# DIRETRIZ CLÍNICA QPS 004/2018 VERSÃO 2

# ASSUNTO: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

| DATA DA ELABORAÇÃO | DATA DA VALIDAÇÃO | RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO | RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO |
|---|---|---|---|
| 19 de março de 2018 | 26 de março de 2018 | Virginia Maria C. Paraizo<br>Viviane Ernesto Iwamoto | Erica Batista, Dario Ferreira e Priscila Rosseto |

## OBJETIVO

Definir normativa para o protocolo de Prevenção de Quedas em pacientes adultos nos Hospitais do Américas Serviços Médicos, tendo como principais objetivos:

- Identificar os pacientes com risco de queda e alto risco para dano grave;
- Identificar os fatores intrínsecos e ambientais;
- Implementar barreiras de proteção de acordo com o grau de risco com atuação multidisciplinar;
- Promover auditorias clínicas para confiabilidade das barreiras implementadas.

## AREAS ENVOLVIDAS

Equipes multidisciplinares dos Hospitais Américas Serviços Médicos

## PROTOCOLO CLÍNICO

### 1. DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES

#### 1.1. Definição

**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.

Esta definição considera como queda as seguintes situações: paciente escorrega de uma cadeira para o chão, paciente encontrado no chão, paciente é amparado durante uma queda (mesmo que não chegue ao chão), paciente encontrado apoiado sobre o mobiliário ou no chão.

## 1.2. Elegibilidade – Pacientes adultos

- Pacientes Internados;
- Pacientes atendidos nos PSs;
- Pacientes em atendimento ambulatorial;
- Pacientes externos em atendimentos nos Serviços de diagnósticos por imagem e laboratório;

## 1.3. Escala

A Escala JH-FRAT foi elaborada por profissionais e pesquisadores do Johns Hopkins Hospital e Johns Hopkins University School of Nursing, com abordagem centrada no paciente quanto à assistência para prevenção de danos relacionados a quedas, e com a característica de não requerer um aumento significativo do trabalho da enfermagem quando de sua utilização na prática assistencial.

A escala é composta por 8 áreas de avaliação com classificação de cada fator de risco: (a) situações prévias definidoras do risco: imobilidade (baixo risco), história pregressa de queda (alto risco), história de queda durante a internação (alto risco) e o paciente é considerado de alto risco segundo protocolo (alto risco); (b) Idade; (c) história de queda; (d) eliminações; (e) medicação; (f) equipamentos assistenciais; (g) mobilidade; (h) cognição. A somatória dos pontos fornece um escore que é categorizado em baixo risco, risco moderado e alto risco.

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS - JH-FRAT**

| **Selecione uma das situações a seguir, se aplicável.**<br>**Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.** | |
|---|---|
| **( )** | Paralisia completa ou imobilidade completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição).<br>Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda). |
| **( )** | Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação. |

| | | |
|---|---|---|
| **( )** | Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.. | |
| **( )** | Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (risco de sangramento - distúrbio de coagulação com plaquetas < 20.000 e fragilidade óssea - osteoporose documentada e fragilidade óssea relacionada a doença metastática óssea). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo. | |
| **Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.** | | **Pontos** |
| Idade (selecione apenas uma opção) | | |
| **( )**<br>**( )**<br>**( )** | 60 - 69 anos (1 ponto)<br>70- 79 anos (2 pontos)<br>80 anos e mais (3 pontos) | |
| Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável) | | |
| **( )** | Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos) | |
| Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção) | | |
| **( )** | Incontinência (2 pontos) | |
| **( )** | Urgência ou aumento da frequência (2 pontos) | |
| **( )** | Urgência/ aumento da frequência e incontinência (4 pontos) | |
| **Uso de medicamentos de alto risco de quedas: opióides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (selecione apenas uma opção)** | | |
| ( ) | Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos) | |
| ( ) | Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos) | |
| ( ) | Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos) | |
| **Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex. sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros).**<br>**(selecione apenas uma opção)** | | |
| ( ) | Um equipamento (1 ponto) | |
| ( ) | Dois equipamentos ( 2 pontos) | |
| ( ) | Três ou mais equipamentos (3 pontos) | |

| | | |
|---|---|---|
| **Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)** | | |
| ( ) | Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos) | |
| ( ) | Marcha instável (2 pontos) | |
| ( ) | Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos) | |
| **Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)** | | |
| ( ) | Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto) | |
| ( ) | Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos) | |
| ( ) | Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos) | |
| **Somatória dos pontos** | | |
| *** Baixo risco: escore de 0-5 pontos. Risco moderado: escore de 6-13 pontos. Alto risco: escore > 13 pontos** | | |

Copyright © 2007 by The Johns Hopkins Health System Corporation. All rights reserved.

## 1.4. Fatores que predispõem o risco para queda

| FATORES INTRÍNSECOS | FATORES EXTRÍNSECOS | COMORBIDADES | MEDICAMENTOS |
|---|---|---|---|
| - Pacientes pediátricos <5 anos;<br>- Pacientes maiores de 65 anos;<br>- História de queda anterior;<br>- Não adesão do paciente às orientações, | - Fatores ambientais (presença de escada, mobiliário e desníveis) e vestimentas inadequadas;<br>- Presença de dispositivos (venóclise, bengalas, muletas, andadores). | - Dificuldade de marcha;<br>- Déficit sensitivo;<br>- Artrite;<br>- Baixo índice de massa corpórea;<br>- Insônia;<br>- Distúrbios neurológicos;<br>- Confusão;<br>- Agitação;<br>- Desorientação;<br>- Urgência urinária e intestinal. | Que alteram o SNC:<br>- Ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos e antidepressivos;<br><br>Outros:<br>- Anti-hipertensivos;<br>- Anticolinérgicos;<br>- Diuréticos;<br>- Antiarrítmicos;<br>- Hipoglicemiantes;<br>- Manitol (em preparo para colonoscopia);<br>- Polifarmácia (associação de 5 ou mais medicamentos). |

### 1.4.1. Idade

O risco é maior em idosos (65 anos) do que em pacientes mais jovens. Os idosos representam a maioria daqueles que caem, mas pacientes mais jovens em determinadas especialidade clínicas, como clínica médica, neurologia e oncologia, também têm um risco aumentado de queda. A idade aparece como um fator de risco dependente, porque muitas vezes se correlaciona com outros riscos tais como, marcha e mobilidade prejudicada.

As alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como a diminuição da acuidade visual com a diminuição do tempo de resposta visual e da adaptação às alterações da luminosidade; a diminuição da acuidade auditiva com a consequente diminuição de pistas (sinais audíveis) sobre o meio ambiente; os distúrbios proprioceptivos com alteração da percepção da posição do corpo estática e dinâmica; o aumento do tempo de reação à situações de perigo para o controle postural; a diminuição da força muscular e a degeneração das articulações que limitam a amplitude do movimento, são fatores que impactam diretamente no aumento do risco de queda.

### 1.4.2. Comprometimento Cognitivo

O prejuízo cognitivo implica no déficit de um ou mais domínios cognitivos, como memória, habilidades viso-espaciais ou função executiva. Demência e delírium são as duas formas mais comum de disfunção cognitiva em idosos:

- Demência é uma síndrome de declínio progressivo em mais de um domínio cognitivo e que afeta a capacidade de funcionamento da pessoa. A demência tem um início gradual, geralmente envolve um declínio progressivo de habilidades cognitivas (como memória, orientação, aprendizagem, avaliação e compreensão) e é frequentemente acompanhado por mudanças na personalidade e comportamento.
- Delirium é uma síndrome caracterizada pelo rápido início e com prejuízo no status mental. É comum em pacientes hospitalizados, com prevalência de 15% a 56% nos pacientes idosos hospitalizados. Geralmente desenvolve-se ao longo de horas ou dias, tem um curso flutuante e envolve alterações em uma série de habilidades cognitivas, tais como atenção e concentração, orientação, humor, percepção, atividade psicomotora e do ciclo sono vigília.

Em pacientes hospitalizados, a distinção sintomatológica entre demência e delirium pode ser difícil devido a probabilidade do idoso apresentar ambas patologias.

O prejuízo cognitivo está associado ao aumento do risco para queda, pois influencia diretamente na capacidade do paciente para compreender e gerir os riscos ambientais, e pelos prejuízos causados à capacidade de deambular e instabilidade postural. São exemplos de alteração do comportamento, que contribuem para aumentar o risco para queda em pacientes com alteração cognitiva: agitação, dispersão, consciência reduzida de riscos ambientais, diminuição da capacidade de resolver problemas e impulsividade. Neste contexto, quaisquer alterações no ambiente podem aumentar a confusão e agitação, aumentando o risco de quedas.

### 1.4.3 Estado Mental

Este comprometimento é comumente descrito como confusão, desorientação e agitação, porém o resultado de um estudo do tipo caso-controle evidenciou que os sintomas existentes na depressão podem aumentar o risco para queda ao paciente comprometido.

1.4.3.1. Depressão é caracterizada pela persistente diminuição de três esferas de funcionamento:

- Humor;
- Sentido vital (uma medida do próprio bem-estar e energia);
- Autoconfiança (atitude em relação a si próprio). Pode ocasionar alteração do nível de atenção do idoso, diminuição da autoconfiança, indiferença ao meio ambiente, reclusão, inatividade, inapetência, emagrecimento.

1.4.3.2. Ansiedade é o conjunto de sentimentos de tensão e de angústia, distintos de tristeza e que normalmente não apresentam um estímulo grave o suficiente que justifique tal condição.

Frequentemente apresenta componentes tanto somáticos (físicos) quanto psicológicos. Pode acarretar em diminuição da atenção, aumento da insegurança e pode até levar a tonturas, arritmias e dispneia.

Este contexto contribui para alteração das atividades e percepções sobre a vida cotidiana, que levam a uma condição de dependência e até isolamento social, neste sentido podem ocorrer quedas pela modificação dos hábitos.

### 1.4.4 Eliminações

A urgência urinária e intestinal está associada com quedas recorrentes, principalmente em idosos frágeis. É um fator de risco independente.

Episódios de incontinência podem aumentar o risco de queda. É relatado na literatura que 50% das quedas estão relacionadas com eliminações e 27% relacionadas com idas ao banheiro. A incontinência também pode estar relacionada com síncope miccional. Infecção do trato urinário também pode causar delírio relacionado à incontinência, fraqueza e hipotensão.

Medicações utilizadas para tratar a incontinência (ex.: anticolinérgicos e alfa bloqueadores) podem causar hipotensão postural e consequente queda.

Os mecanismos pelos quais a incontinência urinária e fecal pode aumentar o risco de quedas incluem:

- Escorregar no piso molhado em razão de possível sujidade;
- Dificuldades para retirar a roupa sozinho para ir ao banheiro;
- Necessidade de usar dispositivos que auxiliem na deambulação, o que dificulta a ida do paciente ao banheiro, aumentando o risco de queda principalmente durante a noite. Existe registro de aumento do número de quedas em pacientes com as características citadas, principalmente nas primeiras horas da manhã. Presença de infecções do trato urinário, que pode causar delírium, sonolência, hipotensão, dor, aumento da frequência urinária e urgência urinária;
- Uso de medicamentos para tratar a incontinência urinária, como por exemplo, os anticolinérgicos ou alfa-bloqueadores, pode causar episódios de hipotensão postural e delírios respectivamente;
- Uso de medicamentos, tais como diuréticos, podem aumentar o risco de quedas, pois aumenta a frequência urinária, e promove a hipovolemia;
- A diminuição da acuidade visual é um fator de risco para queda, que associado a incontinência urinária e fecal, aumenta a probabilidade deste evento ocorrer, na medida em que o paciente levanta mais vezes para ir ao banheiro.

Episódios de incontinência no ambiente hospitalar são frequentemente transitórios e podem estar relacionados com o quadro agudo da doença. Incontinência transitória está presente em 50% dos idosos no hospital. Um número de fatores relacionados com a incontinência pode contribuir para o aumento do risco de queda, incluindo urgência urinária, aumento da frequência urinária, falta de exercícios e o repouso no leito, ambiente não familiar, redução da mobilidade e equilíbrio e redução da destreza.

### 1.4.5. História de Queda Anterior/Quedas Frequentes

Segundo estudos de avaliação de fator de risco, história de queda é um fator preditivo positivo para um novo evento. História de queda aumenta em três vezes o risco de o paciente cair novamente e 2/3 dos que caíram tem a chance de cair novamente no ano subsequente.
Quanto maior o número de quedas é maior o medo de cair novamente, associado à perda de confiança, perda da independência, redução e limitação das suas atividades diárias e até restrições por parte do próprio indivíduo e/ou familiares/cuidadores (no caso do idoso).

### 1.4.6. Deficiência Sensorial (visão, audição, tato)

- Diminuição da acuidade Visual

A acuidade visual desempenha um papel importante no risco para queda, importante identificar a existência do déficit e individualizar os recursos para cada paciente como uso de óculos ou lentes de contato dentre outros.

- Diminuição da acuidade Auditiva

Apresentar preservada a acuidade auditiva é um fator importante para a segurança do paciente durante a movimentação, uma vez que esta função sensorial se torna a complementar as informações sobre o ambiente, como por exemplo, ouvir a aproximação de equipamentos ou pessoas que não podem ser visualizadas em determinado momento.
Além disso, pode-se associar também que o comprometimento do sistema vestibular, o qual desempenha importante papel na detecção do movimento e alinhamento do corpo, ocasiona sintomas tais como tontura, e consequente aumento do risco de queda.

- Alteração do tato (comprometimento do sistema somatossensorial)

O sistema somatossensorial é responsável pelo sentido do tato e pela consciência da posição que o corpo ocupa no espaço, funções importantes para garantir segurança durante a movimentação. O comprometimento deste sistema resulta em alterações de equilíbrio e aumento do risco de queda. Uma causa comum de comprometimento deste sistema é a neuropatia periférica, frequentemente associada com diabetes.

### 1.4.7. Alterações do Equilíbrio e Mobilidade

Frequentemente o equilíbrio e a mobilidade são reduzidos, quando uma pessoa está hospitalizada, em comparação com o seu nível habitual de mobilidade. Isto pode ocorrer devido aos efeitos de medicamentos, ocorrência de eventos agudos e/ou doença aguda. A avaliação do equilíbrio e da mobilidade como um único fator não parece ser a melhor maneira de prever quedas em pacientes hospitalizados, mesmo em contextos de reabilitação. Deve-se associar a esta avaliação a presença de outros fatores tais como presença de disfunção cognitiva ou agitação, o uso de medicamentos psicoativos, instabilidade da marcha, incontinência urinária e/ou alteração da frequência miccional e história de queda anterior. Desta forma pode-se prever e intervir de maneira a reduzir os riscos associados com a probabilidade de ocorrência da queda.

### 1.4.8. Medicações

Estudos epidemiológicos têm demonstrado uma associação entre uso de medicamentos e a ocorrência de quedas. O risco de queda pode ser aumentado pela interação medicamentosa, efeitos adversos indesejados e mesmo efeitos desejados. O uso indevido ou excessivo de medicamentos pode aumentar o risco para queda, advindo dos efeitos adversos do medicamento, alteração farmacocinética (o tempo de absorção, distribuição, metabolização e excreção das drogas), alteração farmacodinâmica (o efeito das drogas sobre a função celular e de órgãos), prescrição inapropriada e não-adesão à terapia medicamentosa. Algumas vezes as manifestações se tornam mais expressivas dependendo das condições clínicas do paciente.

As classes medicamentosas que comumente aumentam o risco para queda, são aquelas que atuam no sistema nervoso central, como os sedativos, opióides, tranquilizantes e

benzodiazepínicos. Outras medicações que estão relacionadas com o aumento do risco para queda são os antiepiléticos, betabloqueadores, digoxina, diuréticos e anti-hipertensivos. De maneira geral, as ações destes medicamentos podem ter como resultado alteração da cognição, marcha e/ou equilíbrio, que contribuem para a ocorrência do evento de queda. Além disso, os diuréticos e laxativos aumentam a exposição do paciente ao risco para cair, uma vez que o paciente aumenta a frequência das eliminações e necessidade de ir ao banheiro, sendo, portanto, um fator de risco associado ou indireto.

### 1.4.9. Síncope

Síncope é definida como uma perda transitória da consciência e é normalmente descrita como desmaiar ou desmaio. Pré-síncope descreve a sensação de tontura ou sensação de desmaio e pode preceder um episódio de perda de consciência. Uma série de condições pode ocasionar a síncope, sendo que todas levam a hipoperfusão cerebral, com consequente alteração do nível de consciência.

Seguem as causas mais comuns que ocasionam a síncope: Síncope Vaso vagal, Hipotensão Postural, Hipotensão Postural e Hipersensibilidade do Sinus Carotídeo. Paciente que forem identificados com queda por síncope deverão ser avaliados pelo time de queda e excluídos do protocolo.

### 1.4.10. Riscos Ambientais

Riscos ambientais, como má iluminação, superfícies de piso escorregadio, calçados inadequados, contribuem aproximadamente com 10% das quedas nos hospitais. Os riscos ambientais aumentam o risco de queda em pacientes com alteração da deambulação e dificuldade de mobilização durante transferências. Por exemplo, pacientes com dificuldade de marcha possuem maior risco de perder o equilíbrio e cair ao andar em pisos escorregadios do que aqueles com marcha normal.

Os fatores de risco ambientais são divididos em: fatores de risco individuais (são os relacionados com o ambiente onde o paciente está alocado) e fatores de risco relacionados ao ambiente de uso coletivo. Os fatores de risco ambientais devem ser avaliados, de acordo com as alterações no ambiente, na função cognitiva e/ou rotina do paciente.

Os fatores de risco ambiental individual interagem constantemente com os fatores de risco pessoais, influenciando no risco para queda do paciente. Segue alguns fatores de risco ambiental individual que aumentam o risco de queda do paciente:

- Altura inadequada da cama: altura do leito é a distância do chão ao topo superfície do colchão e é geralmente ajustável. A altura ideal para cama ou cadeira é geralmente considerada a altura em que os pés são capazes de estar em contato com o chão, quando os quadris estão dobrados 90º. Esta altura oferece suporte e é adequada para realização de transferências.
- Freios quebrados e não travados: freios quebrados e não travados de cadeiras e camas, estão relacionados como fatores contribuintes para queda.
- Campainha fora do alcance do paciente: ter fora do alcance a campainha de chamada da enfermagem e outros objetos que o paciente necessite usar intermitentemente leva ao paciente a tentar alcançá-los, mesmo que os leve a uma situação insegura. Deve-se ter atenção que estes objetos sejam colocados ao alcance do paciente após algumas atividades tais como limpeza do quarto, realização de procedimentos com o paciente, entre outros.
- Equipamentos que auxiliam a deambulação fora do alcance do paciente: manter equipamentos que auxiliam na deambulação fora do alcance dos pacientes, pode levar o paciente a tentar acessá-lo. Para muitos dos pacientes esta situação pode levar a uma instabilidade do equilíbrio, o que aumento o risco para queda.
- Superfícies escorregadias: aumentam o risco de queda. É importante que todas as superfícies que foram limpas estejam claramente identificadas, e que as rotas alternativas estejam disponíveis para o paciente, até que a superfície esteja seca. As superfícies podem se tornar escorregadias, quando o paciente for incontinente.

- Ambiente desorganizado: manter o quarto desorganizado pode ocasionar confusão em determinados pacientes e aumentar o risco para queda.
- Restrição do paciente: o uso de restrições (física e/ou química) mostrou-se associado com o aumento da gravidade da injúria relacionada à queda.
- Outros: iluminação inadequada no quarto/banheiro do paciente; condições inadequadas dos equipamentos de auxílio à deambulação; disposição inadequada de equipamentos dentro do quarto; posicionamento inadequado dos equipos de infusão endovenosa, extensão de drenos, sondas e fios dos equipamentos.

### 1.5. Fatores que predispõem ALTO RISCO PARA DANO GRAVE por queda

| FATORES INTRÍNSECOS | FATORES EXTRÍNSECOS | COMORBIDADES | MEDICAMENTOS |
|---|---|---|---|
| - Idade de 80 anos ou mais;<br>- Não adesão do paciente às orientações. | Não se aplica | - Doenças que aumentam o risco para sangramento (ex. distúrbios de coagulação, plaquetopenia <20.000;<br>- Doença de Von Willebrand);<br>- Osteoporose;<br>- Cirurgia recente menor que 24h. | - Uso de anticoagulantes. |

## 1.6. Pontos de atenção para mitigação do risco de queda

### 1.6.1. Uso de Calçados Inadequados é um fator que contribui para queda:

- Calçado mal ajustado ou calçado inadequado para as condições ambientais prejudica a posição de pisar, sentido tanto em pessoas mais jovens e mais velhos.

- Usar sapatos com fixação inadequada (ou seja, sapatos sem cadarços, fivelas ou velcro) está associado com um maior risco de tropeçar;
- Usar sapatos de salto alto prejudica o equilíbrio em comparação com sapatos de salto baixo ou pés descalços;
- Chinelos muitas vezes é o calçado de escolha para uso em interiores, mas estão associados com um aumento do risco de injúria por se soltarem mais facilmente dos pés;
- Andar de meias ou descalço, está associado com um risco de 10 a 13 vezes maior para queda em comparação com calçados esportivos.

Características de calçados adequados para prevenção de quedas:

- Sola: solados firmes parecem melhorar o sentido de posição do pé, um piso único, pode ainda evitar escorregões em superfícies lisas;
- Saltos: salto baixo, quadrado melhora o equilíbrio;
- Correia/Prendedor: sapatos com prendedor de apoio melhoram o equilíbrio;

### 1.6.2. Utilização de equipamentos em estado inadequado de conservação ou quebrados

Pacientes que durante sua terapia de restabelecimento, podem sofrer desequilíbrio na postura corporal, dificuldade para deambular, restrição da amplitude do movimento, por interferência do equipamento e/ou dispositivo ao qual esteja conectado.

Um grande número de quedas pode ser evitado se medidas preventivas apropriadas forem tomadas, visando a uma melhor mobilidade do paciente com uma integração de normas de segurança em seu ambiente. Atentar-se para o estado de conservação dos equipamentos que são utilizados pelo paciente, tirando do uso quando detectado algum risco e reforçar a manutenção dos mesmos.

As bombas de infusão devem ser fixadas nos suportes de soro de acordo com a distribuição balanceada do peso de tal modo que não exista risco de derrubar o suporte e consequente queda do paciente.

## 1.7. Definição dos papeis e responsabilidades da equipe multidisciplinar

### 1.7.1. Enfermeiro

- Implementar cuidados universais para prevenção de quedas;

| CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS | | |
|---|---|---|
| **PROATIVIDADE (Equipe multidisciplinar)** | **AMBIENTE SEGURO (Infraestrutura)** | **EDUCAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO (Família)** |
| **Atender e programar as necessidades de ajuda:**<br>- Ida ao banheiro, troca de fraldas, uso de papagaio ou comadre;<br>- Movimentação da cama para a poltrona (com transfer, elevador de pacientes ou em 2 pessoas)<br>- Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente;<br>- Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos (desinvasão). | - Manter o chão limpo e seco;<br>- Manter o ambiente organizado;<br>- Propiciar iluminação adequada e utilizar “luz noturna”;<br>- Manter a cama baixa e travada;<br>- Manter as grades superiores da cama elevadas;<br>- Manter área livre para deambulação. | - Informar ao paciente o risco e cuidados necessários para evitar uma queda;<br>- Evitar deixar o paciente sozinho;<br>- Comunicar a enfermagem sempre que precisar se ausentar;<br>- Solicitar ajuda para movimentar o paciente;<br>- Orientar quanto ao uso de sapatos adequados, roupas de tamanho e ajuste adequados;<br>- Orientar paciente/família da disposição e funcionamento dos móveis e equipamentos no quarto e localização do banheiro. |

- Mapear o risco através da Escala JH-FRAT - Johns Hopkins Hospital.

- A avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente com prazo máximo de 24horas (dependendo das condições clínicas e procedimentos agendados). A reavaliação do paciente deve ocorrer:
    - A cada 24 horas,
    - Sempre que houver mudança do estado clínico;
    - Mudança do ambiente (como troca de quarto, introdução de novo equipamento e/ou mobiliário, mudança de unidade);
    - Após episódio de queda.
- Utilizar as pulseiras para pacientes com alto risco/alto risco para dano grave;
- Implementar as intervenções preventivas de acordo com o grau de risco:

| Risco de Queda BAIXO (JH-FRAT 0 a 5 PONTOS): | Risco de Queda MODERADO (JH-FRAT 6 a 13 PONTOS): | ALTO Risco de Queda ALTO/DANO GRAVE (JH-FRAT >13 PONTOS): |
|---|---|---|
| - Cuidados universais para prevenção de quedas;<br>- Educação: Checar o entendimento das orientações para a prevenção de queda com o paciente/ família/ acompanhante a cada troca de plantão. | - Implementar medidas do Baixo Risco;<br>- Realizar "rondas" a cada 3 horas para avaliar conforto e segurança do Paciente;<br>- Manter as 4 grades elevadas se RASS ≠0. | - Implementar medidas do Baixo Risco;<br>- Realizar "rondas" a cada 3 horas para avaliar conforto e segurança do Paciente;<br>- Manter as 4 grades elevadas se RASS ≠0;<br>- Orientar o paciente/familiar a NÃO levantar sem a enfermagem;<br>- Manter o uso da pulseira vermelha/amarela de acordo com a cultura regional;<br>- Movimentação da cama para poltrona com transfer, jack, colchão inflável ou em no mínimo duas pessoas;<br>- Colocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, sempre que possível;<br>- Orientação diária ao paciente e acompanhante sobre prevenção de quedas, a cada plantão e quando houver troca de acompanhante;<br>- Recomenda-se a utilização de cinto de segurança nos |

| | | |
|---|---|---|
| | | equipamentos de transporte interno (maca, cadeira de rodas e carrinhos de Bebê);<br>- Avaliar diariamente a possibilidade de retirada de dispositivos invasivos. |

- Educação do paciente e acompanhante:
  - Orientar uso de sapatos seguros, com solados antiderrapantes;
  - Orientar uso de roupas com comprimento acima do tornozelo;
  - Solicitar ajuda da enfermagem para locomoção no quarto e uso da poltrona;
  - Solicitar ajuda da enfermagem quando necessitar uso do banheiro;
  - Orientar a importância de manter um acompanhante no quarto;
  - Comunicar a enfermagem quando o acompanhante necessitar se ausentar do quarto;

- Ronda de enfermagem para pacientes de risco moderado e alto risco. Deve seguir os critérios:

| Paciente ACORDADO | Paciente DORMINDO |
|---|---|
| - Oferecer e estabelecer acordo com horários para acompanhamento ao banheiro, para os casos que o paciente tenha esse hábito.<br>- Verificar se os utensílios que o paciente precisa estão ao seu alcance.<br>- Verificar se a cama está baixa e com as 2 grades superiores elevadas.<br>- Manter um ponto de luz acesa nos casos de ronda noturna. | - Verificar se a cama esta baixa e com as 2 grades superiores elevadas.<br>- Manter um ponto de luz acesa nos casos de ronda noturna.<br>Obs: nos quartos que tiverem acompanhante reforçar a importância da ronda e acionamento da equipe de enfermagem para saída do leito. |

### 1.7.2. Médico

- Atentar-se às evidências quanto ao aumento do risco de queda relacionado ao uso de algumas classes medicamentosas:

- A medicação que mais contribui com a queda são as cardiovasculares, psicotrópicos (sedativos, ansiolíticos e antidepressivos) e analgésicos.
- O uso de 4 ou mais medicações tem sido associado ao aumento do risco de queda, e 9 vezes mais quando associado a deficiência cognitiva. O risco é agravado se a pessoa está tomando uma medicação psicotrópica. Este pode ser um resultado de reações adversas a um ou mais dos medicamentos, interações medicamentosas uso prejudicial ou incorretos de alguns ou de todos os medicamentos. Segundo um estudo, o risco relativo de queda para as pessoas que utilizam apenas um medicamento (em comparação com pessoas que não tomam qualquer medicamento) é de 1,4, aumentando, de 2,2 para as pessoas que utilizam dois medicamentos e de 2,4 para as pessoas que utilizam três ou mais medicações. Assim, o potencial de queda e os benefícios da polifarmácia devem ser equilibrados na inclusão de cada nova droga na prescrição médica.
- O uso de benzodiazepínicos (por período curto de tempo, ou tratamentos em longo prazo) afetam a cognição, a marcha e equilíbrio. Existem estudos que demonstram que a frequência de queda aumenta 44% em alguns grupos de pacientes que estão em uso de benzodiazepínicos. Devido à sua atividade sedativa e bloqueadora alfa-adrenérgica resulta em alterações psicomotoras e hipotensão postural.
- O uso de medicações psicotrópicas está associado com um risco aumentado de quedas em hospitais devido aos seus efeitos colaterais como sedação, hipotensão postural e diminuição do equilíbrio, e mobilidade.
- Hipnóticos e Sedativos: podem causar sedação residual durante o dia, o que resulta em episódios de tontura e ataxia da marcha e confusão;
- Diuréticos: podem causar depleção de volume e hipocalemia o que resulta em hipotensão ortostática e arritmias;
- Psicotrópicos: seu uso aumenta em quase cinco vezes o risco para quedas.
- Dentre os medicamentos comumente associado com hipotensão postural podemos citar os agentes anti-hipertensivos, antianginosos, antidepressivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos e diuréticos

- Desinvasão: avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos;

### 1.7.3. Farmácia clinica

- Ajustar a prescrição médica em caso de polifarmácia;
- Analisar a Prescrição médica identificando os medicamentos que podem ocasionar queda, substituir ou ajustar o aprazamento dos fármacos de forma a minimizar esse efeito nos pacientes com alto risco de queda ou dano grave;
- Dar suporte e apoio técnico à equipe multidisciplinar na identificação de fármacos e interações medicamentosas que possam aumentar o risco de queda.

### 1.7.4. Fisoterapia

- Avaliar condição motora do paciente (força de membros inferiores, controle de tronco e equilíbrio estático e dinâmico);
- Indicar saída do leito;
- Avaliar dispositivos auxiliares para a deambulação;
- Orientar quanto ao calçado adequado e uso das meias anti queda (para hospitais que possuem esta prática);
- Orientação pós alta quanto aos cuidados domiciliares para prevenção de quedas.

## 1.8. Classificação do Dano

| SEM LESÃO | DANO LEVE | DANO MODERADO | DANO GRAVE |
|---|---|---|---|
| - Sem lesão decorrente da queda | - TCE leve – Glasgow 15 a 14<br>- Pequenos cortes<br>- Sangramento leve<br>- Escoriação da Pele<br>- Dor<br>- Edema<br>- Hiperemia<br>- Hematoma menor | - TCE moderado – Glasgow 13 a 9<br>- Sangramento excessivo<br>- Laceração requerendo sutura<br>- Luxação<br>- Entorse | - TCE grave – Glasgow 8 a 3<br>- Fratura<br>- Hematoma subdural<br>- Morte |

## 1.9. Ações da Equipe Multidisciplinar na ocorrência da queda

### 1.9.1. Enfermeiro

- Solicitar avaliação médica com urgência;
- Realizar exame físico após a ocorrência da queda e quase queda;
- Avaliar o nível de consciência por meio da escala de coma de Glasgow;
- Em caso de vítima de queda encontrada caída no chão, solicitar ajuda e remover a vítima no leito ou na maca disponível das unidades;
- Comunicar farmacêutico sobre a ocorrência de queda de paciente internado para avaliação de possíveis interações medicamentosas;
- Notificar a ocorrência de queda no sistema eletrônico
- Realizar anotação de enfermagem, com:

  - ✓ Data / hora da ocorrência;
  - ✓ Descrição da queda de como ocorreu, local e se acompanhante presenciou;
  - ✓ Conduta tomada após a queda;
  - ✓ Registro da visita médica após a ocorrência.

### 1.9.2. Médico

- Avaliação médica após evento de queda;
- Reavaliar o paciente após 24h da ocorrência da queda;
- Notificar a queda em prontuário e no impresso de notificação, e encaminhar segundo fluxo estabelecido.

### 1.9.3. Assistência Farmacêutica

- Analisar a prescrição médica identificando os medicamentos que podem ter ocasionado a queda;
- Dar suporte e apoio técnico à equipe multidisciplinar na identificação de fármacos e interações medicamentosas que possam aumentar o risco de outra queda.

## 1.10. Gerenciamento do Evento de queda

- Fases do Processo:

  - Notificação do evento via Sistema Eletrônico de Notificação de Risco;
  - Analise crítica do Time de queda;
  - Elaboração de ações para melhoria;

- Divulgação dos resultados para equipe multidisciplinar.

### 1.11. Identificação do paciente com risco de queda e que apresenta necessidade de auxilio para deambulação no PRONTO SOCORRO ADULTO

**Na recepção:**

- **Segurança/porteiro** oferecer cadeira de rodas e/ou solicitar ajuda da enfermagem sempre que necessario.

**Na triagem:**

- Risco de sangramento (distúrbio de coagulação com plaquetas < 20.000);
- Fragilidade óssea – osteoporose ou fragilidade óssea relacionada a doença metastática;
- Colocar pulseira de Alto Risco MSD, acomodar em cadeira de rodas, implementar medidas de alto risco e orientar paciente/acompanhante.

**Na Observação e Sala de Emergência:**

- Considerar todos os pacientes como risco moderado até a aplicação da escala de Johns Hopkins JH;
- Implementar medidas preventivas para risco moderado;
- Garantir a aplicação da escala de JH para pacientes internados.

**RISCO BAIXO** – cuidados universais e orientação do paciente/acompanhante

**RISCO MODERADO** – acrescentar

- Ronda a cada 3 horas;
- Grades elevadas se RASS #0.

**RISCO ALTO** – acrescentar

- Orientar paciente/acompanhante a NÃO levantar do leito sem ajuda da enfermagem;
- Movimentar o paciente na maca com transfer e sempre em 2 profissionais;
- Manter o paciente próximo ao posto de enfermagem, se possível.

### 1.12. Intervenções Preventivas para os pacientes externos

**1.12.1.** Serviço de diagnóstico e imagem

- São elegíveis os pacientes que serão submetidos a exames ambulatoriais e/ou imagens:
  - Sob sedação;
  - Extremos de idade (menor que 5 anos ou maior que 75 anos);

- Dificuldade para deambular (faz uso de muletas, andadores ou bengala).

- Orientações aos pacientes elegíveis:

  - Estar preferencialmente acompanhado;
  - Solicitar ajuda se sentir desconforto ou mal-estar;
  - Não levantar sozinho, esperar que a enfermagem libere sua saída.

A triagem será realizada na recepção conforme agenda dos exames, e deverá ser colocada pulseira.

### 1.13. Intervenções preventivas para os pacientes oncológicos

- Será incluso o critério para plaquetopenia e o uso de medicamentos que causam sonolência:

  - Extremos de idade (menor que 5 anos ou maior que 75 anos);
  - Dificuldade para deambular (faz uso de muletas, andadores ou bengala);
  - Diagnóstico de plaquetopenia;
  - Uso de medicamentos que causam sonolência (ex.: benadryl, dramin, etc.).

A triagem será realizada na recepção conforme agenda dos exames, e deverá ser colocada pulseira para pacientes com alto risco para dano grave.

### 1.14. Auditorias clinicas – Time de queda

- Escala JH-Frat preenchida corretamente;
- As barreiras de proteção estão implantadas de acordo com o risco identificado;
- Rondas noturnas para risco alto e moderado realizadas conforme protocolo;
- Oferta de ida ao banheiro são identificadas para os pacientes de alto risco e moderado;
- Pulseira de identificação de risco para queda nos pacientes de alto risco e alto risco para dano grave;
- 4 grades estão elevadas para os pacientes RASS≠0;
- 2 grades elevadas para pacientes RASS=0;
- Cama baixa com as travas acionadas;
- Pacientes e familiares estão orientados quanto aos riscos de queda existente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Currie L. Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. Patient and quality: an evidence-based handbook for nurses [monograph on the internet]. Rockville: AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality. US Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2009 jun 10]. Chapter 10. Available from : http://www.ahrq.gov/QUAL/nurseshdbk.pdf
2. DeRosier DeRosier, J et al. Using Health Care Failure Mode and Effect Analyses TM: The VA National Center for Patient Safety Prospective Risk Analyses System. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. Vol. 28, n 5: 248-67 may, 2002.
3. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Dunagan WC, Fischer I, Johnson S et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. J Gen Intern Med. 2004;19:732–9.
4. NHS-National Helth Services. National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital [report on the internet]. London: NHS; 2007 [cited 2009 jun 10]. Available from: http://www.npsa.nhs.uk/alerts-and-directives/directives-guidance/slips-trips-falls/
5. Olivier D, Daly F, Martin FC, McMurdo MET. Risck factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age ageing. 2004;33:122-30.
6. Pereira SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KLM, Leite VMM. Quedas em idosos [monografia na internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina; 2001 [citado 2009 jun 10]. (Projeto Diretrizes). Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
7. Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Serv Res [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 jun 2009]; 6:69. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-69.pdf.


## HISTÓRICO DAS VERSÕES

| *Versão* | *Dt/Hr. Finalização* | *Motivo da criação dessa versão* | *Histórico* |
|---|---|---|---|
| *2* | 11/09/2018/09:50 | Alteração: de risco leve para risco baixo – conforme escala de Escala JH-FRAT. | - |
| | | | |