

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 1 de 17

1. OBJETIVO / ENQUADRAMENTO

- Prevenir as quedas em ambiente hospitalar
- Descrever factores de risco de quedas
- Descrever a operacionalização de uma escala de avaliação do risco de queda – Escala de Quedas de Morse
- Descrever a forma de documentação e notificação de episódios de queda, quase-queda e reavaliação de queda
- Enumerar os indicadores de monitorização para as quedas
- Monitorizar as práticas de prevenção de quedas

2. ÂMBITO

Pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto).

3. SIGLAS / ABREVIATURAS / DEFINIÇÕES / EVIDÊNCIAS

As quedas são um problema de saúde pública a nível mundial.^{1,2} Um internamento hospitalar pode aumentar o risco de queda devido ao ambiente desconhecido, a um estado de saúde frágil, a alterações fisiológicas relacionadas com a doença e a tratamentos agressivos. As quedas e as lesões associadas a estas podem ser devastadoras para os doentes, profissionais de saúde e para os sistemas de saúde. Uma simples queda pode resultar em medo de cair e levar a um comportamento de mobilidade reduzida, que conduz à perda de função e aumenta o risco de voltar a cair. Os idosos têm maior probabilidade de sofrer lesões decorrentes de uma queda. As lesões associadas às quedas aumentam os custos de tratamento e aumentam o tempo de internamento, reduzindo consequentemente a qualidade de vida da pessoa alvo da queda.^{3,4,5} Uma estratégia integrada de prevenção de quedas pode reduzir significativamente a taxa de quedas em ambiente hospitalar.⁶ Esta estratégia integrada visa:

- Melhorar a segurança ambiental
- Aumentar a mobilidade e funcionalidade da pessoa
- Aumentar a confiança da pessoa
- Fornecer informação detalhada
- Aprofundar o conhecimento dos profissionais
- Diminuir a incidência de quedas

Elaborado por: *Cecília Rodrigues (9051)* R' GGC. 12 de 4 de 2020

Aprovado por: *[assinatura]* Dr. PAULO BARBOSA

Presidente do Conselho de Administração do CHUP

Revisão 2 / novembro 2021

Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Pág. 2 de 17

- Diminuir a severidade das quedas.

Evidência de alta qualidade indica que estratégias de prevenção com múltiplos componentes podem reduzir o risco de queda nos hospitais até 30%.⁶ O conjunto ideal de componentes não está estabelecido, mas componentes comuns incluem as avaliações de risco, a educação de doentes e a formação dos profissionais, alertas junto das camas dos doentes ou na forma de pulseiras de alerta, aconselhamento sobre calçado, promoção da mobilidade ou programação e supervisão das atividades básicas da vida diária e revisão da medicação.⁶

Uma **queda** pode ser definida como um evento em que a pessoa cai involuntariamente no chão ou noutra superfície mais baixa.⁷

A **Escala de Quedas de Morse (EQM)** é um instrumento gradativo, que consiste na avaliação do risco de queda das pessoas com recurso a seis itens: historial de quedas, diagnóstico(s) secundário(s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e transferência e estado mental.⁷ Da aplicação da EQM resulta a categorização das pessoas em três grupos diferentes: sem risco, com baixo risco ou com alto risco, com necessidade de intervenções específicas para cada grupo¹⁰.

Segundo Morse (2009), as quedas nos hospitais têm diferentes causas e por isso podem ser divididas em:

Quedas acidentais: ocorrem por fatores externos à pessoa, são geralmente causadas por um risco ambiental ou erro de julgamento, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não pode ser previsto pela utilização de uma escala de avaliação de risco de queda e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais.

Quedas fisiológicas não antecipáveis: são quedas impossíveis de prever, até que a primeira ocorra de facto. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total das quedas

Quedas fisiológicas antecipáveis: ocorrem em pessoas com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda identificado através da avaliação do risco de queda. Este tipo de quedas constitui quase 80% do total de quedas e são potencialmente preveníveis através da avaliação do risco de queda com escala validada, planeamento e intervenções específicas.

4. RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do Gabinete de Governação Clínica a atualização deste procedimento.

É da responsabilidade dos Directores de Serviço e Enfermeiros Gestores a divulgação, a promoção e a criação de condições para a operacionalização do mesmo.

É da responsabilidade da equipa de saúde a operacionalização deste procedimento e a comunicação de ocorrências que o impeçam ou dificultem, bem como de sugestões para a sua melhoria.

5. METODOLOGIA

Existem 5 etapas no processo de gestão do risco de queda:

1. Prevenção das quedas
 - a. Identificação dos factores de risco
 - b. Intervenções para a prevenção
2. Avaliação do risco de queda
3. Documentação do risco de queda e da queda
4. Notificação do episódio de queda e quase queda
5. Monitorização através de indicadores e auditoria

5.1. PREVENÇÃO DAS QUEDAS

5.1.1. IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO

São várias as causas das quedas, algumas podem ser minimizadas e outras eliminadas. É fundamental procurar semelhanças ou padrões nas quedas que acontecem em cada serviço/local e investigar os factores de risco intrínsecos da pessoa e os fatores ambientais que as podem precipitar.

Exemplos de fatores de risco intrínsecos à pessoa:

- Idade avançada (superior a 65 anos)
- História de quedas anteriores
- Incontinência, frequência urinária, urgência urinária, nictúria
- Uso de dispositivos de apoio
- História de confusão ou alteração de consciência / disfunção cognitiva
- História de tonturas, vertigens ou desmaio

Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Pág. 4 de 17

- História de convulsões
- História de abuso de álcool
- Condição clínica grave
- Diminuição da audição ou visão
- Fadiga/astenia
- Diminuição do equilíbrio, défice na marcha ou diminuição da força nos membros inferiores
- Polimedicação ou uso de medicamentos que podem potenciar o risco de queda (por exemplo: sedativos, diuréticos, anti-hipertensores).

Exemplos de fatores de risco ambientais:

- Luminosidade (intensidade de luz que pode encandear ou limitar a visibilidade)
- Escadas
- Chão – superfícies que promovem tropeçar/escorregar/deslizar
- Quarto/Unidade – mobília, falta de acessórios (campainha, calçado)
- Cama – posição, travões, grades
- Casa de banho – pisos molhados/derrapantes, tapetes não seguros, ausência / inadequabilidade de apoios ao suporte em posição ereta;
- Cadeiras – não individualizadas às necessidades/capacidades da pessoa
- Suportes de soro – instabilidade, obstáculo
- Elevadores
- Barreiras visuais.

5.1.2. INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS

Independentemente do nível de risco de queda, devem ser implementadas as seguintes precauções básicas de prevenção de quedas a todas as pessoas:

1) Quarto/ Enfermaria/ Unidade

- a) Manter a localização e organização de materiais e equipamentos
- b) Eliminar obstáculos no percurso entre a cama e a casa de banho
- c) Manter a luz de sinalização da casa de banho no quarto/unidade

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 5 de 17

- d) Usar assentos de sanita altos/reguláveis se necessário; disponibilizar sistematicamente e conjuntamente equipamento “corrimão” de apoio
 - e) Colocar a campainha e os objectos usados frequentemente ao alcance da pessoa e garantir que sabe como usar a campainha
 - f) Manter a cama ao nível mais baixo, sistematicamente; subir a mesma somente quando necessário para prestar cuidados em condições de ergonomia
 - g) Manter os cadeirões, cadeiras e camas rodadas travados
 - h) Usar cadeiras/cadeirões com apoios de braços
 - i) Se necessário, colocar imagens na porta dos quartos e/ou casas de banho que possam ajudar as pessoas confusas
 - J) Manter grades da cama - colocar protectores de abertura, quando necessário
- 2) Avaliar a marcha/equilíbrio nas atividades de vida diárias
- 3) Na deambulação
- a) Melhorar o tónus muscular implementando rotinas programadas
 - b) Treinar movimentos de promoção do equilíbrio e mobilidade
 - c) Disponibilizar e promover a utilização de calçado antiderrapante
 - d) Facilitar o acesso à bengala, canadianas ou andarilhos
 - e) Educar e treinar para o uso adequado dos dispositivos de apoio
 - f) Utilizar auxiliares de postura e almofadas para proporcionar uma posição de sentado adequada e transferências seguras
 - g) Assistir nas transferências e deambulação
 - h) Assegurar que o vestuário não interfere na mobilidade
 - i) Oferecer ajuda na deambulação e mobilidade
- 4) Manter o chão seco: limpar salpicos/áreas molhadas prontamente
- 5) Instruir a pessoa para chamar ajuda quando precisar
- 6) Dar resposta à chamada com a maior brevidade possível
- 7) Considerar a cultura da pessoa em determinadas intervenções. *(Em determinadas culturas pedir ajuda pode não ser considerado socialmente aceitável)*
- 8) Efetuar reconciliação/revisão terapêutica com vista à redução dos efeitos da mesma sobre o risco de queda.

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 6 de 17

Para pessoas com **ALTO RISCO DE QUEDA**, além das precauções básicas de prevenção de quedas, devem considerar ainda:

- 9) Planear uma intervenção personalizada, com orientação específica para os fatores de incremento do risco de queda.**
- 10) A colocação da pessoa num quarto/unidade perto da central de enfermagem ou numa área de maior visibilidade que garanta uma vigilância frequente.**
- 11) Comunicar a condição de ALTO RISCO DE QUEDA à equipa;** na alta e nos momentos de transição de cuidados (entre turnos e unidades funcionais) deve ser informado o grau de risco de queda e a ocorrência ou não de queda(s), fatores de risco e plano de cuidados.
- 12) Orientar / treinar a pessoa/família para um programa de prevenção de quedas.**
- 13) Encorajar a colaboração da família** na gestão do risco de queda (por exemplo, pessoas agitadas podem beneficiar se os membros da família alternarem os períodos de visita para a pessoa não permanecer sozinha).
- 14) A utilização de tapetes antiderrapantes, cintos de imobilização de segurança, e camas na posição mais baixa.**
- 15) Considerar a utilização de tecnologia adicional como alarmes nas camas, cadeiras ou na pessoa.**

5.2. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

As escalas de avaliação do risco de queda são um dos recursos a utilizar numa estratégia de prevenção de quedas. No CHUPorto a escala de avaliação de risco adoptada é a versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse (EQM).⁹ A EQM é um sistema gradativo, que resulta da aplicação de uma metodologia de avaliação do risco largamente usada e aceite universalmente. É constituída por seis itens com duas ou três variantes de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. A soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta numa pontuação que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.⁷

ESCALA DE MORSE DE RISCO DE QUEDA (versão portuguesa)⁹

I. HISTORIAL DE QUEDAS (NESTE INTERNAMENTO, URGÊNCIA/OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES)

SIM (25)

- É atribuído o valor **25** se a pessoa **caiu** durante o actual internamento ou se tem **historial de quedas**. *Exemplo: queda por convulsão ou défice na deambulação antes da admissão.*

NÃO (0)

- Se a pessoa não caiu, a esta variável é atribuída o valor 0.

Notas:

- Se um doente cai pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente em 25.
- Entende-se como “historial de quedas” quando a pessoa teve uma queda nos últimos 3 meses antes da admissão. **(Considerar intervalos superiores de acordo com história individual dos doentes)**
- Neste item não dever ser considerada a queda accidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico. Exemplos de quedas accidentais a não considerar: uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é rasteirado ou alguém que cai no autocarro porque ia de pé e o condutor travou com demasiada intensidade.

II. DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)

SIM (15)

- É atribuído o valor **15** se existe mais de que um **diagnóstico** identificado no processo da pessoa *(além do motivo do actual episódio de internamento)*.

NÃO (0)

- É atribuído o valor 0 se não existir mais do que um diagnóstico.

Notas:

- A EQM não inclui nenhum item específico para a medicação. A EQM contabiliza implicitamente a medicação neste item. Nota: polimedicação é um sinal de percepção de diagnósticos secundários/comorbilidades.
- Problemas de saúde resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de um membro que já não apresentem interferência na condição física da pessoa, não são considerados como diagnósticos secundários.

III. AJUDA PARA CAMINHAR

NENHUMA/ AJUDA DE ENFERMEIRO / ACAMADO/ CADEIRA DE RODAS (0)

- É atribuído o valor 0 se a pessoa deambula sem dispositivo de apoio (mesmo que apoiado por pessoas), usa cadeira de rodas ou está em repouso no leito (e concomitantemente não sai do leito).

MULETAS/ CANADIANAS/ BENGALA/ ANDARILHO (15)

- Se a pessoa usa **canadianas, bengala ou andarilho** é atribuído o valor **15**.

APOIADO NO MOBILIÁRIO PARA ANDAR (30)

- Se a pessoa **deambula apoiando-se na mobília**, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, é atribuído o valor **30**.

Notas:

- A utilização de suporte de soros rodado não pode ser considerada como “Apoio na Deambulação” uma vez que já se encontra contabilizado no item “Medicação Endovenosa”.
- Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha.

IV. TERAPIA INTRAVENOSA

SIM (20)

- É atribuído o valor **20** se a pessoa tem **medicação endovenosa** ou **cateter venoso obturado**.

NÃO (0)

- Se não se verificar a condição anterior a pontuação é 0.

V. POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA

NORMAL/ ACAMADO/ IMÓVEL (0)

- Uma pessoa com uma **marcha normal** é aquela que deambula sem hesitações, com a cabeça erecta e os braços balançam livremente ao lado do corpo. A uma pessoa com marcha normal e à pessoa que está em repouso no leito (e concomitantemente não sai do leito) é atribuído o valor **0**.

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 9 de 17

DEBILITADO (10)

- A uma pessoa com **desequilíbrio fácil** é atribuído o valor **10**. Nesta situação a pessoa deambula curvada mas é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Quando existe apoio na mobília é leve, os passos são curtos e a pessoa pode arrastar os pés.

DEPENDENTE DE AJUDA (20)

- A uma pessoa com **défice na marcha** é atribuído o valor **20**. Nesta situação a pessoa pode ter dificuldade em se levantar da cadeira/cadeirão. Deambula com a cabeça baixa e, como o equilíbrio é fraco, agarra-se à mobília, a dispositivos de apoio para a deambulação ou a pessoas que servem de apoio, não conseguindo caminhar sem auxílio. Os passos são curtos e a pessoa arrasta os pés.

Nota:

- A pessoa em cadeira de rodas, terá uma pontuação de acordo com a sua capacidade de se transferir de e para cadeira de rodas (à semelhança do que já é referido nas instruções).

VI. ESTADO MENTAL

Ao usar a escala, o estado mental é avaliado verificando a consciência da pessoa (auto-avaliação) relativa às suas capacidades no levantar/transferência/deambulação. Esta verificação pode ser feita, por exemplo, perguntando à pessoa “Consegue ir sozinha à casa de banho ou precisa de ajuda?”.

CONSCIENTE DAS SUAS CAPACIDADES (0)

- Se a resposta da pessoa ao julgar a sua própria capacidade for consistente com as suas capacidades, a pessoa é avaliada como consciente das suas capacidades e é-lhe atribuído o valor 0.

ESQUECE-SE DAS SUAS LIMITAÇÕES (15)

- Se a **resposta da pessoa não for consistente** com as instruções e/ou com as suas capacidades reais, considera-se que está a sobrevalorizar as suas capacidades, sendo-lhe atribuído o valor **15**.

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 10 de 17

Nota:

- Uma pessoa confusa não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crónica ou intermitente.
- O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Uma pessoa pode estar orientada no tempo e no espaço e não estar consciencializada das suas limitações em relação ao risco de queda (e vice-versa).

Escala de Quedas de Morse (versão portuguesa)	
Item	Pontuação
Historial de quedas; neste internamento, urgência/ou nos últimos 3 meses	
Não	0
Sim	25
Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
Postura no andar e na transferência	
Normal/ acamado/ imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

5.2.1. MOMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deve ser realizada em **TODAS** as pessoas admitidas no CHUPorto nos seguintes momentos:

a) Na admissão – no turno de admissão:

- **Validação dos antecedentes de queda:**
 - i. **Informação recolhida em que a fonte é o utente, cuidador informal ou convivente significativo;**

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 11 de 17

ii. Consulta do processo clínico do utente (**ver anexo 1**):

1. Importar diagnósticos de enfermagem de outros módulos no SClínico;
2. Consultar da informação na Visão Clínica Integrada, o Processo Clínico – SClínico e PCE, onde está disponível a informação interna do CHUPorto;
3. Consultar informação no RSE – informação de outras instituições do SNS.

b) Reavaliação, independentemente do nível de risco de queda:

- A cada 48 horas (no mínimo);
- Sempre que ocorre mudança de estado/condição clínica da pessoa;
- Transferência da pessoa de outro serviço/unidade – no turno de admissão;
- **Após uma queda – no imediato.**

c) Critérios de exclusão para a avaliação do risco de queda:

- Idade inferior a 18 anos (*na população pediátrica utilizar escala de avaliação de risco prevista para a criança*);
- Doentes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. (exemplo: doente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora).

5.2.2. NÍVEIS DO RISCO DE QUEDA E DOCUMENTAÇÃO DO FOCO “ALTO RISCO DE QUEDA”

Da avaliação do risco de queda com a EQM podem resultar três níveis de risco:

Pontuação	Nível de Risco	Diagnóstico de Enfermagem
0-24	Sem Risco	-
25 – 50	Baixo Risco	-
≥ 51	Alto Risco	Alto Risco de Queda

Para o diagnóstico de enfermagem “Risco de Queda” tem apenas relevância clínica o grupo de utentes identificados pela EQM como de Alto Risco, pelo que, somente quando a pontuação de

Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Pág. 12 de 17

risco de queda é superior ou igual a 51, é atribuído o Diagnóstico de Enfermagem **ALTO RISCO DE QUEDA**.^{7,8}

Nota: As escalas de estratificação de risco devem ser usadas como complemento e não em substituição da avaliação clínica. A presença de fatores de risco que não estejam incluídos na EQM (por exemplo: défices sensitivos, coordenação corporal alterada/descoordenação) podem justificar a identificação de “Alto Risco de Queda”.

5.2.3. NÍVEIS DO RISCO DE QUEDA E INTERVENÇÕES A IMPLEMENTAR

Devem ser implementadas as seguintes intervenções, independentemente do nível de risco de queda:

- Avaliar risco de queda
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas
- Precauções básicas de prevenção de queda (ver 5.1.1)

Intervenções a implementar para pessoas com Alto Risco de Queda (≥51):

- Avaliar risco de queda
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas
- Intervenções para a prevenção de quedas (ver 5.1.1)
- Colocar pulseira “Alerta” de Risco de Queda (pulseira cor-de-rosa)
 - No SClínico a intervenção que concretiza esta intervenção é “Colocar a pulseira de identificação”, com a norma associada “Risco de queda”
- Executar medidas de segurança.

Ver FX.GGC.GER.002 - Fluxograma - Gestão integrada do Risco de Queda na pessoa

5.3. PROCEDIMENTO APÓS A OCORRÊNCIA DE UMA QUEDA

Uma vez que a pessoa caiu, é provável que caia uma segunda vez e, as probabilidades apontam para que a pessoa caia uma segunda vez nas mesmas circunstâncias. Enquanto o aspeto mais importante da prevenção é prever a queda antes desta ocorrer, é também importante examinar e reportar as circunstâncias à volta de cada queda, para que a recorrência possa ser prevenida.

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 13 de 17

5.3.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CONDIÇÃO DA PESSOA

Assim, quando ocorre uma queda deve ser efetuada uma avaliação imediata pela equipa de saúde que deve incluir:

- a) Avaliação do estado de consciência (e eventos prodrómicos – ex. perda de consciência associada à queda, crise convulsiva, etc.);
- b) Avaliação dos sinais vitais (incluindo dor) e da glicemia capilar;
- c) Avaliação dos danos/lesões associados à queda;
- d) Despiste de potenciais situações de risco potenciadoras do dano (ex. contusão cervical, utilização de terapêutica anticoagulante, etc);
- e) (Re)avaliação do risco de queda (ver 5.2 e 5.3). **O plano de cuidados da pessoa deve ser atualizado de acordo com os resultados da avaliação da condição da pessoa após a queda;**
- f) (Re)avaliação de fatores de risco da pessoa e ambientais (ver 5.1).

Tendo em conta que as lesões por queda podem não surgir no imediato, deve ser garantida a reavaliação e monitorização apertada da situação clínica nos dias seguintes à ocorrência da queda.

5.3.2. REGISTO E DESCRIÇÃO DA QUEDA

A ocorrência de uma queda deve ser documentada no processo clínico da pessoa.

Particularidades da documentação no registo clínico de enfermagem:

- a) Para **cada episódio de queda** criar uma **nova linha de Foco – “Queda”** e descrever a queda através da intervenção **“Avaliar Queda”**:
 - a. Grupos a considerar na descrição da queda: tipo de queda; local/contexto da queda; fatores precipitantes da queda (ex. fatores da estrutura do local, fatores cognitivos, fatores comportamentais, outros); lesões resultantes da queda; necessidade de meios complementares de diagnósticos e medidas de segurança em uso (de forma a caracterizar o contexto da queda).
 - b. Para cada evento Queda, deve ser criada uma nova linha de foco e é recomendado o termo da linha referente a queda anterior;
- b) Agendar a intervenção **“Referir Queda”** para:
 - a. O momento de ocorrência da queda e

Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Pág. 15 de 17

- a) (Re)avaliação do risco de queda (ver 5.2) e, se necessário, atualizar o plano de cuidados da pessoa de acordo com os resultados da avaliação do risco de queda.
- b) (Re)avaliação de fatores de risco da pessoa e ambientais (ver 5.1).
- c) Notificação da Quase-Queda.

A ocorrência de uma Quase-Queda deve ser notificada no sistema de notificação de eventos do CHUPorto (Notificação “Quase-Queda”). As Quase-Quedas não carecem de reavaliação porque a queda não chegou a acontecer.

5.5 INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DAS QUEDAS

Os indicadores de monitorização base previstos para as quedas (*em desenvolvimento*) no CHUP são:

- Taxa de quedas por 1000 dias de internamento
- Quedas repetidas
- Efetividade diagnóstica do risco de queda
- Efetividade na prevenção de queda

Actualmente a estratégia de auditoria às práticas de prevenção das quedas envolve os Interlocutores da Qualidade e Segurança e o Gabinete de Governação Clínica que realizam auditorias periódicas.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Chen LH, Warner M, Fingerhut L, Makuc D. Injury episodes and circumstances: National Health Interview Survey, 1997-2007. *Vital Health Stat* 10. 2009; 10(241):1-55.
2. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*. 2005; 366(9500):1885-1893.
3. Krauss MJ, Nguyen SL, Dunagan WC, et al. Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in a Midwestern healthcare system. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007; 28(5):544-550.
4. Bates DW, Pruess K, Souney P, Platt R. Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. *Am J Med*. 1995; 99(2):137-143.
5. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *JAMA*. 2010; 304:1912-8.

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 16 de 17

6. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):390–396.
7. Morse, J. – Preventing Patient Falls. 2nd. ed. Springer Pub., 2009, New York. ISBN:978-0-8261-0389-5.
8. Araújo F, Martins da Costa-Dias M J, Martins T, Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). Referência - Revista de Enfermagem 2014IV: 65-74.
9. Martins da Costa-Dias M J, Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Referência - Revista de Enfermagem 2014 IV: 7-17
10. Direção-Geral da Saúde (2019). Norma 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

7. AUTORES

Não aplicável

8. ANEXOS / DOCUMENTOS ASSOCIADOS

DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

- FX.GGC.GER.002 - Fluxograma: Gestão integrada do Risco de Queda na pessoa adulta.

ANEXOS:

- Anexo 1 - Consulta de informação relacionada com quedas nos sistemas de informação

**Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida
no Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Pág. 14 de 17

- b. Para o 3º dia após a ocorrência da queda, com a seleção das possíveis atividades que concretizam a intervenção:
 - i. Referir a queda a outro profissional de saúde
 - ii. Efetuar a notificação da queda
 - iii. Efetuar a notificação da reavaliação da queda.
- c) Após a ocorrência da queda atualizar o registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico (por exemplo “Queda 20/06 às 06h00 Serviço X”). A informação registada no campo “Alertas” permanece ativa nas diferentes transições de cuidados. Assim, o registo desta informação no campo Alertas permite que na transição entre os vários internamentos e aquando de um novo episódio de internamento, não se perca informação sobre quedas recentes.

5.3.3. NOTIFICAÇÃO DA QUEDA

A ocorrência de uma queda (evento adverso) deve ser notificada no sistema de notificação de eventos do CHUPorto.

Tendo em conta que as lesões resultantes de uma queda podem não surgir de imediato, no CHUPorto o processo de notificação de uma queda prevê o preenchimento de dois formulários de notificação distintos a realizar em **dois momentos diferidos** no tempo:

1. **Notificação “Queda”** – Formulário a preencher no momento de ocorrência da queda e
2. **Notificação “Reavaliação da Queda”** – Formulário a preencher três dias após a ocorrência da queda. (Nota: Devem ser considerados intervalos mais curtos para realizar a notificação “Reavaliação da Queda” (ex. alta do doente, agravamento da situação clínica do doente, com razão provável relacionada com a queda, morte do doente, etc)).

5.4. PROCEDIMENTO APÓS UM EVENTO DE QUASE-QUEDA

Uma situação que quase resulte em queda designa-se de “Quase-Queda”. As “Quase-Queda” estão dentro da categoria de incidente “Quase Evento (*near miss*)”: um incidente que não alcançou o doente. Contudo, uma Quase-Queda é uma situação de risco para a ocorrência de uma queda. A identificação desta situação de risco e a correção dos fatores desencadeantes poderá evitar a ocorrência de uma queda no futuro.

Assim, quando ocorre uma Quase-Queda deve ser efetuada uma avaliação pela equipa de saúde que deve incluir:

Anexo 1 - Consulta de informação relacionada com quedas nos sistemas de informação

CONSULTA DE INFORMAÇÃO RELACIONADA COM QUEDAS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO*

A informação documentada relativa a eventos de “Queda” apresenta-se disponível, nas seguintes localizações:

1. SClínico:

- a. Através do botão “Vigilância”, no separador no separador “Vigilância”, incluído na intervenção “Avaliar Queda”, onde fica disponível informação estruturada que descreve o evento;
- b. Processo Clínico através da consulta dos “Dados de Enfermagem” do episódio atual ou de todos os outros episódios de contacto com CHUPorto;
- c. Visão Clínica Integrada:
 - i. No Resumo, informação apresentada do Diagnósticos;
 - ii. Selecionando o episódio em questão (atual ou histórico) na estrutura designada de “Vigilância” no marcador com o mesmo nome, “Vigilância”;

2. AIDA Int:

- a. Quando é formulado o diagnóstico de enfermagem Queda, através do processo de enfermagem do SClínico, é gerado um alerta que fica disponível na estrutura do quadro de enfermaria disponível no AIDA INT, na coluna alertas;

3. RSE:

- a. No separador “Cronograma” ou “Mapa” é possível o aceder ao processo clínico em outras instituições do SNS, onde pode ser consultada informação relevante. A estrutura em que a informação é disponibilizada depende das aplicações utilizadas pelas diferentes instituições.

* Informação fornecida pelo Grupo de Gestão dos Sistemas de Informação em Enfermagem.



Elaborado por: Cecilia Dobson (9051)

Aprovado por: Prof. A. Santos