

Sistema de triaje de Manchester: organigramas principales, discriminadores y resultados de la atención de una emergencia pediátrica¹

Camila Amthauer²

Maria Luzia Chollopetz da Cunha³

Objetivo: caracterizar la atención recibida por calificación de riesgo por el sistema de triaje de Manchester, identificando los datos demográficos (edad, sexo), principales organigramas, discriminadores y los resultados en la emergencia pediátrica. Método: estudio cuantitativo transversal. Los datos sobre la clasificación de riesgo se obtuvieron a través de una búsqueda de los datos de registro informático de los registros médicos de los pacientes tratados en la emergencia pediátrica en el período de un año. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas. Resultados: se llevaron a cabo 10.921 consultas en urgencias pediátricas, en su mayoría hombres (54,4%), con edades comprendidas entre 29 días y dos años (44,5%). Hubo una prevalencia de la categoría de riesgo urgente (43,6%). El diagrama de flujo principal utilizado en los cuidados fue padres preocupados (22,4%) y el discriminador más prevalente fue el evento reciente (15,3%). El resultado de internación se produjo en el 10,4% de los casos realizados en la emergencia pediátrica, sin embargo el 61,8% de las visitas precisaron permanecer en observación y/o estar bajo el cuidado del equipo de atención médica en la emergencia pediátrica. Conclusión: padres preocupados fue el diagrama de flujo principal utilizado y los eventos recientes el discriminador más frecuente, constatando los resultados de hospitalización y permanencia en la observación en la emergencia pediátrica antes del alta a la casa.

Descriptores: Triage; Pediatría; Enfermería de Urgencia; Enfermería Pediátrica; Servicio de Urgencia en Hospital.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica", presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos, FIPE, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, proceso nº 13-0397.

² Enfermera, MSc.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Amthauer C, Cunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2779. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>.

Introducción

El servicio de emergencia puede ser considerado como el cuidado de la salud más complejo en Brasil, con una demanda de mayor servicio a su capacidad de absorción. Con este aumento de la demanda, se puede ver el desequilibrio entre la oferta y la demanda de atención en estos servicios, por lo que la reorganización del proceso de trabajo es fundamental⁽¹⁾. Por otra parte, la acción debe ser conjunta con un sistema de reglamentación con referencia y contra-referencia, centrada en la atención ambulatoria y clasificación dentro del entorno hospitalario, proporcionando sitios de seguimiento después del tratamiento en el servicio de urgencias⁽²⁾.

El recibimiento del paciente en el servicio de emergencia debe ser realizado por un protocolo de clasificación de riesgo, con el objetivo de dar prioridad a la atención de acuerdo a la gravedad del caso. Entre los protocolos de clasificación de riesgo existentes, se destaca el sistema de triaje Manchester (STM), creado en Inglaterra, que determina el nivel de urgencia de cada paciente. El enfermero responsable de la clasificación selecciona el diagrama de flujo más adecuado para la queja principal, la historia clínica y los signos y síntomas que presenta el paciente, se encuentra un discriminador y el paciente se clasifica en una de cinco categorías: Emergente (rojo), evaluación inmediata por un médico; Muy urgente (naranja), evaluación dentro de los 10 minutos; Urgente (amarillo), 60 minutos; Poco Urgente (verde), 2 horas; y no urgentes (azul), 4 horas⁽³⁻⁴⁾.

El enfermero es el profesional asignado a la evaluación y clasificación de riesgo del paciente, guiado por un protocolo de clasificación conductor, proponiendo el uso de un diagrama de flujo de servicio para instigar a este profesional para reflexionar sobre su proceso de trabajo en el contexto de la atención a emergencia, sustituyendo el triaje de exclusión por un modelo de clasificación acogedor⁽⁵⁾.

En situaciones de emergencia, el niño suele ser la principal víctima, ya que requiere atención especial en sus características de salud, que necesitan recursos especializados para su atención de emergencia⁽⁶⁾. En cuanto a la calificación de riesgo en un servicio de urgencias pediátricas, vemos la necesidad de un cuidado de la salud organizado y sistematizado para el cuidado del niño, además de un instrumento de clasificación estructurada que permite a las enfermeras evaluar cuidadosamente las principales quejas del paciente en el momento de la clasificación, con el fin de proporcionar atención y derivación adecuada al sufrimiento, el riesgo y/o daño a la salud de los niños⁽⁷⁾.

El STM ofrece una lista de 52 organigramas, 49 apto para niños. Estudios realizados en Holanda evaluaron

la validez del STM en la atención de emergencia pediátrica, con el objetivo de llevar a cabo una evaluación detallada de las categorías específicas de los pacientes. Los estudios demostraron que el STM tiene una sensibilidad y especificidad moderada en atención de emergencia pediátrica, posiblemente debido a la falta de organización de los organigramas específicos para pacientes pediátricos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Al revisar la literatura, no hay estudios sobre el perfil de los pacientes pediátricos clasificados con este protocolo, así como tampoco fueron reportados investigaciones con el análisis de STM en la emergencia pediátrica. Parece ser que a menudo los responsables de la calificación de riesgo son los mismos enfermeros que atienden pacientes adultos y niños, sin que haya una mirada más centrada en este grupo de edad, teniendo en cuenta las particularidades que los pacientes pediátricos tienen. Teniendo en cuenta la importancia de caracterizar el cuidado de pacientes pediátricos clasificados con el STM vino la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuáles son las características de los servicios prestados por la calificación de riesgo del sistema de triaje Manchester en una emergencia pediátrica de un hospital universitario?" Este estudio tiene por objetivo entender el uso de este protocolo de clasificación en pacientes pediátricos pudiendo, en el futuro, justificar el desarrollo de la investigación con el fin de optimizar la calificación de riesgo a partir del STM en la población pediátrica. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo caracterizar la atención recibida por medio de la calificación de riesgo por el Sistema de Triage de Manchester, la identificación de los datos demográficos (edad, sexo), principales organigramas, discriminadores y los resultados en la emergencia pediátrica.

Método

Estudio cuantitativo transversal en una emergencia pediátrica, vinculado a un servicio de emergencia, que se encuentra en un hospital universitario en el sur, que abarca el cuidado de pacientes adultos y pediátricos a través del Sistema Único de Salud. Con capacidad para internar 49 pacientes adultos y nueve pacientes pediátricos, el servicio atiende a más de 5.000 pacientes por mes. De este total, la emergencia pediátrica atiende a un promedio de 1.000 pacientes por mes. Desde el año 2012, el Servicio de Emergencia implementó el STM para la clasificación de riesgo de los pacientes adultos y pediátricos, realizado por las enfermeras de hacinamiento en servicio.

La población del estudio consistió en pacientes menores de 14 años clasificados por STM en la emergencia pediátrica en el período comprendido entre

el 1 enero 2013 hasta 31 diciembre 2013. El estudio incluyó los registros de los pacientes menores de 14 años tratados después de la clasificación hecha a partir del STM clasificado como Emergente, Muy Urgente, Urgente, Poco Urgente, No Urgente y Sin Clasificación. Se sabe que algunos pacientes buscan atención en la emergencia pediátrica más de una vez durante el período de estudio. Así que para los propósitos de resultados, se considera el número total de consultas en el hospital pediátrico de emergencia y que fueron clasificadas por el STM.

El estudio excluyó a los registros de los pacientes ingresados en la emergencia pediátrica después de la transferencia de otras instituciones de salud, previamente clasificados por el STM.

Para recopilar los datos, se solicitó una búsqueda de registros médicos al Servicio de Archivo Médico de la Salud, que consta con el registro de datos de registro computarizado de pacientes clasificados por STM por medio de una *query*. Una *query* es una forma de investigar los registros computarizados de la institución por medio de un formulario de encuesta de variables de estudio. En la *query* se pidió todas las variables relevantes para el estudio: a) la edad; b) el sexo; c) flujograma; d) discriminador; e) clasificación de acuerdo con el STM (Emergente, muy urgente, urgente, poco urgente, No Urgente y Sin Clasificación); f) remisión de los pacientes después de la consulta médica (hospital, hospitalización, muerte); g) Lugar de Internación (Sala de Procedimientos Pediátricos, Sala de Observación Pediátrica, Unidad de Hospitalización Pediátrica de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal).

Los datos de la investigación fueron organizados en un banco de datos Microsoft Excel y, después, analizados por medio del *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 18. Todas las variables fueron categorizadas y expresadas por frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación - CEP / Grupo de Investigación y Postgrado - GPPG del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, con el número 13-0397. Los principios éticos fueron respetados en materia de salud, de acuerdo con la Resolución N° 466 del Consejo Nacional de Salud, de 12 de diciembre, 2012. Los autores firmaron un Acuerdo de Compromiso para el uso de los datos de las historias clínicas.

Resultados

Durante el período cubierto por la encuesta se llevaron a cabo 10.921 consultas en urgencias pediátricas. Entre los atendimientos prevalecieron pacientes del sexo masculino (54,4%) y el grupo de edad predominante fue

los niños con edades comprendidas entre 29 días y dos años (44,5%) asignados en la categoría de lactantes.

De acuerdo con la clasificación de riesgo del STM, prevaleció la categoría urgente en relación con otras categorías, por un total de 4.762 (43,6%) de atendimientos, seguida de la categoría Poco Urgente con 3.713 (34,0%) atendimientos. La categoría de Muy urgente presentó 1.791 (16,4%) atendimientos, la categoría Sin clasificación tuvo 546 (5,0%) atendimientos, seguido de las categorías No Urgentes y Emergentes, con 65 (0,6%) y 44 (0,4 %) atendimientos, respectivamente.

En cuanto a los organigramas seleccionados para la clasificación de riesgo de los pacientes pediátricos, 43 organigramas fueron escogidos de los 52 existentes en el STM. El flujograma padres preocupados prevaleció sobre los otros, por un total de 2.446 (22,4%) atendimientos. Los demás flujogramas identificados en las consultas fueron Disnea en niños con 2.097 (19,2%); diarrea y vómitos con 1.267 (11,6%); malestar en niños con 699 (6,4%); dolor abdominal en niños con 678 (6,2%); asma con 568 (5,2%); sin calificación con 546 (5,0%); dolor de cabeza con 393 (3,6%); convulsiones con 218 (2,0%); problemas en los oídos 218 (2,0%). Los flujogramas se agruparon en la categoría Otros, con un total de 1.791 (16,4%) atendimientos.

De acuerdo con los discriminadores seleccionados a partir de los flujogramas, se encontraron 105 discriminadores diferentes para la calificación de riesgo. Elegimos describir los diez discriminadores clave. Hay prevalencia del discriminador evento reciente, con 1.671 (15,3%) atendimientos. Los otros discriminadores seleccionados en los atendimientos fueron niño caliente con 928 (8,5%); Baja saturación de O₂ con 808 (7,4%); dolor moderado con 699 (6,4%); signos moderados de dolor con 590 (5,4%); no alimentado con 579 (5,3%); vómitos persistentes de 557 (5,1%); sin calificación con 546 (5,0%); febril 480 (4,4%); tos productiva con 426 (3,9%). Los otros discriminadores se agruparon en la categoría Otros, con 3.637 (33,3%) atendimientos.

En cuanto al resultado de las consultas después de la evaluación de riesgos y la consulta médica, 6.749 (61,8%) de los atendimientos permanecieron en observación y/o quedaron bajo el cuidado del equipo de atención médica en la emergencia pediátrica. De éstos, 5.362 (49,1%) fueron remitidos a la sala de procedimientos pediátricos, donde recibieron tratamiento para sus problemas de salud agudos, que fueron dados de alta; y 1.387 (12,7%) fueron internados en la sala de observación pediátrica. El resto de los atendimientos, que corresponden a 4.161 (38,1%) fueron dados de alta; y 11 (0,1%) no esperó a la consulta médica, por la evasión de los pacientes. Después de la evaluación de

riesgos y la finalización de los primeros procedimientos y cuidado de la salud, algunos pacientes fueron hospitalizados en otras unidades hospitalarias. Del número total de visitas en la emergencia pediátrica, 1.136 (10,4%) requirieron hospitalización. De estos, el mayor número de ingresos se produjo en la Unidad de Internación p con 871 (76,7%) internaciones, seguido por la Unidad de Oncología Pediátrica con 120 (10,6%) de admisión; Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría con 67 (5,9%) internaciones; Unidad de Internación Neonatología con 33 (2,9%) hospitalizaciones y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con 23 (2,0%) admisiones. En la categoría Otros (1,9%) se agruparon otras unidades del hospital, en el que se refiere al menos a un paciente durante la hospitalización, con un total de 22 admisiones.

Discusión

Los resultados de este estudio ayudan a llenar un vacío en la literatura brasileña con respecto a la aplicabilidad de STM en la calificación de riesgo en una emergencia pediátrica. El protocolo puede ayudar en la práctica de enfermería, priorizando el cuidado de los niños que necesitan una atención inmediata para la salud.

En esta investigación, la aplicación del STM indicó una prevalencia de la categoría de riesgo Urgente (43,6%), lo que supone la necesidad de una evaluación de hasta 60 minutos⁽³⁾. Un estudio realizado en Holanda con el fin de identificar la capacidad de los padres para evaluar la gravedad de la fiebre en los niños y la decisión de buscar el servicio de urgencias, encontró la siguiente distribución entre las categorías de STM: Emergente (2%); muy urgente (44%); urgente (34%); poco urgente (19%); no urgente (1%)⁽¹¹⁾. En este estudio se observó una prevalencia de algunas categorías urgentes y muy urgentes, respectivamente, a diferencia de los resultados de este estudio, llevado a cabo en Brasil, donde prevalecieron los atendimientos clasificados en la categoría urgente, aunque se ha utilizado el mismo protocolo de clasificación de riesgo en ambas investigaciones. Esto puede estar asociado con la cultura organizacional de los países donde se desarrollaron los estudios de la misma manera que las diferentes demandas y necesidades de salud de la población. Otro hecho que puede atribuirse a esta diferencia se refiere a la calificación de riesgo que se pueden subestimar o sobreestimar por los profesionales responsables. La subestimación de la calificación de riesgo puede suponer un problema para la salud de los pacientes con graves y/o de alto riesgo, teniendo en cuenta que éstos pueden ser clasificados como poco urgente o no urgente, lo

que resulta en graves consecuencias para su salud. La clasificación de riesgo sobreestimada proporciona una mayor seguridad para el paciente y también al profesional. Al mismo tiempo, corrobora el aumento de pacientes con bajo riesgo de salud admitidos en el servicio de emergencia que consumen recursos que deberían encauzarse a los pacientes con problemas de salud más graves⁽¹²⁻¹³⁾.

En cuanto a los principales flujogramas seleccionados, hubo prevalencia del flujograma padres preocupados, con el STM. Puede justificarse la prevalencia de este flujograma relacionado a la percepción que singulariza a los padres sobre el estado de salud del niño y el temor de empeorar, junto con la certeza de un servicio resolutivo⁽¹⁴⁾. Otros factores que transforman los servicios de emergencia como las principales opciones de los padres para realizar el servicio a los niños son: la calidad y resolución de la atención; accesibilidad; garantía y agilidad del servicio; mayor densidad tecnológica que ofrece el servicio y que la atención médica sea realizada por un pediatra⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Un estudio llevado a cabo en Brasil con el fin de conocer el perfil de los niños y adolescentes tratados en un servicio de urgencias pediátricas encontró que una porción de 47,4% se clasificó como situaciones de salud que podrían ser resueltas en el nivel de atención primaria, donde los pacientes tenían síntomas considerados "leves" y sin posibilidad de complicar su salud⁽¹⁵⁾. Parece que a pesar de la expansión de la atención primaria y la aplicación de la Estrategia Salud de la Familia, la demanda de servicios de emergencia sigue en aumento. Se puede atribuir a la diferencia entre la forma de pensar y actuar por profesionales de la salud, administradores y usuarios que buscan atención en el servicio de urgencias sin una clara comprensión de lo que las necesidades de salud constituyen situaciones reales a resolver en estos servicios⁽¹⁴⁾.

En un estudio realizado en Holanda⁽¹⁶⁾, sobre la aplicación del STM en una emergencia pediátrica, cinco organigramas principales fueron destacados en la clasificación de riesgo del paciente: la disnea en los niños; diarrea y vómitos; los padres preocupados; dolor abdominal en los niños; erupciones. Otro estudio⁽¹⁷⁾, también desarrollado en Holanda, encontró la prevalencia de los siguientes flujogramas: flujogramas generales; disnea en los niños; padres preocupados; diarrea y vómitos; problemas urinarios. Al comparar los resultados de los estudios llevados a cabo en Holanda con este estudio, es evidente que el flujograma disnea en niños, la diarrea y el vómito y los padres preocupados aparecen en los tres estudios descritos. En línea con los resultados encontrados, en un estudio⁽¹⁵⁾ realizado en Brasil, las principales patologías identificadas en los

pacientes que llegaron a la emergencia pediátrica fueron las enfermedades respiratorias (56,2%); trastornos gastrointestinales (16,6%) y virus (13,1%). Es decir, en estas enfermedades que tienen una relación directa con los flujogramas encontrados, existe la necesidad del enfermero responsable de la clasificación de riesgo tener en cuenta estos signos y su gravedad, con el objetivo de establecer el servicio y/o la derivación adecuada de estos pacientes.

En relación a los discriminadores, sólo un estudio se encontró en la literatura en la que fueron descritos los principales discriminadores seleccionados en la clasificación de riesgo de pacientes pediátricos en un servicio de urgencias. Con el fin de evaluar la capacidad de discriminación de STM para identificar infecciones bacterianas graves en niños con fiebre, fue posible detectar los siguientes discriminadores: fiebre; aumento del esfuerzo respiratorio; dolor; evento reciente; historia clínica significativa; historia respiratoria significativa; baja saturación de O₂; y la saturación de O₂ muy baja⁽¹⁸⁾. Cabe señalar que en este estudio los discriminadores fueron dirigidos a pacientes con fiebre en la calificación de riesgo, con posible progresión a una infección bacteriana grave. A diferencia de este estudio, en el que se consideraron todos los pacientes clasificados en la emergencia pediátrica.

En cuanto a los resultados de los pacientes en el estudio con el fin de comprobar las tasas de hospitalización y de identificar a los pacientes con problemas de salud menos urgente, encontraron que el 37% de los pacientes fueron admitidos en la observación pediátrica y en el 63% de los pacientes se llevaron a cabo algún tipo de procedimiento⁽¹⁹⁾. Este hecho también se observó en el presente estudio, que mostró la necesidad de una mayor atención en la sala de procedimientos pediátrica en la mitad de la población atendida antes de su envío a la casa. Con respecto a la hospitalización para los pacientes pediátricos clasificados por el STM, un estudio realizado en Holanda, con el fin de evaluar si los flujogramas y los discriminadores de STM podrían ser utilizados como marcadores para identificar el riesgo de hospitalización para los pacientes pediátricos con síntomas de fiebre, se encontró una tasa de hospitalización del 23%⁽¹⁷⁾. Los resultados encontrados en ese estudio son el doble de la tasa de hospitalización identificado en este estudio, que fue del 10,4%. Se puede considerar que la diferencia es debido a la razón de que en el estudio de Holanda se incluyó a pacientes que solicitaron el servicio de urgencias pediátricas ya mostrando signos de fiebre, mientras que en nuestro estudio fueron incluidos todos los servicios realizados en la emergencia pediátrica sin que el paciente presentara ningún signo o patología instalados.

Del número total de visitas en la emergencia pediátrica durante el periodo de este estudio, la mayoría de los pacientes fueron dados de alta después de un período de observación en las instalaciones de emergencia pediátrica. Otro estudio⁽¹⁸⁾ obtuvo resultados similares, lo que demuestra la importancia de la clasificación de riesgo de la atención específica para los pacientes pediátricos, lo que sugiere que el sistema de clasificación utilizado se lleve a cabo por un profesional con experiencia en el campo.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, estas se relacionan con la pequeña cantidad de investigaciones publicadas sobre el uso del sistema de triaje de Manchester en los niños, en particular a nivel nacional. La mayoría de los estudios encontrados en la literatura se ha desarrollado en los países europeos, que caracterizan los atendimientos con la realidad de la salud en Europa, que divergen de las necesidades de salud y problemas presentados por la población en los sistemas de salud de Brasil. Otro punto que se configura como una limitación de este estudio es el uso de datos secundarios para la realización de la misma, lo que no permite controlar las variables estudiadas.

El estudio aporta contribuciones al avance del conocimiento científico, que muestra las características de los servicios prestados en la emergencia pediátrica, por medio de la clasificación de riesgo por el Sistema de Triage de Manchester y puede ayudar a los enfermeros en las acciones basadas en la planificación e intervenciones sobre las necesidades de salud de los pacientes pediátricos, lo que permite al profesional dirigir sus actividades a las demandas que buscan atención médica en los servicios de urgencia y emergencia, agregando calidad y eficiencia centrada en la atención a la salud de los niños.

Conclusión

Con este estudio fue posible caracterizar la atención recibida por calificación de riesgo por el Sistema de Triage Manchester, la identificación de la demografía, los principales organigramas, discriminadores y los resultados en la emergencia pediátrica.

Este estudio tiene relevancia para la enfermería, teniendo en cuenta que el enfermero es el profesional de la salud designado para evaluar y clasificar al paciente en el momento de su llegada al servicio de urgencias. Cuando se trata de la evaluación y clasificación de un paciente pediátrico, es esencial que los enfermeros presenten un dominio y conocimientos necesarios sobre el crecimiento y desarrollo de las diferentes etapas de la vida de un niño, al igual que las características específicas que este grupo de edad tiene.

Se sugiere que el enfermero responsable de la clasificación de riesgo tenga habilidades técnicas, razonamiento clínico, capacidad de escucha y el conocimiento calificado en pediatría con un enfoque basado en la unicidad e integridad del niño. Lo ideal sería que el enfermero fuera un profesional especializado y activo en el cuidado de pacientes en edad pediátrica, porque este trabajo requiere medidas de toma de decisiones inherentes a la función de los enfermeros, que deben actuar de manera responsable. Considerando que el Sistema de Triage Manchester no es un protocolo de manejo sencillo, el mismo requiere la asignación por parte del profesional de sus habilidades y capacidades durante la evaluación del riesgo.

Apartir de los resultados encontrados en este estudio, vemos la necesidad de seguir investigando el uso del Sistema de Triage Manchester en pacientes pediátricos. Se sugiere que se realicen más investigaciones para evaluar y validar la aplicabilidad de este instrumento de clasificación en los servicios de urgencias pediátricas en Brasil, con miras a la realización de investigaciones sobre la sensibilidad y especificidad de este protocolo de clasificación de riesgo en la atención pediátrica.

Los resultados del estudio mostraron aspectos clave en el proceso de calificación de riesgo por el Sistema de Triage Manchester, la aclaración de los principales flujogramas y discriminadores seleccionados en la clasificación de riesgo de los servicios prestados en la emergencia pediátrica. Este conocimiento puede aportar contribuciones a las prácticas de enfermería, ayudando a enfermeras en la mejora de la clasificación a través de este sistema.

Referencias

1. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [Acesso 15 dez 2015];49(1):144-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
2. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualISUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 [Acesso 10 abr 2013];14(5):1881-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>
3. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, van Lammeren N, Luitse JSK, 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 [Acesso 15 dez 2015];31:13-8. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/31/1/13.long>

4. Silva MFN, Oliveira GN, Marconato AMP, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 [Acesso 18 mai 2015];22(2):218-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>
5. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [Acesso 20 nov 2013];19(1):26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/05.pdf>
6. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. Nursing assistance in pediatric emergency services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004 [Acesso 20 ago 2013];12(3):477-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a05.pdf>
7. Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [Acesso 17 mai 2015];34(1):37-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/en_05.pdf
8. Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs AH, Ruige M, Van Der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006 [Acesso 23 mai 2013];23(12):906-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564249/>
9. 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 [Acesso 20 mai 2013];337:a1501. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1501>
10. Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in pediatric emergency care. *Scand J Trauma Resuscitation Emergency Med*. 2009 [Acesso 11 ago 2014];17:38. Disponível em: <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38/>
11. Van Ierland Y, Seiger N, Van Veen M, Van Meurs AHJ, Ruige M, Oostenbrink R et al. Self-referral and serious illness in children with fever. *Pediatrics*. 2012 [Acesso 14 set 2014];129(3):643-51. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e643.long>
12. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012 [Acesso 13 mai 2013];22(2):188-98. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>

13. Seiger N, Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AHJ, Moll HA. Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement. *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 14 mai 2014];96:653-7. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/7/653.long>
14. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 [Acesso 12 abr 2013];18(12):3663-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a22v18n12.pdf>
15. Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate*. 2013 [Acesso 13 ago 2014];37(93):51-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/07.pdf>
16. Van Veen M, Steyerberg EW, Van't Klooster M, Ruige M, Van Meurs AHJ, Van Der Lei J et al. The Manchester triage system: improvements for paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2012 [Acesso 13 jul 2013];1-6. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/29/8/654.long>
17. Van Ierland Y, Seiger N, Van Veen M, Moll HA, Oostenbrink R. Alarming signs in the Manchester Triage System: a tool to identify febrile children at risk of hospitalization. *J Pediatr*. 2013 [Acesso 7 nov 2014];162(4):862:6. Disponível em: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(12\)01136-5/fulltext](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)01136-5/fulltext)
18. Nijman RG, Zwinkels RL, Van Veen M, Steyerberg EW, Van Der Lei J, Moll HA et al. Can urgency classification of the Manchester triage system predict serious bacterial infections in febrile children? *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 25 ago 2014];96:715-22. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/8/715.long>
19. Van Veen M, Steyerberg EW, Lettinga L, Ruige M, Van Meurs AH, Van Der Lei J et al. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 04 nov 2014];96:513-8. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/6/513.long>

Recibido: 22.6.2015

Aceptado: 28.3.2016

Correspondencia:

Maria Luzia Chollopetz da Cunha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: maria.luzia@ufrgs.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.