

Acil Servisten Kardiyovasküler Cerrahiye Konsültasyonu Yapılan Hastaların Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Evaluation of Patients Referred from the Emergency Department to Cardiovascular Surgery: A University Hospital Model

✉ Duygu Durmaz¹, ✉ Ülkü Açıksoz², ✉ Sedat Gündöner³

¹Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Balıkesir, Türkiye

³Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Perfüzyon Bölümü, Balıkesir, Türkiye

Öz

Amaç: Acil servis ünitesi hastaların ilk değerlendirildiği alandır. Başvuran hastalar çeşitli branşlara konsülte edilmektedir. Bu çalışmanın amacı bir bölge tıp fakültesi hastanesinde acil servis biriminden kalp ve damar cerrahisine (KVC) konsülte edilen hastaları değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma bir bölge tıp fakültesinin acil servisinde Haziran 2021 ile Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Acil servis biriminden, KVC'ye konsülte edilen hastaların kayıtları incelendi. Hastaların demografik verileri, KVC'ye konsültasyon nedenleri, tanıları, hematolojik ve biyokimyasal parametreleri, yatış süreleri ve sonuçları değerlendirildi. Hastalar kardiyak, arteriyel, venöz ve bu sınıflara dahil edilemeyen diğer kardiyovasküler patolojiler olarak sınıflandırılarak yapılan müdahaleler ve konsültasyon sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Belirtilen tarihlerde acile başvuru yapan hastalar arasından kardiyovasküler patoloji saptanarak KVC kliniğine konsülte edilen 305 hastanın kayıtları kurumun otomasyon sistemi üzerinden incelendi. Konsülte edilen hastaların %75,7'sinin (n = 231) KVC ile ilişkili olduğu, %24,3'ünde (n = 74) KVC açısından patoloji olmadığı belirlendi. Hastaların yaş ortalaması $64,7 \pm 17,6$ idi. Başvuran hastaların %59,3'ü erkekti. KVC ile ilişkili konsültasyonların %55,8'i ayakta başvuru idi. Değerlendirilen hastalar arasında arteriyel patolojiler (%51,5; n = 119), venöz patolojiler (%19,9; n = 46) ve diğer grubunda değerlendirilen patolojiler (%22,5; n = 52) olarak görüldü. Konsültasyonların %39'una (n = 90) acil müdahale, %48,9'una (n = 113) medikal tedavi uygulandı. Başvuruların %27,7'si (n = 64) KVC uzmanı tarafından hastaneye interne edildi.

Sonuç: Acil servis biriminde kardiyovasküler patolojilerin hızlı ve etkin bir şekilde değerlendirilmesi için acil servis hekimi ve KVC konsültan hekimin iş birliği gerekli olup, bu süreçte tüm paydaşların hasta yararına odaklı olması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler cerrahi, acil servis, konsültasyon, kardiyovasküler patolojiler

Abstract

Objective: The emergency department is the first area where patients are evaluated. Admitted patients are referred to various departments. The aim of this study was to evaluate the patients referred to the cardiovascular surgery (CVD) service from the emergency department of a regional medical faculty hospital.

Materials and Methods: This retrospective study was conducted in the emergency department of a regional medical faculty between June 2021 and January 2023. The records of patients referred from the emergency department to the CVD service were analysed. Demographic data, reasons for consultation for CVD, diagnoses, haematological and biochemical parameters, length of stay, and outcomes were evaluated. Patients were classified as having cardiac, arterial, venous, or other cardiovascular pathologies and were evaluated based on interventions performed and consultation results.



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Duygu Durmaz, Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

E-posta: ddurmaz@bandirma.edu.tr **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-9617-8046

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.12.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 15.04.2026

Atıf/Cite this article as: Durmaz D, Açıksoz Ü, Gündöner S. Evaluation of patients referred from the emergency department to cardiovascular surgery: a university hospital model. *Turk J Clin Cardio Perfusion*. 2025;3(2):42-48



Copyright © 2025 Yazar. Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.

Results: The records of 305 patients who were admitted to the emergency department on the specified dates and referred to the CVD clinic for cardiovascular pathology were analysed via the institution's automation system. It was determined that 75.7% (n = 231) of the consulted patients had CVD, (n = 74) had no CVD-related pathology. The mean age of the patients was 64.7 ± 17.6 years. 59.3% of the patients were male. Of the CVD-related consultations, 55.8% were outpatient. Among the evaluated patients, arterial pathologies (51.5%; n = 119), venous pathologies (19.9%; n = 46), and other pathologies (22.5%; n = 52) were observed. Emergency intervention was applied in 39% (n = 90) of consultations, and medical treatment in 48.9% (n = 113). 27.7% (n = 64) of the applicants were admitted to the hospital by a cardiovascular specialist.

Conclusion: The cooperation of the emergency department physician and CVD consultant physician is necessary for the rapid and effective evaluation of cardiovascular pathologies in the emergency department, and all stakeholders should be focused on patient benefit in this process.

Keywords: Cardiovascular surgery, emergency department, consultation, cardiovascular pathologies

Giriş

Acil servisler kaliteli sağlık hizmeti sunumunun bel kemiğini oluşturur. Bu sebeple acil servise başvuran hastaların kısa zamanda doğru tanı almaları, aciliyet durumlarının belirlenmesi ve etkin tedavinin sağlanabilmesi; ilgili, becerikli ve deneyimli hekimler sayesinde tüm branşlar ile etkin ve hızlı konsültasyon ağının oluşturulması sonucunda gerçekleştirilmektedir.

Kalp ve damar cerrahisi (KVC) dolaşım sisteminin tüm konjenital ve edinilmiş hastalıklarını kapsayan bir anabilim dalı olarak hastaları ciddi morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu nedenle bu hasta grubunun acil servislerde ivedilikle tanı konarak ilgili branş hekimi ile zaman kaybetmeden iletişime geçilmesi gerekmektedir (1).

Bu çalışmamızda acil servise başvuran ve acil hekimleri tarafından kardiyovasküler cerrahi patolojisi düşünülerek KVC kliniğine danışılan hastaların retrospektif taramasını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler

Bu retrospektif çalışma Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun (karar numarası: 2023-3, tarih: 14.03.2023) tarihli izni ile gerçekleştirildi. Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Servis Birimi'ne Haziran 2021 ile Ocak 2023 tarihleri arasında 18 aylık süreçte başvuran toplam hastalar arasında, kardiyovasküler patoloji olduğu düşünülerek KVC birimine danışılan 305 erişkin hastanın kayıtları incelendi. Konsültasyon notları, klinik değerlendirme bulguları ve sonuç kayıtları üzerinden yapılan incelemede, KVC'ye danışılan 305 hastanın %24,3'ünde (n = 74) kardiyovasküler patoloji olmadığı tespit edildi. Bu gruptaki konsültasyonlar çoğunlukla travmatik yumuşak doku yaralanmaları, yüzeysel venöz kanamalar, hematom, morarma, ekstremitte ağrısı, periferik nabız şüphesi gibi nedenlerle istenmiş olup, bu hastalarda majör arteriyel ya da venöz yaralanma saptanmamıştır. Bu nedenle KVC ile ilişkili tanı doğrulanmayan bu olgular çalışma dışı bırakıldı ve son analize 231 hasta dahil edildi. Çalışmamıza ait akış diyagramı Şekil 1'de sunulmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, acil servisten KVC birimine konsültasyon istenmiş olması, 18 yaş ve üzerinde olmak ve konsültasyon nedeni ile klinik sonlanım bilgilerinin eksiksiz kaydedilmiş olması olarak belirlendi. Hariç tutulma kriterleri ise konsültasyon sonrası kardiyovasküler patoloji saptanmaması, eksik veya yetersiz dosya bilgisi bulunması ve pediatrik yaş grubuna (<18 yaş) ait olgulardan oluştu.

Acil servise yapılan KVC başvuruları arteriyel, venöz, kardiyak ve bu sınıflara dahil edilemeyen diğer kardiyovasküler başvurular olarak dört kategoride değerlendirildi. Hastaların başvuru şekli ambulans ve ayaktan olarak sınıflandırıldı. Yapılan müdahaleler, acil müdahale, elektif şartlarda müdahale ve medikal tedavi şeklinde tanımlandı. Konsültasyonların klinik sonucu ise hastaların hastaneye yatırılması, acil servis biriminde medikal tedavi verilmesi, farklı bir kuruma sevk edilmesi veya tedavi reddi olarak ayrıldı.

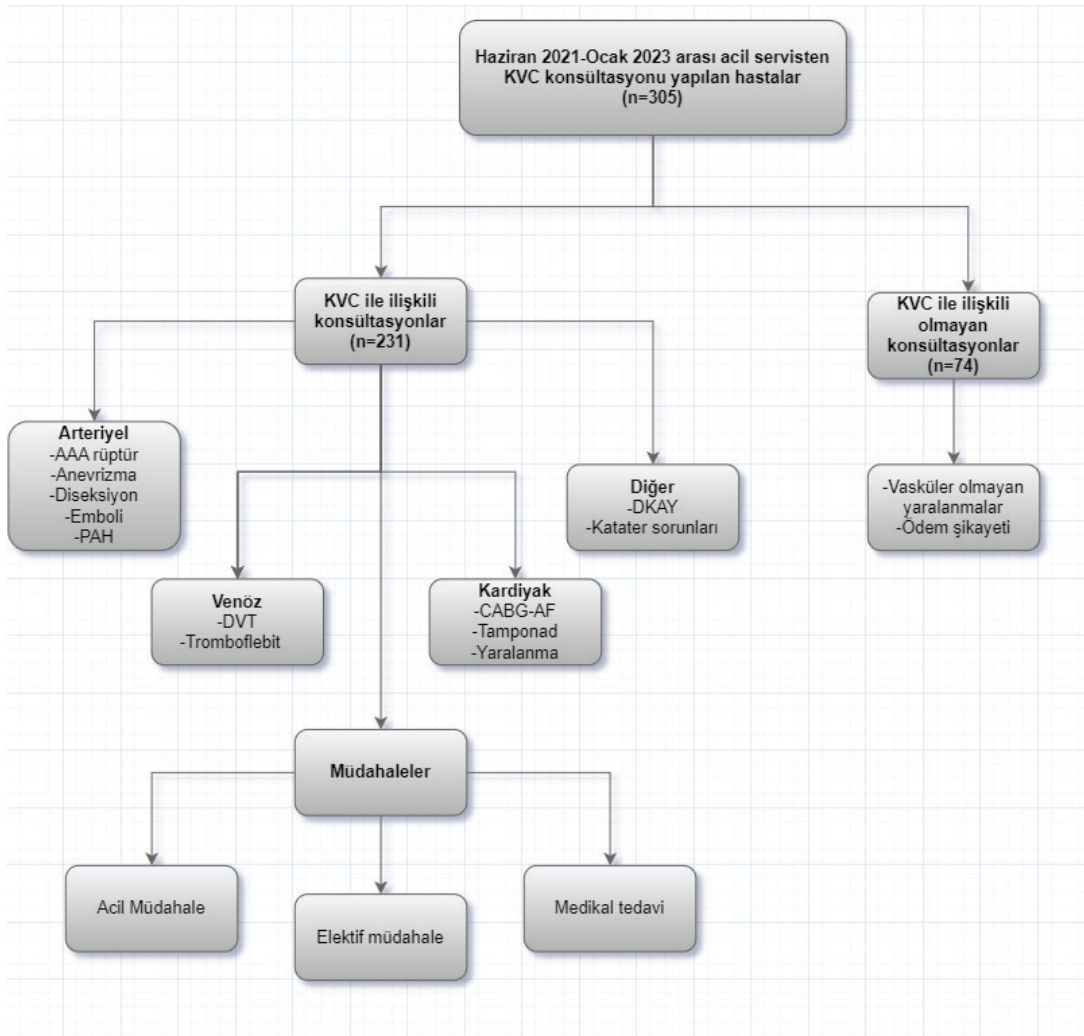
Kardiyak patoloji kaynaklı başvurular; koroner arter bypass greftleme (CABG) prosedürü sonrası atriyal fibrilasyon (AF), kardiyak yaralanmalar ve tamponad şüphesiyle perikardiyal efüzyon olarak tanımlandı. Arteriyel başvurular; periferik arter hastalıkları (PAH), anevrizmalar, emboliler, diseksiyonlar ve rüptüre abdominal aort anevrizmaları olarak tanımlandı. Venöz patolojiler; derin ven trombozu (DVT) ve tromboflebit, diğer başvurular ise; diyaliz kateter takılması, delici kesici alet yaralanmaları (DKAY) ve ekstremitelerde ödem olarak tanımlandı.

İstatistiksel Analiz

Verilerin toplanması ve kaydedilmesi Microsoft Excel (Microsoft, Redmond, WA, USA) programında yapıldı. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) version 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) tanımlayıcı istatistikler (frekans ve yüzde) uygulanarak gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular

Araştırmamıza dahil edilen 231 hastanın yaş ortalaması $64,7 \pm 17,6$ idi. Başvuran hastaların %59,3'ü erkekti. Konsültasyonların %55,8'i ayaktan başvuru idi. Konsülte edilen hastaların %27,7'si (n = 64) KVC uzmanı tarafından hastaneye interne edildi,



Şekil 1. Çalışmaya ait akış diyagramı.

PAH: Periferik arter hastalıkları, KVC: Kalp ve damar cerrahisi, CABG-AF: Koroner arter bypass greftleme sonrası atriyal fibrilasyon, DKAY: Delici kesici alet yaralanmaları.

%68,8'i (n = 159) konsültasyon sonrası tedavileri düzenlenerek taburcu edildi. Hastalara en sık (%33,1) eşlik eden ilave tanı hipertansiyondu (Tablo 1).

Yapılan konsültasyonlar sonucunda hastalar başvuru şikâyetlerine göre dört ana grupta değerlendirildi. Bu gruplar arteriyel, venöz, kardiyak ve bu gruplara dâhil edilemeyen diğer grup olarak sınıflandırıldı. Bunlar arasında en sık (n = 126; %41,3) başvurular diğer grubundaki patolojiler idi. Arteriyel patolojiler %38,7; venöz patolojiler %15,1 ve kardiyak ilişkili patolojiler ise %4,9 olarak belirlendi (Şekil 2). Arteriyel patoloji olduğu tespit edilen hastaların (n = 118) %66,9'u erkek idi. Bu grupta en sık (%61,3) PAH, ardından %19,5 ile anevrizmalar, diseksiyonlar (%8,5), emboli (%8,5) ve abdominal aort anevrizma rüptürü (%2,5) belirlendi. Venöz patoloji (n = 46) saptanan hastaların %52,2'si erkekti. Bu grupta yer alan hastalar DVT (%67,4) ve tromboflebit (%32,6) olarak belirlendi. Kardiyak

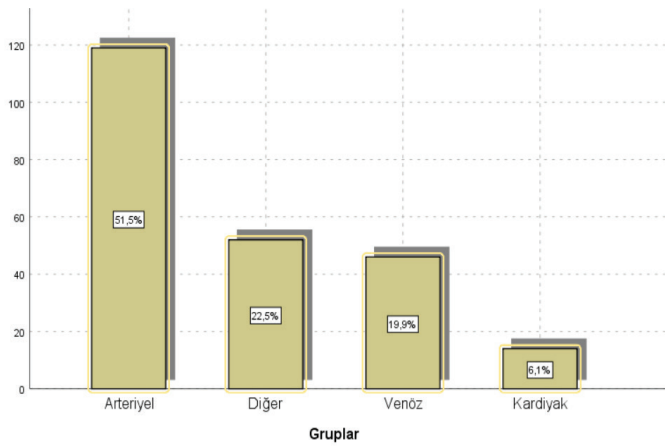
patoloji belirlenen grubun %60'ı kadınlardan oluşmakta idi. Kardiyak patoloji tanısı konulan konsültasyonların %50'si (n = 7) tamponad şüphesi ile dispne şikâyeti, %35,7'si (n = 5) CABG ameliyatı sonrası AF şikâyeti ile başvurduğu tespit edildi. KVC'ye konsülte edilen diğer gruba dahil edilen hastaların %84,6'sı diyaliz yapılamaması nedeniyle kateter takılması için danışılan hastalar ve %15,6'sı DKAY şeklinde idi (Tablo 2).

Araştırmamızda arteriyel patoloji tespit edilen hastaların %29,4'üne (n = 35) acil müdahale, % 52,9'una medikal tedavi uygulanmıştır. Venöz patoloji tespit edilen hastaların %84,8'ine (n = 39), kardiyak patoloji belirlenen hastaların %78,6'sına (n = 11) medikal tedavi uygulanmıştır. Araştırmamızda diğer patolojilerin tespit edildiği DKAY ve kateter ile ilişkili sorun tespit edilen hastaların tamamına (n = 52) acil müdahale uygulanmıştır (Tablo 3).

Tablo 1. Demografik özellikler.

Değişkenler		n = 231	%
Yaş ± SS		64,7 ± 17,6	
Cinsiyet (E)		137	59,3
Başvuru şekli	Ambulans	102	44,2
	Ayaktan	129	55,8
Konsültasyon sonucu	Yatış	64	27,7
	Tedavi	159	68,8
	Sevk	6	2,6
	Tedavi reddi	2	0,9
Ek hastalıklar	Yok	96	41,5
	Hipertansiyon	76	32,9
	DM	29	12,5
	HT-DM	25	10,8
	KBY	5	2,1

DM: Diabetes mellitus, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, SS: Standart sapma, HT: Hipertansiyon, E: Erkek.

**Şekil 2.** Acil servis KVC konsültasyonlarının dağılımı.

KVC: Kalp ve damar cerrahisi.

Tartışma

Acil servis her türlü acil hasta ve yaralıya kesintisiz hizmet ve tedavi sağlamak adına hastanelerin en yoğun ünitesidir. Konsültasyon belirli bir sorunun değerlendirilmesi ve yönetilmesine ilişkin görüşü başka bir hekim tarafından talep edilen bir hizmet türüdür. Acil serviste, bir acil hekiminin hasta bakımıyla ilgili tavsiye için başka bir hekimle temasa geçmesi durumunda konsültasyon gerçekleşir (2).

Acil servise başvuran hastanın tanı ve tedavisinin hızlı ve etkin bir biçimde tamamlanması gerekir. Muayene edilen hastalar için gerekli tetkikler yapılmalı ve çoğu durumlarda ilgili branşlardan

Tablo 2. Acil servisten KVC'ye yapılan konsültasyonlar.

	n = 231	%
Arteriyel (n = 119; %51,5)		
• AAA rüptür	3	2,5
• Anevrizma	23	19,5
• Diseksiyon	10	8,5
• Emboli	10	8,5
• PAH	73	61,3
Venöz (n = 46; %19,9)		
• DVT	31	67,4
• Tromboflebit	15	32,6
Kardiyak (n = 14; %6,1)		
• CABG-AF	5	35,7
• Tamponad şüphesi	7	50
• Yaralanma	2	14,3
Diğer (n = 52; %22,5)		
• DKAY	8	15,4
• Kateter	44	84,6

AAA: Abdominal aort anevrizması, PAH: Periferik arter hastalığı, DVT: Derin ven trombozu, CABG-AF: Koroner arter bypass greftleme sonrası atriyal fibrilasyon, DKAY: Delici kesici alet yaralanması, KVC: Kalp ve damar cerrahisi.

Tablo 3. Konsültasyonlar açısından yapılan müdahaleler (n = 231).

		Acil müdahale	Elektif müdahale	Medikal tedavi	Toplam
Arteriyel	n	35	21	63	119
	%	29,4	17,6	52,9	100
Venöz	n	0	7	39	46
	%	0	15,2	84,8	100
Kardiyak	n	3	0	11	14
	%	21,4	0	78,6	100
Diğer	n	52	0	0	52
	%	100	0	0	100
Toplam	n	90	28	113	231
	%	39	12,1	48,9	100

konsültasyon alınması gerekebilmektedir. Konsültasyon bu sürecin en önemli aşamalarından biridir (2).

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada yetişkin hastalarda başlıca ölüm nedenlerinden biridir ve kardiyovasküler problemleri olan hastalar sıklıkla acil servise başvurmaktadır (3). Türkiye’de KVC ile ilişkili acil başvurularında hastayı ilk değerlendiren hekim KVC uzmanı değildir. KVC uzmanı sıklıkla bir acil hekimi tarafından yapılan değerlendirme sonucunda görüşüne başvurulmak üzere davet edilir. Bu durum özellikle acil servis hekimlerinin, kardiyovasküler cerrahi patolojisi olan hastalarda uygun değerlendirmeyi yapmakta yetkin olmalarını gerektirir.

Bu çalışmada Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde acil servise başvuran ve KVC uzmanına konsülte edilen hastalar incelenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu metin acil servis ünitesinden kardiyovasküler cerrahi görüş talep edilen hastalar ile ilişkili ilk rapordur. Çalışmamızı acil servise başvuran hastaları KVC açısından dört kategoriye ayırarak dizayn ettik. Bu kategoriler; arteriyel patoloji kaynaklı başvurular, venöz patoloji kaynaklı başvurular, kardiyak patoloji kaynaklı başvurular ve belirtilen bu gruplara dahil edilemeyen diğer başvurular şeklinde idi.

Çalışmamızda en sık başvuruları (%41,3) diğer patoloji kaynaklı konsültasyonlar oluşturmaktadı. Bu grupta ise en sık (%34,9) diyaliz yapılamaması nedeniyle kateter takılma ihtiyacı olan hastalar vardı. Reichert (4) yaptıkları çalışmada çalışmamıza paralel olarak acil serviste kateter sorunları nedeniyle başvuruların sık olduğunu ifade etmişlerdir. İncelememizde kateter ile ilişkili tüm başvuruların KVC’ye yönlendirildiği, öncesinde acil servis hekimleri tarafından kateter girişim denemesi yapılmadığı görüldü. Bu durum acil servis hekimlerinin eğitim planlamasına kateter takılması ile ilişkili eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ek olarak bu gruba dahil ettiğimiz hastalar arasında DKAY sebebiyle konsülte edilen hastaların %79,5’i ve ödem şikâyeti ile konsülte edilen hastaların tamamı kontroller sonucunda KVC ile ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bu başvurular toplam başvuruların %24,3’ünü oluşturmaktadı. Kardiyoloji konsültasyonlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada acil servis biriminden yapılan konsültasyonların %48,8’inin kardiyologlar tarafından gereksiz bulunduğu ifade edilmiştir (5).

Travmatik veya travmatik olmayan arteriyel patolojilerin hızlı değerlendirilmesine yönelik mevcut uygulama, hastadan öykü almayı, fizik muayeneyi, ayak bileği–kol indeksini ve el Doppler’i değerlendirmesini içerir (6). PAH, genellikle acil servis başvuru şikâyetleri; bacaklarda ağrı, renk değişikliği, soğukluk ve yaralar olarak görülmektedir. Fizik muayenede nabızlar palpe edilemez. El Doppler’i ile distal nabızlarda akımın alınması PAH’ı düşündürür, kesin tanı alt ekstremitte arteriyel Doppler ve bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi gibi non–invazif görüntülemeler ile tanı konulur. Bu hastalar endovasküler

girişim ya da cerrahi tedavi için kalp–damar cerrahisine yönlendirilir (7). Bir çalışmada damar cerrahisi sonrası acil servis birimine en sık başvuru (%50,4) tanısının PAH olduğu ifade edilmiştir (8). Çalışmamızda arteriyel patoloji saptanan hastaların çoğunlukla (%61) PAH olduğu tespit edildi.

Torakal ve abdominal aorta anevrizmaları, rüptür ve diseksiyonları kardiyovasküler cerrahi kliniği açısından mortalite ve morbidite riski yüksek olması nedeniyle hızlı tanı ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi için öncelik gerektirmektedir. Kesin tanı BT anjiyografi ile konulur. Bu anevrizmalar genellikle 5,5 cm çapa ulaşana kadar takip edilmektedir. Ayrıca Marfan sendromu gibi anevrizma riskinin yüksek olduğu genetik hastalıklar ve biküspit aortada müdahale eşiği 4,5–5 cm gibi planlanmaktadır (9). Aort diseksiyonu, aortun intimal tabakasında oluşan yırtılma veya aort duvarındaki kanama nedeni ile aort duvarının katmanlarının ayrılması sonucu hayatı tehdit eden bir durumdur (10). Akut aort diseksiyonu tanısı konan hastalarda başlangıçtaki mortalite oranı yaklaşık %50’dir. Tedavi edilmediği durumda mortalite her saat %1 artarak ilerler ve 48 saat sonunda ölüm oranı %98’e ulaşır (11). Çalışmamızda arteriyel patoloji kaynaklı başvuruların %19,5’i anevrizma, %8,5’i diseksiyon ve %2,5’i abdominal aort anevrizması rüptürü olarak tespit edildi.

Çalışmamızda arteriyel başvuruların %8,5’ini oluşturan emboliler, kan dolaşımı yoluyla anormal intravasküler materyalin (katı, sıvı veya gaz) köken noktasından uzak bir bölgeye taşınması olarak tanımlanır. Arteriyel embolilerin çoğu (%85) kalpteki trombus oluşumundan kaynaklanmaktadır. Ana femoral arter (CFA) embolinin en sık görüldüğü yerdir ve olguların %35–50’sini oluşturur (12). Çalışmamızda hastaların %60’ında CFA embolisi tespit edildi. Başvuru şikâyetleri ve tanı koymak için kullanılan radyolojik tetkikler PAH ile aynıdır. PAH olgularında görüntülemelerde kolleteral akım mevcuttur. Arteriyel emboli tedavisinde uzuv kaybı riski nedeni ile acil revaskülarizasyon gereksinimi ile embolektomi yapılır.

Çalışmamızda venöz patoloji kaynaklı başvuruların çoğunluğu (%67,4) DVT olarak belirlendi. Başvuran ve DVT şüphesi ile konsültasyonu istenen hastalarda genellikle ekstremitede kızarıklık, şişlik olduğu görüldü. Bu hastalar ayrırcı tanıda baker kist rüptürü ve kasta hematoma ile aynı semptomları oluşturması ve tedavilerinin tam zıt olması sebebi ile alt ekstremitte venöz Doppler ile kesin tanıları konulur (13). Venöz patoloji kaynaklı diğer başvurular ise (%32,6) tromboflebit idi. Tromboflebit; özellikle alt ekstremitte görülen yüzeysel venlerde enflamasyon ile trombus gelişmesidir (14). Çalışmamızda tromboflebit şüphesi ile konsülte edilen hastaların semptomları DVT ile benzerdi. Yüzeysel USG ile kesin tanı konulan hastaların tedavisinde antibiyoterapi, analjezi varis çorabı, kısa süreli antikoagülan ve yaklaşık 6 ay süre anti agregan tedavi ile takipleri yapıldı. Etiyolojik araştırma için KVC ve dahiliye poliklinikleri eş zamanlı kontrolleri tavsiye edildi.

Araştırmamızda kardiyak patoloji kaynaklı başvurular değerlendirildiğinde, CABG sonrası AF tablosu bu hastaların %35,7'sini oluşturduğu belirlendi. CABG ameliyatı postoperatif komplikasyonları yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olabilirler. Acil hekimleri CABG prosedürü sonrası sternum yara enfeksiyonları, pnömoni, tromboembolik olaylar, AF, pulmoner hipertansiyon, perikardiyal efüzyon, böbrek hasarı, gastrointestinal sorunlar ve hemodinamik dengesizlik dahil olmak üzere çeşitli postoperatif komplikasyonlar ile karşılaşacaktır (15). Postoperatif AF ameliyat sonrası 2-4 gün içinde %5 ila %40'a kadar rapor edilmiştir ve görülme sıklığı ikinci günde en yüksek seviyeye ulaştığı belirlenmiştir (16). Hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için kardiyak patoloji kaynaklı kritik hastalar resüsitasyon bölümünde değerlendirilmeli ve birincil KVC ekibi ile konsültasyona geçilmelidir. Acil servis biriminden KVC'ye konsülte edilen tüm hastaların %68,8'inin kardiyovasküler değerlendirme sonrası acil servisten taburculuğu sağlanmıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, retrospektif ve tek merkezli bir araştırma olması nedeniyle sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. İkinci olarak, veriler hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilmiştir; eksik ya da hatalı kayıtlar sonuçların doğruluğunu etkilemiş olabilir. Üçüncü olarak, çalışma tanımlayıcı nitelikte olup neden-sonuç ilişkileri ortaya konulamamıştır. Ayrıca, hastaların arteriyel, venöz, kardiyak ve diğer gruplara ayrılması konsültasyon notları üzerinden yapılmış, bu durum gözlemci yanlılığına yol açmış olabilir. Son olarak, bazı alt gruplarda (örneğin kardiyak aciller) hasta sayısının görece az olması istatistiksel gücü sınırlamıştır. Gelecekte yapılacak çok merkezli, prospektif ve daha geniş örneklemli çalışmaların bu bulguları desteklemesi gerekmektedir.

Sonuç

Acil servis hekimlerinin KVC konsültasyonundan önce hastaların klinik özelliklerini detaylı bir şekilde değerlendirmeleri ve hastanın klinik açıdan hangi düzeyde olduğunu anlamaları, doğru hastanın, doğru zamanda, doğru hekim tarafından değerlendirilmesi ideal sağlık hizmeti sunumu açısından önem arz etmektedir. Acil servislerde el doppler cihazlarının bulundurulması ve temel vasküler değerlendirmeye yönelik kullanımın yaygınlaştırılması, ayrıca acil servislerde mevcut ultrasonun kritik hastaların ön değerlendirmesinde etkin biçimde kullanılabilmesi adına acil hekimleri ile KVC birimi arasındaki iş birliğinin artırılması, tanı ve yönlendirme süreçlerinin hızlanmasına katkı sağlayabilir. Sonuç olarak acil başvurularında kardiyovasküler hastalıklar açısından şüphe olması durumunda hasta derhal acil hekimi ve KVC uzmanı tarafından multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmelidir.

Hızlı tedavi yaklaşımı ile mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi sağlanmalıdır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun (karar numarası: 2023-3, tarih: 14.03.2023) tarihli izni ile gerçekleştirildi.

Hasta Onayı: Retrospektif bir çalışma.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: D.D., Ü.A., S.G., Dizayn: Ü.A., S.G., Veri Toplama veya İşleme: D.D., Ü.A., S.G., Analiz veya Yorumlama: D.D., Ü.A., Literatür Arama: D.D., S.G., Yazan: D.D., Ü.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Chang AM, Rising KL. Cardiovascular admissions, readmissions, and transitions of care. *Curr Emerg Hosp Med Rep.* 2014;2(1):45-51.
2. Wilson M, Mazowita G, Ignaszewski A, Levin A, Barber C, Thompson D, et al. Family physician access to specialist advice by telephone: reduction in unnecessary specialist consultations and emergency department visits. *Can Fam Physician.* 2016;62(11):e668-e676.
3. Qiu S, Cai X, Sun Z, Li L, Zuegel M, Steinacker JM, et al. Heart rate recovery and risk of cardiovascular events and all-cause mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Am Heart Assoc.* 2017;6(5):e005505.
4. Reichert J. Hospital admissions and consultations in a dialysis population. *Nefrologia.* 2007;27(1):53-61.
5. Kahraman F, Oskay T, Güler S, Gürbüz T, Taylan G, Yılmaz AS, et al. Evaluation of cardiology consultation quality and quantity requested from emergency departments in Türkiye, Eskişehir Med J. 2022;3(3):283-291.
6. Drake A, Dreyer N, Hoffer M, Boniface K. Point-of-care ultrasound for the evaluation of acute arterial pathology in the emergency department: a case series. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2022;6(1):1-7.
7. Varghese JJ, Estes BA, Martinsen BJ, Igyarto Z, Mustapha J, Saab F, et al. Utilization rates of diagnostic and therapeutic vascular procedures among patients undergoing lower extremity amputations in a rural community hospital: a clinicopathological correlation. *Vasc Endovascular Surg.* 2021;55(4):325-331.
8. Syed MH, Hussain MA, Khoshhal Z, Salata K, Altuwaijri B, Hughes B, et al. Thirty-day hospital readmission and emergency department visits after vascular surgery: a Canadian prospective cohort study. *Can J Surg.* 2018;61(4):257-263.
9. Wang TKM, Desai MY. Thoracic aortic aneurysm: optimal surveillance and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2020;87(9):557-568.
10. Clough RE, Nienaber CA. Management of acute aortic syndrome. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(2):103-114.
11. Cohn LH. Ischemic mitral regurgitation. In: Cohn LH, editor. *Cardiac Surgery in the Adult.* 4th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2012. p. 997-1027. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com>

12. Lyaker MR, Tulman DB, Dimitrova GT, Pin RH, Papadimos TJ. Arterial embolism. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2013;3(1):77-87.
13. Timmermans SH, Wlazlo N, Mom EM, Stoffers HE. Thrombophlebitis of the leg: diagnosis and treatment by the general practitioner. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A1098.
14. Montrief T, Koyfman A, Long B. Coronary artery bypass graft surgery complications: a review for emergency clinicians. *Am J Emerg Med.* 2018;36(12):2289-2297.
15. Mostafa A, El-Haddad MA, Shenoy M, Tuliani T. Atrial fibrillation post cardiac bypass surgery. *Avicenna J Med.* 2012;2(3):65-70.
16. Akintoye E, Sellke F, Marchioli R, Tavazzi L, Mozaffarian D. Factors associated with postoperative atrial fibrillation and other adverse events after cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;155(1):242-251.