

PACIENTUL DEPARTAMENTULUI DE URGENȚĂ - PRINCIPII ȘI ATITUDINE

Luca Vasilescu

Unitatea de Primire a Urgențelor (UPU) este o arie de îngrijiri medicale înrudită și apropiată Terapiei Intensive, putând fi considerată, în mare măsură, camera de gardă a acestei secții. Activitatea în acest spațiu, aflat la interfața spital-prespital, este caracterizată printr-o mare eterogenitate. Pacienții, personalul medical, circuitele funcționale, mijloacele tehnice fixe și mobile cuprind aproape întreaga arie de servicii medicale și se constituie într-un nod de rețea, în care actul medical propriu-zis reprezintă doar o parte din problematică acestui departament.

O enumerare succintă a activităților desfășurate aici cuprinde: primirea și triajul urgențelor, înregistrarea, relația cu aparținătorii, evidența problemelor medico-legale, actul diagnostic și terapeutic cu implicare interdisciplinară și investigațiile de toate tipurile la care se asociază probleme de logistică, cum ar fi transportul, igienizarea, păstrarea și evidența valorilor etc. .

Dacă în urma cu aproximativ 10-15 ani, opțiunile de consult inter-disciplinar se împărțeau între Chirurgie, Medicală, Ortopedie și eventual Obstetrică și Ginecologie, în urma tendinței actuale de subdivizare și diversificare a serviciilor spitalicești se mai pot întâlni încă aproximativ 15-20 de specialități chirurgicale (generală, cardio-vasculară, plastică, urologică, toracică, ORL, BMF, oftalmologică etc.) și medicale (interne, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, nefrologie, boli de nutriție și metabolism, neurologie, toxicologie etc.), la care se adaugă multiplele modalități imagistice (radiologie clasică, tomografie computerizată, angiografie și cateterism cardiac, ecografie generală și cardiacă, endoscopie etc.). Această enumerare nu dorește să treacă în revistă exhaustiv întreaga panoplie a specialităților medicale, ci încearcă

să illustreze sumar varietatea opțiunilor între care are de decis medicul de urgență în soluționarea unui caz, traseul optim al unei circumstanțe patologice fiind unul singur.

Categoriile de personal medical și ne-medical implicate sunt multiple; de la specialistul matur la medicul în formare, incluzând specialitățile tuturor secțiilor spitalului, asistenți medicali de toate nivelele, îngrijitoare, brancardieri, ambulanțieri, operatori-registratori, poliție, personal de pază și ordine. Toate au ca numitor comun faptul că se manifestă în același spațiu, frecvent insuficient și de cele mai multe ori neadecvat, mai ales prin inflexibilitate.

În plus arsenalul tehnic diagnostic și terapeutic, teoretic standardizat în practică este întotdeauna de tipuri, mărci și generații diferite.

Nu în ultimul rând, trebuie menționată varietatea pacienților, caracteristică unui serviciu public, atât din punct de vedere patologic cât și social.

În această atmosferă de maximă variabilitate, sub presiune psiho-emoțională, în care cvasi-permanent haosul este iminent, actul medical este radical diferit de cel desfășurat într-un salon de secție sau cabinet de consultații. Lăsate să evolueze în ritmul lor, evenimentele tind să evolueze către o entropie defavorabilă. Totul depinde de abilitatea de a menține sub control: 1) aflusul de pacienți, 2) atmosfera D.U., 3) actul medical în sine, 4) gestiunea resurselor.

Când, unde și cum se desfășoară anamneza, examenul obiectiv, investigațiile, diagnosticul și atitudinea terapeutică?

Răspunsul pe care îl propune această prezentare este acela că singurul reper fix de care se poate ancora activitatea în UPU este unul virtual, și anume “cadrul mental” prestabilit și prin aceasta înțelegem: principii, definiții, tipologie, categorii, sistematizare, algoritm, protocol, linii directoare.

În preocuparea de a defini, prioritar este subiectul discuției. În acest sens din numeroasele

încercări de a localiza și delimita UPU în cadrul serviciilor medicale, următoarele definiții se remarcă prin sinteză și concizie:

Departamentul de Urgență (D.U.) - este aria de îngrijiri medicale care întâmpină nevoile pacienților ce nu suportă programare (American Medical Association).

Medicul de Urgență - recunoaște, evaluează, îngrijește și îndrumă pacienții cu afecțiuni și/sau leziuni acute (American College of Emergency Physicians-1976).

Dacă vorbim despre funcțiunea Departamentului de Urgență, aceasta cuprinde următoarele etape, organizate într-o aparență logică: 1.înregistrare, 2.triaj, 3.evaluare, 4.investigații, 5.diagnostic, 6.atitudine terapeutică. Justificarea atributului "aparență" este aceea că, în timp real, mai ales atunci când vorbim despre pacientul critic, lucrurile stau diferit în sensul că toate etapele decurg cvasi-simultan (mai ales atitudinea terapeutică) și nici una nu așteaptă sfârșitul precedentei.

TRIAJUL

Constă în clasificarea și direcționarea/dispecerizarea pacienților corespunzător nevoilor medicale. Deși are ca și denumire conotații peiorative, **triajul** este o componentă esențială a organizării Departamentului de Urgență (D.U.). Triajul medical al pacienților, folosit inițial ca instrument de gestiune a situației în accidente colective și dezastre, se dovedește util de fiecare dată când există o neadecvare între nevoi și resurse (umane sau materiale) și în consecință circumstanța impune "așteptare" și "prioritate". Sintetizând, triajul este o decizie deopotrivă administrativă și medicală și este determinat de 1.numărul mare de pacienți, 2.gradul variabil de urgență medicală, 3.resursele limitate de spațiu, 4.personal și tehnică medicală.

Deoarece acțiunea de triaj este o decizie complexă și de multe ori determinantă pentru evoluția ulterioară a cazului, are nevoie de **criterii de triaj**. Deși, în fapt, triajul rămâne o problemă de **experiență clinică** și de **anticipare** a traseului optim pe care urmează să îl parcurgă un pacient, criteriile de triaj apar în încercarea de a sistematiza și din nevoia de a elimina, în cât mai mare măsură, componenta subiectivă a deciziei. Ca și criteriile obiective, **semnele vitale** și **scorurile patologice** se asociază inevitabil componentei subiective, reprezentată deopotrivă de experiență clinică și de circumstanțe care țin atât de pacient, cât și de particularitățile de organizare ale personalului fiecărui spital. Aceste criterii sunt destinate pe de o parte să **ierarhizeze riscul vital** și

dictează **timpul de reacție**. Pe de altă parte sunt utile în dispecerizare, în funcție de **circumstanța patologică**. De cele mai multe ori criteriile care se dovedesc utile și implicit funcționale sunt simple și clasifică cazuistica în mod relativ grosier.(i.e. traumatică versus non-traumatică, pacient ambulant sau pe targă etc.).

Dacă semnele vitale, valabile atât pentru circumstanțele non-traumatice, greu sistematizabile, cât și pentru cele traumatice sunt un instrument obiectiv general valabil, scorurile sunt concepute mai ales pentru circumstanțele traumatice.

Scorurile patologice sunt o practică universal răspândită în ultimele decenii, și în cazul triajului, au același caracter de simplitate. În același timp, având în vedere faptul că momentul triajului apare înaintea oricărui bilanț lezional, scorurile anatomice nu își găsesc locul, utilitatea practică fiind de partea scorurilor fiziologice.

Scorul **CRAMS** ia în considerare următorii parametri fiziologici cu punctajele respective:

• CIRCULAȚIE

2. Timp de reumplere capilară normal (<2s) și TA>100mmHg
1. Timp de reumplere capilară intarziat și 85<TA<100mmHg
0. Fără reumplere capilară și TA<85mmHg

• RESPIRAȚIE

2. Normală
1. Anormală
0. Absență

• ABDOMEN și TORACE

2. Abdomen și torace normale
1. Abdomen sau torace cu sensibilitate anormală
0. Abdomen rigid, volet costal, mișcare paradoxală

• MOTOR

2. Normal
1. Răspunde numai la durere
0. Fără raspuns (decerebrat)

• VERBAL

2. Normal
1. Confuz
0. Neinteligibil

În timp ce un scor CRAMS>9 indică traumă minoră, un scor CRAMS<8 indică traumă majoră și implicit destinația pacientului spre UPU unde există facilități de susținere a funcțiilor vitale și personal antrenat.

Deși nu este larg răspândit, posibil (sau chiar probabil) din cauza simplității, care ar putea lăsa

impresia de futilitate, scorul CRAMS are calități certe. Datorită faptului că are parametri ușor măsurabili (semne vitale și nivel de conștiință) de către orice tip de personal medical și are o bună corelație intra și inter-evaluator, se dovedește util în divizarea cazului în critic sau non-critic.

Scorul **RTS**.

parametru	valoare	scor
F.R.	10-29	4
	>29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
T.A.s	>89	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-79	1
	0	0
G.C.S.	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

Valoarea predictivă (pentru că anticiparea este în fapt cea mai importantă problemă a triajului) cu orice valoare sub normal (test pozitiv) a fost găsită într-un studiu european relativ recent (Van Camp, H. Delooz) conform tabelului următor, în care:

Definiție	Sensibilitate	Specificitate	Valoare predictivă a testului negativ	Valoare predictivă a testului pozitiv
ISS ≥ 18	38%	94%	96%	27%
ISS ≥ 20	56%	94%	98%	25%
Terapia urgentei majore	76%	94%	99%	25%

◆ **Sensibilitatea** – este procentul de pacienți cu leziuni majore asociat cu RTS scăzut

◆ **Specificitatea** – este procentul de pacienți cu leziuni minore asociat cu RTS maxim

◆ **Valoarea predictivă a testului negativ** – procentul de pacienți cu leziuni minore din cei cu RTS maxim

◆ **Valoarea predictivă a testului pozitiv** – procentul de pacienți cu leziuni majore din cei cu RTS scăzut

◆ **Terapia urgentei majore** – toracotomie, laparotomie, neurochirurgie, internare imediată în STI sau deces în următoarele 48h

Scorul **GCS**, evaluând strict statusul SNC, are valoare în activitatea de triaj numai asociat cu alți parametri fiziologici (este inclus în RTS).

Dacă importanța triajului ca etapă în gestionarea pacientului critic este evidentă, se pune problema cine este persoana care face triajul. Sunt puține referiri în literatura de specialitate, poate și datorită paradoxului că, deși este un gest de mare responsabilitate, este făcut în mod preponderent de personal medical mediu. O soluție rațională la această întrebare ar putea fi aceea că persoana care face triajul va fi decisă în funcție de:

1. Tipul și numărul pacienților care se prezintă în D.U.
2. Disponibilul de personal medical calificat
3. Experiența și pregătirea persoanei
4. Resursele disponibile pentru triaj (materiale și financiare)

Chiar dacă nu există o concluzie clară dacă persoana optimă care face triajul este medic sau asistent medical, este cert faptul că standardele, protocoalele și întreaga activitate din această arie de activitate trebuie supervizate și girate de un medic de urgență cu experiență.

Ierarhizarea riscului vital poate duce, în mod convențional, la patru tipuri de cazuri cu implicații de atitudine diferită. Definite succint acestea sunt:

Pacientul Critic: are risc vital de ordinul minutelor, cu patologie care implică funcțiile vitale (obstrucție de căi aeriene superioare, hipoventilație, instabilitate hemodinamică, leziune ireversibilă sau rapid evolutivă de SNC) și care necesită gesturi terapeutice imediate de stabilizare.

Pacientul Urgent: are risc vital de ordinul orelor, necesită evaluare rapidă și sistematică; ulterior diagnostic etiologic, tratament prompt nespecific simultan cu investigațiile și ulterior specific; este internat în majoritatea cazurilor într-o unitate cu caracter de terapie intensivă.

Pacientul Acut: are risc vital potențial în absența tratamentului, permite o atitudine “clasică” (anamneza, examen obiectiv, investigații, tratament) și necesită internare.

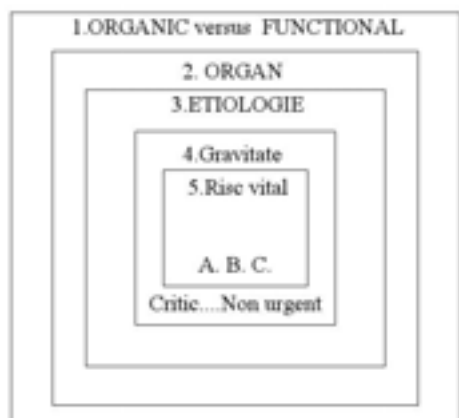
Pacientul Non-urgent: fără risc vital, permite programarea/amânarea investigațiilor, tratamentul este etiologic și simptomatic în baza diagnosticului și poate fi rezolvat (și) ambulator.

RISC VITAL – ATITUDINE TERAPEUTICĂ

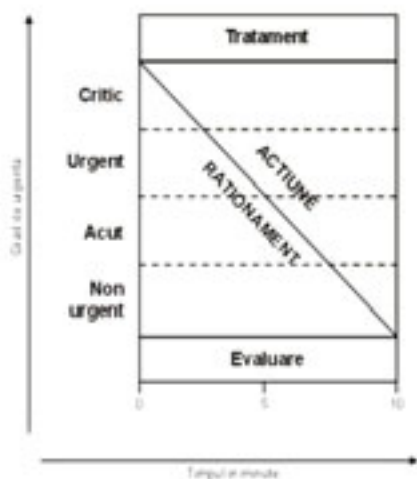
Preocuparea centrală a UPU ca prelungire a Terapiei Intensive la interfața spital-prespital este reprezentată de pacientul critic, atitudinea diagnostică și terapeutică în aceasta circumstanță având anumite particularități.

Dacă în mod curent abordarea unui pacient presu-

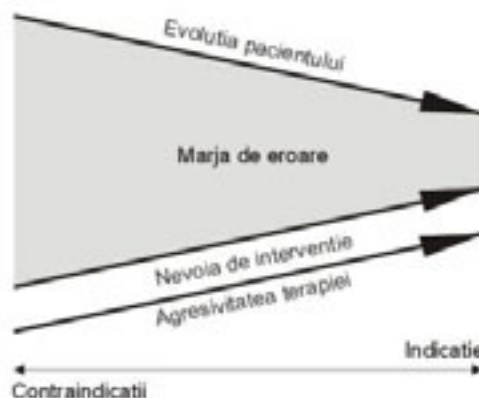
pune o succesiune logică a etapelor: suspiciunea unei afectări organice, diagnosticul de organ, tipul de afectare a organului, severitate, acutizări, eventualitatea riscului vital, acțiune terapeutică, în cazul pacientului critic succesiunea etapelor este parcursă în sens invers. Aceasta, tocmai în scopul ca în situația de risc vital prioritatea să devină evaluarea primară și menținerea funcțiilor vitale și în acest fel menținerea în viață a pacientului care să aibă ulterior și un diagnostic etiologic.



În timp real, medicul de urgență este pus în permanență în fața următoarei dileme: *Raționament* versus *Acțiune* care raport, în cazul pacientului critic, este net în favoarea acțiunii terapeutice și în detrimentul timpului de evaluare. Avansând în sens descrescător din punct de vedere al gravității, spre pacientul non-urgent există loc pentru o abordare mai “clasică”.



Se pune însă problema dacă pacientul are perspective mai bune în cazul în care este subiectul unei acțiuni terapeutice “decorticalizate”, sau mai potrivit, insuficient justificate fiziopatologic? Răspunsul este “da”, pe de o parte datorită consecințelor inacțiunii și pe de altă parte datorită algoritmilor și/sau protocoalelor care înmagazinează un bagaj de evidență clinică verificat.



În aceste situații, de abordare agresivă a unui pacient critic la care nevoia de intervenție crește proporțional cu gradul de gravitate a circumstanței patologice, marja de eroare scade. Pentru a gira însă profesional și moral o asemenea marjă de eroare îngustă și o astfel de atitudine agresivă, este necesar să avem în fața patternul evoluției pacientului grav care de multe ori se desfășoară într-un interval de timp de ordinul minutelor.

Această reprezentare grafică, simplist schematizată, urmărește progresia unor semne vitale, a statusului mental și metabolic pe măsură ce pacientul se apropie de exitus în cel mai comun tip de evoluție, prin prabușire hemodinamică. Este evident faptul că în absența intervenției imediate, decesul este inevitabil.

Trebuie menționat faptul că acest deznodământ, cu totul comun pentru medicul de Terapie Intensivă, are o cu totul alta conotație psiho-emoțională în D.U. în condițiile în care acesta are loc în câteva minute de la prezentare, nu s-a formulat nici un diagnostic, nu s-a generat o foaie de observație și nu în ultimul rând familia nu e pregătită pentru el.

ISTORIC – EVALUARE

Depășită fiind problema riscului vital, devine prioritar diagnosticul. În această etapă sursele de informație sunt în centrul atenției. Este clasică și valabilă afirmația că 85% din diagnostic provine din istoricul circumstanței patologice. Anamneza pacientului critic, urgent și chiar acut (conform categoriilor mai sus menționate) pierde caracterul de sursă exclusivă a informațiilor. De multe ori dialogul este dificil și chiar imposibil, statusul mental și psiho-emoțional al subiectului fiind deficitar. Deși informațiile oferite de pacient nu sunt neglijabile, devin prioritare cele oferite de personalul medical din aria prespital, aparținători și/sau martori ai evenimentului acut. Detaliile despre locul și circumstanțele evenimentului, mecanismul de leziune, originea social(anturaj)-economică și culturală pot fi relevante

	Soc precoce	Soc tardiv	Soc terminal	
Status mental	Alert, orientat, anxios	Letargic, incoerent	Comatos	RCP
Respirație	Hiperventilație	Superficială	Gasping	
Tensiune arterială	80-100 X	40-60 X	N 20-30 X	
P ECG	110-130 RS Palpabil la radia la radia	120-150 RS Palpabil la carotida sau femurală	Bradicardie (nodala, sinusala) Nepalpabil	Idiovent Fl.V. Asistola
Metabolic	Alcaloza ventilatorie	Acidoza metabolică	Insuficiența ventilatorie	



de multe ori în mai mare măsură. Se asociază documente medicale ale episoadelor patologice precedente, scheme de tratament urmat pentru afecțiuni cronice sau acute, alergii etc.

Nu fac obiectul discuției detalierea tehnicii și a etapelor evaluării secundare care sunt binecunoscute și care reprezintă axul examenului obiectiv. Aceștia li se asociază detaliile relevante legate de fizionomie gesturi, comportament, îmbrăcăminte etc.

Informația privind evenimentele medicale de parcurs (simptome, semne, gesturi terapeutice corelate cu evoluția funcțiilor vitale) atât în etapa prespital și de tranzit prin alte instituții de sănătate cât și pe traseul intern al D.U. este utilă nu numai pentru actul medical imediat și punctual cât și pentru evaluarea calității serviciilor medicale în sistem.

Sintetizând, ideea de culegere sistematică a informațiilor, urmând un protocol, este cel puțin la fel de importantă ca informațiile în sine. Acest protocol (și nu numai acesta) este recomandat să fie propriu fiecărui D.U., adaptat specificului pacienților și organizării. În același timp e de dorit să fie rezultatul unui consens, exprimarea opiniei tuturor medicilor implicați conducând la aderență față de acesta.

INVESTIGAȚII

Punctul de încercare al eficacității unui D.U. este legat indisolubil de investigații. Dacă tendința naturală de a avea un diagnostic cât mai clar înainte de internarea pe una din secțiile spitalului (fie ea cu caracter de terapie intensivă sau nu) este de înțeles, este evident că aceasta se poate face numai în detrimentul rapidității cu care este “rezolvat” fiecare caz în parte. Echilibrul între aceste două acțiuni contradictorii este greu de găsit și consituie, în același timp, un permanent subiect de dispută. Pe de o parte aflarea pacienților și pe de altă parte complexitatea unui caz sunt factori care determină viteza cu care

acesta trebuie condus către o soluție terapeutică și administrativă. Timpul afectat elucidării diagnostice prin investigații este o variabilă care trebuie să țină cont de acești factori. În același timp consumul excesiv de investigații pentru un caz se face în detrimentul investigațiilor pentru celelalte cazuri, în condițiile în care resursele sunt limitate. De cele mai multe ori într-un D.U. aglomerat această situație este generatoare de presiune, stress și conflict. În absența unui decident competent, experimentat și cu autoritate, posibilitatea de deviere de la soluția optimă, echilibrată devine probabilă. Acest decident care are o imagine de ansamblu asupra ferestrei de timp și disponibilității de resurse este medicul de urgență. Acțiunea acestuia nu este arbitrară și discreționară și pentru a nu fi marcată de subiectivitate trebuie susținută de principii și reguli clare, unanim cunoscute și împărtășite. Deși acestea rămân de stabilit în politica fiecărui spital de către comisiile profesional-administrative, în ceea ce privește investigațiile în D.U. există principii generale:

1. NU se cer în D.U. investigații al căror rezultat e improbabil să schimbe decizia clinică, administrativă și atitudinea terapeutică imediată

2. Trebuie luate întotdeauna în considerație rapiditatea, costul și acuratețea investigațiilor

3. Investigațiile nu trebuie să reprezinte un motiv de temporizare a unei atitudini clinice (corolar la 1.)

4. Investigațiile de rutină trebuie minimizate și cântărite de șefii de disciplină în comisia profesională luând în considerație 2.

5. Planul de investigații trebuie stabilit de la început și nu ajustat pe parcurs

6. Trebuie luat în considerare că investigațiile se pot face și după internarea pacientului pe secție

Pentru că nu există situații standard și de aceea managementul pacientului și al investigațiilor prin care acesta este condus în scop diagnostic nu are reguli unice nu există protocoale universale valabile, ci principii cu valoare de recomandări.

CONCLUZII

Eterogenitatea pacienților prezentați și a situațiilor care se creează în D.U. face ca desfășurarea activității să fie cel puțin dificilă, dacă nu chiar haotică în absența analizării unor scenarii și tipologii cunoscute. Exemplele sunt numeroase: politraumatisme, intoxicații, mulți pacienți rezolvați simultan de același medic, accidente colective, pacienți violenți, manipulativi(simulanti), care refuză tratamentul, în stare de ebrietate, cu tentative suicidale, cazuri sociale (cu potențial de contaminare), contagioși (VHB, HIV), deținuți, probleme medico-legale (alcoolemii) etc. . Toate aceste categorii pot fi înglobate sub denumirea de pacient **dificil** și dificultatea rezidă nu atât în problematica strict medicală cât în problemele conexe care trebuie soluționate și acestea în mod unitar. Rezultatul acestei analize concretizate în protocoale are rolul de a ghida practicianul care în funcție de particularitățile circumstanței poate să se abată de la ele sau nu. Cazuistica devine sistematizabilă și activitatea, dacă nu ordonată, cel puțin controlabilă. Dacă scopul este furnizarea de servicii medicale la un anumit standard atunci este inevitabilă tentativa

de standardizare. În acest sens, fără o “prefigurare”, un “cadru mental” prestabilit, acest scop este imposibil de atins. Pe de altă parte, îmbunătățirea perspectivelor pacientului critic prin promptitudinea cu care se instituie măsurile de susținere a funcțiilor vitale, ca și scop al D.U. nu poate avea loc fără identificarea acestuia în timp util și crearea unui “culoar” prioritar al acestuia către resursele adecvate de personal și tehnică medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. Dailey HR. Approach to the patient in the emergency department. In: Rosen P, Barkin RM, ed. Emergency Medicine – Concepts and Clinical Practice, Mosby Year Book, 1992, p. 22–37.
2. Van Camp LA, Deloos H. Current trauma scoring systems and their applications: a review. In: Berlot G, Deloos H., Gullo A., editors. Trauma Operative Procedures. New York: Springer, 1999, p.31–9.
3. Sue DY, Bongard FS. Philosophy & Principles of Critical Care. In: Sue DY, Bongard FS, eds. Current Critical Care – Diagnosis & Treatment. Lange Medical Books/ Mc Graw – Hill, 2002, p. 1–14.
4. Dailey HR. Approach to administration in the emergency department. In: Rosen P, Barkin RM, editors. Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice. Mosby Year Book, 1992, p.65–78.