

*Acil Tıp Gözüyle,
Kardiyak Hastaların Bakımında Türkiye'de
Sorunlar Neler ve Ne Yapmalıyız?*

Prof. Dr. Şahin ASLAN

Atatürk Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Haziran-2014- İzmir

-
- Kardiyak hastalar
 - İskemik kalp hastalıkları
 - Hipertansiyon
 - Konjestif Kalp yetmezliği
 - Kapak hastalıkları
 - Kardiyomiyopatiler
 - Senkop
 - Tromboemboli
 -

-
- Bu konu ile ilgili birçok makale inceledim ve bazı *en*ler oluştu
 - Gündem oluşturma
 - En medyatik bölüm.....
 - Acil servislere
 - En fazla başvuru şikayet sebebi.....
 - Acil servisten
 - En fazla konsültasyon istenen bölüm.....
 - En fazla yatış yapılan bölüm.....
 - En fazla hastasını müşahade ettiğimiz bölüm.....

2010 USA: Acil Servise 130 milyon başvuru

- Göğüs ağrısına bağlı acil başvurusu: 7 milyon (%5,4)

Table 26. Twenty leading principal hospital discharge diagnosis groups for emergency department visits: United States, 2010

Principal diagnosis group and ICD-9-CM code(s) ¹	Number of visits in thousands (standard error in thousands)		Percent distribution (standard error of percent)	
All visits	...	17,239 (1,196)	100.0	...
Heart disease, excluding ischemic	391-392.0,393-398,402,404,415-416,420-429	1,100 (118)	6.4	(0.5)
Chest pain	786.5	1,001 (120)	5.8	(0.5)
Pneumonia	480-486	784 (92)	4.5	(0.4)
Ischemic heart disease	410-414.9	505 (75)	2.9	(0.4)
Cerebrovascular disease	430-438	457 (65)	2.7	(0.3)
Psychoses, excluding major depressive disorder	290-295,296.0-296.1,296.4-299	455 (76)	2.6	(0.4)
Cellulitis and abscess	681-682	368 (56)	2.1	(0.3)
Abdominal pain	789.0	344 (62)	2.0	(0.3)
Syncope and collapse	780.2	308 (57)	1.8	(0.3)
Urinary tract infection, site not specified	599.0	299 (53)	1.7	(0.3)
Chronic and unspecified bronchitis	490-491	294 (58)	1.7	(0.3)
Fractures, excluding lower limb	800-819	287 (54)	1.7	(0.3)
Fracture of the lower limb	820-829	264 (40)	1.5	(0.2)
Asthma	493	260 (56)	1.5	(0.3)
Disorder of gallbladder and biliary tract	574-576	236 (43)	1.4	(0.2)
Malignant neoplasms	140-208,209-209.36,209.7-209.79,230-234	230 (47)	1.3	(0.2)
Diabetes mellitus	249-250	225 (42)	1.3	(0.2)
Noninfectious enteritis and colitis	555-558	210 (40)	1.2	(0.2)
Anemias	280-285	209 (35)	1.2	(0.2)
Gastrointestinal hemorrhage	578	186 (37)	1.1	(0.2)
All other diagnoses ²	...	9,217 (619)	53.5	(1.2)

...Category not applicable.

¹Based on the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) (U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, Official version: International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, Sixth Edition, DHHS Pub No. (PHS) 06-1260). However, certain codes have been combined in this table to better describe the use of ambulatory care services.

²All other diagnoses includes blank and unknown diagnoses (11.1 percent).

NOTE: Numbers may not add to totals because of rounding.

SOURCE: CDC/NCHS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey.

Table 24. Disposition of emergency department visits: United States, 2010

Disposition	Number of visits in thousands ¹		Percent of visits	
	(standard error in thousands)		(standard error of percent)	
All visits	129,843	(8,216)
Admitted, transferred, or died				
Admit to this hospital	17,239	(1,196)	13.3	(0.6)
Critical care unit	2,069	(203)	1.6	(0.1)
Step-down or telemetry unit	1,622	(223)	1.2	(0.2)
Operating room	770	(109)	0.6	(0.1)
Mental health or detoxification unit	735	(110)	0.6	(0.1)
Catheterization lab	289	(78)	0.2	(0.1)
Other bed or unit	9,384	(816)	7.2	(0.5)
Unknown or blank	2,369	(311)	1.8	(0.2)
Admit to observation unit	2,652	(303)	2.0	(0.2)
Then hospitalized	1,030	(175)	0.8	(0.1)
Then discharged	1,622	(178)	1.2	(0.1)
Return/Transfer to nursing home	528	(56)	0.4	(0.0)
Transfer to psychiatric hospital	770	(104)	0.6	(0.1)
Transfer to other hospital	2,003	(191)	1.5	(0.1)
Dead in emergency department ²	240	(48)	0.2	(0.0)
Outpatient follow-up				
Return to emergency department if needed (PRN) or by appointment	44,193	(3,329)	34.0	(1.9)
Return or refer to physician or clinic for follow-up	81,281	(4,290)	62.6	(1.5)
No follow-up planned	7,431	(1,021)	5.7	(0.8)
Left prior to completing visit				
Left before triage	477	(77)	0.4	(0.1)
Left after triage	1,881	(192)	1.4	(0.1)
Left against medical advice	1,355	(126)	1.0	(0.1)
Other	828	(154)	0.6	(0.1)
Blank	523	(97)	0.4	(0.1)

...Category not applicable

¹Figure does not meet standards of reliability or precision.

²Total exceeds "All visits" because more than one disposition may be reported per visit.

³Includes less than 0.04 percent "Dead on arrival"

SOURCE: CDC/NCHS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey.

EPİDEMİYOLOJİ



- Yakın zamanlı EEAH yapılan retrospektif araştırmada ise 01.01.2011-31.12.2011 tarihleri arasında acile başvuran 156.818 hasta arasında 37.100 kişinin (%23.7) kardiyovasküler sistem rahatsızlığı tanılarına ait ICD numarası ile belirtildiği tespit edilmiştir
- Acil Servis Başvurularının ve Acil Servisten Yatırılan Hastaların Gözden Geçirilmesi: Bir Eğitim Hastanesinin Kesitsel Analizi. J Clin Anal Med 2014;5(2):128-32

EPİDEMİYOLOJİ



- 2013 AÜTF
- Acil servise toplam müracat 120.249
- Göğüs ağrısı şikayeti ile gelen 8315 (6,9%)
- Kardiyoloji konsultasyon sayısı 2037 → Maliyet: 12.138 TL
- Acilden kardiyolojiye yatan hasta sayısı: 1.883 (%1,6)
→ maliyet: 6.187.969

Hastanın invaziv girişime ihtiyacı varsa yer ve/veya yataş sorunu diye bir problem yok



- İskemik kalp hastalıklarında

- Hastanın invaziv girişime ihtiyacı varsa yer ve/veya yatış sorunu diye bir problem yok
- Noninvaziv bir hasta gurubu ise yer de yok yatak da yok,
- Bu hasta gurubunda kardiyologlar hasta takip etmek istemiyorlar

Tanı Konulamamış Göğüs Ağrılı Hasta

- Acil Servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %40-60'ı AKS ve diğer hayatı tehdit eden nedenler dışlandıktan sonra spesifik olmayan göğüs ağrısı tanısıyla taburcu edilmektedir.
- AMI ve USAP'ın AS'de yanlış tanı oranı herbiri için %2'dir

• Solinas L, Raucci R, Terrazzino S, Moscarello F, Pertoldi F, Vajto S, et al. Prevalence, clinical characteristics, resource utilization and outcome of patients with acute chest pain in the emergency department. A multicenter, prospective, observational study in north-eastern Italy. Ital Heart J 2003;4:318-24.

• Acute Coronary Syndromes in the Emergency Department: Diagnostic Characteristics, Tests, and Challenges. Cardiology Clinics. Volume 23, Issue 4, November 2005. Pages 423-451

-
- Acil Tıp Hekimlerinin sorumluluk paylaşımı noktasında yalnız bırakılmamaları sağlanmalı, kardiyojoloji klinikleri ile ortak yerel-ulusal çözümler oluşturulması ya da gündeme getirilmeleri için yeni çabalar gerekmektedir.

-
- 2010 AHA tavsiyelerinde → Göğüs Ağrısı Gözlem Ünitesi
 - EK → Hastanelerin teknik kapasiteleri doğrultusunda Göğüs Ağrısı takımları kurulabilir
 - 2010 yılında AHA tavsiye kararı alınmasına karşın bu kararların ülkemiz genelinde ne derecede uygulandığı bilinmemektedir

Tipik vasıflı Göğüs Ağrısı tarifleyen ancak EKG bulgusu henüz oturmamış hastalarda erken kardiyoloji konsültasyonu istenmeli mi yoksa EKG yada biyokimyasal belirteçlerin oturması mı beklenmeli?

- Zaman=Myokard her zaman doğru mu?
- Tabi ki doğru, ancak 2+2 her zaman 4 olmuyor. Klinisyene göre bazen 4, bazen 0, bazen 6 oluyor.
- Eğitimler, kişisel faktörleri arındırıcı rol üstlenebilir.

Tam tersi bir durum

- Karın üst bölgesinden at tepmiş bir hasta;
- Tüm tetkikler normal, lökosit: 12000, Troponin: 1.76
- Tüm klinikler kendileri ile ilgili acil müdahale gerektirecek bir patoloji yok diye not düşmüş
- Sonunda Kardiyoloji konsültasyonu isteniyor
- Asistanlar birbirine giriyor, hocalar araya giriyor,
- Sonuç: kardiyoloji hastayı yatırıyor, hangi endikasyonla...

Göğüs-Kardiyoloji Kavgası

- Sağ kalp mi sol kalp mi?
- Cevabın hangisi olduğunu Kardiyoloji-Acil-Göğüs Hastalıkları



kişisel i
ası!!!



-
- KKYli hastalarda KOAH prevalansı 20% - 32%
 - Hastaneye yatırılan KKY hastalarının 10% 'u KOAH
 - KOAH hastalarında KKY riski kontrollere göre 4.5 kat artmaktadır (yaş ve kardiyovasküler risk faktörleri eşitlendikten sonra)
 - KKY hastalarında havayolu obstrüksiyonu prevalansı 37.3%, kronik KOAH hastalarında ventriküler disfonksiyon oranı 17%

BNP Bilinenler

- KKY dışlamada BNP cutoff 100 pg/mL
- 100 pg/mL - 500 pg/mL arası belirsiz
- > 500 pg/mL KOAH olsa bile KKY var

YENİ BİLGİ

- KOAH hastalarında BNP cutoff 160 pg/mL alındığında EKO'da ventriküler disfonksiyon x10
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), KILAVUZ KKY için BNP > 400 pg/mL

Unrecognised ventricular dysfunction in COPD. Macchia A et al. Eur Respir J. 2012 Jan; 39(1):51-8.

The diagnosis and management of chronic heart failure: review following the publication of the NICE guidelines. Heart. 2011 Mar; 97(5):411-6.

-
- Dünya genelinde önemli morbidite ve mortalite kaynağının Kardiyovasküler rahatsızlıklar olduğunu biliyoruz
 - Yine hep anlatılan Sağ Kalp Yetmezliğinin en sık sebebi Sol Kalp Yetmezliğidir textbook bilgisinde biliyoruz
 - Çözüm noktasında bu sorunun Kanıt Değeri H (Uzman görüşü) noktasından öteye geçememesidir
 - Kardiyoloji-Acil-Göğüs Kliniklerinin ortak seminerler, Sempozyumlar, Kongreler..... Düzenlemeleri faydalı olabilir.

Kalp Yetmezlikli Hasta

- Konjestif kalp yetersizliği; artan prevalansı, artan hastaneye yatış ve yüksek mortalite oranları ile majör bir kronik kalp sendromudur
- Kronik kalp yetersizliği çoğu kez yeterli tedavi edilmemiş hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı veya kapak hastalığının son dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır
- Kalp yetersizliğinin etiyolojisi ne olursa olsun ventrikül disfonksiyonu semptomatik hale gelmeden önce koruyucu önlemlerin alınması büyük önem taşır

-
- Kalp yetersizliği tanısı konduktan sonra olguların çoğu 5 yıl içinde ölür.
Ama nerede ölür?
 - Son yıllarda evde mi yoksa hastanede mi ölümler daha fazla oluyor?
sorusu üzerine yapılan çalışmalarda hastane içerisinde ölümlerin daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.
 - Ancak hastaneye yatırılarak takip edilen Kalp Yetmezlikli olgularda sağ kalımın fazla olduğu da aşıkardır.

-
- Kalp yetersizliği prevalansı ile birlikte kalp yetersizliğine bağlı hastaneye yatışlarda yıllar içinde giderek artış saptanmıştır.
 - 1970 ile 1994 yılları arasında 45-64 ve 65 yaş üzeri popölasyonda kalp yetersizliğine bağlı hastaneye yatışlar üç kat artmıştır. Yaşlı gruptaki artış daha fazla olmuştur. 1994 yılında 874.000 hastaneye yatışla kalp yetersizliği ilk sırayı almıştır.
 - Kalp yetersizliğine bağlı yatışlar artarken, hastanede kalp yetersizliğine bağlı ölüm oranları azalmıştır (1981'de %11.3 iken 1993 yılında %6.1'e düşmüştür).

-
- Günümüzde bu artışlara rağmen hastanede yatış süreleri, ülke ekonomisine maliyet, aile üzerinde ekonomik yük, hekim yönüyle akut hastalara erken tedavinin verdiği dayanılmaz hazzın verdiği etkiyi sağlamaması gibi nedenlerden ötürü Kalp Yetmezlikli hastalar gerekli ilgiyi göremeyebiliyorlar.
 - Sistolik ejeksiyon iyi peki ya diyastolik ejeksiyon nasıl?
 - **Çözüm noktasında;** acil servislerin sadece ön kapılarının her hastaya açık olduğu algısının, arka servislere açılan kapılarında açık kalması algısının oluşması ile olacağını düşünmekteyim.

Kardiyoloji Teknik Kapasite?

- Bir kardiyoloji ekibi bir günde kaç acil vakayı konsültasyonla değerlendirebilir?
- Kaç hastaya acilden yatış verebilir? Yatağımız kadar mı varız yoksa herkese bakabilir miyiz? 😊
- Kaç acil vaka için EKO yapabilir?
- Kaç acil vakayı anjio'ya alabilir?
- Aynı anda 4 ayrı MI gelse ne yaparız B planımız var mı?
- Ya da bir acil tıp hekimi günde kaç acil hastaya kardiyoloji konsültasyonu istemelidir? → AUTF 5,6/gün



-
- Herkesi kurtarabilir miyiz?
 - Günlük başvurabilecek hasta sayısını belirleyebilir miyiz?
 - Peki acil servislerde randevu verebilir miyiz? (Fena olmazdı hani!)
-
- Cevabı zor sorular ama yılmak yok sonunda bir cevap oluşuyor.

Pacemakerli Hasta

- Günümüzde neredeyse kanıksanmış bir tedavi yöntemi haline gelmesi ülkemiz adına olumlu bir gelişme diyebiliriz
- Yaygınlaşınca sorunlarda beraberinde geliyor...
 - Benim pilim durdu galiba?
 - Pilim fazla çalışıyor herhalde?
 - Benim üstümü ararken zorla X-Ray'den geçirdiler?
 - Pilim bana elektrik verdi?? (Kimseden alamadığım elektriği ondan aldım!)

Principal diagnoses for emergency room visits and inpatient admissions before and after pacemaker implantation

Diagnosis	ER Visits		Inpatient Admission	
	Before	After	Before	After
Conduction disorders (426)*	0.052	0.007	0.080	0.004
Cardiac dysrhythmias (427)	0.226	0.061	0.300	0.080
Heart failure (428)	0.067	0.068	0.083	0.103
Pneumonia and influenza (480–487)	0.035	0.042	0.032	0.057
Alteration of consciousness (7,800)	0.005	0.002	0.000	0.004
Syncope and collapse (7,802)	0.041	0.016	0.032	0.019
Other convulsions (78,039)	0.003	0.000	0.002	0.000
Other diagnoses	0.570	0.804	0.471	0.734

* Numbers in parentheses are ICD-9-CM diagnosis codes.

-
- Acil Tıp Hekimi, hastama KPR uyguladım geri dönmedi ama pili halen çalışıyor ne yapabilirim? Öylece morga yollasam morg görevlisi ya da imam ‘’bu hasta kıpırdıyor’’ diyor. Bu pili birisi bana **durdursuuuuuuun?**

- **Çözüm noktasında;**

- Öncelikle eğitim şart!
- Her zaman söylediğimiz ‘pil kartını yanında taşı’ sözüne kaç hastamızın riayet ettiğini iyi araştırmamız gerekiyor.
- Acil kliniklerinde mıknatıs zorunlu olmalı mı?
- Kardiyoloji klinikleri SGK üzerinden hastadaki pace’in marka ve modunu görebilmeli mi?(Kaçak ya da yurt dışı değilse tabii!)

Çocuk Kardiyak Problemlı Hasta?

- Özellikle 16-18 yaş grubu kalp rahatsızlığı şüphesi nedeni ile erişkin acil servislerine başvuran hasta grubunda belirsizlik bulunmakta.
- Bu hastalara kim bakacak?
- Her yerde çocuk kardioloğu yok, çocuk aciller çoğu yerde 16 yaşın üzerine bakmıyorlar. Erişkin kardiologların alt sınırı 18, çocuk kardiologların üst sınırı bazen 16, bazen 18, bazen 20, bazen de
- Şu replik aklıma geliyor
 - ‘Eeee söyle hakim bey suç kimin? ‘

EKO'nun Subjektifliği?

- Soruya göre anlam çıkarıp bana kızmayın ben olayların Őahidiyim yalnızca o da görebildiğim kadar.
- Ekokardiyografi, USG gibi yapan kiŐinin bilgi, deneyim ve kabiliyetine göre anlamlı ya da anlamsız sonuçlar elde edebildiğimiz önemli bir tanı aracı.
- Acil konsültan hekimler, niversite ve eğitim araŐtırma hastanelerinde zaman zaman EKO eğitimini henüz almamıŐ ya da tamamlamamıŐ konsültan hekimlerle yapıldığından ciddi sıkıntılarını da beraberinde getirebiliyor.
- Etil konsültan hekimlerin varlığı çözümü kolaylaŐtırır, veya EKO teknisyenleri.....

Acil Tıp Hekimleri EKO eğitimi almalı mı ve/veya Acil servislerde
EKO olmalı mı



Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Emergency Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ajem

The
American Journal of
Emergency Medicine

Original Contribution

Long-term prognostic value of stress echocardiography in patients presenting to the ED with spontaneous chest pain

Francesca Innocenti, MD^{*}, Prospero Cerabona, MD, Chiara Donnini, MD, Alberto Conti, MD, Maurizio Zanobetti, MD, Riccardo Pini, MD

High-Dependency Unit, Department of Clinical and Experimental Medicine, Azienda Ospedaliero–Universitaria Careggi, Firenze, Italy

ARTICLE INFO

Article history:

Received 31 January 2014

Received in revised form 10 March 2014

Accepted 20 March 2014

Available online xxxx

ABSTRACT

Purpose: The aims of this study were to evaluate the long-term prognostic value of stress echocardiography (SE) in patients evaluated in emergency department (ED) and to determine SE parameters that best predicted outcome.

Methods: Between June 2008 and July 2012, 626 patients with an episode of spontaneous chest pain underwent SE (exercise stress echocardiography or dobutamine stress echocardiography [DSE]). Between December 2012 and January 2013, all patients were contacted to verify the occurrence of cardiac events. Patients were divided in 3 subgroups according to peak stress Wall Motion Score Index (pWMSI): normal peak wall motion (pWMSI, 1; group A1), mild to moderate peak asynergy (pWMSI, 1.1–1.7; group A2), and severe peak asynergy (pWMSI, >1.7; group A3). **Results:** Stress echocardiography showed inducible ischemia in 159 patients (25%); it was negative in 425 (68%) and inconclusive in 42 (7%). Patients with cardiac events more frequently showed inducible ischemia (50% vs 26%; $P = .015$) compared with patients with good prognosis; a normal SE (14% vs 61%) was significantly less common. At a multivariate regression analysis, an increased pWMSI (relative risk: 9.816, 95% confidence interval: 3.665–26.290; $P < .0001$) was independently associated with a bad outcome. Cumulative event-free survival was significantly worse with an increasing degree of peak wall motion asynergy (99% in group A1; 96%, group A2; and 88% in group A3; $P = .011$ between A1 and A2 groups, $P = .012$ between A2 and A3 groups, and $P < .0001$ between A1 and A3 groups).

Conclusions: Stress echocardiography showed an optimal prognostic value among ED patients evaluated for chest pain. The presence of an extensive asynergic area at peak stress was associated with an adverse prognosis.



Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Emergency Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ajem



Brief Report

Identification of high-risk patients with acute coronary syndrome using point-of-care echocardiography in the ED



Oron Frenkel, MS, MD^{a,*}, Christine Riguzzi, MD^a, Arun Nagdev, MD^{a,b}

^a Department of Emergency Medicine, Alameda Health System–Highland General Hospital, Oakland, CA

^b University of California, San Francisco, CA

ARTICLE INFO

Article history:

Received 28 January 2014

Received in revised form 4 March 2014

Accepted 6 March 2014

ABSTRACT

Stratifying risk of patients with acute coronary syndrome (ACS) in the emergency department (ED) remains a frequent challenge. When ST-elevation criteria are absent, current recommendations rely upon insensitive and time-intensive methods such as the electrocardiogram and cardiac enzyme testing. Here, we report on a series of cases, where emergency physicians used a simplified model for identifying regional wall motion abnormalities by point-of-care echocardiography in patients presenting with chest pain to the ED. With the use of a simplified model described herein, high-risk patients with ACS were identified rapidly in a cohort usually difficult to risk stratify.

Penetran Kardiyak Yaralanmalar

- Çok sık karşılaşmasak da erken tanı ve cerrahinin hayat kurtarıcı olduğu vaka gruplarıdır.
- Kardiyoloji eğitiminde travmatik kardiyak yaralanmalar konusunun da irdelenmesi gerektiğini düşünmekteyim.

Dirençli HT' u olan 3' lü Antihipertansif tedavi gören Epistaksis ile gelen hastayı yatırılım mı? Kardiyolojiye danışalım mı?

- Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörlerinin en önemlisi
- 2000 yılı itibariyle dünya genelinde 20 yaş üzerindeki erişkin nüfusun %26.4' ünün hipertansiyonu vardır
- 2003 yılı itibariyle ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı %31.8' dir.(Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması' nın verilerine göre)
- 2015 yılında nüfusumuzun yaklaşık 78 milyon olması tahmin edilmektedir.
- Mevcut veriler ışığında yaklaşık 27 milyon insanımızın hipertansif olacağı söylenebilir.
- Böylece 15 yıl içerisinde hipertansif hasta sayısı yaklaşık % 80 oranında artacaktır.

-
- JNC-8'e göre ise kılavuzda acil hipertansiyon yönetimiyle ilgili ortaya atılmış bir soru ve öneri olmadığını görmekteyiz.
 - Bu durumda acil tıp hekimi nasıl bir yol izlemelidir?
 - Genellikle eldeki imkanlar doğrultusunda kanamaya neden olabilecek bir akut kanama bozukluğunu ekarte etme yoluna gidecek.
 - Yüksek tansiyonu kontrol altına almaya çalışacak.
 - Altta yatan kardiyak-serebral-renal hastalıkları araştırarak.
 - Eğer başarıp tansiyonu kontrol altına alabilmiş ise kanama devam ediyor ise ne kadar doğru olduğu halen tartışma konusu olan burun tamponu uygulamalarına başvuracağız.

-
- Ancak tüm bu işlemlere karşın;
 - hafif ya da orta derecelerde tansiyon artışlarında tekrar tekrar olan kanamalarla hastamız aynı sıkıntıları hissedecek ya da taburcu etmiş isek daha da agresif bir ruh hali ile acil kliniğimize başvuracaktır.
 - Kardiyoloji klinikleri bu hastaları takip etsin mi yoksa acil tıp hekimleri bu işlemi alışageldikleri şekilde sürdürsünler mi?
 - Konu hakkında ulusal bir fikir birliğine ihtiyaç var
 - Önümüzde bakmamız gereken çok HT hastası olacağı muhakkak!!

Kumadin başlanıyor peki daha sonra?

- Ritm bozukluğu nedeniyle yazılan kumadine bağlı kanama şikayetleri ile Acil Kliniğimize başvurular özellikle son yıllarda önceki yıllara göre artış eğilimindedir.
- Artış için başlıca nedenleri;
 - Yeterli hasta ve/veya hasta yakını eğitiminin verilmemesi,
 - uygunsuz kullanım ve umursamama
 - hasta ve/veya yakınının entelektüel düzeyi,
 - tedaviyi başlayan hekimin iş yoğunluğu ya da oluşabilecek komplikasyonları bir hematolog ya da dahiliye doktorunun takip etmesi talepleri şeklinde sıralayabiliriz.

-
- Ancak neden ne olursa olsun bu tarz hastaları kabul eden bir acil servis mutlaka bulabilirsiniz.
 - Peki acil hekimleri INR seviyesini hangi değerde durdursunlar?
 - Nasıl kanama kontrolü yapsınlar?
 - Vit. K uygulasınlar mı uygulamasınlar mı?
 - INR düştü kanama durdu sonrasında olası embolik hadise yaşanabilir mi yaşanırsa kim sorumlu...
 - INR takibini kardiyolog mu, acil hekimi mi, dahiliyeci mi yapsın?

-
- Sorumluluk noktasında hasta ve/veya yakınları sadece sizin sorumlu olduğunuz düşüncesiyle bütün her şeyi size yükleyebiliyorlar

**Bazen öyle bir hal oluşuyor ki etrafta bir yığın hekim var
hepsine danışmışsınız ama yalnızları oynuyorsunuz**

- Bu ağır bir yükümlülük ve ağır çalışma koşullarında uzun vadede yıpratıcı olabilir.
- Çözüm önerimiz; bizim desteğe ihtiyacımız var, empati yapalım.

2015 yılı için beklenti

Kalp hastalarının sayısını önümüzdeki yıllarda belirleyecek başlıca üç etken;

- nüfus artışı,
 - nüfusun ortalama yaşının ilerlemesi ve
 - bireylerde koroner kalp hastalığına yatkınlığın artması olarak belirlenmiş
-
- Yıllık artış tahminleri
 - nüfus artışını %1.4,
 - yaşlanma sonucu artışı %2.8,
 - koroner hastalığa eğilim sonucu artışı da %2.8 olarak varsaymaktadırlar
 - Bu dinamiklere göre, kalp-damar hastalarının sayısının yılda %7.2 artacağı öngörülebilir.
-
- **Ülkemizde kalp-damar hastalıklarının epidemiyolojisi ile ilgili gerçekler. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Türk Kardiyoloji Derneği**

Testi kırılmadan önlem...!

Teşekkürler