Protocolo da Póvoa

Grupo Português de Triagem

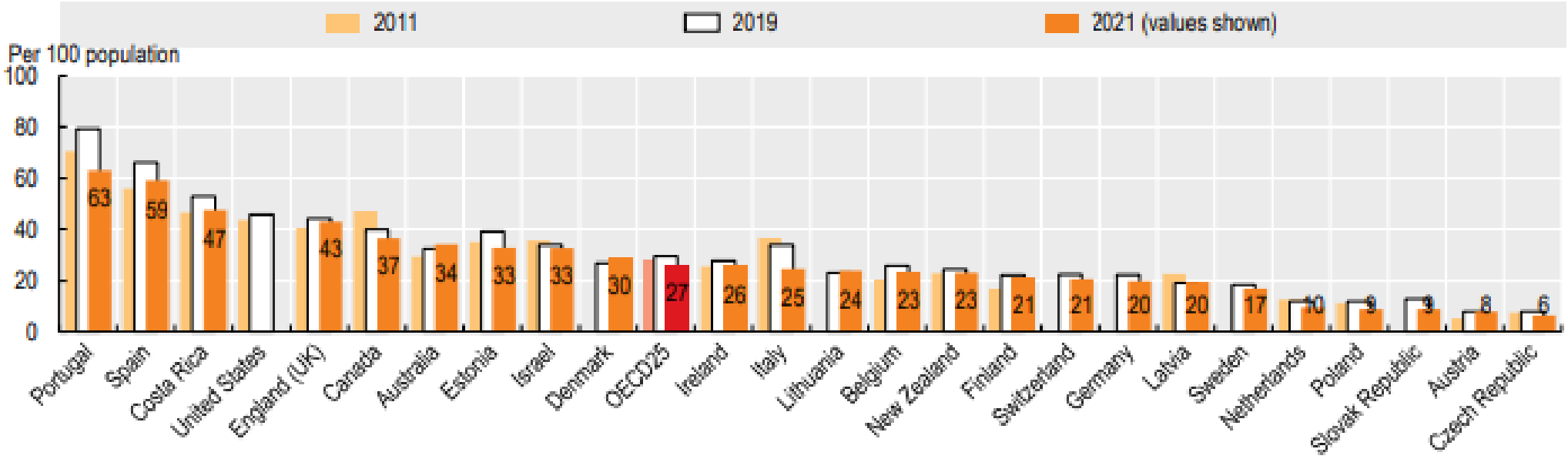
O que aprendemos

Nelson Pereira

Menos urgências, melhor Urgência!
O Futuro do SNS começa aqui
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS
SNS

País da OCDE com mais episódios de urgência

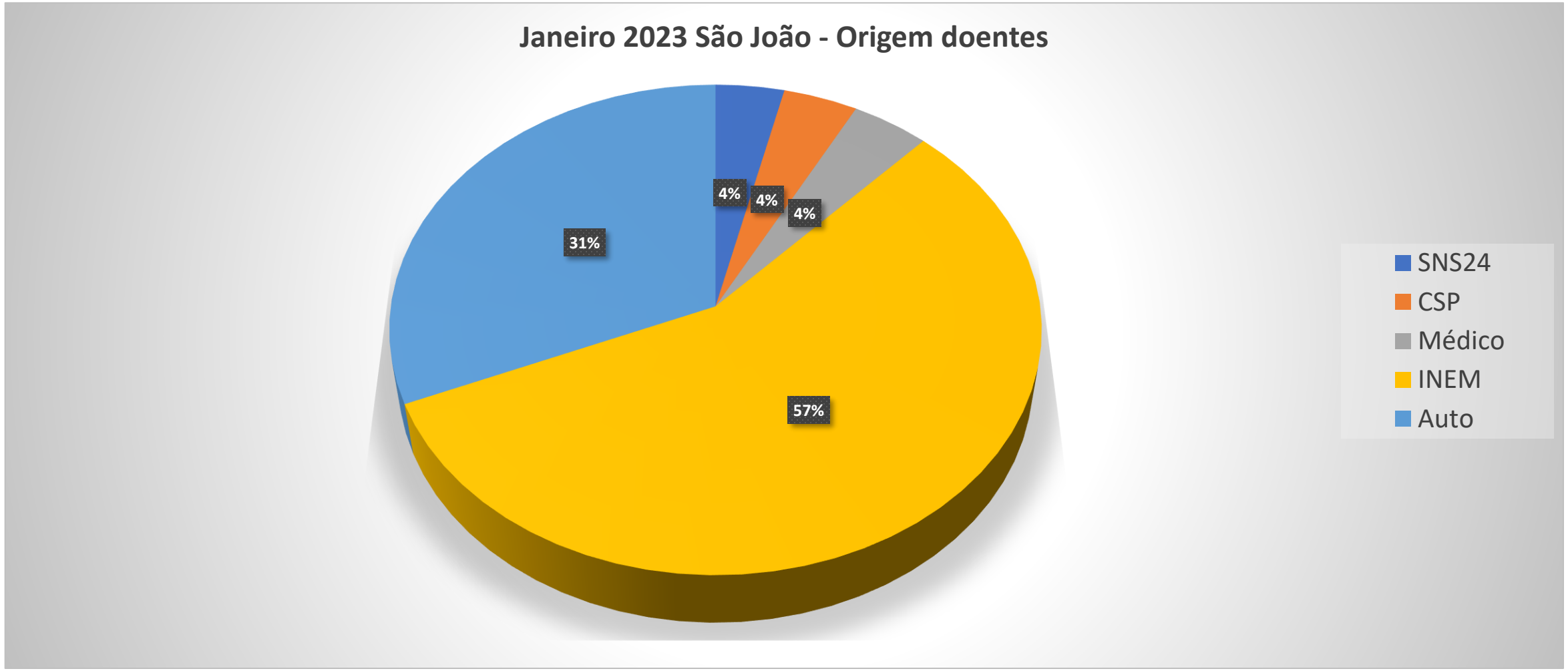
Figure 5.22. Number of visits to emergency departments per 100 population, 2011, 2019 and 2021



Source: National statistical offices.

StatLink https://stat.link/xqmv8a

Admissões SU



Referenciação INEM

HOSPITAL SAO JOAO

Vítima

N°. Utente SNS:

Nome Vítima:

Sexo:

Peso(kg):

Morada Utente:

Tipo Local:

Avaliação

Hora	AVDS	Olhos	Verbal	Mot.	GCS	FR	Ampl	Ritmo	FC	Ampl	Ritmo	Sist.	Diast.	GLIC	SPO2	O2 Sup	EtCO2	E. Dor	Temp.	Pele	Pupilas	N Score	N Cor
07:15	A	4	5	6	15	16	N	R	92	C	R	140	85		98	N		4	36.8	SEM ALTERAÇÕES	SEM ALTERAÇÕES	1	G
07:30	A	4	5	6	15	14	N	R	86	C	R	130	80		99	N		2	36.6	SEM ALTERAÇÕES	SEM ALTERAÇÕES	0	C

CHAMU

Circunstâncias

Queixa Principal: QUADRO DE DESCONFORTO NA GRADE COSTAL À DTA. SEM TRAUMA ASSOCIADO. NEGA DOR TORÁCICA. SINTOMAS C/ EVOLUÇÃO DE 2 SEMANAS.

Início Sintomas: MAIS 24 HORAS

Dependente AVD:

Hipocoagulação:

Cinemática Lesão: NÃO APLICÁVEL

Suspeita de Infeção:

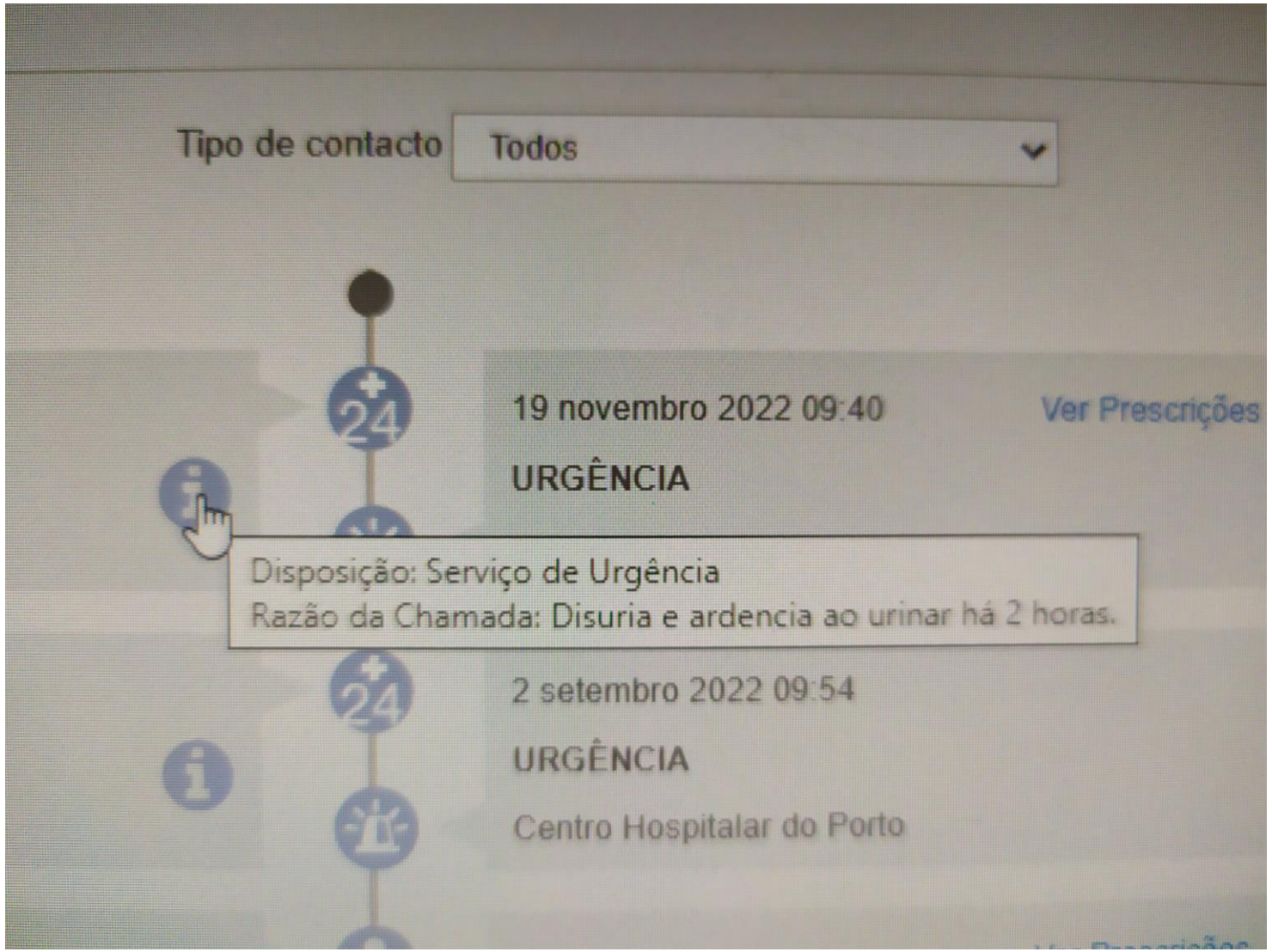
Histórico Anterior de Doenças

HÁBITOS
TABACO

Alergias

DESCONHECIDAS

Referenciação SNS24



Referenciação CSP

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

[redacted]

[redacted]

Referenciação para a urgência

Foi contactado o CODU / VMER(112): ☐ Sim; ☒ Não

Para: MEDICINA GERAL E FAMILIAR
Na instituição de saúde: HC ESCOLAR S JOAO

Por necessidade de:
- ☐ Esclarecimento diagnóstico urgente
- ☒ Exames complementares urgentes não existentes no Centro de Saúde
- ☒ Terapêutica urgente

Devido a:
- ☒ Doença aguda(sem antecedentes relevantes)
- ☐ Doença aguda, com antecedentes relevantes para este episódio
- ☐ Descompensação aguda de doença crónica
- ☐ Traumatismo

[redacted]

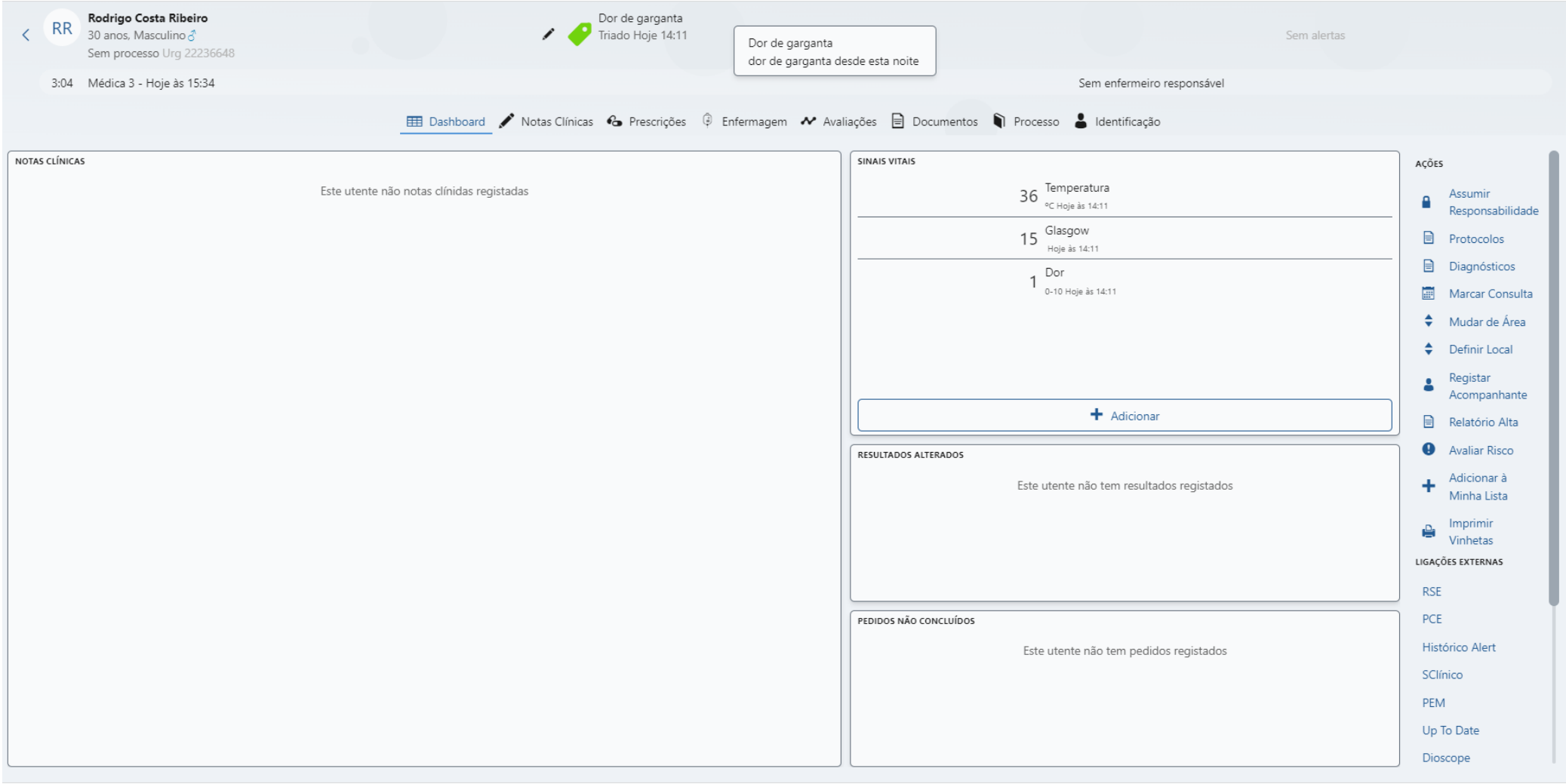
Motivo de encaminhamento para o Serviço de Urgência:

Dx 147 mg/dL
TA: 190/97 mmHg
FC: 80 bpm
PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA

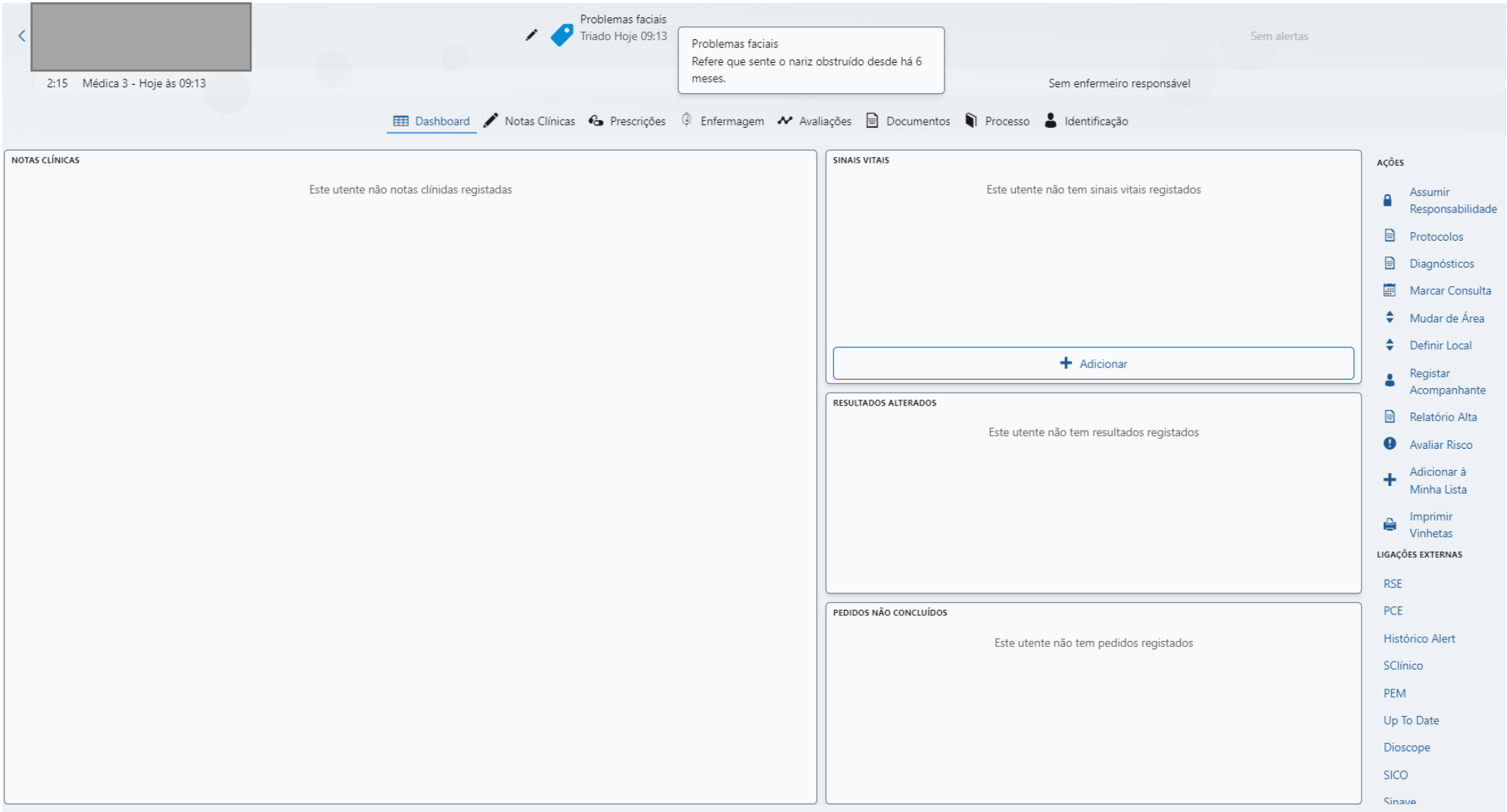
utente sem médico de família e sem acompanhamento
Valores de TA elevados
P/ análises e RCDTs urgentes e orientação

Exame Objectivo relevante:

Autorreferenciação



Autorreferenciação



Benchmarking

10ª Conferência DE VALOR APAH 2022

2007 - Danish Health Authority recommendations for emergency sector: "quality before proximity"

Before 2007	After 2007
- **Often no referred patients**	- **All visits to the somatic emergency service should be referred**
- Lot of different emergency gates in hospitals - Several hospitals - Often direct hospitalisation to the ward - Most of time only young doctors without experience and without sufficient supervision in the ER. - Pre-hospital setting most dedicated to ensure safe transportation. - Very different setup in each and every hospital	- All acute ill patient should be gathered at only one gate in the hospital: the Emergency Department - Sharp definition of allowed specialist physicians - A specialist physician with relevant specialty should be available 24/7: "specialist on the front". - Emergency Departments should be based on 200.000 – 400.00 inhabitants.

ferência DE VALOR APAH 2022

Autor

Dr. Marie-Laure Bouchy Jacobsson

Emergency Department, Zealand Univesity Hospital - Køge Denmark

EMERGENCY SERVICE WITH MANDATORY REFERENCE – THE DANISH EXPERIENCE

11th May 2022

11.00 – 13.00

Hotel Sana Sesimbra

Projeto

Tornar mandatória a admissão referenciada ao SU

Definição de um piloto (condições)

Enquadramento jurídico adequado

Piloto ideal

- Baixa dispersão geográfica
- Modelo ULS
- 100% utentes com médico de família
- Administrações e equipas (CH e CSP) “committed”
- Autarquia colaborante
- INEM com presença adequada

Piloto ideal

- Baixa dispersão geográfica
- Modelo ULS
- 100% utentes com médico de família
- Administrações e equipas (CH e CSP) “committed”
- Autarquia colaborante
- INEM com presença adequada

ULS Póvoa-Vila do Conde

Enquadramento jurídico

- Entidade Reguladora da Saúde
- Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa
- Conclusões
  - Não é possível impedir o acesso ao SU sem referenciação
  - Em caso de recusa de contacto com SNS24 deve ser triado
  - Em caso de triagem com baixo nível de prioridade (pouco urgente/não urgente) podem ser reencaminhados para CSP desde que com contacto marcado, sem possibilidade de recusa por parte do utente

Em suma, um utente que se dirija a um serviço ou estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde não pode ver negado, sem mais, o respetivo acesso, ainda que se conclua que o tipo de cuidados procurado (primários ou hospitalares) não seja o adequado. Nestas situações, o prestador de cuidados de saúde deve sempre assegurar (e diligenciar por) uma alternativa de acesso, não transferindo para o utente esse ónus.

Grupo Português de Triagem

É seguro???

Ponto de partida

- Elevado número de verdes e azuis é comumente aceite como disfuncional
- Produz sobrecarga sobre profissionais (médicos e enfermeiros)
- > 35% de verdes e azuis (2,2M de episódios/ano)
- Ideal: admissão após observação médica ou triagem telefónica (INEM e SNS24 com algoritmos otimizados)
- Na impossibilidade de barrar a admissão, quais os doentes que após triagem podem (em segurança) ser encaminhados para CSP com consulta no próprio dia ou dia seguinte?
- Verdes e Azuis?

Análise histórico Hospital de São João

- 18 meses (1 de janeiro 2022 a 30 de junho de 2023)
- Episódios de urgência por autorreferenciação
- 57.072 episódios de urgência verdes e azuis (50.615+6.457)
- Análise de segurança para eventual reencaminhamento para CSP:
  - Percentagem de óbitos
  - Percentagem de internamentos
- Ponto de partida na CN 11/2022/ACSS de 27/07/2022 (encaminhamento para os CSP a partir da urgência hospitalar)

Análise histórico Hospital de São João

- “Termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) nos serviços de urgência hospitalares para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas”

- Utentes transportados ao serviço de urgência em ambulância após indicação dos CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes);
- b. Utentes referenciados ao serviço de urgência pelo médico, com carta/ informação clínica assinada;
- c. Utentes referenciados pela Linha SNS 24;
- d. Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
- e. Utentes vítimas de trauma;
- f. Utentes com situações agudas do foro psiquiátrico, pediátricas, obstétricas ou ginecológicas;
- g. Utentes acompanhados por forças de segurança;
- h. Utentes com indicação de perícia médico-legal.

Resultados

- Óbitos no SU: 0

- Internamentos: 612 episódios correspondendo a 1,07%
  - Destes verificou-se o óbito durante o internamento de 18 doentes
  - Correspondente a 0,032% do total de episódios em análise

Fluxogramas Manchester - subjetivo

- Agressão
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Embriaguez aparente
- Exposição a químicos
- Feridas
- Gravidez
- Hemorragia gastrointestinal
- Hemorragia vaginal
- Infeções locais e abcessos
- Problemas oftalmológicos
- Queda
- Queimaduras profundas e superficiais
- Sobredosagem e envenenamento
- TCE
- Convulsões
- Corpo estranho

Fluxogramas Manchester

- A aplicação deste “filtro” ao universo dos episódios em apreciação permite concluir que 19.219 correspondem a episódios triados com estes fluxogramas ou sejam 36,9% do total.

- Dos 612 doentes autorreferenciados, triados com cor verde e azul de Manchester, que foram admitidos ao internamento hospitalar, 263 foram triados com um dos fluxogramas acima referidos, correspondendo a 43%.

Idade

- Idade média autorreferenciados verdes e azuis: 46,6 anos
- Idade média doentes internados: 58 anos
- Idade média doentes internados que faleceram: 76,2 anos

- Se definíssemos limite de maior ou igual a 70 anos, encontraríamos:
  - 7.714 episódios que correspondem a 12,4% do total
  - 14 dos 18 doentes autorreferenciados verdes e azuis que foram internados e faleceram (77,8%)

Antecedentes patológicos

- Análise complexa
- Apenas possível pelo diagnóstico ICD10 obrigatório na alta (grande irregularidade nos registos)
- Análise dos diagnósticos dos doentes autorreferenciados verdes e azuis, internados que vieram a falecer:
  - 10 em 18 (55,5%) tinham um dos seguintes diagnósticos:
    - Doença oncológica ativa
    - Doença cursando com imunossupressão
    - Doença renal crónica
    - Doença arterial periférica
  - Estes antecedentes são coerentes com uma análise subjetiva de risco acrescido

Da aplicação do conjunto de fatores

- Fluxogramas de triagem de Manchester
- Idade superior a 70 anos
- Antecedentes patológicos

- Estimativa de morte em internamento:
  - De 0,032% para 0,00175%, ou seja, 1,75 óbitos em cada 100.000 episódios
- Estimativa de necessidade de internamento:
  - De 1,072% para 0,329%, ou seja, 3,29 em cada 1000 episódios

Notas adicionais

- A aplicação dos critérios de exclusão:
  - Fluxogramas e idade diminui universo de utentes referenciáveis para 58,7% do total de doentes identificados (verdes e azuis autorreferenciados)
  - O impacto da aplicação da CN 11 e dos antecedentes não possível de avaliar
  - Mostra-se sensível para risco de internamento e morte no internamento
- A prática do triador introduz segurança subjetiva adicional (não mensurável)
- Os algoritmos INEM e SNS24 necessitam de melhorias e as alterações introduzidas precisam de ser monitorizadas
- Discute-se hoje se deve haver sobreposição da triagem presencial à telefónica

Grupo Português de Triagem

Nelson Pereira

Obrigado