

O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

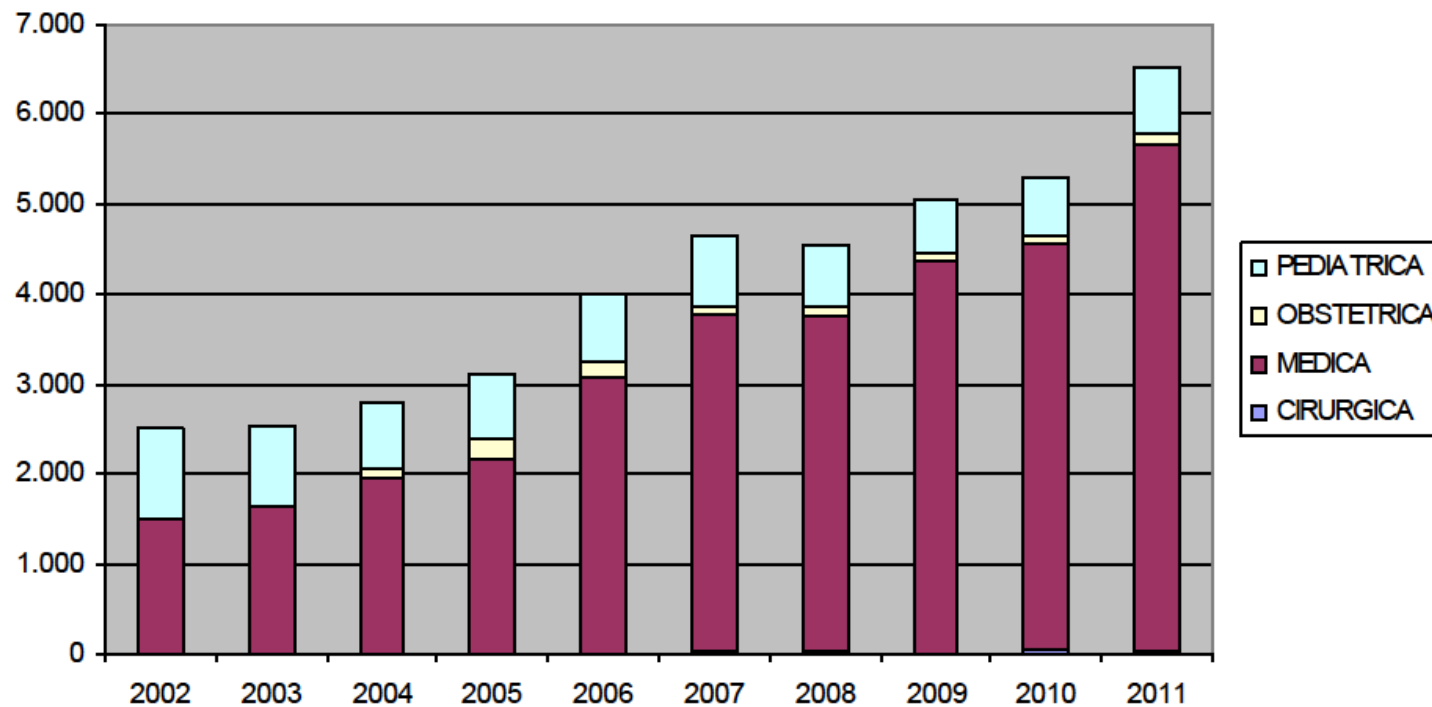
Prof. Dr. Jefferson P Piva

- * Chefe do Serviço de Emergência do HCPA
- * Chefe da UTI pediátrica H. São Lucas da PUCRS
- Prof. dos Deptos de Pediatria da UFRGS e PUCRS



EUA: 1990-1999 houve aumento de 59% nos atendimentos em Emergência

Goldstein R. Crit Care Clinics 2005



Altas do Serviço de Emergência do HCPA em dez anos

**PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES QUE REALIZARAM CIRURGIAS COM CARÁTER
DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – HCPA**

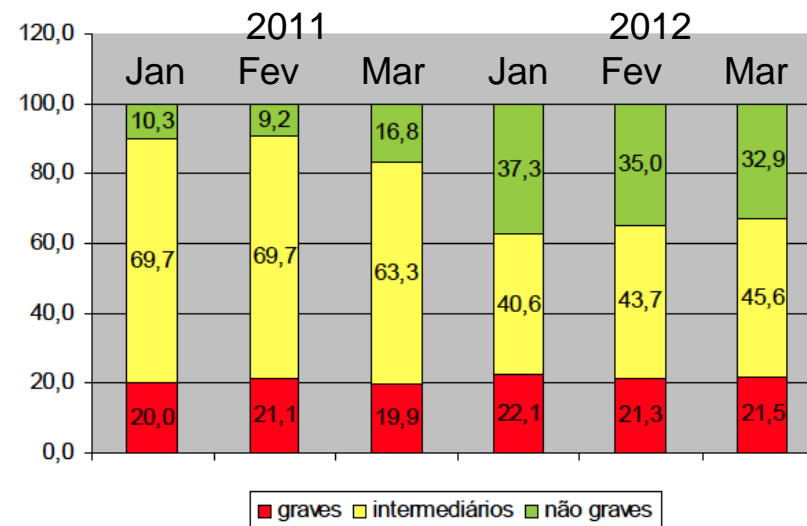
	2009	2010	2011	\% 2009-2011
Emergência Adulto	550	912	1.065	94%
Emergência Pediátrica	39	49	67	72%
Unidades de Internação Cirúrgicas	742	516	414	-44%
Unidades de Internação Clínicas	156	196	184	18%
Unidades de Internação Pediátricas	108	126	102	-6%
Unidades de Internação Obstétricas	6	4	4	-33%
Unidade de Internação Psiquiátrica	1	3	3	200%
Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrico	32	32	33	3%
Unidades de Cuidados Intensivos Adulto	213	197	178	-16%
Total	1.847	2.035	2.050	11%

EUA: 1990-1999 houve aumento de 59% nos atendimentos em Emergência
Goldstein R. Crit Care Clinics 2005

Atendimento de pacientes criticamente doentes no Serviço de Emergência

- ✓ 8% dos atendimentos em Emerg
- ✓ 25% das admissões em Emerg

- ✓ Falta de área específica
 - Retardo no tratamento
 - Retarda transferência p/ UTI
 - Afeta o prognóstico



Svenson J. Am J Emerg Med 1997

Critical care of medical and surgical patients in the ED: length of stay and initiation of Intensive care procedures. Svenson J. Am J Emerg Med 1997

- ✓ 30% dos pacientes “críticos” atendidos plenamente no Serviço de Emergência por ausência de vagas na UTI
 - Tempo de permanência: mediana de 6 hs (3-30 horas)
 - Mesmo protocolo da UTI
 - Sem diferença entre o tratamento e procedimentos realizados na UTI e na SE

- ✓ Após liberar a vaga na UTI: retardo de 2 horas na transferência

Atendimento de pacientes criticamente doentes no Serviço de Emergência do HCPA

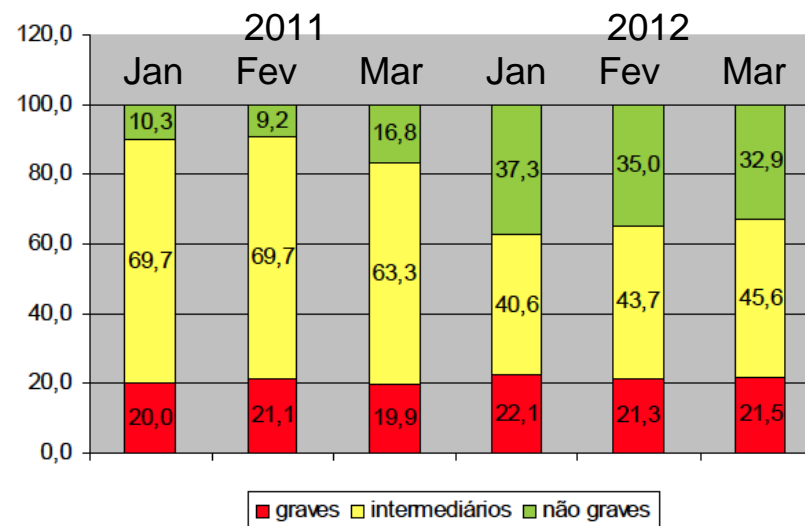
Unidades do Serviço de Emergência do HCPA
-2012

Unidade de Internação
Equipes Clínicas 1,2,3
Equipe Cirúrgica / Gineco
~40 leitos

Unidade Vascular
9 leitos

Unidade Observação
-Laranja
~ 30 leitos

Unidade Observação Verde
5 consultórios e sala de observação
70-80 atendimentos/ dia



Destino de pacientes graves atendidos no Serviço de Emergência HCPA

DESTINO DOS PACIENTES ADULTOS

2010 - jan-jun

Alta após consulta

Graves

(21%)

Observação até 24 h

9,6%

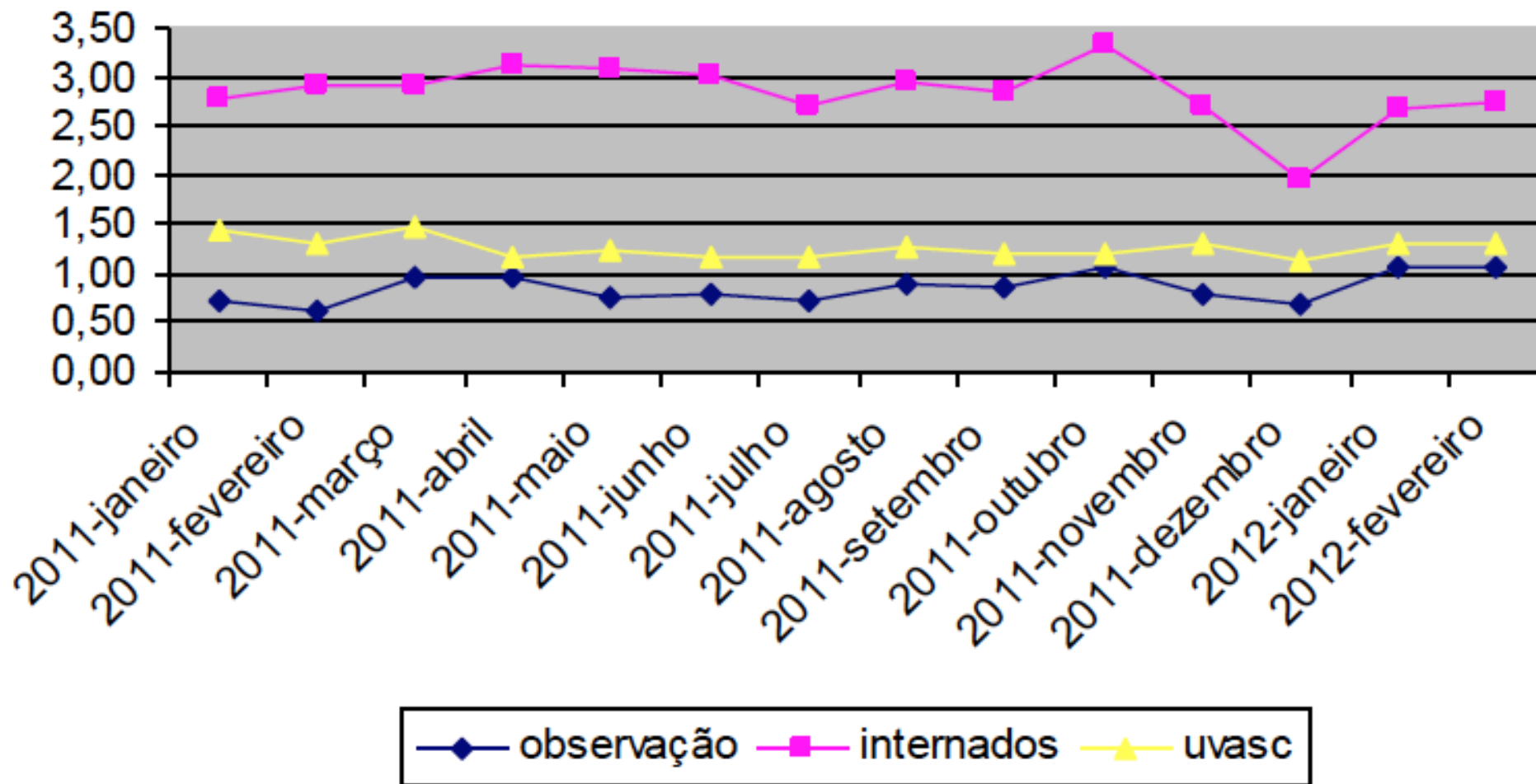
45,9%

Permanência > 24 h

44,5%



Média de permanência na emergência de adultos*



O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

1. Pressupostos:

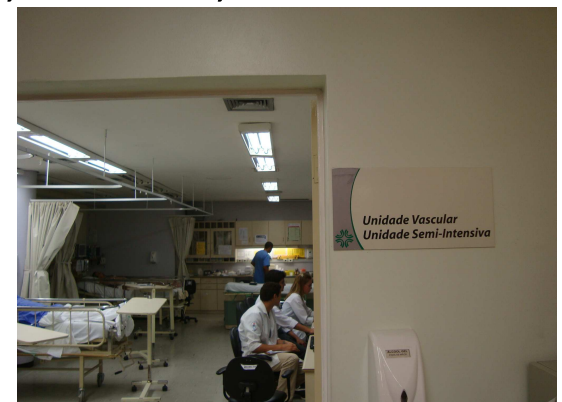
a. Área e recursos adequados à demanda

- I. Recursos mínimos e desejáveis? (Especialidade!?) – D. Técnico
- II. Definição da chefia dos Serviços e D. Técnica

b. Profissionais adequadamente treinados

- I. Especialidade...(!?!)

c. Protocolos de atendimento com: UTI, Cirurgia, Trauma, Cardiologia, Neurologia e Neurocirurgia...



O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

1. Pressupostos:
 - a. Protocolos de atendimento com: UTI, Cirurgia, Trauma, Cardiologia, Neurologia e Neurocirurgia...



GRAND ROUND

14/03/2012 - Auditório José Baldi - 11h

Protocolo de Dor Torácica

Apresentação: Equipe de Protocolos da VPM

Coordenação: Prof^a Carisi Anne Polanczyk

Coordenação Geral:
Prof. Sergio Pinto Ribeiro
Prof. Luiz Antônio Nasi
Vice-Presidência Médica

UFRGS
MEDICINA

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

1. Pressupostos:
 - a. Área e recursos adequados à demanda
 - b. Profissionais adequadamente treinados (Especialidade!!!)
 - c. Protocolos de atendimento com: UTI, Cirurgia, Trauma, Cardiologia, Neurologia e Neurocirurgia...

2. Responsabilidade compartilhada entre emergencista, intensivista e demais especialidades



O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

- ❑ Os limites de responsabilidade nos cuidados assistenciais devem ser definidos na instituição de acordo com suas facilidades.
 - ✓ Diretor técnico, Chefias dos serviços, médicos assistentes

- ❑ Presume-se, responsabilidade compartilhada entre emergencista, intensivista e demais especialidades
 - ✓ A exemplo dos demais especialistas o intensivista deve acompanhar o caso no SE e registrar seu acompanhamento.

O Paciente “crítico” no Serviço de Emergência: Responsabilidade do *Emergencista* ou do *Intensivista*?

*Paciente “crítico” no serviço de emergência (p.ex.: choque séptico)
aguardando vaga (c/conhecimento) da UTI .*

O não acompanhamento do intensivista **poderia** configurar possível infração ao CEM nos artigos...

- ✓ 1º ... Causar dano por omissão
- ✓ 3º ... Deixar de assumir responsabilidade ... vários médicos,..
- ✓ 6º ... Atribuir seus insucessos a terceiros e circunstâncias....
- ✓ 32 ... Deixar de usar TODOS os meios disponíveis a seu alcance...
- ✓ 37 ... Prescrever medicamentos sem exame... Urgência,... Devendo fazê-lo após o impedimento!

Emergência: Especialidade

É uma UTOPIA imaginar que o ensino de urgência possa ser realizado apenas otimizando o ensino na Faculdade

- Limite no CV para aumento de horas/aula,...
- Habilidade e prática (catéter, entubação,...)

Especialidade promove:

- Exigências (padrões mínimos) de atendimento,...
- Normas mínimas de educação/ aprendizado...
- Identidade e fixação do profissional...
- PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO...



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre adota o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que tem o objetivo de priorizar o atendimento aos doentes mais graves.

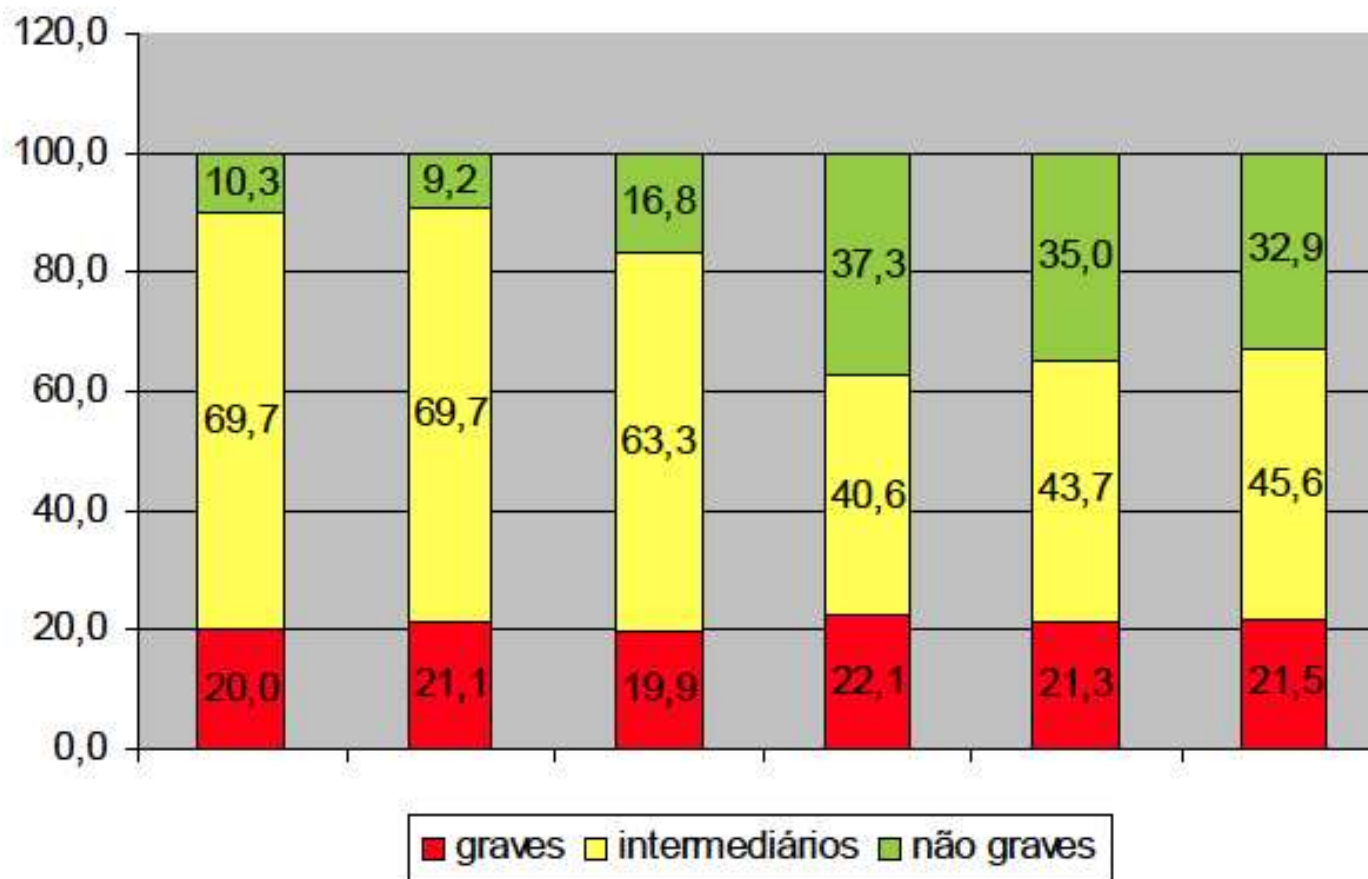
Os pacientes são acolhidos e classificados por cores, organizando a ordem de atendimento de acordo com a seguinte escala:

EMERGÊNCIA	VERMELHO
MUITO URGENTE	LARANJA
URGENTE	AMARELO
POUCO URGENTE	VERDE
NÃO URGENTE	AZUL

Medicina de Urgência: “urge” uma especialidade!
Obrigado pela atenção!



Gravidade pacientes adultos jan, fev e mar 2011 e 2012 (% das consultas)- Fonte: IG



Em 2011, classificação de risco com escala do HCPA; em 2012, classificação de risco com Escala de Manchester.

Março 2012: até 06/03

Triage and patient safety in emergency departments

[Sven Oredsson, medical director](#)

BMJ 2011; 343: d6652 (Published 20 October 2011)

Overcrowding calls for re-engineering of triage models and new patient flow processes

The emergency department is the point of entry for more than half of all patients admitted to hospital care, primarily because of an increasingly elderly population.

Recent reports also show that more teenagers and young adults are seeking medical care in the emergency department.

Together, these changes contribute to overcrowded emergency departments that put patient safety at risk.



Ao procurar o Serviço de Emergência a expectativa é ...

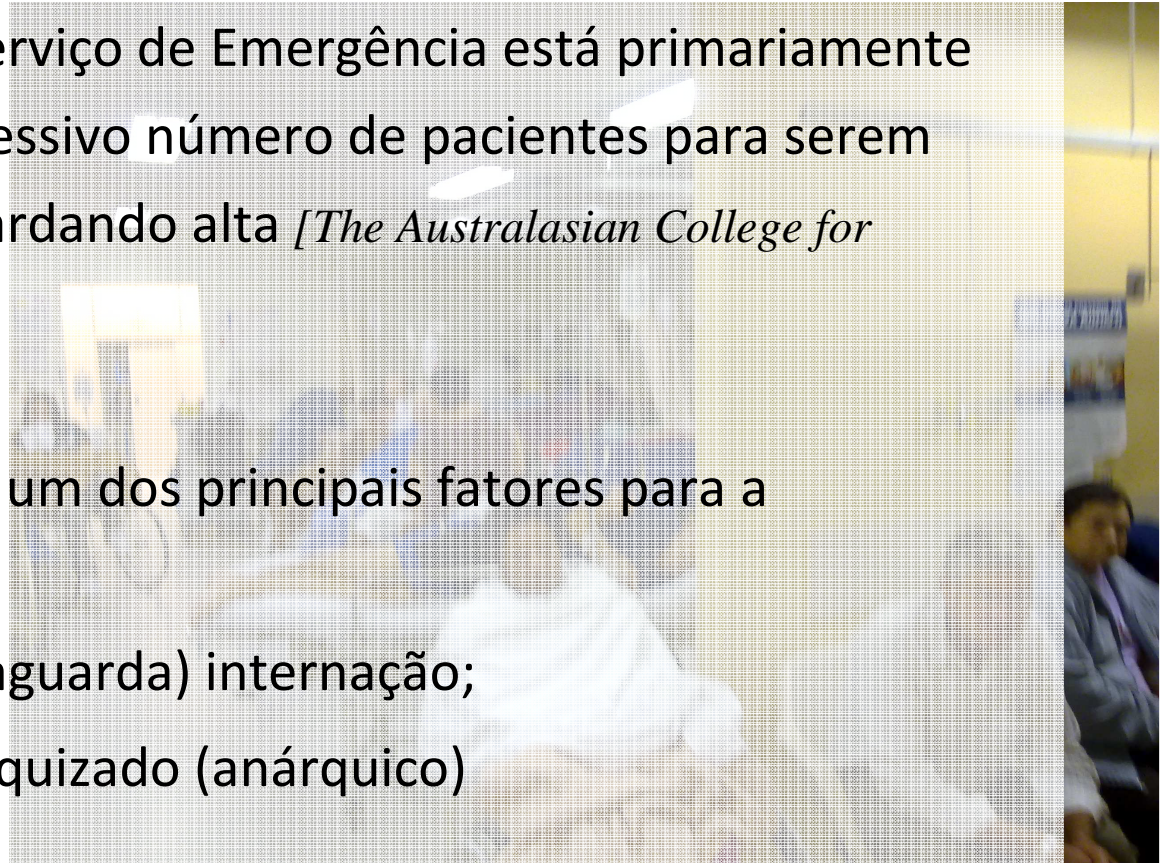
- ✓ Acesso a um serviço eficiente
- ✓ Ser atendido de forma rápida (imediate) por médico experiente, qualificado e habituado com essas situações...

❑ RESOLUTIVIDADE

SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Quando a capacidade do serviço de Emergência está primariamente comprometida por um excessivo número de pacientes para serem avaliados, tratados ou aguardando alta [*The Australasian College for Emergency Medicine (ACEM)*]

- O uso inapropriado é um dos principais fatores para a superlotação.
 - ✓ Falta de leitos (retaguarda) internação;
 - ✓ Sistema não hierarquizado (anárquico)
 - ✓ RESOLUTIVIDADE



Superlotação do serviço de Emergência (!?)



Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

Classificação de risco em Emergência

Usado como sinônimo de “*Triagem*”.

- “*Triage*” (Frances) – ordenar produtos agrícolas
 - ✓ Hoje: termo quase exclusivo para a saúde

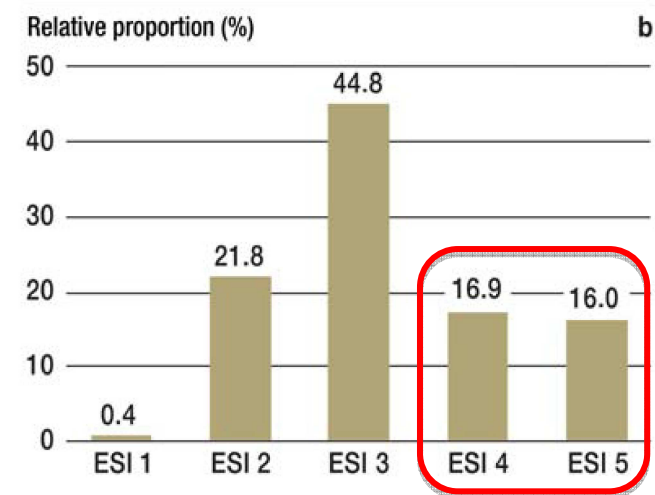
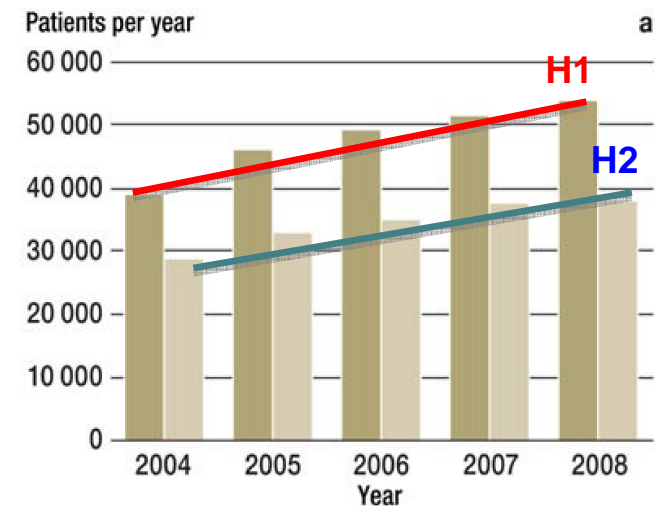
Sistema que identifica com segurança as prioridades de atendimento em Emergências com uma demanda de atendimento superior a capacidade de oferta.

- ✓ 1º contato do paciente com serviço
- ✓ Contato breve (2-4 minutos)
- ✓ Sistema facilmente reproduzível e auditável



Triagem e classificação de risco em Serviços de emergência. *Christ M et al. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892–8.*

- ❑ A Emergência é a interface entre o hospital e todo o serviço de saúde.
- ❑ Emergência é usada frequentemente como rota de acesso ao hospital (ESI4 – ESI5).
- ❑ Não há como atender imediata e simultaneamente todos os que chegam.
- ❑ Pacientes com risco de morrer devem ser identificados e atendidos em minutos



Classificação de risco em Emergência



Contato breve, identifica a gravidade e ordena o atendimento por prioridades.

Triagem e classificação de risco em Serviços de emergência. *Christ M et al. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892–8.*

Objetivos da classificação de risco (“triagem”) no Serviço de Emergência:

- ❑ Avaliar (estimar) a gravidade do paciente através de um processo rápido e realizado imediatamente à chegada ao serviço
 - ✧ Reprodutibilidade, confiabilidade (*Sens/espec*) e auditável

- ❑ Definir prioridades
 - ✧ Tempos, fluxos, áreas,...

- ❑ Transferir cada paciente para o local apropriado de tratamento



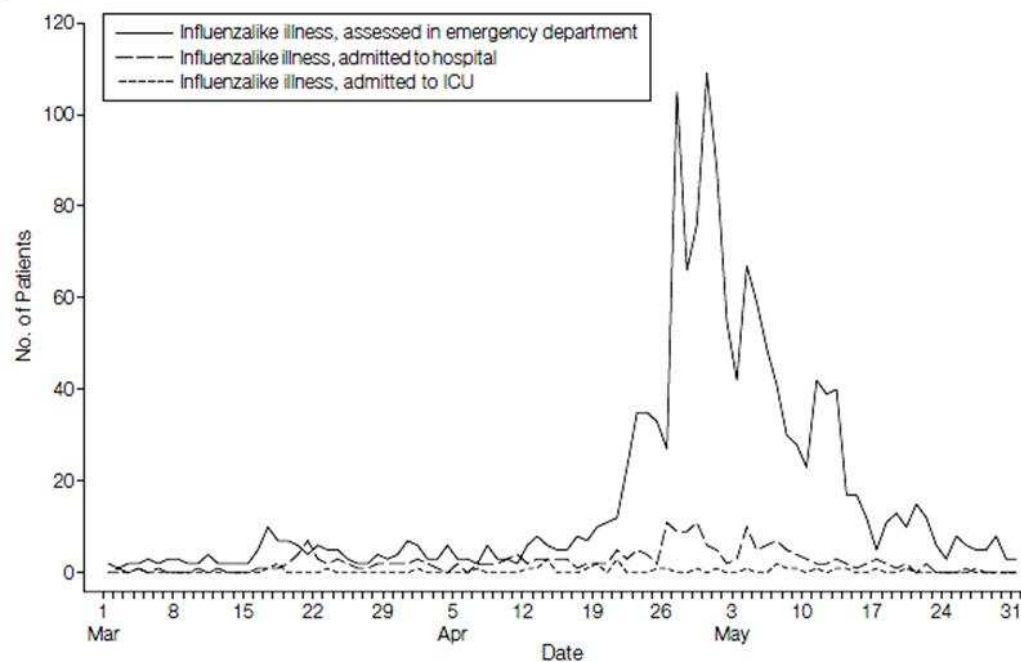
Epidemia Influenza A H1N1 – 2009

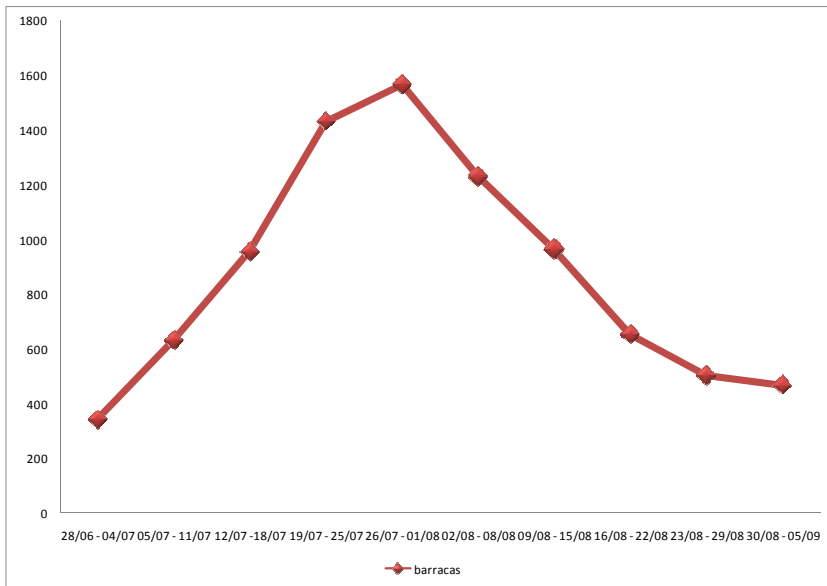


Critically Ill Patients With 2009 Influenza A(H1N1) in Mexico

JAMA. 2009;302(17):(doi:10.1001/jama.2009.1536)

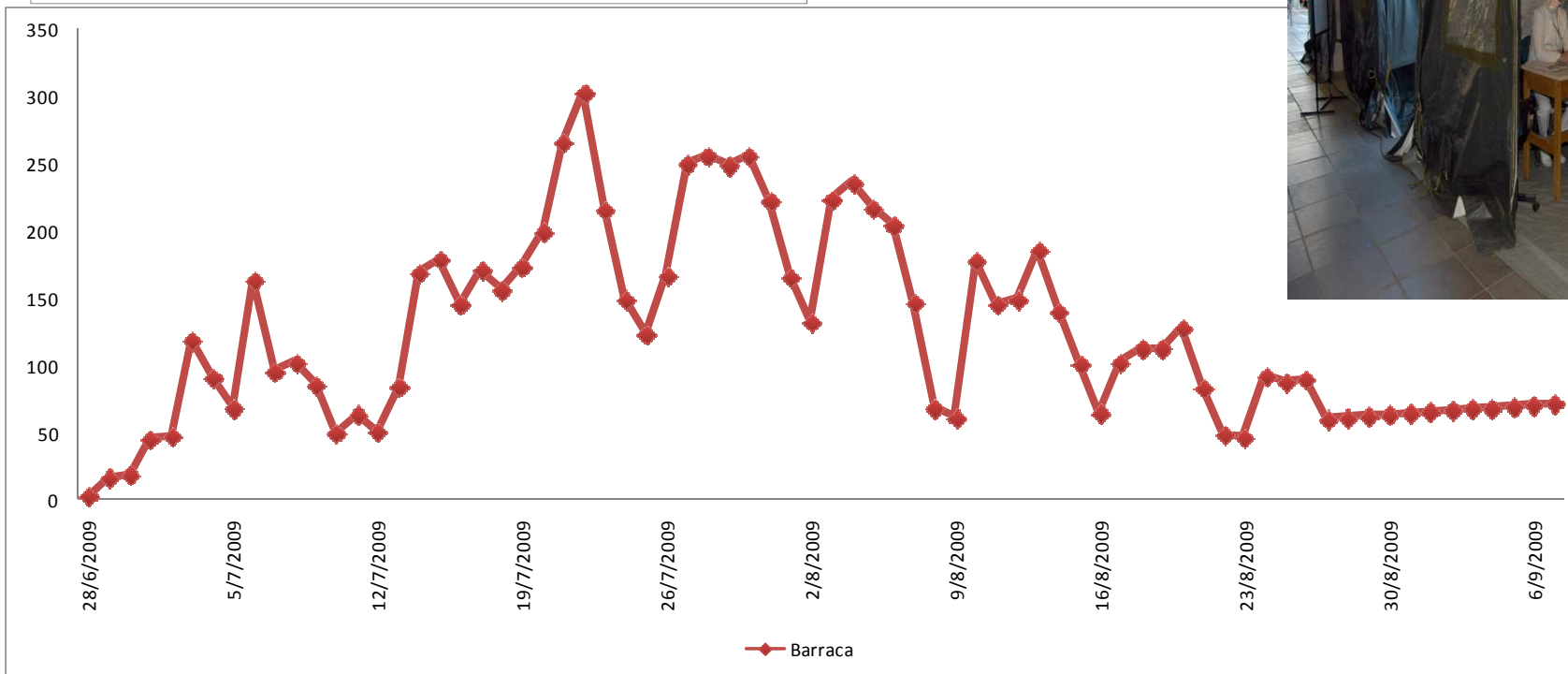
Figure 1. Admissions to Emergency Department, Hospital, and Intensive Care Unit (ICU) in a Single Study Hospital During the 2009 Influenza A(H1N1) Outbreak Period, Mexico, 2009

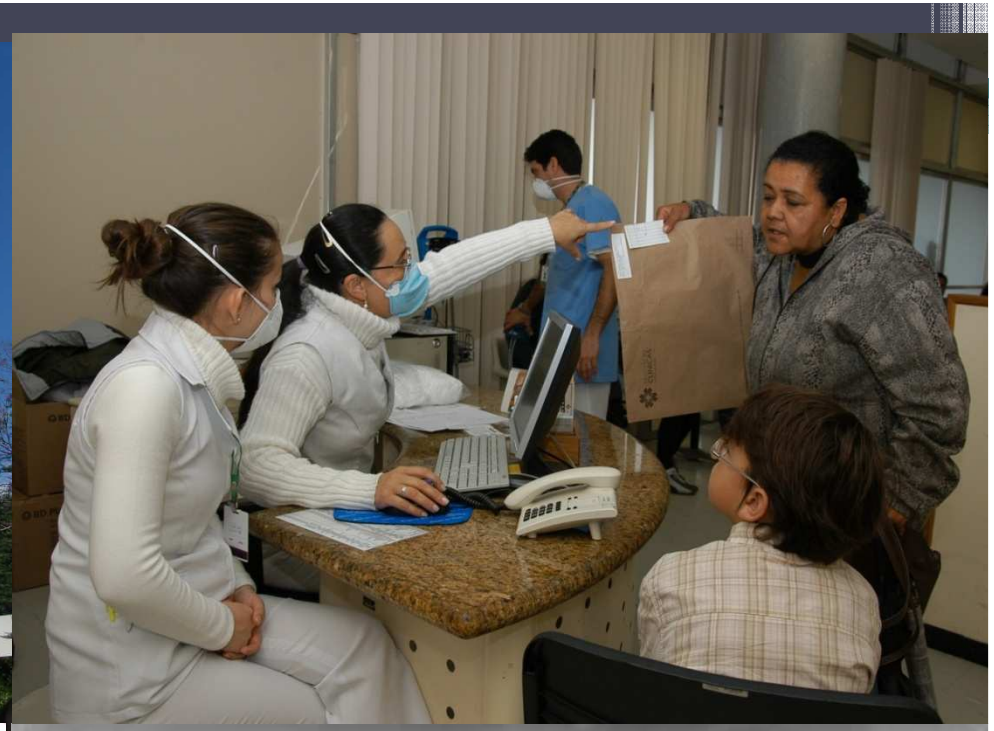




Atendimentos em "barracas" por suspeita de Influenza A H1N1 até (07/09/09)

- Consultas = 8.899
- Internações = 447



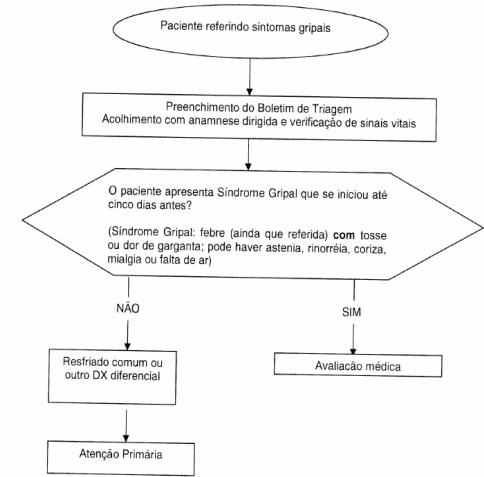


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE INFLUENZA A – H1N1

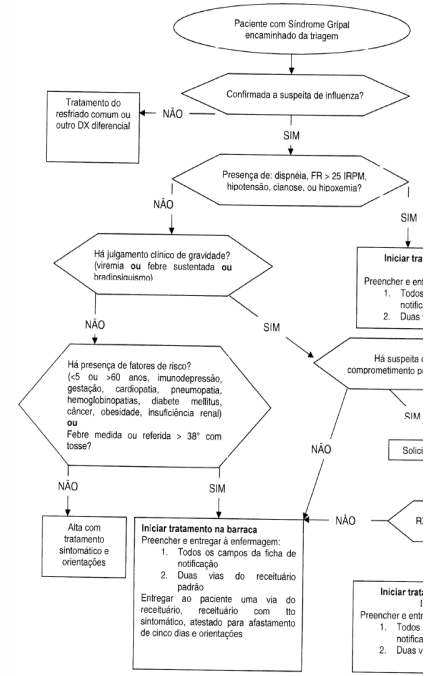
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL A SER UTILIZADO PELOS PROFISSIONAIS

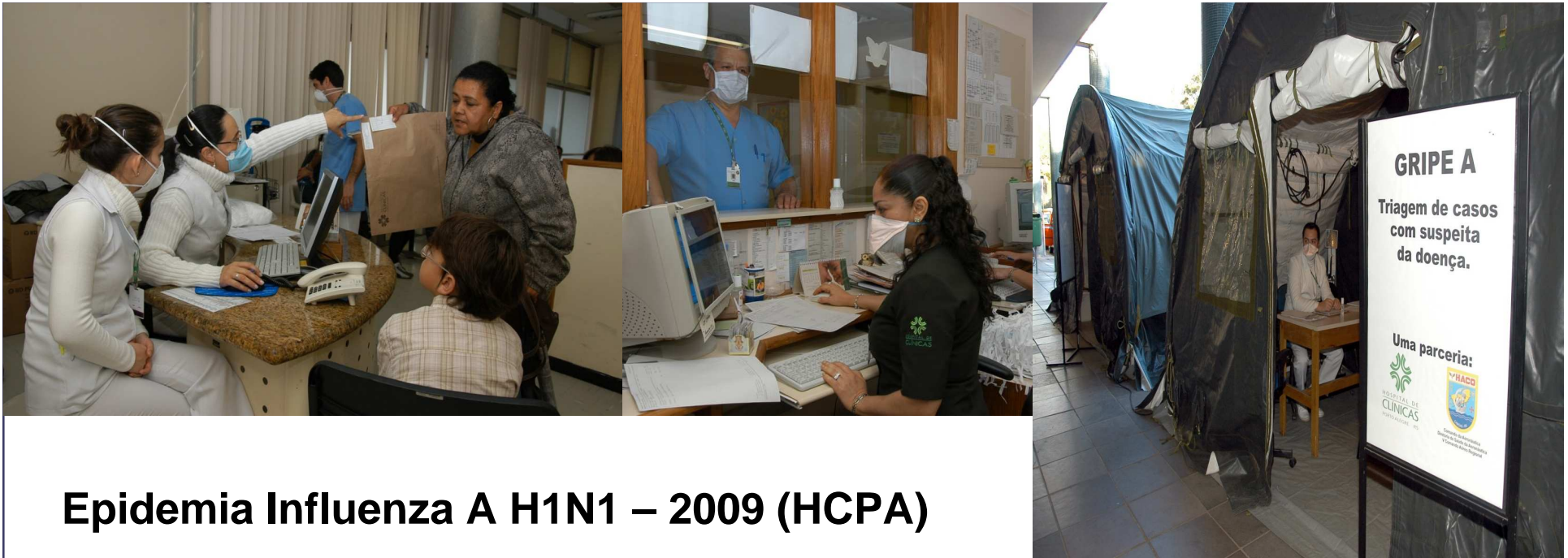
- Máscara N95
- Avental

1. ACOLHIMENTO



2. ATENDIMENTO MÉDICO





Epidemia Influenza A H1N1 – 2009 (HCPA)

- ✓ 8.000 consultas potencialmente desviadas da Emergência
- ✓ Agilidade na Internação em andares e UTIs
- ✓ Baixa permanência daqueles que não internaram
- ✓ **Efetivação e aprovação dos protocolos assistenciais**
- ✓ **Eficácia do sistema de triagem**

Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

A classificação de risco identifica pacientes com alta prioridade de atendimento, baseado em um protocolo que não pressupõe a realização da consulta médica.

- Triagem em Emergência seria um exemplo clássico da aplicação do princípio da Justiça (distributiva) ,
- Equilíbrio entre os princípios do utilitarismo (*fazer o melhor para o maior número*), da igualdade e respeito por todos, da beneficência, não maleficência e do não abandono.

Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

A perspectiva ética do “Cuidar” – *The Four Dimensions of Care*

- “*Caring about*”: identificar uma necessidade que demanda um cuidado específico. (Evitar a negligência).
- “*Taking care of*” – assume a responsabilidade de fazer algo...
- “*Actual care giving*” – assegurar que as medidas necessárias serão tomadas. (competência)
- “*Care receiving*” – avaliar se os cuidados necessários foram tomados e qual a resposta do paciente.
 - ✓ Reavaliações e novas triagens...

Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

Triagem

- **Interação dinâmica entre quem oferece e quem recebe cuidado**

- ✓ Verificar se o cuidado ofertado preenche as necessidades de cada paciente... *Evitando o paternalismo e insuficiência de cuidados.*

- ✓ O público deve saber como está sendo organizado o serviço

- ✓ A cultura do hospital e sua administração também se manifestam nesse setor.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre adota o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que tem o objetivo de priorizar o atendimento aos doentes mais graves.

Os pacientes são acolhidos e classificados por cores, organizando a ordem de atendimento de acordo com a seguinte escala:

EMERGÊNCIA	VERMELHO
MUITO URGENTE	LARANJA
URGENTE	AMARELO
POUCO URGENTE	VERDE
NÃO URGENTE	AZUL

Este sistema visa humanizar, agilizar e qualificar o atendimento aos pacientes da Emergência, em sintonia com as políticas do Ministério da Saúde.



Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

- **Triagem é classificado como uma avaliação incompleta e inicial**
 - ✓ **1ª etapa da avaliação do paciente iniciada antes da consulta e intervenção médica.**
 - ✓ O responsável pela triagem deve informar rotineiramente aos pacientes a sua classificação e o tempo estimado para ser visto pelo seu médico.
- **TRIAGEM = ACOLHIMENTO (RECEPÇÃO)**



Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

Classificação de Risco em Emergência...

O Registro apenas dos sinais vitais não é eficaz na identificação de pacientes de risco (*EmergMedJ 2006;23:841-5*).

Sistemas mais usado para definir prioridades :

- Experiência pessoal (*Ann Emerg Med 1998; 32: 431–5*)
- Sistema de 3 níveis (“*traffic light*” - *Acad Emerg Med 2000; 7:236–42*)
- Escalas de 5 níveis superiores aos 3 níveis
 - ✓ *The Australasian Triage Scale (ATS)*
 - ✓ *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*
 - ✓ *Manchester Triage System (MTS)*
 - ✓ *Emergency Severity Index (ESI)*.

Christ M et al. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50):

Table 1: Five-level Triage Systems

System	Countries	Levels	Patient should be seen by provider within
Australasian Triage Scale (ATS)	Australia	1 - Resuscitation	Level 1 - 0 minutes
	New Zealand	2 - Emergency	Level 2 - 10 minutes
		3 - Urgent	Level 3 - 30 minutes
		4 - Semi-urgent	Level 4 - 60 minutes
		5 - Nonurgent	Level 5 - 120 minutes
Manchester	England	1 - Immediate (red)	Level 1 - 0 minutes
	Scotland	2 - Very urgent (orange)	Level 2 - 10 minutes
		3 - Urgent (yellow)	Level 3 - 60 minutes
		4 - Standard (green)	Level 4 - 120 minutes
		5 - Nonurgent (blue)	Level 5 - 240 minutes
Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)	Canada	1 - Resuscitation	Level 1 - 0 minutes
		2 - Emergent	Level 2 - 15 minutes
		3 - Urgent	Level 3 - 30 minutes
		4 - Less urgent	Level 4 - 60 minutes
		5 - Nonurgent	Level 5 - 120 minutes

Characteristics of the most important five-level triage instruments used in emergency departments internationally



Parameter	ATS (NTS)	MTS	CTAS	ESI
Time to initial assessment	10 min	n. s.	n. s.	n. s.
Time to contact with doctor	Immediate / 10 / 30 / 60 / 120 min	Immediate / 10 / 60 / 120 / 240 min	Immediate / 15 / 30 / 60 / 120 min	Immediate / 10 min / n. s.
Performance indicators	I: 97.5%; II: 95%; III: 90%; IV: 90%; V: 85%	n. s.	I: 98%; II: 95%; III: 90%; IV: 85%; V: 80%	n. s.
Re-triage	n. s.	As required	I: continuously; II: 15 min; III: 30 min; IV: 60 min; V: 120 min	As required
Pain scale	Four-point scale	Three-point scale; considered as essential factor in triage	Ten-point scale	Visual analog scale (10 points); if score >7/10, consider allocation to ESI 2
Pediatric cases	n. s., but recognized as important factor	Considered	Special version of CTAS used for children	Take into consideration for vital signs, for differentiation between ESI 2 and ESI 3; fever criterion for children <24 months
List of diagnoses or key symptoms	Yes	52 key symptoms	Yes	Not explicitly used
Expected admission rates	From updated reports	n. s.	Yes	Data on bench-marking available
Implementation/ training material	Limited	Yes	Yes	Yes

ATS, Australasian Triage Scale; CTAS, Canadian Triage and Acuity Scale; MTS, Manchester Triage Scale; ESI, Emergency Severity Index;

Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

A classificação de risco com 5 níveis aplicado por enfermeiros treinados tem sido implementado com sucesso em países de língua inglesa (*Emerg Nurs 2005; 31: 39–50*)

- ❑ Enfermeiros alemães e suíços demonstraram a mesma segurança e eficácia, sendo largamente empregados. *Christ M et al. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892–9*

- ❑ O sistema de triagem na Austrália (aplicado por médicos e enfermeiros) aumentou a segurança, organização e satisfação no trabalho; reduzindo a o tempo de espera e o tempo total no serviço de emergência (*Emerg Med Australas 2004; 16: 41–6*)

Eficácia da classificação de Risco em Emergência Pediátrica

Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Roukema J et al. Emerg Med J 2006;23:906–910*

Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study

van Veen M et al. *Arch Dis Child 2011*

Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *van Veen M. BMJ 2008;337:a1501*

17.600 crianças (<16 anos) consultando em Serviço de Emergência em 13 meses (HU) e 7 meses (H. Geral) entre 2006 e 2007.

- ❑ Enfermeiras classificaram 16.735/17.600 pacientes (95%) usando o Sistema de Triagem de Manchester
- ❑ OS níveis de Urgência de Manchester concordaram com a referência standard em 88% e 12% subvalorizados

Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *van Veen M. BMJ 2008;337:a1501*

Manchester triage system	Reference standard					Total
	Immediate	Very urgent	Urgent	Standard	Non-urgent	
Immediate	70	22	80	26	7	205
Very urgent	233	119	1079	942	524	2897
Urgent	79	83	1729	2278	731	4900
Standard	48	53	1096	2621	1622	5440
Non-urgent	0	0	7	62	43	112
Total	430	277	3991	5929	2927	13 554

>1 category over-triaged
 1 category over-triaged
 Correct triage
 1 category under-triaged
 >1 category under-triaged

C
L
A
S
S
I
F
I
C
A
Ç
Ã
O

D
E

R
I
S
C
O

IMEDIATA

Parada Cardiorespiratória,
Instabilidade Hemodinâmica, Choque,
Insuficiência Respiratória Severa, Coma.

- ❖ PA inaudível
- ❖ FR < 10
- ❖ Pulso carotídeo impalpável
- ❖ Cianose central
- ❖ Oximetria < 80%
- ❖ HGT < 60
- ❖ FC < 50 com sintomas
- ❖ FC > 150
- ❖ Alteração sensorio aguda
- ❖ Convulsão prolongada
- ❖ Agitação psicomotora severa

Box M

Em 10'

Risco Alto

- ❖ Síndrome Coronariana Aguda
- ❖ Acidente Vascular Cerebral
- ❖ Embolia pulmonar
- ❖ Aneurisma Roto
- ❖ Oclusão Arterial Aguda

UV

Risco Alto

- ❖ PAS > 200 mmHg
- ❖ PAS < 90 mmHg
- ❖ Oximetria de pulso 80 - 90%
- ❖ FR > 30
- ❖ Escala de dor 8 - 10
- ❖ HGT > 300 com febre / confusão mental / vômitos

Consultório

Em 60'

Risco Intermediário
(estável mas sem critério de alta)

- ❖ TAX > 38° C
- ❖ TAX > 37,5° C em imunodeprimido
- ❖ Hematêmese / Melena
- ❖ Hemoptise / Epistaxe
- ❖ Síncope
- ❖ Vômitos/Diarréia com desidratação
- ❖ Reação alérgica disseminada
- ❖ Paciente renal crônico em diálise
- ❖ Retenção urinária aguda

Consultório

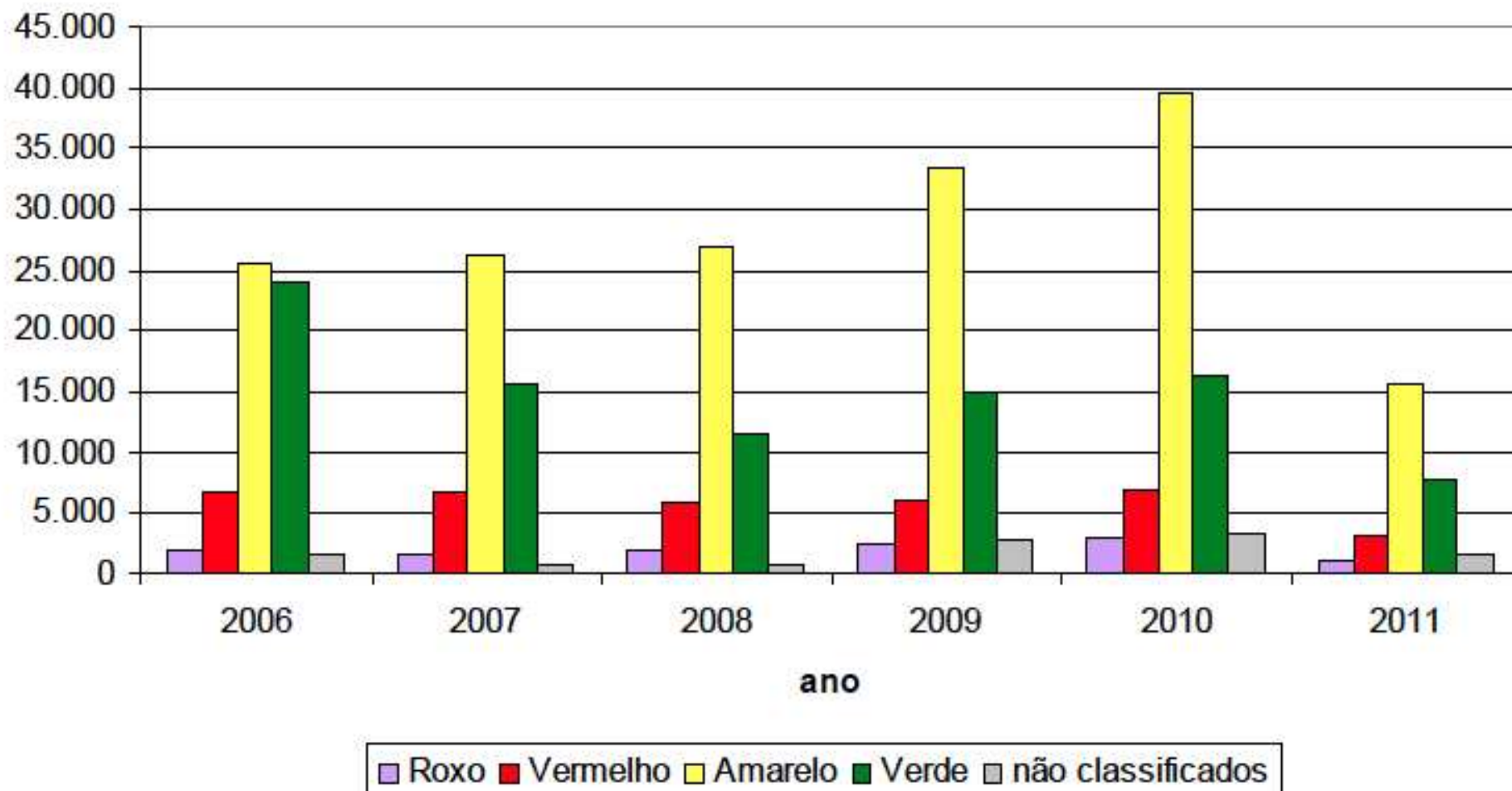
Em 6h

Risco Baixo

- ❖ Paciente com sinais vitais estáveis com condição de alta ou
- ❖ Paciente agendado para consulta com hora marcada na emergência

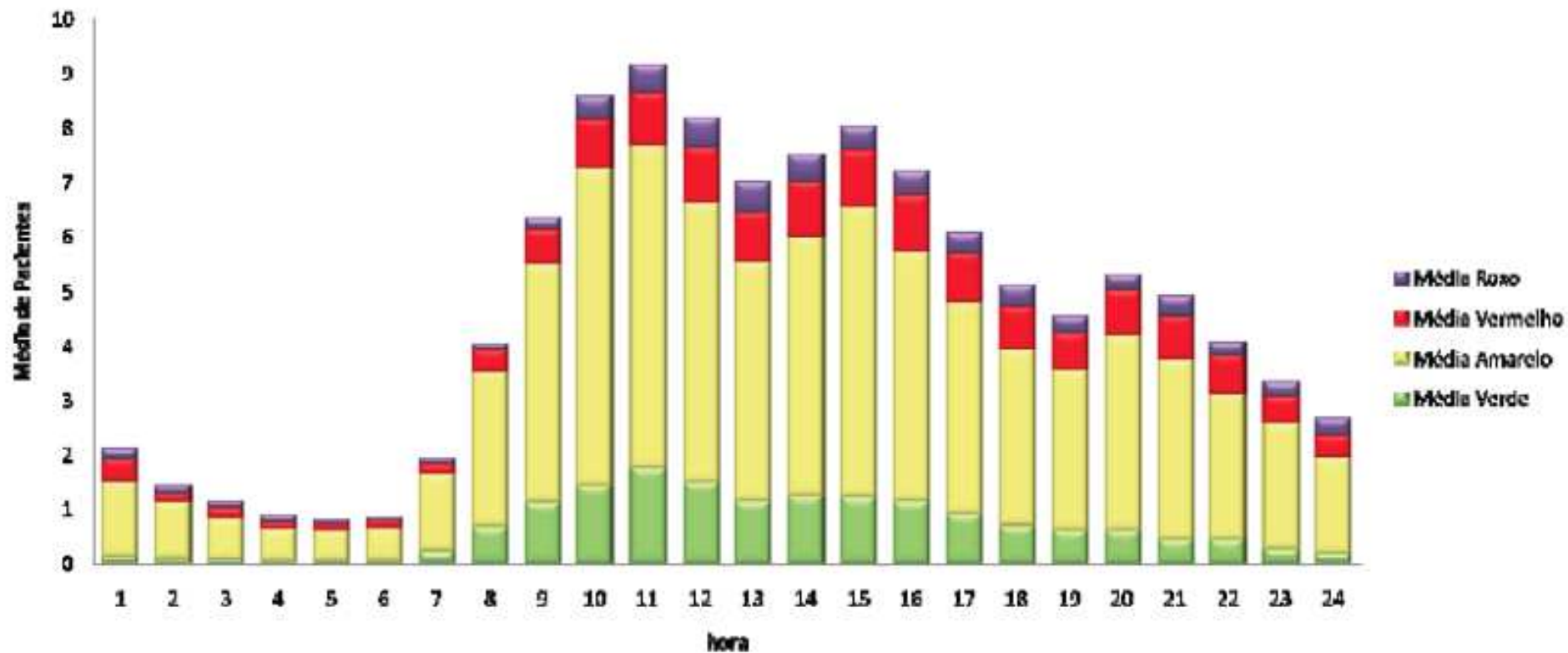
Alta

numero de consultas por gravidade - emergência do HCPA

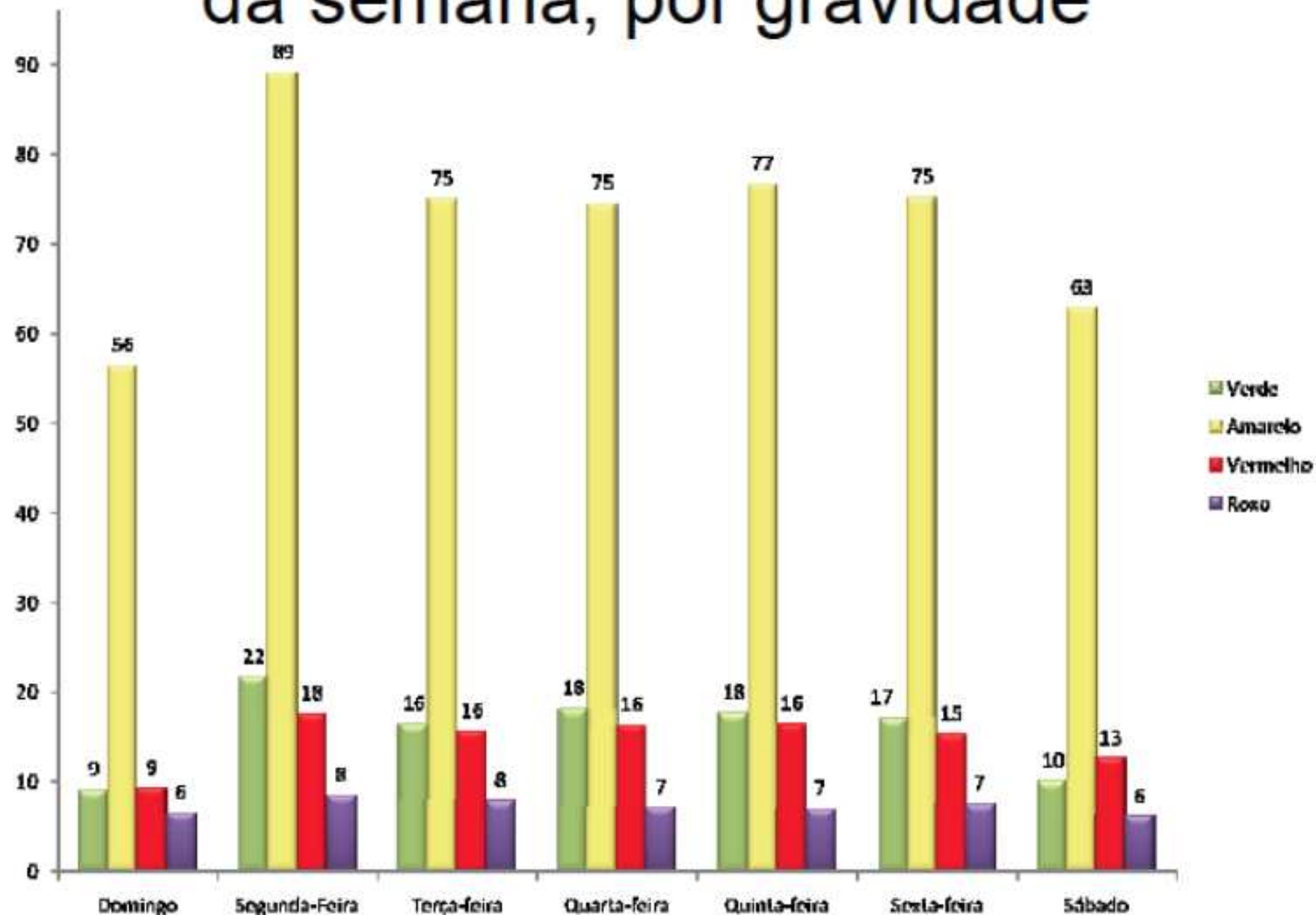


* Os dados de 2011 referem-se aos meses de janeiro à maio

Média de chegada de pacientes por hora



Média de chegada de pacientes por dia da semana, por gravidade



Sistema "Nasi"
HCPA (01-08/2009)

Classificação Manchester – adultos
HCPA 26/09 a 05/10 - IG diário

Gravidade	% cons.
Roxo	6,8
Vermelho	14,7
Amarelo	62,4
Verde	15,3
Sem classif	0,8
Total geral	~35.000

Gravidade	consultas	%
Emergência	10	0,9
Muito Urgente	177	16,8
Urgente	422	40,0
Pouco Urgente	305	28,9
Não Urgente	76	7,2
Sem Classif	65	6,2
Total geral	1.055	100,0

Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

Triagem realizada por médicos

Vantagens

- Inclui o “vies” do diagnóstico
 - ✓ Especificidade (!?!)
- Antecipar o atendimento e as medidas diagnósticas
- Assume o atendimento desde o início



Triagem realizada por médicos

Desvantagens

- É uma etapa anterior e não configura consulta
 - ✓ foco: gravidade e organização do atendimento
- O “vies” do diagnóstico retarda a triagem e o fluxo de pacientes
- O tempo é insuficiente para iniciar o atendimento médico
 - ✓ Teria implicações ético legais



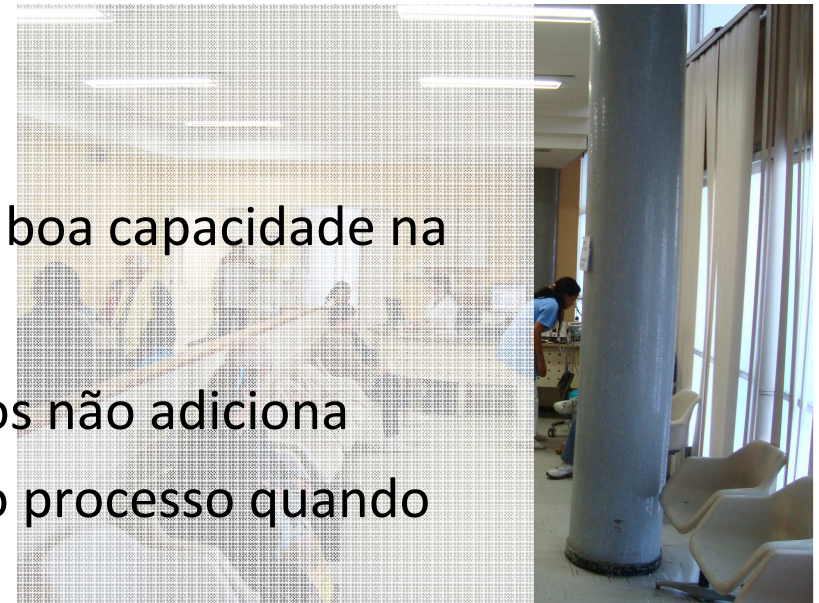
Classificação de risco em Serviço de Emergência

1. Por que realizar a classificação de risco?
2. Aspectos éticos e morais da classificação de risco
3. Qual sistema de classificação de risco?
 - a. Sensibilidade / especificidade
4. ENFERMEIROS tem qualificação para realizar a classificação?
5. Vantagens e desvantagens do MÉDICO realizar a classificação de risco.
6. Conclusão

Classificação de risco em Serviço de Emergência

Considerando que:

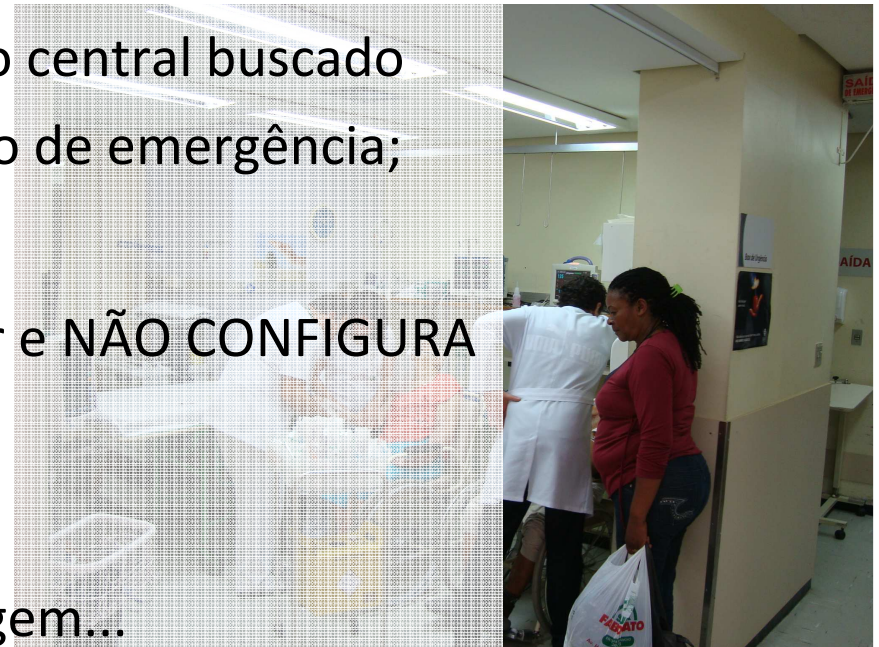
- A “triagem” é um processo que identifica os pacientes mais graves e, a partir, daí organiza os fluxos e o atendimento médico;
- Que enfermeiros tem demonstrada boa capacidade na função de triagem;
 - ✓ Que a “triagem” feita por médicos não adiciona especificidade ou sensibilidade ao processo quando comparado com enfermeiros;



Classificação de risco em Serviço de Emergência

Considerando que:

- O atendimento médico é o objeto central buscado pelos usuários que vem ao serviço de emergência;
 - A “triagem” é uma etapa anterior e **NÃO CONFIGURA** consulta médica;
- ✓ Confusão entre consulta e triagem...



Classificação de risco em Serviço de Emergência

Conclusão:

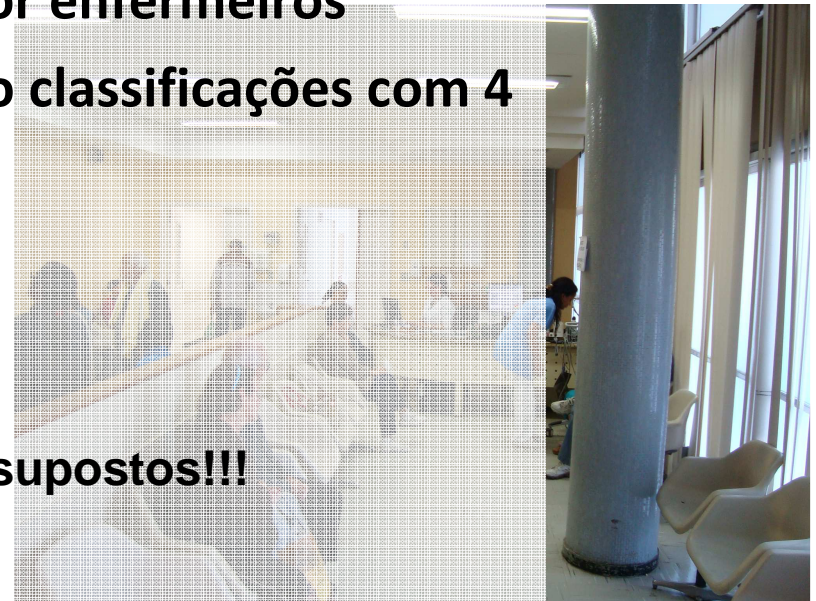
■ **É recomendável que seja realizada por enfermeiros adequadamente treinados e utilizando classificações com 4 ou 5 níveis de estratificação.**

■ Sob supervisão Médica...

✓ Auditoria ...

✓ Controle de qualidade...

Pressupostos!!!





 **HOSPITAL DE CLÍNICAS**
PORTO ALEGRE - RS

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

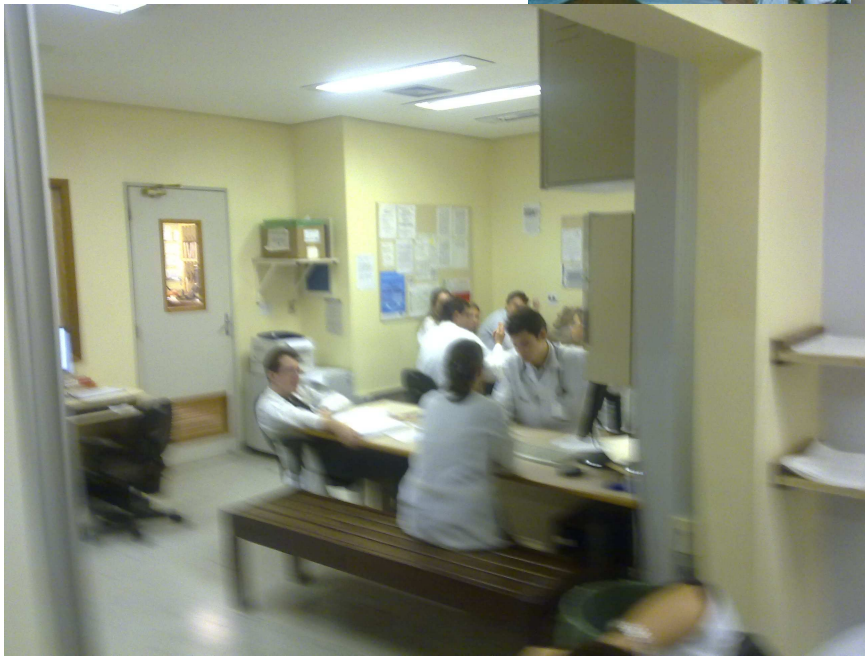
A Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre adota o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que tem o objetivo de priorizar o atendimento aos doentes mais graves.

Os pacientes são acolhidos e classificados por cores, organizando a ordem de atendimento de acordo com a seguinte escala:

EMERGÊNCIA	VERMELHO
MUITO URGENTE	LARANJA
URGENTE	AMARELO
POUCO URGENTE	VERDE
NÃO URGENTE	AZUL

Muito obrigado pela atenção!





Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

the requirement of three conditions for triage in emergency practice:

1. At least modest scarcity of resources exists.
2. A health care worker (often called a “triage officer”) assesses each patient’s medical needs based on a brief examination.
3. The triage officer uses an established system or plan, usually based on an algorithm or a set of criteria to determine a specific treatment or treatment priority for each patient

From the perspective of ethical theories, triage is commonly seen as a classic example of distributive justice, which addresses the question of how benefits and burdens should be distributed within a population

Emergency Department Triage: an Ethical Analysis

Aacharya R. BMC Emergency Medicine 2011

- ED triage makes clear that a relationship between care professionals and patients cannot be seen as isolated interactions. They are always situated in a broader care process, which is enacted in the teamwork of caregivers, being part of a particular health care institution, which may have (or may not have) a carefully developed policy on ED triage

Período 26/09 a 05/10, consultas de adultos que chegam ao acolhimento - IG diário

**PRONTUÁRIO
ATIVO**

Gravidade Triagem	NÃO	% cons	SIM	% cons	TOTA
Emergência	3	33,3	6	66,7	9
Muito Urgente	77	43,5	100	56,5	177
Urgente	185	43,8	237	56,2	422
Pouco Urgente	143	37,4	239	62,6	382
Não Urgente	40	36,7	69	63,3	109
Sem Classif	21	18,8	91	81,3	112
Total geral	469	38,7	742	61,3	1.211

Média por dia	46,9		74,2		121,1
---------------	------	--	------	--	-------

* prontuário ativo significa paciente com prontuário no HCPA, que consultou no ambulatório ou internou nos últimos 2 anos

Período 26/09 a 05/10, consultas de pediatria que chegam ao acolhimento - IG diário

PRONTUÁRIO ATIVO

Gravidade Triagem	NÃO	% cons	SIM	% cons	TOTA
Emergência		0,0	4	100,0	4
Muito Urgente	14	19,7	57	80,3	71
Urgente	33	34,0	64	66,0	97
Pouco Urgente	81	29,8	191	70,2	272
Não Urgente	7	38,9	11	61,1	18
Sem Classif	4	21,1	15	78,9	19
Total geral	139	28,9	342	71,1	481

Média por dia	13,9		34,2		48,1
---------------	------	--	------	--	------

* prontuário ativo significa paciente com prontuário no HCPA, que consultou no ambulatório ou internou nos últimos 2 anos

Destino pacientes adultos após consulta, por gravidade - IG diário - 26/09 a 05/10

Gravidade	Alta	SIB	SO1	SO2	SO3	CIR	USI	UV	Total geral
Emergência	1	4	2	1				2	10
% grupo	10,0	40,0	20,0	10,0	0,0	0,0	0,0	20,0	100,0
Muito Urgente	19	137	3	3	4	1	4	6	177
% grupo	10,7	77,4	1,7	1,7	2,3	0,6	2,3	3,4	100,0
Urgente	94	306	6	4	3				413
% grupo	22,8	74,1	1,5	1,0	0,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Pouco Urgente	117	187		1	3				308
% grupo	38,0	60,7	0,0	0,3	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Não Urgente	25	45			1				71
% grupo	35,2	63,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	100,0
Sem Classif	15	47				1	1		64
% grupo	23,4	73,4	0,0	0,0	0,0	1,6	1,6	0,0	100,0
Total geral	271	726	11	9	11	2	5	8	1.043

**Destino pacientes pediátricos após consulta, por gravidade - IG diário -
26/09 a 05/10**

Gravidade	Alta	SOP	SPP	Total geral
Emergência		5		5,0
% grupo	0,0	100,0	0,0	100,0
Muito Urgente	20	18	34	72,0
% grupo	27,8	25,0	47,2	100,0
Urgente	31	18	51	100,0
% grupo	31,0	18,0	51,0	100,0
Pouco Urgente	146	22	108	276,0
% grupo	52,9	8,0	39,1	100,0
Não Urgente	8	1	8	17,0
% grupo	47,1	5,9	47,1	100,0
Sem Classif	7	1	11	19,0
% grupo	36,8	5,3	57,9	100,0
Total geral	212	65	212	489

Dados IG 2011

- Média de consultas de adultos por dia: **105**
- Média de consultas de adultos segunda a sexta: **112**
- Média de consultas de adultos sábado e domingo: **84**

Classificação de risco emergência adultos entre 26/09 e 05/10

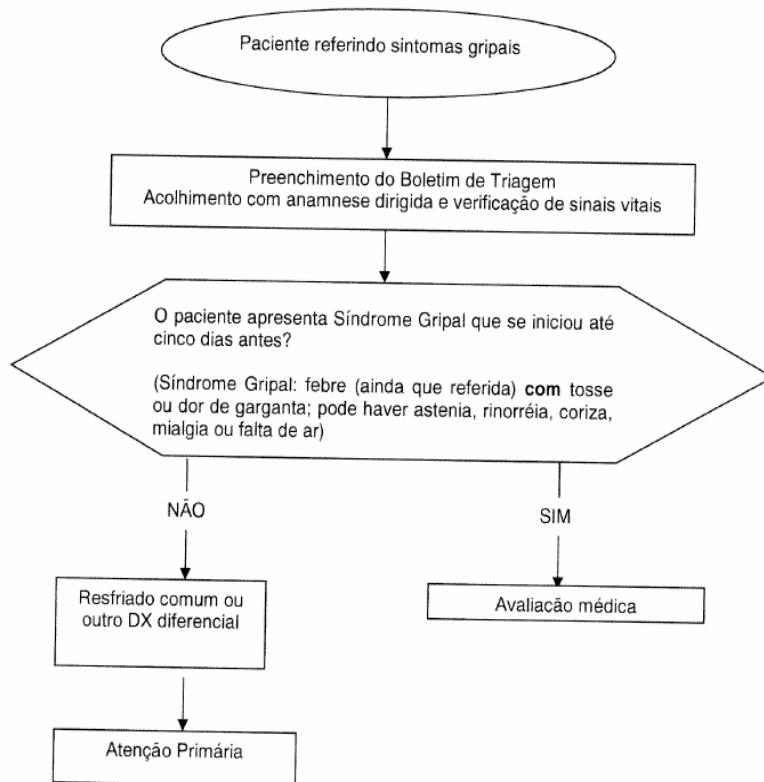
- Cerca de **42%** são **verdes/azuis/brancos**
- **36%** desses pacientes têm alta após a consulta:
permanecem em observação em média 30 pacientes verdes/azuis/brancos
- **Calcular tempo de permanência destes!**

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE INFLUENZA A – H1N1

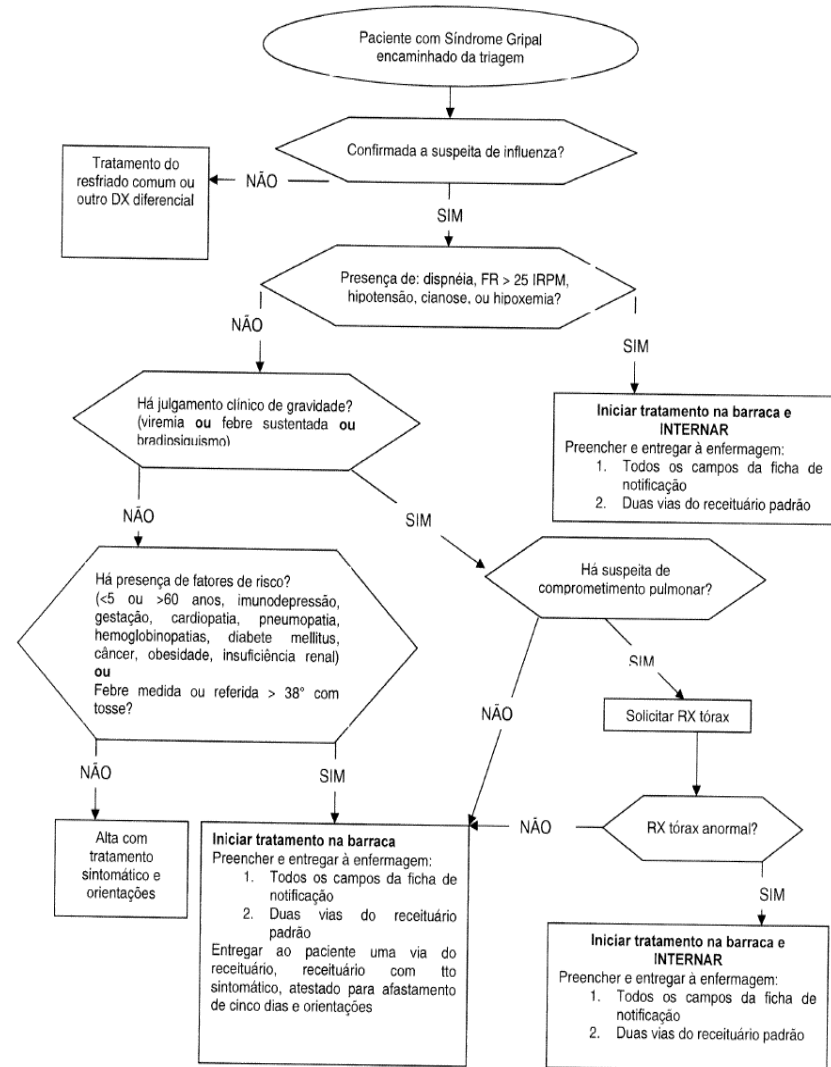
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL A SER UTILIZADO PELOS PROFISSIONAIS

- Máscara N95
- Avental

1. ACOLHIMENTO



2. ATENDIMENTO MÉDICO



Emergency risk classification

Five-level instruments are significantly correlated with resource utilization, rates of admission for in - patient treatment, duration of emergency treatment, and frequency of transfer to intensive care or mortality.

- three-level triage systems have insufficient reliability.
 - ✓ Interobserver reliability between triage personnel and experts is low ($\kappa = 0.19$ to 0.38 [5]),
- five-level system is significantly higher ($\kappa = 0.68$; $p < 0.01$ [17]).