Β2. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΙΝΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Β2.Α. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΕΙ;

ΠΕΤΡΟΣ ΠΑΠΠΑΣ

Αναισθησιολόγος – Εντατικολόγος – Επιμελητής Α'- ΜΕΘ ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά

Η θνητότητα από μετεγχειρητικές επιπλοκές κατατάσσεται πλέον από τον ΠΟΥ στις πρώτες θέσεις των αιτιών θανάτου, πάνω από τα τροχαία ατυχήματα και τον σακχαρώδη διαβήτη. Στην Ευρώπη οι θάνατοι απο μετεγχειρητικές επιπλοκές υπολογίζονται σε 3-12.000.000 ανά έτος. Παρότι δεν υποστηρίζεται από ατράνταχτα δεδομένα, η μετεγχειρητική παρακολούθηση των υψηλού κινδύνου χειρουργικών ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θεωρείται μείζονος σημασίας για την πρόληψη, πρώιμη αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη μείωση της μετεγχειρητικής θνητότητας.

Μπορεί να προγραμματιστεί η μετεγχειρητική εισαγωγή στη ΜΕΘ; Από τη μία πλευρά βρίσκεται η διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ: Οι κλίνες ΜΕΘ είναι ένα πολύτιμο "αγαθό": υπάρχουν βέβαια κριτήρια εξόδου ασθενών από τη ΜΕΘ, αλλά το δύσκολο κομμάτι αφορά στη διάθεση κλίνης σε προγραμματισμένο μετεγχειρητικό ασθενή, ενώ παράλληλα υπάρχουν εντός του υγειονομικού σχηματισμού (ή προσέρχονται σε αυτόν) ασθενείς που δυνητικά μπορεί να επιδεινωθούν και να χρειάζονται νοσηλεία στην ίδια ΜΕΘ.

Από την άλλη πλευρά βρίσκεται η αναγνώριση και επιλογή (triage) των ασθενών που πρόκειται να ωφεληθούν από τη μετεγχειρητική τους παραμονή στη ΜΕΘ και η οποία συνιστά πρόκληση για την περιεγχειρητική ιατρική ομάδα και οδηγεί αναπόφευκτα σε ανισότητα στην κατανομή πόρων. Μελέτες δείχνουν ότι το triage προεγχειρητικά υποεκτιμά την ανάγκη για μετεγχειρητική νοσηλεία στη ΜΕΘ, πράγμα που οδηγεί σε έμμεση (καθυστερημένη) εισαγωγή στη ΜΕΘ μετεγχειρητικών ασθενών, με σημαντικό αντίκτυπο στη θνητότητα της ομάδας αυτής. Από την άλλη, πολλές μετεχειρητικές εισαγωγές στη ΜΕΘ γίνονται μόνο για monitoring, κάτι που αυξάνει το κόστος, μειώνει τις διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ και εκθέτει τον ασθενή σε κίνδυνο από επιπλοκές σχετιζόμενες με την παραμονή στη ΜΕΘ.

Αν και υπάρχουν διεθνείς κατευθηντήριες οδηγίες για την εισαγωγή ασθενών σε ΜΕΘ, δεν υπάρχουν σαφείς αναφορές στους μετεγχειρητικούς ασθενείς, ιδίως για τον προεγχειρητικό προγραμματισμό μίας τέτοιας εισαγωγής. Η περιεγχειρητική ομάδα λαμβάνει υπόψιν της παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την περιεγχειρητική θνητότητα του χειρουργικού ασθενή, παράγοντες προεγχειρητικούς, διεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς και, παρά την έλειψη σαφών κατευθηντήριων οδηγιών, διαχειρίζεται και κατευθύνει τον ασθενή στην κατάλληλη νοσηλευτική μονάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Taccone, P., Langer, T. & Grasselli, G. Do we really need postoperative ICU management after elective surgery? No, not any more! Intensive Care Med (2017) 43: 1037

Silva Jr. et al. SAPS 3 score as a predictive factorfor postoperative referral to intensive care unit. Ann. Intensive Care (2016) 6:42

G. Haller; Indirect admission to intensive care after surgery: what should be considered?,BJA: British Journal of Anaesthesia, Volume 118, Issue 2, 1 February 2017, Pages 153–154

H. Kehlet, M. Mythen; Why is the surgical high-risk patient still at risk?, BJA: British Journal of Anaesthesia, Volume 106, Issue 3, 1 March 2011, Pages 289–291

Nates JL et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. Crit Care Med.2016 Aug;44(8):1553-602