Grupo Português de Triagem

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E AS VIAS VERDES

Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho

Grupo Português de Triagem – Hospital Amadora Sintra - IC 19 / Venteira – 2720-276 Amadora
Tel. 214 348 331 Fax. 214 361 909 E-mail: gptriagem@gmail.com

Grupo Português de Triagem

ASSUNTO: O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E AS VIAS VERDES

I – INTRODUÇÃO

A Triagem de Manchester foi introduzida em Portugal a 15 de Outubro de 2000, baseada na versão inglesa editada em 1997.
Em 2003 foi efectuada a publicação da edição Portuguesa que se encontra em vigor na Rede Nacional de Urgências. Essa edição já tinha sofrido algumas alterações com os dados recolhidos e analisados pelo Grupo Português de Triagem (GPT), entidade que formalmente representa os autores do sistema.
Em 2008, em reunião promovida pelo GPT, foi apresentada a nova versão do Manual de Triagem fruto da evolução da Medicina e, também, resultante de um consenso internacional validando as alterações propostas pelos diferentes Países que integram o "International Working Group" (grupo representativo dos autores do sistema de triagem e de peritos oriundos de diversos Países onde o sistema se encontra implementado). Após um interregno necessário para a validação técnica das alterações introduzidas e a resolução legal referente aos direitos em causa no contexto de uma nova publicação, a nova edição já se encontra traduzida para Português, está preparada para ser impressa e será divulgada publicamente em 2011.

O Sistema de Triagem de Manchester tem valor intrínseco ao identificar a prioridade relativa dos doentes e, pelo facto de mandatar a existência de circuito de encaminhamento pós-triagem, valor e impacto para além da triagem, com benefício para a reestruturação e crescente organização do Serviço de Urgência.
As denominadas Vias Verdes são circuitos de encaminhamento, com componentes extra e intra-hospitalares, que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce.
Consequentemente, a filosofia subjacente às Vias Verdes é inteiramente consentânea com a da Triagem de Manchester e esta, ao identificar o risco e ao preconizar a subsequente sistematização do circuito do doente, defende a existência das primeiras.

No que se refere a questões surgidas com a Triagem de Manchester e a necessidade desta ser adaptada, de forma a melhora responder à Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma, julga-se ser pertinente o adiante descrito.

Grupo Português de Triagem – Hospital Amadora Sintra - IC 19 / Venteira – 2720-276 Amadora
Tel. 214 348 331 Fax. 214 361 909 E-mail: gptriagem@gmail.com

Grupo Português de Triagem

II – CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. Resultante da análise efectuada nos hospitais onde o Grupo Português de Triagem tem colaborado na implementação da Triagem de Manchester, conclui-se que o verdadeiro cerne da questão das Vias Verdes é a definição de um circuito de encaminhamento adequado para os diversos tipos de doentes.

2. Dado que soluções arquitectónicas locais, distâncias geográficas entre os Serviços de Urgência (SU) e as denominadas Unidades de AVC (ou de patologia Coronária, etc....), existência de médico em permanência nas referidas Unidades, etc….são circunstâncias que poderão variar de hospital para hospital, é óbvio que não existe uma fórmula universal passível de ser imposta a todas as instituições. Existem sim princípios a serem respeitados que cada hospital deverá adaptar às suas circunstâncias específicas de modo a atingir os objectivos propostos.

3. Equacionar as Vias Verdes é pensar a gestão do Serviço de Urgência, um assunto muito mais vasto que não se resume ao sistema de triagem em vigor, nem será resolvido pela eventual adopção isolada dos algoritmos da Triagem de Manchester (ainda que este possa contribuir para a eficácia da gestão do Serviço). Pelo descrito, fica patente que não é a Triagem de Manchester que resolve o problema do SU, mas antes, o Sistema de Manchester constitui um instrumento importante para a resolução da triagem inicial do doente …. que apenas faz sentido se for seguido de um circuito de encaminhamento adequado para a Unidade de Saúde em causa.

4. Desta forma, a questão central na operacionalização das chamadas Vias Verdes é a gestão: seja na fase pré hospitalar, na interface com a unidade de saúde, no encaminhamento no Serviço de Urgência e na organização necessária para a disponibilização de valências e logísticas mais diferenciadas em tempo útil.

5. De facto, no Protocolo aceite pelo Ministério da Saúde e que todas as unidades aderentes assinam com o Grupo Português de Triagem para implementar o sistema, é claramente exposto à unidade de saúde a necessidade de "Definir um Circuito de Gestão de Doentes (encaminhamento após a triagem)". Deste modo, cada Serviço de Urgência deverá ter uma política escrita que identifica o encaminhamento preconizado após a triagem, incluindo dos doentes referenciados no âmbito das Vias Verdes, de forma adaptada à realidade local.

Grupo Português de Triagem

II – CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS

1. No que se diz respeito à Via Verde Coronária, a situação é mais clara porque existe um algoritmo específico intitulado "Dor Torácica", em que o discriminador "Dor Precordial" indica a prioridade Laranja (Muito Urgente). Paralelamente, os problemas mais frequentes no contexto do síndrome coronário agudo grave (dor, disrritmia e dispneia) são identificados nas prioridades mais elevadas do sistema de triagem.

2. No que se diz respeito à Via Verde AVC, com um circuito de encaminhamento organizado, a presente situação é melhor do que aquela verificada anteriormente à implementação da triagem de prioridades e o sistema de triagem já prevê mecanismos para identificar queixas neurológicas. Contudo, as alterações agora propostas no contexto do novo manual irão valorizar a queixa mais frustre, pouco exuberante e com risco de passar despercebida, certificando que todas as situações agudas do foro neurológico são consideradas muito urgentes.

3. Na nova versão do Protocolo da Triagem de Manchester, o doente triado com "Défice Neurológico Agudo" (um novo discriminador, definido como aquele surgido nas últimas 24 horas) é sempre classificado com a prioridade Laranja (Muito Urgente) e o tempo alvo para o início da observação médica em 10 minutos, igualizando esta situação com a prioridade preconizada para a dor torácica. Estas alterações introduzidas na nova versão foram acordadas previamente com um representante da Sociedade Portuguesa de Neurologia e com a Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares (Alto Comissariado da Saúde – Ministério da Saúde).

4. Já existem algoritmos relacionados com alterações neurológicas onde potencialmente se poderão enquadrar doentes com AVC, tais como, "Cefaleia", "Comportamento Estranho", "Convulsões", "Embriaguês aparente", "Estado de inconsciência", "indisposição no adulto" (doente que não se sente bem) ou "TCE". Potencialmente, quaisquer destes algoritmos poderiam ser escolhidos perante um AVC agudo.

5. Não é aconselhável a introdução de um algoritmo "suspeita de AVC" uma vez que todo o Sistema de Triagem é baseado na queixa de apresentação (que motiva a vinda à urgência hospitalar) e, como se sabe, os Acidentes Vasculares Cerebrais Agudos podem surgir com uma constelação de sintomas ou sinais, não se restringindo ao mero défice motor. Em função desse facto, considera-se que é mais seguro contemplar um discriminador (Défice Neurológico Agudo) que implique a mesma prioridade (neste caso Laranja) em todos os diversos algoritmos descritos

no ponto anterior ….e não consignar um novo e único algoritmo dedicado ao AVC. Assim, com a alteração proposta, a valorização da alteração neurológica aguda será transversal ao sistema e encontrar-se-á integrada em todos os algoritmos potencialmente relevantes, o que tornará a triagem mais segura.

6. Consequentemente, para compatibilizar o sistema de triagem e garantir a sua coerência, será retirado o discriminador "Sinais Neurológicos Focais" (presentemente indicativo da prioridade Amarela). Poderá nalgumas circunstâncias manter-se o discriminador "Novos Sinais/ Sintomas Neurológicos" como indicativo do Amarelo .... mas apenas porque já se despistou a existência anterior de "Défice Neurológico Agudo", indicativa da prioridade Laranja.

7. Para além do descrito, importa no capítulo dos défices neurológicos realçar a modificação introduzida no discriminador "Alteração do Estado de Consciência". Presentemente, este valoriza a alteração da consciência, independentemente do início do quadro. Tal situação permite a valorização discutível de casos onde alterações do estado de consciência se encontram instaladas há muito tempo, sem relevância primordial para a determinação da actual prioridade relativa. No novo manual, o discriminador passa a designar-se por "Alterações do Estado de Consciência *de novo*", definindo-se o "de novo" como a instalação da sintomatologia /quadro nas últimas 24 horas. Assim, valorizam-se os estados mais agudos, com uma larga janela temporal, cabendo ao médico o juízo de valor sobre a oportunidade e modalidade do tratamento posterior.

8. Em conformidade com a política instituída de valorizar a utilização de parâmetros mensuráveis, com o registo obrigatório dos mesmos sempre que pertinente, a alteração da consciência deve ser objectivada através da Escala de Coma de Glasgow. Embora originalmente descrita para as situações de trauma, esta escala constitui um instrumento adequado, rápido e reproduzível no contexto da triagem de prioridades, valorizando o estado de coma, bem como alguns défices motores, ou ainda, a desorientação /confusão mental.

9. Para melhor investir na gestão de risco do doente com patologia neurológica, instalada ou potencial, assumiu-se na mais recente edição do manual a introdução de outro novo discriminador em algoritmos relevantes que valorizasse as alterações da coagulação. A crescente frequência do uso de anticoagulantes e os riscos inerentes no caso de trauma, hemorragia ou AVC, recomendam esta valorização. Assim, o discriminador "Alterações da Coagulação", com situações decorrentes de doença ou por toma medicamentosa, indicará a prioridade Amarela em diversos fluxogramas. Também como factor de gestão de risco,

especificamente no contexto do trauma e/ou da hemorragia activa, será introduzido o discriminador "História de Alterações da Coagulação" na prioridade Amarela, valorizando o risco acrescido, ainda que eventualmente não documentado no presente momento.

10. Quanto à abordagem do doente traumatizado: existem algoritmos relacionados com aspectos específicos do trauma (por exemplo, "TCE"), existem discriminadores alusivos a problemas traumáticos no contexto de diversos algoritmos (por exemplo, no contexto do algoritmo "Problemas dos Membros") e existem mecanismos de gestão de risco potencial como a declaração da situação "Grande Trauma" (perante a situação efectivamente constatada ou o risco disso se tratar baseado nas informações conhecidas no momento). Adicionalmente, existe inclusão (em quase todos os algoritmos) de discriminadores alusivos a questões valorizáveis na abordagem pela metodologia "ABC" – via aérea, ventilação e circulação.

11. Relativamente à sépsis, reconhecendo a variabilidade possível dos síndromes de apresentação, é de considerar um leque alargado de sintomas e sinais. Por exemplo, no contexto das soluções que cada unidade de saúde poderá optar por valorizar (de acordo com as opções clínicas assumidas localmente), poderão ser relevantes os seguintes algoritmos e discriminadores: "Cefaleia" (qualquer situação tríada como Laranja), "Dor abdominal" (qualquer Laranja ou Amarelo, ou com icterícia), "Dispneia" (até ao discriominador Dor Pleuritica), "Dor lombar" (até ao discriminador Adulto Quente), "Estado de inconsciência" (qualquer Laranja), "Infecções locais e abcessos" (qualquer Laranja ou Amarelo), "Problemas Urinários" (até o discriminador Dor Moderada), bem como os discriminadores "Erupção Cutânea Desconhecida", "Púrpura", "Alterações do estado de consciência não completamente atribuível ao álcool" e/ou "Sinais de Meningismo".

12. Ainda no domínio da sépsis, em caso da constatação de uma das situações acima descritas deverá então ser avaliada a temperatura corporal, tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e outros parâmetros conforme protocolo em vigor, sendo de valorizar a constatação de diversos critérios (frequência cardíaca > 90 batimentos por minuto ou frequência respiratória > 20 ciclos respiratórios por minuto ou temperatura < 36º ou > 38º ou tensão arterial sistólica < 90 mmhg, entre outros, inclusivamente laboratoriais). Esta avaliação é realizada em circuito pós Triagem de Manchester, ainda que na sequencia imediata da mesma, eventualmente (conforme protocolo interno da unidade de saúde) no mesmo espaço físico e com os mesmos intervenientes.

13. É importante reter a noção que a triagem não pretende fazer diagnósticos, mas apenas identificar problemas…e prioridades. Assim, por exemplo, certamente que haverão muitas situações que serão triadas como Laranja por "Dor Precordial" ou "Défice Neurológico Agudo" que na avaliação médica subsequente não corresponderão a patologia enquadrável nas citadas Vias Verdes. Este facto, aliado ao volume significativo de doentes eventualmente triados, poderá relevar a importância de uma observação médica prévia e precoce antes de um envio "automático" para o Cardiologista ou Neurologista, a menos que o referido especialista se encontre logo "à porta do SU" e esse encaminhamento tenha sido aceite e estipulado pelos mesmos (o que não nos parece ser viável em muitas das realidades nacionais).

14. É portanto, após identificação na triagem, que existe a necessidade de grande investimento no sentido de ser desenhado um circuito de encaminhamento de doentes que beneficie a identificação rápida das patologias consideradas nas Vias Verdes. Baseada na experiência do contacto do GPT com múltiplos Serviços de Urgência, a definição e divulgação junto dos profissionais desses protocolos de encaminhamento, elaborados de modo a assegurar a sua compatibilidade com a do percurso pré-hospitalar, deve ser a prioridade das unidades de saúde.

15. Frequentemente, as Vias Verdes implicam a feitura sistematizada e célere de exames complementares de diagnóstico e o recrutamento de pareceres médicos de diversas especialidades. Estas devem ser envolvidas de acordo com o circuito local de gestão / encaminhamento de doentes – o *clinical pathway*. Não raramente, para se conseguir a concretização de soluções eficazes, é necessário contar com a reformulação dos métodos de trabalho instituídos desde longa data, a quebra de barreiras decorrentes da tradição, a inovação de processos e a capacidade de flexibilizar o conteúdo profissional dos elementos de serviço.

16. Necessariamente, especialmente em unidades de saúde de menor dimensão e recursos mais escassos, é inevitável uma maior flexibilidade na abordagem inicial do doente, respeitando as competências técnicas dos diversos grupos profissionais, em claro benefício do doente.

17. São exemplos frequentes: a definição da responsabilidade médica, a feitura de exames simples como o electrocardiograma e a determinação de valores analíticos por meio de testes rápidos. Aqui, os profissionais de serviço têm de saber assumir novas formas de articulação e intervenção, de forma a providenciar uma resposta efectiva com os meios disponíveis ou realisticamente exigíveis.

Grupo Português de Triagem

IV. CONCLUSÕES

1. É crucial manter uniformidade nos termos e conceitos empregues nos diversos Hospitais sob pena de não existir "um sistema" de triagem, mas sim, de várias variações não comparáveis entre si. A uniformidade de critério é muito importante para a correcta e uniforme gestão do doente, independentemente do SU onde o mesmo se apresente.

2. A força do sistema, como meio de gestão de risco protectora do utente e do profissional de serviço, reside exactamente na união de esforços, nos consensos alargados e no reconhecimento legal já conquistado.

3. É relevante que exista um consenso internacional, que a maioria das unidades na Rede de Urgências já tenham adaptado (em número de 79) a Triagem de Manchester, que haja entendimento da Ordem dos Médicos (Revista NorteMédico Julho Setembro 2002 Ano 4 nº3), que haja acordo formal com o Ministério da Saúde (firmado em 2001 e de novo em 2010), que haja despacho Ministerial em apoio ao mesmo (Despacho 19124/2005, de 17 de Agosto), que haja apoio da Direcção Geral da Saúde (Circular Informativa nº 52/DSPCS, de 04/10/05) e que o mesmo seja reiterado como válido e pertinente para todos os Serviços de Urgência integrados na Rede de Urgências (parecer da Direcção Geral de Saúde, de 14/03/06, comunicada às ARSs pelo Ministério da Saúde em 23/03/06).

4. Não existem dúvidas que o Sistema de Triagem de Manchester tem contribuído para a identificação mais organizada da necessidade clínica do doente, tem impulsionado a reforma da gestão interna de múltiplos Serviços de Urgência e, tal como foi concluído pela Direcção Geral da Saúde, constitui a metodologia de trabalho mais bem estudada e adaptada à realidade nacional.

5. A modificação avulsa do Protocolo pode prejudicar a gestão adequada de outras patologias, igualmente urgentes, pelo que carecerá sempre de validação científica pelo "International Working Group".

6. O sistema de triagem desde sempre se demonstrou ser um instrumento eficaz na triagem das situações enquadráveis no contexto da doença coronária aguda, havendo literatura cientifica que assim comprova a eficácia da triagem na detecção precoce desta patologia.

Grupo Português de Triagem

7. Relativamente à patologia neurológica, na nova versão do manual, fruto de um consenso internacional alargado, existem soluções que, identificando precocemente o Défice Neurológico Agudo na triagem, colocam o doente neurológico em risco na categoria / prioridade Muito Urgente com o tempo alvo à 1ª observação médica de 10 minutos. Igualmente nesta versão, é introduzida a noção *de novo* na valorização das alterações neurológicas de forma a evitar a valorizar indevida de situações crónicas.

8. Relativamente à sépsis, é possível valorizar na Triagem de Manchester um leque alargado de sinais e sintomas de forma estruturada e compatível com as recomendações e protocolos preconizadas para a detecção inicial desta situação.

9. Quanto ao trauma, é possível valorizar convenientemente a prioridade clínica relativa considerando a abordagem anatómica, a sintomatologia e os sinais objectivos constatados no cruzamento de dados entre algoritmos e discriminadores da Triagem de Manchester.

10. É relevante que se tenham desenvolvido politicas para a melhor abordagem de situações especialmente graves que dependem da correcta abordagem inicial para a redução da morbilidade e mortalidade, nomeadamente a sépsis (Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde nº 01/DQS/DQCO, de 16/01/2010 – Criação e Implementação da Via Verde Sépsis) e o trauma (Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde nº 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010 – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado). Existem metodologias de trabalho que viabilização a integração da Triagem de Manchester na abordagem inicial dos referidos doentes.

11. Os Serviços de Urgência por obrigação têm de ter Protocolos de Encaminhamento formalizados, enquadrados nas Vias Verdes, de modo a assegurar que o doente é encaminhado para a especialidade/área de observação que mais beneficiará o doente e onde serão efectuados os procedimentos pertinentes, sob responsabilidade médica.

Dado o crescente interesse pela implementação das Vias Verdes, toma-se a presente iniciativa de divulgar estes esclarecimentos. O Grupo Português de Triagem permanece disponível para qualquer esclarecimento adicional entendido como oportuno.

2011

Grupo Português de Triagem – Hospital Amadora Sintra - IC 19 / Venteira – 2720-276 Amadora
Tel. 214 348 331 Fax. 214 361 909 E-mail: gptriagem@gmail.com