

2010

Dispneia no Serviço de Urgência do Hospital Santo António

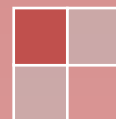
Avaliação e gestão dos doentes no período
2005 a 2008

AUTOR: Aldara Braga

ORIENTADOR: Dr. Humberto
Machado

Co-ORIENTADOR: Dr. Corália
Vicente

Dissertação - Mestrado Integrado em Medicina



RESUMO

Introdução e Objectivos: A dispneia tem diversas causas, sendo algumas potencialmente fatais, pelo que é importante uma abordagem precisa e prioritária destes doentes. Este estudo é referente à abordagem destes doentes no Serviço de Urgência e tem como objectivos conhecer as características epidemiológicas do sintoma, avaliar a prioridade atribuída pela Triagem de Prioridades de Manchester, diagnósticos estabelecidos e destino de alta.

Material e Métodos: Doentes admitidos no Serviço de Urgência do Hospital Santo António, durante o período de 2005 a 2008, triados segundo o fluxograma da dispneia. Os dados foram extraídos do programa informático utilizado no Serviço de Urgência (alert®) e analisados estatisticamente através do programa SPSS® 17.0. Foram avaliadas e relacionadas as características epidemiológicas do sintoma, sua distribuição por prioridades de triagem e discriminadores de fluxograma, principais diagnósticos estabelecidos, última especialidade e destino de alta destes doentes.

Resultados: A população deste estudo corresponde a 3.6% dos doentes admitidos no Serviço de Urgência, apresentando uma incidência crescente ao longo do período estudado. Mais de 90% destes doentes receberam, na triagem, as prioridades 2 ou 3. A maioria não apresenta um registo de diagnóstico específico bem definido, pelo que 56.8% apresenta “outro diagnóstico”; as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 19% dos casos e apresentaram variação mensal da incidência, ao contrário das restantes causas. As especialidades médicas assumiram-se como a principal área a avaliar estes doentes. A morte ocorreu em menos de 1% dos casos e 59.9% dos doentes tiveram alta para o domicílio. O grau de gravidade dos doentes apresenta uma relação estatisticamente significativa com o destino de alta destes doentes.

Conclusão: A incidência de dispneia no Serviço de Urgência encontra-se em crescendo. Quanto maior a gravidade clínica dos doentes à admissão, maior a taxa de internamento destes e quanto menor a sua gravidade maior a taxa de alta para o domicílio. Apenas no contexto de prioridade 1 ou 2 ocorreu a morte de alguns doentes. Como principal causa subjacente bem definida encontra-se o conjunto das doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças circulatórias.

PALAVRAS-CHAVE

Dispneia, Triagem por Prioridades de Manchester, Fluxograma, Serviço de Urgência

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Dyspnea has several causes, being some of them potentially fatal, for which is important an accurate and priority approach of this patients. This study concerns to the approach of this patients by Emergency Department and its aims were to know the epidemiological characteristics of the symptoms, to evaluate the priority given by the Manchester Triage by Priorities, the established diagnosis and the destination of the hospital discharge.

Material and Methods: Admitted patients in the Emergency Department of Hospital de Santo António, during the period between 2005 and 2008, triaged patients according to the dyspnea flowchart. Data were extracted from the informatics software correctly in use by the Emergency Department (alert®) and statistically analyzed through the SPSS® 17.0 software. Were evaluated and related the epidemiological characteristics of the symptom, their distribution by triage priorities and discriminatory values of flowcharts, main established diagnosis, final specialty and destination of the hospital discharge of these patients.

Results: The population used for this study corresponds to 3.6% of the admitted patients at the Emergency Department, presenting a growing incidence all through the studied period. More than 90% of these patients where attributed at triage, the priorities 2 or 3. The majority does not present a well specific diagnosis, for which 56.8% presents “other diagnostic”; the respiratory system diseases where responsible for 19% of the cases and presented a monthly variation of the incidence, unlike the remaining causes. The medical specialties assumed themselves as the major area to evaluate these patients. Death occurred in less than 1% of the cases and 59.9% of the patients were discharged to their homes. The degree of gravity of the patients presents a relation statistically significant with the discharge destination of these patients.

Conclusion: The incidence of dyspnea in the Emergency Department is presently growing. As bigger is the gravity of the patients clinic by their admission, bigger is the rate of internment and as lesser the gravity is, higher is the rate of home discharge. Only in a context of priority 1 or 2 occurred the death of some patients. As major well defined subjacent cause there are a group of respiratory system diseases, followed by the circulatory diseases.

Key-words

Dyspnea, Manchester Triage by Priorities, Flowchart, Emergency Department.

INTRODUÇÃO

Dispneia é definida actualmente, pela American Thoracic Society, como uma *experiência subjectiva de desconforto ao respirar, que consiste em sensações qualitativamente diferentes com intensidade variável*, sendo um dos sintomas que mais frequentemente leva um doente a recorrer ao Serviço de Urgência (SU)^{1,2}. Em 2003, nos Estados Unidos da América (EUA), 3.5% dos doentes que recorreram ao SU apresentaram como queixa principal dispneia³; outros estudos anteriores referem uma incidência inferior de 2.7%⁴. Nesta vertente, torna-se necessário tornar a abordagem clínica deste sintoma o mais objectiva possível.

A causa subjacente à apresentação de uma dispneia aguda é variada, podendo mesmo colocar em risco a vida do doente, pelo que uma abordagem rápida e precisa é essencial^{5,6} numa prestação adequada de cuidados médicos. A vasta maioria destes doentes apresentam anormalidades dos sistemas cardíaco ou respiratório^{7,8}, nomeadamente insuficiência cardíaca congestiva ou doença pulmonar⁸.

Não só devida à avaliação dos doentes dispneicos, mas também com a finalidade de criar uma selecção clínica de todos aqueles que entram no SU com os mais diversos sintomas, surgiu a necessidade de criar um sistema de triagem que, de forma objectiva, reproduzível e com controlo médico que conseguisse promover um atendimento apropriado em função de critérios clínicos em detrimento dos administrativos ou da ordem de chegada, utilizados até então. Neste âmbito surgiu um método denominado Triagem de Prioridades de Manchester (TPM), que assume o atendimento dos doentes no SU por critérios de gravidade, atribuindo uma prioridade de atendimento de acordo com as suas queixas.

A TPM foi criada em 1997⁹ e posteriormente introduzida em Portugal em 2000⁹, durante o qual o Hospital de Santo António (HSA) foi um dos pioneiros a promover a sua aplicação.

É um modelo apoiado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, cuja implementação é promovida pelo Grupo Português de Triagem (GPT) e tem como objectivo identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que

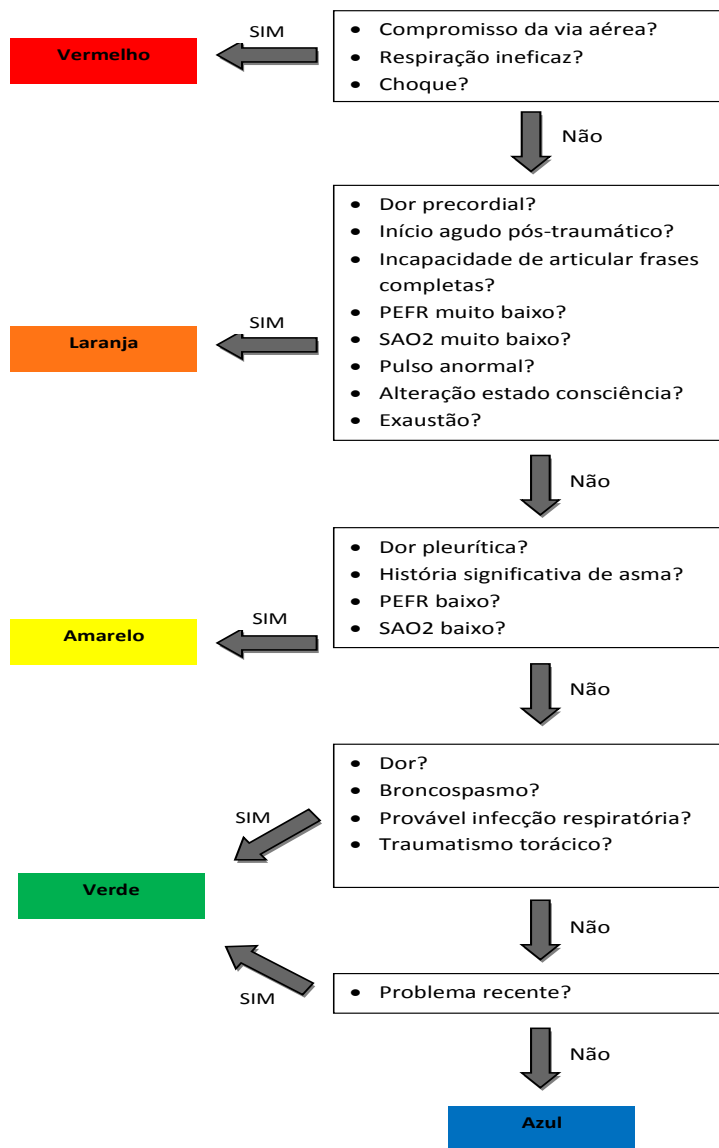


Figura 1: Fluxograma de triagem da dispneia.

indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. É importante salientar que este método não permite o imediato estabelecimento de diagnósticos, nem mesmo apresenta essa finalidade. É então aplicado por enfermeiros⁹ devidamente qualificados que, após a identificação correcta da queixa principal do doente, aplicam o respectivo fluxograma de decisão. Existe um total de 52 fluxogramas⁹, incluindo o da dispneia (figura 1), direccionados especificamente para todas as situações clínicas previsíveis, sendo

distinguidos entre si pelos discriminadores, que podem ser específicos para situação em causa ou gerais.

COR	SITUAÇÃO	TEMPO DE ESPERA (MIN)
VERMELHO	ÊMERGENTE	0
LARANJA	MUITO URGENTE	10
AMARELO	URGENTE	60
VERDE	POUCO URGENTE	120
AZUL	NÃO URGENTE	240

Tabela I: Sistema de prioridades segunda a TPM

A gravidade e prioridade clínica do sintoma é atribuída sob a forma de uma cor – vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul – apresentando cada uma um tempo máximo para o seu atendimento (tabela I).

Na medida em que a triagem de todos os doentes, nomeadamente daqueles que se apresentam com dispneia, se assume como um passo fundamental na sua avaliação, este método de triagem tem de ser impreterivelmente aplicado de forma rápida, directa, universal e não falível. Existem evidências da associação da mortalidade e internamento com a prioridade estabelecida através da TPM¹⁰. A rápida determinação da patologia subjacente a estes doentes é extremamente importante para uma orientação clínica e terapêutica eficaz.

Os objectivos do presente estudo são:

- 1) Descrever as características epidemiológicas do sintoma;
- 2) Avaliar e relacionar a prioridade clínica com os diagnósticos estabelecidos, assim como com a orientação final do doente;
- 3) Reconhecer quais os diagnósticos clínicos/patologias mais comuns nestes doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

A população em estudo é constituída pelo número total de utentes que se dirigiram ao Serviço de Urgência do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (SU HSA-CHP), tendo sido considerados válidos todos aqueles que foram avaliados, na triagem, segundo o fluxograma referente à dispneia, durante o período de 2005 a 2008, inclusive.

Todos os dados utilizados foram cedidos pelo Departamento de Informática do CHP, em formato de Microsoft Excel®. Posteriormente, foi elaborada uma base de dados no programa SPSS, tendo este sido utilizado para a sua análise estatística.

Durante a análise estatística foi estudado, inicialmente, as características epidemiológicas do sintoma, como queixa principal no SU, a sua distribuição por prioridades de triagem e discriminadores do fluxograma, assim como a relação estatística entre si.

Posteriormente foram analisadas e relacionadas estatisticamente, através do teste X^2 , as seguintes variáveis: destino final do doente, última especialidade e principais patologias diagnosticadas.

RESULTADOS

Durante o período 2004 a 2008 foram admitidas na urgência 516 622 doentes, dos quais 18 564 (3.6%) apresentavam, como queixa principal dispneia, tendo sido avaliados segundo o fluxograma deste sintoma e, consequentemente, considerados válidos

para este estudo. Analisando a incidência mensal e anual da dispneia no SU, foi

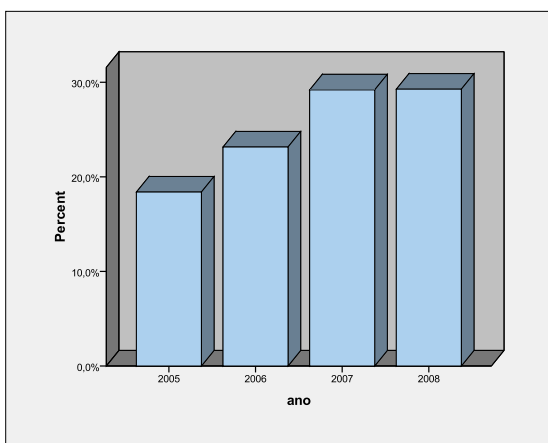


Figura 2: Distribuição anual da incidência da dispneia

observado um aumento anual progressivo, de cerca de 50% entre o período 2005 a 2008, como mostra a figura 2, sem predomínio mensal específico.

De acordo com o método TPM, as prioridades 2 e 3 (identificadas pelas cores laranja e amarelo) foram atribuídas a mais de 90% dos utentes, 36.4% e 55.8%

respectivamente, sendo que os discriminadores mais aplicados, em cada prioridade, foram a respiração ineficaz, na prioridade 1 (identificada pela cor vermelho), a saturação O₂ muito baixa, na prioridade 2 (identificada pela cor laranja), dor pleurítica, na prioridade 3 (identificada pela cor amarela), e dor/provável infecção respiratória, na prioridade 4 (identificada pela cor verde) (tabela II).

A análise da distribuição dos diagnósticos codificados nestes doentes evidenciou que a maioria não apresenta registo de um diagnóstico específico bem definido, pelo que 56.8% dos doentes apresenta “outro diagnóstico” e 7.5% “estado de morbilidade mal definido”; as doenças do aparelho respiratório surgem como a 2ª causa de dispneia mais frequente, tendo sido

DESCRIMINADORES	PERCENTAGEM (% COR TRIADA)	PERCENTAGEM (% TOTAL)
Compromisso da via aérea	29.1	0.2
Respiração ineficaz	69.1	0.4
Choque	1.8	0
Dor pré-cordial	2.1	0.7
Início agudo pós-traumático	0.1	0
Incapacidade de articular frases completas	18.2	6.6
PEFR muito baixo	0.6	0.2
SaO ₂ muito baixo	65.4	23.8
Pulso anormal	12.3	4.5
Alteração estado consciência	0.3	0.1
Exaustão	1	0.4
Dor pleurítica	49.7	27.8
História significativa de asma	23.6	13.2
PEFR baixo	0.5	0.3
SaO ₂ baixo	26.1	14.6
Dor	33.8	2.4
Broncospasmo	5.4	0.4
Provável infecção respiratória	33.6	2.4
Traumatismo torácico	0.2	0
Problema recente	27	1.9
Problema não recente	100	0.1

Tabela II: Proporções relativas dos discriminadores utilizados para a triagem

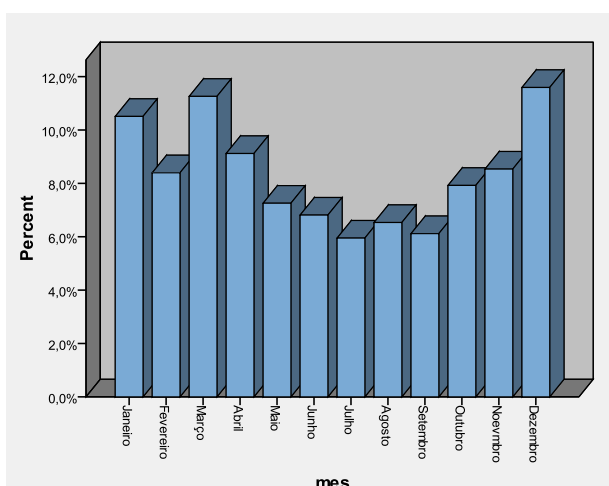


Figura 3: Variação mensal da incidência das doenças do aparelho respiratório

responsável por 19%.
(tabela III). A análise
específica das patologias
respiratórias demonstrou

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
OUTRO DIAGNÓSTICO	10 537	56.8
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	3 597	19.4
ESTADO DE MORBILIDADE MAL DEFINIDO	1 398	7.5
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	1 346	7.3
PERTURBAÇÕES MENTAIS	464	2.5
DOENÇAS DO APARELHO GENITO-URINÁRIO	305	1.6

uma flutuação da sua **Tabela III:** Diagnósticos gerais com incidência > 1%
incidência ao longo dos meses do ano (figura 3), ao contrário do que acontece com as
restantes patologias, que não apresentam nenhum padrão de variação mensal.

A relação entre estes diagnósticos gerais e os graus de gravidade atribuídos durante a triagem demonstrou que 56.4 % dos doentes com doenças do aparelho respiratório foram classificados como urgente e 35.8 como muito urgente; os doentes com diagnóstico de doença do aparelho circulatório apresentaram uma classificação muito semelhante: 51.9% foram triados como urgente e 44.6% como muito urgente. A cor vermelha apenas foi aplicada em menos de 1% dos utentes, em ambos os casos.

Dentro do grande grupo das doenças do aparelho respiratório, a asma e a pneumonia assumiram-se como as principais patologias diagnosticadas, 20% e 15,5% respectivamente.

A principal patologia diagnosticada do aparelho circulatório é a insuficiência cardíaca, que é o motivo de dispneia em 54.8% destes doentes, sendo seguida pela FA/Flutter auricular (7.9%). É importante ainda referir que a ansiedade é o principal distúrbio mental, associado ao aparecimento de dispneia aguda, diagnosticado no SU.

Todas estas patologias puderam ser diagnosticadas por várias especialidades hospitalares, pelo que foi pedida colaboração, na avaliação destes doentes, a 31 especialidades diferentes. Deste modo, cerca de 50% dos doentes foram vistos e avaliados, em algum momento do seu percurso no SU, pela Medicina Interna. De seguida surge a Medicina Geral, que atendeu cerca de 13% dos doentes, e Pneumologia,

com cerca de 9%. Os restantes foram distribuídos por todas as outras especialidades, médicas ou cirúrgicas.

	PERCENTAGENS RELATIVAS (% CASOS POR COR)				
	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
Domicílio	10	42.1	69.8	78.1	81.8
OUTRA INSTITUIÇÃO	3.6	2.4	0.8	0.5	0
CENTRO DE SAÚDE	0	6.9	11.3	13.3	4.5
CONSULTA EXTERNA	0	5.9	6.2	5	4.5
HOSPITAL DE DIA	0	0.2	0.1	0	0
MORTE	4.5	0.2	0	0	0
OUTRO	0.9	0.7	1.1	0.9	4.5
INTERNAMENTO	80.9	41.6	10.7	2.3	4.5

Tabela IV: Relação entre prioridade na triagem e destino de alta dos doentes

O final do percurso dos doentes, no SU, é variado. Assim, 59.9% dos doentes tiveram alta para o domicílio, com terapêutica para realizar em ambulatório, e 21.8% foram internados, principalmente nos diversos Serviços de Medicina. Foram ainda referenciados para o seu Médico Assistente 9.8% dos doentes e para Consulta Externa 6%. Ainda a referir que menos de 1% acabaram por falecer durante este episódio de urgência, todos eles associados a um contexto de prioridade 1 (emergência) e 2 (muito urgente). A maioria destes doentes que faleceram não apresentava um registo específico da sua causa de morte, correspondendo a 66.7% dos casos. As restantes mortes foram causadas por doenças do aparelho respiratório em 16.7% dos doentes, malformações congénitas em 5.6%, à semelhança dos estados de morbilidade mal definido e neoplasias, cada uma representando, também, com 5.6% dos casos. A análise estatística conjunta do grau de gravidade do doente e seu destino de alta revelou a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p < 0.01$) entre o grau de gravidade e o local de destino destes doentes (tabela IV).

Ao estabelecer um cruzamento entre o diagnóstico de cada doentes e o seu destino, verifica-se que 50% dos doentes com patologias do aparelho circulatório foram enviados para o domicílio e 27.5% seguiram para o internamento, 60.8% dos casos diagnosticados com patologia respiratória tiveram alta para o domicílio e 23.3% foram internados.

DISCUSSÃO:

Este estudo é pioneiro em Portugal, pelo que, desde já, não posso estabelecer qualquer comparação entre os resultados aqui obtidos com outros provenientes das várias instituições hospitalares que existem no nosso país. O SU do HSA-CHP é o único que apresenta um sistema de registo clínico totalmente informatizado desde 2004, permitindo a criação de uma completa base de dados desde então, de forma que possibilita uma rápida consulta a qualquer momento.

A incidência de dispneia no SU do HSA-CHP (3.6%) no período entre 2005 a 2008, é idêntica à encontrada no EUA, no ano de 2003⁴ (3.5%). Porém, estudos anteriores referem uma incidência inferior, cerca de 2.7% dos doentes que são admitidos no SU³, demonstrando um aumento progressivo da incidência deste sintoma. O mesmo ocorreu na população estudada, na medida em que este estudo demonstrou um aumento significativo da incidência no período entre 2005 e 2008, calculado em cerca de 50%. Este aumento da incidência pode ser atribuído à existência de vários factores, como a existência de uma população cada vez mais envelhecida³, baixo estatuto sócio-económico³, o abuso do tabaco³, assim como o aumento progressivo da prevalência da obesidade na nossa população³, o que leva à maior existência de co-morbilidades nesta população, nomeadamente patologia respiratória e cardiovascular.

A maioria dos doentes estudados não apresentava um registo de diagnóstico definido, pelo que 56.8% apresentavam “outro diagnóstico”. A ausência deste registo pode ser reflexo da carga de trabalho e número elevado de solicitações a que os profissionais de saúde se deparam no SU, assim como à eventual existência de cansaço ou exaustão. Mais de 90% dos doentes foram classificados como “muito urgente” ou “urgente” e mais de 70% foram avaliados por especialidades da área médica, nomeadamente Medicina Interna (aproximadamente 50%), ficando, deste modo, estas

áreas muito sobrecarregadas. Assim, a necessidade de atendimento e avaliação rápida destes doentes surge como principal prioridade para os médicos, em detrimento do próprio registo clínico.

As principais causas de dispneia aguda e sub-aguda são patologias respiratórias e cardiovasculares.^{1,6,7,8}. Neste estudo, as principais patologias que desencadearam dispneia nestes doentes foram, igualmente, doenças do aparelho respiratório, responsáveis por 19.4% dos casos, sendo a asma (20%) e a pneumonia (15.5%) as principais patologias, e 7.3% devido a doenças do aparelho circulatório, principalmente por insuficiência cardíaca. Porém, contrariamente ao observado nesta população, noutros estudos^{5,11}, a insuficiência cardíaca assumiu-se como a principal causa de dispneia no SU, sendo responsável por 34.6% dos casos. A patologia de foro respiratório foi responsável pela dispneia em 33.6% dos doentes, sendo a doença mais frequente a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (12.2%), seguida pela asma (7%) e pneumonia (6.8%). É importante referir que, a maioria dos doentes estudados, não apresentam um registo de diagnóstico bem definido, pelo que não podemos inferir, com toda a veracidade, que estas proporções relativas correspondem à incidência efectiva destas patologias. A necessidade do registo clínico e a total dependência, deste estudo, pela base de dados já existente assume-se, nesta fase, como uma limitação importante à consideração real destes resultados. Todavia, e de acordo com estudo prévios, as patologias respiratórias e cardiovasculares são, efectivamente, as principais situações associadas à recorrência dos doentes ao SU. Ainda a referir que as perturbações mentais são responsáveis por 2.5% do total de casos de dispneia que são admitidos neste SU, uma proporção inferior à apresentada por vários estudos anteriores, os quais referem que 4%³ dos casos se associam a distúrbios mentais. A prevalência das patologias psiquiátricas está a aumentar progressivamente, estimando-se, actualmente,

uma prevalência de 30%¹² na população portuguesa, pelo que devemos ter em conta estas doenças aquando da abordagem deste sintoma em situação de urgência.

As doenças respiratórias, ao contrário das outras causas de dispneia, apresentaram uma variação mensal característica, apresentando maior incidência nos meses frios e uma diminuição progressiva ao longo dos meses quentes, mostrando a sua ocorrência máxima nos meses de Dezembro e Março e menor em Julho e Setembro. As principais patologias associadas a estes quadros respiratórios foram a asma e a pneumonia, pelo que estas doenças normalmente apresentam flutuações de incidências semelhantes. Nos países desenvolvidos, a asma apresenta uma prevalência de 10% a 12% nos adultos¹³ e, em Portugal, estima-se que esta incidência seja aproximadamente 5.2%¹⁴. Todos estes doentes estão em risco de desenvolver uma crise asmática¹⁵. Estudos provenientes de Espanha, Canadá e Austrália mostram uma prevalência de asma no SU de 1% a 12%¹⁵, intervalo que acaba por englobar proporções muito diversas, como a encontrada neste estudo. São vários os possíveis desencadeantes destas crises, nomeadamente a exposição a alérgenos, que, em Portugal, assume especial importância clínica, uma vez que está provada a existência de uma correlação entre alguns alérgenos, nomeadamente *A. Negundo* ou *S. babylonica*, e a incidência máxima de sintomas respiratórios, principalmente dispneia, no mês de Março¹⁶, à semelhança do que foi observado neste estudo. Outros factores importantes são as infecções virais das vias aéreas superiores, que ocorrem predominantemente nos meses frios, alterações climatéricas, poluição, entre muitos outros¹⁵. No que diz respeito à pneumonia, esta é causada maioritariamente por bactérias, não apresentando uma flutuação de incidência característica¹⁷. Assim, a variação de incidência das doenças do aparelho respiratório encontrada neste estudo podem ser explicadas pela variação forte presente na asma, assim como na contribuição de todas as outras causas menos comuns, como infecções

das vias aéreas superiores, que são mais frequentes nos meses frios pois apresentam predominantemente causas virais, ou mesmo a ocorrência de rinites de causa predominantemente alérgica, que está mais presente nas mudanças de estação.

Este estudo demonstrou ainda a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as prioridades estabelecidas na triagem e o destino de alta dos doentes estudados, à semelhança do que foi documentado por outros estudos¹⁰. A referir que as prioridades da triagem apresentam discriminadores bem definidos, e segundo graus de gravidade para a vida dos doentes, pelo que apresentam maior especificidade nas prioridades mais graves, prioridade 1 (identificada com cor vermelha), 2 (identificada com cor laranja) e 3 (identificada com cor amarela). Por esta ordem apresentam uma taxa de internamento decrescente e uma taxa de alta para o domicílio crescente. Importante realçar ainda o facto de todos os casos de morte ocorreram em doentes triados com prioridade 1 (emergente) e 2 (muito urgente), como era esperado. Estas relações demonstram, assim, o bom trabalho efectuado pelos enfermeiros quanto à aplicação do fluxograma e prioridades de gravidade, nestes doentes. Porém, e ao contrário do esperado, ainda existem internamentos nas prioridades mais baixas e altas para o domicílio nas prioridades mais altas. Isto demonstra ainda alguma subjectividade na avaliação destes doentes apesar da grande especificidade dos discriminadores, assim como a possível reversibilidade de muitos quadros clínicos que inicialmente se apresentavam com um quadro clínico grave. É importante ainda referir que este estudo, entre os graus de gravidade mais baixos, isto é prioridade 4 e 5, mostrou uma taxa de internamento maior na prioridade 5, ao contrário do que era esperado. Este facto pode ser explicado pela pouca especificidade e muita subjectividade nos discriminadores destas prioridades, sendo a triagem destes doentes muito influenciada pela capacidade de expressão dos doentes, ou seja, os doentes não são capazes de explicar com precisão

as suas queixas, alterando sistematicamente a forma como contam a sua história, assim como pela percepção do próprio enfermeiro, incapaz muitas vezes de decifrar as informações dos próprios doentes.

Por fim, é importante salientar que a grande limitação deste estudo foi a existência de alguma carência de registo clínico, nomeadamente nos diagnósticos destes doentes.

CONCLUSÃO

No período entre 2005 e 2009, foram admitidos no SU do HSA-CHP 18 564 doentes avaliados triados segundo o fluxograma de dispneia, correspondendo a 3.6%. A dispneia, como sintoma de apresentação do utente ao SU, apresentou uma incidência crescente ao longo dos anos estudados, sem qualquer predomínio mensal.

As prioridades 2 e 3 foram as mais atribuídas, correspondendo a 90% destes doentes. Foi também mostrada a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os graus de gravidade dos doentes e o destino de alta destes, ou seja, quanto maior a gravidade do doente, e por conseguinte menor o número da prioridade, maior o número de internamentos; pelo contrário a alta para domicílio apresentou uma variação inversa, o que vai de encontro a outros estudos documentados¹⁰. A totalidade das mortes ocorreu num contexto de situação emergente e muito urgente. Foram ainda documentados internamentos mesmo nas prioridades mais baixas e altas para o domicílio em doentes triados com prioridades mais altas.

Mais de 50% dos doentes não tinha um registo de diagnóstico específico, pelo que, neste contexto, as doenças respiratórias assumiram-se como a principal causa de dispneia no SU, nomeadamente a asma e pneumonia, seguida das doenças do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca. Outras causas a destacar são as perturbações mentais e as doenças do aparelho genito-urinário.

Por fim, cerca de metade dos doentes foram avaliados pela especialidade de Medicina Interna, estando as especialidades da área médica francamente responsáveis pela avaliação destes doentes, em contexto de SU.

AGRADECIMENTOS

A colaboração e a contínua disponibilidade apresentada pelo Departamento Informático do HSA-CHP, na pessoa da Eng. Alexandra Ferreira, foram muito importantes na concretização deste estudo.

Quero igualmente agradecer ao Dr. Humberto Machado todo o tempo dispensado na orientação deste trabalho, assim como à Professora Corália Vicente pela preciosa ajuda na análise estatística efectuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LO HY, LIAO SH, CHIP-JIN NG, KUAN JT, CHEN JC, CHIU TF: Utility of impedance cardiography for dyspneic patients in the ED. American Journal of Emergency Medicine 2007;25:437-41
2. ZHEN W, SMITH J, THADDEUS B: Lung sound analysis in the diagnosis of the obstructive airway disease. Respiration 2009;77:134-8
3. Journal of the American College of Emergency Physicians 2006;February (UpToDate®)
4. CYNTHIA D, MULROW MD, CATHERINE R, LUCEY MD, LISA E: Discriminating causes of dyspnea through clinical examination. Journal of General Internal Medicine 1993;8:384-92
5. MAISEL A, MUELLER C, NOWAK R ET AL: Mid-region pro-hormone markers for diagnosis and prognosis in acute dyspnea. Journal of American College of Cardiology 2010;55(19):2062-76

6. JOOST HW, RUTTEN MD, EWOUT W ET AL: N-terminal pro-brain natriuretic peptide testing in the emergency department: beneficial effects on hospitalization, costs and outcome. *American Heart Journal* 2008;156(1):71-7
7. HARRISON A, AMUNDSON S: Evaluation and management of the acutely dyspneic patient: the role of biomarkers. *American Journal of emergency Medicine* 2005;23:371-8
8. MORRISON LK, HARRISON A, KRISHNASWAMY P, KAZANEGRA R, CLOPTON P, MAISEL A: Utility of a rapid B-natriuretic peptide assay in differentiating congestive heart failure from lung disease in patients presenting with dyspnea. *Journal of the American College of Cardiology* 2002;39(2):202-9
9. MATIAS C ET AL: Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. *Rev Port Cadiol* 2008;27(2):205-16
10. MARTINS HMG ET AL: 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* 2009;26:183-6
11. LAINCHBURY JG, CAMPBELL E, FRAMPTON CM, ET AL: Brain Natriuretic Peptide and N-Terminal Brain Natriuretic Peptide in the Diagnosis of Heart Failure in Patients with Acute Shortness of Breath. *Journal of the American College of Cardiology* 2003;42(4):728-35
12. ALBUQUERQUE A ET AL: Avaliação da taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa. *Direcção Geral de Saúde* 2002

13. BARNES PJ: Asma. In: Fauci A, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser S, Jameson JL, Loscalzo, J, eds. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro. McGraw-Hill 2008;1596-607
14. ALMEIDA A, CASTANHEIRA J: Programa nacional de controlo de asma. Revista Portuguesa de Pneumologia 2001;4
15. RODRIGO GJ, RODRIGO C, HALL JB: Acute asthma in adults. A review. Chest 2004;125:1081-102
16. RIBEIRO H, OLIVEIRA M, RIBEIRO N ET AL: Pollen allergenic potential nature of some trees species: A multidisciplinary approach using aerobiological, immunochemical and hospital admissions data. Environmental Research 2009;109(3):328-33
17. MANDELL LA, WUNDERINK R: Pneumonia. In: Fauci A, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser S, Jameson JL, Loscalzo, J, eds. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro. McGraw-Hill 2008:1619-28