

Çocuk acil servisine yeniden başvuran vakaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi*

Evaluation of demographic and clinical features of cases readmitted to the pediatric emergency department

Gürbüz Akçay¹, Özgür Gül²

¹Dr, Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Servisi, Denizli, Türkiye gurbuzakcay@hotmail.com. 0000-0002-4682-9258

² Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bilgi İşlem Birimi. ozgur.gul@probel.com.tr. 0000-0003-4469-4246

*Bu makale 20-25 Mayıs 2022 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 16. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Giriş: Acil Servislere Yeniden Başvuru Oranı (ASYBO) belli bir zaman periyodunda tekrar gelen/getirilen hastaların toplam hastaya oranı olarak tanımlanmıştır. Genellikle ilk 24 ya da 72 saat, bazı çalışmalarda da 7 gün yeniden başvuru süresini hesaplamak için kullanılmaktadır. **Materyal ve Metot:** 2021 yılı 12 aylık çocuk acil servis başvuruları çalışmaya alındı. Veriler hasta protokol sayı temel alınarak, (Structured Query Language) SQL yöntemiyle hastane bilgi sistemi veri tabanından elde edildi. Aynı hasta numarasına ait protokollerin 2021 yılı içinde geliş zamanları elde edilerek iki protokol arası süre ölçüldü. Hasta demografik bilgileri, geliş zamanları ve tanı verileri analiz edildi. **Bulgular:** 37092 kayıt çalışmaya dâhil edildi. Kayıtların %47,50'si kız diğerleri erkekti. Olguların yaşları en küçük 0 gün, en büyük 18 yıl, ortalama 7,68 + -5,66 yıl ve ortanca 6,42 yıl idi. Cinsiyetler arası yaş frekansları benzerdi. Yıl boyu ilk 24 saatte başvuru oranı %1,35 iken ilk 72 saatte başvuru oranı %4,37 olarak hesaplandı. İlk 24 saat ve 72 saatte başvuranlarda yaş ortalaması başvurmayanlara göre anlamlı olarak küçük hesaplandı (p=0,0000). Tüm olgularda Genel semptom ve belirtiler diğer, tanımlanmış tanısı (R68.8) %26,77 ile ilk sıradaydı. Bunu %14,27 ile Sebabi bilinmeyen ve diğer orijinli ateş-ateş, tanımlanmamış (R50.9) ve %12,84 ile Öksürük (J06.9) tanısı takip ediyordu. İlk 24 saat tekrar başvurularda ilk ve ikinci sıradaki tanı grubu aynı iken üçüncü sırada %10,18 ile Bulantı ve kusma (R11) en sık başvurma nedeniydi. İlk 72 saat içindeki yeniden başvurularda ise ilk, ikinci ve üçüncü sıra başvuru nedeni tüm tanı kodlamalarına benzerdi. **Sonuç:** Acil servis başvurularında yaşın küçük olması ve bulantı ve kusma şikayetleri yeniden başvuru için bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler:
Acil servislere yeniden başvuru oranı, çocuk, ICD10.

Key Words:
Emergency department readmission rate, child, ICD10.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Servisi, Denizli, Türkiye gurbuzakcay@hotmail.com.

DOI:
10.52880/sagakaderg.1153674

Gönderme Tarihi/Received Date:
04.08.2022

Kabul Tarihi/Accepted Date:
11.08.2022

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
1.09.2022

ABSTRACT

Background: The Emergency Department Readmission Rate is defined as the ratio of the total patients who came back/were brought back in a certain period. Generally, the first 24 or 72 hours, in some studies, first 7 days are taken as the basis for the calculation. **Materials and Methods:** In 2021, during 12-month pediatric emergency department admissions were included in the study. The data were obtained from the hospital information system database by SQL method based on the number of patient protocols. The arrival times of the protocols belonging to the same patient number in 2021 were obtained and the time between the two protocols was measured. Patient demographic information, arrival times and diagnostic data were analyzed. **Results:** 37092 records were included in the study. 47.50% of them were girls and the others were boys. The minimum age of the patients was 0 days, the maximum was 18 years, the mean was 7.68 + -5.66 years, and the median was 6.42 years. The age frequencies between the sexes were similar. While the readmission rate was 1.35% in the first 24 hours throughout the year, it was calculated as 4.37% for the first 72 hours. The mean age of the cases readmitted in the first 24 hours and 72 hours was significantly smaller than in the non-admitted (p=0.0000). In all cases, Other general symptoms, and signs diagnosis (R68.8) leading up to 26.77%. This was followed by Fever, unspecified (R50.9) with 14.27%, and Acute upper respiratory infection unspecified (J06.9) diagnosis with 12.84%. The first- and second-line diagnostic groups were the same in the first 24 hours of readmissions, while the third line was Nausea and vomiting (R11) with 10.18 percent. In the first, second, and third-line reasons for readmissions within the first 72 hours, all diagnostic codes were similar. **Conclusion:** Young age and symptoms of nausea and vomiting in ED admissions are risk factors for readmission.

GİRİŞ VE AMAÇ

Acil Servislere Yeniden Başvuru Oranı (ASYBO) belli bir zaman periyodunda tekrar gelen/getirilen hastaların toplam hastaya oranı olarak tanımlanmıştır (1). Genellikle ilk 24 ya da 72 saat, bazı çalışmalarda da ilk 7 gün ölçüme esas alınmaktadır (2-4). Hastane hizmetlerinde iyileştirme ve kıyaslama için ölçülen göstergelerden biridir (1). Bu ölçüm genel hasta popülasyonu, pediatrik hasta popülasyonu ya da bir tanıya özel popülasyon için uygulanabilmektedir (5-7).

Materyal ve Metot

Bu çalışma 7/24, travma olguları hariç, 0-18 yaş grubuna hizmet veren bir Üniversite Çocuk Acil Servisinde yapıldı. Yerel etik kuruldan 15.03.2022 tarih ve 05 sayılı etik kurul onayı alındı. İki bin yirmi bir yılı ocak ayı başından aralık ayı sonuna kadar olan çocuk acil servis başvuruları çalışmaya alındı. Veriler hasta protokol sayısı temel alınarak, SQL yöntemiyle hastane bilgi sisteminden elde edildi. Aynı hasta numarasına ait protokollerin 2021 yılı içinde geliş zamanları elde edilerek iki protokol arası süre ölçüldü. Hasta demografik bilgileri, geliş zamanları ve tanı verileri Microsoft Excel formatında çıktı alınarak üzerinde çalışıldı. Görsel raporlama için Microsoft Power BI Desktop kullanıldı. Ayrıntılı istatistik çalışmaları için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22. sürüm kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma dönemine ait 31176 protokol temelli kayıt bulundu. On sekiz yaş üstü kayıtlar çıkartıldı, 37092 kayıt çalışmaya dahil edildi. Kayıtların %47,50'si kız diğerleri erkekti. Olguların yaşları en küçük 0 gün, en büyük 18 yıl, ortalama 7,68±5,66 yıl ve ortanca 6,42±5,66 yıl idi. Cinsiyetler arası yaş frekansları benzerdi.

İlk 24 saatte yeniden başvuran olgu sayısı 501, İlk 72 saatte yeniden başvuran olgu sayısı 1123 olarak tespit edildi. Yıl boyu ilk 24 saatte başvuru oranı %1,35 iken ilk 72 saatte başvuru oranı %4,37 olarak hesaplandı. İlk 24 saatte Acil Servislere Yeniden Başvurular (ASYB)'in %56,29'su gündüz (saat 08:00-16:00 arası), %43,71'i gece (saat 16:00-08:00 arası) gerçekleşmiştir. İlk 72 saatte ASYB'in %46,31'i gündüz, %53,69'i gece gerçekleşmiştir.

Aylara göre acile servis başvuruyla ASYB'in sayısı paralellik göstermektedir. İlk 24 saatte ASYBO en yüksek şubat, en düşük ocak ayında gözlenirken ilk 72 saatte ASYBO ise en yüksek haziran ayında saptanmıştır.

Yaş dağılım histogramına baktığımızda ilk bir yaş altında yoğunluk en fazla olup, 10 yaşına kadar gittikçe azalmakta, 13-14 yaşından sonra tekrar yükselişe geçmektedir. İlk 24 saat ve 72 saatte başvuranlarda yaş ortalaması başvurmayanlara göre anlamlı olarak

daha küçük hesaplanmıştır ($p=0,0000$). İlk 24 saatte yeniden başvuran olguların %37'si, ilk 72 saatte %38'i 2,5 yaşından küçük olarak saptanmıştır. İlk 24 saatte ($p=0,199$) ve 72 saatte ($p=0,294$) tekrar başvuru yapan çocuklarla başvurusu olmayan çocuklar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

International Classification of Diseases 10th Revision (ICD10) tabanlı sistemde 37092 farklı tanı girilmiştir. R68.8 kodlu, genel semptom ve diğer belirtiler-genel semptom ve belirtiler diğer, tanımlanmış %26,77 ile birinci sıradaydı (Tablo 1). Bu tanının hastanın acil servise gelişte bilgisayara standart olarak girildiği belirtilmiştir. Bunu %14,27 ile R50.9: sebebi bilinmeyen ve diğer orijinli ateş-ateş, tanımlanmamış ve %12,84 ile J06.9: öksürük tanısı takip etmiştir. İlk 24 saatte tekrar başvurularda ilk ve ikinci sıradaki tanı grubu aynı iken üçüncü sırada %10,18 ile R11: bulantı ve kusma en sık tanı olarak kaydedilmiştir (Tablo 2). İlk 72 saat içindeki yeniden başvurularda ise ilk, ikinci ve üçüncü sıra başvuru nedeni tüm tanı kodlamalarına benzerdir (Tablo 3). İlk 72 saat gelen olguların içine 24 saatte gelenler de dahil olduğu için, ilk 72 saat yeniden başvuran hastaların ilk 4 sıra tanılarıyla yeniden getirilmeyen olguların arasında tanıları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında R05: Öksürük tanısı yeniden getirilmeyen grupta daha fazlayken ($p=0,04$), diğer tanılarda farklı bulunamamıştır.

Hastaların adres kayıtlarına baktığımızda tüm olguların %91,65'i hastanenin bulunduğu il merkezinden, kalanı ise 75 farklı ilden olduğu saptandı. Toplamda 207 adres geçersiz idi.

İlk 24 saat içinde yeniden başvuranların %90,02'i il merkezinden kalanı diğer 24 farklı ilden gelmişti. Bu olguların %76,45'i il merkezinden, %9,79'u ilçelerden, geri kalanı çevre illerden geldiği saptanmıştır.

Olguların yatış oranına baktığımızda tüm çocuk acil servis yatış oranı %9,23 iken ilk 24 saat ASYB hastalarda %21,36 ve ilk 72 saat ASYB hastalarda ise %27,96 olarak belirlendi.

Yatırılan servis türüne bakıldığında, yatış oranı tüm hastalar ve ilk 72 saat ASYB olgular için en çok sırasıyla acil gözlem, genel pediatri servisi ve çocuk cerrahi servisi iken, ilk 24 saat ASYB olguları için ikinci sırayı çocuk gastroenteroloji servisi almıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Başvuru oranları

Ülkemizde bir kamu hastanesinde tüm popülasyonla yapılan 3 yıllık çalışmada 24 saatte ASYBO % 0,72 olarak bildirilirken (6), başka bir devlet hastanesinde ise %3,6

Tablo 1: Acile servise gelen tüm olgularda en çok girilen ilk 10 tanı

ICD10	Genel Toplam	SAYI
R68.8	GENEL SEMPTOM VE DİĞER BELİRTİLER-GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER DİĞER, TANIMLANMIŞ	9930
R50.9	SEBEBİ BİLİNMEYEN VE DİĞER ORIJINLI ATEŞ-ATEŞ, TANIMLANMAMIŞ	5292
R05	ÖKSÜRÜK	4763
J06.9	AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI, BIRDEN FAZLA VE TANIMLANMAMIŞ YERLERİN-AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU, TANIMLANMAMIŞ	3490
R11	BULANTI VE KUSMA	2828
R10.4	ABDOMINAL VE PELVİK AĞRI-KARIN AĞRISI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	2008
K52.9	ENFEKTİF OLMAYAN DİĞER GASTROENTERİT VE KOLİT-GASTROENTERİT VE KOLİT, ENFEKTİF OLMAYAN, TANIMLANMAMIŞ	528
R07.0	BOĞAZ VE GÖĞÜSTE AĞRI-BOĞAZ AĞRISI	476
R21	KIZARIKLİK VE DİĞER TANIMLANMAMIŞ DERİ DÖKÜNTÜSÜ	295
K59.0	FONKSİYONEL BARSAK BOZUKLUKLARI, DİĞER-KABIZLIK	285
R68.8	GENEL SEMPTOM VE DİĞER BELİRTİLER-GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER DİĞER, TANIMLANMIŞ	9930
R50.9	SEBEBİ BİLİNMEYEN VE DİĞER ORIJINLI ATEŞ-ATEŞ, TANIMLANMAMIŞ	5292
R05	ÖKSÜRÜK	4763
J06.9	AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI, BIRDEN FAZLA VE TANIMLANMAMIŞ YERLERİN-AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU, TANIMLANMAMIŞ	3490
R11	BULANTI VE KUSMA	2828
R10.4	ABDOMINAL VE PELVİK AĞRI-KARIN AĞRISI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	2008
K52.9	ENFEKTİF OLMAYAN DİĞER GASTROENTERİT VE KOLİT-GASTROENTERİT VE KOLİT, ENFEKTİF OLMAYAN, TANIMLANMAMIŞ	528
R07.0	BOĞAZ VE GÖĞÜSTE AĞRI-BOĞAZ AĞRISI	476
R21	KIZARIKLİK VE DİĞER TANIMLANMAMIŞ DERİ DÖKÜNTÜSÜ	295
K59.0	FONKSİYONEL BARSAK BOZUKLUKLARI, DİĞER-KABIZLIK	285

Tablo 2: İlk 24 saat ASYB için en çok girilen ilk 10 tanı

ICD10	Genel Toplam	SAYI
R68.8	GENEL SEMPTOM VE DİĞER BELİRTİLER-GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER DİĞER, TANIMLANMIŞ	137
R50.9	SEBEBİ BİLİNMEYEN VE DİĞER ORIJINLI ATEŞ-ATEŞ, TANIMLANMAMIŞ	96
R11	BULANTI VE KUSMA	51
R05	ÖKSÜRÜK	39
R10.4	ABDOMINAL VE PELVİK AĞRI-KARIN AĞRISI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	34
J06.9	AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI, BIRDEN FAZLA VE TANIMLANMAMIŞ YERLERİN-AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU, TANIMLANMAMIŞ	22
K52.9	ENFEKTİF OLMAYAN DİĞER GASTROENTERİT VE KOLİT-GASTROENTERİT VE KOLİT, ENFEKTİF OLMAYAN, TANIMLANMAMIŞ	12
G40.9	EPILEPSİ-EPILEPSİ, TANIMLANMAMIŞ	6
N39.9	ÜRİNER SİSTEMİN DİĞER BOZUKLUKLARI-ÜRİNER SİSTEMİN BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ	6
K59.0	FONKSİYONEL BARSAK BOZUKLUKLARI, DİĞER-KABIZLIK	5

Tablo 3: ilk 72 ASYB için en çok girilen ilk 10 tanı

ICD10	Genel Toplam	SAYI
R68.8	GENEL SEMPTOM VE DİĞER BELİRTİLER-GENEL SEMPTOM VE BELİRTİLER DİĞER, TANIMLANMIŞ	446
R50.9	SEBEBİ BİLİNMEYEN VE DİĞER ORIJINLI ATEŞ-ATEŞ, TANIMLANMAMIŞ	270
R05	ÖKSÜRÜK	171
R11	BULANTI VE KUSMA	141
R10.4	ABDOMINAL VE PELVİK AĞRI-KARIN AĞRISI DİĞER VE TANIMLANMAMIŞ	101
J06.9	AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI, BIRDEN FAZLA VE TANIMLANMAMIŞ YERLERİN-AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU, TANIMLANMAMIŞ	87
K52.9	ENFEKTİF OLMAYAN DİĞER GASTROENTERİT VE KOLİT-GASTROENTERİT VE KOLİT, ENFEKTİF OLMAYAN, TANIMLANMAMIŞ	31
N39.9	ÜRİNER SİSTEMİN DİĞER BOZUKLUKLARI-ÜRİNER SİSTEMİN BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ	19
K59.0	FONKSİYONEL BARSAK BOZUKLUKLARI, DİĞER-KABIZLIK	18
R21	KIZARIKLİK VE DİĞER TANIMLANMAMIŞ DERİ DÖKÜNTÜSÜ	18
R52.9	AĞRI, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ-AĞRI, TANIMLANMAMIŞ	16
R51	BAŞ AĞRISI	13

Tablo 4: Acil servisten yatış dağılımları.

SERVİS	24 SAAT/ %	72 SAAT/ %	TÜMÜ/ %
BEYİN CERRAHİ	0,00%	6 0,53%	56 0,15%
BEYİN CERRAHİ YOĞUN BAKIM	0,00%	0 0,00%	4 0,01%
ÇOCUK ACIL SERVİSİ	46 9,18%	116 10,33%	1042 2,81%
ÇOCUK ALERJİ	0,00%	1 0,09%	19 0,05%
ÇOCUK CERRAHİ SERVİSİ	8 1,60%	18 1,60%	418 1,13%
ÇOCUK CERRAHİ YOĞUN BAKIM	0,00%	0 0,00%	14 0,04%
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ	3 0,60%	6 0,53%	149 0,40%
ÇOCUK ENFEKSİYON	1 0,20%	4 0,36%	123 0,33%
ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ	10 2,00%	18 1,60%	150 0,40%
ÇOCUK HASTALIKLARI	17 3,39%	67 5,97%	457 1,23%
ÇOCUK HEMATOLOJİ	5 1,00%	12 1,07%	134 0,36%
ÇOCUK KARDİYOLOJİ	4 0,80%	15 1,34%	194 0,52%
ÇOCUK NEFROLOJİ	5 1,00%	13 1,16%	109 0,29%
ÇOCUK NÖROLOJİ	5 1,00%	16 1,42%	110 0,30%
ÇOCUK PSİKİYATRİ	0 0,00%	0 0,00%	26 0,07%
ÇOCUK ROMATOLOJİ	1 0,20%	6 0,53%	98 0,26%
ÇOCUK SOLUNUM SERVİSİ	1 0,20%	7 0,62%	67 0,18%
ÇOCUK SOLUNUM YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	0 0,00%	0 0,00%	27 0,07%
ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	0 0,00%	0 0,00%	33 0,09%
FİZİK TEDAVİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	22 0,06%
GASTROENTEROLOJİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	1 0,00%
GENEL CERRAHİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	2 0,01%
GÖĞÜS CERRAHİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	5 0,01%
GÖZ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	9 0,02%
GÜNÜ BİRLİK ÇOCUK GASTRO KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM SERVİSİ	1 0,20%	1 0,09%	1 0,00%
KULAK BURUN BOĞAZ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	18 0,05%
ORTOPEDİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	24 0,06%
ORTOPEDİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	5 0,01%
ÜROLOJİ SERVİSİ	0 0,00%	0 0,00%	11 0,03%
YENİDOĞAN SERVİSİ	0 0,00%	8 0,71%	4 0,01%
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM	0 0,00%	0 0,00%	91 0,25%
TOPLAM	107 21,36%	314 27,96%	3423 9,23%

olarak bildirilmiştir (5). Ekşi ve arkadaşlarının pediatrik grupta yaptığı çalışmada ilk 24 saatte ASYBO 0,54 olarak bildirilmiştir (2). ABD'de pediatrik grupta (0-21 yaş) yapılan bir çalışmada 72 saat içinde ASYBO %3,8 (8) ve başka bir çalışmada ise %2,81 olarak bildirmiştir (9). Tayvan'da merkezi sigorta kayıtlarına dayanarak çok merkezli yapılan bir çalışmada ilk 72 saatte ASYBO %5,8 olarak hesaplanmış ve bu başvuruların %36,7'sinin farklı kurumlara gerçekleştiği saptanmıştır. Tek başına aynı hastaneye başvuru oranının değerlendirilmesinin, gerçek tekrar ziyaret oranını gözden kaçırabileceği ileri

sürülmüştür (3). Saunders ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları çalışmada 7 günlük ASYBO %7,5 bulunmuştur (4). Bizim çalışmamızda 7 günlük ASYBO %7,49 hesaplanmıştır. Çalışmamızda ilk 24 saatte (%1,35) ve 72 saatte (%4,37) ASYBO tüm olguları içeren literatüre göre yüksek bulunmuştur.

Bir tanıya göre oranlar

Pradip ve arkadaşları üriner sistem enfeksiyonu tedavisi alan çocuklar için 72 saatte ASYBO'nı %4,1

olarak bildirmişlerdir (7). ABD'de Astımlı çocuklarda 72 saat içinde ASYBO %4,1 olarak saptanmıştır (10). Gastroenterit tanılı çocuklarda Acil servise 7 gün içinde plansız yeniden başvurular için oran %16 bulunmuştur (11). Korkmaz ve arkadaşlarının çalışmasında Yenidoğan bebeklerin %5,7'si ilk başvurudan sonraki 72 saat içerisinde acil servise tekrar getirilmiştir (12). Çalışmamızda ise bir tanıya göre değil tüm başvuruların ASYBO'ları değerlendirilmiştir. İlk 24 saat içinde ASYB olgularda sırasıyla ateş, bulantı-kusma ve öksürük, ilk 72 saat içinde ise ateş, öksürük ve bulantı-kusma en sık konulan tanılar olarak bulunmuştur. Ancak tüm olgularla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Risk faktörleri

Yenidoğan bebeklerde plansız ve planlı olarak acil servise 72 saat içerisinde ilk başvuru ve tekrar başvurudaki en sık şikâyeti sarılık olarak bildirilmiştir (12). Küçük yaş, daha yüksek triyaj keskinlik puanı, acil servis kullanımı için daha fazla tercih, gündüz vardiyalarında gelme yeniden başvurma için risk faktörü olarak gösterilmiştir. Çalışmamızda da 2 yaş altında olmak hem ilk 24 hem de ilk 72 saatte ASYB için risk oluşturmaktadır. Cinsiyetler arası fark görülmemiştir.

Göçmen olmanın risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (4). Gastroenteritli çocuklarda intravenöz rehidrasyon alma, yaş, kusma atakları, ishal günleri, ishal atakları, PedCTAS skoru, kusma günleri, acil serviste ateş, evde ateş, ateşli günler, ondansetron uygulanma, önemli tıbbi geçmiş ve erkek cinsiyet olmak risk faktörü olarak belirtilmiştir (11). Karakaş ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerin çocuklarını acile getirme nedenleri olarak en sık ateş (%22.3), öksürük (%16.4) ve bulantı-kusma (%9.6) olarak tespit edilmiştir (13). Eskişehir'de yapılan bir çalışmada tekrar başvuru nedenleri olarak en sık poliklinik hizmetine ulaşamama, geç ulaşma (%54.2) bildirilmiştir (14). ABD'de yapılan bir çalışmaya göre acil servisten taburcu olan ve 72 saat içinde geri dönen çocukların (%2,81) ebeveynlerinin/bakıcılarının çoğu ilk ziyaretlerinde verilen bakım ve talimatlardan memnun kalmaktadır. Ancak çoğu hastanın bir aile hekimi olmasına rağmen, yeterli ilgi göstermedikleri ve muayene yerine telefonla acil servise yönlendirdikleri bildirilmiştir (9). Portillo ve arkadaşlarının pediatrik grupta (0-21 yaş) yaptığı bir çalışmada 72 saat içinde total revizit oranları %3,8 iken İngilizcesi yeterli olanlarda %3,55, yetersiz olanlarda %4,55 ölçülmüştür. Ayrıca 1 yaş altı grup en çok yeniden başvuru görülen grup olarak bildirilmiştir (8). Kelly ve arkadaşlarının çalışmasında astımlı çocuklarda 72 saat içinde yeniden başvurma için iki yaşından küçük olma, hispanik ve zenci olma, genel kamu sigortalı olma risk

faktörü olarak görülmüştür (10). Thurm ve arkadaşları 72 saat içindeki ASYB'larında kronik hastalığı olma, yüksek acil servis şiddet skorları ve 1 yaşından küçük olmanın riski artırdığını bildirmişlerdir. Bunların da %19,7'si yatırılmıştır. Kronik hastalığın mevcudiyeti, 1 yaşından küçük olma ve gece başvurularının yatış riskini artırdığını göstermişlerdir (15).

Çocukluk çağında sık görülen rotavirüs ilişkili akut gastroenterit nedeniyle başvuran hastalarda kusma, ishal birlikteliği ve dehidratasyon ön planda olup rotavirüs pozitifliği hastanede kalış süresinin daha uzun olmasıyla, daha yüksek hastaneye yatış ve 72 saat içinde tekrarlayan acil servis başvuru oranlarıyla (%15,4 vs %4,1) ilişkili bulunmuştur (16). Çalışmamızda da bulantı ve kusma ilk 24 saat ASYB tanıları arasında 3. sırada olup, yeniden başvuru için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Mevcut literatür ile uyumludur.

Çocuk psikiyatristi takibinin, psikiyatrik nedenlerle acil servise başvuran çocuk-ergen hastaların acil servis tekrar başvuru oranının azaltılmasında önemli bir katkısı olduğu bildirilmiştir (17). Kliniğimizde endikasyonu olan tüm olgulara çocuk psikiyatrisi konsültasyonu yapılmaktadır. Bunun sonucu olarak da bu kliniğe yatan hastalarla ilgili ASYB olgusu yoktur.

Acile servise ilk 72 ve 24 saat içinde yeniden başvuran olgularda yatış oranı daha fazladır.

SONUÇ

Acil servislerde yeniden başvuruların yükünü değerlendirmek ve azaltabilmek için öncelikle çalışanlara ICD10 kodlama bilinci aşılanmalı, sonra da gerçek tanılar üzerinden veriler değerlendirilip iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Yaşın küçük olması yeniden başvuru için bir risk faktörüdür. Yeniden başvuruların değerlendirilmesi iyileştirme çalışmaları için odaklanacağımız noktayı tespit için yararlı bir araçtır. ASYB için ilk 24 saat yanında ilk 72 saat oranlarının da ölçülmesi değerlendirmeler için daha verimli olacaktır. Çalışmamızın kısıtlılığı ICD-10 kodlarının tanıya spesifik konmasındaki eksikliklerdir.

Kaynaklar

1. Müdürlüğü SHG. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Versiyon-5, Revizyon-00. 2016;1.
2. Ekşi MA, Tekin D. Unscheduled Revisits within 24 Hours to the Pediatric Emergency Department: A First Single-Center Prospective Study in Turkey. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*. 2021;4(2):49-54.
3. Lu T-C, Ling D-A, Tsai C-L, Shih F-Y, Fang C-C. Emergency department revisits: a nation-wide database analysis on the same and different hospital revisits. *European Journal of Emergency Medicine*. 2020;27(2):114-20.
4. Saunders NR, To T, Parkin PC, Guttman A. Emergency department revisits by urban immigrant children in Canada: a population-based cohort study. *The Journal of pediatrics*. 2016;170:218-26.

5. İncesu E, Beylik U, Küçükkendirci H. Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: Türkiye’de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi. 2016(53):1-13.
6. Yorulmaz M, Karaalp F, Bükecik N, Özyılmaz AF. Acil servise tekrar başvuru oranı değerlendirmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi. 2017(14):92-9.
7. Chaudhari PP, Monuteaux MC, Bachur RG. Management of urinary tract infections in young children: balancing admission with the risk of emergency department revisits. Academic Pediatrics. 2019;19(2):203-8.
8. Portillo EN, Stack AM, Monuteaux MC, Curt A, Perron C, Lee LK. Association of limited English proficiency and increased pediatric emergency department revisits. Academic Emergency Medicine. 2021;28(9):1001-11.
9. Ali AB, Place R, Howell J, Malubay SM. Early pediatric emergency department return visits: a prospective patient-centric assessment. Clinical pediatrics. 2012;51(7):651-8.
10. Walsh-Kelly CM, Kelly KJ, Drendel AL, Grabowski L, Kuhn EM. Emergency department revisits for pediatric acute asthma exacerbations: association of factors identified in an emergency department asthma tracking system. Pediatric emergency care. 2008;24(8):505-10.
11. Freedman SB, Thull-Freedman JD, Rumantir M, Atenafu EG, Stephens D. Emergency department revisits in children with gastroenteritis. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2013;57(5):612-8.
12. Korkmaz V. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk acil servisine 2013 yılında ilk başvuru sonrası erken dönem (ilk 3 gün) tekrar başvuran yenidoğan olgularının değerlendirilmesi.
13. Karakaş NM, Özdemir B, Kılıç S, Akbulut Ö. Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 yıllık İzlem. Osmangazi Tıp Dergisi. 2018;42(1):67-74.
14. Türköz M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi acil servisi’ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi: 1 yıllık inceleme. 2014.
15. Akenroye AT, Thurm CW, Neuman MI, Alpern ER, Srivastava G, Spencer SP, et al. Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments. Journal of hospital medicine. 2014;9(12):779-87.
16. Hanalioğlu D, Özbeyaz F, Özdemir F, Kurt F, Yakut İ, Mısıroğlu ED. Çocuk Acil Servisinde Rotavirüs İlişkili Akut Gastroenteritler: Bir Olgu-eşleştirme Çalışması. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi. 2021;8(1):1-6.
17. Güven R, Sarı SA, Büyüksimşek M. Impact of follow-up by the child and adolescent psychiatrist on emergency department re-visit due to child-adolescent psychiatric causes. Headache. 2018;2:2.