

DIRETRIZ CLÍNICA QPS 011/2018 VERSÃO 1

Assunto: Protocolo de Código Amarelo Pediátrico

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO
26 de agosto de 2018	20 de setembro de 2018	Virginia Paraízo Lucas Santos Zambon	Dario Ferreira, Erica Batista Priscila Rosseto

OBJETIVO

O Código Amarelo Pediátrico tem como objetivo principal a identificação precoce de sinais de deterioração clínica em pacientes pediátricos, permitindo o acionamento de um Time de Resposta Rápida para atendimento, de forma a diminuir óbitos evitáveis na população alvo.

AREAS ENVOLVIDAS

Unidades de internação pediátricas e serviços de medicina diagnóstica e terapêutica dos hospitais do Américas Serviços Médicos.

PROTOCOLO CLÍNICO

1. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- **Médico:** é responsável principal pelo atendimento ao paciente identificado como código amarelo;
- **Técnico de Enfermagem e Enfermeiro:** são responsáveis por identificar os sinais que tornam o paciente elegível para código amarelo; sempre participam do atendimento;
- **Todos os demais membros da equipe assistencial multiprofissional** podem acionar o atendimento do Código Amarelo com base nas alterações de sinais vitais ou gerais listadas a seguir, e conforme instruções locais de acionamento do Time de Resposta Rápida em Pediatria.

2. SETORES ENVOLVIDOS

Unidades de internação pediátrica e medicina diagnóstica e terapêutica (MDT)

3. DEFINIÇÃO

Código Amarelo Pediátrico: destina-se à identificação e tratamento precoce, tempo-dependente, de pacientes pediátricos que apresentem critérios pré-estabelecidos neste tipo de situação, com intuito de reduzir os casos de deterioração clínica que evoluem a óbito;

Critérios de Inclusão: pacientes pediátricos (1 mês até 14 anos) alocados em leitos fora de unidades críticas (UTI, centro cirúrgico e pronto-socorro), ou ainda em realização de exames ou procedimentos em área de medicina diagnóstica e terapêutica;

Critérios de Exclusão: pacientes com < 1 mês de vida ou > 14 anos; pacientes pediátricos em unidades críticas. **Obs.:** nos casos de parada respiratória e/ou cardiopulmonar deve ser acionado o Código Azul Pediátrico, conforme documentação específica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- a. O acionamento do código amarelo pediátrico deve ser realizado no momento em que o paciente preencher 1 dos critérios elencados na Tabela 1. Isso pode ocorrer durante rotina de medida de sinais vitais ou mesmo em outros momentos de interface com o paciente. Apresentando um dos critérios elencados aciona-se a equipe responsável pelo atendimento conforme a orientação e a norma de funcionamento local de cada instituição;

Tabela 1 – Critérios para Acionamento do Código Amarelo Pediátrico

Idade	Pressão Sistólica (mmHg)*	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (cpm)	Saturação de Oxigênio (%)	Outros
>1 mês a ≤ 3 meses	< 50	< 100 / > 180	>60	<92	Apnéia Convulsão Confusão Mental Hipoatividade Preocupação da Equipe (por outras causas)
> 3 meses a ≤12 meses	< 60	< 100 / > 180	>50	<92	
> 1ano a ≤ 4 anos	< 70	< 90 / > 160	>40	<92	
> 4 anos a ≤ 12 anos	< 80	< 80 / > 140	>30	<92	
> 12 anos a ≤ 14 anos	< 90	< 60 / > 130	>30	<92	

**Pressão Arterial só deve ser mensurada em casos elegíveis, conforme plano de cuidados (exemplo: pacientes cardiopatas)*

- b. No momento do acionamento a equipe do setor deve permanecer junto ao paciente até a chegada do médico responsável pelo atendimento, além de realizar as seguintes condutas:
1. Interromper fornecimento de dieta / manter em jejum até 2ª ordem;
 2. Elevar decúbito da cama a 30°;

3. Aferir os sinais vitais, incluindo oximetria (glicemia capilar deve ser executada para pacientes diabéticos ou com alterações neurológicas como convulsão, hipoatividade ou confusão mental, ou ainda sob pedido médico);
 4. Em caso de queda de saturação: fornecer oxigênio através de cateter nasal ou aumentar o fluxo de oxigênio caso este já esteja sendo fornecido por algum dispositivo;
 5. Levar o carro de parada com desfibrilador para próximo ao local/quarto do acionamento caso ele já não esteja em localização próxima;
- c. A partir do acionamento, o médico escalado no Time de Resposta Rápida tem como meta chegar em 5 minutos ao local para atendimento, sendo tolerável chegada em até 10 minutos;
 - d. Após a avaliação da equipe médica, a mesma definirá a conduta a ser tomada, inclusive avaliando se o paciente tem condições de ser mantido no setor ou ainda se há necessidade de transferência para ambiente de maior criticidade (em geral: UTI para pacientes internados ou pronto-socorro para pacientes externos. Exceções a esta regra devem ser tratadas localmente);
 - e. Após a definição e realização das condutas pelo médico da equipe de atendimento do Código Amarelo, o médico assistente titular do caso deverá ser comunicado sobre a decisão. Em caso de pacientes externos, esta etapa não é necessária, salvo a pedido dos familiares/responsáveis legais que queiram comunicação com médico de confiança;
 - f. Uma vez concluído o atendimento conforme definição do médico do Time de Resposta Rápida, todos os profissionais envolvidos devem realizar registro do atendimento em prontuário do paciente;
 - g. Para monitoramento dos acionamentos / atendimentos a enfermagem do setor originário do código deve preencher a ficha de código amarelo / fluxo anexo.

Observações sobre o fluxo do paciente:

- h. Em caso de necessidade de transferência do paciente para UTI pediátrica ou pronto-socorro deve ser feita comunicação de médicos e enfermeiros que estão prestando atendimento com seus respectivos pares no setor de destino, conforme políticas institucionais;
- i. Transferências à UTI pediátrica ou pronto-socorro devem ser priorizadas no fluxo do hospital diante de atendimento de código amarelo em Unidade de Internação Pediátrica ou MDT assumindo que não são áreas adequadas à continuidade da assistência destes casos;
- j. Em caso de necessidade de transferência do paciente para UTI e indisponibilidade imediata de vaga, o hospital deve elencar uma área para contingência (exemplo: sala de emergência do pronto-socorro);
- k. Na ausência de UTI Pediátrica no hospital, após a ida para sala de emergência o paciente deve ser transferido para o serviço de referência conforme acordos locais.

5. INDICADORES

5.1. O monitoramento dos atendimentos é realizado por meio dos seguintes indicadores:

- Utilização da equipe do Código Amarelo:

Número de códigos amarelos pediátricos acionados no mês para pacientes internados

Número de códigos amarelos pediátricos acionados no mês para pacientes externos

- Incidência de código amarelo pediátrico em pacientes internados:

$$\text{Incidência de código amarelo pediátrico do mês} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de códigos em pac. internados} \times 1000}{\text{Total de saídas na pediatria}}$$

- Taxa de códigos amarelos pediátricos de pacientes internados transferidos para unidade de terapia intensiva:

Tx de códigos com inter na UTI

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de cód. pacts. internados transferidos para UTI no mês}}{\text{Total de códigos amarelos de pac. internados no mês}}$$

5.2. Para análise crítica dos atendimentos, sugere-se estudar os seguintes pontos:

- Código amarelo de paciente vindo do pronto-socorro há < 24h (potencial alocação inadequada);
- Código amarelo de paciente vindo da UTI há < 24h (potencial alta precoce);
- Casos com múltiplos acionamentos de código amarelo no mesmo dia (potencial perda de oportunidade de transferência à unidade crítica);
- Em casos de código azul, se houve perda de oportunidade de acionamento do código amarelo nas horas que antecederam o evento.

6. MODOS DE FALHA/ BARREIRAS

Modo de falha potencial	Causa (s) Potencial (ais) de Falha	Ações ou razões para parar
Desconhecimento do protocolo	Não acionamento do código na presença de critérios	Cronograma de treinamento e monitoramento de eventos
Conduta intermediada com médico assistente não presente na instituição	Não acionamento do código previamente e atraso de tratamento	Monitoramento de eventos e discussão de casos com corpo clínico

7. REGISTROS

Identificar	Armazenar	Recuperar	Reter	Acessar	Descartar
Ficha do Código Amarelo	Pasta com Gestor do Protocolo	Nome do Paciente completo e data de nascimento	2 meses no físico, 6 meses digitalizado	Superintendência médica, Gerentes de Enfermagem, Gestor do protocolo Qualidade e Segurança	Destruir após retenção

ANEXOS

- Fluxograma do código amarelo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maharaj R et al. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015 Jun 12;19:254.
2. Kotsakis A et al. Ontario Pediatric Critical Care Response Team Collaborative. Implementation of a multicenter rapid response system in pediatric academic hospitals is effective. *Pediatrics*. 2011;128(1):72-78.
3. Zenker P et al. Implementation and impact of a rapid response team in a children's hospital. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(7):418-425.
4. Hayes LW et al. A multicenter collaborative approach to reducing pediatric codes outside the ICU. *Pediatrics* 2012;129: e785-91
5. Kotsakis A et al. Implementation of a multicenter rapid response system in pediatric academic hospitals is effective. *Pediatrics* 2011; 128:72-8
6. Kolovos NS et al. Reduction in Mortality Following Pediatric Rapid Response Team Implementation. *Pediatr Crit Care Med*. 2018 May;19(5):477-482.
7. Anwar-ul-Haque et al. Experience of pediatric rapid response team in a tertiary care hospital in Pakistan. *Indian J Pediatr*. 2010 Mar;77(3):273-6.
8. Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. *Paediatr Nurs*. 2005;17(1):32-35
9. Sen AI et al. Variability in the implementation of rapid response teams at academic American pediatric hospitals. *J Pediatr*. 2013 Dec;163(6):1772-4.
10. Panesar R et al. Characteristics and outcomes of pediatric rapid response teams before and after mandatory triggering by an elevated Pediatric Early Warning System (PEWS) score. *Hosp Pediatr*. 2014 May;4(3):135-40.

11. Kukreti V et al. Implementation of a pediatric rapid response team: experience of the Hospital for Sick Children in Toronto. *Indian Pediatr.* 2014 Jan;51(1):11-5.