



REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

www.rpped.com.br



EDITORIAL

Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica



Triage and risk classification protocols in Pediatric emergency

Emílio Carlos Elias Baracat

Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil

A adoção de protocolos de triagem em serviços de urgência e emergência é estratégia fundamental para o rápido atendimento do paciente com condição clínica grave. A categorização da urgência e a definição do tempo de espera são consideradas indicadores de qualidade na atenção ao paciente, principalmente em realidades assistenciais de grande volume de atendimento.

A triagem em serviços de emergência é um fenômeno relativamente recente, introduzida em 1950 nos Estados Unidos da América. Diversos sistemas foram desenvolvidos desde então para orientação das equipes de saúde à tomada correta de decisão.¹

A discussão na literatura sobre os instrumentos de classificação de risco em emergência pediátrica é contínua e os instrumentos disponíveis são aplicados em várias realidades epidemiológicas. A maioria das escalas de triagem é estratificada em cinco níveis ou categorias de urgência. As mais usadas em Pediatria são PaedCTAS (*The Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale*), MTS (*The Manchester Triage System*), ESI (*Emergency Severity Index*) e ATS (*Australian Triage Scale*), todas validadas com a inclusão de parâmetros fundamentais da resposta pediátrica em agravos agudos. Entre esses parâmetros, os dados vitais do paciente, como frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de

consciência, temperatura corporal e saturação transcutânea de oxigênio, além da queixa principal, são os principais componentes.^{1–3} Os sistemas PaedCTAS, MTS e ESI contêm partes específicas para a população pediátrica.^{2,4,5} Em estudo de van Veen & Moll, com revisão da literatura, os sistemas MTS e PaedCTAS mostraram melhor confiabilidade e eficácia para aplicação em emergência pediátrica.⁶

Para a sua validação, é fundamental que o instrumento seja confiável e seguro.⁷ Isso é determinado pela concordância entre os observadores (avaliação de um mesmo paciente por diversos profissionais) e do mesmo observador (um mesmo paciente ou cenário avaliado em momentos diferentes) (coeficiente Kappa). Essa medida de concordância tem como valor máximo 1 (total concordância) e pode ser próxima de zero, o que indica nenhuma concordância.⁸ Em estudos que avaliam a aplicação de escalas de avaliação de gravidade, é fundamental que seja identificada e corrigida a variabilidade interobservador, na busca de um coeficiente Kappa elevado, antes da aplicação em campo.

Neste fascículo da Revista Paulista de Pediatria, Barbosa et al. propõem a aplicação de um novo instrumento de classificação de risco em emergência pediátrica – CLARIPED, – a ser usado em território nacional.⁹ Para tanto, os autores do estudo seguiram com cuidado as etapas de validação da escala de classificação de risco, com prévia discussão em grupo de especialistas, treinamento de equipe, pré-testes, ajustes e teste final, e atingiram um alto coeficiente Kappa (0,79). É proposta a classificação de risco em cinco categorias, com os marcadores de sinais vitais, o motivo da consulta

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.005>

E-mail: ebaracat@fcm.unicamp.br

e a avaliação global de estado geral, dor, febre, idade e retorno ao serviço. Os resultados mostraram concordância entre a classificação de risco e o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos.

A comparação dos resultados do estudo com os instrumentos já validados na literatura e a ampliação de sua aplicação em grande escala em contextos distintos de emergência pediátrica podem dar mais robustez à proposta e inserção de seu uso com confiabilidade e segurança.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsen H, et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;30:19–42.
2. van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Roukema J, van der Lei J, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ*. 2008;337:a1501.
3. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. *World J Emerg Med*. 2015;6:94–9.
4. Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J, et al., CTAS National Working Group; Canadian Association of Emergency Physicians, National Emergency Nurses Affiliation. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). *CJEM*. 2008;10:224–43.
5. Green NA, Durani Y, Brecher D, DePiero A, Loiselle J, Attia M. Emergency Severity Index version 4: a valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28:753–7.
6. van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009;17:38.
7. Moll HA. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:384–8.
8. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 3rd ed. New York: John Wiley; 2003.
9. Barbosa MC, Prata-Barbosa A, Cunha AJ, Lopes CS. CLARIPED: um Novo Instrumento para Classificação de Risco em Emergências Pediátricas. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34:254–62.