

Seth T. White<sup>1</sup>, Yenny R. Cardenas<sup>2</sup>,  
Joseph L. Nates<sup>1</sup>

## O que todo intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva

*What every intensivist should know about intensive care unit admission criteria*

### Introdução

O *Institute of Medicine* (IOM) publicou, em 2001,<sup>(1)</sup> um relato fundamental, no qual recomendava nova e criteriosa estruturação para os cuidados de saúde, para melhorar o domínio qualidade dos cuidados para a população americana no século 21. O IOM definiu seis domínios de qualidade, que devem fundamentar o fornecimento de serviços de terapia intensiva: segurança, tempo adequado, efetividade, eficiência, foco no paciente e equidade. Entretanto, os recursos da terapia intensiva são limitados e não estão disponíveis para todas as pessoas, o que levanta importantes preocupações com relação à forma como estes recursos são alocados. Há uma infinidade de razões pelas quais existe uma insuficiência de serviços de terapia intensiva, que, por sua vez, levou ao desenvolvimento de políticas para melhorar a utilização e, conseqüentemente, racionalizar estes escassos recursos.<sup>(2)</sup>

### Quem precisa estar em uma unidade de terapia intensiva?

A questão de *quem* precisa de suporte da equipe de uma unidade de terapia intensiva é complexa. A terapia intensiva engloba ampla variedade de condições clínicas em diferentes especialidades e ambientes. A questão de *como* alocar os serviços de terapia intensiva também não é fácil de responder e depende de muitos fatores, que variam entre as diferentes instituições e incluem a disponibilidade de profissionais, além de outras considerações. É fácil fazer uma triagem permissiva, com conseqüências mínimas, quando há leitos de sobra, porém fazê-lo quando o número de leitos é limitado pode ter repercussões catastróficas para aqueles que, mais adiante, vierem a ter negado seu acesso à unidade.

Recentemente, uma força-tarefa da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) publicou um novo conjunto de diretrizes baseadas em evidência para ser utilizado como moldura para melhorar e orientar as operações clínicas. O grupo forneceu uma diretiva atualizada de estratégias para admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva (UTI). Estas propostas tiveram como objetivo não apenas ajudar o profissional, mas também orientar a pesquisa nestas áreas particularmente complexas.<sup>(3)</sup> Os autores avaliaram, de forma extensa, todos os fatores relevantes que desempenham um papel nestes três processos e, por meio de uma abordagem sistemática baseada em evidência, tornaram clara a escassez de evidências, o que limitou a força das recomendações na maioria das áreas.

Com relação à admissão, diversos modelos já existentes devem ser considerados. O modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos, e o modelo de priorização são os mais comumente utilizados. No modelo diagnóstico, para guiar as admissões, o profissional utiliza políticas que listam condições

1. Critical Care Department, The University of Texas MD Anderson Cancer Center - Texas, United States.

2. Critical Care Department, Fundación Santa Fé de Bogotá - Bogotá, Colombia.

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 2 de março de 2017

Aceito em 1º de abril de 2017

**Autor correspondente:**

Joseph L. Nates  
Critical Care Department, The University of Texas  
MD Anderson Cancer Center  
1515 Holcombe Blvd Unit # 112  
Houston, Texas 77030  
United States  
E-mail: jlnates@mdanderson.org

**Editor responsável:** Jorge Ibrain Figueira Salluh

DOI: 10.5935/0103-507X.20170073

específicas, que devem merecer cuidados em suas respectivas unidades. Esta abordagem envolve uma listagem de séries de patologias que demandam tratamento na UTI. Esta abordagem é relativamente direta (por exemplo: edema pulmonar), mas é raramente utilizada na América Latina. No modelo de parâmetros objetivos, estabelecem-se determinados limites a partir dos quais os parâmetros laboratoriais ou fisiológicos desencadeiam uma avaliação e, quando se atingem certos critérios, ocorre a avaliação para admissão (por exemplo: sódio < 110 ou > 170mEq/L). Esta é uma abordagem mais difícil de implantar, pois não há critérios bem definidos para todos os sistemas. É um tipo de abordagem utilizado principalmente em combinação com o modelo diagnóstico, sendo frequentemente utilizada por times de resposta rápida, para fins de avaliação. No modelo de priorização, os pacientes são selecionados segundo um sistema de triagem especialmente estruturado, que prioriza pacientes conforme suas necessidades e probabilidade de beneficiar-se da admissão.

Além dos modelos descritos, propuseram-se outros, para classificar os pacientes segundo a atenção a suas necessidades hospitalares, em vez de parâmetros de sua doença. Nesta abordagem, os pacientes são alocados a quatro diferentes níveis de cuidados, variando de zero a 3 (sendo zero - enfermaria; 1 - telemetria; 2 - unidade clínica intermediária; e 3 - UTI), com base em sua necessidade de monitoramento e/ou intervenções.<sup>(4)</sup>

Cada uma destas abordagens tem suas vantagens e desvantagens, e nenhuma delas foi totalmente validada. O uso apenas dos sinais vitais parece ser pouco específico e sensível como medida, o que impede sua utilização isoladamente.<sup>(5)</sup> Desenvolveram-se sistemas mais complexos de pontuação com base na fisiologia e comorbidades, tanto na população geral,<sup>(6)</sup> quanto em subpopulações mais específicas, como pacientes de transplante de células hematopoiéticas,<sup>(7)</sup> para auxiliar nas decisões relativas à admissão. Porém estes só foram validados em nível local. As evidências para estes sistemas de pontuação são fracas, de forma que se recomendou não serem utilizados os sistemas de pontuação isoladamente para determinar a elegibilidade para níveis mais altos de cuidado ou alta da UTI. Semelhantemente, não se recomenda o uso de escores prognósticos ou de severidade da doença para tomar decisões de final de vida em pacientes individuais.

### Decisão quanto à admissão

A decisão de admitir um paciente é multifacetada e engloba muitos aspectos da prática clínica. Os critérios iniciais a considerar para admissão referem-se à necessidade

de uma intervenção que não está disponível em outro ambiente da instituição e à instabilidade clínica, que coloca o paciente em risco de morrer ou ter deterioração imediata.

Para fazer suas recomendações a respeito de quando admitir um paciente, a força-tarefa da SCCM criou uma lista das considerações mais importantes, utilizando aspectos dos modelos acima. Os fatores considerados importantes pela força-tarefa incluíram a identificação de intervenções que só poderiam ser fornecidas no ambiente da UTI (por exemplo, terapias de suporte à vida), a disponibilidade de equipe treinada para cuidar do paciente (inclusive as proporções entre enfermagem e médicos), a priorização segundo as condições do paciente, o diagnóstico clínico, a disponibilidade de leitos, o parâmetros objetivos por ocasião do encaminhamento (por exemplo, frequência respiratória elevada) e o potencial de beneficiar-se das intervenções necessárias, além do prognóstico do paciente (Tabela 1). São também importantes o momento adequado (minimização de retardo nos cuidados) e as questões éticas relativas à decisão (evitando-se discriminação e triagem excessivamente permissiva ou restritiva). A autonomia e a vontade do paciente devem ser respeitadas como fatores fundamentais em qualquer tomada de decisão. A instalação dos pacientes em leitos não apropriados para sua especialidade se associa com os piores desfechos e deve ser evitada.

### Triagem

A existência de critérios objetivos e previamente definidos para triagem é um componente essencial dos planos de gerenciamento de desastres, conforme recomenda a força-tarefa da *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM) com relação à triagem para UTI durante epidemias de influenza ou desastres de grandes proporções.<sup>(8)</sup> A triagem deve buscar ser tão precisa quanto possível, porém a SCCM recomenda que é preferível uma triagem mais permissiva do que uma mais restritiva (isto é, admitir à UTI pacientes que podem não precisar dela). Embora uma triagem ligeiramente permissiva possa ser preferível, uma excessivamente permissiva pode ser prejudicial se o serviço tornar-se sobrecarregado, especialmente em momentos de crise ou demanda extraordinariamente elevada. Uma triagem restritiva tem sido associada a aumento da mortalidade.<sup>(3)</sup>

Uma força-tarefa do conselho da *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* (WFSICCM) também fez comentários relativos às decisões de triagem para admissão à UTI.<sup>(9)</sup> Em seu recente consenso, o grupo salientou (1) o papel que a triagem tem na melhor

**Tabela 1** - Fatores principais a considerar para admissão à unidade de terapia intensiva

Paciente	Instalações	Princípios de tratamento
O paciente concorda com tratamento na UTI e está:	Tem:	Centro no paciente
Em condições críticas	Políticas claras de admissão	Equanimidade
Instável	Protocolos operacionais em uso como plano para epidemias	Em tempo oportuno
Necessita de intervenções que só são fornecidas na UTI	Médicos treinados	Eficiente
Provavelmente se beneficiará das intervenções de terapia intensiva	Enfermagem treinada	Seguro
	Leitos de UTI disponíveis	Eficaz
	Equipamentos de UTI	Evitar fornecer cuidados não benéficos na UTI

UTI - unidade de terapia intensiva.

utilização e no uso equânime dos recursos de terapia intensiva disponíveis, (2) as limitações dos algoritmos e protocolos, (3) a importância da abordagem colaborativa do intensivista para tomar a decisão final de admissão, e (4) a necessidade do uso eficiente e organizado dos recursos em níveis local e regional.

A força-tarefa da SCCM delineou uma abordagem específica para priorização de admissões durante os processos de triagem; sua abordagem propõe cinco níveis. Primeiro, prioridade aos pacientes críticos que possam beneficiar-se de intervenções de terapia intensiva/suporte à vida em uma UTI, e que não tenham limitações do cuidado. Em segundo lugar, prioridade para pacientes similares, porém com chance questionável de obter benefício das intervenções por conta de doença de base avançada, que reduz sua sobrevivência em longo prazo, ou pacientes com limitações específicas do cuidado. Em terceiro lugar, prioridade para os pacientes críticos, porém que podem receber a terapia de que necessitam fora do ambiente da UTI, como ventilação não invasiva em uma unidade intermediária. Em quarto lugar, prioridade para pacientes com critérios para prioridade do nível anterior, porém com chances mais baixas de sobreviver, ou com limitações do cuidado. O quinto nível de prioridade inclui os pacientes com condições terminais, moribundos ou que teriam benefício com cuidados paliativos em vez de intervenções inadequadamente agressivas ou heroicas.

A categoria final inclui uma controvertida população de pacientes para os quais não se chegou a um consenso. Ainda são administrados nas UTI cuidados não benéficos, e não existe qualquer solução universalmente aceita para este problema. A administração destes cuidados (que alguns continuam a, inadequadamente, chamar de *fúteis*) continua a existir, e seu impacto negativo em outros pacientes que poderiam beneficiar-se destes recursos ainda não foi esclarecido. Muitos países com recursos limitados têm optado pelo racionamento.

### Alcance externo à unidade de terapia intensiva/terapia intensiva sem paredes

Como nem todos os pacientes críticos podem ser admitidos à UTI, e algumas admissões à UTI podem potencialmente ser evitadas, muitos hospitais recentemente implantaram sistemas de resposta rápida, nos quais médicos treinados em terapia intensiva avaliam pacientes que podem ter risco de deterioração na enfermagem e dão início a intervenções apropriadas. Os sistemas de resposta rápida demonstraram reduzir as admissões à UTI e a incidência de parada cardíaca fora da UTI, embora as metodologias para estes programas sejam consideradas problemas metodológicos.<sup>(10)</sup> A força-tarefa da SCCM recomendou o uso de sistemas de resposta rápida para a revisão precoce de pacientes agudos fora da UTI, com a finalidade de prevenir admissões desnecessárias à UTI.

Em diversos hospitais, desenvolveram-se equipes de consulta em terapia intensiva, para ajudar na alta e transferência para a UTI, e para auxiliar no tratamento de pacientes críticos na enfermagem. Como acontece com os sistemas de resposta rápida, as estruturas destes sistemas e seu nível de implantação variam amplamente, o que torna difícil uma avaliação detalhada. No entanto, a SCCM recomenda o uso de equipes de consulta em terapia intensiva para ajudar a facilitar as admissões e as altas da UTI.

### Conclusão

A decisão de admitir ou triar para a UTI é uma complexa prática diária, que pode ser muito pesada em tempos de demanda elevada. Cremos que, com o uso de uma abordagem abrangente baseada nos princípios aqui descritos, qualquer médico pode ser capaz de tomar decisões de alto nível. Estes princípios se baseiam em recomendações e estratégias propostas pelo IOM, pela SCCM e pelas declarações de consenso da WFSICCM e da ESICM. Devemos lembrar que os critérios para admissão, alta e triagem da UTI encontram-se em contínuo desenvolvimento.

Independentemente das orientações expostas neste texto, os intensivistas devem levar em conta as políticas locais do hospital e do país em que trabalham. Se tais políticas não existem, é essencial começar a criar um protocolo detalhado, no qual cada um que cuida de pacientes críticos saiba quando chamar a equipe de consulta da UTI. Este protocolo asseguraria que admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva sejam processos

transparentes. Estes protocolos devem levar em conta as recomendações de diversos corpos especializados que indicaram métodos pelos quais estes processos podem ser realizados de forma adequada. Uma vez se tenha concordância com relação à transferência para a UTI, esta deve ser feita de forma segura, eficiente e em tempo oportuno, para, assim, garantir cuidados de alta qualidade para todos os pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
2. Sinuff T, Kahnemouli K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM; Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force. Rationing critical care beds: a systematic review. *Crit Care Med*. 2004;32(7):1588-97.
3. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1553-602
4. Department of Health. *Comprehensive critical care: A review of adult critical care services* [Internet]. London: Department of Health; 2000. [cited 2017 Sept 15]. Available from: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121014090959/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4082872.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121014090959/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4082872.pdf)
5. Lamantia MA, Stewart PW, Platts-Mills TF, Biese KJ, Forbach C, Zamora E, et al. Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults. *West J Emerg Med*. 2013;14(5):453-60.
6. Sprung CL, Baras M, Iapichino G, Kesecioglu J, Lippert A, Hargreaves C, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: part I--European Intensive Care Admission Triage Scores. *Crit Care Med*. 2012;40(1):125-31.
7. Bayraktar UD, Shpall EJ, Liu P, Ciurea SO, Rondon G, de Lima M, et al. Hematopoietic cell transplantation-specific comorbidity index predicts inpatient mortality and survival in patients who received allogeneic transplantation admitted to the intensive care unit. *J Clin Oncol*. 2013;31(33):4207-14.
8. Christian MD, Joynt GM, Hick JL, Colvin J, Danis M, Sprung CL; European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. Chapter 7. Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med*. 2010;36 Suppl 1:S55-64.
9. Blanch L, Abillama FF, Amin P, Christian M, Joynt GM, Myburgh J, Nates JL, Pelosi P, Sprung C, Topeli A, Vincent JL, Yeager S, Zimmerman J; Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2016;36:301-5.
10. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2010;170(1):18-26.