



Protocolo de Atenção à Saúde

Segurança do Paciente: Prevenção da Deterioração Clínica em Pacientes Adultos em Serviço Hospitalar

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências –
GENFH/DIENF/COASIS/SAIS

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa foi conduzida utilizando as bases de dados eletrônicas (PubMed/Medline), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line, Cochrane Central Register of Controlled Trials Cochrane, (SciELO) Scientific Electronic Library Online, BDENF – Base de dados de enfermagem · LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e literatura cinzenta, utilizando termos contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MESH), que foram combinados individualmente por meio dos conectores AND ou OR, e filtrados por ano de publicação e texto completo.

1.2 Palavra(s) chave(s)

“Enfermagem”, “Cuidados de enfermagem”; “Deterioração clínica”; “Índice de gravidade de doença”; “Monitorização fisiológica”.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

A busca foi realizada nos artigos e trabalhos científicos publicados entre os anos de 2010 a 2020 sendo selecionados 15 artigos e trabalhos que abordasse com relevância a temática.

2- Introdução

A segurança do paciente é alvo de ampla preocupação em todo mundo, sendo um dos princípios fundamentais no cuidado de saúde dos pacientes, tendo impacto direto na qualidade da assistência. Neste sentido, a detecção precoce da deterioração clínica da pessoa e a consequente redução da mortalidade associada à parada cardiorrespiratória, assume papel primordial na assistência multiprofissional com destaque na atuação da equipe de enfermagem ¹⁻².

Estudos apontam que cerca de 79% dos pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória manifestaram uma alteração importante dos sinais vitais, e que, destes, 54% evoluíram para o óbito, demonstrando desta forma a necessidade de rotinas de mensurações dos sinais vitais no ambiente intra-hospitalar ⁴.

A deterioração clínica do paciente é definida como distúrbio fisiológico sério ou uma piora repentina das condições fisiológicas do paciente, que gera sinais e sintomas agudos e, consequentemente, distúrbios orgânicos ¹⁻³. Comumente essas repercussões clínicas são precedidas por alterações dos parâmetros vitais, muitas vezes reconhecidos tardiamente pelos profissionais de enfermagem ¹⁻³. As alterações fisiológicas, de um ou mais parâmetros vitais, aumentam a probabilidade de morte dos pacientes ou desencadeiam internações não planejadas em leitos de UTI ¹⁻³.

Atualmente a transição demográfica, e o perfil das pessoas doentes que se encontram nas enfermarias dos hospitais, trazem desafio para os profissionais de saúde, nas avaliações e enfrentamento das situações clínicas complexas em decorrência do número crescente de comorbidades, o que aumenta a probabilidade de deterioração clínica durante o período de internação ^{1,5}.

A identificação de uma deterioração clínica é complexa e dependente de observações

pertinentes da equipe de saúde, desempenhando um papel fundamental da enfermagem reconhecer, comunicar, intervir e documentar observações que possam ser motivos de preocupações imediatas ou futuras na assistência ao paciente, a fim de garantir uma intervenção efetiva e precoce ^{2,5}.

A deterioração aguda pode ser reconhecida precocemente através da medição e interpretação adequada dos parâmetros vitais, permitindo uma intervenção rápida que interrompa a cadeia de piora clínica do paciente, consequentemente a ocorrência de eventos graves como óbito ou parada cardiorrespiratória ⁴.

Desta forma, as intervenções precoces conduzidas por equipes de resposta rápida, podem ser acionadas com a implantação de escores de alerta precoce que atribuem pontos as alterações de parâmetros fisiológicos, facilmente mensuráveis a beira leito ⁴.

3- Justificativa

A deterioração do estado clínico, quando não reconhecida precocemente, leva ao agravamento do estado dos pacientes adultos. O presente protocolo justifica-se diante da necessidade de instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam nos serviços hospitalares da Rede SES/DF a utilizarem a ferramenta Modifield Early Warning Score (MEWS) para o reconhecimento da deterioração clínica, possibilitando a uma intervenção precoce e melhora da assistência ao paciente adulto.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A literatura é escassa sobre prevalência de paradas cardiorrespiratórias em ambientes intra-hospitalares. Artigos de revisão demonstram incidência de 1 a 5 eventos para 1000 admissões hospitalares⁶. No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, estima-se 200.000 paradas cardiorrespiratórias ao ano, sendo metade dos casos em ambiente intra-hospitalar (Sociedade Brasileira de Cardiologia).

A partir do cenário apresentado, ressalta-se a importância da avaliação precoce de sinais de deterioração clínica para tomada de decisão e prevenção de eventos adversos graves, como a parada cardiorrespiratória. Em estudo brasileiro com 300 pacientes hospitalizados o score MEWS apresentou relevância estatística como preditor de transferência para UTI e parada cardiorrespiratória ².

Neste contexto, salienta-se, a ausência de protocolos que promova avaliação da deterioração clínica do paciente, ausência de rotinas de avaliação dos pacientes internados nas unidades de saúde pela equipe de enfermagem da rede SES-DF.

6- Critérios de Inclusão

Todos os pacientes com idade superior a 15 anos internados em unidades de saúde (Clínica médica e cirúrgica) da rede de saúde.

7- Critérios de Exclusão

Exclui-se os pacientes em cuidados paliativos ou fora de possibilidades terapêuticas de cura.

8- Conduta

Os pacientes admitidos nas unidades de emergências ou internados, com agudizações clínicas, apresentam sinais claros e detectáveis de deterioração do seu estado clínico geral, evoluindo rapidamente para um quadro de gravidade com risco iminente de morte ⁵. A maioria dos pacientes criticamente enfermos que chega à emergência podem apresentar sinais clínicos de deteriorações detectáveis nas primeiras 24 horas antes do agravamento ⁵.

De forma a reconhecer precocemente uma deterioração aguda do paciente, ferramentas de rastreio precoce estão sendo utilizadas como instrumentos de apoio a decisão da equipe de enfermagem. O escore de alerta precoce modificado (MEWS-Modifield Early Warning Score), constitui um instrumento que interpreta precocemente as alterações de parâmetros fisiológicos vitais e o declínio clínico (Figura 1)⁶, permitindo a resposta rápida da

equipe de saúde, na implantação de uma intervenção efetiva que evite a piora clínica ou desfechos graves ². A escala de avaliação é composta por cinco parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura axilar e nível de consciência. Valores acima ou inferiores destes parâmetros é pontuado entre um e três pontos, podendo variar de zero a 14 pontos, pontuações entre 4 e 6 significam sinais de alerta para os profissionais de saúde, pontuações iguais a 7 ou mais significa risco iminente de morte do paciente ¹⁻².

O MEWS é uma ferramenta de estratificação a partir da pontuação de dados vitais do paciente (Aferição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência). O escore é pontuado em acordo com os dados vitais alterados (Quadro 1), quando somados representam um grau de risco, variando de 0 a 14 pontos, sendo que a partir de 03 pontos, o risco de deterioração aumenta gradualmente, determinando um grau de urgência para intervenção da equipe ⁷.

A escala de avaliação é composta por cinco parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura axilar e nível de consciência. Valores acima ou inferiores destes parâmetros é pontuado entre um e três pontos, podendo variar de zero a 14 pontos, pontuações entre 4 e 6 significam sinais de alerta para os profissionais de saúde, pontuações iguais a 7 ou mais significa risco iminente de morte do paciente. A ferramenta é utilizada para melhorar a comunicação entre as equipes durante a transferência, adequando a reavaliação ou intervenção de acordo com o resultado do escore que indica a gravidade do paciente ⁶⁻⁷.

Essa escala possibilita uma comunicação prévia, oferecendo autonomia profissional aos enfermeiros na tomada de decisão dentro da sistematização da assistência de enfermagem, com repercussões no melhor atendimento ao paciente.

Figura 1: Curva de Deterioração Clínica



Adaptado de PAIN et. al. 2016.

Quadro 1- Escore de Alerta Precoce Modificado MEWS-Modifield Early Warning Score

ESCORE	3 PONTOS	2 PONTOS	1 PONTO	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
PAS (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199	-	>200	-
FC (bpm)	-	≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
FR (bpm)	<8	-	9-11	12-20	-	21-29	≥30
Temperatura axilar	-	≤34,9°C	-	35-38,4°C	-	≥38,5	-
Nível de consciência	-	-	-	Alerta	Confuso	Resposta à Dor	Inconsciente

Fonte: OLINO, L. et al, 2019⁸

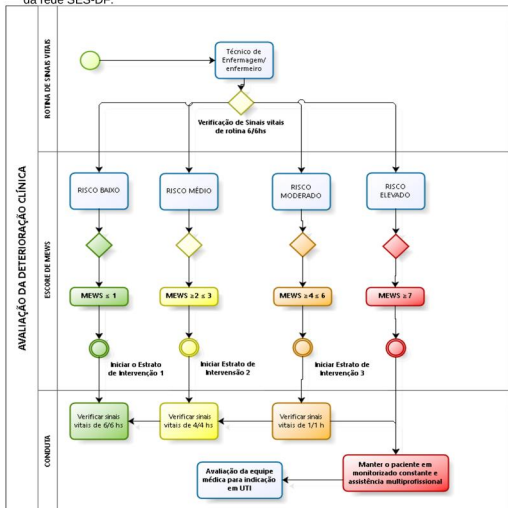
8.1 Conduta Preventiva

A ferramenta é utilizada para melhorar a comunicação entre as equipes durante a transferência, adequando a reavaliação ou intervenção de acordo com o resultado do escore

que indica a gravidade do paciente.

Essa escala possibilita uma comunicação efetiva, oferecendo autonomia profissional aos enfermeiros na tomada de decisão na sistematização da assistência de enfermagem, repercutindo no melhor atendimento ao paciente, possibilitando dessa forma iniciar intervenções de acordo com o estrato de risco do avaliado.

O fluxograma abaixo representa a rotina a ser adotada nas unidades de internação da rede SES-DF.



8.1.1-Assistência de enfermagem

Estrato 1

- ✓ Estimular a deambulação
- ✓ Estimular a ingesta de líquidos e alimentos conforme prescrição médica e orientações da nutrição.
- ✓ Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo.
- ✓ Estimular o autocuidado.

Estrato 2

- ✓ Avaliar o escore de MEWS de quatro em quatro horas, até melhora dos sinais.
- ✓ Manter vias aéreas desobstruídas.
- ✓ Posicionar paciente em posição semi foley (45°)
- ✓ Avaliar a permeabilidade de acessos venosos.
- ✓ Administrar antitérmico conforme prescrição médica em caso de febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- ✓ Administrar medidas não farmacológicas para controle da febre.
- ✓ Administrar hipotensores conforme prescrição médica.
- ✓ Verificar glicemia capilar.
- ✓ Verificar glicemia 1 hora após resgate.

Estrato 3

- ✓ Solicitar avaliação do médico plantonista.
- ✓ Avaliar o escore de MEWS de hora em hora até melhora dos sinais.
- ✓ Monitorizar a perda de ácidos (vômitos, diarreia, sudorese e eliminações de sondas nasogástricas).
- ✓ Solicitar exames de Hemograma completo, bioquímica (Creatinina, Ureia, Sódio, Potássio, transaminases AST e ALT, CPK, DHL, PCR), Coagulograma (solicitar somente em caso de exame anterior realizado em tempo superior a 6 horas)
- ✓ Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ solicitar hemocultura, em caso do paciente não está em uso de antimicrobiano prescrito (Colher dois pares de hemoculturas em sítios diferentes).

- ✓ Avaliar dados de gasometria arterial,
- ✓ Atentar para os níveis de eletrólitos séricos em conjunto com a equipe médica.
- ✓ Realizar ausculta pulmonar e solicitar RX de tórax sem contraste, na presença de ruídos adventícios + Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, no caso de ausência de RX anterior.
- ✓ Monitorar débito urinário e a presença de oligúria (volume urinário de 0,5ml/diurese por quilo).
- ✓ Monitorizar padrão respiratório e a presença de fadiga respiratória.
- ✓ Manter paciente sob monitorização multiparâmetros (Pressão, FC, FR, Sat O₂).
- ✓ Solicitar eletrocardiograma.
- ✓ Manter carrinho de emergência conferido conforme rotina da unidade.
- ✓ Oferecer oxigenoterapia conforme prescrição médica, atendendo para o melhor dispositivo (Cateter nasal, Máscara de Venturi ou Máscara não reinalante)
- ✓ Puncionar ou manter acesso calibroso com jelo $\geq \text{n}^{\circ} 18$.
- ✓ Promover o conforto ao paciente e seus familiares.
- ✓ Checar carrinho de emergência, sistemas de aspiração a vácuo, e materiais para acesso de via aérea superior artificial.
- ✓ Manter paciente em enfermaria próxima ao posto de enfermagem.
- ✓ Colher gasométrica quando glicemia capilar $\geq 300\text{mg/dl}$ + hálito cetônico ou alteração do nível de consciência.

Estrato 4

- ✓ Encaminhar paciente para box de emergência.
- ✓ Solicitar avaliação médica.
- ✓ Monitorar desequilíbrios eletrolíticos associados à acidose metabólica (p. ex., hiponatremia, hipercalemia ou hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia).
- ✓ Monitorar a perda de bicarbonato pelo trato gastrointestinal (p. ex., diarreia, fístula pancreática, fístula no intestino delgado e conduto ileal).

- ✓ Instituir precauções contra convulsões.
- ✓ Monitorar manifestações do Sistema Nervoso Central (SNC) – p.ex., dor de cabeça, tontura, atividade mental diminuída, convulsões e coma).
- ✓ Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares (p. ex., hipotensão, hipóxia, arritmias e respiração Kussmaul-Kien, pulso fino e taquicárdico).
- ✓ Monitorar ao volume urinário (Atentar para volume urinário de 0,5ml de diurese por quilo ou volumes inferiores a 30 ml/hora), aspectos e concentração da urina.
- ✓ Avaliar o déficit ou excesso de líquido extracelular (desidratação- sinal de prega desaparece muito lentamente, ≥ 2 segundos; Edema- sinal de Godet, cacifo graduação do edema em 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo).
- ✓ Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares (p. ex., convulsões, confusão mental, coma, e reflexos hiperativos).
- ✓ Monitorar indícios de insuficiência respiratória iminente (p. ex., nível baixo de PaO_2 , fadiga da musculatura respiratória, baixo nível da SaO_2).
- ✓ Avaliar perfusão tissular periférica (Tempo de Reenchimento Capilar-TRC, superior a dois segundos).
- ✓ Atentar para sinais de choque (Aumento da FC, diminuição da Pressão Arterial hipotensão arterial ($\text{PAS} < 90$ ou $\text{PAM} < 65$), Oligúria, taquipneia, perda de consciência ou confusão mental, etc).

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Código SES: **90562**- Glicose solução injetável 50% ampola 10 mL em caso de glicemia ≤ 54 mg/dl, administrar em bolus endovenoso.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9- Benefícios Esperados

O benefício de uso de um escore de alerta precoce, possibilita melhorar a identificação do risco de morte nos pacientes internados, e o acionamento de um rápido atendimento que interrompa a cascata de deterioração clínica de pacientes com agudizações clínicas.

10- Monitorização

A escala de MEWS é calculada para cada paciente, empregando os cinco parâmetros vitais ou fisiológicos: nível de consciência (SNC); frequência cardíaca (FC); pressão arterial sistólica (PAS); frequência respiratória (FR); temperatura (temp.). Os valores de estratificação (Quadro-2), determinam o nível de intervenção para atuação da equipe de enfermagem.

Quadro 2- Estrato de Risco na Deterioração Clínica

Escore de MEWS	Tempo para Controle	Resposta
0 a 1 ponto	Avaliação a cada 6 horas	Avaliar o escore de MEWS, se há alteração dos escores. Estrato 1
2 a 3 pontos	Avaliação a cada 4 horas	Avaliar o escore e iniciar as intervenções de enfermagem de Estrato 2, comunicar enfermeiro plantonista.
4 a 6 pontos ou aferição de uma pontuação 3 (Vermelho)	Avaliação a cada 1 hora	Avaliar o escore e iniciar intervenções de enfermagem de Estrato 3. Avaliação médica necessária.
7 pontos ou mais	Monitorização constante	Avaliar o escore e iniciar intervenções de enfermagem de Estrato 4. Paciente grave em risco iminente de morte.

Fonte: Adaptado de OLINO, L. et al, 1019⁸

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Será monitorizado pelo indicador:

Taxa de Avaliação da Deterioração Clínica:

(TADC): $\frac{\text{Nº de paciente com RCP em 24hs}}{\text{x 100}}$

Nº de pacientes MEWS ≥ 7 em 24hs

Exclui-se desse cálculo os pacientes em cuidados paliativos ou fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Taxa de Avaliação da escala de Deterioração

TAED: $\frac{\text{Nº de pacientes que escala de deterioração aferida em 24 hs}}{\text{x100}}$

Nº de paciente com escala de deterioração não aferida em 24hs

Observação: considera-se como um indicativo positivo de qualidade da resposta de avaliação clínica números superiores a 70%.

14- Referências Bibliográficas

1. AL-MOTERI, M.; PLUMMER, V.; COOPER, S. et al. Clinical deterioration of ward patients in the presence of antecedents: A systematic review and narrative synthesis. *Australian Critical Care*. v.32, n.5, p.411-420; Sep. 2019.
2. MONTENEGRO, S. M. S. L.; MIRANDA, C. H. Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro. *Rev. Bras. Enferm.* v. 72, n. 6, p. 1428- 1434, dez. 2019.
3. FREITAS, C. M.; PRETO, E. P.; NASCIMENTO, C. A. F. Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev. Enf. Ref., Coimbra*, V. 4, n. 14, p. 121-132, set. 2017 .
4. NASCIMENTO, J.S.G.; MACEDO, G.O.; BORGES, G.B. Poder preditivo de uma escala de alerta precoce para deterioração clínica de pacientes críticos. *Rev. Enferm. UFSM*. V.10, n. 5, p: 1-15. 2019.

5. ROCHA, T.F.; NEVES, J.G.; VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. Ver. Bras. Enferm. V. 69, n.5, p. 906-911, Oct. 2016.
6. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med. 2007 Feb;33(2):237-45. doi: 10.1007/s00134-006-0326-z. Epub 2006 Sep 22. PMID: 17019558.
7. MONTENEGRO, S. M. S. L.; MIRANDA, C. H. Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 72, n. 6, p. 1428-1434, Dec. 2019.
8. BRASIL, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Manual de acolhimento e classificação de risco. Brasília, 2016.
9. RONEY, J.K, WHITLEY, B.E, LONG, J.D. Implementation of a MEWS-Sepsis screening tool: Transformational outcomes of a nurse-led evidence-based practice project. Nurs Forum.Pag.1–5, 2019.
10. PAIN, C., GREEN, M., DUFF, C. et al. Between the flags: implementing a safety-net system at scale to recognise and manage deteriorating patients in the New South Wales Public Health System. International Journal for Quality in Health Care. 2016
11. OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre ,v. 40, n. spe, e20180341, 2019.
12. BULECHEK, G. M.; HOWARD, K. B. J. MCCLOSKEY, D. N. I. C. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). [Tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
13. JONES, D., MITCHELL, I., HILLMAN, K. et al. Defining clinical deterioration. Resuscitation, v.84, n.8, p. 1029–1034. 2013
14. MOK, W. Q., WANG, W., & LIAW S. Y. Vital signs monitoring to detect patient deterioration: An integrative literature review. International Journal of Nursing Practice, v.21, p.91–98. 2015
15. LEVETT-JONES, T., HOFFMAN, K., DEMPSEY, J. The “five rights” of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students’ ability to identify and manage clinically “at risk” patients. Nurse Education Today, v.30, n.6, p. 515–520. 2010.

ANEXO- I

Lista de medicamentos potencialmente perigosos
Classes Terapêuticas
Agonistas adrenérgicos endovenosos (ex.: EPINEFrina, FENILEFrina, NOREPinefrina)
Água estéril para injeção, inalação e irrigação em embalagens de 100 mL ou volume superior
Analgésicos opioides endovenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo líquidos concentrados e formulações de liberação imediata ou prolongada)
Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos (ex.: propofol, cetamina)
Antagonistas adrenérgicos endovenosos (ex.: propranolol, metoprolol)
Antiarrítmicos endovenosos (ex.: lidocaína, amioDARONA)
Antineoplásicos de uso oral e parenteral
Antitrombóticos • Anticoagulantes (ex.: varfarina, heparina não fracionadas e heparinas de baixo peso molecular) • Anticoagulantes orais diretos e inibidores do fator Xa (ex.: dabigatrana, rivaroxabana, apixabana, edoxabana, fondaparinux) • Inibidores diretos da trombina (ex.: bivalirrudina, dabigatrana) • Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (ex.: abciximabe, tirofiban) • Trombolíticos (ex.: alteplase, tenecteplase, estreptoquinase)
Bloqueadores neuromusculares (ex.: suxametônio, rocurônio, pancurônio, vecurônio)
Cloreto de sódio hipertônico injetável com concentração maior que 0,9%
Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20%
Inotrópicos endovenosos (ex.: milrinona, deslanosideo, levosimendana)
Insulina subcutânea e endovenosa (em todas formas de apresentação e vias de administração)
Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal
Medicamentos na forma lipossomal (ex.: anfotericina B lipossomal, doxorubicina lipossomal) e seus correspondentes medicamentos na forma convencional (ex.: anfotericina B desoxicolato, cloridrato de doxorubicina)

Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças (ex.: hidrato de cloral, midazolam, cetamina - forma parenteral)	
Sedativos endovenosos de ação moderada (ex.: dexmedetomidina, midazolam, lorazepam)	
Soluções cardioplégicas	
Soluções para diálise peritoneal e hemodiálise	
Soluções de nutrição parenteral	
Sulfonilureias de uso oral (ex.: clorpropamida, glicimepirida, glibenclamida, glipizida)	
Medicamentos Específicos	
Cloreto de potássio concentrado injetável	VASopressina endovenosa e intraóssea
EPINEFrina subcutânea	Sulfato de magnésio injetável
Fosfato de potássio injetável	Prometazina injetável
Metotrexato de uso oral (uso não oncológico)	Ocitocina endovenosa
NitroPRUSSIATO de sódio injetável	

Fonte: Instituto para Práticas Seguras no Uso Seguro de Medicamento. **MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS DE USO HOSPITALAR - LISTA ATUALIZADA 2019. VOLUME 8**
| NÚMERO 1 | FEVEREIRO 2019

IDENTIFICAÇÃO	NOME DO PACIENTE:					≥38			
	LEITO:					21-29			
	ENFERMEIRA:				Frequência Respiratória	12-20			
	PACIENTE COM ACOMPANHANTE () SIM () NÃO					9-11			
# SITUAÇÃO	SINAIS VITAIS:					≥95			
	Pressão sanguínea: _____ mmHg				Saturação de O ₂	90-94			
	FC: _____ bpm FR: _____ irpm Temperatura: _____ °C					85-89			
	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					584			
S	() lúcido-orientado () lúcido com momentos de desorientação				Fluxo de Oxigênio	L/Min			
	() desorientado () inconsciente								
	ESTADO EMOCIONAL:					≥200 mmHg			
	() calmo () agitado () depressivo () ansioso () agressivo								
	SISTEMA RESPIRATÓRIO:				Pressão Sistólica	101-199 mmHg			
	Investigar e avaliar as alterações da ausculta pulmonar, expansibilidade e ruídos adventícios etc.					81-100 mmHg			
	SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR					71-80 mmHg			
	Investigar e avaliar as alterações no equilíbrio, deambulação, tonus muscular etc.					570 mmHg			
	ESTADO NUTRICIONAL								
	Alimentação: () Oral () SNE () Parenteral () outros								
# BREVE HISTÓRICO	ELIMINAÇÕES URINÁRIAS E INTESTINAIS								
	Investigar e avaliar alterações na quantidade e aspecto								
	SISTEMA TEGUMENTAR								
	Investigar e avaliar alterações pele, presença de lesões, edema etc.								
	OUTROS								
	*****				Frequência Respiratório	21-29			
	CONDIÇÕES DE SAÚDE					12-20			
	Investigar:					9-11			
	polifarmácia,					58			
	Uso de medicamentos potencialmente perigosos,								
# AVALIAÇÃO	Comorbidades e vulnerabilidades.					≥38,5			
	Grau de dependência					38.4-35.0			
	Outros					≤34.9			

	Escala de MEWS 3 pontos 2 pontos 1 ponto 0 ponto				Nível de consciência	Lúcido-Orientado			
	Estrato N: _____ Dados de mensurações importantes					Confuso			
	Plano assistencial					Resposta a dor			
	*****					Inconsciente			
	Solicitações de Exames:				Volume urinário (ml/ hora)	≥30			
	() HC () Creatinina () Ureia () Sódio () Potássio () ALT () AST () CPK					529			
# RECOMENDAÇÃO	() DHL () Coagulograma					8-10			
	() RX de torax					4-7			
	() Antibiograma					0-3			
	Prescrição de Enfermagem:								

AValiação DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

