

РИЗИК МЕНАЏМЕНТ У ПАЦИЈЕНАТА СА SY GUILLAIN-BARRE И ХИТНОМ ХИРУРШКОМ БОЛЕШЋУ - приказ случаја са освртом на потребу оснивања националне базе података ризичних случајева

Цветковић М., Цветковић В., Николић М., Витић Е.

Здравствени центар, Косовска Митровица

RISK MANAGEMENT AMONG PATIENTS WITH SY GUILLAIN-BARRE AND ACUTE CHIRURGICAL DISEASE - presentation of the case with focus on the needed establishment of the national database of the risk cases

Цветковић М., Цветковић В., Николић М., Витић Е.

Health centre, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Every anesthesiologist can meet during his/her work with the patients who are suffering from rare diseases and had to be treated with surgical procedures. In a large clinical centers availability of the equipment, mentors and continual professional education are factors that are making performances of anesthesiologist's much easier. Regional hospitals, including our own one, are in much disadvantaged position. Health Center Kosovska Mitrovica is providing health treatment from the territory of Kosovo and Metohija. Due to the limited freedom of movement, these patients have to be treated "immediately and at place". Through the presentation of the case of the patient with *Guillain-Barre* (GBS) syndrome, we would like to underline a need for the establishment of the informational availability system through Point-of-Care Call on Line Electronic Help (OLEH) programme as it would significantly reduce the incidents related to the injuries and death cases caused by anesthesiologist procedures. Presentation of the case: Female, 42 years of age, a neurological patient with a number of years of diagnosed illness was accepted on 13th February 2006 at the surgical department due to the abdominal pain, constipation and difficult urination. It was identified and diagnostically confirmed that uterus cancer spread out towards the colon, jeopardizing the bladder. It was decided that surgical procedure is required. Anesthesiology risk management evaluation started from the introduction with GBS. The case reviled acute inflammatory neuropathy with denervation as the outcome of the antibodies reaction on the peripheral nerves. Chronically occurred types fas it was our easel, could lead to disruptions in breathing, weakening of the muscle structure, areflexion, pareses of orofaringeal physique, ophthalmoplegy, chvadrilegy and chronic lung hearth. Strategy of the anesthesiological approach within the risk management procedures considered safe guidance of the patient through the pre and post anesthesiological period. Problem occurred was related to the limited availability of the professional literature and on-place resources related to the holistic experiences in treatment of this kind of problematic cases. The only sure available guideline was related to the avoidance of the depolarizing relaxants, which we have practiced. Within the work, we have described in details pre. peri and post anesthesiological approaches towards this problem. Conclusion: Recognition of the risk factors and multidisciplinary approach showed efficient during the peri and early post-operational period. We have to indicate that development of the basic disease could have been much slower if we had assistance in respect to at-hand available and holistic information's on the rare diseases focused on the anesthesiological treatments. Therefore, it is our opinion that more qualitative system of health insurance has to introduce implementation of the hospital services standards, monitoring of the implementation and establishment of the electronic database. Developed countries such are i.e. USA, France, Italy, etc, have already introduced similar practices aimed to reduce morbidity and mortality among the patients.

Key words: Risk management, Informational system, Rare diseases.

САЖЕТАК

Сваки анестезиолог се у свом раду може срести са пацијентима који болују од ретких болести а морају се подвргнути некој од хируршких процедура. У великим клиничким центрима доступност опреме, ментора, и одговарајуће непрестане едукације олакшава анестезиолошки приступ. Регионалне болнице, укључујући и нашу су у неповољнијем положају. ЗЦ Косовска Митровица збрињава све пацијенте са територије Косова и Метохије. Због ограничене слободе кретања морају бити збринуту "одмах и овде". Кроз приказ случаја, болеснице са синдромом *Guillain-Barre* (GBS) хтели смо да скренемо пажњу на потребу за информационом системом и доступношћу преко Point-of-Care Call on Line Electronic Help (OLEH) програма ради избегавања и ублажавања анестезијске повреде и смрти. Приказ случаја: Особа женског пола, стара 42 год., дугогодишњи невролошки болесник. Примљена је 13.02.2006. год. на хируршко одељење због болова у трбуху, застоја столице, и отежаног мокрења. Идентификовано је и дијагностички потврђено да се ради о тумору материце који је захватио дебело црево и угрозио мокраћну бешику. Одлучено је да се приступи хируршком лечењу. Анестезиолошки ризик менаџмент је кренуо од упознавања са GBS. Најме, ради се о акутној запаљенској неуропатији са демиелинизацијом као последицом дејства антитела на периферне нерве. Хронични облици (наш случај) доводе до пореме-

ћаја дисања, слабљења мишића, арефлексije, пареза орофарингеалне мускулатуре, офталмоплегije, квадриплегије и хроничног плућног срца. Стратегија анестезиолошког приступа у оквиру ризик менаџмента је подразумевала безбедно спровођење болесника кроз пери- и постанестезијски период. Проблем је представљао оскудна доступна литература и искуства у решавању ових проблема. Једина сигурна смерница се тицала избегавања деполаризирајућих релаксаната, сто смо и урадили. У раду смо детаљно описали пре, пери, постанестезијске приступе овом проблему. Закључак: Препознавање ризичних фактора и мултидисциплинарни приступ се показао ефикасним у пери и раном постоперативном периоду. Морамо да напоменемо да би развој основне болести могао бити спорији да смо имали помоћ у смислу доступног и свеобухватног информисања о ретким болестима у анестезији. Зато сматрамо да квалитетнији систем здравственог осигурања мора да спроведе примену стандарда болничких услуга, његову имплементацију као и формиранје електронске базе података. Развијене земље као сто су нпр. САД, Француска, Италија итд. то већ имају ради спречавања морбидитета и морталитета пацијената.

Кључне речи: Ризик менаџмент, Информациони систем, Ретке болести.

УВОД

Guillan Barreov Sindrom (GBS) је акутна запаљенска неуропатија са демјелинизацијом као последицом дејства антитета на периферне нерве. Примарне промене су вероватно засноване на реакцији комплексности која активирају деструкцију мијелина. У клиничкој слици доминирају парестезије, слабост мишића у периферним деловима екстремитета, парезе дијафрагмалне мускулатуре, птозе, офталмоплегije. Последица и респираторни поремећаји се испољавају поремећајем дисања у свакој фази болести било у будном стању или спавању. Пратећи симптоми су диспнеја, јутарње главобоље, кардиолошке и бубрежне компликације.

Овакви болесници нису чести у анестезијском процесу и утолико захтевају већи анестезијски надзор. Пружање анестезије је веома сложен и компликован процес у смислу активности и организације. У свим случајевима, а нарочито код ретких болести „Концепт сигурности пацијента“ захтева разумевање сложености и контролу над истом. Болеснике треба заштитити од медицинске грешке и анестезијске повреде. Зато су рађене многе студије о овом проблему. Једна од њих „Closed Claims Project“ сугеришу да анестезијске повреде указују на везу између опрезности и последица код избора анестезиолошког поступка. Непознати узроци морбидитета и морталитета су углавном везани за не препознавање узрока и непримењивање стандарда.

Ризик менаџмент (РМ), односно свеукупно сагледавање ризика, има водећу улогу у смерницама за смањење различитости стандардних процедура, технологији и медицинском искуству. Израз РМ почео је да се примењује прво у авиоиндустрији а затим у анестезији према формули:

Ризик = Степен озбиљности x Вероватноћа x Степен експонираности

РМ укључује четири фазе:

1. Идентификација проблема,
2. Процена проблема,
3. Прилагођавање опреме и метода рада и
4. Појачање пажње и праћења развоја ових могућности.

У ВЈА (British Journal of Anesthesia) од 2002 год. Од стране аутора Jennifer M. Hunter објављена су истраживања о преанестетичкој визити као предуслов за квалитет анестезијског рада. Дошли су до закључка да преоперативни РМ минимизира анестезијске ризике

и помаже у избору анестезијске технике. То је, по њима, фундаментални корак и примењује се за сваку хитну анестезиолошку процедуру, као и задњих два дана пре елективних операција. По њима, неколико корака у РМ су најважнији:

1. Снимање постојеће ситуације,
2. Разговор о специфичним проблемима,
3. *Стиварање базе података* и
4. Процена свих анестезија

ASA (Америчко Удружење Анестезиолога) препоручује да су у РМ ретких болести корисне информације о компликацијама прикупљене на једном месту доступне, сажете и комплетне. Узрок анестезијске повреде и вођење анестезије похрањени у бази података су такође доступни. Скупљање информација о ретким инцидентима и болестима је веома корисно и доводи до смањења компликација. Они сматрају да је тачан ризик анестетичке повреде непознат али је степен процене прихватљив. Национална студија рађена од 1990-2000. год. анализирана да ли је напредовање анестезијског надзора условљено кратким едукацијама особља и доказала да одговарајући ризик менаџмент редукује људску грешку.

И студије других земаља су указале на потребу идентификације проблема и одговарајућу едукацију. Сви се слажу у једном: да су информације похрањене у бази података и њихова доступност веома значајна. То су: ICSI (Atlantic by the Institute for Clinical System Improvement); SFAR (Societe' Française d' Anesthesie e de Reanimation); SIAARTI (Societa Italiana di Anestesia, Analgesia, Reanimazione e Terapia Intenziva); AIMS (Australian Incident Monitoring Study)

Овакве и сличне студије су водиле остварењу POINT of CARE Coll on Line Electronic Help (OLEH) програма ради избегавања и ублажавања анестезијске повреде и смрти.

2002 год. у пролеће ESA (European Society Anestesi) обавестила је своје чланове у задњем броју да је развила први комплет POINT of CARE информациони систем за анестезиологе у операционим салама у склопу OLEH-а. Прикључивање пацијента монитора на OLEH адресу потребно је за брзи одговор у ризичним ситуацијама у операционим салама (Azriel Perel директор OLEH комитета).

2005 год. чланице ESA-е добиле су OLEH-CD дистрибуиран у 5 000 примерака. CD садржи потпуни софтвер за смернице које се тичу опрезности и бриге за

анестезиолошке процедуре. Дат је и web-сајт ради пружања важних информација и искуства.

Лета 2006 год. O.L.E.H. Committee обавештава чланице ESA-е да је одговоран за администрацију и промоцију OLEH програма укључујући и линк за нове чланове и оне који су већ прикључени. Такође су ESA научни програм комитета и OLEH комитет одговорни за континуирано усавршавање OLEH програма у будућности.

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Пацијент Ј.С. женског пола, примљен на хируршко одељење З.Ц. Кос. Митровица са одељења пулмологије због јаких болова у трбуху, отежаног мокрења и дефекације. Дијагностиком је доказано да се ради о тумору материце који је захватио дебело прево и мокраћну бешику. Након доношења одлуке о хируршком лечењу обавештен је анестезиолошки колегијум. Преанестезијска визита, анестезиолошки упитник и хетероanamнеза је указала на постојање секвела хроничног GBS. Разговором на колегијуму, разменом искуства на хоризонталном нивоу, и претрагом доступне литературе добили смо само једну смерницу за вођење анестезијског процеса: да не користимо деполаризирајуће релаксанте.

Консултант су указали на постојање оштећења срчаног мишића (Myocardiorphatia chr. Sub comp.). Оштећење дисајне мускулатуре, парализа екстремитета, отежано гутање и птоза капака су биле неуролошке секвеле GBS. Повећане вредности креатинина без повећавања K^+ и уреје су указивале на деструкцију мишићног ткива. (креатинин - 592). У краткој припреми ординирани кардиотоници, бронходилататори, диуретици, васкуларно корито испуњено опрезно кристалоидима. Урађена вредност плазмахолинестеразе је била у референтним вредностима. Спирометрија и пулмолошки налаз је говорио о постојању опструктивно ре-стриктивног обољења плућа. Премедикација је извршена давањем Атропина 0,5 мг. и Флормидала 3 мг. (и.м.), 40 мин. пре операције. Увод започињемо Sevoganом у концентracији од 7-8 V% уз скраћење времена за увод Nesdonalom 125 mg, Fentanilom 0,05 mg. Релаксација мишића извршена Tracriumom 50 mg. У периперативном току уз течности додате још 0,15 мг. Фентанила и 20 mg. Tracriuma и Sevogan 1-2 V%. Операција је трајала 3x20 мин. Sevogan искључен 15 мин. пре завршетка операције а је дата декураризација и поред тога што је било познато да за Atracurium није неопходна. Екстубирана на операционом столу уз задовољавајућу сатурацију и очуване рефлексе гутања и кашља. Уз терапију послата у ЈТ. У ЈТ се лечи два дана те се у добром општем стању уз одговарајућу контролу пребацује на одељење Хирургије. Након завршетка хируршког лечења пацијенткиња се пребацује на одељење Неурологије, а 29.02.2006 се пребацује на Институт за Неурологију КЦС због погоршања симптома ГБС. EXITUS LETALIS наступа 15.04.2006. год.

ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК

Овај случај смо изнели ради указивања на проблем недоступности одговарајућих информација о ре-

тким болестима у анестезији нарочито у срединама где је проблем основне комуникације отежан. Озбиљне компликације после анестезије су ретке, па су проспективне и ретроспективне студије о њима отежане. У толико је укључивање у OLEH програм сврсисходније. Плериминарне студије ЕСА-е рађене на узорку од 329 анестезиолога су указала на неколико проблема:

- Неодговарајуће знање,
- Повратне информације,
- Стресно време,
- Мониторинг и практични рад са њим,
- Пратећи персонал,
- Недостатак одговарајућег супервизора и
- Неприпремљеност пацијента

Ова студија сугерише да се медицинска грешка може избећи или ублажити, нарочито ако је доступан програм за тражење информација о ретким болестима. Ми смо морали да се ослонимо на сопствена искуства и знање, јер је време за припрему било кратко, а недоста-так доступне литературе и супервизора је била додатна потешкоћа. Формирање националног информационог система са повезивањем на OLEH програм је потреба која би допринела побољшању квалитета анестезијског рада и избегавања људске грешке. Квалитетнији систем здравственог осигурања би морао да спроведе примену стандарда болничких услуга и његову имплементацију. Такође би морао да формира електронску базу података и едицију одговарајућих водича, а све у циљу спречавања морбидитета и морталитета пацијената.

ЛИТЕРАТУРА

1. Marty J.: Do Guiderlines or Standards Reduce Anesthesik Risk? Refresher Course Lectures Eothen Burg ESA 2001 str. 19-21.
2. Perel A., Zivetal B.: Anaesthesiologist' views on the need for Point of Care information system in the operating room; A survey of the European Society of Anesthesiologist: EJA volume 21, number 11, Novembar 2004. str. 898.
3. Berkenstand H., Yusim Y., Katznelson R., Livingstone D., Perel A.: A Novel Point of - Care Information System Reduces Anaesthesiologist Errops while managing case scenarios. EJA, March 2006 str. 240.
4. Ausset S., Bouaziz H., Brosseau M., Kinirons B. and Benhamou B.: Improvement of Information Gained From the Pre-anaesthetic visit through a Quality - Assurance Programme. BJA Volume 88, Number 2 February 2002 str.280-282.
5. Peter R. Freund and Karen L. Posner. Sustained Increases in Productivity with Maintenance of Quality in on Academic Anesthesia Practice Anaesthesia et Analgesia Volume 96, April 2003, str. 1104.
6. Solca M.: Preoperative Evaluation: What is the evidence? Euroanaesthesia Lisabon Refresher Course Lectures str. 71-72.
7. Egisvold S. and Fasting S.: Patient outcome indicators: What data To collect in Anaesthesia Refresher Course Euroan-esthesia Lisabon 2004 str 159.
8. ESA Newsletter Volume 22 Spring 2005 str. 17.
9. ESA Newsletter Volume 26 Spring 2006 str. 5.
10. ESA Newsletter Volume 14, 2002 str. 2.
11. Lazevic P., Anesteziologija Zavod za izdavanje udzbenika i nastavna sredstva Beograd 1999 str 916.
12. Radojic B.: Urgentna Neurologija Elit Medika 2002 str. 197 - 205.