

Przedstawiam Koleżenstwu takie sobie pisemko. Może podyskutujemy sobie o nim na Forum?

Wasz Admin Polanestu

14/K/2007

Sz.P.
Andrzej Sośnierz
Prezes NFZ
w Warszawie

Przedstawiam Panu jednolity tekst dotyczący ogólnych oraz szczegółowych kryteriów kwalifikowania chorych do przyjęcia i leczenia chorych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Obszar, który obejmują te kryteria jest ściśle określony przez wiedzę opartą na dowodach medycznych i z tego powodu do czasu aż nie pojawią się nowe dowody upoważniające do zmiany tych kryteriów, należy je uznać za jednoznacznie obowiązujące. Stanowią one zatem zbiór standardów postępowania medycznego, które wykluczają dowolność interpretacji oraz uznaniowość w ocenie działalności tych oddziałów. Jednocześnie wskazują na celowość postępowania medycznego wobec chorych, którzy spełniają warunki tych kryteriów, jak również informują o wieloprofilowości Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przedstawienie tych zasad jest także równoznaczne z obowiązkiem ich przestrzegania przez ordynatorów O.A.i I.T. jako jednostek samodzielnych w strukturze szpitala, których działalność jest ściśle określona Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28.02.1998 r., jak również oparta o samodzielny kontrakt uzyskany w postępowaniu konkursowym realizowanym przez NFZ.

Do wiadomości:

Minister Zdrowia prof dr Zbigniew Religa

Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii Prof dr hab. Leon Drobnik

Kwalifikacja i kryteria przyjęć chorych do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej

Zaawansowane techniki podtrzymywania życia dostępne w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii mają za zadanie zapewnienie czasowego wspomaganie podstawowych funkcji życiowych chorego, które zostały istotnie zaburzone w przebiegu potencjalnie odwracalnego procesu chorobowego. Wkroczenie z niezwykle inwazyjnymi technikami podtrzymywania funkcji narządów i w związku z tym życia, jest logicznie uzasadnione, jeśli wpisuje się w definicję potencjalnej odwracalności zaistniałej niewydolności narządu lub narządów i realnej szansie na powrót pacjenta do środowiska, w którym żył. Podsumowując w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii powinni być leczeni tylko chorzy, u których rozpoznaje się w sposób obiektywny szanse na wyzdrowienie oraz powrót chorego do społeczeństwa.

Ten punkt widzenia znajdował i znajduje odbicie w oficjalnym stanowisku **Nadzoru Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii** i jest zgodny z podstawową doktryną intensywnej terapii reprezentowaną przez międzynarodowe gremia naukowe, które w oparciu o konferencje konsensusu wypracowują treści, które ogólnie należy w zakresie zadań sformułować następująco:

1. Ratowanie i podtrzymywanie czynności organizmu u ciężko chorych dla zapewnienia im należyj jakości życia,
2. Zapewnienie specjalistycznej opieki i rehabilitacji wymagających intensywnych metod postępowania u chorych powracających do zdrowia po ciężkiej chorobie operacji lub urazie.
3. Zapewnienie opieki nad chorymi oddziałów intensywnej terapii, u których wymiar choroby nie pozwala na wyleczenie-tak aby uwolnić ich od cierpienia i zapewnić pełen komfort zarówno chorym jak zarówno ich rodzinom.

U podstawy każdego przyjęcia do oddziału OIT musi leżeć uwzględnienie takich czynników jak:

1. Wyrażane zawczasu przez pacjenta życzenia lub sprzeciwu co do stosowania u niego terapii podtrzymującej życie.
2. Współistniejące schorzenia oraz stopień wydolności organizmu w okresie poprzedzającym wystąpienie aktualnego pogorszenia stanu pacjenta.
3. Stopień zaawansowania choroby i potencjalną jej odwracalność.

Kryteria przyjęć do Oddziału A. i I.T.

Zgodnie z minimalnym standardem zapotrzebowania na stanowiska intensywnej terapii ilość łóżek w oddziale A i IT powinna stanowić od 2-5% wszystkich łóżek szpitalnych, do 10% w szpitalach uniwersyteckich. Przy deficytowej bazie tych stanowisk w Polsce (lekarz z określonym ściśle, wysokokwalifikowanym zakresem umiejętności, na stałe obecny w oddziale, pielęgniarka przypisana do stanowiska oraz skomplikowany sprzęt medyczny) niezbędnym jest właściwe ich wykorzystanie. Zgodnie z doktryną intensywnych terapii na świecie oraz w Polsce, oddziały te stają się niekwestionowaną bazą dla planowych przyjęć chorych po rozległych zabiegach operacyjnych w obrębie wszystkich jam ciała, z tego prostego powodu, że tylko te oddziały są gwarancją przeżycia przez chorego okresu pooperacyjnego, a procedury chirurgiczne nadają wymiar racjonalności postępowania medycznego. Gwarancje przeżycia wynikają z obecności w oddziale specjalistycznej kadry i zaawansowanych, gdzie indziej niedostępnych, technologii służących terapii i monitorujących czynności życiowe. Jest to więc rodzaj przyjęć do A i IT, który wymaga wcześniejszego zaplanowania terminu operacji i rezerwacji dla danego chorego stanowiska leczniczego. Kolejnym istotnym punktem działania O A i IT jest przeprowadzenie w oddziale tzw. preoptymalizacji stanu chorego przed rozległym zabiegiem operacyjnym, bardzo często w trybie pilnym lub ze wskazań życiowych. Preoptymalizacja stanu chorego dotyczy może także chorych operowanych w trybie planowym, a zakres operacji jest na tyle rozległy, iż wymaga w okresie przedoperacyjnym specjalnego monitorowania leczenia żywieniowego, kontrolowanego leczenia ciężkich zaburzeń wodno-elektrolitowych itp. Aktualnie procedury takie niestety nie są uwzględnione przez partnera jakim powinien być NFZ., ale funkcjonują jako uznane za standardowe w powszechnym systemie ubezpieczeń krajów należących do Unii Europejskiej. Z tego między innymi tytułu, dla lepszej organizacji pracy i racjonalnego wykorzystania stanowisk intensywnej terapii powinna obowiązywać „priorytetyzacja” przyjęć chorych do O. A. i I.T. Procedura ta powszechnie funkcjonuje w uznanych za wzorcowe systemach opiekach zdrowotnych.

Określenie priorytetu potencjalnych przyjęć do O. A. i I.T.

Dzięki systemowi postępowania, który jest oparty o wykorzystanie priorytetów przyjęcia chorego do O.A i I.T., możliwa jest klasyfikacja określonych grup chorych pod względem wskazań, zakresu i możliwości leczenia oraz prognozowania wyników terapii. System ten dokonuje podziału chorych na grupy od najwyższego priorytetu (**pierwszeństwa hospitalizacji**) począwszy (Priorytet I - grupa pacjentów, która w największym stopniu skorzysta z przyjęcia do oddziału), aż do tej grupy chorych, którzy na skutek zaawansowania choroby lub chorób, znaleźli się poza zasięgiem procesu leczniczego, który jest aktualnie uznanym standardem postępowania we współczesnych naukach medycznych (Priorytet IV).

Priorytet 1

Pacjenci o tym priorytecie przyjęcia znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z destabilizacji parametrów określających stan zaburzeń zachodzących w układzie krążenia i oddychania. Chorzy ci wymagają intensywnej terapii i monitorowania, które nie są dostępne w pozostałych oddziałach szpitalnych. Przykładem tego rodzaju terapii może być konieczność prowadzenia wentylacji mechanicznej, konieczność ciągłego miarczkowania leków naczyniowoaktywnych, z równoczesnym pomiarem rzutu serca, PCWP i SvO_2 , SVR, SV, i innych parametrów dynamiki układu krążenia. W przypadku tej grupy chorych nie istnieją żadne limity w zakresie terapii wspomagającej. Przykładem może tu być chory w okresie pooperacyjnym bez względu na charakter wykonanej operacji lub chorzy z ostrą niewydolnością krążenia lub oddychania wymagający leczenia wybranymi technikami wentylacji mechanicznej, czy też chorzy w stanie wstrząsu, wymagający inwazyjnego monitorowania dynamiki układu krążenia i oddychania oraz stosowania wlewów leków naczyniowoaktywnych i innych. Czynności o charakterze leczniczym prowadzone w O. A. i I.T. są właściwe tylko dla specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Priorytet 2

Pacjenci zaliczani do tej grupy priorytetów określających wskazania do przyjęcia i leczenia w O. A i I.T., to chorzy, którzy wymagają intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru i w każdej chwili zagraża im konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia, zarezerwowanych wyłącznie dla intensywnej terapii. Podobnie jak w grupie pierwszej, brak jest wskazań do określenia limitu potencjalnie udzielanej terapii. Przykładem

mogą tu być chorzy z udokumentowanym wywiadem dotyczącym schorzeń układu krążenia, oddechowego, nerek lub ośrodkowego układu nerwowego, u których nagle doszło do istotnego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Do grupy tej należą także ci sami chorzy, u których zaistniała potrzeba przeprowadzenia poważnego zabiegu operacyjnego, lub też istnieje u nich bezwzględne wskazanie do inwazyjnego monitorowania zmian zachodzących w dynamice ważnych dla życia układów i narządów, które to czynności prowadzą tylko specjaliści w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Priorytet 3I

Do grupy tej kwalifikowani są krytycznie chorzy, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, jak też zaawansowanie aktualnie toczącego się procesu chorobowego ograniczają w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie i tym samym osiągnięcie korzyści z przyjęcia do oddziału intensywnej terapii. Pacjenci ci kwalifikują się jednak do tego aby zapewnić im intensywne leczenie, które może przynieść im doraźną ulgę w cierpieniu podczas nieodwracalnie przebiegającego procesu chorobowego, ale zakres stosowanych środków i technik inwazyjnych może zostać ograniczony a priori np. do, nie podejmowania czynności takich jak intubacja dotchawicza w przypadku wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej lub też do niepodejmowania prób resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Przykładem są chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową, której towarzyszą mnogie przerzuty do innych narządów i jest ona dodatkowo powikłana infekcją, tamponadą osierdzia, niedrożnością dróg oddechowych lub też chorzy znajdujący się w stadium terminalnym choroby układu krążenia lub oddychania, a u których doszło do powikłań w postaci ostrego procesu chorobowego o różnej etiologii. Chorzy z tej grupy zostali jednocześnie zdyskwalifikowani zgodnie z przyjętymi kryteriami z wdrożenia u nich procedur związanych z przeszczepianiem narządów, których niewydolność jest odpowiedzialna za terminalność stanu zdrowia.

Priorytet 4

Do tej grupy należą chorzy, których przyjęcie do oddziału intensywnej terapii jest zasadniczo nieuzasadnione. Przyjęcie chorych w oddział i powzięcie decyzji o ich leczeniu może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Decyzja dotycząca przyjęcia powinna być powzięta na podstawie głębokiej analizy indywidualnego przypadku i jedynie za zgodą ordynatora oddziału. Pacjentów tych można zaliczyć do dwóch kategorii:

1. Chorych, którzy albo nie odniosą dodatkowej korzyści lub tylko bardzo ograniczoną na skutek przyjęcia do O.A i I.T. z powodu niskiego ryzyka interwencji diagnostyczno-terapeutycznej, która nie może być dokonana poza oddziałem IT (tzn. są w stanie „zbyt dobrym” by wynieść korzyść z hospitalizacji w takim oddziale, lecz procedura medyczna, która może wpłynąć na dalszy proces leczniczy może być wykonana tylko w O.A. i I.T.). Przykładem są tu chorzy ze schorzeniami obwodowego układu krążenia, stabilni hemodynamicznie, chorzy z umiarkowaną ketonową kwasicią cukrzycową, przytomni chorzy w przebiegu ostrego zatrucia lub chorzy z umiarkowanego stopnia niewydolnością krążenia lub niewydolnością oddechową, itp.
2. Chorzy z nieuleczalną chorobą terminalną, którzy stoją w obliczu zagrażającej śmierci (tzn. „zbyt chorzy” aby hospitalizacja w OIT mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego rokowania). Zalicza się tu chorych z ciężkim, nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, nieodwracalną niewydolnością wielonarządową, przerzutami nowotworowymi niepoddającymi się chemio i radioterapii (**chyba, że chory jest w trakcie specjalnego programu terapeutycznego**), chorzy z rozpoznaną śmiercią pnia mózgu (śmiercią mózgu) nie będący potencjalnymi dawcami narządów, chorzy w stanie wegetatywnym, czy w nieodwracalnej śpiączce.

Do grupy tej zalicza się również chorych, którzy są w stanie samodzielnie podejmować świadome decyzje dotyczące ich zdrowia i życia i w związku z tym dokonali oni wyboru polegającego na odmowie leczenia w O.A. i I.T., wybierając w zamian leczenie o charakterze paliatywnym. **Z tej grupy chorych wyłącza się dawców lub potencjalnych dawców narządów.**

Szczegółowe wskazania do przyjęcia do OIT

Układ krążenia

- ; Ostry zawał serca z towarzyszącym bólem, zaburzeniami rytmu, zastoinową niewydolnością krążenia lub brakiem stabilizacji parametrów dynamiki układu krążenia.
- ; Chorzy z zawałem serca u których zaplanowano, lub u których wdrożono już leczenie trombolityczne.
- ; Niestabilna dusznica bolesna.
- ; Wstrząs kardiogeny.

- ; Ostra, zastoinowa niewydolność serca z niewydolnością oddechową i/lub wymagająca wspomaganie hemodynamicznego.
- ; Przełomy nadciśnieniowe z towarzyszącą encefalopatią, obrzękiem płuc, rozwarstwieniem aorty czy rzucawką.

Układ oddechowy

Ostra niewydolność oddechowa wymagająca wspomaganie oddechu włącznie z wentylacją nieinwazyjną.

Ciężki stan astmatyczny z FEV₁ lub przepływem szczytowym <40% od należnego, tętnem paradoksalnym >18mmHg, odmą opłucnową lub chory w stanie skrajnego zmęczenia spowodowanego pracą oddechową.

Chorzy z zatorowością płucną, niestabilni krążeniowo i/lub kwalifikujący się do leczenia trombolitycznego.

Choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego

Pacjenci z udarem mózgu kwalifikujący się lub będący w trakcie leczenia trombolitycznego (np. w ciągu 3 godz. od wystąpienia udaru niedokrwiennego) oraz pacjenci z udarem mózdzku lub pnia mózgu oraz udarem krwotocznym mózgu, u których doszło do ostrej niewydolności oddechowej i ostrej niewydolności krążenia przebiegającej pod różnymi postaciami.

Chorzy ze schorzeniami układu nerwowego OUN, u których doszło do zaburzeń świadomości lub wydolności oddechowej w takim stopniu, że wymagają oni protezowania dróg oddechowych z terapią wentylacyjną lub aktywnie wspomaganą tlenoterapią.

Chorzy z krwotokiem podpajęczynówkowym (I-III w klasyfikacji Hunt'a i Hess'a)

Zatrucia i przedawkowanie leków

Chorzy ze znacznego stopnia upośledzeniem świadomości, z zaburzeniami odruchów obronnych pochodzących z dróg oddechowych.

Drgawki w przebiegu zatrucia.

Chorzy wymagający ostrej hemodializy lub hemoperfuzji.

Chorzy niestabilni krążeniowo i oddechowo w przebiegu zatrucia.

Zaburzenia układu pokarmowego

1. Krwawienie z przewodu pokarmowego, któremu towarzyszy:

- ; Niestabilność układu krążenia: ciśnienie skurczowe <100mmHg i/lub tętno >120/min, lub utrzymująca się po przetoczeniu 1000ml płynów hipotensja ortostatyczna
 - ; Spadek ciśnienia wymagający miareczkowania leków presyjnych
 - ; Utrzymujące się krwawienie (jasnoczerwona krew z sondy żołądkowej, krew w badaniu per rectum
 - ; Nawracające krwawienia
 - ; Zaburzenia świadomości w przebiegu krwawienia
 - ; Niestabilna choroba układowa, której towarzyszy incydent krwawienia
 - ; Koagulopatia (INR>1.4 i/lub czas trombinowy >40s)
2. Ostry żółty zanik wątroby.
 3. Ostre, krwotoczne zapalenie trzustki (3 lub więcej kryteriów w skali Ransona)

Zaburzenia ze strony układu wewnątrzwydzielniczego

Ciężka kwasica ketonowa, z niestabilnością układu krążenia lub zaburzeniami świadomości
Zespoły hipertoniczne i hipotoniczne przebiegające ze śpiączką i/lub niestabilnością układu krążenia.

Przełom tarczycowy lub śpiączka w przebiegu hipotyreozy.

Ciężkie zaburzenia wodno-elektrolitowe przebiegające z zaburzeniami świadomości.

Przełom nadnerczowy.

Opieka pooperacyjna

Pacjenci w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, wymagający monitorowania dynamiki układu krążenia, wspomagania oddychania, leczenia niestabilności układu krążenia lub permanentnej kontroli drożności dróg oddechowych.

Chorzy neurochirurgiczni wymagający inwazyjnego monitorowania hemodynamicznego lub agresywnego leczenia wysokich wartości ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub skurczu naczyń mózgowych, itp.

Różne

Ciężka sepsa, wstrząs septyczny wymagający inwazyjnego monitorowania lub wspomagania układu oddechowego i krążenia, jak również realizacji programów lekowych w tym leczenia białkiem C i wymagający włączenia systemu terapii zorganizowanej zgodnego z wytycznymi ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) oraz wytycznymi Polskiej Grupy

Sepsy. Program leczenia ciężkiej sepsy zgodny z wytycznymi może być skutecznie zrealizowany tylko w O. A i I.T.

Zaburzenia wartości parametrów fizjologicznych będących wskazaniem do przyjęcia do OIT

Tętno <40 i >150 /min (>130 /min jeśli wiek >65 r.ż.)

Średnie ciśnienie tętnicze <60 mmHg pomimo odpowiednie resuscytacji płynowej (1500ml) lub potrzeba stosowania leków presyjnych dla MAP >60 mmHg

Ciśnienie rozkurczowe >110 mmHg i jedno z poniższych

Obrzęk płuc

Encephalopatia

Niedokrwienie m. sercowego

Tętniak rozwarstwiający aorty

Rzucawka lub stan przedrzucawkowy (ciś. rozkurczowe >100 mmHg)

Krwotok podpajęczynówkowy (ciś. rozkurczowe >100 mmHg)

Częstość oddechów >35 /min (utrzymujący się) i niewydolność oddechowa

PaO₂ <55 mmHg przy FiO₂ >0.4 (ostre)

K⁺ >6.5 mEq/l (ostre)

PH <7.2 lub >7.6

Poziom glukozy w surowicy >800 mg/dl

Poziom Ca >15 mg/dl

Temp. centralna $<32^{\circ}\text{C}$

Przedstawione kryteria ulegają stałej weryfikacji i nowelizacji przez monitorujące je gremia specjalistów oraz towarzystwa naukowe. W trakcie konferencji uzgodnieniowych, które odbywają się w odstępach kilkuletnich podlegają krytycznej analizie i jeśli jest to celowe z medycznego punktu widzenia zmianie.

Z przedstawionych treści oraz podziału kryteriów wynika, że tylko Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii posługują się jednolitą, powtarzalną doktryną w leczeniu chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia z powodu potencjalnie odwracalnej krytycznej niewydolności jednego lub więcej narządów, technikami i umiejętnościami właściwymi tylko dla tych struktur organizacyjnych.

Wynika z tego również prosty fakt, że w oddziały te przyjmowani są wszyscy chorzy, wymagający postępowania zgodnie z doktryną, bez względu na to, jaka przyczyna

doprowadziła do niewydolności narządu lub narządów jeśli zachodzi przesłanka o potencjalnej odwracalności ich niewydolności.

Piśmiennictwo:

P. E. Marik, Handbook of Evidence-Based Critical Care, Springer-Verlag 2001

Society of Critical Care Medicine, Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage,

Critical Care Medicine 1999 27 (3):633-638

Levels of Critical Care for adult patients. Standards and Guidelines. Intensive Care Society 2002:2

Postoperative critical care: overnight intensive recovery. Br J Anaesth 2002, 88:473-4

WWW.POLANEST.PL

Portal Anestezjologów-Praktyków