya da tiroid kitlesi yoksa anormal tiroid fonksiyon testlerinin rutin bir parçası değildir. Tesadüfen keşfedilmiş tiroid nodülleri sık görülür. Çok hevesli USG kullanımı sıklıkla anormal tiroid fonksiyonu ile ilişkili olmayan nodülleri tanımlar ve tiroid işlev bozukluğundan çok nodüllerini değerlendirmek için yapılır. Nodüllü tirotoksik hastalar görüntüleme de yararlanabilir. Bu hastalar için, tiroid nodülünde fokal otonomi olasılığını değerlendirmek için ultrasona değil tiroid sintigrafisi kullanılabilir. Bazı merkezlerde, doppler ile tiroid arter kan akışının değerlendirilmesi, Graves hastalığının tahrip edici bir tiroiditten ayrılmasına yardımcı olmak için kullanılabilir.

Öneri: Hipotiroidi hastalarında levotroksin dozunu ayarlamak için total ya da serbest T3 düzeylerini istemeyin.

Gerekçe: T4 hemen hemen tüm organlarda hücresel düzeyde T3'e dönüştürülür. Hücre içi T3 seviyeleri, TSH'nin hipofiz sekresyonunu ve kan seviyelerini ve aynı zamanda birden fazla organda tiroid hormonunun etkilerini düzenler. Bununla birlikte, kandaki T3 seviyeleri, intrasellüler T3 konsantrasyonunun güvenilir göstergeleri değildir. Sağlam tiroid bezleri olan hastalarla karşılaştırıldığında, T4 kullanan hastalar daha yüksek kan T4 ve daha düşük kan T3 seviyelerine sahip olabilirler. Normal TSH'nin tüm organlarda yeterli hücre içi T3 düzeylerini yansıtmadığı tartışmalıdır, ancak hem levotiroksin hem de liothyronine alan hastalarda bile, total veya serbest T3 kan düzeyinin bir hastanın klinik yanıtı ile korele olduğuna dair herhangi bir veri yoktur. Bu nedenle, TSH'nin normal olması levotroksin dozunun uygun olduğunu gösterir.

Öneri: Testosteron yetersizliğine dair biyokimyasal kanıt olmadıkça testosteron tedavisi reçete etmeyin.

Gerekçe: Erkek hipogonadizmine atfedilen pek çok semptom sıklıkla normal yaşlanan erkeklerde ya da komorbid durumların varlığında da görülmektedir. Testosteron tedavisinin ciddi yan etki potansiyeli vardır ve önemli maliyete neden olur. Bu nedenle hipogonadizm için klinik şüphenin biyokimyasal olarak doğrulanması gerekir. Güncel rehberler total testosteron düzeyleri ölçümünün sabah yapılmasını önerir. Düşük sonuçlar farklı günde doğrulanmalıdır. Bazı durumlarda serbest ya da biyolojik olarak mevcut testosteronun ek değeri olabilir.

Amerikan İnfeksiyon Hastalıkları Derneğinin Önerileri

Öneri: Asemptomatik bakteriüriyi antibiyotikle tedavi etmeyin.

Gerekçe: Asemptomatik bakteriüri (ASB) ya da idrarda semptomu neden olmayan önemli sayıda bakteri olduğu durumlarda uygun olmayan antibiyotik kullanımı hastalarda aşırı antibiyotik kullanımına katkı yapan bir etmendir. Gebe kadınlar, prostat cerrahisi ya da invazif ürolojik cerrahi geçiren hastalar, böbrek transplantasyonu yapılan hastalar dışında ASB için antibiyotik tedavisinin klinik olarak yararı yoktur ve morbidite ve mortaliteyi iyileştirmemektedir. Üriner kateter varlığı bakteriüri riskini artırmakla birlikte antibiyotik kullanımı semptomatik katetere bağlı idrar yolları enfeksiyonu insidansını azaltmamaktadır. ASB'nin antibiyotikle tedavisi C. Difficile enfeksiyonuna ve antibiyotiklere direnç gelişimine yol açabilir.

Öneri: Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) için antibiyotik reçete etmeyin.

Gerekçe: Akut ÜSYE'lerinin büyük çoğunluğu viraldir. Antibiyotik tedavisi yararsızdır ve antibiyotik direnci gelişimi ve ilaç yan etkileri nedeniyle potansiyel olarak zarar vericidir. Sadece kanıtlanmış grup A streptokok enfeksiyonu ve boğmaca antibiyotikle tedavi edilmelidir.

Öneri: Alt ekstremitte staz dermatitleri için antibiyotik kullanmayın.

Gerekçe: Staz dermatitleri hatalı tanı ya da hastalığın patofizyolojisinin bilinmemesi nedeniyle sıklıkla antibiyotikle tedavi edilmektedir. Alt ekstremitte staz dermatitinin standart tedavisi bacağına yükseltilmesi ve kompresyonun kombinasyonudur. Etkilenen alanın yükseğe kaldırılması, ödem ve inflamatuvar maddelerin yerçekimiyle drenajını artırarak iyileşmeyi hızlandırır. Oral antibiyotiklerin rutin kullanımı iyileşme oranlarını iyileştirmez ve gereksiz hastane yatışı, artan sağlık masrafları ve hastaya zarar verme potansiyeline neden olabilir.

Öneri: Diyare yokluğunda Clostridium difficile enfeksiyonu için test yapmaktan kaçının.

Gerekçe: C. difficile ya da toksinleri için test yapma C. difficile'e bağlı ileus şüphesi olmadıkça yapılmalıdır. C. difficile taşıyıcılığı antibiyotik tedavisi alan hastalarda ve hastanede yatan hastalarda arttığı için, sadece diyaresi olan kişilerde test edilmelidir. Diyare olmayan hastalarda C. difficile'nin varlığı taşıyıcılığı gösterir ve tedavi edilmemelidir ve bu nedenle test edilmemelidir.

Öneri: Mitral kapak prolapsusu tedavisinde profilaktik antibiyotikten kaçınmalıdır.

Gerekçe: Antibiyotik profilaksisi mitral kapak prolapsusu olan hastalarda enfektif endokarditi önlemek için endike değildir. Antibiyotikle ilişkili olumsuz olay riski yarardan fazladır. Profilaksinin sınırlı kullanımı, muhtemelen antibiyotik

dirençli suşların istenmeyen seçimini ve C. difficile ile ilişkili kolit gibi istenmeyen sonuçlarını azaltacaktır.

Genel İç Hastalıkları Derneğinin Önerileri

Öneri: İnsülin kullanmayan Tip 2 DM'lu hastalara evde parmaktan günlük glukoz takibi önermeyin.

Gerekçe: Hastaların kan şekerlerini kendilerinin izlemesi tip 1 DM'lu hastalarda hedef glukoz değerlerine ulaşma ve güvenli bir şekilde sürdürme için hastanın kendi kendine yönetiminin bütünleyici bir parçasıdır. Ancak insülin ve hipoglisemi yapıcı ilaç kullanmayan tip 2 DM'lu hastalarda günlük parmaktan glukoz takibinin yararı yoktur ve günlük glukoz testi küçük ama anlamlı hasta zararına neden olabilir. Hastaların kan şekerlerini kendilerinin izlemesi ilaç dozlarının titrasyonu sırasında veya hastaların diyet ve egzersiz programlarında değişiklikler planlanırken yararlıdır.

Öneri: Kronik bir tıbbi durum, ruhsal sağlık sorunu veya diğer sağlık sorunları olmayan asemptomatik erişkinler için kapsamlı bir fizik muayene ve laboratuvar testi içeren yıllık genel sağlık kontrolleri yapmayın. Erişkinler, güvencikleri bir hekimle, etkili bir doktor-hasta ilişkisini sürdürmek, koruyucu bakıma katılmak ve yeni sorunların zamanında tanınmasını kolaylaştırmak için ne sıklıkta hekime gelmesi gerektiği konusunda konuşmalıdır.

Gerekçe: Hastaların hekime kontrol için gitmeleri için zamanlama hastaya özgü sorunlara, kronik durumlara ya da mevcut kanıtlara dayalı, yaş ya da risk durumuna göre biçimlendirilmiş koruma stratejilerine göre belirlenir. Genel sağlık kontrolleri hasta-hekim arasında güven kurulmasını güçlendirmeye yardımcı olmaktadır. Bu aynı zamanda, koruyucu danışmanlık ve taramalar için bir fırsat sağlar. Bununla birlikte, genel sağlık muayenesinin her zaman her yıl yapılması gerekmemektedir. Akut hastalık için yapılan ofis ziyaretlerinin aksine genel sağlık kontrolleri spesifik kanıta dayalı koruyucu stratejiler ya da HT'nun tedavisi gibi kronik bakım yönetimi, sağlığı sürdürmek için yıllık sağlık kontrollerini içerir. Asemptomatik erişkinlerde genel sağlık kontrollerinin gereksiz yapılan testler nedeniyle zarar için potansiyel yaratırken morbidite, mortalite ve hastaneye yatışı azaltmadığı gösterilmiştir.

Öneri: Düşük riskli cerrahi girişimler öncesi rutin preoperatif test yapmayın.

Gerekçe: Preoperatif değerlendirmenin hedefi majör postoperatif komplikasyonlar için riskleri tanımlama, tabakalandırma ve azaltmadır. Bu değerlendirmenin önemli öğeleri dikkatli bir öykü ve fizik muayenedir. Düşük riskli cerrahi prosedürler için ameliyat öncesi testler, genellikle öykü ve fizik muayene ile belirlenen risk tahminini yeniden sınıflandırmaz, gereksiz gecikmelere neden olabilir, ek testlerden yeni riskler ortaya çıkabilir ve önlenebilir maliyetler eklenebilir. Klinisyenler, düşük riskli ameliyatlardan önce rutin olarak test istemi yapmamalıdır.

Öneri: Yaşam beklentisi 10 yıldan az olan erişkinlerde kanser taraması önermeyin.

Gereke: kanser taramaları riskteki hastaların yaşamını koruyabilir. Bazı tarama testleri test yapıldıktan yıllar sonra ortaya çıkan özgül kanser mortalitesini azaltırken bazı testler ise test sonrası hemen ortaya çıkan potansiyel zarara neden olur. Yaşam beklentisi 10 yıldan daha az olan hastaların taramanın uzak yararından yararlanabilecek yeterli zamanları olmayacaktır ancak erken ortaya çıkan zararlardan etkileneceklerdir. Bu nedenle, potansiyel faydalar ve zararlar dengesi, yaşam beklentileri 10 yıldan az olan hastalarda kanser taramasını desteklememektedir.

Hastane Tıbbı Derneği – Erişkin Hastane Tıbbının önerileri

Öneri: Kritik olmayan hastalarda inkontinans ve idrar takibi için üriner kateter yerleştirilmemeli ya da yerinde bırakılmamalıdır. Kabul edilebilir endikasyonlar kritik hastalık, tıkanma, hastaneye yatırma, ürolojik prosedür uygulanan hastalarda perioperatif olarak 2 günden kısa süre için diüzezi izlemektir. Diüzezi izlemek için kateter yerine kilo izlemi önerilmektedir.

Gereke: Kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonları (İYE) sağlık bakımı sırasında en sık görülen edinilmiş enfeksiyonlardır. Belirgin endikasyon yokken, inkontinans için ya da kolaylık olsun diye üriner kateter kullanma enfeksiyon olasılığını artırır ve genellikle morbidite, mortalite ve sağlık maliyetleri ile ilişkilidir.

Öneri: Gastrointestinal komplikasyon için yüksek risk olmadıkça stres ülseri profilaksisi için ilaç reçete etmeyin.

Gereke: Yayınlanmış rehberlere göre erişkin hastalarda stres ülseri profilaksisine yönelik ilaçlar önerilmemektedir. Stres ülserlerinin tedavisinde sıklıkla kullanılan histamin-2 reseptör antagonistleri (H2RA) ve proton pompa inhibitörleri (PPI), advers ilaç olaylarıyla ve ilaç maliyetlerinin artması ile ilişkilidir ve toplumdan edinilmiş nozokomial pnömoni ve Clostridium difficile'ye duyarlılığı artırmaktadır.

Öneri: İsteğe bağlı olarak hemoglobin veya hematokrit eşikleri için ve aktif koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği veya inme semptomlarının bulunmadığı durumlarda, kırmızı kan hücrelerinin transfüzyonundan kaçının.

Gereke: Hastanede yatan stabil hastalarda kısıtlayıcı transfüzyon stratejilerine uyulması önemlidir. AABB, transfüzyon kararının hemoglobin konsantrasyonu kadar

semptom varlığına göre verilmesini önermektedir. Ulusal Sağlık Konsensüs Konferansının Ulusal Enstitülerine göre, eritrosit süspansiyonu tedavisinin endikasyonu olarak sadece bir kriter kullanılmamalıdır. Bunun yerine, hastanın klinik durumu ve oksijen verilmesi ile ilgili birçok faktör bir arada düşünülmelidir.

Öneri: Klinik ve laboratuvar istikrarı karşısında tekrarlayan tam kan sayımı(TKS) ve biyokimya testleri yapmayın.

Gereke: Hastaneye yatırılan hastalarda, kısa süreler boyunca tanı testleri için sıklıkla önemli miktarlarda kan alınır. Bu flebotomi, hastalar için hemoglobin ve hematokrit düzeylerindeki değişikliklerle yüksek oranda ilişkilidir ve anemiye katkıda bulunabilir. Anemi de, özellikle kardiyorespiratuvar hastalıkları olan hastalarda önemli sonuçlar doğurabilir. Ayrıca, günlük gereksiz flebotomi sıklığını azaltmak, hastanelerde önemli maliyet ve iş yükünün azalmasına neden olur.

Sonuç

Akılcı seçimler önerileri bize günlük uygulamalarımızda hastalarımız için en iyi olan yöntemi uygulamamızı ve onları gereksiz riske atmamamız için yol göstericidir. ABIM Vakfı akılcı seçimlerin her hasta için uygun olabileceğini ve her hastanın durumunun kendine özgü olması nedeniyle uygun bir yönetim planının hasta ile birlikte belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Hekimler ve hastaların uygun tedavi planını birlikte belirlerken önerileri rehber olarak kullanabilecekleri vurgulanmıştır.

Tüm önerilere ve destekleyen kanıtlara erişmek için www.choosingwisely.org sitesine bakılabilir.

Kaynaklar

1. *The Choosing Wisely® Campaign. Erişim: www.choosingwisely.org Erişim tarihi: 01.12.2017*
2. *Cassel, CK.. Choosing wisely: Grounded in physician professionalism. Commentary, Institute of Medicine, Washington, DC. 2013 erişim: <http://www.iom.edu/choosingwisely>. Erişim tarihi: 01.12.2017*
3. *Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. JAMA, 2012:e1-e2*
4. *Brody H. Choosing Wisely: A special report on the first five years. Erişim: <http://www.choosingwisely.org/choosing-wisely-a-special-report-on-the-first-five-years/> Erişim tarihi: 01.12.2017*
5. *Choosing Wisely recommendations 2017. Erişim: <http://www.choosingwisely.org>*
6. *Grover M, Abraham N, Chang Y-H, Tilburt J. Physician Cost Consciousness and Use of Low-Value Clinical Services. JABFM 2016;29(6):785-792*