|  |
| --- |
| **Objetivo** |

Definir os critérios de alerta precoce e orientar sobre o correto preenchimento do FORM.DT.017 - ALERTA PRECOCE NEONATOLOGIA.

|  |
| --- |
| **Descrição do procedimento** |
| **Responsável** | **Ação** |
| Técnica de Enfermagem | Checar e anotar os sinais vitais no formulário padronizado FORM.DT.017 - ALERTA PRECOCE NEONATOLOGIA, seguindo as orientações para preenchimento; |
| Comunicar a enfermeira sempre que sinais vitais na faixa amarela ou vermelha; |
| Monitorizar com oxímetro para saturação: se RN cianótico, muito pálido, gemente, com FR > 60 ipm, em crise convulsiva ou hipotônico (todo molinho); |
| 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: cianose, tremores, crise convulsiva ou hipotonia importante (todo molinho); |
| Solicitar avaliação do médico (comunicação pelo método SBAR) sempre que indicado pelo protocolo ou quando se fizer necessário:* **S** (nome e localização do paciente):
	+ “Boa tarde Dr. X, aqui é a enfermeira Y e vou te passar o caso do paciente RN de Z, do apartamento 112, que está no berçário”;
* **B** (qual o diagnóstico e fatores de risco maternos):
	+ **“**A mãe tem história de diabetes e está usando insulina”;
* **A** (atualizar para o médico os sinais vitais aferidos):
	+ “O bebê estava tremendo, aferimos os sinais vitais e ela permanece com FC 142 bpm, FR 32 ipm, saturando 94% e fiz uma glicemia pelo protocolo e deu 27 mg/dL”;
* **R** (explicar ao médico o que você quer que ele faça):
	+ “Gostaria que o senhor avaliasse e escrevesse no prontuário, conforme foi solicitado no nosso protocolo de hipoglicemia”;
 |
| Pediatra Plantonista | Avaliar o paciente sempre que solicitado, anotando conduta em prontuário. |
| **ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO** |
| Ao avaliar o paciente, observar: sinais vitais (FC, FR, temperatura, cor e aplicar a escala da dor);* Atenção ao nível de consciência e tônus muscular:
	+ Perguntar a mãe sobre regurgitação, diurese, sucção e pega e dejeção;
* Atenção à temperatura pois é diferente se for antes ou após 6 horas de vida;
 |
| Na **avaliação respiratória**, considerar um bebê com gemência como sendo grave, até avaliação do médico; |
| Quanto a **cor**, colocar R para rosado e C para cianótico. Se for indicado aferir saturação, anotar no local conforme o valor. As indicações são: RN cianótico, muito pálido, gemente, com FR > 60 ipm, em crise convulsiva ou hipotônico (todo molinho); |
| Como avaliar o **estado mental**?* O normal é que esteja acordado, alerta (A);
* O paciente pode estar apenas dormindo, com sono (S);
* Consideramos estado mental rebaixado (R) quando: sono prolongado, preocupante, e somente reage ao estímulo forte como o doloroso no leito ungueal ou ainda mesmo com estímulo não responde;
* Anotar hipotônico (H) quando o bebê estiver todo molinho, flácido, sem o tônus em flexão habitual;
* Quando apresentar tremores que configurem crise convulsiva, anotar (C);
 |
| Anotar quantos episódios de **apneia** apresentou. Define-se apneia por parar de respirar por mais de 20 segundos ou ainda parar de respirar por menos tempo, mas apresentando cianose ou bradicardia; |
| Para a **dor**, utilizar a escala facial NFCS – nota de 0 a 8 (de 3 em diante há dor); |
| Para **diurese, evacuação, vômito e regurgitação** anotar:* Quantidade:
	+ O: ausente;
	+ +: pouca quantidade;
	+ ++: moderada quantidade;
	+ +++: muita quantidade;
* Aspecto:
	+ A: amarelo;
	+ V: verde;
	+ C: claro salivar;
	+ L: leitoso/branco;
	+ S: sangue;
	+ M: meconeal;
 |
| Sobre as **regurgitações**:* Se criança está bem e resíduo leitoso ou leite digerido (amarelo), apenas observar;
* Comunicar ao médico se: regurgitar mais que 2 vezes em menos de 6 horas, abdome distendido, rajas de sangue ou escurecido, sangue vivo, conteúdo bilioso (verde) e necessidade de sonda por mais de 4 horas;
 |
| Anotar quantas vezes foi feito lavagem gástrica com sonda; |
| Avaliar a **sucção**: utilize os seguintes códigos: * SB: suga bem;
* NS: não suga quase nada;
* SD: suga com dificuldade e irritabilidade por problema do bebê ou da mama;
* SP: suga pouco, quando suga, mas para logo, tempo menor que 5 minutos;
 |
| Descrever o **leite** que está sendo oferecido:* No caso de leite artificial (fórmula infantil), sempre solicitar autorização prévia para a mãe antes de administrar;
* Utilizar os seguintes códigos:
	+ NI: não indicado, para casos com mãe HIV positivo;
	+ LM: leite materno;
	+ LA: leite artificial;
	+ J: jejum/pausa;
 |
| A **glicemia capilar** deve ser realizada sob solicitação do médico (indicado para prematuros até 36 semanas e 6 dias, PIG ou GIG, baixo peso (< 2.500 g) ou macrossômicos (> 4 kg) e também nos filhos de mãe diabética);* A enfermeira pode realizar nos casos de cianose, tremores, crise convulsiva ou hipotonia importante (todo molinho);
* Avisar ao médico imediato se:
	+ < 35 mg/dl nas primeiras 24 horas;
	+ < 40 mg/dl entre 24 e 48 horas;
	+ < 50 mg/dl após 48 horas de nascido;
	+ Abaixo de 25 mg/dl é sempre muito perigoso! Nos valores intermediários, seguir o protocolo de manejo de hipoglicemia;
 |
| Em casos onde não se aplica o item de avaliação, marcar um X ou uma barra / no quadrado. |
| **ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DO RN** |
| **MARCAÇÕES NO VERDE** | Técnica: Nada a fazer. Manter as anotações de sinais vitais habitualmente; |
| **APENAS UMA OBSERVAÇÃO NO AMARELO** | Técnica: manter em observação em berço aquecido e em caso de FR > 60 instalar oxímetro, reavaliando em 30 minutos (febre deve ser sempre comunicada ao pediatra);* Se normalizou: nada a fazer;
* 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;
 |
| **DUAS OBSERVAÇÕES NO AMARELO****OU****APENAS UMA OBSERVAÇÃO NO VERMELHO** | Técnica: * Manter em observação em berço aquecido e oxímetro;
* Colocar oxigênio (cateter 2 litros/minuto ou capacete com 5 litros/minuto) se apresentar cianose ou saturação < 94% até avaliação da enfermeira;
* Comunicar a enfermeira do setor e solicitar avaliação e registro em prontuário;

Enfermeira:* Realizar avaliação inicial e anotar em prontuário;
* Anotar sinais vitais de 15 em 15 minutos até avaliação médica ou melhora;
* Realizar glicemia capilar em pacientes com cianose, tremores, crise convulsiva ou hipotonia importante (todo molinho);
* Solicitar avaliação do pediatra de sala de parto e se o mesmo não puder vir, solicitar avaliação ao pediatra da UTIN ou UI;

Médico:* Avaliar e registrar em prontuário sua impressão.
 |

|  |
| --- |
| **Referências bibliográficas** |

Roland D. et al. The newborn early warning (NEW) system: development of a an at-risk infant intervention system. Infant, 2010 vol 6(4);116-120.

|  |
| --- |
| **Anexos** |

FORM.DT.017 - ALERTA PRECOCE NEONATOLOGIA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:**  | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| MARCOS ALVES PAVIONEDiretor Técnico | MARCOS ALVES PAVIONEDiretor Técnico | DERIJULIE SIQUEIRAGerente de Enfermagem | ULLY MARIANNE F. LEMOS Coord. da Qualidade |
| **Data: 01/04/2020** | **Data: 12/04/2024** | **Data: 15/04/2024** | **Data: 16/04/2024** |
| **Assinaturas e carimbo:**  |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. | Ajuste conforme gestão de documentos (2 anos) | 12/04/2024 |
| 2. |  |  |