|  |
| --- |
| **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 PAVIONE  Diretor Técnico | MARCOS ALVES PAVIONE  Diretor Técnico | DERIJULIE SIQUEIRA  Gerente 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. |  |  |