

Rev. Latino-Am. Enfermagem
jul.-ago. 2015;23(4):587-94
DOI: 10.1590/0104-1169.0227.2592
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Original

Relación entre las quejas presentadas por pacientes en la urgencia y el desenlace final¹

Helisamara Mota Guedes²
Kesia Meiriele Souza³
Patrícia de Oliveira Lima⁴
José Carlos Amado Martins⁵
Tânia Couto Machado Chianca⁶

Objetivo: relacionar las quejas presentadas por los pacientes clasificados por el Sistema de Clasificación de Manchester, en un servicio de urgencia, con el desenlace final (alta/muerte/transferencia). **Métodos:** estudio de cohorte prospectiva, realizado con 509 pacientes que dieron entrada en el servicio de urgencia y que en él permanecieron por más de 24 horas después de la admisión, siendo seguidos hasta el desenlace final. Los datos fueron introducidos y analizados con estadística descriptiva y analítica, en un programa estadístico. **Resultados:** entre los pacientes, 59,3% eran del sexo masculino, con edad promedio de 59,1 años. Las quejas principales eran de malestar en adulto (130–22,5%), disnea en adulto (81–14,0%), dolor abdominal en adulto (58–10,0%), alteraciones de comportamiento (34–5,9%), siendo que, de estos, 87% recibió alta. Fueron encontradas más muertes entre los pacientes clasificados con los colores más graves, siendo 42,8% clasificados como rojo, 17,0% naranja y 8,9% como amarillo. Entre los pacientes clasificados como verde, 9,6% evolucionó para la muerte. **Conclusión:** en los diversos colores del Sistema de Clasificación Manchester, la muerte prevaleció en los pacientes que presentaron la queja de malestar en adulto, disnea, sufrieron trauma craneano, trauma mayor, diarrea y vómito. Cuanto mayor es la prioridad clínica mayor es la prevalencia de la muerte.

Descriptores: Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Triage; Evolución Clínica.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, proceso nº APQ-01153-12 e APQ-02677-12.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil.

³ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil. Becario de la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

⁴ Especialista, Enfermera, Hospital Nossa Senhora da Saúde, Diamantina, MG, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁶ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondencia:

Helisamara Mota Guedes
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Campus JK. Departamento de Enfermagem
Rodovia MGT 367, Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba
CEP: 39100-000, Diamantina, MG, Brasil
E-mail: helisamaraguedes@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En Brasil, la atención al paciente se realiza en redes que están interconectadas. Esas redes están en proceso de construcción y tienen el objetivo de garantizar la integralidad de la atención de forma resolutiva⁽¹⁾.

Entretanto, el aumento de las demandas en los tradicionales servicios de urgencia han causado congestión y dificultad en la atención. Esa creciente búsqueda está directamente relacionada al aumento de la violencia urbana, al número de accidentes y a la atención básica que no consigue absorber toda la demanda⁽²⁾. Sumado a esto, muchas atenciones están relacionadas con enfermedades de baja complejidad que podrían ser resueltas si existiese una red básica estructurada o servicios de urgencia de menor complejidad⁽³⁾.

Con el objetivo de reorganizar los servicios de urgencia, fue implantada la triagem/clasificación. El término *triagem* tiene origen en la lengua francesa y la palabra proviene de *trier* que significa escoger o seleccionar⁽³⁾.

La clasificación no es un punto final, pero el inicio de un proceso de examen y discriminación clínica⁽³⁾. Debe ser eficiente y realizada por profesionales con experiencia, colocando al enfermo en el local cierto para recibir los cuidados adecuados.

En Minas Gerais, como parte de la política de salud del Estado, el gobierno implantó el Sistema de Clasificación Manchester (SCM), como instrumento orientador para la clasificación de pacientes en servicios que atienden urgencias. El enfermero identifica la queja principal y entonces se selecciona un flujo gramático específico, orientado por discriminadores presentados en la forma de preguntas. El SCM es un proceso dinámico en donde están incluidos los niveles de prioridad, el color a ser atribuido y la previsión de tiempo de espera para recibir atención médica. Posee 52 diferentes diagramas de flujo y una escala de riesgo que, dependiendo de las señales y síntomas, clasifica los pacientes como: rojo (atención emergente), naranja (atención muy urgente), amarillo (atención urgente), verde (atención poco urgente) y azul (atención no urgente) en un tiempo que varía entre 0 y 240 minutos⁽⁴⁻⁵⁾.

A partir del SCM no se prevé la formulación de diagnóstico médico, pero sí que contemple una evaluación con criterios de gravedad del paciente de forma objetiva y sistematizada, en la cual la queja principal sea priorizada⁽⁶⁾. La enfermería se ha introducido en ese contexto, ya que, entre los diferentes profesionales de la

salud, el enfermero ha sido el profesional más indicado para clasificar el riesgo de los pacientes que procuran los servicios de urgencia⁽⁷⁾. Esa atribución exige experiencia profesional y formación específica. En ese sentido, el enfermero debe demostrar agilidad, habilidad, capacidad de establecimiento de prioridades y actuar de forma consciente y segura⁽⁸⁾.

En estudios realizados con el SCM, se concluyó que el sistema es más inclusivo⁽⁷⁾ y capaz de distinguir prioridades clínicas^(4,9). El SCM se destaca por ser una herramienta esencial en la definición de prioridades en la atención, colaborando para la minimización de riesgos provenientes de atenciones que, anteriormente, eran organizadas de acuerdo con el orden de llegada al servicio⁽⁷⁾. De esa forma, este estudio fue dirigido para responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación de la queja recibida por el usuario en la clasificación de riesgo con el desenlace clínico final?

Por tanto, en este estudio, el objetivo fue relacionar las quejas presentadas por los pacientes clasificados por el SCM en un Servicio de Urgencia (SU) con el desenlace final (alta/muerte/transferencia).

Métodos

Se trata de estudio de cohorte prospectivo, realizado en el SU de la Santa Casa de Caridad de Diamantina, MG, que es una de las principales instituciones de salud de la Región del Valle del Jequitinhonha, siendo referencia para la región ampliada de salud en asistencia médica-hospitalaria de media y alta complejidad, atendiendo a la sede, a sus distritos y más de 35 municipios del Valle de Jequitinhonha.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), con el Protocolo CAAE - 0430.0.203.000-11.

La población estudiada fue compuesta por todos los pacientes que dieron entrada en el SU de Diamantina y permanecieron internados por más de 24 horas.

Para el cálculo de la muestra, se utilizó un grado de confianza de 95%; el error máximo permitido fue de 5% y una proporción de interés de 47%, llegando a una muestra de 370 pacientes. Fue acrecido 20% a ese valor, totalizando 444 personas como mínimo para la composición de la muestra.

Fueron incluidos en el estudio los pacientes que presentaban fichas de atención en las cuales constaba la identificación del profesional enfermero (profesional responsable por la clasificación de riesgo en el local del estudio) que realizó la atención, la descripción de la

evaluación realizada y el nivel de clasificación de riesgo atribuido.

Fueron excluidos los pacientes transferidos para otro hospital, los que tuvieron alta o fallecieron antes de las 24 horas del inicio de la recolección de datos y los menores de 18 años.

La recolección de datos fue realizada en 4 meses consecutivos, entre mayo y septiembre de 2012. Todos los pacientes que dieron entrada en el SU y permanecieron por más de 24 horas internados fueron incluidos, totalizando una muestra de 509 pacientes. No hubo pérdida, considerando que la recolección de datos se realizó durante todos los días de la semana, incluyendo los finales de semana.

Los datos fueron recolectados de la ficha manual de clasificación de riesgo del SU y los desenlaces clínicos (alta, transferencia y muerte) del Sistema de Administración Hospitalaria, el SPDATA. Los datos fueron introducidos y sometidos a un análisis estadístico descriptivo, a través del *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 17.0. Los pacientes fueron categorizados según el desenlace: alta/transferencia y muerte. Para el grupo de colores del SCM versus desenlace fue utilizado el test de Chi-cuadrado. El nivel de significación adoptado fue de 5%, siendo considerados significativos valores con $p \leq 0,05$.

Resultados

De la cohorte de 509 pacientes analizados, 59,3% era del sexo masculino, con edad promedio de 59,1 años. También, ellos permanecieron internados, en promedio, 7,6 días en las diversas clínicas del hospital.

En este estudio, 29 (55,7%) diagramas de flujo que componen el SCM fueron utilizados en la clasificación de los pacientes. Las quejas principales fueron malestar en adulto (130-25,5%), disnea en adulto (81-15,9%), dolor abdominal en adulto (58-11,4%) y alteraciones de comportamiento (34-6,7%).

El SCM contiene la queja dolor en 8 (15,4%) de sus 52 diagramas de flujo. Fueron encontrados pacientes que se quejaron de dolor en 7 diagramas de flujo, siendo: dolor abdominal en adulto, dolor cervical, dolor de garganta, dolor lumbar, dolor testicular, dolor torácico y cefalea (dolor de cabeza). Esas quejas de dolor representaron 22,8% de las quejas presentadas por los pacientes.

Las quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color rojo están descritas en la Tabla 1.

Los discriminadores utilizados para dirigir esos diagramas de flujo fueron: respiración inadecuada (9-42,8%), choque (6-28,6%), obstrucción de vías aéreas (2-9,5%), estar convulsionando (2-9,5%), hipoglucemia (1-4,8%) e hiperglucemia (1-4,8%).

Las quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color naranja están descritas en la Tabla 2.

Se observa que 17,4% de los diagramas de flujo del color naranja están relacionados al dolor. Los principales discriminadores que fundamentaron la elección de esos diagramas de flujo fueron: saturación de O_2 muy baja (32-20,6%), mecanismo de trauma significativo (24-15,1%), déficit neurológico agudo (28-17,7%), dolor intenso (17-10,9%), dolor precordial (9-5,8%) y alteración súbita de consciencia (10-6,3%). Se destacó el diagrama de flujo disnea como la principal queja de ese grupo.

Los pacientes clasificados en el color amarillo presentaron como quejas aquellas descritas en la Tabla 3.

El dolor estuvo presente en 27,8% de las quejas de los pacientes clasificados como amarillo. Fundamentaron la elección los siguientes principales discriminadores: dolor moderado (94-35,2%), déficit neurológico nuevo (59-22,0%), saturación O_2 baja (41-15,4%), inicio súbito (22-8,2%) e histórico de convulsión (7-2,6%).

Las quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color verde están descritas en la Tabla 4.

Los pacientes clasificados como verde, o sea, poco urgentes, presentaron como queja principal el malestar en adulto (33,9%), dolor (19,3%) y problemas en extremidades (14,5%). Los principales discriminadores fueron dolor leve reciente (12-36,6%), evento reciente (32-51,6%) y edema (5-8,1%).

Apenas un (0,17%) paciente fue clasificado en el color azul y presentó el diagrama de flujo malestar en adulto.

Entre los pacientes atendidos en el referido hospital, 443 (87,0%) obtuvieron alta hospitalaria o fueron transferidos. Entre las 66 (13,0%) muertes, fueron encontradas, proporcionalmente, más muertes en los pacientes clasificados en los colores más graves: 9 (42,8%) clasificados como rojo, 27 (17,0%) naranja y 24 (8,9%) como amarillo. Entre los pacientes clasificados como verdes, 6 (9,6%) evolucionaron para la muerte. Fue encontrada una diferencia estadística entre el desenlace clínico y los grupos de clasificación de riesgo, conforme mostrado en la Tabla 5.

Tabla 1 – Quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color rojo por el SCM, según el desenlace clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Diagrama de flujo	Alta/transferencia		Muerte		Frecuencia	
	n	%	n	%	n	%
Malestar en adulto	3	14,3	2	9,5	5	23,8
Convulsiones	3	14,3	0	0,0	3	14,3
Alteración de comportamiento	1	4,8	1	4,8	2	9,5
Diabetes	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Disnea en adulto	0	0,0	2	9,5	2	9,5
Trauma craneano	0	0,0	2	9,5	2	9,5
Trauma mayor	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Cefalea	0	0,0	1	4,8	1	4,8
Dolor abdominal en adulto	0	0,0	1	4,8	1	4,8
Trauma toracoabdominal	1	4,8	0	0,0	1	4,8
Total	12	57,2	9	42,9	21	100

Tabla 2 – Quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color naranja por el SCM, según el desenlace clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Diagrama de flujo	Alta/transferencia		Muerte		Frecuencia	
	n	%	n	%	n	%
Disnea en adulto	28	18,0	5	3,2	33	21,3
Malestar en adulto	21	13,5	9	5,8	30	19,3
Trauma craneano	3	2,0	17	11,0	20	12,9
Dolor torácica	6	4,0	5	3,2	11	7,1
Alteración de comportamiento	7	4,5	3	2,0	10	6,5
Trauma mayor	2	1,3	8	5,1	10	6,5
Dolor abdominal en adulto	5	3,2	4	2,6	9	5,8
Hemorragia digestiva	3	2,0	4	2,6	7	4,5
Problemas de extremidad	4	2,6	2	1,3	6	4,0
Diarrea y vómito	1	0,6	3	2,0	4	2,6
Dolor lumbar	1	0,6	3	2,0	4	2,6
Convulsiones	2	1,3	0	0,0	2	1,3
Trauma toracoabdominal	0	0,0	2	1,3	2	1,3
Cefalea	0	0,0	2	1,3	2	1,3
Diabetes	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Asma	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Dolor cervical	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Problemas urinarios	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Caídas	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Total	86	55,4	69	44,6	155	100

Nota: tres pacientes presentaron registro de diagrama de flujo en blanco.

Tabla 3 – Quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color amarillo por el SCM, según el desenlace clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Diagrama de flujo	Alta/transferencia		Muerte		Frecuencia	
	n	%	n	%	n	%
Malestar en adulto	63	23,7	10	3,7	73	27,4
Disnea en adulto	40	15,0	3	1,1	43	16,1
Dolor abdominal en adulto	36	13,5	4	1,5	40	15,0
Alteración de comportamiento	18	6,7	4	1,5	22	8,3
Dolor torácica	15	5,6	1	0,4	16	6,0
Dolor lumbar	11	4,1	0	0,0	11	4,1
Problemas de extremidad	11	4,1	0	0,0	11	4,1

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Diagrama de flujo	Alta/transferencia		Muerte		Frecuencia	
	n	%	n	%	n	%
Diarrea y vómito	7	2,6	1	0,4	8	3,0
Convulsiones	7	2,6	0	0,0	7	2,6
Trauma craneano	6	2,2	0	0,0	6	2,2
Diabetes	5	1,9	0	0,0	5	1,9
Caídas	4	1,5	0	0,0	4	1,5
Dolor cervical	3	1,1	0	0,0	3	1,1
Heridas	2	0,8	1	0,4	3	1,1
Cefalea	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Cuerpo extraño	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Problemas en los ojos	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Dolor de garganta	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Dolor testicular	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Erupción cutánea	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Mordeduras y picaduras	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Problemas urinarios	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Sobredosis y envenenamiento	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Hemorragia vaginal	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Trauma toracoabdominal	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Total	242	91,0	24	9,0	266	100

Nota: un paciente presentaba registro de diagrama de flujo en blanco

Tabla 4 – Principales quejas presentadas por los pacientes clasificados en el color verde por el SCM, según el desenlace clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Diagrama de flujo	Alta/transferencia		Muerte		Frecuencia	
	n	%	n	%	n	%
Malestar en adulto	16	25,8	5	8,1	21	33,9
Problemas de extremidad	9	14,5	0	0	9	14,5
Dolor abdominal en adulto	8	12,9	0	0	8	12,9
Diarrea y vómito	4	6,5	1	1,6	5	8,1
Disnea en adulto	3	4,9	0	0	3	4,9
Heridas	3	4,9	0	0	3	4,9
Dolor torácico	2	3,2	0	0	2	3,2
Problemas urinarios	2	3,2	0	0	2	3,2
Caídas	2	3,2	0	0	2	3,2
Cefalea	1	1,6	0	0	1	1,6
Trauma craneano	1	1,6	0	0	1	1,6
Mordeduras y picaduras	1	1,6	0	0	1	1,6
Dolor cervical	1	1,6	0	0	1	1,6
Dolor lumbar	1	1,6	0	0	1	1,6
Erupción cutánea	1	1,6	0	0	1	1,6
Problemas en rostro	1	1,6	0	0	1	1,6
Total	56	90,3	6	9,7	62	100

Nota: una persona estaba con el diagrama de flujo en blanco

Tabla 5 - Distribución de los desenlaces clínicos entre los grupos de clasificación de riesgo. Diamantina, MG, 2012

Grupos de la clasificación	Alta/transferencia		Muerte		Total		Valor de p*
	n	%	n	%	N	%	
Rojo	12	2,4	9	1,8	21	4,1	<0,001
Naranja	131	25,7	27	5,3	158	31,0	
Amarillo	243	47,7	24	4,7	267	52,5	
Verde/azul†	57	11,2	6	1,2	63	12,4	
Todos los pacientes	443	87,0	66	13,0	509	100	

*p calculado a través del test Chi-cuadrado, significativo si $p \leq 0,05$.

†El color azul fue agrupado con el color verde por tener solamente una persona que recibió alta.

Discusión

En este estudio, 59,3% de los pacientes atendidos en el SU eran del sexo masculino, con edad promedio de 59,1 años; datos equivalentes a los encontrados en otro estudio⁽⁴⁾. El promedio de internación de 7,6 días está abajo del encontrado en el mismo estudio que identificó 9,6 días de internación⁽⁴⁾.

Fueron utilizados 10 diagramas de flujo para la clasificación de pacientes en el color rojo. El desenlace muerte predominó entre los pacientes clasificados con malestar en adulto (9,5%), disnea (9,5%) y trauma craneano (9,5%).

La queja malestar en adulto tuvo alta prevalencia en pacientes clasificados en todos los colores. Ese es un diagrama de flujo inespecífico, usado para pacientes que no se sienten bien, sin queja específica. Sin embargo, permanece el cuestionamiento si, de hecho, no fue posible identificar la queja principal. Se observa, en la práctica clínica, cierta comodidad del profesional al utilizar ese diagrama de flujo, una vez que éste posee amplia aplicabilidad. La preocupación con esa queja se justifica por el hecho de que, en todos los colores de la clasificación, la queja malestar en adulto fue una de las principales causas de muerte.

El diagrama de flujo disnea también tuvo alta prevalencia en pacientes clasificados en los colores naranja (21,3%) y amarillo (16,1%). El alto porcentaje de pacientes con esa queja puede estar relacionada al predominio de ancianos en el estudio, sumado a eso, el municipio no posee una Unidad Servicio de Urgencia (USU), lo que significa que la demanda no absorbida por las unidades de salud es dirigida para el SU. Esa queja estuvo muy relacionada a la mortalidad de pacientes clasificados en los colores rojo, naranja y amarillo.

En individuos clasificados en el color naranja, las muertes predominaron cuando las quejas fueron: trauma craneano (11,0%), trauma mayor (5,1%), malestar en adulto (5,8%) y disnea en adulto (3,2%). Estudios realizados en el Centro de Investigación y Departamento de Cirugía de la Universidad de Washington, EUA, mostraron que, en los últimos 14 años, el número de muertes en el ambiente interhospitalario, durante la internación por trauma craneano, mejoró, pero todavía es grande el número de muertes por esa causa, necesitando que estrategias sean usadas para aumentar la supervivencia, como el empleo de altas tecnologías y las intervenciones rápidas y de calidad⁽¹⁰⁾.

La mayoría de las quejas de los pacientes clasificados en el color amarillo (266-28,2%) estuvo relacionada con

dolor. Otro estudio⁽⁷⁾ encontró la cefalea (14,5%) como la principal queja de individuos clasificados en ese color, seguida de dolor torácica (11,6%), indisposición en adulto (10,1%) y dolor de garganta (7,2%).

El dolor en diversas partes del cuerpo estuvo presente en 22,8% de las quejas de los pacientes clasificados en los colores rojo, naranja, amarillo y verde. En un SU, 25,2% de las quejas identificadas en los pacientes estaban relacionadas con el dolor⁽⁴⁾. Corroboran el hallazgo de que el dolor es la principal queja de los pacientes atendidos en SU los datos encontrados en estudios nacionales e internacionales^(7,11). Según un estudio realizado en España, la evaluación del dolor es poco frecuente debido a la educación insuficiente de los usuarios y a la falta de claridad en las orientaciones de uso del SCM⁽¹¹⁾.

La evaluación del dolor en la urgencia es tarea difícil, ya que los pacientes se sienten presionados a valorizar el dolor que están sintiendo para justificar la búsqueda del servicio. Por otro lado, puede ocurrir que algunas personas y niños nieguen el dolor para evitar tratamientos o la internación hospitalaria. Debido a su importancia, el dolor no debe ser considerado, por el profesional de la clasificación de riesgo, apenas en sus aspectos subjetivos. Sin embargo, para los profesionales de la salud, la evaluación juiciosa del dolor se torna extremadamente necesaria, una vez que está presente en la gran mayoría de las atenciones. En vista de eso, algunos servicios de urgencia están utilizando un instrumento formal para la evaluación del dolor, como las escalas visuales analógicas. Delante de eso, les cabe a los profesionales de la salud, que realizan la clasificación de riesgo, así como a todo el equipo, el perfeccionamiento de habilidades técnicas y adquisición de conocimientos para evaluación y tratamiento del dolor⁽⁷⁾.

En cuanto al desenlace clínico, la queja que más llevó a la muerte de pacientes clasificados en el color amarillo fue malestar en adulto (3,7%). Entre los pacientes, 242 (91%) tuvieron alta/transferencia hospitalaria y 24 (9%) evolucionaron para la muerte, corroborando otro estudio⁽⁴⁾ que encontró 90 (90,9%) pacientes clasificados en el color amarillo que recibieron alta o fueron transferidos y 9 (9,1%) que evolucionaron, durante la internación, para la muerte.

Los pacientes clasificados como verde, o sea, poco urgente, presentaron como queja principal el malestar en adulto (33,9%), dolor (19,3%), problemas en extremidades (14,5%). En este estudio, fueron encontrados 62 (10,7%) pacientes clasificados en el

verde que, después de 24 horas, estaban internados y tuvieron como desenlace en 56 (90,3%) el alta y 6 (9,7%) la muerte. Ese porcentaje en los pacientes menos graves puede estar relacionado al hecho de que ellos presentaron un cuadro clínico complicado durante las 24 horas de internación, o al hecho de que la clasificación realizada por el enfermero hubiese sido inadecuada, configurando un error humano. La muerte estuvo relacionada al malestar en adulto (8,1%), diarrea y vómitos (1,6%).

En un estudio nacional, 55,6% de las atenciones realizadas en un SU eran de pacientes en situación clínica de menor gravedad y que fueron clasificados como verde y azul⁽⁷⁾. La prevalencia de personas que procuran el SU presentando quejas de baja prioridad clínica también fue descrita en estudios nacionales e internacionales^(7,12-13).

Los pacientes clasificados en las categorías de menor gravedad presentaron alta prevalencia de la queja referente a problemas en extremidades (14,5%). Confirma esa afirmación un estudio realizado con pacientes de baja gravedad⁽¹⁴⁾; los autores encontraron que 77,1% de las quejas de los pacientes se referían a problemas de extremidades. De esos, 69,6% fue debido a fractura.

De las atenciones de pacientes, con menor gravedad, 80% puede ser atendido por un médico clínico de la red, una vez que uno, de cada 15 pacientes de baja gravedad, es encaminado del médico clínico para un SU, por necesidad de recursos tecnológicos⁽¹⁴⁾. Los autores concluyeron que pacientes presentando baja urgencia pueden ser tratados de forma eficiente y segura por médicos clínicos que atienden en la red de salud de la atención básica.

En este estudio, fue encontrada diferencia significativa entre el SCM y el desenlace clínico ($p < 0,001$). Fue posible observar que pacientes clasificados en categorías de mayor gravedad fallecieron más que los de otras categorías. Algunos estudios muestran que la muerte está asociada a las categorías de urgencia del SCM^(5,12) y que el riesgo de morir en pacientes de alta prioridad (rojo y naranja) fue 5,58 veces mayor que el riesgo de morir para los de baja prioridad (amarillo, verde y azul)⁽⁵⁾.

Un factor limitador del estudio fue la selección de una muestra de pacientes que permanecieron internados por más de 24 horas en el servicio de urgencia. Esto pudo haber influenciado los datos, ya que pacientes muy graves pudieron haber fallecido dentro de las 24 horas, así como pacientes menos graves que recibieron el alta.

Conclusión

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes era del sexo masculino (59,3%), con promedio de edad de 59,1 años, presentando queja de malestar en adulto (22,5%) y dolor (22,8%). La experiencia y los datos del presente estudio han mostrado que las quejas de malestar en adulto y dolor son las más frecuentes entre los pacientes que procuran los servicios de urgencia, y tanto la evaluación precisa del dolor como una mayor discriminación de la queja de malestar continúan siendo problemas en la práctica en servicios de urgencia.

Se observó que cuanto mayor es la prioridad clínica del paciente mayor es la tasa de muertes. Las muertes estuvieron presentes en 45,8% en el color rojo, 16,4% en el color naranja, 8,6% amarillo y 9,2% verde. Esos pacientes presentaron quejas como malestar en adulto, disnea, trauma craneano, trauma mayor, diarrea y vómito.

Con los datos de este estudio es posible que, en el nivel terciario, puedan ser optimizados recursos humanos y materiales para atender con eficacia las quejas de los pacientes que más llevan a la muerte, con el objetivo de ofrecer atención de calidad y con supervivencia. El estudio también permitió conocer las quejas de las personas que procuran por atención en el SU. Los niveles de atención a la salud pueden ser organizados a partir del grado de gravedad de las quejas, para atender mejor la demanda que le compete a cada nivel. Se sugiere que otros estudios pueden demostrar estrategias prácticas resolutivas para las quejas listadas en esta investigación.

Referencias

1. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):500-6.
2. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KC. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Re Eletrôn Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 15 julho 2014];13(4):597-603. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf
3. Soler W, Gómez MM, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(supl.1):55-68.

4. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(6):1041-7.
5. Santos AP, Freitas P, Martins HMG. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J*. 2014;31(2):148-52.
6. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt Int*. 2010;107(50):892-8.
7. Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Chianca TCM. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2012 [acesso 13 julho 2014];6(3):540-8. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013
8. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. bras. enferm*. 2013;66(1):31-7.
9. Fitz Gerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*. 2010;27(2):86-92.
10. Davidson GH, Hamlat CA, Rivara FP, Koepsell TD, Jurkovich GJ, Arbabi S. Long-term survival of adult trauma patients. *JAMA*. 2011;305(10):1001-7.
11. Martín-Sánchez FJ, Alonso CF, Castillo J Gonzalez-Del, Gonzalez-Armengol JJ. Pain assessment using the Manchester triage system in a Spanish emergency department. *Emerg Med J*. 2012;29(5):427.
12. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (STM) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J*. 2009;26(3):183-6.
13. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JS, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014;31(1):13-8.
14. Van Der Straten LM, Van Stel H, Spee FJM, Vreebur GME, Schrijvers AJP, Sturms LM. Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study. *Emerg Med J*. 2012;29(11):877-81.

Recibido: 16.6.2014

Aceptado: 1.2.2015