

CRITERII DE ADMISIE ÎN SECȚIA DE TERAPIE INTENSIVĂ

Marian Popescu, Cheibas Serghei, Ileana Marinescu, Dana Cotescu, Ani Rahimian

Departamentul/unitatea de terapie intensivă, în egală măsură cu departamentul de primiri urgențe, trebuie să fie pregătit pentru a accepta pacienți pentru admisie în orice moment și să poată realiza o gamă complexă de servicii medicale pentru suportul acestora. Reprezintă, în același timp unități cu consum financiar deosebit, deseori sume uriașe în decurs de ore.

Deoarece obiectivele majore ale unei unități de terapie intensivă (TI) sunt prezervarea-ameliorarea calității vieții și repunerea pacientului într-un status independent - reinsertie socială, iar în anume situații, îndepărtarea durerii, suferinței și asigurarea trecerii spre eternitate în demnitate, se impune o selectare coerentă, rațională și fără discriminări a celor admiși.

Pacienții admiși în terapie intensivă, indiferent de patologie, au în comun un risc prezumtiv crescut de morbiditate și mortalitate.

Cu toate că au fost elaborate o serie de ghiduri pentru admisia pacienților în serviciile de terapie intensivă, punerea lor în practică este încă foarte dificilă și reprezintă o “provocare” pentru medicii intensivști. În literatură nu se specifică foarte clar care pacienți nu fac obiectul admisie, lăsând aceasta la latitudinea medicilor și ducând la interpretări greșite/erori/, la malpraxis. Procesul real prin care se realizează selectarea pacienților cu un “profil rezonabil” și o perspectivă rezonabilă de recuperare și care au indicație indubitabilă de suport intensiv nu este pe deplin

cunoscut, nefiind la nivel național dezvoltat încă un asemenea sistem de ghiduri/protocoale. Există o lipsă de înțelegere (proastă definire) privind criteriile de selectare a celor care beneficiază (și mai ales a celor care nu) de admisia în serviciul de terapie intensivă. Deseori, la prezentare, este aproape imposibil de a selecta pe cei care vor supraviețui și pe cei care nu.

Din păcate, încă există o alocare extrem de mică din bugetul de sănătate pentru nevoile din ce în ce mai mari privind suportul terapeutic, ducând inevitabil, nu rareori, la limitarea accesului pacienților către aceste servicii. Pe de altă parte, există tendința multor medici de a “forța imposibilul” pentru a prelungi viața unor pacienți aflați dincolo de orice resursă terapeutică, fie din exces de zel, fie ca urmare a insistențelor (amenințărilor) familiilor, ducând la cheltuieli inutile și, de fapt, la prelungirea agoniei; în principiu, astfel de intenții pot fi justificate doar atunci când există evidențe bazate pe știința privind beneficiul terapiei aplicate.

Atât societatea în ansamblu, cât și familiile pacienților trebuie educate, convinse, informate în privința limitelor “artei medicale”. Pacienții admiși în TI nu pot fi asemenea unui tren aflat în mișcare, cu aceeași direcție și destinație pentru toate vagoanele! Deseori poate există o mare discrepanță între ce dorim și ce putem face!

Toate acestea implică o înțelegere reală a necesităților de ordin financiar la nivelul unităților de terapie intensivă și o corectă realizare a admisie/plecării din terapie, pe baza unor criterii

Spitalul Universitar de Urgență “ELIAS” București,
Secția ATI

clare, fără ambiguități, reducând risipa de fonduri și pierderea pacienților care ar beneficia în mod real de aceste servicii medicale și ar limita, în același timp, admișiile fără justificare, realizând astfel un echilibru cost-beneficiu.

Admisia în terapie intensivă trebuie să fie pentru toți cei care au o patologie cu resurse biologice/potențial reversibil și au o șansă rezonabilă de a reveni la o calitate cvasinormală a vieții, cu alte cuvinte, pentru toți cei care suportul terapeutic reprezintă un real beneficiu.

Se impune astfel o evaluare judicioasă a patologiei pacienților care urmează a fi tratați în serviciul de terapie intensivă, cu clarificarea următoarelor:

- statusul funcțiilor vitale;
- diagnosticul corect al suferinței acute și al bolilor asociate;
- prognosticul imediat și la distanță, evaluarea potențialului de reversibilitate, a șanselor de recuperare și supraviețuire;
- răspunsul la o terapie anterioară;
- dacă se solicită admiterea doar pentru confortul, îndepărtarea durerii unui pacient aflat în stare terminală.

Triajul, selectarea pacienților pentru admisie trebuie realizată de către medicii din terapie intensivă, în echipă. Există situații speciale, urgențe grad zero, când, după o stabilizare prealabilă, pacienții sunt trimiși direct din departamentul de primiri urgențe spre sălile de operație/departamentul de terapie intensivă, cu respectarea drepturilor/securității pacienților (fără discriminări legate de vârstă, sex, religie, statusul social). Se respectă dorința pacientului de a refuza terapia de resuscitare – dorința exprimată în formulare speciale – și respectând unul din principiile fundamentale din medicină, acela de a nu face rău prin medicație și manevre medicale.

Nu pot fi utilizați drept ghiduri pentru admisia în terapie indicii clasici de prognostic (APACHE, SAPS, SOFA etc.), aceștia devenind utili abia după 24-48 ore de terapie/monitorizare (evaluează severitatea bolilor dar și eficiența terapiei și a alocării resurselor) și, în plus, sunt indici de predicție cu o marjă de eroare între 10-15%, neputând realiza o selecție corectă. În plus, nu este etic a se aplica astfel de evaluări privind supraviețuirea pentru cei ce nu pot fi admiși din alte cauze decât cele medicale.

Medicii care vor realiza triajul și admisia trebuie să aibă o bună pregătire profesională și experiență în domeniu și să fie disponibili, prezenți în orice moment când există o solicitare.

Selectarea astfel realizată are rolul să limiteze numărul de admisii nejustificate (pacienți aflați într-o stare mult prea bună pentru a fi tratați în terapie sau pacienți care vor deceda în următoarele ore cu sau fără admisia în TI; în mod cert, nu toți cei care urmează să treacă în neființă, trebuie admiși pentru “supraveghere, monitorizare” etc.).

Triajul pentru admisie poate fi deseori influențat și de alți factori decât cei medicali. Astfel, deseori se iau în calcul numărul de paturi existente în acel moment (gradul de ocupare), disponibilitățile de ordin tehnic și terapeutic. Pot exista influențe legate și de calitatea organizării serviciului de terapie, precum și de relațiile existente, colaborarea cu celelalte servicii medicale din unitatea respectivă. Nu rareori, admisia poate fi influențată și de o serie de factori de ordin subiectiv:

- personalitatea pacientului și mai ales, a familiei acestuia (amenințări, implicații juridice);
- teama medicului implicat de a nu greși prin omisiune dacă nu realizează admisia (malpraxis);
- “exces de zel” – internare orice patologie prezentă.

Deseori însă, admiterea este influențată de factori de ordin economico-financiar, factori care pun accent pe realizarea unui echilibru real cost-beneficiu. Trebuie luat în calcul faptul că nu întotdeauna efectuarea de investigații/terapii fără o riguroasă justificare fac bine pacientului. Costurile excesive pot apare prin:

- admisii nejustificate ca diagnostic;
- admisii la solicitarea familiilor (presiuni, amenințări) pentru stările terminale;
- evaluare, servicii medicale și terapie incorecte, fără concordanța cu diagnosticul prezent;
- staționare prelungită după stabilizarea funcțiilor vitale, ameliorarea bolii de fond;
- admisie tardivă, după agravarea suferințelor existente (admisia inițială fiind refuzată – lipsă de locuri, evaluare superficială).

Selectarea pacienților pentru admisie poate lua în calcul următorul model:

- **selectarea pe nivele de priorități:**

- **nivel 1** – admiterea pentru monitorizare și supraveghere 24-48 ore – se adresează celor stabili pe funcțiile vitale dar cu risc recunoscut de complicații (vârstnici cu operații majore, reconstrucții vasculare majore, traumatisme abdomino-pelvine etc.);

- **nivel 2** – admiterea pentru necesar crescut de îngrijire – nursing – se adresează celor cu complicații de la nivelul 1, celor care au nevoie de suport ventilator, toaleta plăgilor operatorii, arsuri; nutriție, hidratare-bilanț; în general, pot fi stabili pe funcțiile vitale, dar cu risc de complicații majore imediate; sunt candidați la staționare îndelungată în terapie dar și la complicații legate de aceasta (infecții, depresii etc.);

- **nivel 3** – admiterea celor care au un necesar crescut și constant de suport terapeutic/tehnic – sunt instabili pe funcțiile vitale, cu prognostic rezervat și se confundă cu “imaginea pacienților clasici” din terapie cu staționare îndelungată, complicații severe și consum crescut de fonduri; aceștia fie trec în nivelul 2, fie decedază.

Unele servicii de terapie intensivă utilizează pentru triaj următorul criteriu, anume, pe **modele de priorități:**

1. pacienți care beneficiază substanțial de suport terapeutic/tehnic, fiind admiși:

- critici, instabili cu boli recuperabile (sepsis, șoc, ARDS, MODS);
- boli cronice care dezvoltă suferințe acute ale altui organ (chirurgicale sau nu);
- critici, instabili și irecuperabili dar care dezvoltă o altă suferință acută cu potențial tratabil.

2. pacienți care nu beneficiază de suportul terapiei intensive:

- fie au o stare mult prea bună, cu risc minim de complicații/deces și pot să fie tratați, supravegheați în alte secții, neavând beneficiu prin admisia în TI;
- fie au o stare mult prea gravă, cu deces imediat, cu sau fără admisia în TI – boli terminale fără șanse de supraviețuire cu evoluție ireversibilă.

În principiu, admiterea pacienților în TI trebuie realizată înainte ca patologia prezentă să ajungă la un punct de unde recuperarea devine imposibilă iar costurile terapiei/investigațiilor/staționării vor crește nejustificat.

Au prioritate absolută pentru admisie urgențele majore/grad zero.

Nu se pot lua în calcul pentru admisie modificarea singulară, fără corespondent clinic a unor probe biologice.

Un alt criteriu de a realiza selectarea pacienților pentru admisie, este acela care se bazează pe **patologia prezentă:**

- **Patologie cardiacă:**

- necesar resuscitare cardiorespiratorie;
- status post resuscitare recentă;
- șoc cardiogen;
- HTA cu risc de AVC, IMA, hipertensiune intracraniană;
- IMA complicat;
- aritmii severe;
- angor instabil cu instabilitate hemodinamică;
- bloc AV cu crize Adams-Stockes;
- necesar monitorizare invazivă;
- traumatisme cardio-toracice;
- cardiomiopatii severe.

- **Patologie respiratorie:**

- necesar resuscitare respiratorie de orice cauză;
- iminență de oprire respiratorie, insuficiență respiratorie acută de orice cauză/IOT;
- bronhopneumonie severă;
- ARDS, sd. Mendelson;
- Status astmatics, tromboembolie pulmonară;
- Hemoptizii masive/IOT;
- Leziuni postcombustionale căi respiratorii/IOT;
- Traume toracice/politrauma.

- **Patologie neurologică:**

- AVC de orice cauză cu instabilitate hemodinamică/necesari suport ventilator;
- Hemoragia subarahnoidiană-idem;
- TCC severe – IOT;

- Encefalopatii/come de orice etiologie cu necesar suport ventilator/hemodinamic;
 - Status epilepticus;
 - Miastenia gravis (criza miastenică/colinergică)/IOT;
 - S. Guillaine-Barre;
 - Necesari monitorizare PIC;
 - Traumatisme medulare complicate.
 - **Patologie digestivă:**
 - Hemoragie digestivă severă – orice localizare anatomică – cu hipovolemie, anemie – angor asociat, necesar suport hemodinamic/ventilator;
 - Pancreatite acute severe;
 - Insuficiențe hepatice severe/encefalopatie/IOT;
 - Perforații digestive/infarct enteromezenteric;
 - Ocluzii intestinale;
 - Denutriți/cașectici.
 - **Patologie endocrină/hidroelectrolitică/acido-bazică:**
 - Cetoacidoza/status hiperosmolar/hipoglicemii severe cu suport hemodinamic/ventilator/monitorizare invazivă;
 - Criza adrenală,
 - “Furtuna” tiroidiană;
 - feocromocitom complicat;
 - Coma mixedematoasă;
 - Diselectrolitemii simptomatice;
 - Tulburări acido-bazice simptomatice;
 - Deshidratări severe/necesari suport hemodinamic/monitorizare;
 - Coagulopatii simptomatice;
 - Neutropenici/urgențe oncologice.
 - **Patologie chirurgicală:**
 - admisia preoperatorii – cazuri selecționate;
 - postoperator imediat complicat;
 - complicații postoperatorii tardive (fistule, abcese);
 - perforații digestive, ocluzii, infarct enteromezenteric – pregătire preoperatorie – suport postoperator;
 - pancreatite acute severe/complicate;
 - hemoragii digestive – suport hemodinamic/ventilator;
 - fasciita necrozantă – sepsis sever;
 - politraume severe cu necesari suport multiplu;
 - arsuri peste 10% suprafața corporală/necesari îngrijiri/ suport;
 - patologia legată de transplant/donarea de organe.
 - **Alte patologii:**
 - Intoxicații acute severe cu necesari suport ventilator/ hemodinamic/dializă;
 - Intoxicații acute postcombustionale;
 - IRA/IRC – acutizată – suport renal/hemodinamic/ ventilator;
 - Disfuncții multiple de organe/sisteme;
 - Șoc septic/anafilactic/sepsis sever;
 - Încerc, electrocutare, hipotermie severă, hipertermie malignă;
 - Pre-eclampsie, eclampsie, hemoragii severe pre-post partum;
 - Tromboembolie acută pre-post partum;
 - HELLP syndrome/CID asociat;
 - Ruptura uterină/dezlipire de placenta cu hemoragii severe – suport hemodinamic.
 - Terapia durerii acute/ cronice:**
 - Terapia durerii acute pre-postoperatorii/traumatice/postarsuri/la naștere;
 - Terapia durerii cronice neuropate/neoplazice;
 - Terapia depresiei/anxietății asociate.
 - Proceduri tehnice:**
 - intubația oro-traheală dificilă (fibroscopie);
 - toraco-pericardo-paracenteza;
 - montare catetere arterio-venoase;
 - cardioversie electrică – risc oprire cardio-respiratorie;
 - montare sondă Blakemore (IOT);
 - bronhoscopie, traheostomie (IOT);
 - necesari stimulare cardiacă externă/monitorizare invazivă.
- După un anumit interval de timp de suport terapeutic, explorări și evaluări-reevaluări în

dinamică, pacienții urmează a fi preluați de alte servicii medicale/chirurgicale.

Criteriile de externare din terapie pot fi sumarizate după cum urmează:

- îndeplinirea criteriilor de admisie la un nivel inferior de terapie/îngrijire;
- stabilizarea funcțiilor vitale;
- ameliorarea suferinței de fond;
- absența complicațiilor;
- absența necesarului de monitorizare;
- absența durerii/a altor suferințe;
- status independent, îmbunătățirea calității vieții cu șanse de reinsertie socială;
- status mult agravat, ireversibil, fără șanse de supraviețuire – externare spre saloane special amenajate unde să beneficieze de sprijinul celor dragi, confort și o moarte în demnitate.

Din păcate, deseori paturile din TI sunt ocupate cu pacienți care, după un anume număr de zile de terapie/nursing/explorări, nu mai fac parte din categoria celor care necesită, beneficiază de suportul realizat aici.

Motivele staționării nejustificate în terapie pot fi:

- refuzul secțiilor care au internat bolnavii de a-i prelua după stabilizare;
- solicitarea familiilor pacienților de a continua terapia în mod nejustificat;
- refuzul familiilor de a prelua la domiciliu cazurile aflate în stadiu terminal (deseori fiind readmiși sub presiune);
- cazuri sociale.

ÎN CONCLUZIE

- unitatea TI trebuie să fie 24h din 24h pregătită pentru admisia pacienților critici, având personal suficient, bine pregătit profesional și o dotare corespunzătoare;
- selectarea celor admiși aparține, în echipă, medicilor din TI;

- nu există indici infailibili de evaluare la admisie privind predicția-prognosticul, șansele de supraviețuire;
- de preferat admiterea pe baza nivelurilor de prioritate și a patologiei existente;
- au prioritate absolută urgențele majore/grad zero;
- costurile fiind foarte mari iar fondurile alocate nefiind pe măsură, se fac eforturi considerabile pentru a realiza un echilibru cost-beneficiu, prin admisia selecționată a cazurilor – fără risc de malpraxis – și prin reducerea justificată a explorărilor/staționării în terapie;
- finalitatea admisie – prezervarea, ameliorarea calității vieții, reinsertia socială sau doar ameliorarea suferinței, durerii și asigurarea unei treceri în eternitate în demnitate și pace;
- există o nevoie stringentă, la nivel național, a unor criterii/ghiduri/protocoale de admisie și de plecare a pacienților în serviciile de terapie intensivă – în concordanță cu legislația în vigoare – în scopul eficientizării activității, reducerea costurilor și a staționărilor nejustificate și a reducerii riscului de malpraxis.

BIBLIOGRAFIE

1. CIVETTA, J.M.; TAYLOR, W.; KIRBY, R.: *Critical Care 1997-2004*, p. 21-34; p. 49-61; p. 127-147.
2. RIPPE, J.; HIGGINS, T.L.: 2004, p. 2232-2241; 2242-6.
3. BRIAN, H.; CUTHBERTSON, N.R.; WEBSTER, J.R.: *Col Surg*, Edinb 1999; 44:294-300.
4. ESCHERR, M.; THOMAS, V.P.: *BMJ* 2004; 329: 425. *BMJ* 2004; 2: 1136.
5. McINTOSH, N.: *Intensive care monitoring: past, present and future*. Clin. Med. 2002; 2; 349-355.
6. Hill Country Memorial Hospital – *Admission criteria* – 2004.
7. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine – *Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage* – 2002.
8. GARRY, SMITH, et al.: *Criteria for admission*. *BMJ* 1999; 318: 1544-7.