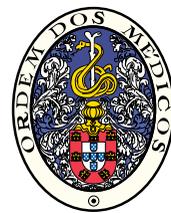


# Crianças que Abandonam a Urgência Pediátrica: Oportunidades Perdidas?



## Children who Leave the Emergency Department: Missing Opportunities?

Virgínia MACHADO<sup>1</sup>, Sofia PEÇAS<sup>1</sup>, Isabel PERIQUITO<sup>1</sup>, Andreia MOTA<sup>1</sup>, Estela VEIGA<sup>1</sup>, Maria de Jesus BALSEIRO<sup>1</sup>  
*Acta Med Port* 2014 Sep-Oct;27(5):568-575

### RESUMO

**Introdução:** As crianças que abandonam a Unidade de Urgência Pediátrica antes do seu processo de atendimento estar terminado podem apresentar um agravamento clínico posterior, relacionado com a falta de avaliação médica atempada.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivo avaliar os casos de abandono na nossa Unidade de Urgência Pediátrica, caracterizar este grupo de crianças e a sua evolução clínica.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva e descritiva dos processos de urgência das crianças que abandonaram a Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital de São Bernardo antes de terminar o processo de atendimento, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2012.

**Resultados:** Um total de 538 crianças abandonou a Unidade de Urgência Pediátrica (1,35% de todas as admissões). A maioria (89,5%) não apresentava critério de observação urgente e abandonou antes da observação médica inicial (82,7%). A percentagem de abandonos foi maior nos meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro (64%), à terça-feira (19,3%) e durante o turno da tarde (60,8%). Estes períodos coincidiram com os picos de maior afluência à Unidade de Urgência Pediátrica. O tempo de espera para observação médica foi na maioria (94,4%) adequado à gravidade clínica. Seis doentes regressaram nas 72 horas seguintes, dos quais dois necessitaram de internamento.

**Discussão:** Verificou-se uma percentagem de abandonos dentro do espectável. A menor gravidade aferida na triagem e os tempos de espera prolongados foram factores predisponentes ao abandono.

**Conclusão:** A sobrelotação das Urgências Pediátricas com doentes sem critérios de urgência, que aumentam os tempos de espera, pode conduzir ao abandono com posterior readmissão em situação clínica de agravamento, o que na nossa série aconteceu em apenas dois casos.

**Palavras-chave:** Criança; Desistência; Serviço de Urgência Hospitalar; Tempos de Espera; Portugal.

### ABSTRACT

**Introduction:** Children who leave the Emergency Department may be at risk for preventable health problems related to the lack of timely assessment.

**Objective:** The aim of this study was to evaluate and characterize the cases of children leaving our Emergency Department and to determine their clinical outcome.

**Material and Methods:** A retrospective and descriptive review of the patient's medical records was conducted. All children leaving the Emergency Department of Hospital de São Bernardo between January 1 and December 31, 2012, were included in the study.

**Results:** A total of 538 children abandoned the Emergency Department (1.35 % of all admissions). The majority (89.5%) had no criteria for urgent assessment and abandoned before medical observation (82.7%). The percentage of leaving was higher in the months of December, January and February (64%), on Tuesday (19.3%) and in the afternoon shift (60.8%). These periods coincided with the peak inflow of patients to the Emergency Department. The waiting time for medical observation was in most cases (94.4%) appropriate to the clinical severity. Six patients returned within 72 hours, 2 requiring hospitalization.

**Discussion:** The percentage of patients that walked-out from the Emergency Department was within the expected range. A non-urgent triage level and prolonged waiting times were predisposing factors to abandonment.

**Conclusion:** Overcrowding of the Emergency Department with children with non-urgent problems, that increase waiting times, can lead to abandonment with unfavorable outcome, which in our series occurred in only 2 cases.

**Keywords:** Child; Patient Dropouts; Emergency Service, Hospital; Waiting Lists; Time Factors; Portugal.

### INTRODUÇÃO

As crianças que abandonam uma Urgência Pediátrica (UP) antes do seu processo de atendimento estar terminado são um grupo sobre o qual não encontramos estudos publicados em Portugal. Estas crianças representam uma população cuja gravidade e evolução da doença desconhecemos, existindo a preocupação de que, na sequência do abandono, ocorra um agravamento clínico que a avaliação médica atempada poderia ter prevenido.<sup>1</sup>

O abandono prematuro da UP é frequentemente citado<sup>1-3</sup> como resultado da sobrelotação destes serviços por

doentes sem critérios de observação urgente e que aumentam os tempos de espera. Para além do tempo de espera, outros aspectos referidos como facilitadores do abandono são a menor gravidade aferida na triagem e a proximidade da residência ao hospital.<sup>1,4</sup> Na literatura internacional, estão descritas, em séries pediátricas, percentagens de abandono que vão desde 1 a 15%.<sup>5-7</sup> Idealmente, esta percentagem deveria ser inferior a 2%.<sup>8</sup>

A evolução desfavorável da criança que abandona a UP tem sido alvo de estudos prospectivos<sup>9,10</sup> e é definida como

1. Serviço de Pediatria. Hospital de São Bernardo. Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal. Portugal.

Recebido: 16 de Novembro de 2013 - Aceite: 17 de Março de 2014 | Copyright © Ordem dos Médicos 2014



a necessidade de internamento, procedimentos invasivos (terapêutica endovenosa, intervenção cirúrgica), transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos ou morte, nas 72 horas que se seguem ao abandono. Na literatura, estão descritas taxas de internamento para estes doentes que variam entre 1.5% a 4%.<sup>6,11</sup> De acordo com os critérios de qualidade, esta deveria ser inferior a 5% e o mais próximo possível de 1%.<sup>12,13</sup>

Na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) do Hospital de São Bernardo, o sistema de triagem classifica o doente numa de três categorias identificadas por uma cor e tempo alvo médio até à primeira observação médica. A primeira categoria corresponde à primeira prioridade, cor vermelha, atendimento imediato ou muito urgente (0 a 10 minutos). A segunda categoria corresponde à prioridade urgente, cor amarela, cujo tempo médio estipulado para o atendimento é de 60 minutos. A terceira categoria corresponde à prioridade pouco urgente/não urgente, cor azul, com tempo alvo médio estimado entre 120 a 240 minutos.

Este sistema tem por base critérios de prioridade definidos na nossa UUP desde a abertura das actuais instalações em 1997 e revistos em 2000, de acordo com as recomendações da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo para as UP. Estes critérios não estão obrigatoriamente relacionados com o diagnóstico e procuram reproduzir aspectos da condição particular do doente (por exemplo, grupo etário e existência de referenciação prévia). São assim considerados, para além da queixa, sinais e sintomas como comprometimento da via aérea, respiração e circulação, hemorragia, nível de consciência, duração do problema e alguns parâmetros quantificáveis como a glicémia, temperatura, pulso e saturação periférica de oxigénio.

Não foram encontrados na literatura estudos sobre o número de doentes que abandonam as UP no nosso país. Deste modo, foi objectivo do presente estudo avaliar a percentagem de abandonos da UUP do nosso hospital e caracterizar este grupo de crianças e a sua evolução clínica. Pretendemos também, através da identificação de potenciais factores de risco para o abandono, promover o desenvolvimento de estratégias para a melhoria do serviço prestado na nossa UUP.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de natureza descritiva. O período de estudo foi de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012.

Os dados iniciais foram obtidos através do Gabinete de Informação para a Gestão do Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo. Foram inicialmente incluídas todas as crianças com alta, no sistema ALERT®, por “saída contra parecer médico”, “abandono” ou “não respondeu à chamada”. Procedeu-se posteriormente à análise individual dos processos de urgência de todas estas crianças, incluindo-se no estudo apenas aquelas em que se tratava de facto de abandono da UUP. Foram excluídas as crianças cujo destino da alta no sistema ALERT® tinha sido incorrectamente introduzido.

A amostra de crianças que abandonou efectivamente a UUP foi caracterizada quanto à idade, sexo, motivo de recurso e a sua variação temporal (mês, dia da semana, horário). Avaliamos ainda os tempos de espera, a evolução clínica e a taxa de readmissão para estes doentes. O número de abandonos foi analisado relativamente ao número total de admissões na UUP para o período temporal em questão.

## RESULTADOS

Durante o período de estudo, verificaram-se 39998 admissões na UUP do Hospital de São Bernardo. De acordo com os dados iniciais do Gabinete de Informação para a Gestão, 671 destes doentes haviam tido alta por saída contra parecer médico, abandono ou não respondeu à chamada. Após revisão individual de todos os processos, foram excluídos 133 doentes cujo destino da alta no processo ALERT® tinha sido incorrectamente introduzido e que haviam deixado a UUP após terminar o seu processo de atendimento.

Assim, foram incluídas 538 crianças que abandonaram a UUP de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012, o que correspondeu a 1,35% de todas as admissões na UUP durante o período de estudo. Cerca de 14% destas crianças tinha abandonado a UUP em vindas anteriores.

Em relação às características demográficas destes doentes, verificou-se um discreto predomínio de crianças do sexo masculino (294 doentes, 54,6%), uma média de idades de 4,5 anos e mediana de três anos.

O grupo etário dos 29 dias aos dois anos reuniu a maior percentagem de abandonos (191 doentes, 35,5%) seguindo-se uma redução progressiva do número de abandonos com o avançar da idade. Houve apenas um caso de abandono de recém-nascido.

Em relação à altura do processo de atendimento na UUP em que ocorreu o abandono, verificamos que 91 crianças (16,9%) abandonaram a UUP logo após inscrição e antes da triagem de enfermagem. Contudo, a maior percentagem de abandonos aconteceu após a triagem de enfermagem e antes da observação médica (354 doentes, 65,8%) (Fig. 1).

Em relação às crianças que abandonaram após a observação médica (93 doentes, 17,3%), a maioria fê-lo antes da reavaliação clínica (49 doentes, 52,7%), e os restantes enquanto aguardavam resultados de exames (28 doentes, 30,1%) ou mesmo contra parecer médico (16 doentes, 17,2%) (Fig.2).

Dos 447 doentes triados, a maioria (400 doentes, 89,5%) não apresentava critério de observação urgente. Dos 47 doentes com critério de observação urgente (Tabela 1), 17 não chegaram a ser observados pelo médico.

Relativamente aos motivos de recurso dos doentes que abandonaram após a triagem de enfermagem ou após a observação médica (447 doentes), verificou-se um predomínio de queixas do foro respiratório (177 doentes, 39,6%) e do foro gastrointestinal (102 doentes, 22,8%). Um número ainda importante de crianças (44 doentes, 9,8%) recorreu por febre isoladamente, sem outras queixas dos restantes

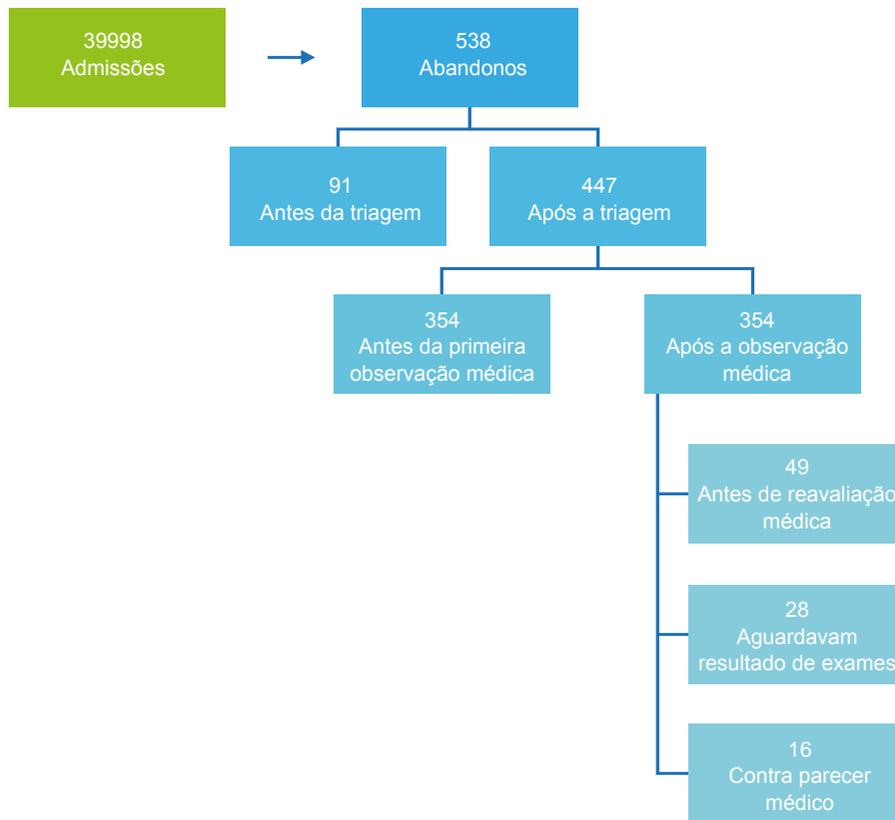


Figura 1 – Altura do abandono

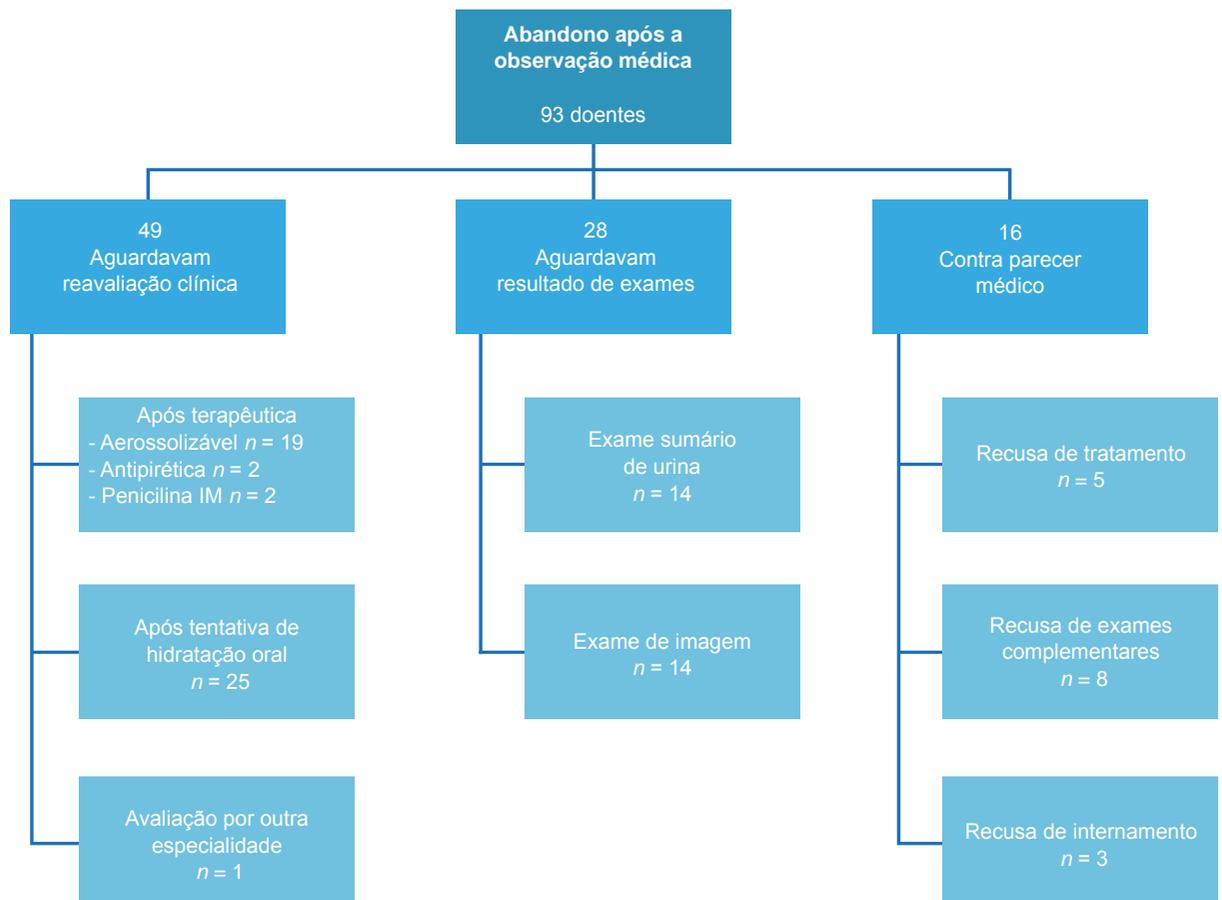


Figura 2 – Doentes que abandonaram após a observação médica

**Tabela 1** - Características dos 47 doentes com critério de observação urgente que abandonaram a UUP

Características	Nº de casos
<b>Sexo</b>	
Masculino	34
Feminino	13
<b>Idade</b>	
Média	58 M
Mediana	22 M
<b>Horário de admissão</b>	
[0h - 8h]	9
[8h - 16h]	15
[16h - 0h]	23
<b>Tempo médio até triagem</b>	15 Min
<b>Tempo médio até à primeira observação médica</b>	55 Min
<b>Altura do abandono</b>	
Antes da observação médica	17
Enquanto aguardava reavaliação clínica	18
Enquanto aguardava resultado de ECD	8
Saída contra parecer médico	4
<b>Realização de ECD</b>	
Sim	9
Não	21
<b>Realização de terapêutica</b>	
Sim (CT/BD/SRO)	17
Não	13

M – meses; Min – minutos; ECD – exames complementares de diagnóstico; CT – corticóide sistémico; BD – broncodilatador inalado ou aerossolizável; SRO – Soro de rehidratação oral

**Tabela 2** – Motivos de recurso dos doentes que abandonaram após triagem de enfermagem ou após observação médica, por grupos diagnósticos e triagem

Grupos diagnósticos	Nº de casos sem critério de observação urgente	Nº de casos com critério de observação urgente
Respiratório <i>n</i> = 177	158	19
Gastrointestinal <i>n</i> = 102	97	5
Infeccioso não especificado <i>n</i> = 44	43	1
Dermatológico <i>n</i> = 44	44	—
Osteoarticular/Traumatológico <i>n</i> = 29	17	12
Geniturinário <i>n</i> = 14	12	2
Psiquiátrico <i>n</i> = 9	6	3
Oftalmológico <i>n</i> = 8	8	—
Neurológico <i>n</i> = 5	3	2
Estomatológico <i>n</i> = 4	4	—
Sem doença <i>n</i> = 11	8	3
Totais	400	47

órgãos ou sistemas, e por queixas do foro dermatológico (44 doentes, 9,8%) (Tabela 2).

Dentro da patologia respiratória, os motivos de recurso mais frequentes foram compatíveis com infeções agudas das vias aéreas superiores (140 doentes, 79,1%), na sua maioria quadros de rinofaringite. A patologia gastrointestinal consistiu principalmente em queixas sugestivas de gastroenterite de etiologia infecciosa presumível (69 doentes, 67,6%). A patologia dermatológica incluiu na maioria dos casos lesões cutâneas exantemáticas inespecíficas (18 doentes, 40,9%). A patologia osteoarticular/traumatológica foi composta sobretudo por casos de traumatismo cranioencefálico (14 doentes, 48,3%).

**Tempos de espera** - Em relação aos tempos de espera para a amostra total, o tempo médio entre a inscrição e a chamada para a triagem de enfermagem foi de 17 minutos (mínimo 0 minutos, máximo 57 minutos). O tempo médio de espera entre a triagem e a observação médica foi no geral de 1 hora e 29 minutos (mínimo 3 minutos, máximo 4 horas e 40 minutos). Os casos não urgentes esperaram em média 1 hora e 53 minutos para a observação médica e os casos urgentes 55 minutos. De referir que 11 doentes triados como urgentes esperaram mais de uma hora (mas menos de duas horas) e 19 doentes triados como não urgentes esperaram mais de quatro horas (mas menos de cinco horas). O tempo médio para a reavaliação médica depois da primeira observação foi de 2 horas e 36 minutos (mínimo 16 minutos, máximo 6 horas e 29 minutos).

**Varição temporal** - Os meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro reuniram a maior percentagem de abandonos (344 doentes, 64%). De notar que a média de admissões nestes meses foi de 4259 em comparação com 2916

admissões nos restantes meses no ano (Fig. 3A).

Apesar da discreta diferença, a terça-feira foi o dia da semana em que se verificou maior percentagem de abandonos (104 doentes, 19,3%) seguida da segunda-feira (94 doentes, 17,5%). Estes foram os dias da semana com maior afluência à UUP no período de estudo (média de

6283 admissões em comparação com 5486 nos restantes dias). O sábado foi o dia da semana em que se registaram menos abandonos (35 doentes, 6,5%), sendo que este foi o dia da semana com menor afluência à UUP (4850 admissões) (Fig. 3B).

O horário com maior percentagem de abandonos foi o

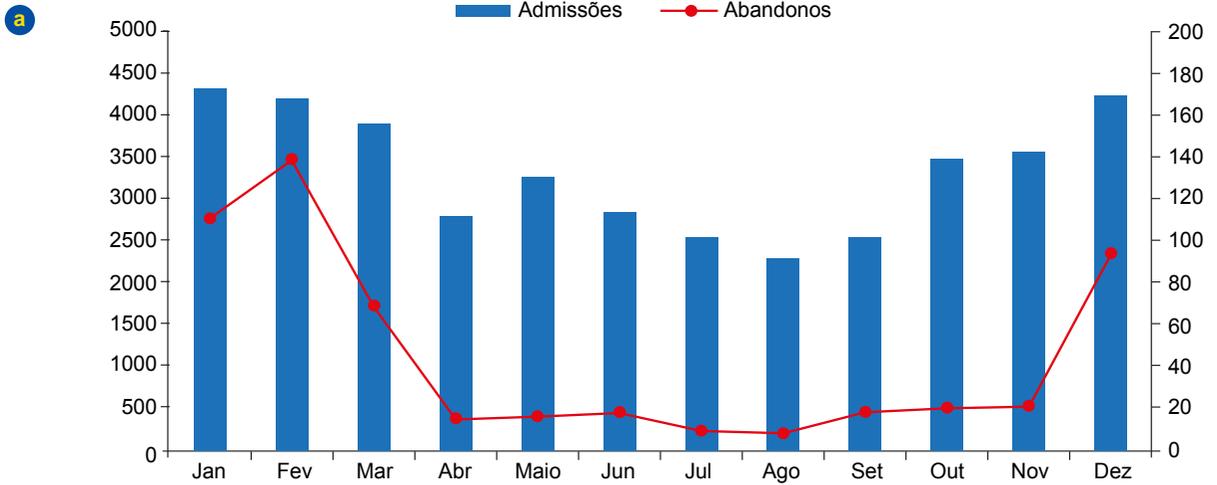


Figura 3a – Distribuição temporal dos abandonos por mês

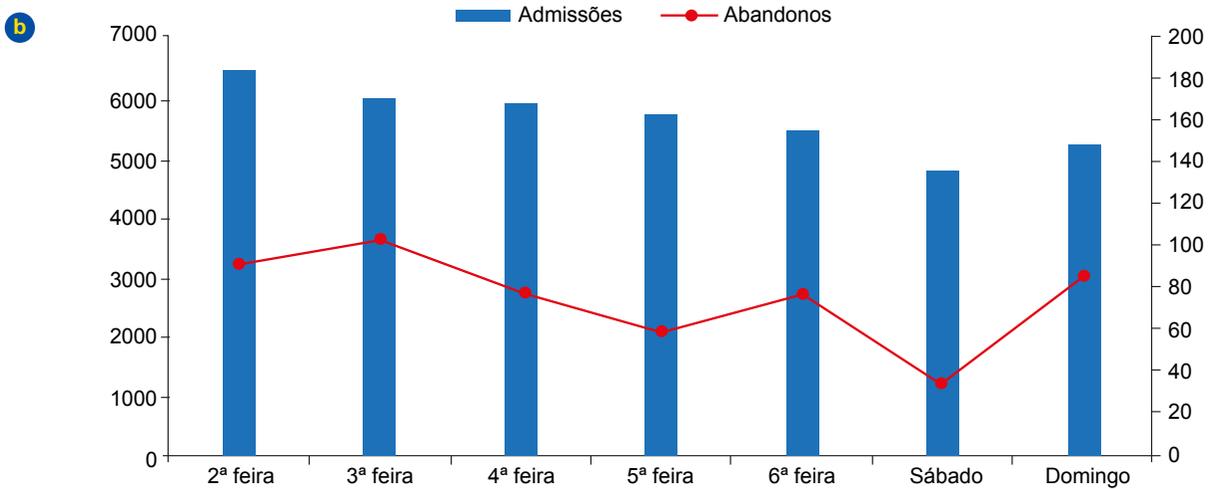


Figura 3b – Distribuição temporal dos abandonos por dia da semana

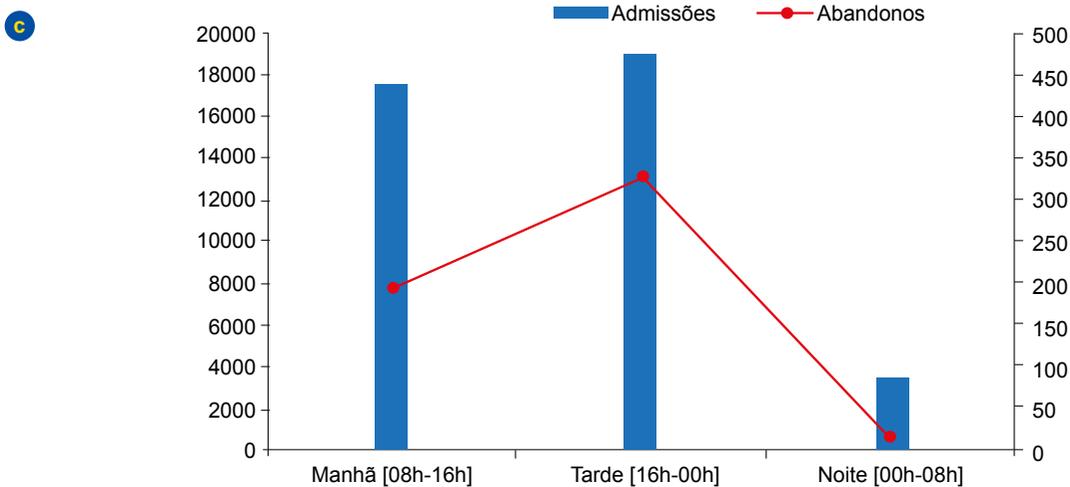


Figura 3c – Distribuição temporal dos abandonos por horário

das 16 horas às 00h00 horas (327 doentes, 60,8%) Este foi também o período do dia em que a afluência à UUP foi maior (18907 doentes, 47,3% de todas as admissões) (Fig. 3C).

**Evolução clínica** - Do total de crianças que abandonaram, seis (1,11%) regressaram nas 72 horas seguintes ao abandono e duas precisaram de internamento (taxa de readmissões de 0,37%) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Verificou-se uma percentagem de abandonos dentro do espectável, de acordo com os dados da literatura (< 2%). Uma percentagem não desprezível de doentes (14%) tinha já abandonado previamente a UUP, o que vai de encontro à literatura<sup>2</sup> onde este é um reconhecido factor de risco para a recorrência do abandono.

Em relação às características demográficas dos doentes que abandonaram, verificámos que mais de 1/3 dos doentes (35,5%) pertencia ao grupo etário dos 29 dias até aos dois anos, com redução progressiva no número de abandonos com o avançar da idade. De facto, a idade mais jovem é um factor de risco para o abandono, já descrito na literatura.<sup>2</sup> Do mesmo modo, com o avançar da idade, diminuem os episódios de doença aguda e consequentemente também o recurso aos serviços de urgência, fazendo com que a probabilidade de abandono seja menor nos grupos etários mais velhos.

O tempo médio de espera até à triagem foi de 17 minutos, o que pode ser considerado excessivo. Contudo, sabe-se que a triagem em pediatria pode ser mais demorada do que nos adultos.<sup>14</sup> Acresce que na nossa UUP não há exclusividade do enfermeiro destacado na triagem, que

sempre que necessário apoia outros sectores (sala de tratamentos ou reanimação). A este propósito, e uma vez que foram identificados neste estudo os períodos críticos de maior afluência e consequentemente de maior risco de abandono, poderá ser importante analisar a possibilidade de colocar um enfermeiro em função exclusiva na triagem.

No que respeita às crianças que abandonaram a UUP após a inscrição e antes da triagem de enfermagem, pensamos que, enquanto aguardavam na sala a chamada para a triagem, a percepção do tempo de espera previsto para a observação médica poderá ter demovido os acompanhantes da consequente espera.

Em relação aos doentes que abandonaram após a triagem de enfermagem e antes da observação médica, acreditamos que a avaliação de enfermagem na triagem poderá ter tranquilizado os pais quanto à ausência de gravidade da queixa e de necessidade de observação em contexto de urgência, conduzindo ao abandono. Do mesmo modo, também nestes doentes, o tempo de espera médio previsto para observação médica, de acordo com a prioridade atribuída na triagem, e que se encontra afixado na UUP, poderá ter contribuído para a decisão de abandonar.

O tempo de espera desde a triagem até observação médica foi na maioria dos casos adequado à gravidade aferida na triagem (94,4%).

Verificámos, na nossa série, um número elevado de doentes que abandonou após a primeira observação médica, sendo que a maioria aguardava reavaliação clínica. Consideramos que a grande afluência de doentes em espera para a primeira observação médica pode conduzir ao atraso na reavaliação clínica dos doentes que já estão em vigilância/monitorização dentro da UUP, sendo qualquer agravamento rapidamente identificado. Ao mesmo tempo,

Tabela 3 - Características e evolução clínica dos doentes que regressaram após abandono

Sexo	Idade	Tempo de espera até a triagem	Queixa	Prioridade aferida na triagem	Tempo de espera até à primeira avaliação médica	Altura do abandono	Evolução na recorrência
Masc	2,5 M	11 min	Tosse laríngea	Urgente	25 min	Aguardava reavaliação médica após AE	Alta
Fem	18 M	30 min	Vómitos, diarreia e febre	—	—	Antes da triagem	Internamento por desidratação
Masc	20 M	3 min	Vómitos e diarreia	Não urgente	32 min	Aguardava reavaliação médica após SRO	Alta
Masc	3 A	14 min	Vómitos	Não urgente	1h31 min	Após a triagem	Voltou a abandonar a UUP
Masc	3 A	20 min	Lesões aftosas e febre	Não urgente	1h38 min	Após a triagem	Internamento por recusa alimentar
Fem	15 A	16 min	Rinorreia anterior e tosse	Não urgente	39 min	Após a triagem	Alta

Masc – masculino; Fem – feminino; M – meses; A – anos; Min – minutos; SRO – soro de rehidratação oral; AE – aerosolterapia; UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

será importante mencionar que mais de metade destes doentes apresentava vômitos persistentes tendo abandonado no período em que efectuava hidratação oral fraccionada, provavelmente bem-sucedida, levando ao abandono sem aguardar para dar conhecimento ao médico.

Ainda relativamente aos doentes que abandonaram após a primeira observação médica, um número importante aguardava o resultado de exames complementares, cuja demora ultrapassa o controlo do médico. Na nossa opinião, este aspecto não está relacionado com o circuito dos produtos biológicos na UUP porque as colheitas de sangue são realizadas na própria UUP na grande maioria dos casos, o seu transporte é célere, efectuado pelas nossas Assistentes Operacionais, e as instalações do laboratório de urgência são adjacentes à UUP. Note-se, no entanto, que o exame pendente em metade destes doentes foi uma análise de urina, em que a demora se prende com a obtenção da amostra, dependente da micção espontânea numa criança, muitas vezes, sem controlo de esfíncteres. De referir ainda, mais uma vez, que a elevada afluência de doentes pode também ter dificultado a observação em tempo útil do resultado dos referidos exames. Este é aspecto sobre o qual cada um, individualmente, poderá reflectir com vista a tentar melhorar a sua metodologia de trabalho no que respeita à chamada de novos doentes para observação com reavaliações clínicas e exames complementares de diagnóstico pendentes.

Os motivos de recurso dos doentes que abandonaram incluíram maioritariamente patologia de etiologia infecciosa presumível incluindo respiratória, gastrointestinal e exantemática.

Os períodos (mês, dia da semana, hora do dia) com maior percentagem de abandonos foram coincidentes com aqueles em que a afluência à UUP foi maior e consequentemente também os tempos de espera. Este aspecto, faz-nos inferir que a maior demora no atendimento seja um factor determinante para o abandono, tal como descrito na literatura.

Constatámos uma reduzida taxa de recorrência nas 72 horas após o abandono (1,11%). A taxa de internamento para estes doentes foi também muito baixa (0,37%). De referir que nenhuma das duas crianças que necessitou de internamento tinha sido observada por médico na primeira vinda à UUP, sendo que uma havia inclusivamente abandonado antes da triagem de enfermagem. Assim, e desconhecendo a gravidade clínica na primeira vinda, não podemos concluir que a necessidade de internamento na recorrência se deva apenas a um agravamento clínico decorrente do abandono.

Dada a natureza retrospectiva deste estudo, desconhecemos, também se nos outros doentes que não regressa-

ram houve uma resolução espontânea das queixas ou se procuraram atendimento noutra instituição de saúde e em que situação clínica o fizeram.

Relativamente à associação entre o número de abandonos e os períodos de sobrelotação da Unidade de Urgência Pediátrica, e uma vez que não podemos aumentar o número de profissionais de saúde destacados neste sector, resta-nos esperar a criação futura pela tutela de alternativas de atendimento eficazes, ao nível dos cuidados de saúde primários, para melhor avaliação da doença aguda infantil. Consideramos como limitações deste estudo a sua natureza retrospectiva que impossibilitou a análise de alguns aspectos de natureza socioeconómica e humana, referidos na literatura<sup>2,7</sup> como potenciadores do abandono, como o nível sócio-económico mais baixo e menor grau de satisfação/confiança no profissional de saúde. O facto de este ser um estudo retrospectivo dificultou a avaliação da evolução clínica dos doentes que abandonaram e pode também ter conduzido a algum viés de informação. Consideramos ainda que o reduzido tamanho da amostra poderá ser igualmente um factor limitante neste estudo.

## CONCLUSÃO

Verificámos uma reduzida taxa de abandono na nossa UUP. Os factores associados ao abandono foram a menor gravidade aferida na triagem e os tempos de espera prolongados associados aos períodos de maior afluência (meses de Dezembro a Fevereiro, terças-feiras, horário da tarde).

A maioria das crianças que abandonou a UUP fê-lo após a triagem de enfermagem e não tinha critérios de observação urgente, o que reforça a qualidade da triagem implementada na UUP.

As recorrências após o abandono foram em número muito reduzido e apenas em dois casos houve necessidade de internamento hospitalar.

Apenas estudos prospectivos nos permitirão avaliar a evolução clínica dos doentes que, após o abandono, não regressaram à nossa UUP.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflitos de interesse na realização deste trabalho.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não terem existido fontes de financiamento externas na realização deste trabalho.

Os resultados deste estudo foram apresentados sob a forma de *poster* no 14º Congresso Nacional de Pediatria, Centro de Congressos da Alfândega, Porto. Data: 3 de Outubro de 2013 a 5 de Outubro de 2013.

## REFERÊNCIAS

1. Gaucher N, Bailey B, Gravel J. Who are the children leaving the emergency department without being seen by a physician? Acad Emerg Med. 2011;18:152-7.
2. Ding R, McCarthy ML, Li G, Kirsch TD, Jung JJ, Kelen GD. Patients who leave without being seen: Their characteristics and history of emergency department use. Ann Emerg Med. 2006;48:686-93.
3. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick TG. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. Am J Emerg Med. 2005;23:288-94.

4. Hobbs D, Kunzman SC, Tandberg D, Sklar D. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med.* 2000;18:767-72.
5. Cross KP, Cammack VH, Calhoun AW, Gracely EJ, Kim IK, Stevenson MD, et al. Premature departure from the pediatric emergency department: a cohort analysis of process- and patient-related factors. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26:349-56.
6. Kronfol RN, Childers K, Caviness AC. Patients who leave our emergency department without being seen: the Texas Children's Hospital experience. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22:550-4.
7. Lugo S, Pavlicich V. Pacientes no atendidos que abandonaron un Servicio de Urgencias. *Pediatría.* 2011;38:17-22.
8. Welch S, Augustine J, Camargo CA-Jr, Reese C. Emergency department performance measures and benchmarking summit. *Acad Emerg Med.* 2006;13:1074-80.
9. Gravel J, Gouin S, Carrière B, Gaucher N, Bailey B. Unfavourable outcome for children leaving the emergency department without being seen by a physician. *CJEM.* 2013;15:289-99.
10. McNamara KJ. Patients leaving the ED without being seen by a physician: is same-day follow-up indicated? *Am J Emerg Med.* 1995;13:136-41.
11. Browne GJ, McCaskill ME, Giles H, Lam LT, Fasher BJ, Exley B. Paediatric walk-out patients: characteristics and outcomes. *J Paediatr Child Health.* 2001;37:235-9.
12. Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, et al. Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *Can J Emerg Med.* 2011;13:300-9.
13. Portal da Saúde. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU 2012 [consultado 2013 Nov 16]. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>.
14. Baumann MR, Strout TD. Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3) triage algorithm in pediatric patients. *Acad Emerg Med.* 2005;12:219-24.

Virgínia MACHADO, Sofia PEÇAS, Isabel PERIQUITO, Andreia MOTA, Estela VEIGA, Maria de Jesus BALSEIRO

## Crianças que Abandonam a Urgência Pediátrica: Oportunidades Perdidas?

Acta Med Port 2014;27:568-575

Publicado pela **Acta Médica Portuguesa**, a Revista Científica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151

1749-084 Lisboa, Portugal.

Tel: +351 218 428 215

E-mail: [submissao@actamedicaportuguesa.com](mailto:submissao@actamedicaportuguesa.com)

[www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)

ISSN:0870-399X | e-ISSN: 1646-0758



ACTA MÉDICA  
PORTUGUESA

