
Protocolos de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DE RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDAS

HEMORIO - 2010

1ª Ed.



PROCOLOS DE ENFERMAGEM



Elaboração e Revisão:

Maria das Graças S. dos Santos

Colaboradores:

Ana Cristina Amorim Dantas

Viviane Pereira Ramos

Documento que padroniza a prática dos profissionais de enfermagem do HEMORIO na identificação de risco de queda, no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes.

Conteúdo

1 - INTRODUÇÃO	5
Definição:	5
Tipo de Quedas:	5
Fatores que predisõem a queda:	6
2 – AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS.....	7
2.1 – Pacientes Internados:.....	7
2.2 – Pacientes Externos:	9
3 – MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO.....	10
4 – NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA	11
5 – INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA	11
6 – BIBLIOGRAFIA	12
7 – ANEXOS.....	13
A – Impresso “Avaliação Para Risco de Queda”	13
B – Folder “Orientação Para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar”	14
C – Placa de Identificação de Risco de Queda em Criança.....	15
D – Placa de Identificação de Risco de Queda em Adulto.....	16
E – Carimbo de Alerta para Risco de Queda	17

1 - INTRODUÇÃO

Queda é um evento freqüente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até morte. A queda é causada por uma instabilidade que é a “falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço”.

Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes; impondo aos profissionais de saúde, o grande desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de assistência.

Definição:

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

Tipo de Quedas:

- Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;
- Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

Fatores que predisõem a queda:

Os principais fatores predisponentes ao risco de queda relacionado aos clientes atendidos na Instituição são divididos em:

- Sócio Demográfico
 - Crianças
 - Idade \geq 65 anos
 - Sexo feminino - maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose
- Psico-Cognitivos
 - Declínio Cognitivo
- Condições de Saúde/ Doenças Crônicas
 - AVC Prévio
 - Tontura
 - Hipotensão Postural
 - Baixo Índice de massa corpóreo
 - Anemia
 - Insônia
 - Incontinência ou urgência miccional
 - Artrite/osteoartrose
 - História prévia de quedas
- Funcionalidade
 - Dificuldade no desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD).
 - Necessidade de dispositivo de auxílio a marcha
 - Inatividade
- Comprometimento Sensorial
 - Comprometimento visual
- Equilíbrio Corporal

- Marcha e mobilidade alteradas
- Uso de Medicações
 - Benzodiazepínicos
 - Antiarrítmicos
 - Anti-histamínicos
 - Antipsicóticos
 - Antidepressivos
 - Digoxina
 - Diuréticos
 - Laxativos
 - Relaxantes Musculares
 - Vasodilatadores
 - Número de medicações

2 - AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

2.1 - Pacientes Internados:

O preenchimento do formulário de avaliação de risco de queda será realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação. O grau do risco de queda será conforme a presença de fatores predisponentes identificados, tais como: Criança \leq a 5 anos; Idoso \leq a 65 anos sem acompanhantes; Uso de Medicação que Altera o SNC(sedação, opióides e outros); Uso de Diuréticos e Laxantes(causadores de urgências urinárias e intestinais); Distúrbios Neurológicos (crise convulsiva, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia); Dificuldade de Marcha; Déficit sensitivo (visão, audição e tato); Alteração do Nível de Consciência e Indicador de Repouso no Leito por Resultados Laboratoriais.

- Preencher a 1ª Parte do Formulário de Avaliação para o Risco de Queda com dados fornecidos pelo paciente ou familiar e do prontuário.

- Através das informações levantadas na 1ª Parte do Formulário – Fatores Predisponentes, e utilizando a tabela no verso do formulário, identificar o Grau do Risco de Queda de cada paciente.
- Os pacientes terão a 2ª Parte do Formulário – Medidas Preventivas, preenchida conforme a identificação do Grau de Risco de Queda.
- As 04 primeiras medidas preventivas devem ser adotadas para os pacientes de Baixo Risco para Queda.
- Pacientes e/ou familiares deverão ser orientados pelo enfermeiro, sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas identificadas individualmente.
- O enfermeiro deverá entregar o folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e colocar-se a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que posteriormente venha a surgir.
- Todos os pacientes internados, independentemente do Grau de Risco para Queda (Alto ou Baixo) devem ser reavaliados semanalmente, até a alta ou sempre que um fator predisponente seja identificado para os pacientes de baixo risco de queda.
- Pacientes e/ou familiares devem assinar o formulário, em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas e do recebimento, no momento da 1ª Avaliação do folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar.
- O enfermeiro que realizou o preenchimento do Formulário de Avaliação para o Risco de Queda deverá assinar em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação e colocar sua matrícula institucional.
- O enfermeiro deverá colocar acima da cabeceira da cama do paciente placa de Identificação de Risco para Queda para alertar toda a equipe multidisciplinar.

- No caso de crianças o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda indica a necessidade de acompanhante. Para pacientes adultos, o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda, indica restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Alto Risco para Queda.

2.2 – Pacientes Externos:

A avaliação de Risco para Queda em pacientes externos deverá ser realizada através dos seguintes fatores predisponentes: Criança \leq a 5 anos; Idoso \leq a 65 anos sem acompanhantes; Dificuldade de marcha, Déficit sensitivo (visão, audição e tato); Distúrbios Neurológicos (crise convulsiva, ataxia, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia); Alteração do nível de consciência e Uso de Medicação que Altera o Sistema Nervoso Central (sedação, opióides e outros).

- Receber o cliente de acordo com a rotina do setor
- Identificar pacientes com risco de queda através de lista de fatores predisponentes disponíveis no setor.
- Carimbar prescrição ou solicitação de exames ou procedimentos com o alerta para pacientes com risco de queda.
- Orientar clientes e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda
- Colocar na unidade do cliente a placa de Identificação de Risco para Queda para alertar toda a equipe multidisciplinar
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Alto Risco para Queda.

3 – MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO

- Entregar, na admissão do paciente, o *folder* de orientação de Prevenção de Queda e realizar orientação ao paciente e acompanhante;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando necessário;
- Orientar a família sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente possa permanecer sem acompanhante;
- Identificar o leito ou unidade com placa de risco de queda;
- Manter a campainha ao alcance do paciente e orientá-lo a utilizá-la para solicitação da presença do profissional de enfermagem;
- Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, entre outros);
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores acolchoados entre o vão das grades;
- Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livre de móveis e utensílios;
- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar ao paciente e familiares a utilizar a luz de cabeceira durante a noite);
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Orientar para que o paciente não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
- Notificar os Serviços de Diagnósticos quanto ao risco de queda, identificando a requisição de exames com o carimbo de risco para queda;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranqüilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas.
- Registrar as ações de prevenção de quedas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem.

- Realizar contenção física e/ou administrar medicação prescrita para contenção química dos pacientes de acordo com a avaliação e prescrição médica, seguindo os cuidados descritos no POP de Contenção Física e Química;
- Registrar medidas preventivas de caráter individualizado em prescrição de enfermagem.

4 – NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA

- No caso de ocorrer queda, colocar paciente no leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Solicitar avaliação médica;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda e a conduta médica;
- Notificação a Gerência de Risco pela chefia de enfermagem do setor, em impresso próprio.

5 – INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA

- Risco de queda identificado na admissão;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predisõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicações em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;
- Perfil dos pacientes que apresentam Quedas;
- Conseqüências das quedas;
- Causas das Quedas;

- Qualidade dos registros de enfermagem;
- Prorrogação no tempo de permanência do paciente, devido à queda;

6 – BIBLIOGRAFIA

PERRACINE, M.P. **Prevenção E Manejo de Quedas no Idoso**. Portal Equilíbrio e Queda em Idosos . Disponível em:< [HTTP://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas](http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

PROTOCOLO de Prevenção de Quedas. ProQualis. Disponível em:
< <http://proqualis.net/quedas/> >. Acesso em 10 jan.2010.

7 – ANEXOS

A – Impresso "Avaliação Para Risco de Queda"

AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA				
IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE				
NOME :		MATRÍCULA:		
DATA DE INTERNAÇÃO		IDADE DO CLIENTE		
1ª PARTE: FATORES PREDISPONENTES	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA
Criança ≤ 5 anos				
Idoso (≥ 65 anos) sem acompanhantes				
Uso de medicação que altera SNC (ex: loraz, lioresal, risium, frontal, rispendal, midazolam, levetan e outros)				
Uso de diuréticos/taxante (urgência urinária/intestinal)				
Distúrbios Neurológicos (crises convulsivas, ataxia, delírio, demência, parestias, parestesias, plegias)				
Dificuldade de Marcha				
Déficit Sensitivo (visão, audição, tato)				
Alteração do nível de consciência				
Indicador de repouso no leito por resultados laboratoriais				
GRAU DO RISCO DE QUEDA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA
Alto risco (vide verso)				
Baixo Risco (vide verso)				
2ª PARTE: MEDIDAS PREVENTIVAS	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA
Não deixar o ambiente totalmente escuro.				
Utilização de campainha para chamadas da enfermagem.				
Pacientes que deambulam: orientar o uso de calçados antiderrapantes e utilização da luz de cabeceira durante a noite.				
Orientar para que o paciente não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.				
Orientar para que toda saída do leito deve ser autorizada pela enfermagem.				
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.				
Manter grades das camas elevadas durante todo o período.				
Manter a grade elevada (distal ao profissional) nos momentos de mobilizações no leito.				
Necessidade de acompanhante.				
Manter ao alcance do paciente pertences e objetos mais utilizados: coletor de urina, óculos e prótese auditiva.				
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.				
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.				
Orientar sobre a importância da leitura do folder de orientação para Prevenção de Queda e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.				
Declaro que recebi o folder de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na 1ª avaliação e que estou ciente do grau de risco de queda avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.				
1ªsem	ASSINATURA DO PACIENTE/ACOMP.	()paciente ()familiar	ASSINATURA DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
2ªsem	ASSINATURA DO PACIENTE/ACOMP	()paciente ()familiar	ASSINATURA DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
3ªsem	ASSINATURA DO PACIENTE/ACOMP	()paciente ()familiar	ASSINATURA DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
4ªsem	ASSINATURA DO PACIENTE/ACOMP	()paciente ()familiar	ASSINATURA DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA

Rua Fiel Carneiro, 8, sala 317 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel/Fax: 21-25522959 | cdi@hemorio-rj.gov.br
www.hemorio-rj.gov.br

AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA

GRAU DO RISCO DE QUEDA	CONCEITO
Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> Paciente, incapaz de se locomover e realizar suas atividades diárias sem ajuda de terceiros porém possui pelo menos 1 fator predisponente. Paciente dependente da ajuda de terceiros para realizar suas atividades diárias, com ou sem latrões protésicos.
Baixo Risco	<ul style="list-style-type: none"> Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros com ou sem latrões protésicos. Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.

Impresso: Avaliação de Risco de Queda", frente e verso.

B – Folder “Orientação Para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar”

- Não deixe o paciente sozinho sem comunicar antes a enfermagem do setor.
- Não mobilize ou retire o paciente do leito sem a ajuda de um profissional de enfermagem.
- Utilize a campainha para a chamada da enfermagem e a mantenha sempre ao alcance do paciente.
- Mantenha a cama com as grades elevadas, na posição baixa e com as rodas travadas.
- Não deixe o ambiente totalmente escuro.
- Use calçados antiderrapantes.

E se a queda acontecer?

Mesmo com todos os cuidados, uma queda pode acontecer.

Caso ocorra, comunique imediatamente a enfermagem para que o paciente possa ser avaliado.

Ainda com dúvidas ?

Em caso de dúvidas, solicite esclarecimento ao Enfermeiro do setor.



Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar

HEMORIO

Rua Frei Caneca nº 8 - Centro - Rio de Janeiro, RJ
 Cep: 20211-030
 Tel: 21-23328611
<http://www.hemorio.rj.gov.br/>

Quedas em Ambiente Hospitalar

O perigo de um paciente cair durante o período da internação é real.

A sua colaboração na prevenção de quedas é muito importante. Portanto conhecer os fatores que aumentam o risco de queda e as medidas de prevenção é fundamental.

Os fatores que aumentam o risco de queda são:

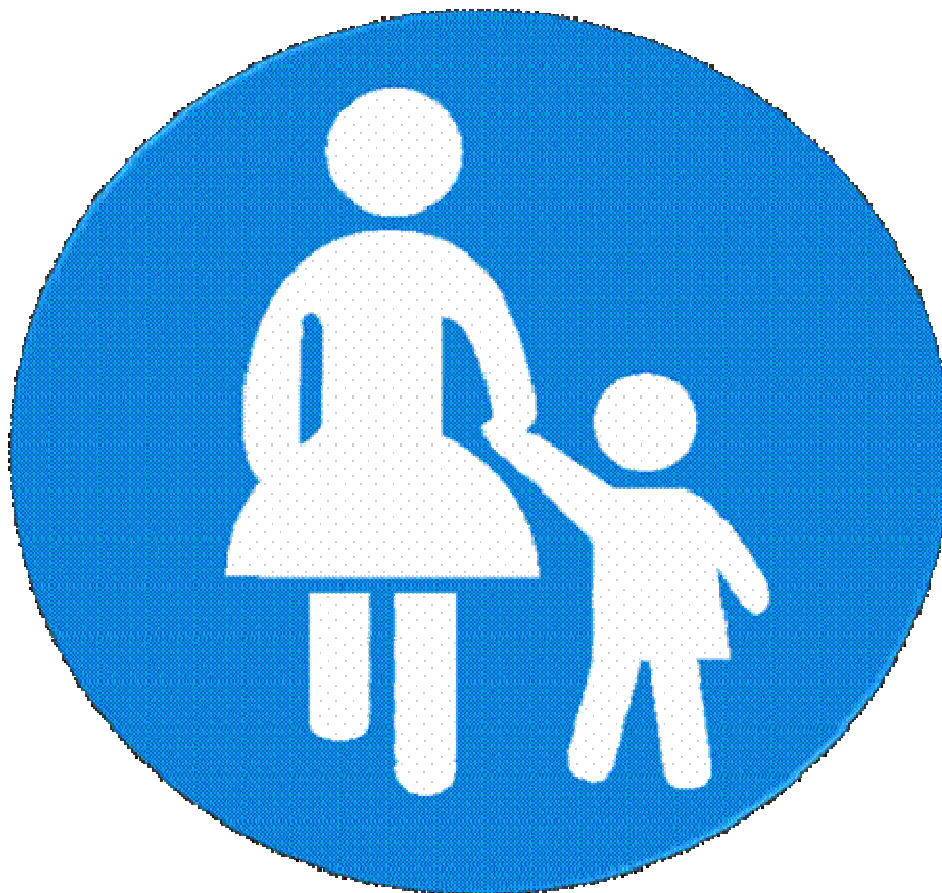
- Crianças e idosos.
- Ausência de acompanhantes durante o período de internação hospitalar dos pacientes com risco de queda identificado.
- Falta de orientação sobre quais são os riscos de queda e como preveni-los.
- Estar em ambiente desconhecido.
- Utilização de medicamentos que provoquem do sono ou que apresentem efeitos colaterais como: vista embaçada, tontura, pressão baixa, vertigem, fraqueza nas pernas, entre outros.
- História de quedas anteriores.
- Dificuldade para andar, utilização de equipamentos de auxílio (bengalas, muletas, andadores) ou cadeira de rodas.
- Dificuldades visuais e auditivas.
- Fraqueza muscular, problemas articulares ou deformidades nos pés.
- História de tontura, vista escura, pressão baixa e desmaios.
- Insônia fazendo com que troque as atividades do dia pela noite.

- Ambientes totalmente escuros durante a noite.
- Incontinência urinária ou fecal, ou seja, quando o paciente não consegue controlar a vontade de urinar ou evacuar.
- Problemas psiquiátricos.
- Estado mental comprometido: esquecimento, confusões, desorientações, momentos de grande irritabilidade alternando com momentos de intensa quietude.
- Depressão.

Como você pode ajudar a prevenir o risco de queda?

- Responda o formulário de avaliação de risco de queda corretamente, não omitindo nenhum dado.
- Siga todas as orientações realizadas pelo enfermeiro.
- Mantenha acompanhante durante o período de internação hospitalar para os pacientes com risco de queda identificado.

C - Placa de Identificação de Risco de Queda em Criança



D - Placa de Identificação de Risco de Queda em Adulto



E - Carimbo de Alerta para Risco de Queda

