	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.036	1 / 3
ALERTA PRECOCE E BALANÇO EM OBSTETRICIA	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>	
	Direção Técnica/ Obstetrícia		


**Objetivo**

Definir os critérios de alerta precoce e orientar sobre o correto preenchimento do FORM.DT.018 - ALERTA PRECOCE OBSTETRÍCIA.

<b>Descrição do procedimento</b>	
<b>Responsável</b>	<b>Ação</b>
Técnica de Enfermagem	Checar e anotar os sinais vitais no formulário padronizado FORM.DT.018 - ALERTA PRECOCE OBSTETRÍCIA, seguindo as orientações para preenchimento;
	Comunicar a enfermeira sempre que sinais vitais na faixa amarela ou vermelha;
Enfermeira	Atender o paciente sempre que solicitada pela técnica de enfermagem;
	Seguir orientações da interpretação dos sinais vitais e conduta, conforme fluxograma;
	Orientar a monitorização contínua de pacientes, conforme protocolo;
	Orientar a coleta de glicemia capilar em pacientes com síncope, desmaio, sudorese persistente ou rebaixamento do nível de consciência;
	Solicitar avaliação do médico (comunicação pelo método SBAR) sempre que indicado pelo protocolo ou quando se fizer necessário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>S</b> (nome e localização da paciente): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Boa tarde Dr. X, aqui é a enfermeira Y e vou te passar o caso da paciente Z, que está na enfermaria da ala nova no leito 17.1”</li> </ul> </li> <li>• <b>B</b> (qual o diagnóstico e motivo da internação): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “): Ela tem diagnóstico de trabalho de parto prematuro e está inibindo com tractocile”;</li> </ul> </li> <li>• <b>A</b> (atualizar para o médico os sinais vitais aferidos): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Aferimos os sinais vitais e ela permanece com FC 132 bpm após 30 minutos de observação, com FR 32 ipm, saturando 94% e com pressão de 110 x 70 mmHg”;</li> </ul> </li> <li>• <b>R</b> (explicar ao médico o que você quer que ele faça): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Como ela permanece com dois sinais vitais alterados, preciso de uma avaliação por escrito do senhor em até uns 30 minutos, conforme nosso protocolo de alerta precoce. Já entrei em contato com médico assistente que está de acordo (ou não consegui contato com médico assistente)”;</li> </ul> </li> </ul>
Obstetra Plantonista	Avaliar o paciente sempre que solicitado, anotando conduta em prontuário.


<b>ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO</b>
<p>Ao avaliar a paciente, observar <b>sinais vitais</b> (FC, FR, temperatura, pressão, saturação e aplicar a escala da dor);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao nível de consciência e coloração da pele;</li> <li>• Perguntar ou verificar sobre loquiação, se pertinente;</li> <li>• Sempre perguntar sobre diurese e vômitos;</li> <li>• Caso sinais vitais dentro da faixa de normalidade, nada a se fazer;</li> </ul>

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	TATIANA CARLA M. SANTANA Gerente de Enfermagem	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
<b>Data: 01/04/2020</b>	<b>Data: 01/04/2020</b>	<b>Data: 03/04/2020</b>

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.036	2 / 3
ALERTA PRECOCE E BALANÇO EM OBSTETRICIA	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>	
	Direção Técnica/ Obstetrícia		

<p>Como avaliar o <b>estado mental</b>?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O normal é que esteja acordada, alerta (A);</li> <li>• A paciente pode estar apenas dormindo, com sono (S);</li> <li>• Consideramos estado mental rebaixado quando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Só acorda ou reage ao chamado ou voz alta (V);</li> <li>○ Responde somente a dor, com compressão do leito ungueal ou do ângulo da mandíbula (D);</li> <li>○ Não responde a nada (N);</li> <li>○ Confusão mental, com frases desconexas ou agressividade desproporcional (C);</li> </ul> </li> </ul>
<p>Na avaliação do <b>sangramento</b>, escolher uma das categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F (fisiológico): loquiação habitual, vermelha nos três primeiros dias, com cheiro semelhante ao do sangue menstrual e marrom acastanhada após. Necessidade de troca de um absorvente a cada 6 horas é o mais comum;</li> <li>• P (pequeno sangramento): necessidade de troca de absorvente a cada 3 ou 4 horas pelo sangramento pouco aumentado;</li> <li>• M (sangramento moderado): 1 absorvente do tipo grande (noturno) enche em 30 minutos, presença de coágulos;</li> <li>• V (sangramento importante): 2 absorventes do tipo grande (noturno) enchem em 30 minutos ou poça no lençol com mais de 50 cm de diâmetro ou peso do lençol ultrapassando 500 gramas (descontando o peso do lençol) ou hemorragia com sangue escorrendo para o chão;</li> </ul>
<p>Para avaliar a <b>dor</b>, utilizar a escala visual, onde 0 é ausência de dor e 10 a pior dor de toda a vida (se <math>\geq 7</math> é importante);</p>
<p>A <b>glicemia capilar</b> deve ser realizada sob solicitação do médico ou do enfermeiro (em pacientes com síncope, desmaio, sudorese persistente ou rebaixamento do nível de consciência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será considerado hipoglicemia quando o valor estiver <math>&lt; 70</math> mg/dl e o médico deverá ser avisado;</li> <li>• O ideal é manter a glicemia entre 70-110 mg dl para pacientes sem soro com glicose, nem diabéticas e manter entre 70 – 140 mg/dl para diabéticas e pacientes recebendo soro com glicose;</li> </ul>
<p>Quanto aos <b>vômitos</b>, basta anotar o número de episódios no período;</p>
<p>Quanto a <b>diurese</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com sonda: anotar o volume que teve no seu turno: abaixo de 30 ML a cada hora deve-se comunicar a enfermeira;</li> <li>• Paciente sem sonda: anotar se apresentou diurese nas últimas 6 horas (escrever um sinal de mais + se positivo e um sinal de menos se negativo);</li> </ul>
<p><b>Contrações</b>: apenas para gestantes em inibição ou em trabalho de parto: anotar quantas contrações em 10 minutos tem apresentado;</p>
<p>Em casos onde não se aplica o item de avaliação (exemplo: não se aplica BCF em pacientes com feto morto ou sem gestação), basta marcar um X ou uma barra / no quadrado correspondente.</p>

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	TATIANA CARLA M. SANTANA Gerente de Enfermagem	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
<b>Data: 01/04/2020</b>	<b>Data: 01/04/2020</b>	<b>Data: 03/04/2020</b>

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.036	3 / 3
ALERTA PRECOCE E BALANÇO EM OBSTETRICIA	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>	
	Direção Técnica/ Obstetrícia		

<b>ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DA PACIENTE</b>	
<b>MARCAÇÕES NO VERDE</b>	Técnica: Nada a fazer. Manter as anotações de sinais vitais habitualmente;
<b>APENAS UMA OBSERVAÇÃO NO AMARELO</b>	<p>Técnica: tratar se for febre ou dor (conforme prescrição médica e protocolo da dor) e repetir o exame em 30 minutos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se normalizou: nada a fazer;</li> <li>• Se persistiu alterado após 30 minutos: comunicar à enfermeira que virá avaliar os sinais vitais, registrar em prontuário e definir se será necessário acionar o médico assistente;</li> </ul>
<b>DUAS OBSERVAÇÕES NO AMARELO NO MESMO MOMENTO DA MEDIDA</b>	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar à enfermeira;</li> <li>• Reavaliar em 30 minutos;</li> </ul> <p>Enfermeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a paciente, tratar em caso de febre ou dor e anotar em prontuário;</li> <li>• Se normalizou: manter observação;</li> <li>• Se persistirem alterados após 30 minutos: seguir quadro abaixo;</li> </ul>
<b>DUAS OBSERVAÇÕES QUE PERSISTEM NO AMARELO APÓS 30 MINUTOS</b>	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar à enfermeira;</li> <li>• Manter reavaliação a cada 15 minutos até avaliação médica ou melhora;</li> <li>• Posicionar com cabeça semiestendida;</li> </ul> <p>Enfermeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação inicial e anotar em prontuário;</li> <li>• Monitorizar sinais vitais de 15 em 15 minutos até avaliação médica (ou monitorização com monitor contínuo se: rebaixamento da consciência, pressão sistólica &lt; 85 mmHg ou Saturação &lt; 94%);</li> <li>• Realiza glicemia capilar em pacientes com síncope, desmaio, sudorese persistente ou rebaixamento do nível de consciência;</li> <li>• Solicitar avaliação do médico assistente e se o mesmo não puder vir em até 30 minutos, solicitar avaliação pelo médico plantonista, que deverá avaliar e registrar em prontuário;</li> </ul> <p>Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e registrar em prontuário sua impressão.</li> </ul>
<b>OU</b>	
<b>APENAS UMA OBSERVAÇÃO NO VERMELHO</b>	

#### Referências bibliográficas

Shields LE et al. Use of Maternal Early Warning Trigger (MEWT) tool reduces maternal morbidity. Am J Obst Gynecol 2016;214:527. E1-6

Hedriana HL et al. Baseline assessment of a hospital-specific early warning trigger system for reducing maternal morbidity. Int J of Gynecol and Obst 2016 (132): 337-341

Protocolo de Hemorragia Puerperal da prefeitura de Belo Horizonte – MG – SUS

#### Anexos

FORM.DT.018 - ALERTA PRECOCE OBSTETRÍCIA.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	TATIANA CARLA M. SANTANA Gerente de Enfermagem	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 01/04/2020	Data: 01/04/2020	Data: 03/04/2020