



PROQUALIS

Cuidado essencial após a queda de um paciente internado: resumo de um relatório de segurança da Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido

Título original: **Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency.** BMJ 2011; 342:d329. Acessível em <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>

Estima-se que, a cada ano, 1 milhão de quedas de pacientes ocorram em hospitais dos Estados Unidos, e taxas semelhantes são registradas na maior parte dos países desenvolvidos.¹ Na Inglaterra e no País de Gales, são registradas aproximadamente 280.000 quedas de pacientes a cada ano em hospitais de cuidado agudo, hospitais comunitários e unidades de saúde mental.² O verdadeiro número de quedas provavelmente é ainda maior, pois sabe-se que todos os sistemas de saúde apresentam problemas de subnotificação.³ Embora mais de 96% das quedas não provoquem danos físicos ou resultem apenas em danos menores, 1390 quedas causaram fraturas (incluindo 840 fraturas de quadril) e 30 levaram a lesões intracranianas (especialmente hematomas subdurais).²

Os pacientes internados são particularmente vulneráveis a quedas, devido a problemas médicos agudos como delírio, acidente vascular encefálico (AVE), infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas e reações adversas causadas por medicamentos. Além disso, o ambiente hospitalar desconhecido pode exacerbar o impacto de transtornos como a demência, a incontinência e problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão.¹

A prevenção de quedas é um elemento crucial da segurança do paciente, e há amplos recursos que ajudam a identificar e reduzir os fatores de risco de quedas.⁴ Entretanto, o que ocorre após uma queda é igualmente importante. Em particular, a detecção e o tratamento precoce de qualquer lesão sofrida, como um hematoma subdural⁵ ou uma fratura de quadril,⁶ pode afetar fundamentalmente o desfecho.

Notificações feitas durante 12 meses à Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido, até 25 de março de 2010, indicam que cerca de 200 pacientes que sofreram fraturas ou lesões intracranianas após uma queda vivenciaram deficiências no cuidado após a queda. Este valor provavelmente é uma subestimação, devido à subnotificação e às descrições muito superficiais, em muitos dos casos notificados, do cuidado oferecido após a queda. Os incidentes revistos sugerem que o não-reconhecimento dos riscos e do potencial de danos de uma queda são comuns. Um dos casos notificados dizia: “Paciente sofreu lesão na cabeça na enfermaria ontem.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



PROQUALIS

Encontrado às 11h30 inconsciente (ECG [Escala de Coma de Glasgow] 3/15) sangrando pelo nariz e aspirando sangue. Pupilas dilatadas e fixas. Achados cardiovasculares e respiratórios significativamente anormais. Coagulopatia com história de doença hepática alcoólica. QUESTÕES... observação neurológica não está sendo realizada após a lesão.”

- Diagnóstico tardio de fraturas, de algumas horas a vários dias após a queda: isto pareceu estar relacionado predominantemente a pacientes avaliados de forma superficial ou não avaliados pela equipe médica, e não a lesões de difícil detecção ou a imagens radiográficas difíceis de interpretar. Os pacientes com delírio ou demência, incapazes de narrar a queda ou seus sintomas de forma coerente, pareceram particularmente vulneráveis a um diagnóstico tardio.
- Exames neurológicos não registrados com frequência suficiente, ou jamais registrados, com falha no reconhecimento da maior vulnerabilidade de pacientes que recebem tratamento anticoagulante ou pacientes com coagulopatias. Estes problemas resultaram num diagnóstico tardio de hemorragia intracraniana.
- Muitos pacientes são erguidos do solo ou transportados em elevadores flexíveis, apesar dos sintomas de fratura de membro ou lesão espinhal, causando dor intensa e até deslocamento da fratura.
- Atraso no acesso a investigações ou cirurgia urgentes (especialmente parecer ortopédico e leitos para pacientes que sofreram quedas em enfermarias não-ortopédicas de hospitais de cuidado agudo).

Este resumo se baseia num relatório de segurança (conhecido como Relatório de Resposta Rápida, ou RRR) publicado pela Agência Nacional de Segurança do Paciente em janeiro de 2007.⁷

O que podemos fazer?

Como as lesões graves só ocorrem em aproximadamente 1% das quedas de pacientes internados, os profissionais devem estar alertas. As principais considerações clínicas são:

- Antes de erguer um paciente do solo, pare e pense se pode haver lesões graves; verifique sinais e sintomas de fratura de membro e possível lesão espinhal.
- Se um paciente apresentar sinais ou sintomas de lesão grave, saiba como ter acesso a equipamentos que permitam erguer o paciente na posição supina e peça ajuda a colegas treinados no uso desses equipamentos (ou, em unidades isoladas, mantenha o paciente imóvel enquanto aguarda os serviços de emergência).
- Assegure-se de que todos os pacientes com características de lesão grave, e pacientes mais vulneráveis a lesões graves, sejam avaliados rapidamente por um médico.



PROQUALIS

- Assegure-se de que todos os pacientes recebam um exame médico detalhado e documentado, numa escala de tempo adequada. A equipe médica deve reexaminar o paciente regularmente caso exista qualquer preocupação, com exames adicionais em visitas feitas pelo médico assistente ou pelo clínico geral.
- Quando houver suspeita de lesão craniana, baseie a frequência, a duração e os componentes da observação neurológica nas recomendações de diretrizes nacionais (quadro).⁵ É preciso atuar de forma rápida na presença de achados anormais, como sinais de lateralização, convulsões ou deterioração da escala de coma de Glasgow. Os hospitais devem utilizar impressos que permitam o registro da versão padrão da escala de coma de Glasgow de 15 pontos.⁸
- Documente cuidadosamente a história da queda, colhida com o paciente e com qualquer testemunha, pois isto poderá indicar fatores causais subjacentes. Notifique todas as quedas e investigue-as usando sistemas locais; quando aplicável, informe os familiares ou cuidadores do paciente sobre a queda.
- Considere que um paciente que sofreu uma queda apresenta alto risco de novas quedas, iniciando ações de prevenção secundária¹ e a avaliação da saúde óssea.⁶
- Observe que as quedas muitas vezes são sinais de alerta para uma deterioração subjacente, que pode justificar uma revisão médica urgente independentemente de qualquer lesão efetiva.

Conteúdo e frequência da observação neurológica

As diretrizes NICE sobre o rastreamento, investigação e conduta precoce diante de lesões cranianas⁵ traz os seguintes conselhos sobre a frequência dos exames neurológicos:

- (Retirado do ponto 1.7.2.1 das diretrizes) Em pacientes internados para observação de lesão craniana é necessário documentar, no mínimo, os seguintes parâmetros: escala de coma de Glasgow, tamanho e reatividade das pupilas, movimentos de membros, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio.
- (Retirado do ponto 1.7.3.1 das diretrizes) As observações devem ser registradas a cada 30 minutos até que a escala de coma de Glasgow do paciente atinja 15 pontos. A frequência mínima de observações em pacientes com 15 pontos na escala devem ser as seguintes (iniciadas após a avaliação inicial no serviço de emergência):
 - A cada 30 minutos durante 2 horas
 - A seguir, de hora em hora durante 4 horas
 - Daí por diante, a cada 2 horas
- (Retirado do ponto 1.7.3.2 das diretrizes) Se um paciente com 15 pontos na escala de coma de Glasgow deteriorar a qualquer momento após o período inicial de duas horas, é preciso voltar a fazer observações a cada 30 minutos e seguir as frequências do cronograma original.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



PROQUALIS

O Relatório de Resposta Rápida requer que as organizações do Sistema Nacional de Saúde (NHS) britânico deem apoio aos profissionais da linha de frente por meio de mudanças no sistema, como a produção e disseminação local de protocolos de ações após uma queda e a renovação do treinamento, equipamento e documentação à beira do leito. As unidades cujos serviços não disponham de médicos deverão entrar em acordo quanto aos critérios e às escalas de tempo para o acesso a serviços de ambulância e a exames médicos. Os hospitais de cuidado agudo devem rever seus sistemas de encaminhamento e transferência, para garantir que os pacientes com lesões graves após uma queda tenham acesso a investigações especializadas com a mesma rapidez e qualidade oferecidas a pessoas na comunidade.

O que mais precisamos saber?

O desafio diante de quedas no hospital ou na comunidade está na implementação consistente e confiável das evidências existentes sobre o tipo de cuidado que otimiza a chance de uma recuperação completa e reduz o risco de novas quedas.⁹

Como saber se a prática se tornou mais segura?

Solicita-se às organizações do NHS que executem as mudanças de sistema delineadas no Relatório de Resposta Rápida até julho de 2011. Nesse ano, a Unidade de Eficácia e Avaliação Clínica do *Royal College of Physicians* irá realizar uma auditoria-piloto das quedas de pacientes, com elementos para avaliar o progresso da implementação das recomendações do Relatório de Resposta Rápida. As organizações também poderão verificar o progresso localmente — por exemplo, recolhendo uma amostra de anotações em prontuários para verificar a qualidade das avaliações médicas feitas após uma queda e do registro de exames neurológicos, ou perguntando a uma amostra de profissionais da saúde se sabem como ter acesso ao equipamento local que permita erguer o paciente na posição supina.

Observações

Citar este artigo como: *BMJ* 2011;342:d329

Notas de Rodapé

Após uma reforma no Departamento de Saúde em julho de 2010, a Agência Nacional de Segurança do Paciente será abolida e algumas de suas funções serão transferidas a um subcomitê de segurança do paciente no novo *NHS Commissioning Board*. No entanto, as notificações de incidentes poderão ser feitas em www.npsa.nhs.uk

Contribuidores: FH é o responsável pelo trabalho e escreveu o manuscrito, baseado no trabalho liderado por FH, TL, S. Panesar e outros na Agência Nacional de Segurança do Paciente. Todos reviram o manuscrito.

Conflitos de interesse: todos os autores preencheram o Formulário Unificado de Conflitos de Interesse (www.icmje.org/coi_disclosure.pdf, disponível sob solicitação junto ao autor correspondente) e declaram não terem recebido apoio de nenhuma organização para realizar o trabalho apresentado, não terem relações financeiras, nos



últimos três anos, com qualquer organização que possa ter interesses neste trabalho e não terem outras relações ou atividades que possam ter influenciado o trabalho.

PROQUALIS

Referências

Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010;26:645-92.

National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls data update. 2010. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/patient-accidents-falls/?entryid45=74567.

Sari ABA, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. BMJ2007;334:79.

Patient Safety First. The “How to” guide to reducing harm from falls. National Patient Safety Agency, 2009. www.patientsafetyfirst.nhs.uk.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Head injury; triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults. (Clinical guidance 56.) 2007. <http://guidance.nice.org.uk/CG56>.

British Orthopaedic Association, British Geriatric Society. “Blue book” guidance for the treatment of fragility fractures. BOA, 2007.

National Patient Safety Agency. Essential care after an inpatient fall. NPSA/2011/RRR001. NPSA, 2010. www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=94033.

Wiese MF. British hospitals and different versions of the Glasgow coma scale: telephone survey. BMJ 2003;327:782-3.

Youde J, Husk J, Lowe D, Grantb R, Potterc J, Martinde F. The national clinical audit of falls and bone health: the clinical management of hip fracture patients. Injury2009;40:1226-30.