

Acil Cerrahi Hastasının Ameliyata Hazırlığında Kanıta Dayalı Uygulamalar

Zeliha BİRER¹  Saide FAYDALI² 

¹Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Konya, Türkiye

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye

Makale Bilgisi	ÖZET
Makale Geçmişi Geliş: 29.09.2022 Kabul: 01.09.2023 Yayın: 25.04.2025 Anahtar Kelimeler Acil, Cerrahi, Hemşirelik, Kanıt Dayalı Uygulamalar.	Acil cerrahi, tanılama ve tedavi süreci bakımından diğer cerrahi işlemlerden daha çok titiz çalışmayı ve hızlı olmayı gerektirir. Planlı cerrahide tüm ameliyat öncesi tetkik, görüntüleme ve tanılama aşamaları düzenli bir sistemle ilerletilebilmekte, acil cerrahi gerektiren durumlarda ise birçok tedavi ve bakım uygulaması için vakit bulunmamaktadır. Bu nedenle acil cerrahi hastasının bakımında Amerikan Göğüs Hastalıkları Koleji'nin (American College of Chest Physicians) sınıflamasına göre kanıt düzeyleri incelendiğinde ilk güçlü öneri hastanın vakit kaybetmeden belirlenen uygun travma hastanesine sevk edilmesidir. Yaralanma ile ameliyat arasındaki sürenin en aza indirilmesi güçlü öneridir. Ek olarak, hasar kontrol cerrahisi, hemostatik önlemler, doku oksijenasyonunun, normoterminin, kanama ve pıhtılaşma yönetiminin, beslenmenin, sıvı alımının sağlanması gibi başlıklar altında kanıta dayalı öneriler incelenmiştir. Kanıta dayalı uygulamalar cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlığı, ameliyat sırası, sonrası komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin sağlanmasında en etkili adımlardır. Bu sebeple olumlu bakım sonuçlarına ulaşılması için kanıta dayalı bakım önerileri uygulamalarımıza rehber olmaktadır. Bu derlemede, "Medline, Cochrane Library, PubMed, Clinical Key, OVID, Science Direct, ULAKBİM" veri tabanlarında "Cerrahi", "Acil Cerrahi", "Rehber", "Kanıt Dayalı Uygulama" anahtar kelimelerin taranması ile acil cerrahi hastasının ameliyata hazırlığında kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir.

Evidence-Based Practices in Preparing Emergency Surgery Patient for Operation

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 29.09.2022 Accepted: 01.09.2023 Published: 25.04.2025 Keywords Emergency, Surgery, Nursing, Evidence Based Practices.	Emergency surgery demands a more meticulous and expedited approach compared to other surgical procedures, especially concerning diagnosis and treatment process. In planned surgery, the pre-operative examination, imaging and diagnosis processes can be systematically coordinated. However, in cases requiring emergency surgery, there is minimal time available for many treatment and care practices. As a result, when assessing the level of evidence according to the American College of Chest Physicians classification for the care of emergency surgery patients, the first strong recommendation is to promptly transfer the patient to an appropriate trauma hospital without delay. Reducing the time between injury and surgery is strongly advised. Additionally, evidence-based recommendations encompass various aspects such as damage control surgery, hemostatic measures, tissue oxygenation, normothermia, bleeding and coagulation management, nutrition, and fluid intake. Employing evidence-based practices is paramount in the preoperative preparation of surgical patient, as it aids in preventing intraoperative and post-operative complications and promotes recovery. Hence, evidence-based care recommendations serve as crucial guidelines to achieve favorable care outcomes. This review provides insights into evidence-based practices for preparing emergency surgery patients for their surgical procedures. The review entails searching databases such as "Medline, Cochrane Library, PubMed, Clinical Key, OVID, Science Direct, ULAKBİM" using keywords like "Surgery", "Emergency Surgery", "Guideline", "Evidence-Based Practice" to elucidate the preparation of emergency surgery patients for their surgical intervention while offering valuable information on evidence-based practices.

To cite this article

Birer, Z. & Faydalı, S. (2023). Acil cerrahi hastasının ameliyata hazırlığında kanıta dayalı uygulamalar, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 135-146. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2024.166>

*Sorumlu Yazar: Zeliha BİRER, zeliha.birer.48@gmail.com

**Bu makale 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

GİRİŞ

Cerrahi, hastalıkları, yaralanmaları ve şekil bozuklukları ile seyreden durumları ameliyat ile tedavi etme sanat ve bilimi olarak tanımlanmaktadır (van Giersbergen, 2023a). Cerrahi, planlı ve acil cerrahi olarak iki temel gruba ayrılmaktadır. Planlı cerrahide hastayı ameliyata hazırlamak için yeterli zaman bulunmaktadır. Acil cerrahinin ameliyat öncesi hazırlığı birçok adımı atlamayı gerektirir. Ameliyat öncesi hazırlık, hastanın fizyolojik, psikolojik, yasal hazırlığı ve ameliyat öncesi eğitimi içermektedir. Örneğin, planlı cerrahide hastanın normal kilosunu korumak ya da azaltmak için aylar öncesinden hazırlık yapmak ve eğitim vermek mümkünken acil cerrahide bunu dikkate alamayız (Yazıcı, 2021). Acil durumda eğitim veya karmaşık cerrahinin açıklanması için daha az zaman vardır (Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil cerrahide hastalar kendilerini hiç bilmedikleri ameliyat ve yoğun bakım ortamında invaziv girişimlere eşlik eden ağrı ile karşı karşıya bulmaktadırlar (Aksoy, 2012). Acil cerrahide öykü alınımının hızlı ve etkili bir şekilde yapılması gerekmektedir (Aksoy, 2012; Yavuz, 2011).

Acil cerrahi, planlı cerrahi ile karşılaştırıldığında, fizyolojik düzensizlik ile başvuran hastalarda tanı, optimizasyon ve müdahale açısından hazırlık için ayrılabilen sürenin kısa olması sebebiyle, ameliyat sonrası olumsuz sonuçlar ve artan riskler ile güçlü ilişki bulunmuştur (Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil cerrahi hastalarında antibiyotik profilaksisi geç yapıldığı için ameliyat sonrası sepsis fazla orandadır (Durmaz Edeer ve ark., 2018). Acil cerrahi hastaları, tıbbi hatalar ve komplikasyonlar açısından daha yüksek risk altındadır. Elektif olarak aynı prosedür uygulanan hastalara kıyasla acil cerrahi hastalarının mortalite olasılığının sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Lyu ve ark., 2018). Leblebici ve arkadaşları (2020) acil cerrahi hastalarının planlı cerrahi hastalarına göre daha uzun süre hastanede yattıklarını, enfeksiyon, sepsis varlığı özellikle mortalite oranının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Leblebici ve ark., 2020). Ayrıca günümüzde hastalar ameliyat sabahı hastaneye gelmekte ve anestezi sonrası bakım ünitesinde anestezinin etkisinden iyileşerek evlerine dönebilmektedir. Yoğunlukla hastanede kalması gereken cerrahi hastalar, akut hastalar, büyük cerrahi geçiren hastalar, acil cerrahi gerektiren hastalar ve eş zamanlı kronik sağlık sorunu bulunan hastalardır. Acil cerrahi hastaları hastane de yatış süresi ve bakım gereksim ihtiyacı yoğun olan hasta grubudur (van Giersbergen, 2023b).

Acil cerrahi çeşitli tanılarla karşımıza çıkmaktadır ve vakalar, genellikle gastrointestinal tıkanıklık (akut karın) ve travmalardır (Uludağ ve ark., 2021). Nadiren de yoğun bakım ve kliniklerde postoperatif komplikasyon yaşanan vakalar acil cerrahi olarak sınıflandırılmaktadır. Bu vakalar yara açılması ve kanama sebebi ile acil cerrahiye alınabilmektedir (Yazıcı, 2021). Bu derlemede kanıta dayalı uygulamalar ve rehberler incelenmiş acil cerrahi hastasının ameliyata hazırlığında önemli noktaları vurgulamak amaçlanmıştır.

HASTANE ÖNCESİ ACİL CERRAHİ HASTASI YÖNETİMİ

Hastane öncesi acil durum yönetiminin ilk adımını ilk yardım uygulamaları oluşturmaktadır. Acil cerrahi gerektiren yaralanma/travma hastaları ilk yardıma ihtiyaç duyarlar. Hastanın güvenliği sağlandıktan sonra, solunum yolu açıklığı, solunum ve dolaşımının kontrolü yapılır ve acil yardım (112) istenir. Özellikle travma hastalarının doğru tanınması, tespiti ve taşınması cerrahi girişimin gereksinimini ve başarısını etkileyecektir. Hasta kusuyor ise solunum yolu tıkanıklığını önlemek için baş, boyun ve vücut bir bütün olarak döndürülmelidir. Kırık ve çıkık durumlarında uygun tespit işlemi yapılarak acil servise başvurulur. Acil cerrahi hastalarında sık görülebilecek olan kanamanın ilk yardım uygulamalarını özetlersek; direkt basınç, basınçlı bandaj, elevasyon son olarak yaranın yakınındaki artere bası ile kısa sürece gelişecek olan şok ve mortalite engellenebilecektir (Yavuz ve ark., 2012). Hastanın acil servise naklinden önce cerrahi gereksinimi belirlenebilirse, 112 Komuta kontrol Merkezi'nin yönlendirmesi doğrultusunda doğru hastaneye ve gerekli işlemi

yapabilecek cerrahi ekibe zamanında erişimi mümkün olabilir (Kıdak ve ark., 2009). Olay sonrası cerrahi işlem için geçen sürenin kısaltılmasının hasta sonuçlarına olumlu etkisi olduğu ilk tavsiye edilen güçlü kanıtlardandır (Rossaint ve ark., 2010).

ACİL SERVİSTE CERRAHİ HASTASINI DEĞERLENDİRME

Acil serviste acil cerrahi hastası ameliyat öncesi değerlendirme resüsitasyon ile aynı anda gerçekleşebilir. Acil ameliyat travmaya bağlı ise, tüm yaralanma bölgelerini belirlemek için hasta hızlı bir şekilde görsel açıdan incelemesi yapılır. Travma hastasına müdahale, Amerikan Cerrahlar Birliği tarafından geliştirilen İleri Travma Yaşam Desteği (Advanced Trauma Life Support [ATLS]) ilkelerine göre, birinci değerlendirme, hızlı resüsitasyon, ikinci değerlendirme (daha ayrıntılı ve geniş), tanısal tetkikler ve yönlendirme/sonuçlandırma, aşamalarından oluşmaktadır (Galvagno ve ark., 2019). Birincil değerlendirme sonucu acil serviste hastanın yaşamını tehdit eden durum belirlenip hızlıca tedavisi başlanır. Hastanın hava yolu açıklığı (servikal immobilizasyon birlikte), dolaşım durumu ve solunumu değerlendirilip, hemen resüsitasyona başlanır. Hastanın nörolojik durumu değerlendirilir. Hastanın giysilerinin çıkartılması ve travma maruziyetine bağlı olası yaralanmaların belirlenmesi açısından hastanın tüm vücudunun sistematik olarak değerlendirilmesi gereklidir (Galvagno ve ark., 2019; Türkmen ve ark., 2020). İkincil değerlendirmede sistem muayenesi yapılırken vital bulguları alınır kaydedilir. Bununla birlikte baştan ayağa muayenesi gerçekleştirilerek ek yaralanma ve kırıklar belirlenir tedavisi planlanır (Türkmen ve ark., 2020). Ameliyat öncesi hazırlık için bilinci kapalı ise hastanın ailesinden bilgilendirilmiş onam, tıbbi geçmiş ve allerjiler gibi temel konularda bilgi alınmalıdır (Dolgun ve Özsoy, 2023). Hasta veya yakınına “Cerrahi bakım sürecini en çok etkileyen semptomları nedir?”, “Allerjisi var mıdır?”, “Kullandığı düzenli ilaçlar (son aldığı saat ile kayıt)?”, “Öyküde hastalık ya da cerrahi girişim var mıdır?”, “Son oral alım saati kaçtır?”, “Yaralanma varlığı söz konusu mudur?” vb. soruları yöneltmek gerekmektedir (Eti Arslan ve Şen, 2021; Yazıcı, 2021).

Triyaj

Acil servis hasta başvurularının yoğun olduğu alanlardan biridir. Yoğunluğu bu kadar fazla olan bir serviste triyajın ve triyaj sonuçlarına göre acil hizmet sunumunun planlanmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Acil Hemşireler Derneği (Emergency Nurses Assosiation), triyaj süresini en fazla 2 ila 5 dakika olmasını önermektedir. Triyajın avantajları, hayati tehlikesi bulunan hastayı zaman kaybetmeden tanılama ve acil girişim sağlama, personel hizmetini verimli sağlama, ekip kavramına işlerlik sağlama şeklindedir. Acil cerrahi hastaları triyajda üçlü sınıflandırmalı sistemde çok acil ve ciddi olarak ele alınmaktadır (Eti Arslan ve Şen, 2021; Yazıcı, 2021).

Triyajı yapılan hastanın acil cerrahi olasılığı için hastane planlamasında ameliyathanelere acil servis erişimi olması önemlidir. Güvenli hasta bakımı için yeterli personel ve ekipman olması, planlamayı desteklemek için veri ve bilgilere erişim sağlanabilmesi gerekir. NSW Hükümeti Acil Cerrahi Rehberi ve İyileştirme İlkeleri'nin (Agency for Clinical Innovation NSW Emergency Surgery Guidelines And Principles For Improvement) Kasım 2021 yılında yayınlanan rehberinde bazı anahtar konular açıklanmıştır. Bunlardan bazıları; acil cerrahi hastaları için hastane organizasyonunun sağlanması, öngörülebilirliği en üst düzeye çıkarmak için acil cerrahi iş yüklerinin düzenli olarak ölçülüp, gözden geçirilmesi, acil ameliyat kapasitesinin belirlenmesi, klinik olarak uygun tanılarının saatlerinin planlanması şeklinde düzenlenmiştir. Bu rehberde göre acil cerrahi hastasının ameliyatına kadar hazırlıkla geçirilebilecek saat önerileri aşağıdaki Tablo 1 de verilmiştir (NSW Government Guideline, 2021).

Tablo 1*Acil Cerrahinin Sınıflandırılması*

Kategori	Öncelik	Maximum Zaman Aralığı
A	Hayati Tehlike (Tıkanıklık İçeren)	1 saat
B	Son Derece Kritik (organ/ uzuv tehdit edici)	2 saat
C	Kritik	4 saat
D	Acil	8 saat
E	Yarı Acil	24 saat
F	Acil Değil	72 saat

Güvenli Transport

Acil servislerde ve yoğun bakımda hasta güvenliği önemli bir husustur. Güvenli transportun amacı, hastanın zarar görmeden medikal tedavisinin devam etmesidir. Bunun için doğru hasta, doğru zamanda, doğru kişilerle, doğru yere, doğru nakil şekli ile transfer edilmelidir. Eğitimli personel, uygun ekipman, standart protokoller ve kontrol listelerinin kullanılması istenmeyen durumların sıklığını etkin bir şekilde azaltmaktadır. Hasta transportunun güvenli olmasını sağlamak için acil ve yoğun bakım dernekleri rehberler yayınlamıştır (Salt ve ark., 2020). Ameliyatın gecikmesi, cerrahi acilleri olan hastalarda sonucu etkilemektedir. Sınırlı ameliyathane kapasitesi ve elektif cerrahi ile rekabet, kabul edilemez gecikmelere neden olabilir (Uranues ve Lamont, 2008). Acil hemşirelerinin hasta transportu temel alınan çalışmalarda, acil durumlarda oluşan karışıklık göz önüne alındığında yazılı protokollerin olmaması, transfer sırasında oksijen kaynağının tükenmesi, yanlış nakil hedefi gibi olumsuzluklar göz önüne alındığında, yazılı nakil protokollerinin ve kontrol listelerinin uygulanması şiddetle tavsiye edilmiştir (Hu ve ark., 2021; Mlcak ve ark., 2018; Sharafi ve ark., 2020).

ACİL CERRAHİ HASTASININ TEDAVİSİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Acil Cerrahi hastasının tedavi ve bakım uygulamaları için Amerikan Göğüs Hastalıkları Koleji'nin (American College of Chest Physicians) kanıt sınıflanmasına göre oluşturulan rehber (Tablo 2) (Rossaint ve ark., 2010) ve Kraliyet Anestezistler Koleji'ne (The Royal College of Anaesthetist) (<https://rcoa.ac.uk/gpas/chapter-5>) ait rehber (Tablo 3) bulunmaktadır.

Acil Cerrahi hastası için kanıt sınıflandırılmaları Amerikan Göğüs Hastalıkları Koleji'nin yaptığı kanıt düzeyi şu şekildedir;

- 1A güçlü öneri, yüksek kalite kanıt
- 1B güçlü öneri, ılıman kanıt
- 1C güçlü öneri, düşük/çok düşük kalite kanıt
- 2A zayıf öneri / yüksek kalite kanıt
- 2B zayıf öneri / orta kalite kanıt
- 2C zayıf öneri /çok düşük kalite kanıt (Guyatt ve ark., 2006).

Tablo 2

American College of Chest Physicians'in Kanıt Sınıflanmasına göre Yapılan Çalışmadaki Kanıta Dayalı Uygulamalar (Rossaint ve ark., 2010)

Travma Önerileri	Kanıt Düzeyi	Öneri Düzeyi
İlk resusitasyon ve kanamanın önlenmesi		
Ağır yaralı hastaların hızlı bir şekilde uygun bir travma merkezine nakledilmesi	1A	Güçlü
Acil cerrahiye ve kanama kontrolüne ihtiyaç duyan hastalarda yaralanma ile ameliyat arasında geçen sürenin en aza indirilmesi	1C	Güçlü
Açık ekstremitte yaralanmalarından kaynaklanan hayatı tehdit eden kanamayı, durdurmak için ameliyat öncesi turnike kullanılması	1C	Güçlü
Kanama takibi		
Yaralanma mekanizması, hasta fizyolojisi, anatomik yaralanma modeli ve hastanın ilk resusitasyona verdiği yanıtı göre hekimin, travmatik kanamanın boyutunu klinik olarak değerlendirmesi	1C	Güçlü
Ventilasyon		
Yakın bir serebral herniasyon belirtisi yoksa travma hastalarının normoventilasyonu	1C	Güçlü
Acil müdahale		
Hemorajik şok ve tespit edilmiş bir kanama kaynağı ile başvuran hastaların, ilk resusitasyon önlemleri başarılı olmadığında hemen bir kanama kontrol prosedürünün uygulanması	1B	Güçlü
Hemorajik şok ve tanımlanamayan bir kanama ile başvuran hastaların hızlı ve ayrıntılı incelenmesi	1B	Güçlü
Görüntüleme		
Önemli düzeyde serbest karın içi sıvısı ve hemodinamik dengesizliği olan hastalara acil müdahale edilmesi	1A	Güçlü
Gövde kanaması ve yüksek riskli yaralanma şüphesi olan, hemodinamisi stabil hastalarda BT kullanılarak daha fazla değerlendirme yapılması	1B	Güçlü
Hematokrit		
Kanama için laboratuvar belirtici olarak sadece Hct ölçümlerinin kullanılmaması	1B	Güçlü
Serum laktat ve baz açığı		
Kanama ve şokun boyutunu tahmin etmek ve izlemek için hassas testlerden hem serum laktat hem de baz eksikliği ölçümleri yapılması	1B	Güçlü
Pıhtılaşma izleme		
Travma sonrası koagülopatiyi saptamak için rutin uygulamanın INR, APTT, fibrinojen ve trombosit ölçümlerinin yapılması	1C	Güçlü
Kanamanın hızlı kontrolü		
Hemorajik şokta pelvik halka bozulması olan hastaların hızlıca pelvik halka kapatma ve stabilizasyonlarının sağlanması	1B	Güçlü
Stabilizasyon ve cerrahi		
Yeterli pelvik halka stabilizasyonuna rağmen devam eden hemodinamik instabilitesi olan hastalara erken preperitoneal tampon, anjiyografik embolizasyon ve/veya cerrahi kanama kontrolü yapılması	1B	Güçlü
Hasar kontrol cerrahisi		
Derin hemorajik şok, devam eden kanama belirtileri ve koagülopati ile başvuran ağır yaralı hastada hasar kontrol cerrahisinin uygulanması	1C	Güçlü
Lokal hemostatik önlemler		
Topikal hemostatik ajanların diğer cerrahi önlemlerle birlikte veya parankimal yaralanmalarla ilişkili venöz veya orta derecede arteriyel kanama için tamponla birlikte kullanılması	1B	Güçlü

Doku Oksijenasyonu, Sıvı ve Hipotermi Tedavisi Önerileri		
Volüm yerine koyma		
Beyin hasarı olmaksızın travmayı takiben ilk aşamada majör kanama durdurulana kadar 80 ile 100 mmHg hedef sistolik kan basıncının sağlanması	1C	Güçlü
Normotermi		
Normotermiyi elde etmek ve sürdürmek için ısı kaybını azaltmak ve hipotermik hastayı ısıtmak için önlemlerin erken uygulanması	1C	Güçlü
Kanama ve pıhtılaşma yönetimi		
7 ila 9 g/dl hedef hemoglobin (Hb)	1C	Güçlü
Kalsiyum		
Yoğun transfüzyon sırasında iyonize kalsiyum düzeylerinin izlenmesi	1C	Güçlü
Pıhtılaşma desteği		
Pıhtılaşmayı desteklemek için izleme ve önlemlerin mümkün olduğunca erken başlatılması	1C	Güçlü
Taze donmuş plazma		
Masif kanaması olan hastalarda çözölmüş TDP ile erken tedavi	1B	Güçlü

*(Rossaint ve ark., 2010).

Tablo 3

Acil Cerrahi Hastasında Acil Anestezi Hizmetlerinin Sağlanması için Kılavuz İlkeler 2022

Kapsam	Kanıt Düzeyi	Öneri Düzeyi
Organizasyon Yönetim		
Acil cerrahi hastaları için üst düzey bakımı da içeren yeterli postoperatif yatak sağlanmalıdır.	GPP	Güçlü
Acil durumlarda hızlı ve etkili iletişim çok önemlidir. İletişim stratejileri, akıllı telefonlar gibi teknolojilerin kullanımını ve değerlendirme, tavsiye gibi standartlaştırılmış metodoloji dikkate alınmalıdır.	GPP	Güçlü
Acil durum iş yükünün günlük yönetimi		
Acil operasyon listesi, hasta mahremiyeti ilkeleri dahilinde acil yük ve kaynak gereksinimleri konusunda ortak bir bilinç oluşturacak şekilde tüm tıbbi ve ameliyathane personeli tarafından kolayca erişilebilir olmalıdır.	GPP	Güçlü
Acil hasta rezervasyon sistemi		
Preoperatif hazırlığa ilişkin bilgilerin belgelenmesi ve iletilmesi esastır. Elektronik sistemler, bilgilerin ulaşılmasını ve paylaşılmasını sağlamak, risk tanımlamasını desteklemek ve verilerin toplanmasını, denetim ve araştırma amaçları için kullanılabilir olmasına izin vermek için düşünülmelidir.	GPP	Orta
Elektif olmayan/acil cerrahinin önceliklendirilmesi		
Cerrahi acilleri olan hastaları triyaj yapmak için yerel sistemler mevcut olmalıdır.	GPP	Güçlü
Elektif olmayan vakaların klinik aciliyete göre önceliklendirilmesini açıklayan yerel olarak kabul edilmiş bir politika olmalıdır.	GPP	Güçlü
Vakaların klinik aciliyetlerine göre önceliklendirilmesi tek bir uzmanlık alanının tek alanı değildir. Farklı cerrahi gruplar, anesteziistler ve bazı durumlarda yoğun bakım arasında tartışmayı içeren bir ekip yaklaşımı gerektirir.	GPP	Orta
Acil vakaların aciliyeti açık ve net bir şekilde kodlanmalıdır.	C	Güçlü

Preanesteziik değerlendirme		
Acil hastanın preanesteziik değerlendirme ve hazırlanması birçok açıdan elektif hastadan farklıdır. Örneğin; hastalığın ciddiyeti, hastanın değişken durumu ve acil durumda çalışılması gerekliliği nedeni ile anesteziistlerin seviyeleri ve kıdemleri, hastanın ameliyatla ilişkili risklerine uygun anestezi öncesi planlama ve değerlendirmeyi mümkün kılmak için yeterli olmalıdır. Bu, kurumsal bir mortalite ve morbidite riski değerlendirmesi yapılarak güçlendirilmelidir.	C	Güçlü
Ameliyat öncesi		
Hastaların (özellikle de çok yüksek risk altındakilerin) ameliyat öncesi değerlendirilmesinde uzmanlıklar arası tavsiyeyi içeren çok disiplinli bir ekip yaklaşımından yararlanılabilir. Deliryum, akut böbrek hasarı, diabetes mellitus ve iskemik kalp hastalığı gibi durumlar için uygun tıbbi uzmandan erken konsültasyon talep edilmelidir.	C	Güçlü
Onam süreci ve ameliyat edip edilmeyeceğine ilişkin kararlar da tedavi planları, acil bakımın zaman kısıtlamaları dahilinde hastaya hangi risklerin, faydaların ve alternatiflerin açıklandığı not edilerek net bir şekilde belgelendirilmelidir.	C	Güçlü
Acil cerrahi hastasının cerrahiye beklerken klinik durumundaki herhangi bir değişikliği tıbbi personele bildirecek bir sistem mevcut olmalıdır.	C	Güçlü
Gerekirse stabilizasyon ve optimizasyon için kritik durumdaki hastanın seviye 2 ve/veya seviye 3 bakım tesislerine ameliyat öncesi kabulü sağlanmalıdır.	C	Güçlü
Acil cerrahi için anestezi öncesi açlık süreleri ulusal yönergelere uygun olmalıdır.	C	Güçlü
Postoperatif planlama kılavuzları, parenteral destek için enteral erişimin veya vasküler erişimin kolaylaştırılması beslenme planlarını içermelidir.	C	İlman
Hasta bilgilendirme/Onam		
Hastanın verilen bilgileri anlayıp anlamadığının değerlendirilmesi dikkate alınmalıdır. Açıklama sonunda hastalara soruları olup olmadığı sorulmalıdır. Bu tür sorular tam olarak ele alınmalı ve ayrıntılar kaydedilmelidir. Zaman varsa, hastanın akraba(lar)ı ve/veya bakıcı(lar)ının varlığında yapılması daha iyi olur. Acil bir durumda bu mümkün olmadığında, kararların en yakın akrabaya iletilmesi düşünülmelidir.	C	Orta
Bilgilendirilmiş onam, prosedürün yararlarını ve risklerini, mevcut alternatif seçenekleri ve hiçbir şey yapmama seçeneğini dikkate almalıdır. Acil cerrahi geçiren hastaların bu bilgileri değerlendirmeleri için kısıtlı süre göz önüne alındığında, mümkün olan en kısa sürede onam verilmelidir.	C	Güçlü
Dişabet yönetimi		
Ciddi komplikasyon riski ve sıvı, elektrolit ve insülin tedavisinin titiz yönetimini gerektirebilecek acil diyabetli hastalar 7/24 yönetilebilmelidir.	C	Güçlü
Hastaneler, diyabetli acil cerrahi hastasının erken teşhisini teşvik edecek mekanizmalara sahip olmalıdır.	C	Güçlü
Acil cerrahiye ihtiyaç duyulan diyabetli hastalar, multimorbidite ve polifarmasi açısından değerlendirilmeli ve açlık ve cerrahi stres dönemlerinde diyabetlerini yönetmek için kişiselleştirilmiş açık bir plan olmalıdır. Hastaneler, kıdemli anestezi personeli ve uzman diyabetik tıp ve hemşirelik personelinin katılımı ile bu hastaların multidisipliner bir incelemesini düşünmelidir.	GPP	Orta
Hastanelerin, değişken oranlı intravenöz insülin infüzyonlarının güvenli kullanımına ilişkin açık politikaları olmalıdır.	GPP	Güçlü

*The Royal of College of Anaesthetist' in Acil Cerrahi Hastasının Hazırlığında Kanıta Dayalı Uygulamalar (7.02.2023'de Güncellenmiş) (<https://rcoa.ac.uk/gpas/chapter-5>).

*GPP: Rehberi geliştiren grubun görüşü.

*Kanıt Düzeyi (C): Uzmanların görüş birliği ve/veya küçük çalışmalar, retrospektif çalışmalar ve kayıtlardan elde edilen bilgi

Acil cerrahi gerekliliği değerlendirilen hastalar, ameliyathaneye gönderilmeden önce ameliyathane ekibine bilgi verilir ve ekip hasta için gerekli malzemeleri hazırlar. Hastaların kan grupları belirlenir ve ihtiyaç duyulabilecek kan hazır bulundurulur. Acil cerrahi esnasında, klinik muayene, monitörizasyon, laboratuvar bulguları ve sıvı elektrolit değerlendirilmesi yapılır (Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil cerrahi hastasının ameliyata hazırlığının tüm aşamalarında hemşirenin etik ilkeler doğrultusunda araştırmacı, eğitici, yönetici, karar verici ve savunucu rolleri ile bütünleştirerek ve kanıta dayalı rehber önerilerini dikkate alarak bakımı yönetmesi önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil cerrahi ile başvuran hastalar daha çok bakım ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta grubudur. Ameliyata hazırlıkla çok az zaman bulunmaktadır. Bu sebeple acil cerrahi yaklaşımı multidisipliner olmalıdır ve bütüncül bakım sağlanması için bu gereklidir. Acil cerrahi hastalarının mortalite oranı daha yüksektir. Kanıta dayalı önerilerin dikkate alınması bu hastaların tedavi ve bakım uygulamalarının güvenilir ve etkili bir şekilde yönetilebilmesine katkı sağlayacaktır. Acil cerrahi hastasının hemşirelik bakımı hakkında sınırlı kaynak bulunmaktadır bu nedenle hemşirelik alanında çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

SINIRLILIKLAR

Konu ile ilgili ulaşılabilen mevcut kaynaklardan faydalanılması ve bu kaynakların verilerinin kullanılması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Etik Onay

Çalışmanın, hazırlık, bilgi sunumu, literatür tarama, yazım olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel ve etik kurallara uygun davranılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan tüm veri ve bilgilerde kaynak gösterimine dikkat edilmiş ve çalışma Commite on Publication Ethics (COPE)'in tüm şartlarına uygun ve Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi gözetilerek yapılmıştır.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Tasarım: Z.B., S.F., Literatür tarama: Z.B., S.F., Yazma: Z.B., S.F.

KAYNAKLAR

- Aksoy, G. (2012). Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde G. Aksoy., N. Kanan., N. Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. (s 257-298). Nobel Tıp Yayınevi.
- Dolgun, E., & Özsoy, H. (2023). Aşırı Şişman, Acil, Yaşlı, Çocuk Hastaların Cerrahi Süreçte Bakımı. İçinde M. Yavuz van GIERBERGEN (Ed). Cerrahi Hemşireliği. (s 262-263). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Durmaz Edeer, A., Sarıkaya, A., & Baksi A. (2018). Ameliyat Öncesi Dönem Hasta Hazırlığında Hemşirelik Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(4),330-43 <https://doi.org/10.5336/nurses.2018-60607>
- Eti Arslan, F., & Şen, S., (2021). Hastane Öncesi Travma Organizasyonu. İçinde F. Eti Arslan & N. Olgun (Ed.), Acil Bakım (s 223-297). Akademisyen Yayınevi.
- Galvagno, S. M., Nahmias, J. T., & Young, D. A. (2018). Advanced Trauma Life Support. Management and Applications for Adults and Special Populations. *Anesthesiology Clinics*, 37(1), 13-32. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.09.009>
- Guyatt, G., Gutterman, D., Baumann, M. H., Addrizzo-Harris, D., Hylek E. M., Phillips, B., Raskob, G., Lewis Sandra, Z., & Schünemann, H. (2006). Grading Strength of Recommendations and Quality of Evidence in Clinical Guidelines: Report From an American College of Chest Physicians Task Force. *Chest*, 129(1),174-181. <https://doi.org/10.1378/chest.129.1.174>
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients. A survey of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 26(5),326-332. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Kıdak, L., Keskinoglu, P., Sofuoğlu, T., & Ölmezoglu, Z. (2009). İzmir İlinde 112 Acil Ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(3). <https://124.im/wtnWL>
- Leblebici, M., Akay, T., Eren, T., Ekinici, Ö., & Alimoğlu, O., (2020). Genel cerrahi hastalarında hastane içi mortalite vakalarının retrospektif olarak incelenmesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 5(8), 8-14. <https://doi.org/10.46648/gnj.85>
- Lyu, H. G., Najjar, P., & Havens, J. M. (2018). Past, present, and future of emergency general surgery in the USA. *Acute medicine & surgery*, 5(2), 119-122. <https://doi.org/10.1002/ams2.327>
- Mlcak, R. P., Buffalo, M. C., & Jimenez, C. J. (2018). Prehospital management, transportation, and emergency care. *Total burn care*, 58-65. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47661-4.00007-1>
- NSW Government Guideline, (2021). NSW Emergency Surgery Guidelines And Principles For Improvement. https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2021_007.pdf
- Rossaint, R., Bouillon, B., Cerny, V., Coats, T. J., Duranteau, J., Fernández-Mondéjar, E., Hunt, B. J., Komadina, R., Nardi, G., Neugebauer, E., Ozier, Y., Riddez, L., Schultz, A., Stahel, P. F., Vincent, J., & Spahn, D. R. (2010). Management of bleeding following major trauma: An updated European guideline. *Critical Care*, 14(2), R52. <https://doi.org/10.1186/cc8943>
- Salt, O., Akpınar, M., Sayhan, M. B., Örs, F. B., Durukan, P., Baykan, N., & Kavalcı, C. (2020). Intrahospital critical patient transport from the emergency department. *Archives of Medical Science*, 16(2), 337-344. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.79598>
- Sharafi, R. A., Ghahramanian, E., Sheikhalipur, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in critical care*, 26(4), 244-252. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- The Royal College of Surgeons. Guidelines for the Provision of Emergency Anaesthesia Services (2022). <https://rcoa.ac.uk/gpas/chapter-5>
- Türkmen, A., Yılmaz Dünder, G., & Akyolcu, N. (2020). Acil servislerde görülen ortopedik travmalar ve hemşirelik bakımı. *JAREN*, 6(2),375-380. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.88700>
- Uludağ, S. S., Güleriyüz, B., İpekci, A., Zengin, A. & Özçelik, M. (2021). Analysis of general surgical consultations requested from the emergency department in the period of pandemic and non-pandemic. *Konuralp Medical Journal*, 13(1), 11-17. <https://doi.org/10.18521/ktd.767493>
- Uranues, S., & Lamont, E. (2008). Acute care surgery: The European model. *World Journal of Surgery*, 32(8), 1605-1612. <https://doi.org/10.1007/s00268-008-9501-4>

- Van Giersbergen, M. Y. (2023a). Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. İçinde M. Yavuz van GIERBERGEN (Ed). Cerrahi Hemşireliği. (s 2-3). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Yavuz, M. (2011). Ameliyat Öncesi Dönem. İçinde A. Karadakovan & F. Eti Arslan (Ed). Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım. (s 261-280). Nobel Kitapevi.
- Yavuz, M., Demir Korkmaz, F., & Özbayır T. (2012). Temel İlk Yardım Kitabı. (s 52 -55)
- Yazıcı, G. (2021). Acil Cerrahide Bakım. İçinde M. Karadağ & H. Bulut (Ed). Cerrahi Hemşireliği: Kavram Haritası ve Akış Şemalı. (s 1019-1023). Vize Yayıncılık.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Surgery is divided into two basic groups: planned and emergency surgery. In planned surgery, there is sufficient time to prepare the patient for the procedure. However in, emergency surgery, preoperative preparation often necessitates skipping many steps. Emergency surgery has significant differences in terms of planning and preparation.

Material and Methods: This review aims to emphasize the important points in the preparing emergency surgery patient by summarizing evidence-based practices and guidelines. We utilized the keywords “Surgery”, “Emergency Surgery”, “Guideline, and “Evidence Based Practice” in English and Turkish between 2021- 2022. Our databases included Medline, Cochrane Library, PubMed, Clinical Key, OVID, Science Direct, ULAKBİM.

Findings: We examined evidence-based guidelines from two institutions, namely the American College of Chest Physicians (Rossaint et al., 2010) and the Royal College of Anaesthetist, for the care practices and treatment of emergency surgery patients. Emergency surgery patients are classified as very urgent and serious in the triple classification system in triage. Emergency surgery demands greater attention to detail and swiftness compared to other surgical procedures, both in terms of diagnosis and treatment. In planned surgery, all pre-operative examination, imaging, and diagnosis stages can be carried out systematically. However, in cases requiring emergency surgery, there is often insufficient time for many treatment and care practices. Therefore, when examining the level of evidence according to the classification of the American College of Chest Physicians for the care of emergency surgery patients, the first strong recommendation is to promptly refer the patient to an appropriate trauma hospital. Minimizing the time between injury and surgery is strongly recommended. Evidence-based recommendations were examined under the headings of damage control surgery, hemostatic measures, tissue oxygenation, normothermia, bleeding and coagulation management, nutrition, and fluid intake. These recommendations begin with difference in the patient's physical and psychosocial preparation for emergency surgery. Achieving a target systolic blood pressure of 80 to 100 mmHg until major bleeding stops in the first stage following trauma without brain damage appears is supported by strong evidence. Early implementation of measures to reduce heat loss and warm the hypothermic patient to achieve and maintain normothermia has been established as strong evidence. There is strong evidence in the Royal College of Anaesthetists' "Evidence-Based Practice Guide to Patient Preparation for Emergency Surgery. Adequate postoperative bed preparation, organization and management, including senior care, was identified as a strong recommendation to ensure the timely discharge of patients from operating room recovery areas. In addition, fast and effective communication is crucial in emergency situations. Communication strategies should incorporate the use of technologies such as smartphones and standardized methodologies, such as assessment and advice. In particular, the guide emphasizes the importance of clearly designating the urgency of emergencies and coding them as strong evidences. Treatment plans, which include all pre-operative decisions regarding the consent process and whether to proceed with the surgery, should be meticulously documented, highlighting the risks, benefits, and alternatives explained to the patient within the time constraints of emergency care. It is strongly recommended that pre-anesthesia fasting times comply with national guidelines for emergency surgery (<https://rcoa.ac.uk/gpas/chapter-5>).

Discussion: In emergency surgery, history-taking should be conducted swiftly and efficiently (Aksoy, 2012; Yavuz, 2011). It has been reported that preoperative education, considered the most crucial intervention by surgical nurses, lead to reduction in anxiety levels, sedative usage, post-surgery complications, and shortens the discharge duration (Eti Arslan and Şen, 2021). This situation is often overlooked during emergency intervention. In emergency surgery, patients often confront the pain associated with invasive procedures in an operating and intensive care environment that is unfamiliar to them (Aksoy, 2012). In emergency surgery patients, there is an elevated risk of post-operative sepsis due to delayed antibiotic prophylaxis (Durmaz Edeer et al., 2018). Emergency surgery patients face a significantly elevated risk of medical errors and complications. Research indicates that emergency surgery patients are eight times more likely to die when compared to patients who undergone the same procedure electively. This cohort encompasses a diverse group of patients with a high incidence of mortality and complications (Lyu et al., 2018). Additionally, Leblebici et al. (2020) observed that emergency surgery patients experienced longer hospitalizations than planned surgery patients, with a notably higher prevalence of infection and sepsis, particularly leading to a higher mortality rate (Leblebici et al., 2020). Ensuring safe patient care necessitates having sufficient personnel and equipment, as well as access to data and information to support planning. Several critical issues are outlined in the “NSW Emergency Surgery Guidelines

And Principles For Improvement”, published by the agency for Clinical Inovation in November 2021. These include establishing hospital organization tailored to the needs of emergency surgery patients, routinely measuring and reviewing emergency surgery workloads to enhance predictability, determining emergency surgery capacity, and scheduling clinically appropriate diagnoses.

Conclusion and Suggestions: Patients requiring emergency surgery constitute a group in need of extensive care and treatment. Time is often limited for preoperative preparation in these cases. Therefore, adopting a multidisciplinary approach to emergency surgery is crucial to delivering comprehensive care. Emergency surgery patients face an elevated mortality rate, underscoring the importance of adhering to evidence-based recommendations to ensure dependable and effective treatment and care practices of these individuals. Given the scarcity of resources concerning the nursing care of emergency surgery patients, further studies in the field of nursing are warranted.