

Protocolo de Quedas



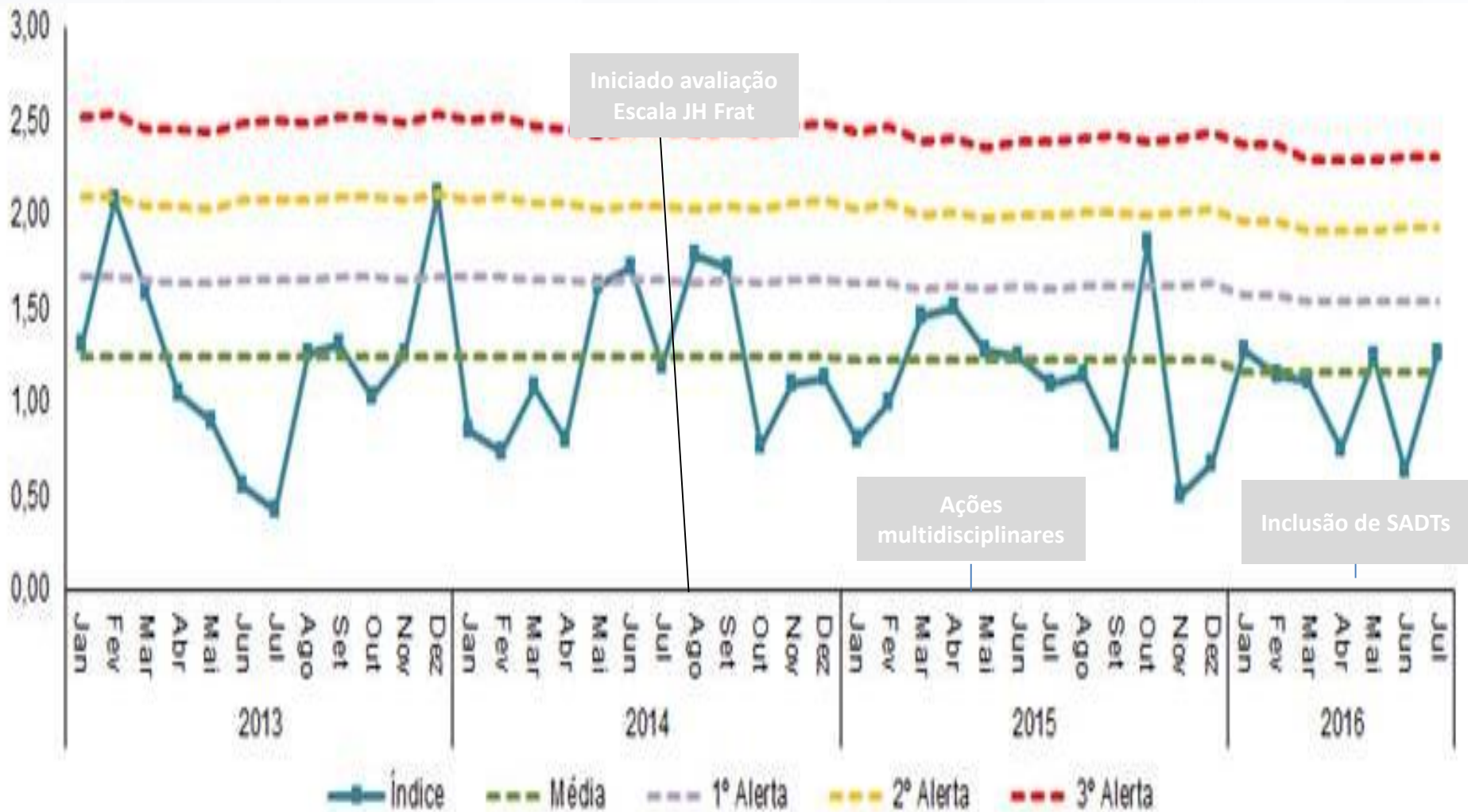
Alto desempenho em
medicina especializada.

Por que Implantar um Protocolo de quedas?

A Implantação do Protocolo favorece:

- A Segurança para o paciente;
- O Reconhecimento das situações de Risco de acordo com a população;
- A Implementação das ações para evitar Riscos e possíveis danos decorrentes da Queda;
- O alinhamento das práticas assistenciais;
- A avaliação do risco possibilita a abordagem individualizada e os diagnósticos situacionais, permitindo comparações entre unidades/serviços e direcionando ações de caráter coletivo.
- Educação da população e da equipe multiprofissional, reconhecendo as suas limitações e condições de Riscos;
- O gerenciamento dos eventos de quedas como um dos requisitos fundamentais para a segurança assistencial, incorporando padrões quanto à avaliação e gestão deste risco.
- Práticas de certificação de qualidade.

Time line incidência de quedas 2013 á 2016



Como implantar um protocolo de Prevenção de Quedas ?

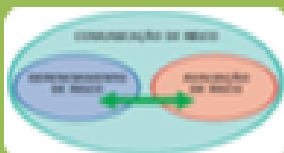
Como Implantar um Protocolos de Quedas



Justificativas para Implantação	Ações de implantação
O Reconhecimento das situações de Risco de acordo com a população	Identificar perfil da população: Adulto ou Criança, internados ou externos, vulneráveis.
A avaliação do risco possibilita a abordagem individualizada e os diagnósticos situacionais, permitindo comparações entre unidades/serviços e direcionando ações de caráter coletivo	Definição da escala para avaliar o Risco.
A Implementação das ações para evitar Riscos e possíveis danos decorrentes da Queda	Estabelecer Riscos X Ações preventivas
O alinhamento das práticas assistenciais	Educação dos envolvidos equipe e Família, definindo ferramentas de acordo com a disponibilidade da instituição: aulas expositivas, treinamentos on the job, etc.
Educação da população e da equipe multiprofissional, reconhecendo as suas limitações e condições de Riscos	Orientações e acordos para plano educacional das ações compartilhadas família/ paciente cuidador
O gerenciamento dos eventos de quedas como um dos requisitos fundamentais para a segurança assistencial, incorporando padrões quanto à avaliação e gestão deste risco.	Estabelecer fluxo de atendimento e notificação do evento; Estabelece Equipe multiprofissional para análise e classificação dos eventos para estabelecer melhorias.



Protocolo Assistencial



Avaliação de risco



Prevenção e tratamento do evento



Mensuração dos dados



Mensuração dos danos



Avaliação do processo

Definição de Queda

✓ Para a *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)*

A queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.



Definição de Quedas

“Queda é definida como ação ou efeito de cair, movimento do corpo que cai; descida, caída.”

“Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão”

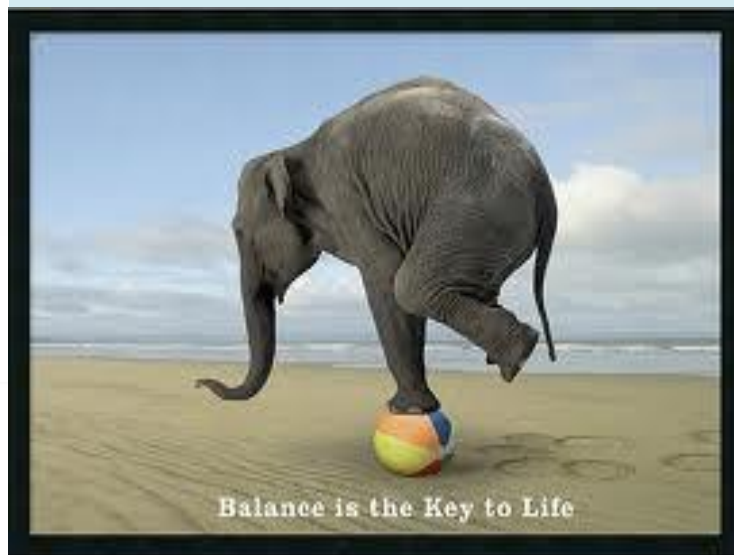
“Um evento adverso inesperado, repentino que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial, seja estando em pé, sentado ou deitado”

Esta definição considera como queda as seguintes situações, por exemplo:

- Paciente escorregar de uma cadeira para o chão;
- Encontrar o paciente no chão;
- Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Manter-se apoiado sobre o mobiliário ou no chão.

Fatores que predisõem o risco de queda

Fatores Intrínsecos	Fatores Extrínsecos	Comorbidades	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes pediátricos <5 anos -Pacientes maiores de 65 anos -História de queda anterior 	<ul style="list-style-type: none"> -Fatores ambientais (presença de escada, mobiliário e desníveis) e vestimentas inadequadas -Presença de dispositivos (venoclise, bengalas, muletas, andadores, CVC, PICC, SVD, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificuldade de marcha -Déficit sensitivo -Artrite -Baixo índice de massa corpórea -Insônia -Distúrbios neurológicos -Confusão -Agitação -Desorientação -Urgência urinária e intestinal 	<p>Que alteram o SNC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos e antidepressivos <p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anti-hipertensivos -Anticolinérgicos -Diuréticos -Antiarrítmicos -Hipoglicemiantes - Manitol (em preparo para colonoscopia) -Polifarmácia (associação de 5 ou mais medicamentos)



Classificação de Quedas

Queda acidental é normalmente um evento único que tem menor probabilidade de voltar a se repetir, é decorrente de **causas extrínsecas**, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como piso escorregadio, degrau sem sinalização, ou com atitudes de risco como subirem bancos.

Queda recorrente normalmente acontece na presença de **fatores etiológicos intrínsecos** como: doenças crônicas, polifarmácia, distúrbios de equilíbrio, déficits sensoriais, entre outros.



Escalas para Avaliação de Risco de Quedas:

Morse:

Morse Fall Scale - Versão original ¹³	Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	
Yes	Sim	
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	
Furniture	Mobiliário/Parede	
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salino	
No	Não	
Yes	Sim	
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	
Weak	Fraca	
Impaired	Comprometida/Cambaleante	
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	

10 JOURNAL OF CLINICAL NURSING / APRIL-JUNE 2005

Johns Hopkins

Fall risk factor category * (NA if comatose, complete paralysis, or completely immobilized)	Points
Age <ul style="list-style-type: none"> 70–79 y (2 points) ≥80 y (3 points) 	
Fall history <ul style="list-style-type: none"> Fall within 3 months before admission (5 points) Fall during this hospitalization (11 points) 	
Mobility <ul style="list-style-type: none"> Ambulates or transfers with unsteady gait and NO assistance or assistive devices (2 points) Ambulates or transfers with assistance or assistive device (2 points) Visual or auditory impairment affecting mobility (4 points) 	
Elimination <ul style="list-style-type: none"> Urgency/nocturia (2 points) Incontinence (5 points) 	
Mental status changes <ul style="list-style-type: none"> Affecting awareness of environment (2 points) Affecting awareness of one's physical limitations (4 points) 	
Medications: One present (3 points); 2 or more present; or sedated procedure within the past 24 h (5 points) <ul style="list-style-type: none"> Psychotropics (antidepressants, hypnotics, antipsychotics, sedatives, benzodiazepines, some antiemetics) Anticonvulsants Diuretics/cathartics PCA/narcotics/opiates Antihypertensives 	
Patient care equipment: One present (1 point); ≥ 2 present (2 points) (IV, chest tube, indwelling catheter, SCDs, etc)	
Total points	

* Moderate risk = 6–10 Total points, High risk > 10 Total points

Plano de cuidados ou Protocolo Assistencial de Prevenção de Quedas inclui:

- Avaliação diária do risco
- Avaliação do alto risco para dano grave
- Implementação e registro em prontuário de medidas preventivas
- Tratamento imediato em caso de ocorrência do evento



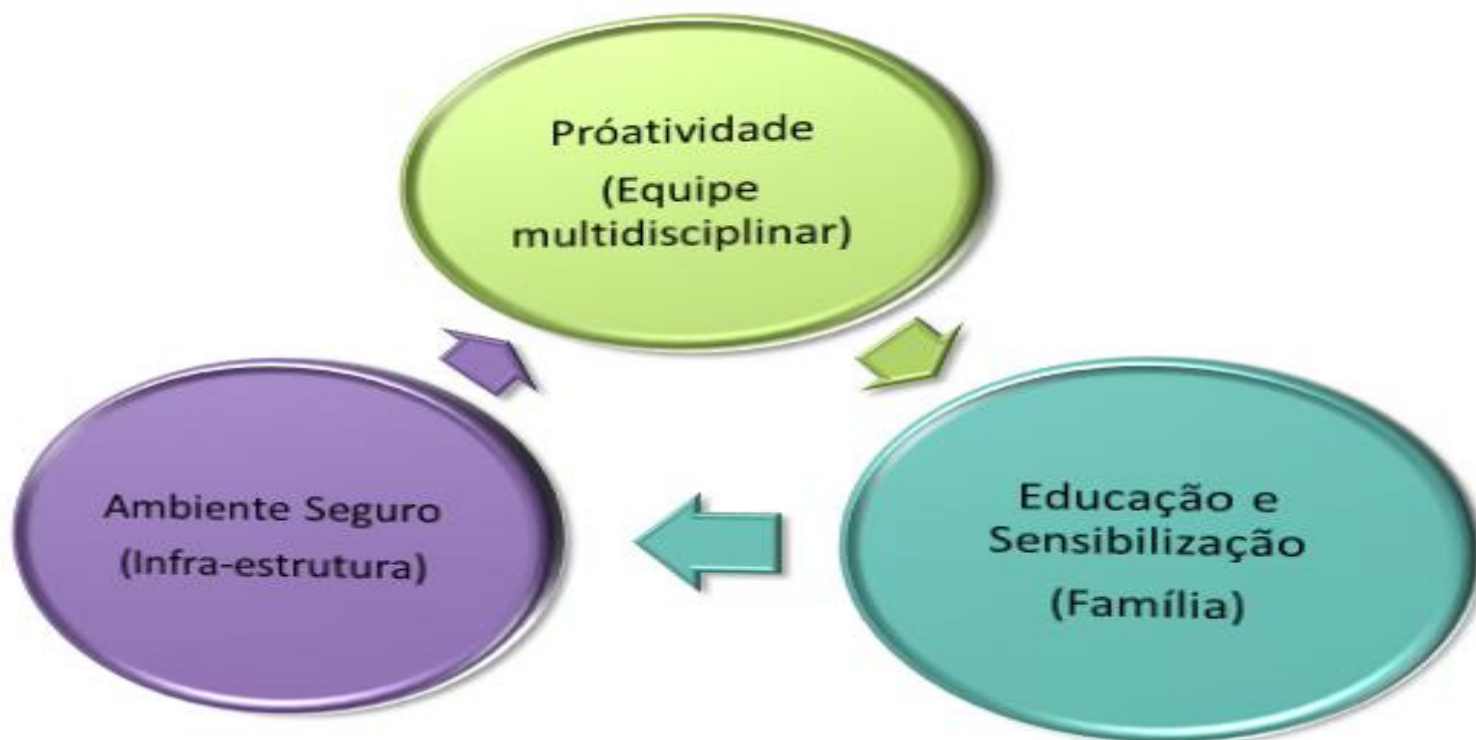


1. OBJETIVO
2. EQUIPE RESPONSÁVEL
3. TEMA
4. JUSTIFICATIVA
5. POPULAÇÃO ALVO
6. FLUXOGRAMA E/OU PLANO DE CUIDADOS
7. AVALIAÇÃO
8. EMBASAMENTO CIENTÍFICO
9. REGISTROS E DOCUMENTOS
10. ANEXOS

<i>Edição</i>	<i>Data</i>	<i>Histórico de Alterações</i>
00	10/12/2010	Emissão inicial do documento.
01	01/09/2012	Alteração dos itens: 2.1 e 6.1.3.
02	01/12/2012	Alteração nos itens 2.1,4. 1 e 5.1
03		Alterações nos itens 4.5/4.7.4/5/5.3.2/6.1.3.2/6.1.3.4/6.1.3.5/ , inclusões nos itens 4.5.2/4.10/5.3.5 , exclusões dos itens 4.8.2/4.8.3/4.8.4 6.1.1.4/6.1.1.5/6.1.1.6/6.1.2.4/6.1.2.5
00	12/09/2013	Alteração de nomenclatura de Diretriz Assistencial para Protocolo Assistencial com revisão geral do conteúdo

Cuidados Universais para Prevenção de Quedas

Com o objetivo de redução dos Riscos, instituimos os seguintes ícones:



Cuidados Universais para Prevenção de Quedas

- ✓ Atender e programar as necessidades de ajuda:
 - ida ao banheiro;
 - movimentação da cama para poltrona (com transfer: jack, colchão inflável, sempre que possível);
 - troca de fraldas,
 - uso de papagaio ou comadre;
- ✓ Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente;
- ✓ Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos (desinvasão);




Cuidados Universais para Prevenção de Quedas

- Manter o chão limpo e seco.
- Manter ambiente organizado.
- Propiciar iluminação adequada e utilizar “**luz noturna**”;
- Manter cama baixa e travada.
- Manter as grades superiores da cama elevadas.
- Manter área livre para deambulação.



Cuidados Universais para Prevenção de Quedas

- Entrega do folder e informar qual é o Risco e os cuidados com o paciente;
- Nunca deixar o paciente sozinho;
- Comunicar a enfermagem, sempre que precisar se ausentar;
- Solicitar ajuda para movimentar o paciente;
- Orientar quanto ao uso de sapatos adequados , roupas de tamanho e ajuste adequados;
- Orientar paciente/família da disposição e funcionamento, dos móveis e equipamentos no quarto, localização do banheiro;
- Se houver restrições de entendimento ou participação do responsável/ cuidador acionar Serviço Social



Educação e
Sensibilização
(Família)

Risco Moderado

- Cuidados Universais para prevenção de Queda;
- Manter as quatro grades da cama elevadas, se RASS \neq 0;
- Utilizar faixa de segurança sempre que o paciente estiver na poltrona ou no transporte;
- Realizar rondas a cada **duas horas** para atender as necessidades e checar se os cuidados universais estão implementados;



Alto Risco/ Dano Grave

- Seguir Cuidados para Risco Moderado para prevenção de Queda;
- Colocar a pulseira vermelha;
- Manter as 4 grades elevadas se RASS # 0;
- Sinalizar próximo ao leito que o paciente não poderá sair do leito sozinho;



Alto Risco/ Dano Grave

- **Programar (no início do plantão) com o paciente/ família a ida ao banheiro**, deixar comadre ou papagaio, próximo ao leito, para as necessidades emergenciais, caso o paciente insista para ficar sozinho no banheiro e sinalize ou apresente fraqueza muscular, desequilíbrio ou confusão mental o mesmo deverá ser encaminhado ao banheiro com cadeira higiênica com faixa de segurança;
- As **transferências são obrigatórias** em duas pessoas (movimentação da cama para poltrona com transfer, jack, colchão inflável);
- Colocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, sempre que possível;
- Acionar alarme sonoro da cama para saída do leito;
- Sinalizar com a placa de Alto Risco na porta do quarto do paciente;



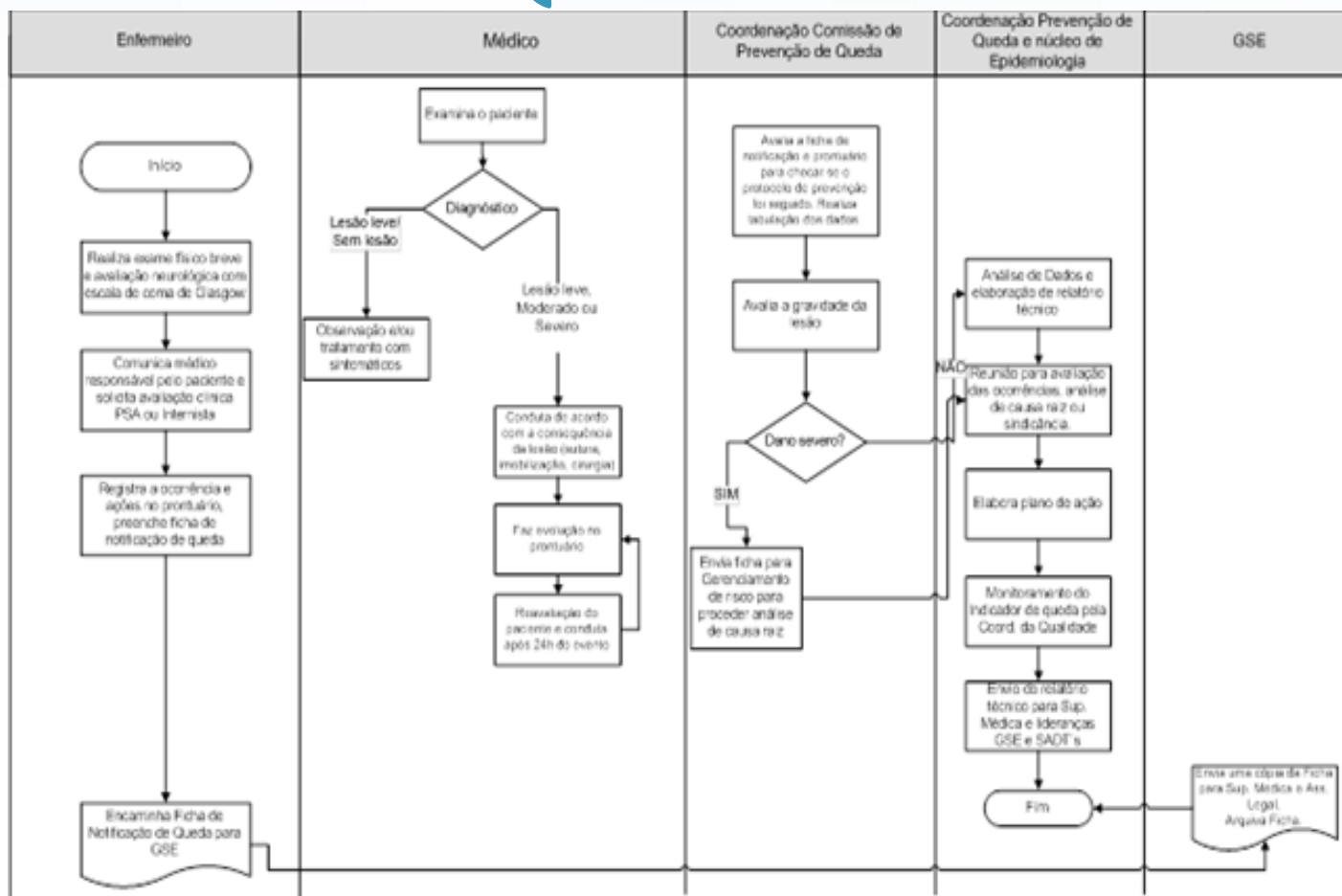


Srs. clientes e acompanhantes,

A colaboração de todos é importante para garantirmos a segurança dos pacientes. Por isso, tenha sempre atitudes que a favoreçam:

- Manter a cama baixa e travada, com as grades elevadas.
- Avisar a enfermagem quando for necessário se ausentar.
- No caso de utilização de pulseira vermelha, solicitar **SEMPRE** ajuda para locomoção.

Estabelecer Fluxo de Atendimento da Queda



Classificação do dano

Sem Lesão	Dano Leve	Dano Moderado	Dano Grave
Sem lesão decorrente da queda	<ul style="list-style-type: none"> • TCE leve – Glasgow 15 a 14 • Pequenos cortes • Sangramento leve • Escoriação da Pele • Dor • Edema • Hiperemia • Hematoma menor 	<ul style="list-style-type: none"> • TCE Moderado – Glasgow 13 a 9 • Sangramento excessivo • Laceração requerendo sutura • Luxação • Entorse 	<ul style="list-style-type: none"> • TCE grave – Glasgow 8 a 3 • Fratura • Hematoma subdural • Morte

LEVE	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
MODERADO	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
GRAVE	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
ÓBITO	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.



Mensuração dos dados

Escopo:

- ✓ Recursos humanos
- ✓ Alinhamento de conceitos
- ✓ Planejamento de logística para compilação de dados
- ✓ Definição de recurso de tecnologia da Informação (TI) – coleta e mensuração
- ✓ Adequação da fórmula
- ✓ Divulgação de dados
- ✓ Envolvimento da equipe
- ✓ Análise crítica
- ✓ Implementação de ações específicas visando diminuir a incidência do evento

QUEDA

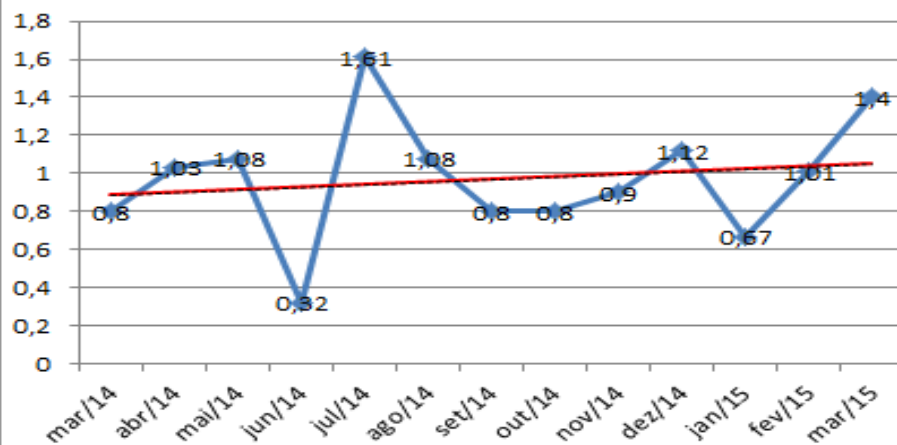
	SEM RISCO	COM RISCO	LEVE	MODERADO	ALTO RISCO/ GRAVE
MAR/14	6	2			
ABR/14	5	5			
MAI/14	7	6			
JUN/14	4	5			
JUL/14	8	4			
AGO/14			0	2	5
SET/14			0	3	6
OUT/14			0	1	6
NOV/14			1	2	5
DEZ/14			1	1	6
JAN/15			1	1	4
FEV/15			1	1	5
MARÇ/15			0	2	10
TOTAL	37	27	3	13	42

GRAU DE DANO

	SEM LESÃO	LEVE	MODERADO	GRAVE
MAR/14	3	4	1	0
ABR/14	7	2	0	1
MAI/14	9	3	0	1
JUN/14	7	3	0	0
JUL/14	8	3	0	1
AGO/14	7	0	0	0
SET/14	6	3	0	0
OUT/14	3	4	0	0
NOV/14	4	3	0	1
DEZ/14	3	5	0	0
JAN/15	3	3	0	0
FEV/15	6	1	0	0

MAR TO	OCORRÊNCIA	QTE	DANO
	TÉRREO	2	2 Sem lesão
	3º ANDAR	2	1 Lesão Leve
	6º ANDAR	1	1 Lesão Leve
	8º ANDAR	2	Sem lesão
	9º ANDAR	2	Sem lesão
	10º ANDAR	1	Sem lesão
	12º ANDAR	1	Sem lesão

Índice de Quedas 2015





Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care



Como mensurar queda?

Implementação
de ações

Diminuição de
quedas

Melhorar
subnotificação

CRONOGRAMA DE TRABALHO - Plano de Ação 2015/ Risco de Queda

Área responsável	Ação	Responsável	Distribuição Tarefas	1º Reunião Acompanhamento	Status	2º Reunião Acompanhamento	Status	Entrega Final dos Documentos
Grupo de quedas/Viviane Coordenadora	Alterar as placas das portas para Alto Risco de Queda de todas as unidades	Viviane/ líderes das Unidades	05/04/2015	15/04/2015	Andamento	13/05/2015		25/04/2015
	Reorientar as unidades sobre as formalizações de ida ao banheiro para os pacientes de Alto Risco							
	Reorientar as unidades sobre a obrigatoriedade de transferencias de leito/poltrona/cadeira em duas pessoas							
	Reorientar colaboradores do transporte sobre a obrigatoriedade de transferencias de leito/poltrona/cadeira em duas pessoas	Multiplicador CC/ Hospitalidade	15/04/2015	15/04/2015		13/05/2015		30/05/2015
Governança/ Grupo de Quedas	Implementar cintas de segurança para cadeira Higiénica	Viviane/Daniele Governança	15/04/2015	13/05/2015		10/06/2015		30/06/2015
	Implementar cintas de segurança para poltrona		15/04/2015	13/05/2015		10/06/2015		30/06/2015
Fisioterapia	Implementar intervenções da Fisioterapia para pacientes de Alto Risco	Fisioterapia/ Vanessa e Paula Abdalla/	15/04/2015	15/04/2015		13/05/2015		15/06/2015
	Implementar meias antiderrapantes para pacientes de Alto Risco							
Engenharia	Instalar redutor de vazão de água nos chuveiros das unidades	Marcos Jesus	01/01/2015	15/04/2015		15/05/2015		30/04/2015
Farmácia	Implementar intervenções da Farmácia para pacientes de Alto Risco	Farmácia/ Paola	15/04/2015	13/05/2015		10/06/2015		30/06/2015



Aula elaborada por **Viviane Ernesto Iwamoto**
enfermeira e Gestora do Protocolo de Quedas do
Hospital Samaritano (São Paulo)

Setembro 2016