

**DOR TORÁCICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO EM 2008**
ESTUDO DESCRITIVO

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto

Luciana Neves Cidade Soares da Costa

Rua Clube dos Caçadores nº 808, 3º Esq
4430-057 Vila Nova de Gaia

Resumo

Introdução e objectivo: Estudo descritivo relativo à abordagem do doente com dor torácica no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António em 2008, permitindo a avaliação desta, em função das prioridades atribuídas pela triagem de Manchester.

População: Utentes do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António em 2008, triados com base no fluxograma DOR TORACICA.

Métodos: Extracção de dados do programa informático utilizado no Serviço de Urgência (alert®) para Microsoft Excel®, em tabelas com a distribuição por prioridade atribuída na triagem (cor), medianas dos tempos considerados e quantificação dos exames imagiológicos, análises clínicas, procedimentos, terapêuticas, pareceres e destinos, mantendo a comparação entre cores de triagem atribuídas.

Resultados: Os 4717 doentes deste estudo correspondem a 3,7% dos doentes atendidos em 2008 no serviço analisado. A maioria dos doentes são triados com Laranja (N-1791) e Amarelo (N-2783), perfazendo 97% da população. As medianas dos tempos registados de triagem-1ª observação médica nas categorias prioritárias (Vermelho, Laranja e Amarelo) são de 31, 37 e 83 minutos respectivamente. 80% dos doentes Amarelo fazem exame imagiológico, a categoria Laranja é responsável por 62% das análises clínicas e 52% dos procedimentos. A classe de terapêutica utilizada com maior frequência varia de acordo com a prioridade atribuída. A especialidade mais requisitada para fornecer pareceres é a Cardiologia com 45% dos pedidos e uma mediana de tempo de resposta de 1h58. 65% dos doentes tem alta e 11% são internados, contribuindo para o internamento apenas as categorias Vermelho, Laranja e Amarelo.

Conclusão: Apesar de serem superiores aos preconizados na Triagem de Manchester, estes resultados referem-se aos tempos de registo efectuado, podendo ser assumido que para prioridades mais elevadas a diferença entre momento de atendimento e documentação do mesmo será também maior, devido à premência da observação simultânea e veloz de vários doentes. Os doentes triados com nível de prioridade superior correspondem a doentes que são mais investigados e que ficam mais vezes internados.

Palavras-Chave

Dor Torácica, Serviço de Urgência, Triagem de Manchester

Introdução

Em Portugal, a Triagem de Manchester (TM) foi introduzida em 2000, em dois grandes hospitais, entre os quais o Hospital de Santo António (HSA) no Porto, tendo sido adoptada desde então por vários outros hospitais nacionais.

A TM baseia-se numa avaliação inicial do utente realizada por enfermeiros com formação específica, resultando na atribuição de níveis de prioridade clínica aos utentes e na sua consequente identificação por cores, segundo fluxogramas e discriminadores perfeitamente definidos e reproduzíveis, com reduzida inter-variabilidade¹³. Às diferentes cores correspondem metas de tempo de atendimento distintas⁶ (figura 1).

Número	Nome	Cor	Tempo Proposto
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Normal	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Figura 1 - Escala da Triagem de Manchester

A Triagem de Manchester utiliza 52 fluxogramas correspondentes a queixas principais dos doentes e funciona através da resposta dicotómica a perguntas básicas que correspondem a discriminadores de gravidade. Exemplos de discriminadores gerais são o perigo de vida (como o “compromisso da via aérea”), a dor, a hemorragia, o estado de consciência, a temperatura e a forma aguda de apresentação.

A implementação da TM está relacionada, geralmente, com uma evolução do serviço de urgência com melhoria ao nível do estabelecimento de prioridades e da redução do tempo entre a admissão e 1ª observação médica (1ºOM).⁹ Existe evidência de associação da mortalidade e internamento com a prioridade estabelecida através da TM.⁷

Neste trabalho, descreve-se a população triada com DOR TORÁCICA num grande hospital, no período de um ano, caracterizando-a ao nível da distribuição por prioridades pela TM (cor). Em função da cor, é feita a comparação de vários parâmetros como por exemplo o tempo de triagem-1ºOM, o número de exames imagiológicos, análises clínicas, procedimentos realizados e terapêutica instituída, o número de pareceres requisitados e o destino após a alta do Serviço de Urgência (SU).

Alguns dos parâmetros estudados são utilizados consensualmente como critérios de avaliação da qualidade do Serviço de Urgência de alguns hospitais.¹²

A DOR TORÁCICA pode ser o sintoma de apresentação de várias situações patológicas cuja gravidade vai desde a “inocente” contusão muscular até situações de perigo de vida como o Enfarto Agudo do Miocárdio ou a Dissecção Aórtica⁴ (Figura 2)⁶.



Figura 2 - Fluxograma DOR TORÁCICA da Triagem de Manchester

Em muitos hospitais existem as chamadas “Vias Verdes Coronárias” ou vias preferenciais de atendimento, para as quais são dirigidos determinados pacientes de acordo com a triagem inicial e alguns meios complementares de diagnóstico. No entanto, verifica-se que muitas das referidas unidades estão a ser implementadas de forma livre pelos hospitais³. No caso do Hospital de Santo António, por determinação do Serviço, todos os doentes triados com “DOR TORÁCICA” fazem um electrocardiograma logo após a triagem.

Estudos em curso pretendem encontrar novos marcadores e regras específicas de decisão clínica que permitam uma triagem dos doentes com DOR TORÁCICA de forma a melhorar o cuidado ao doente, diminuir custos do serviço de saúde e também aumentar a rotatividade de doentes nos Serviços de Urgência, muitas vezes sobrecarregados.⁵

O objectivo deste estudo é apresentar os dados recolhidos de uma forma inteligível que permita uma avaliação objectiva do Serviço de Urgência em causa, facilitando a sua comparação com dados anteriores da mesma instituição ou mesmo com dados de outros hospitais.

População e Métodos

População – Utentes que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital de Santo António no ano de 2008, triados com o fluxograma DOR TORÁCICA.

Métodos – Todos os dados foram obtidos com a colaboração do departamento informático do HSA, que extraíu dados do alert[®] e facultou em formato Microsoft Excel[®] as tabelas descritas de seguida.

Obteve-se a distribuição total de doentes do SU do HSA em 2008, de acordo com o fluxograma utilizado na TM.

Pesquisou-se a prevalência dos utentes triados com DOR TORÁCICA, e nestes, a distribuição por prioridade de triagem e os discriminadores mais frequentes.

Os restantes dados foram facultados pelo departamento informático em tabelas que relacionavam a população em estudo, por mês e por nível de prioridade na triagem de Manchester (cor), com as seguintes variáveis:

- tempo de admissão ao SU – triagem
- tempo de triagem
- tempo de triagem – 1ª observação médica
- tempo de 1ª observação médica - alta
- número e discriminação de exames imagiológicos realizados
- número e discriminação de análises clínicas pedidas
- número e discriminação dos procedimentos médicos efectuados
- número e discriminação da terapêutica instituída
- número de pareceres pedidos
- altas e destinos

Recorrendo ao Microsoft Excel[®], e discriminando sempre por cor, calculou-se a mediana dos tempos pesquisados, o total anual das análises, procedimentos, terapêutica, pareceres e altas, calculando a proporção e percentagem referentes a cada nível de prioridade.

Resultados

Caracterização da população

O Serviço de Urgência do Hospital de Santo António, no ano de 2008, recebeu um total de 126765 utentes. Destes, foram identificados 4717 doentes triados com DOR TORÁCICA, que correspondem a 3,7% do total dos doentes admitidos ao Serviço de Urgência, sendo a 7ª causa mais comum de admissão no SU estudado.

Relativamente à prioridade atribuída pela triagem de Manchester (cor), verificou-se que a maioria dos doentes corresponde às categorias Laranja e Amarela, um total de 96,97% de todos os casos (tabela I), sendo que os discriminadores mais utilizados foram a *Dor pré-cordial* (22,75%) e *Dor moderada* (44,67%) (tabela 2).

Nível de prioridade	N (%)
Vermelho	8 (0,17)
Laranja	1791 (37,97)
Amarelo	2783 (59)
Verde	133 (2,82)
Azul	2 (0,04)
Total	4717 (100)

Tabela I - Distribuição da população em prioridades da triagem de Manchester

		N (%)	(%)
Vermelho	Compromisso da via aérea	2 (0,042)	(25)
	Respiração ineficaz	6 (0,127)	(75)
Laranja	Dispneia aguda	46 (0,975)	(2,57)
	Dor pré-cordial	1073 (22,748)	(59,91)
	Dor severa	252 (5,342)	(14,07)
	Pulso anormal	420 (8,904)	(23,45)
Amarelo	Dor moderada	2107 (44,668)	(75,71)
	Dor pleurítica	675 (14,310)	(24,25)
	Vómitos persistentes	1 (0,021)	(0,04)
Verde	Problema recente	129 (2,735)	(96,99)
	Vómitos	4 (0,085)	(3,01)
Azul	Problema não recente	2 (0,042)	(100)

**Tabela II - Discriminadores da triagem de Manchester utilizados.
Frequência na população total e percentagem relativa ao nível de prioridade.**

Caracterização do episódio de urgência

A tabela III apresenta os resultados de dois tempos: Tempo de Admissão ao Su – Tempo de Triage e Tempo de Triage. Os tempos variaram entre os 5 e os 9 minutos, sendo de referir apenas que o Tempo de Admissão SU – Tempo de Triage da cor Vermelho é inferior às restantes classes, encontrando-se abaixo dos 2 minutos.

	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul
Tempo Admissão SU – TM	0.01.56	0.05.38	0.07.46	0.09.10	0.07.14
Tempo de TM	0.01.01	0.01.49	0.01.50	0.01.29	0.01.25

Tabela III - Tempo de admissão SU- TM e tempo de TM

O tempo de triagem – 1ª Observação Médica (1ªOM), apresentado na tabela IV, é um dos mais importantes e objectiváveis indicadores de qualidade de um SU e também critério de aplicação correcta da

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana
Vermelho	0.04.12	1.51.12	0.31.23
Laranja	0.30.42	1.32.24	0.37.52
Amarelo	0.59.34	1.55.30	1.23.12
Verde	0.38.19	7.50.02	1.06.44
Azul	0.38.02	2.08.42	1.23.22

Tabela III - Tempo triagem - 1ª Observação Médica

TM uma vez que existem tempos definidos para a observação de cada prioridade clínica.

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana
Vermelho	0.00.00	3.24.39	0.01.00
Laranja	4.47.01	6.28.30	5.22.38
Amarelo	2.18.48	3.36.05	2.53.27
Verde	0.21.03	1.28.48	0.57.54
Azul	0.00.00	0.08.11	0.04.05

Tabela V - Tempo 1ª Observação Médica - Alta

Na tabela V, é apresentado o Tempo 1ª OM – Alta (tempo de estadia no SU), destacando-se o tempo de 5h20 dos doentes Laranja e de 2h53 dos doentes Amarelo.

Relativamente aos exames imagiológicos (tabela VI), foi considerado o número total de exames no ano, a percentagem relativa a cada tipo de exame imagiológico por total de indivíduos com a mesma cor, e dois tempos: o tempo admissão – pedido da 1ª imagem, que indica o intervalo de tempo desde a admissão do doente até à primeira requisição imagiológica pelo médico, e o tempo total de imagem, sendo este definido como o intervalo de tempo desde o pedido do exame imagiológico pelo médico até ao momento em que este é realizado e se torna disponível para o médico requisitante.

Os resultados são apresentados por cor e exame realizado.

	Imagem	N	%	Tempo Admissão – 1ª Imagem	Tempo total imagem
Laranja	Rx - SU	1257	70,18%	1.35.00	0.42.49
	Tac - SU	68	3,80%	1.39.44	1.01.24
	Eco - SU	116	6,48%	1.35.56	1.10.31
	Doppler	1	0,06%	1.47.58	
	RM	3	0,17%	1.47.58	0.38.24
Amarelo	Rx - SU	2312	83,08%	1.27.14	0.34.29
	Tac - SU	63	2,26%	1.26.19	1.24.50
	Eco - SU	139	4,99%	1.27.14	1.10.33
Verde	Rx - SU	87	65,41%	1.20.26	0.21.39
	Eco - SU	5	3,76%	1.20.26	1.00.13
Total		4051		1.31.07	1.00.13

**Tabela VI - Exames Imagiológicos - Quantidade, frequência relativa.
Tempo de Admissão-1ª Imagem e Tempo total de imagem.**

Nestes resultados está evidenciado o recurso a uma maior variedade de exames imagiológicos na investigação dos doentes triados com cor Laranja. A mediana do tempo admissão – 1ª imagem é de 1h31. O tempo total de imagem encontra-se entre os 21 minutos e a 1h24, sendo a mediana de 1h.

As análises clínicas requisitadas distribuem-se em 65 categorias diferentes, sendo que apenas 27 destas tem frequência superior a 1%, representando 94,88% da totalidade (tabela VII).

Dos exames mais frequentes, salienta-se o Hemograma, Bioquímica e Ionograma pesquisados em cerca de 51% da população e também o rastreio inflamatório com Proteína C Reactiva, feito em quase 42% dos casos.

Como seria de esperar, alguns marcadores específicos como a Ck-Mb, Ck Total e a Troponina, não são pedidos em doentes pouco graves (Verde) e são pesquisadas 3 vezes mais em doentes Laranja comparativamente aos doentes triados com Amarelo.

Quanto ao total, os doentes Laranja têm um número superior de análises pedidas relativamente aos outros grupos, correspondendo a 62% de todas as análises realizadas.

	Laranja		Amarelo		Verde		Total	
Análise Clínica	N	%	N	%	N	%	N	%
Albumina (Sangue)	46	2,57	46	1,65	1	0,75	93	1,97
ALT/TGP (Sangue)	80	4,47	45	1,62	0	0	125	2,65
Amilase Pancreática (Sangue)	99	5,53	103	3,70	2	1,50	204	4,32
AST/TGO (sangue)	118	6,59	76	2,73	0	0	194	4,11

Ck Mb (Sangue)	815	45,51	385	13,83	0	0	1200	25,44
Ck Mb Massa (Sangue)	92	5,14	28	1,01	0	0	120	2,54
CK Total (Sangue)	872	48,69	430	15,45	0	0	1302	27,60
D-dímeros (Sangue)	121	6,76	77	2,77	0	0	198	4,20
Desidrogenase Do Lactato (Sangue)	1003	56	598	21,49	0	0	1601	33,94
Digoxina (Sangue)	77	4,30	34	1,22	0	0	111	2,35
Estudo da Coagulação (PT, APTT, INR) (Sangue)	381	21,27	167	6,00	1	0,75	549	11,64
Exame Do Sedimento (Urina)	39	2,18	30	1,08	1	0,75	70	1,48
Exame Sumário (Urina)	212	11,84	171	6,14	0	0	383	8,12
Fosfatase Alcalina, Gama-GT (Sangue)	32	1,79	23	0,83	1	0,75	56	1,19
Glucose, Ureia, Creatinina (Sangue)	1446	80,74	954	34,28	6	4,51	2406	51,01
Hemocultura (Sangue) - com quadro pertinente	63	3,52	52	1,87	0	0	115	2,44
Hemograma (Sangue)	1463	81,69	979	35,18	6	4,51	2448	51,90
Ionograma (Sangue)	1465	81,80	960	34,50	5	3,76	2430	51,52
Lipase (Sangue)	94	5,25	75	2,69	0	0	169	3,58
Magnésio (Sangue)	44	2,46	30	1,08	0	0	74	1,57
Mioglobina (Sangue)	520	29,03	213	7,65	0	0	733	15,54
Pesquisa De Antígenos Urinários De Legionella (Urina) - com suspeita pertinente	38	2,12	41	1,47	0	0	79	1,67
Proteína C Reactiva (Sangue)	1161	64,82	808	29,03	5	3,76	1974	41,85
Proteínas (total) (Sangue)	52	2,90	49	1,76	1	0,75	102	2,16
PT - protrombina (Sangue)	4	0,22	1	0,04	0	0	5	0,11
TGO, TGP, Bilirrub. Total e Bilirrub. Directa (Sangue)	823	45,95	508	18,25	5	3,76	1336	28,32
Troponina I (Sangue)	643	35,90	304	10,92	0	0	947	20,08
Valores <1% (somatório)								5,12
TOTAL	11948	62,03	7281	37,80	34	0,18	19263	100

Tabela III - Análises clínicas com frequência total superior a 1%

Relativamente aos procedimentos e terapêutica, embora as percentagens de realização sejam semelhantes (aproximadamente 53% - Laranja e 45% - Amarelo), nota-se uma diferença no tipo de procedimento ou classe de terapêutica utilizada.

Quanto aos procedimentos realizados, das 29 categorias documentadas, apenas 10 tiveram uma frequência superior a 1% do total, sendo que o somatório das frequências inferiores ao limiar definido é de apenas 1,65%. Dos procedimentos apresentados na tabela VIII, a Injecção por via IV é o mais frequente, representando 46,49% do total.

Procedimentos	Laranja		Amarelo		Verde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Determinacao Glicemia Capilar	46	2,57	25	0,90	2	1,50	73	1,55
Ecg Simples De 12 Derivacoes Com Interpretacao E Relatorio	60	3,35	57	2,05	0	0	117	2,48
Ecg, So Tracado	385	21,50	338	12,15	3	2,26	726	15,39
Gasometria Arterial - PaO2, PacO2, Ph, SaO2, CO3h E Be, Incl	42	2,35	36	1,29	0	0	78	1,65
Inaloterapia (Aerossois, Oxigenoterapia) cada Sessão	140	7,82	122	4,38	1	0,75	263	5,58

Injeccao Por Via Iv	1348	75,27	831	29,86	14	10,53	2193	46,49
Injeccao Por Via Subcutanea	121	6,76	44	1,58	0	0	165	3,50
Injeccoes Por Via Im	82	4,58	503	18,07	29	21,80	614	13,02
Oxigenoterapia	196	10,94	77	2,77	0	0	273	5,79
Soroterapia	200	11,17	150	5,39	1	0,75	351	7,44
Valores <1% (somatorio)								1,65
Total	2670	54,15	2211	44,84	50	1,01	4931	100

Tabela VIII – Procedimentos com frequência total superior a 1%

Na população em estudo, as terapêuticas são registadas em 37 classes diferentes. Os fármacos com utilização mais frequente são os Analgésicos e Antipiréticos (14%), os Anti-Hipertensores (12%) e os Psicofármacos (11%), sendo que estão documentadas na tabela IX as terapêuticas efectuadas com frequência superior a 0,50%, num total de 20 categorias.

De realçar que 7% dos doentes Laranja fazem Antiarrítmicos, fármacos que não estão documentados para mais nenhum tipo de doentes.

A classe terapêutica mais utilizada varia com o nível de prioridade de TM, sendo que 30% dos doentes Laranja fazem Anti-hipertensores, 20% dos Amarelo recebem Analgésicos e Antipiréticos e nos doentes Verde predominam os Anti-inflamatórios não esteróides utilizados em 20% dos doentes.

	Laranja		Amarelo		Verde		Total	
Terapeutica	N	%	N	%	N	%	N	%
Analgesicos e Antipireticos	407	22,72	555	19,94	12	9,02	974	14,16
Analgesicos e Estupefacientes	141	7,87	131	4,71	3	2,26	275	4,00
Antiacidos e Antiulcerosos	211	11,78	202	7,26	2	1,50	415	6,03
Antiarrítmicos	134	7,48	0	0	0	0	134	1,95
Antiasmáticos	154	8,60	126	4,53	1	0,75	281	4,08
Antibacterianos	30	1,68	18	0,65	0	0	48	0,70
Anticoagulantes e Antitrombóticos	119	6,64	32	1,15	0	0	151	2,20
Anti-Hipertensores	540	30,15	291	10,46	0	0	831	12,08
Anti-Histamínicos	14	0,78	40	1,44	0	0	54	0,78
Anti-Inflamatórios não Esteróides	67	3,74	403	14,48	27	20,30	497	7,22
Cardiotônicos	72	4,02	12	0,43	0	0	84	1,22
Correctivos do Equilíbrio Ácido-Base	206	11,50	151	5,43	1	0,75	358	5,20
Cortex Supra-Renal	50	2,79	49	1,76	1	0,75	100	1,45
Gastrocinéticos	171	9,55	175	6,29	3	2,26	349	5,07
Medicamentos Usados na Enxaqueca	270	15,08	106	3,81	0	0	376	5,47
Outros	84	4,69	52	1,87	0	0	136	1,98
Outros – 1005	23	1,28	223	8,01	15	11,28	261	(3,79)
Pâncreas e Antidiabéticos Oraís	43	2,40	28	1,01	0	0	71	1,03
Psicofármacos	382	21,33	389	13,98	16	12,03	787	11,44
Vasodilatores	453	25,29	126	4,53	0	0	579	8,42
Valores <0,5% (somatorio)								1,72
Total	3643	52,96	3154	45,85	82	1,19	6879	100

Tabela IIV - Terapêutica com frequência total superior a 0,5%

Foram 17 as especialidades a quem foram pedidos pareceres (tabela X). A especialidade cujo apoio foi mais procurado foi a Cardiologia com cerca de 316 (45%) pedidos.

Especialidade Pedido	Laranja		Amarelo		Verde		Total		Tempo Pedido – Resposta	Resposta – Leitura Resposta
	N	%	N	(%)	N	%	N	(%)		
Cardiologia	206	54,50	110	33,85	0	0	316	44,82	1.58.23	0.24.50
Cirurgia Geral	23	6,08	11	3,38	0	0	34	4,82	2.21.35	0.12.39
Cirurgia Maxilo-Facial	0	0	2	0,62	0	0	2	0,28	0.22.49	0.05.12
Cirurgia Vascular	9	2,38	6	1,85	0	0	15	2,13	1.01.36	0.15.08
Clinica Geral	1	0,26	1	0,31	0	0	2	0,28	1.41.24	
Ginecologia	1	0,26	3	0,92	0	0	4	0,57	0.46.08	0.12.03
Hematologia	0	0	2	0,62	0	0	2	0,28	3.17.35	
Medicina Interna	1	0,26	4	1,23	0	0	5	0,71	2.27.02	
Nefrologia	5	1,32	3	0,92	0	0	8	1,13	0.50.14	0.39.51
Neurocirurgia	1	0,26	6	1,85	0	0	7	0,99	2.23.20	0.13.56
Neurologia	28	7,41	14	4,31	0	0	42	5,96	0.54.34	0.34.49
N/A	65	17,20	97	29,85	2	100	164	23,26		
Oftalmologia	4	1,06	6	1,85	0	0	10	1,42	0.43.55	0.55.50
ORL	15	3,97	31	9,54	0	0	46	6,52	0.40.25	0.10.18
Ortopedia	12	3,17	22	6,77	0	0	34	4,82	0.53.02	0.14.04
Pneumologia	0	0	1	0,31	0	0	1	0,14	0.55.17	
Urologia	7	1,85	6	1,85	0	0	13	1,84	0.46.36	0.55.57
TOTAL	378	53,62	325	46,10	2	0,28	705	100	0.54.55	0.14.36

**Tabela X - Pareceres médicos pedidos, por especialidade.
Tempo de pedido-resposta e tempo de resposta-leitura de resposta.**

Na tabela X além da quantificação dos pareceres, objectiva-se a mediana do tempo de pedido de parecer até à resposta e também desde a resposta até à leitura desta pelo médico requisitante. Verifica-se que Cardiologia apresenta uma mediana de tempo de resposta de 1h58.

Cardiologia e N/A são responsáveis por 68% dos pareceres médicos pedidos. A mediana do tempo de parecer é de 55 minutos variando entre os 22 minutos da Cirurgia Maxilo-Facial e as 2h27 da Medicina Interna. A leitura pelo médico requisitante ocorre 15m após a disponibilização do parecer.

Após o episódio de urgência, é possível definir a Alta ou outros Destinos. Na tabela XI objectiva-se na população estudada, apenas um óbito de um doente triado como Emergente (Vermelho). Ilustra-se também que cerca de 65% dos doentes têm alta para o domicílio e apenas 11% dos doentes são internados, correspondendo estes a doentes das categorias Amarelo, Laranja ou Vermelho.

	Vermelho		Laranja		Amarelo		Verde		Azul		Total	
	N	(%)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Altas e Destinos	0	0	962	53,71	1973	70,89	108	81,20	2	100	3045	64,55
Alta para o Domicílio	0	0	962	53,71	1973	70,89	108	81,20	2	100	3045	64,55
Internamento	7	87,50	343	19,15	176	6,32	0	0	0	0	526	11,15
Consulta Externa	0	0	171	9,55	122	4,38	1	0,75	0	0	294	6,23
ARS / Centro de Saúde	0	0	257	14,35	392	14,09	15	11,28	0	0	664	14,08
Alta para outra Instituição	0	0	14	0,78	10	0,36	0	0	0	0	24	0,51
Hospital de dia	0	0	1	0,06	0	0	0	0	0	0	1	0,02
Morte	1	12,50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,02
Abandono	0	0	25	1,40	65	2,34	5	3,76	0	0	95	2,01
Alta Administrativa	0	0	4	0,22	6	0,22	0	0	0	0	10	0,21
Não respondeu à chamada	0	0	1	0,06	32	1,15	4	3,01	0	0	37	0,78
Saída contra parecer médico	0	0	13	0,73	7	0,25	0	0	0	0	20	0,42
Total	8	100	1791	100	2783	100	133	100	2	100	4717	100

Tabela V - Altas e destinos.

Discussão

O tempo desde a admissão à triagem, o tempo desde a triagem ao tratamento (assumido neste trabalho como tempo triagem – 1ª observação médica) e o tempo de estadia no serviço de urgência (objectivado aqui pelo tempo 1ª observação médica – alta) são alguns dos indicadores de qualidade de um SU.¹⁰

Neste estudo, os tempos triagem – 1ªOM relativos às categorias de prioridade mais elevada (Vermelho, Laranja e Amarelo) não se enquadram nos tempos propostos pelo grupo da triagem de Manchester (0, 10 e 60 minutos). Esta diferença justifica-se em parte pela metodologia do trabalho, que não só depende dos dados registados pelos médicos no sistema informático (sendo sempre uma aproximação do tempo em que realmente são tomadas as decisões), como também utiliza medianas mensais para calcular as medianas anuais dos tempos que são comparados.

A convergência de 97% dos doentes em apenas duas categorias de gravidade (Urgente e Muito Urgente) encaminhadas principalmente para a Área Médica, implica também uma sobrecarga do SU que contribui para os altos tempos de TM – 1ª OM e também Tempo de 1ªOM – Alta obtidos.

Deve considerar-se ainda que no processo de triagem, e nomeadamente com relação ao fluxograma DOR TORÁCICA, apesar da reprodutibilidade, foi documentada a influência de percepção e experiência pessoal de quem realiza a TM e que pode influenciar o nível de prioridade atribuído.²

Quanto ao tempo de estadia no SU, os 4 minutos documentados para a cor Azul provavelmente não reflectem a realidade da categoria, uma vez que são apenas 2 os casos Azul de DOR TORÁCICA. Os tempos elevados verificados para a cor

Laranja (mediana de 5h22), justificam-se considerando que é feita uma investigação aprofundada, com cerca de 70% dos doentes realizando uma imagem e 60% alguma análise clínica, bem como assumindo que alguns registos são protelados e não são efectuados concomitantemente com a tomada de decisão clínica.

Os dados relativos a exames imagiológicos, análises clínicas, procedimentos e mesmo terapêutica não permitem uma avaliação rigorosa, devido à possibilidade de replicação, uma vez que cada doente pode necessitar de mais do que um meio complementar de diagnóstico ou procedimento.

Na maioria das tabelas, foi introduzido um limiar inferior de frequência total (de 1% ou 0,5%), de modo a reduzir os casos ocasionais e a permitir uma mais fácil apresentação e compreensão dos dados.

A ausência de registos relativos à categoria Vermelho deve-se provavelmente a falhas no registo da informação e não à ausência de atitudes.

Proporcionalmente, verifica-se um maior conjunto de atitudes médicas perante os doentes Laranja, com valores consistentemente superiores de acordo com o nível de prioridade TM.

A realização do ECG logo após a triagem, previamente à observação médica, nos casos de DOR TORÁCICA, é prática corrente no HSA e por isto a proporção os ECGs descritos informaticamente nos procedimentos é de apenas 15,39% da população, contudo, verifica-se que os doentes Laranja repetem este traçado cerca de 25% das vezes, comparativamente a 14% dos doentes Amarelo e 2% dos doentes Verde.

Os pareceres médicos pedidos devem ser comparados entre si, tendo em conta o número absoluto de contribuições requisitadas e de sobrecarga da especialidade, não sendo possível avaliar o tempo de demora e eficiência dos profissionais apenas por estes resultados.

A análise da proporção das altas e destinos reflete que percentagens progressivamente superiores de internamento correspondem a níveis de prioridade de TM superior, objectivando-se o inverso para a relação entre a Alta para o Domicílio e esta mesma classificação.

Verifica-se que 2% da população abandonou o SU e 0,78% não respondeu à chamada, tendo 0,42% saído contra parecer médico. Estes critérios incluem-se também nos parâmetros de avaliação do Serviço de Urgência.¹²

Conclusão

Os 4717 doentes triados com DOR TORÁCICA em 2008 no SU do HSA correspondem a cerca de 4% do total dos doentes.

A grande maioria (97%) é triado como Laranja ou Amarelo.

Os tempos observados reflectem os tempos de registo, podendo ser inferido que nas prioridades 1 e 2 – vermelho e laranja – os tempos registados são indubitavelmente superiores à realidade uma vez que especialmente nestes doentes se actua primeiro e regista depois. Relativamente à mediana dos doentes com prioridade 3 – amarelos – verifica-se 23 minutos acima do preconizado para o período e queixa referida; tal significa que o registo está efectuado para além do tempo preconizado para observação (sendo de referir que todos estes doentes fazem electrocardiograma logo após a triagem de prioridades – determinação de serviço – pelo facto de terem entrado por dor torácica).

Num estudo posterior será pertinente verificar se o atraso documentado se deve apenas ao atraso nos registos como foi inferido neste estudo e também se a convergência em apenas dois níveis de prioridade tem influência directa nessa diferença de tempos obtidos.

Categorias de prioridade atribuída mais elevada correspondem a tempos mais prolongados de estadia e a níveis mais elaborados de investigação com maior número de meios complementares de diagnóstico utilizados, procedimentos realizados e terapêutica instituída.

Analisando os destinos pós-alta dos utentes, aqueles triados com categoria de baixa prioridade como Verde ou Azul não têm nenhum internamento e, nos doentes triados como Emergente, verificou-se o único óbito da população. Quanto aos internamentos na população em estudo, 65% correspondem a doentes triados com Laranja.

Embora neste trabalho não se tenha procurado os diagnósticos finais nem se pretenda relacionar a TM com a gravidade, as tabelas descritivas das atitudes médicas realizadas, pareceres pedidos e destinos após alta do SU vão de encontro à associação, documentada noutros estudos, entre gravidade e classe de TM inicial.^{8,7}

Agradecimentos

Foi preciosa a colaboração do Departamento Informático do HSA na pessoa da Eng. Alexandra Ferreira.

Não quero deixar de manifestar o reconhecimento pela orientação cuidada do Dr Humberto Machado.

Referências

1. Amsterdam EA, Lewis WR (1999) Chest pain emergency units. Current opinion in Cardiology. 14 (4): 321-328
2. Arslanian-Engoran C (2009) Explicating Nurses' Cardiac Triage Decisions. J Cardiovascular Nurs. 24 (1): 50-57
3. Cross E et al. (2007) Development of acute chest pain services in the UK. Emerg Med J. 24: 100-102
4. Herren KR, Mackway-Jones K (2001) Emergency management of cardiac chest pain: a review. Emerg Med J. 18: 6-10
5. Hess E et al. (2008) A study to derive a clinical decision rule for triage of emergency department patients with chest pain: design and methodology. BMC Emergency Medicine 8: 3
6. Mackway-Jones K (1997) Emergency triage: Manchester Triage Group. London: BMJ Publishing Group.
7. Martins HMG et al (2009) Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. Emerg Med J. 26: 183-186
8. Matias C et al. (2008) Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. Rev-Port-Cardiol. 27 (2): 205-216
9. Schellein O et al (2009) Manchester triage system. Process optimization in the interdisciplinary emergency department. Anaesthesist. 58 (2): 163-70.
10. Sibbritt D et al. (2006) Emergency Department Performance Indicators That Encompass the Patient Journey. Source Quality Management in Health Care. 15(1):27-38.
11. Yim V et al (2009) A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong. Int J Emerg Med. 2: 19-24
12. Welch S et al (2006) Emergency Department Performance Measures and Benchmarking Summit: The Consensus Statement. Academic Emergency Medicine. 13 (10): 1074-1080
13. Wulp I et al (2008) Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. Emerg Med J. 25: 431- 434