



Comments and Suggestions on [The Code Blue Experiences: Gains, Problems and Troubleshooting]

[Hasta Güvenliğinde Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi] Hakkındaki Eleştiri ve Öneriler

Faruk Çiçekci

Konya Numune Hastanesi, Konya, Türkiye

Abstract

I would like to present my comments and suggestions on the article entitled “The Code Blue Experiences: Gains, Problems and Troubleshooting” published by Murat et al. in Med-Science. 2014;3(1):1002-12.

Key words: Code blue, comments, critics

Özet

Med-Science. 2014;3(1):1002-12 sayısındaki “The Code Blue Experiences: Gains, Problems and Troubleshooting” [Hasta Güvenliğinde Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi] başlıklı Murat ve arkadaşlarına ait makale ile ilgili olarak kişisel eleştiri ve önerileri sunmak istedim.

Anahtar kelimeler: Mavi kod, yorum, eleştiri

(Rec.Date: Apr 11, 2014

Accept Date: Apr 25, 2014)

Corresponding Author: Faruk Çiçekci, Department of Anaesthesiology, Konya Numune Hospital, Konya, Turkey

E-mail: farukcicekci@yahoo.com **Phone:** +90 332-2631001, **Fax:** 90 332-2631050

Comments and Suggestions-Letter to Editor

I would like to present my comments and suggestions on the article entitled “The Code Blue Experiences: Gains, Problems and Troubleshooting” published by Murat et al. in Med-Science. 2014;3(1):1002-12.

Med-Science. 2014;3(1):1002-12 sayısındaki “The Code Blue Experiences: Gains, Problems and Troubleshooting” [Hasta Güvenliğinde Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi] başlıklı Murat E. ve arkadaşlarına ait makale ile ilgili olarak kişisel eleştiri ve önerileri sunmak istedim.

Söz konusu makaleyi [1] ilgi ile okudum. Emek verilen bu makale için yazarlara teşekkür ediyorum. Araştırmalar KPR ekibinin arreste kısa sürede ulaşması ve erken defibrilasyonun başlanmasının yaşam şansını ve taburculuk oranlarını arttırdığını doğrulamaktadır [2-5]. Murat ve ark. kardiyopulmoner arreste (KPA) ulaşma süresini 2,72 dak olarak belirtmişler. Değişik çalışmalarda ortalama kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) başlama süresi 80 sn (1,3 dak) ile 341 sn (5,7 dak) arasında değişmektedir [5-8]. Yaptığımız bir çalışmada biz bu süreyi 1,72 dak olarak bulduk [9]. Her ne kadar mavi kod KPA daki hastaya en kısa sürede ulaşmak olsa da asıl olay hastaya etkin KPR uygulamaktır. KPR süresi, arreste başlangıç ritmi, ilk 24 saatte hayatta kalma ve taburcu olma oranlarında belirlenmesi mavi kod uygulamasının etkinliğini göstermede daha etkili olacağı kanaatindeyim. Arrest anındaki ritim türlerine bakıldığında literatürde farklılıklar görülmektedir. Bazı yayınlarda [5,10] arrest anındaki ilk ritmi en sık VF/NVT olarak bildirilirken, bazı yayınlarda da asistoli ritmi en sık olarak bildirilmiştir [3,8]. KPA da ilk ritmi VF/NVT ritminde yakalamak yaşam şansını ve taburculuk oranlarını arttırdığı için hastaya kısa sürede ulaşmanın mavi kod uygulamasında ilk ritim kayıtlarının tutulması etkinlik açısından da önemlidir.

Makalenin gereç ve yöntem bölümünde mavi kod ekibini oluşturan ekip hakkında bilgi verilmesi kimler tarafından oluşturulduğu belirtilmesi yerinde olurdu. Hastanenin planı (uzunluğu ne kadar ve kaç katlı olduğu gibi) veya mavi kod ekibinin müdahale ettiği KPA'nın en yakın ve en uzak mesafesi bize mavi kod ulaşma süresi hakkında yorum yapma imkanı verebilirdi.

Mavi kod ekibindeki tüm personelin aynı KPR eğitimi (örneğin AHA, ERC gibi) aldığı belirtilerek uyguladıkları KPR deki standartlizeasyon sağlanmış olabilirdi.

Grafik 2 deki üst başlık ile grafiğin içeriği uymamakta, grafik 1 ile aynı şekil kullanılmış olup galiba sehven bir yanlışlık olmuştur.

Kaynaklar

1. Murat E, Toprak S, Buğur Doğan D, Mordoğan F. The code blue experiences: gains, problems and troubleshooting [Hasta güvenliğinde mavi kod uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi]. Med-Science. 2014;3(1):1002-12.
2. Mendes A, Carvalho F, Dias C, Granja C. In-hospital cardiac arrest: factors in the decision not to resuscitate. The impact of an organized in-hospital emergency system. Rev Port Cardiol. 2009;28(2):131-41.
3. Saghafinia M1, Motamedi MH, Piryaie M, Rafati H, Saghafi A, Jalali A, Madani SJ, Kolahdehi RB. Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in major referral center. Saudi J Anaesth. 2010;4(2):68-71.
4. Oğuztürk H, Turtay MG, Tekin YK, Sarıhan E. Acil serviste gerçekleşen kardiyak arrestler ve kardiyopulmoner resüsitasyon deneyimlerimiz. Kafkas J Med Sci. 2011;1(3):114-7.
5. Villamaria FJ, Pliego JF, Wehbe-Janek H, Coker N, Rajab MH, Sibbitt S, Ogden PE, Musick K, Browning JL, Hays-Grudo J. Using simulation to orient code-blue teams to a new hospital facility. Society for Simulation in Healthcare 2008;4(1):209-16.
6. Peters R, Boyde M. Improving survival after in-hospital cardiac arrest: The Australian experience. Am J Crit Care. 2007;16(3):240-7.
7. Kinney KG, Boyd SYN, Simpson DE. Guidelines for appropriate in-hospital emergency team time management: The Brooke Army Medical Central approach. Resuscitation 204;60(1):33-8
8. Mondrup F, Brabrand M, Folkestad L, Oxlund J, Wiborg KR, Sand NP, et al. In-hospital resuscitation evaluated by in situ simulation: A prospective simulation study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Medicine 2011;19(6):55:1-6.
9. Çiçekci F, Atıcı SS. Mavi kod çağrısına bağlı kardiyo-pulmoner resüsitasyon uygulamaları sonuçlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg. 2013;23(3):70-6.
10. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, Carey SM, Kaye W, Mancini ME, Nichol G, Lane-Truitt T, Potts J, Ornato JP, Berg RA. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. JAMA. 2006;295(1):50-7.
11. Mondrup F1, Brabrand M, Folkestad L, Oxlund J, Wiborg KR, Sand NP, Knudsen T. In- hospital resuscitation evaluated by in situ simulation: A prospective simulation study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Medicine 2011;19(6):55:1-6.