

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

PROJETO: QUEDAS



CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE

TRABALHO ELABORADO POR:

Carla Travanca, Emília Rato, Margarida Carmo e Nelson Paulino

OUTUBRO DE 2011

ÍNDICE

	pág.
1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	4
2 – PERCEBER O PROBLEMA.....	5
2.1 – GRAUS DE EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÕES.....	8
3 – O PROBLEMA DAS QUEDAS NO CHMT.....	16
4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA.....	26
5 – PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS.....	33
5.1 – OBJETIVOS.....	33
5.2 – INDICADORES.....	33
6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS	35
7 – PROPOR MEDIDAS CORRECTIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA.....	36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo “Medidas de Segurança na Prevenção de Quedas”
(PT. GRL. 047.05)

Anexo 2 – Instrução de Trabalho “Avaliação do Risco de Queda”
(IT.GRL.409.05)

Anexo 3 – Impresso “Avaliação do Risco de Queda”
(IMP.GRL.409.04)

Anexo 4 – Impresso “Medidas de Prevenção na queda”
(IMP.GRL.416.01)

Anexo 5 – Impresso “Ocorrência de Queda do Utente”
(IMP.GRL.404.06)

Anexo 6 – “Recomendações para a Prevenção de Quedas no Domicílio”

INDICE DE QUADROS

	pág.
Quadro 1 – Factores de risco para quedas.....	7
Quadro 2 – Níveis de evidência.....	8
Quadro 3 – Graus de Recomendação.....	9
Quadro 4 – Causas das quedas e percentagens.....	30
Quadro 5 – Critérios de Qualidade na prevenção de quedas.....	32

INDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1 – Taxas de mortalidade ajustada pela idade para mortes por queda por 1000 000 idosos na UE.....	6
Gráfico 2 – Taxa de incidência de quedas.....	18
Gráfico 3 – Factores de risco na queda.....	19
Gráfico 4 – Origem da queda.....	20
Gráfico 5 – Quedas por nível de risco.....	21
Gráfico 6 – Quedas por faixa etária.....	22
Gráfico 7 – Intervenção médica.....	22
Gráfico 8 – Quedas por turno.....	23
Gráfico 9 – Consequências da queda.....	24

1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

No ano de 2007 a Direcção de Enfermagem do CHMT definiu como prioridade, em termos de qualidade, a monitorização do número de quedas.

Esta decisão teve como ponto de partida as orientações da DGS e a Joint Commission International.

O objectivo geral inicial foi diminuir o número de quedas, ainda que nesse momento não fosse conhecida a dimensão do problema.

No CHMT nos anos de 2007 a 2010 o número de quedas foi de: 138, 190, 181 e 165 respectivamente, o que correspondeu a uma taxa de incidência de quedas: 7,07‰; 10,11‰; 10,16‰ e 9,75‰.

Em 2011, perante os dados produzidos, podemos confirmar que este continua a ser um problema, centrado no utente, sensível à prática autónoma de enfermagem e conducente a ganhos em saúde e optimização de custos.

Apesar de não conhecermos as taxas de incidência de quedas hospitalares a nível internacional e nacional, tendo em consideração os custos em saúde e económicos que as quedas e suas consequências podem representar este é considerado um problema para a segurança dos utentes.

O foco cair consta do Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem indo "... ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores do sistema de saúde" (OE, Outubro de 2007)

Com base no terceiro enunciado descritivo (Prevenção de complicações) foi proposto este projecto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na temática da prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

Cair é um foco de Enfermagem que se define como: "descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical." (CIPE versão 2.0;2011)

2- PERCEBER O PROBLEMA

Para perceber a dimensão do problema no CHMT fomos pesquisar dados e orientações nacionais e internacionais sobre a temática.

As quedas são classificadas como um problema de Saúde Pública e têm sido objeto de preocupação dos decisores políticos a nível nacional e internacional, ao ponto de se terem criado programas nacionais de prevenção de quedas nas pessoas idosas, tornando-se por isso importante a sua implementação a nível local e por conseguinte também ao nível das instituições de saúde.

A Organização Mundial da Saúde chama a atenção para o facto de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão accidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (WHO, 2010)

A nível mundial, embora não fatais, cerca de 37,3 milhões de quedas por ano são graves o suficiente para exigir atenção médica. A maior morbilidade ocorre em pessoas com mais de 65 anos, jovens adultos com idades entre os 15 e os 29 anos e crianças com 15 ou menos anos. Os custos financeiros associados às lesões relacionadas com quedas são substanciais.

No "Ranking" europeu (EU – 27), Portugal apresenta a nona taxa de mortalidade ajustada pela idade para mortes por quedas por 100 000 idosos de 27.5, conforme se pode observar no gráfico a seguir apresentado (EUNESE, 2006).

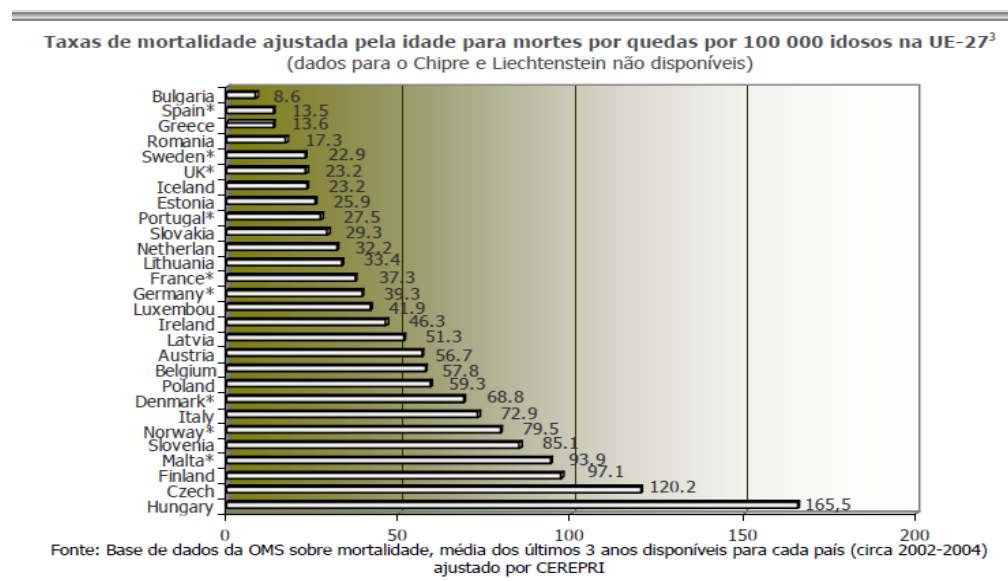


Gráfico 1 – Taxas de mortalidade ajustada pela idade para mortes por queda por 1000 000 idosos na UE

A Europa e Portugal mais concretamente não se deparam apenas com o problema da mortalidade relacionada com quedas nos idosos. Há outras consequências que geram custos elevados para a saúde tais como lesões músculo-esqueléticas, em particular as fracturas da anca, que geram um dos principais custos nos hospitais (EUNECE, 2006)

A Incidência de quedas em lares e hospitais é duas a três vezes mais elevadas do que na comunidade e as suas complicações são também consideravelmente maiores. Dez a 25% das quedas em instituições resultam em fractura, laceração ou necessitam de cuidados hospitalares (NICE, 2004).

Aproximadamente 50% das quedas dos idosos ocorrem dentro da sua própria casa. (EUNECE, 2006)

Em ambiente hospitalar, o episódio de queda de utente pode aumentar o tempo de internamento, o custo do tratamento e causar desconforto ao utente e família e associar cepticismo relativamente à qualidade do serviço de enfermagem e à responsabilidade dos profissionais (Marin, Bourie, Safran, 2000).

Em Portugal e segundo dados do IGAS em 2006, 2007 e Janeiro de 2008 em 56 hospitais portugueses inspeccionados registaram-se 4200 quedas de doentes de

macas ou de camas, sendo que 85 vieram a falecer, ainda que não seja possível estabelecer uma relação causa-efeito.

A literatura de uma forma global, refere que para uma intervenção ao nível da prevenção de quedas, é fundamental reconhecer os factores de risco e o nível de exposição ao risco e considera genericamente que os factores de risco para quedas, podem ser divididos em três categorias: factores intrínsecos (ou individuais), factores extrínsecos (ou ambientais) e exposição ao risco que a seguir se apresentam.

Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Idade	Riscos ambientais (fraca iluminação, pisos escorregadios, superfícies irregulares)
Género feminino	
Historial de quedas	
Medicação psicotrópica	Calçado e vestuário não apropriado
Polimedicação (mais de 4)	Bengalas ou andarilhos não apropriados
Viver sozinho	Quedas ao entrar e sair de autocarros, solavancos nos autocarros e comboios como peão ou condutor; quedas de bancos, cadeiras, cama, escadotes, telhados, árvores, etc; usar ferramentas, etc.
Doenças crónicas: DPOC; Depressão, artroses	
Mobilidade reduzida e balanço	
Medo de cair	
Deficiências nutricionais	
Falta de vitamina D	
Dificuldades cognitivas, demência	
Visão reduzida (cataratas, glaucoma, etc.)	
Problemas com os pés (deformidades dos dedos, úlceras, etc.)	
Historial de enfartes, doença de Parkinson	
Infecções graves/doença (infecções urinárias, gripe, etc.)	

Quadro 1 – Factores de risco para quedas

No respeitante à exposição ao risco alguns estudos referem que:

- Pessoas mais activas e as mais inactivas correm maiores riscos de quedas;
- Algumas actividades parecem potenciar o risco de quedas, por aumentar a exposição a situações de risco ambiental (pisos escorregadios e/ou irregulares, áreas atulhadas, pavimentos degradados), exaustão ou práticas incorrectas em sessões de exercício

2.1 - GRAUS DA EVIDÊNCIA

Os graus ou níveis de evidência aqui apresentados foram atribuídos a partir do estado da evidência que deriva da revisão de evidencias.

A hierarquia da evidência apresentada no Quadro 1, é a recomendada pelo NICE.

I	Evidência obtida a partir de meta-análises de estudos de controle randomizados, ou pelo menos a partir de um estudo de controle randomizado
II	Evidência obtida a partir de um estudo de controle não randomizado, ou de pelo menos um outro tipo de estudo quasi-experimental.
III	Evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais, bem como estudos de comparação, estudos de correlação e estudos caso-controle.
IV	Evidência obtida a partir de relatórios ou opiniões de peritos e ou experiencia clínica e autoridades reconhecidas.

Quadro 2 - Níveis de evidência

De acordo com NICE para formulação e uso de recomendações clínicas, concordou-se considerar seguir os seguintes factores:

- A melhor evidência com preferência dada às evidências empíricas sobre a apreciação de peritos quando disponíveis, incluindo:
 - Resultados do modelo económico;
 - Eficácia dos dados, tendo em consideração a força de evidência - o nível, qualidade, precisão - bem como o tamanho do efeito e da relevância da evidência;
 - Sempre que relataram dados sobre resultados adicionais como eventos adversos, aceitabilidade e opiniões do utente;

- Uma comparação entre os resultados para intervenções alternativas, sempre que possível;
- A viabilidade de intervenções inclusive, quando disponível, o custo da intervenção, a aceitabilidade para os clínicos, utentes e cuidadores e adequação da intervenção;
- O equilíbrio dos benefícios contra os riscos - incluindo, onde foram reportados os parâmetros pertinentes de todos os utentes e os resultados do modelo económico
- A aplicação das evidências para grupos definidos no âmbito da orientação, tendo considerado o perfil dos utentes recrutados para os ensaios.

A	Diretamente baseada na categoria da evidência I
B	Diretamente baseada na categoria da evidência II ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I
C	Diretamente baseada na categoria da evidência III ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I ou II
D	Diretamente baseada na categoria da evidência IV ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I, II, ou III

Quadro 3 - Graus de Recomendação

Recomendações e Nível de evidência da intervenção com suporte em revisões da evidência

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO

História de quedas

A história de queda é frequentemente relatada como um importante fator de risco e preditor de potencial de mais quedas

Recomendação [C]

Nível de evidência III - A queda anterior é o fator de risco mais frequentemente relatado.

Mobilidade e Equilíbrio

Mobilidade reduzida, distúrbios da marcha e défices do equilíbrio têm sido frequentemente referidos como preditores significativos de futuras quedas em estudos de coorte prospectivos.

Recomendação [C]

Nível de evidência III – A Mobilidade reduzida, distúrbios da marcha e défices de equilíbrio são frequentemente referidos como importantes fatores de risco

Nível de evidência I – A intervenção com foco na marcha e equilíbrio têm revelado uma redução nas quedas

Avaliação Multifactorial do Risco de Quedas

Deve ser realizada a avaliação de pessoas com história de queda e a presença de outros fatores de risco. A identificação das pessoas em situação de risco vai permitir aos profissionais referenciarem as pessoas mais velhas para intervenções efetivas orientadas para factores específicos.

Recomendação [C]

A avaliação multifatorial deve incluir o seguinte:

- Identificação de história de quedas;
- Avaliação da marcha, equilíbrio, mobilidade, e fraqueza muscular;
- Avaliação do risco de osteoporose;
- Avaliação da pessoa idosa percebendo a capacidade funcional e medo relacionado à queda;
- Avaliação de deficiência visual;
- Avaliação de comprometimento cognitivo e exame neurológico;
- Avaliação da incontinência urinária;
- Avaliação dos perigos em casa;
- Exame cardiovascular e revisão medicamentosa

Nível de evidência III - Muitos fatores de risco individuais têm vindo a provar serem preditivos subsequentes de queda;

Portanto, a presença de mais do que um dos fatores abaixo indicados aumenta o risco de queda:

- A história de queda
- Défice de marcha
- Défice de equilíbrio
- Deficiência da mobilidade

- Medo de cair
- Deficiência visual
- Comprometimento cognitivo
- Incontinência urinária
- Perigos em casa
- O número de medicamentos
- Medicamentos psicotrópicos e cardiovasculares
- Fraqueza muscular

Intervenção Multifatorial

A todos os idosos com quedas recorrentes, ou avaliados como tendo maior risco de queda, deve ser considerada intervenção individualizada multifatorial.

Para o sucesso dos programas de intervenção multifatorial são comuns os seguintes componentes específicos:

- Treino de força e equilíbrio;
- Avaliação e intervenção dos perigos em casa/serviço;
- Avaliação da visão e encaminhamento;
- Revisão da medicação com alteração / suspensão.

Após o tratamento de uma lesão por queda, deve ser desenvolvida uma avaliação e intervenção multidisciplinar individualizada, para identificar e resolver riscos futuros, que visem promover a independência e melhorar a função física e psicológica.

Recomendação [A]

Nível de evidência I

As intervenções Multidisciplinares e multifatoriais, são eficazes na redução das quedas nos seguintes grupos populacionais e configurações:

- Pessoas mais idosas residentes na comunidade
- Pessoas mais idosas em locais de cuidados prolongados

Programas de reabilitação multidisciplinares e multifatoriais, são eficazes na redução da incidência de quedas em pessoas mais idosas que sofreram uma queda com lesão.

Treino de força e equilíbrio

A prescrição de programas individualizados de exercício tem demonstrado ser eficaz na prevenção de quedas.

É recomendado o treino da força e equilíbrio. As pessoas com maior probabilidade de benefício são as mais idosas

Recomendação [A]

Nível de evidência I - A prescrição individual de programas de fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, é eficaz na redução de quedas.

Os programas individuais de fortalecimento muscular progressivo, de exercícios de treino de equilíbrio e andar, reduzem significativamente o número de quedas, por um período superior a um ano.

Exercício em serviços de cuidados prolongados

São recomendadas intervenções multifatoriais com uma componente de exercício para pessoas mais idosas que se encontram em unidades de cuidados prolongados e que estão em risco de queda.

Recomendação [A]

Nível de evidência I - A evidência sugere que uma abordagem com base na prescrição de intervenções de exercício, individualmente ou em grupo em unidades de cuidados prolongados não é eficaz na redução de quedas. No entanto, o exercício é eficaz como componente em programas multifatoriais.

Perigo em casa e intervenção de segurança

Às pessoas idosas que recebam tratamento hospitalar depois de uma queda deve ser realizada avaliação dos perigos em casa e intervenção na segurança / modificações. Isto deve fazer parte do planeamento de alta e realizado dentro de um prazo acordado pelo utente ou cuidador, e membros da equipe de saúde.

A avaliação do risco só é eficaz se for associada a intervenção e acompanhamento e não um acto isolado.

Recomendação [A]

Nível de evidência I – A evidência sugere que as intervenções de modificação do perigo em casa (intervenções de segurança) podem diminuir a incidência de quedas sobretudo em pessoas idosas com historial de quedas (resultado de 4 ensaios)

Medicação Psicotrópica

Pessoas idosas a fazer medicação psicotrópica devem ter a medicação revista por especialistas, se adequado, e esta deve ser diminuída logo que possível para diminuir o risco de queda.

Recomendação [B]

Nível de evidência II – Um estudo em pessoas com mais de 65 anos sugere que programas de diminuição progressiva da medicação psicotrópica, com retirada gradual num período de 14 semanas é eficaz na diminuição de quedas.

Estimulação cardíaca

A estimulação cardíaca com cardioinibição da hipersensibilidade do seio carotídeo deve ser considerada em pessoas idosas que tiveram quedas inexplicáveis.

Recomendação [B]

Nível de evidência II – Esta estimulação cardíaca é eficaz na redução de quedas e síncope (um ensaio).

Incentivo à participação dos idosos na prevenção de quedas

Para promover a participação dos mais idosos em programas de prevenção de quedas deve considerar-se:

- Os profissionais envolvidos na avaliação e prevenção de quedas devem negociar as mudanças que as pessoas estão dispostas a fazer para prevenir as quedas;
- Os programas de prevenção e quedas devem abordar aspectos como: obstáculos potenciais, baixa auto-estima e medo de cair e encorajar a mudança de atitude negociando com a pessoa idosa;
- Os profissionais de saúde envolvidos nos programas de promoção devem garantir que estes são flexíveis o suficiente para abranger diferentes preferências e necessidades promovendo o valor social dos programas.

Recomendação [D]

Nível de evidência III a IV – As pessoas podem estar relutantes para participar nos programas se:

- Não forem treinadas;
- Não perceberem o risco de queda;
- Tiverem medo de cair;
- Sentirem pouca capacidade funcional;

- Não forem negociadas as mudanças a fazer.

Nível IV – Muita da informação dos programas de prevenção de quedas pode desmotivar em vez de estimular se não estiver disponível em várias línguas. Tal não enfatiza a promoção social dos programas de prevenção.

Informação e Educação

Todos os profissionais de saúde que trabalham com pessoas com risco de queda devem desenvolver competências básicas na avaliação e prevenção de quedas. Pessoas com risco de queda e seus cuidadores devem ser informados verbalmente e por escrito (panfletos, etc.) sobre:

- Medidas de prevenção de quedas;
- Manutenção da motivação para prevenção de quedas que inclui estratégias de exercício e treino de equilíbrio;
- Benefícios físicos e psicológicos da prevenção de quedas;
- Onde obter informação e cuidados;
- Como actuar em caso de queda.

Recomendação [D]

Nível de evidência III e IV – idêntico ao referido no incentivo à participação dos idosos na prevenção de quedas.

Intervenções não recomendadas

- Caminhadas rápidas

Nível de evidência II – Não há evidência de que caminhadas rápidas diminuam o risco de queda. Um estudo demonstrou que programas de caminhada rápida sem supervisão aumentou o risco de queda em mulheres na menopausa com história de fratura no ano anterior. No entanto pode haver outros benefícios de saúde em caminhadas rápidas em pessoas idosas.

Intervenções que não podem ser recomendadas por nível insuficiente de evidência

- Exercícios de baixa intensidade combinados com programas de incontinência

Nível de evidência I – não há evidência de diminuição de quedas em idosos.

- Exercícios em grupo

Nível de evidência I – o exercício em grupo não deve ser desencorajado como medida de promoção da saúde mas há pouca evidência da sua eficácia na diminuição de quedas.

- Intervenção cognitivo-comportamental

Nível de evidência I – não há evidência que esta intervenção isolada diminua o risco de queda em níveis de risco desconhecidos

- Encaminhamento para correcção da diminuição da acuidade visual

Nível de evidência I – não há evidência que a correcção da visão em pessoas idosas diminua o risco de queda.

- Suplemento de vitamina D

Nível de evidência I – há evidência da carência de vitamina D nos mais idosos e que esta influencia na diminuição da força muscular, mas não há evidência de que a correcção da deficiência de vitamina D possa diminuir a propensão para quedas.

3 -O PROBLEMA DAS QUEDAS NO CHMT

A prevenção de quedas no CHMT tem um percurso como referido anteriormente, desde o ano de 2007, como objectivo traçado para os serviços de internamento, sendo portanto, os dados referentes às participações de ocorrência de quedas efectuadas a partir de Janeiro de 2007, a partir das quais foram planeadas e implementadas intervenções até final de 2010, inclusive alteração de metodologia de Avaliação de risco de queda

Em 2007:

- Iniciou-se a notificação obrigatória das quedas, em impresso próprio;
- Inicia-se a elaboração de critérios de qualidade de cuidados (protocolo, instrução de trabalho e outros impressos);
- Os dados obtidos são analisados pelo Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho (um enfermeiro) e Gestão da Qualidade (1 enfermeira) e apresentados no final do ano a todos os enfermeiros chefes;
- Monitorizada a incidência de quedas.

Em 2008:

- Em função do anteriormente exposto foram introduzidas medidas correctivas e de melhoria: criada Instrução de Trabalho (de avaliação de risco de queda), e Protocolo de Medidas Preventivas, melhorado o impresso de notificação de queda;
- Apresentadas as alterações aos enfermeiros responsáveis dos serviços;
- Início da monitorização do risco a todos os utentes (decorrente do PT e IT) com Escala produzida por Grupo de Trabalho interno e sinalização dos utentes com Médio e Alto risco, com pulseira azul;
- Foco, Diagnóstico e Intervenções parametrizadas no aplicativo SAPE de acordo com Catálogos CIPE de cada serviço e PT e IT acima referidos;
- Monitorização de indicador de processo: % de conformidade da aplicação das medidas de segurança na prevenção de quedas;

- Monitorização da incidência de quedas e do processo de implementação do Protocolo que era verificado por auditoria interna (Enfermeiros Chefes em cada serviço);
- Monitorização das medidas implementadas em função do Diagnóstico também auditado pelos auditores internos do SCD (Sistema de Classificação de Doentes por Níveis de Dependência).

Em 2009:

- Iniciou-se a monitorização com a Escala de Morse (no SAPE)
- A sinalização é realizada apenas a utentes de alto risco;
- Manteve-se a produção dos indicadores epidemiológico e de processo;
- Saída do enfermeiro da Higiene e Segurança no Trabalho e enfermeira da Qualidade;
- Monitorização realizada pelos enfermeiros chefes e segundos elementos dos serviços e pela Direcção de Enfermagem;
- Pediatria inicia uma dinâmica própria que conduziu à elaboração do PT.PED.001.00 "Medidas de segurança na prevenção de acidentes e violência em pediatria" aprovado em 15/01/2010 e o folheto "Recomendações Segurança e prevenção de acidentes em Pediatria", começa por valorizar factores de risco já evidenciados na literatura; trabalha o foco cair como um acidente.

Em 2010:

- Manteve-se actuação idêntica nos serviços;
- Dados analisados em 2011 pelo Grupo de Dinamizadores do PPQCE, com base nos dados fornecidos pela Direcção de Enfermagem;
- Nas áreas pediátricas implementa-se a monitorização do risco após parametrização do foco tendo como suporte a documentação elaborada; iniciam a notificação das quedas de forma consistente.

Em 2011:

- Reformulados os Protocolo e a Instrução de Trabalho de modo a adequar as intervenções e a parametrizá-las de forma idêntica no SAPE;
- Definido objectivo para o CHMT relacionado com as quedas;

- Monitorizados indicadores epidemiológico e de resultado (R1);
- As áreas pediátricas estruturam a sua prática em conjunto com as restantes áreas, salvaguardando as especificidades em documentação própria para crianças com menos de 6 anos (só a partir da 3ª infância consideramos que o desenvolvimento motor no qual se inclui a marcha está consolidado, pelo que a estes já aplicamos a Escala de Morse).

A análise dos dados disponíveis referentes a este período (2007-2010) consta nos gráficos seguintes:

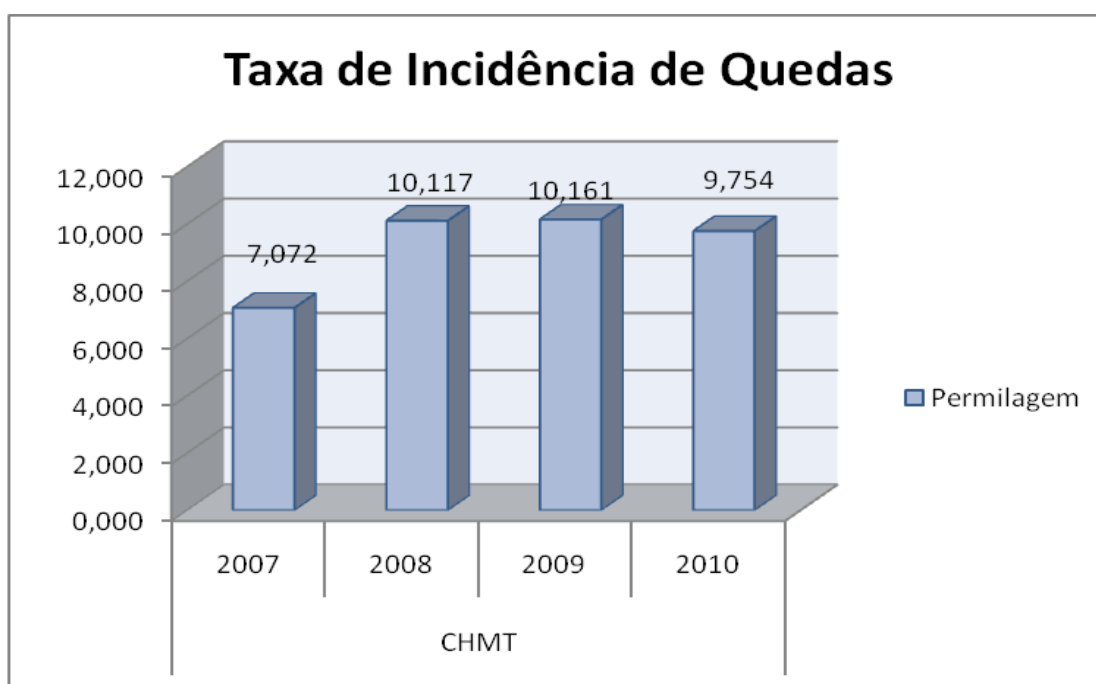


Gráfico 2 – Taxa de incidência de quedas

Apesar do percurso nestes 4 anos a taxa de incidência de quedas reduziu de forma pouco significativa.

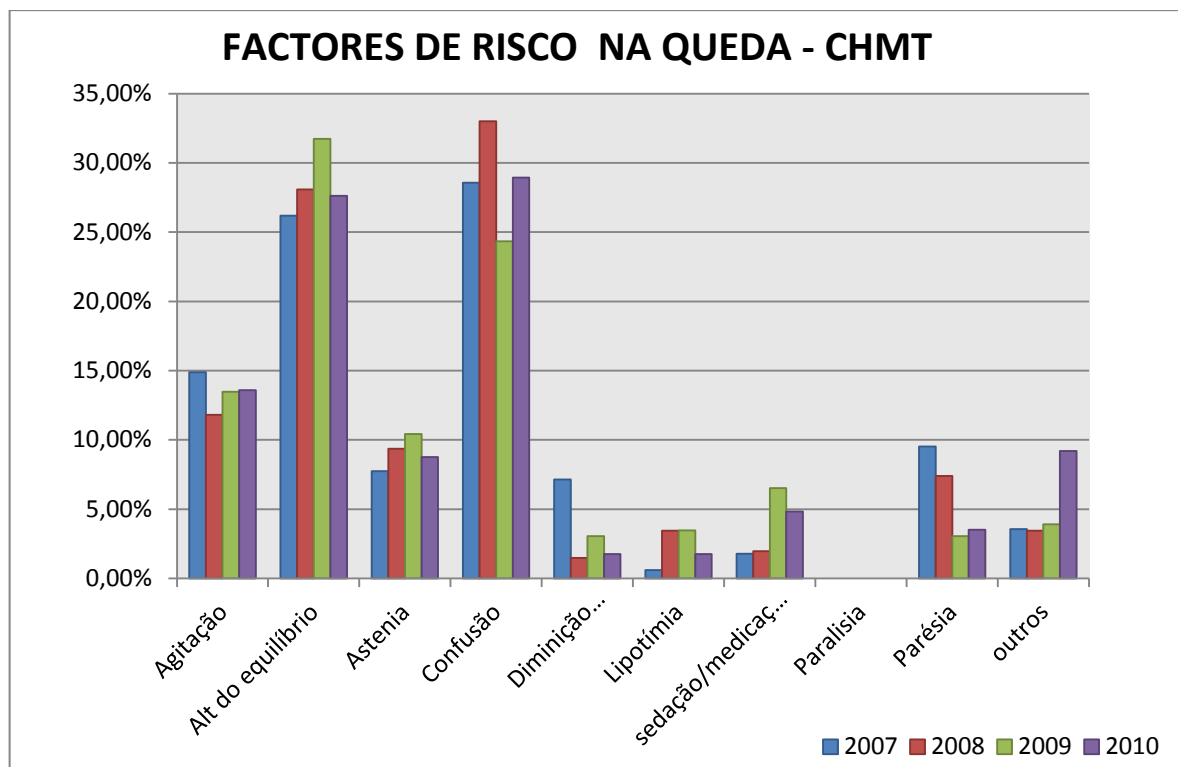


Gráfico 3 – Factores de risco na queda

A leitura deste gráfico permite verificar que a confusão, alteração de equilíbrio a agitação têm sido os principais factores de risco (intrínsecos).

Contudo, a análise do gráfico que se segue permite concluir que alguns factores extrínsecos também têm estado relacionados com as quedas.

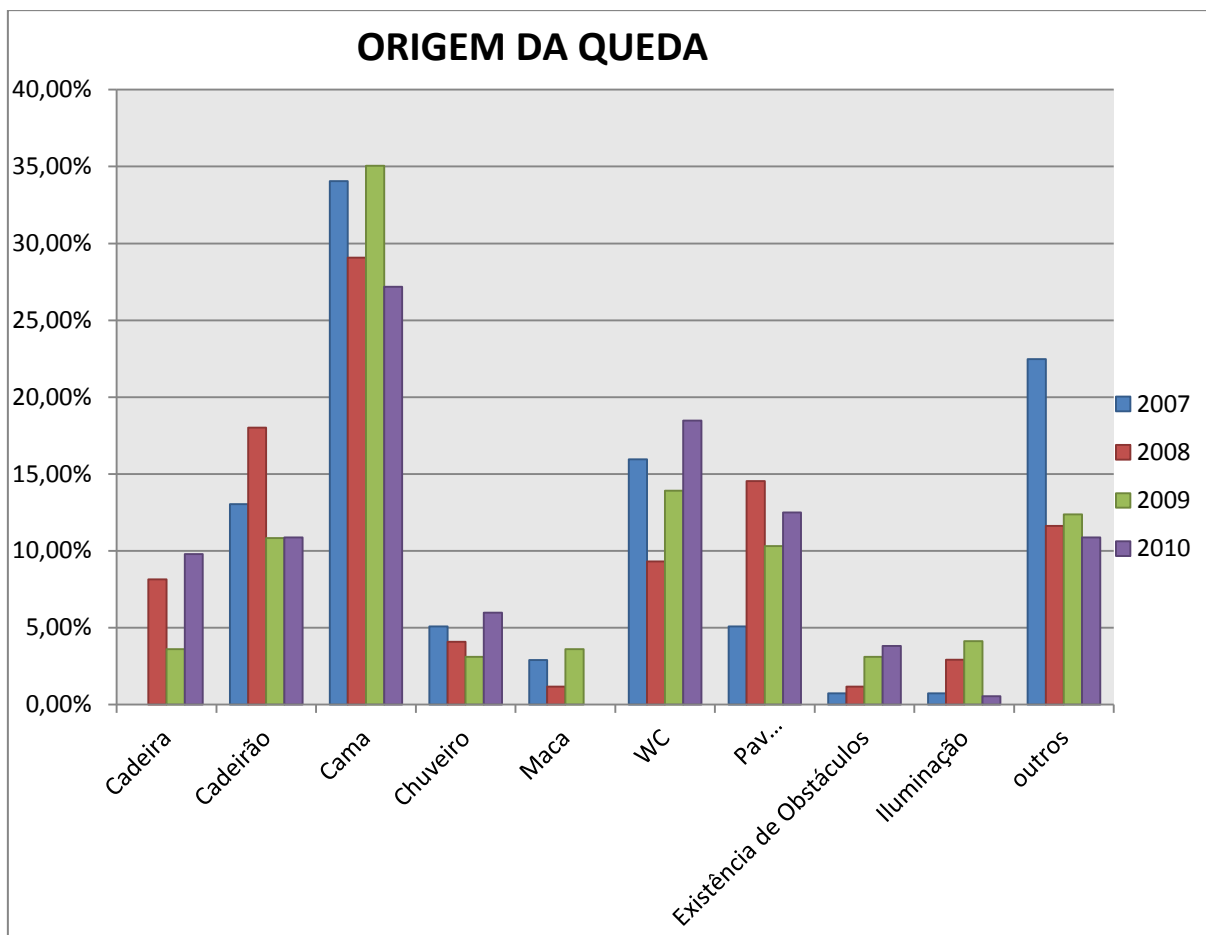


Gráfico 4 – Origem da queda

Com base no impresso de Ocorrência de Quedas, no campo “origem da queda” não só estão inclusos os locais onde ocorrem as quedas como factores extrínsecos (piso, iluminação, obstáculos). Verificam-se como prevalentes em 2010: quedas da cama (27,7%), quedas no WC (18,48%) e piso escorregadio (12,5%).

De salientar que ao longo do quadriénio esses dados foram reflectidos e implementadas medidas correctivas, nomeadamente:

- Aquisição de grades para macas;
- Formação da empresa de limpezas sobre a importância de sinalizar o piso escorregadio;
- Aquisição de cadeirões mais adequados para evitar as quedas.

Sendo a avaliação do risco de queda uma realidade no CHMT neste quadriénio, nos serviços de internamento, o gráfico seguinte representa o risco de queda que estava avaliado nos 165 utentes que caíram no **ano de 2010**.

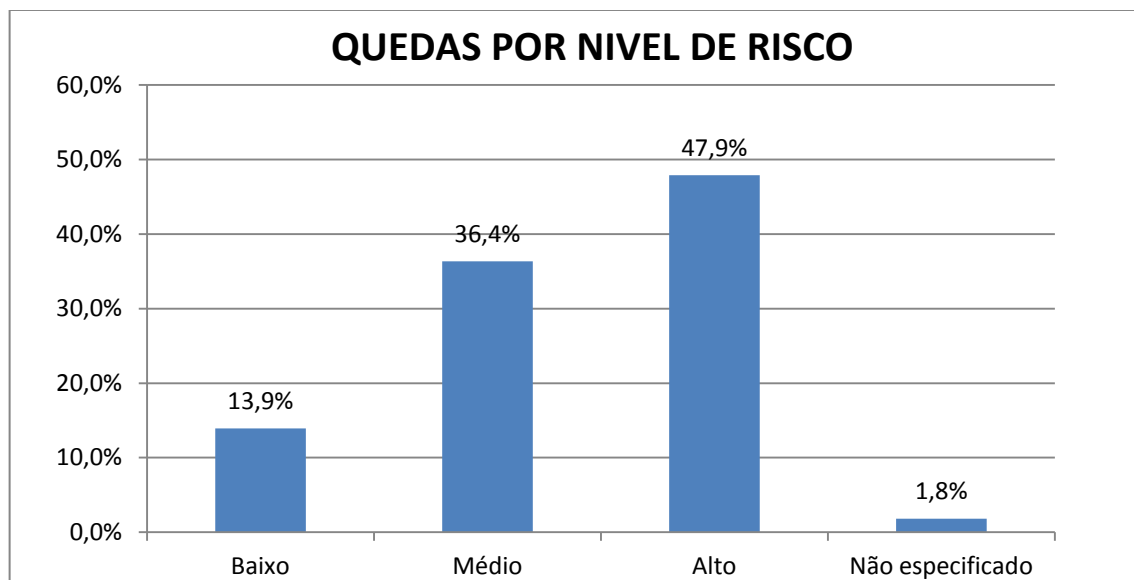


Gráfico 5 – Quedas por nível de risco

Da análise do gráfico conclui-se que cerca de 48% dos utentes que caíram tinham alto risco de queda.

Importa ainda perceber que tipo de intervenção ocorreu nas quedas, o que se encontra expresso no gráfico 7.

Perante os dados internacionais é para nós importante perceber a faixa etária dos utentes vítimas de queda.

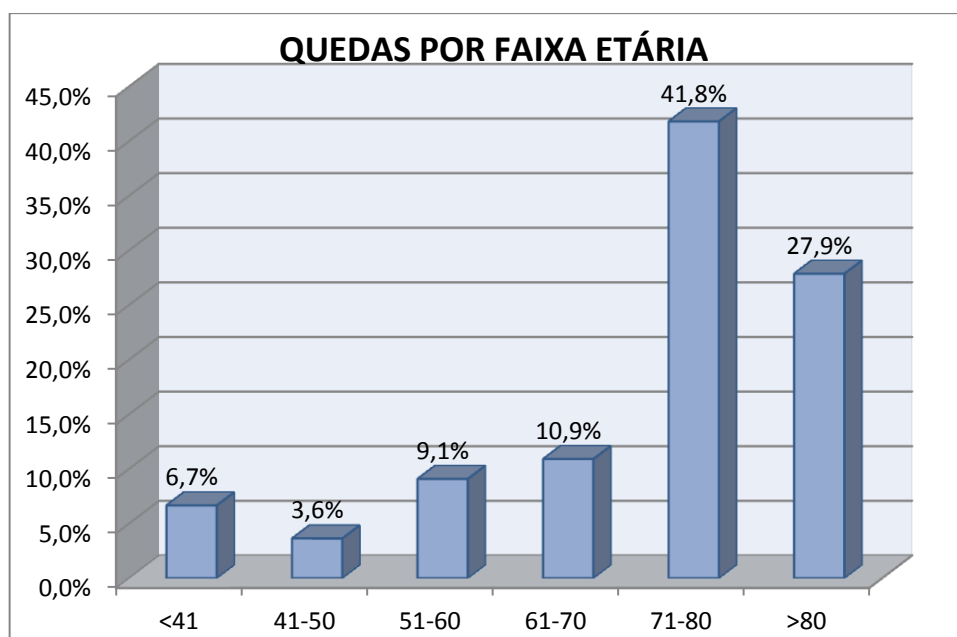


Gráfico 6 – Quedas por faixa etária

A análise do gráfico permite concluir que a maioria dos utentes que caíram, no ano de 2010, tinha mais de 71 anos (cerca de 70%)

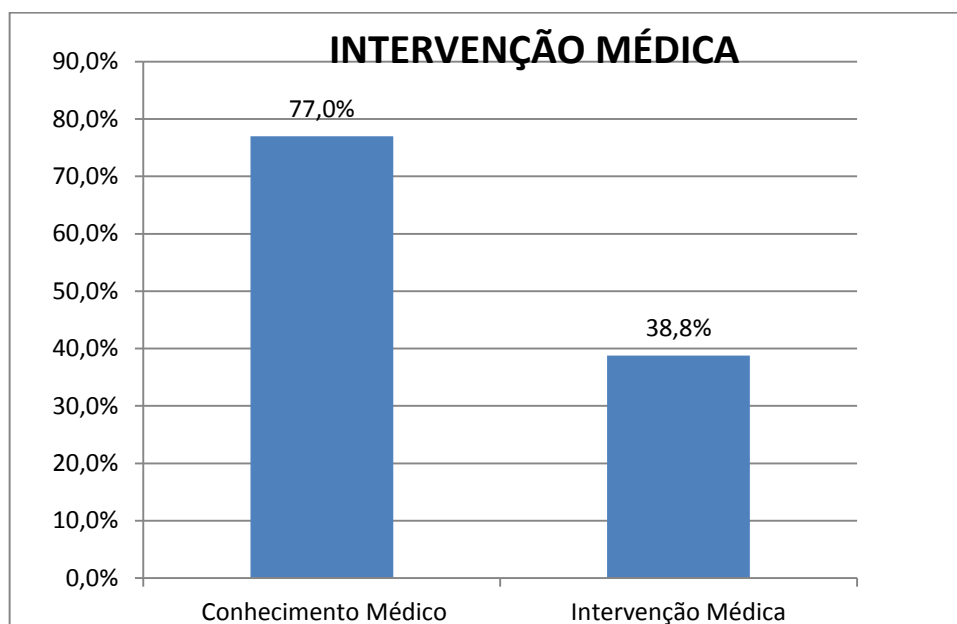


Gráfico 7 – Intervenção médica

Analisando o gráfico conclui-se que 77% das quedas (no ano de 2010) foram comunicadas ao médico e que em cerca de 39% houve intervenção deste profissional.

Importa ainda perceber em que turnos existiram mais quedas.

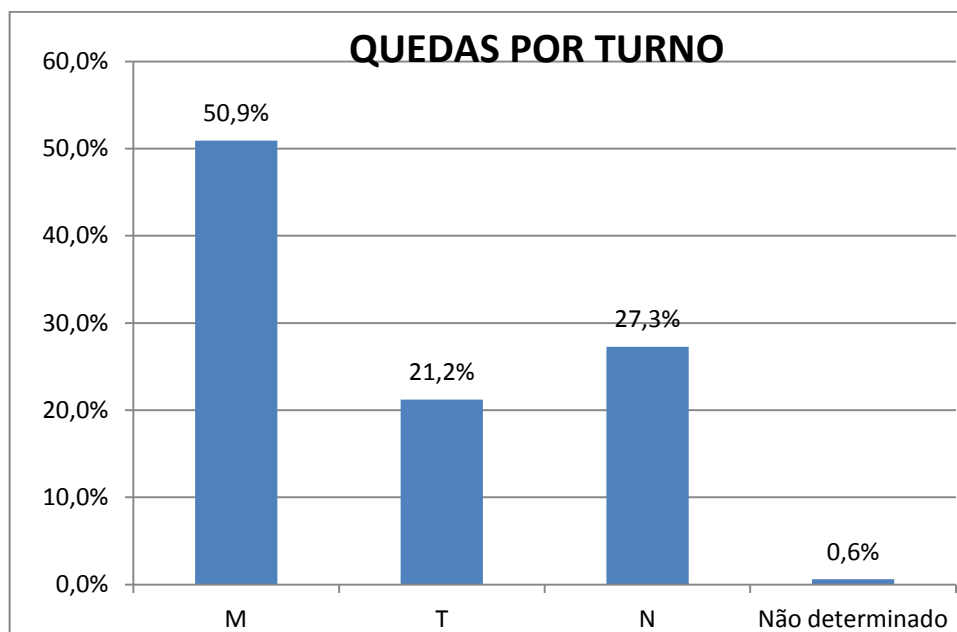


Gráfico 8 – Quedas por turno

O gráfico 8 permite-nos perceber que a grande maioria das quedas no ano de 2010 ocorreram no turno da manhã.

As consequências das quedas encontram-se representadas no gráfico seguinte.

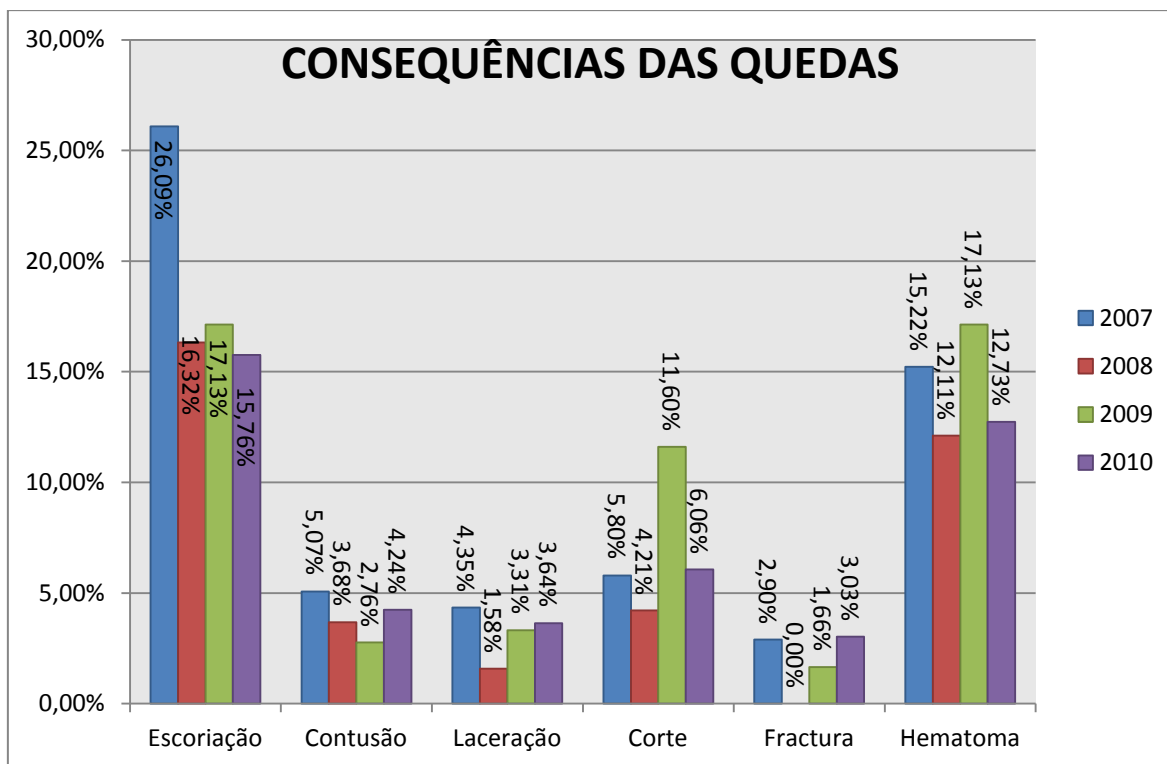


Gráfico 9 – Consequências da queda

Pela análise podemos concluir que em todos os anos as maiores consequências foram escoriações e hematomas, contudo é de salientar que têm existido casos de fracturas (3,03% em 2010) e que estas têm aumentado nos últimos dois anos.

Actualmente não nos é possível contabilizar os custos económicos que essas fraturas tiveram para o CHMT, contudo pretendemos fazê-lo nos próximos anos.

Contudo consultámos alguns estudos internacionais para perceber os custos que podem decorrer das quedas.

É referido por Sharon; Cynthia and Mary (2009) que cerca de 3 a 20% dos doentes caem pelo menos uma vez durante o internamento. Dessas quedas resultam lesões, aumento de acções judiciais, aumento do tempo de internamento e mais de 2,873.31 euros em taxas de excesso por internamento.

Com base em dois estudos anteriores (Bates, Pruess, Souney, & Platt, 1995; Granek et al., 1987), Boswell, Ramsey, Smith, and Wagers (2001) foram utilizados os dados recolhidos durante o período entre Julho de 1998 e Março de

2000 para estimar o custo relacionado com as quedas para os hospitais. Os autores referem que se um hospital de cuidados agudos tiver uma taxa de lesão por queda de 6,6%, estes incidentes com lesão resultam num aumento de 7,5 dias de média no total da estadia e um aumento médio 5.317 dólares em perda de receita total (custo) para os hospitais. O custo médio por queda (incluindo quedas com e sem lesão) seria de 351 dólares (253.842 euros). Posteriormente usou-se uma forma de cálculo através de dados da inflação fornecidas pelo Departamento de Estatísticas dos EUA referente ao ano de 2007, para calcular o custo estimado de quedas para os hospitais em 2007. Foi estimado que o custo projetado por queda com ferimentos para hospitais em 2007 seria de pelo menos 6.437 dólares (4.65531 euros) e o **custo médio por queda seria de 425 dólares** (307.349 euros). (HUEY-MING TZENG, CHANG-YI YIN;2008)

Se nos basearmos neste estudo e tivermos em consideração as 165 quedas ocorridas, em internamento, no ano de 2010 poderemos supor que o custo para o CHMT ascendeu os 50 mil euros.

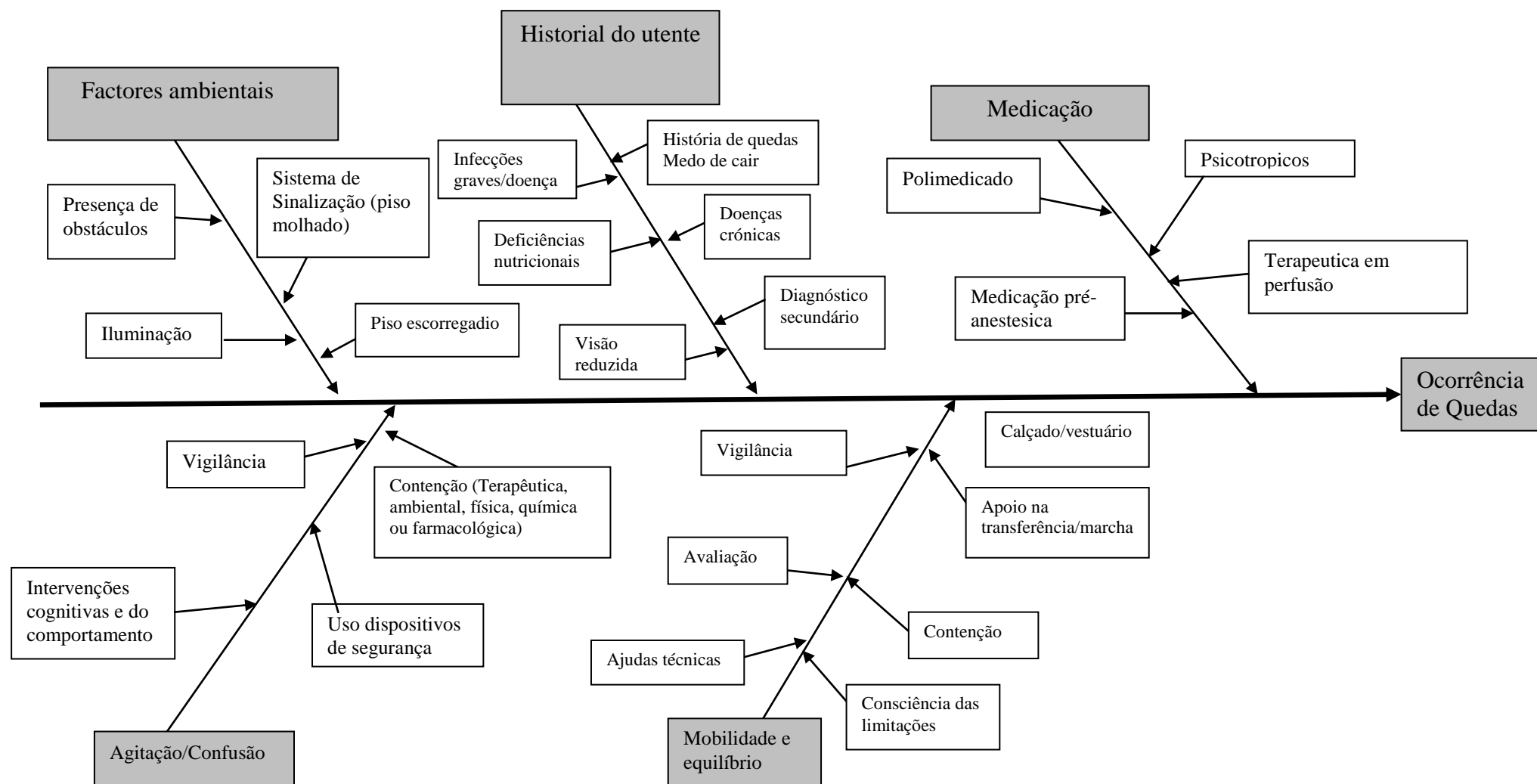
Este pode ser um custo evitável se conseguirmos diminuir o número de quedas.

4 - PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

Com base nos dados dos anos 2007 a 2010 é possível fazer uma análise das principais causas ainda que estas só se reportem aos serviços de internamento.

Estas são agora apresentadas através do diagrama de causa-efeito (Ishikama) após reflexão no Grupo de Dinamizadores do Projecto e serão posteriormente discutidas nas equipas para melhor apuramento.

Diagrama de Causa Efeito (Ishikawa ou Espinha de Peixe)



Para a avaliação das causas com maior prevalência na ocorrência de quedas, esta a ser elaborada uma folha de verificação (base de dados que consta na IT.GRL.409.05), de forma que os dados colhidos possam ser trabalhados de forma sistematizada e eficiente. Como metodologia para o tratamento de dados, será realizado um Diagrama de Pareto, que facilitará a leitura e identificação das principais causas que contribuem para o problema.

A prossecução do projecto respeitará os passos a seguir apresentados

a) Identificação da(s) dimensão(ões) em estudo

- As dimensões em estudo são a efectividade resultante da redução da taxa de incidência das quedas e adequação técnico-científica.

b) Unidades em estudo

As unidades de estudo consideradas são:

- 1) Todos os utentes admitidos nos serviços de Internamento e de Ambulatório;
- 2) Período de tempo de avaliação: Janeiro a Dezembro de 2011

c) Tipo de dados a colher

Os dados recolhidos serão para produção de Indicadores Epidemiológicos, de Processo e de Resultado.

d) Fonte de dados

As fontes de dados a utilizar são:

- Movimento de utentes do serviço (Movimento assistencial);
- SAPE;
- Registos do Processo clínico de enfermagem;
- Impresso de ocorrência de queda (IMP. GRL.404.06)

e) Tipo de avaliação

A avaliação será:

- Interna (Elo de Ligação ao PPQCE no serviço) e Inter-pares.

f) Critérios de avaliação

Critérios de avaliação são:

- Interna: Avaliação /Critérios implícitos e explícitos.

Será importante referir que haverá indicação sobre as medidas adequadas para a prevenção de ocorrência de quedas normalizadas no Protocolo e IT que serão revistos sempre que necessário. Em todos os utentes que caíam será auditada a correcta implementação das medidas preconizadas no PT. GRL.047.05 “Medidas de Segurança na Prevenção da queda e Agressão” (critério de qualidade).

g) A colheita de dados

Os responsáveis pela recolha e tratamento dos dados são:

- Interna: A(O) enfermeira(o) chefe/responsável ou segundo responsável do serviço (ou elo de ligação ao PPQCE)

h) Selecção e definição da amostra

A selecção da Amostra será:

- Amostra Institucional – Todos os utentes admitidos nos Serviços de internamento e ambulatório, entre 01 de Janeiro de 2011 a 31 de Dezembro de 2011.
- Amostra selectiva - 6 Meses seguidos ou interpolados de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

É critério de exclusão, todo o utente com Quedas verificadas noutra serviço, no período em que o Utente está à sua responsabilidade

Com base nas causas existentes nos gráficos do ano de 2010 identificam-se as seguintes:

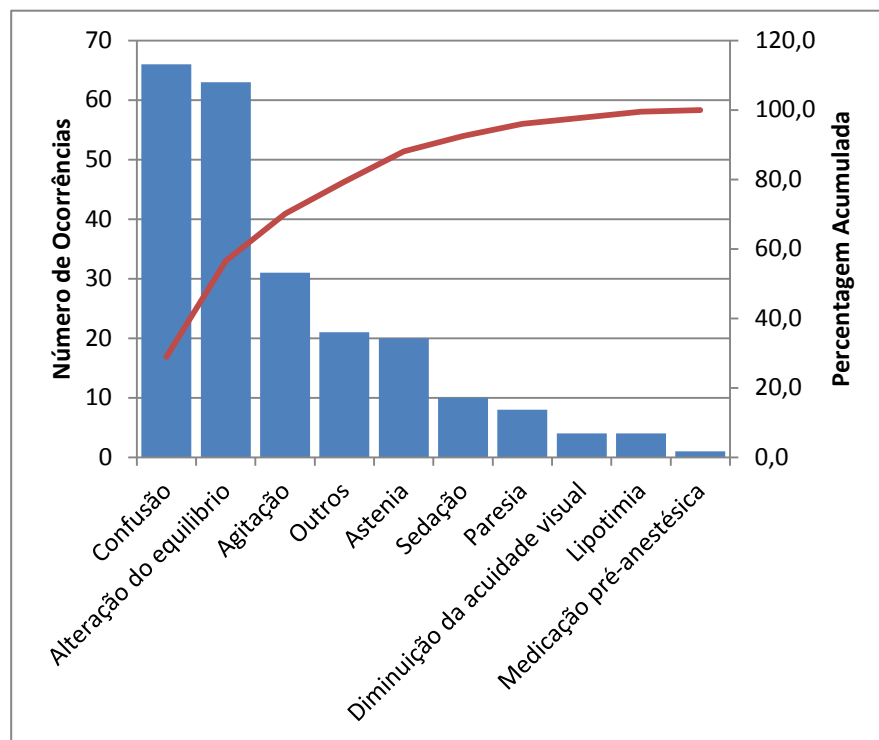
Causa	Nº	%	% Acumulada
Agitação	31	13,6	13,6
Alteração do Equilíbrio	63	27,6	41,2
Astenia	20	8,8	49
Confusão	66	28,9	77,9
Diminuição da acuidade Visual	4	1,8	79,7
Lipotimia	4	1,8	81,5
Medicação pré-anestésica	1	0,4	81,9
Paresia	8	3,5	85,4
Sedação	10	4,4	89,8
Outros	21	9,2	100
Total	228	100,00	

Quadro 4 – Causas das quedas e percentagens

De acordo com a tabela de frequências apresentada construímos o Diagrama de Pareto com o objectivo de fazermos uma análise mais facilitada das causas que contribuem para a maior parte das quedas (fenómeno)

A **Lei de Pareto** (também conhecido como **princípio 80-20**), afirma que para muitos fenómenos, 80% das consequências advêm de 20% das causas. A lei foi sugerida por Joseph M. Juran, que deu o nome em honra ao economista italiano Vilfredo Pareto. De acordo com este princípio " existe um forte desequilíbrio entre causas e efeitos, entre esforços e resultados e entre ações e objetivos alcançados. O Princípio afirma, de uma maneira genérica, que 80% dos resultados que obtemos estão relacionados com 20% dos nossos esforços. Por outras palavras: uma minoria de ações leva à maior parte dos resultados, em

contra-partida, uma maioria de ações leva a menor parte dos resultados. (KOCH, 2000).



Perante o Diagrama de Pareto conseguimos perceber que as principais causas são:

- Confusão
- Alteração do equilíbrio
- Agitação

Causa	CrITÉrios	Excepções	Esclarecimentos
Confusão	Avaliação do estado de consciência/orientação		Realizado na avaliação inicial (SAPE)
	Estimular a memória do utente com objectos/pessoas significativas		Intervenções parametrizadas no SAPE e que constam do PT.GRL.047.05 (com os esclarecimentos)
	Aplicar dispositivos de segurança		
	Aplicar material de protecção para prevenção de lesões		
	Negociar parcerias na vigilância com prestador de cuidados		
	Aplicar dispositivo de identificação de risco	Baixo e médio risco	
Alteração do Equilíbrio	Avaliar alterações do equilíbrio corporal		Realizado na avaliação inicial
	Manter auxiliares de marcha acessíveis		IDEM
	Verificar adequação do calçado		
	Manter presença contínua do enfermeiro nos auto-cuidados		
	Manter em local de maior vigilância		
Agitação	Avaliação do estado comportamental		IDEM
	Aplicar dispositivos de segurança		
	Aplicar material de protecção para prevenção de lesões		
	Negociar parcerias na vigilância com prestador de cuidados		
	Aplicar dispositivo de identificação de risco		
	Avaliar necessidade de contenção física		

Quadro 5 - Critérios de Qualidade na prevenção de quedas

5 - PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ACTIVIDADES

Em 2011 foram definidos os seguintes objectivos e indicadores:

Objectivo Geral

- Reduzir o número de quedas dos utentes que recorrem ao CHMT (internamento e ambulatório) no ano de 2011

Objectivos específicos

- Diminuir as quedas em 5% (tendo por base valores referência de 2010);
- Que 100% dos doentes admitidos nos serviços tenham avaliação do Risco de Queda;
- Que a taxa de efetividade na prevenção de quedas seja superior a 90%.

Indicadores

Indicador Epidemiológico (Epd1) Geral Internamento

Taxa de Incidência de Quedas

Número de Uteses com o diagnóstico "Cair presente" (= a ocorrência de queda), surgido durante o período de tempo que o Utese se encontra no Serviço, relacionado com o total de doentes internados no Serviço (com cama atribuída).

- Fórmula: $N.º \text{ de quedas de Uteses que caíram no Serviço com Diagnóstico formulado} / N.º \text{ de Uteses internado no Serviço} \times 100$.

Indicador Epidemiológico (Epd2) Geral Ambulatório

Taxa de Incidência de Quedas

Número de ocorrência de queda, surgida durante o período de tempo que o

Utente se encontra no Serviço, relacionado com o total de Utentes do Serviço.

- Fórmula: $N.º \text{ de quedas no Serviço} / N.º \text{ de Utentes que recorreram ao Serviço} \times 100$.

Nos ambulatórios = quedas documentadas relacionadas com número total de episódios - ex: Sessão de Hospital de Dia, Sala de Exames/Tratamento/UCPA etc.).

Indicador de Estrutura

Existência de critérios de qualidade (Protocolo e Instrução de Trabalho actualizados em Agosto de 2011)

Existência de notificação de quedas (Impresso de notificação de quedas actualizado em Agosto de 2011)

Indicador de Processo

% de utentes admitidos nos serviços com avaliação do Risco de Queda

Indicador de Resultado (R1)

Taxa de efectividade na prevenção de quedas

Número de Utentes com foco "CAIR", com diagnóstico de algum (médio) risco/alto risco, sem cair com pelo menos uma das respectivas intervenções documentada.

- Fórmula: $Nº \text{ de utentes com risco de cair, sem cair, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada} / Nº \text{ de utentes com risco de cair} \times 100$.

6 - VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Após conclusão de todo o processo, serão avaliados os resultados, com recurso à recolha de dados nos processos e folhas de verificação, procedendo-se à comparação com os dados obtidos antes da implementação do projecto.

A descrição dos resultados obtidos no período o (2011) portanto o 1º ano de implementação do projecto, resumirá o cumprimento dos objectivos e indicadores traçados.

7- PROPOR MEDIDAS CORRECTIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Perante a análise dos dados dos anos 2007 a 2010 consideramos que seriam de implementar as seguintes medidas correctivas, ainda no ano de 2011 e nos anos seguintes:

- Organização de um dossier por serviço com toda a documentação actualizada relativa ao projecto;
- Realização de formação aos enfermeiros dos serviços e divulgação do percurso e dados/resultados obtidos até 2010;
- Actualização das intervenções no SAPE;
- Análise dos dados produzidos (SAPE) para monitorização dos indicadores epidemiológicos e de processo (pelo menos);
- Divulgação das actualizações de normas (PT, IT, Impressos; etc) relativos ao Projecto;
- Criação de Plataforma geral onde através do SAPE, todos os utilizadores tenham acesso aos dados actualizados do Projecto quedas (já proposto à informática);
- Elaboração de uma grelha (lista de verificação – mencionada no PT) para registo de dados nos serviços;
- Acompanhamento e apoio ao desenvolvimento do projecto a nível dos serviços, através de visitas, auditorias de 2 em 2 meses (a avaliar), relatórios e reuniões com os Elos de Ligação e dinamizadores indicados;
- Avaliação semestral dos resultados;
- Realização de relatórios de progresso e divulgação na intranet e Boletim do CHMT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) (2009) Preventing Falls and Harm from Falls in Older People. Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. ACSQHC. Commonwealth of Australia. ISBN: 978-0-9806298-1-1.
- ☞ CAMPBELL, A.J.; ROBERTSON, M.C.; GARDNER, M.M.; NORTON, R.N.; TILYARD M.W. (1997) - Randomized Controlled Trial of a General Practice Programme of Home Based Exercise to Prevent Falls in Elderly Women, British Medical Journal, 315, 1065-1069.
- ☞ DGS-Ministério da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final. DGS. Lisboa. 2011.
- ☞ ENFERMEIRA DIRECTORA – Nota Interna: Objectivos de Enfermagem 2011. CHMT. 04.05.2011.
- ☞ EUNESE (European Network for Safety among Elderly) (2006) - Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. Segurança nos Idosos – Lesões Acidentais; [disponível em]
- http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf, [acedido em] 10-08-2011.
- ☞ FEDER, G.; CRYER, C.; DONOVAN, S.; CARTER, Y. (2000) - Guidelines for Prevention of Falls in People over 65, British Medical Journal, 321, 1007-1011.
- ☞ HUEY-MING TZENG; CHANG-YI YIN (2008) - Nurses' Solutions to Prevent Inpatient Falls in Hospital Patient Rooms; [disponível em]
- <http://www.medscape.com/viewarticle/576954>, [acedido em] 07-11-2011.

☞ KOCH, Richard - PRINCÍPIO 80/20-O Segredo de se realizar mais com menos. Editora: Rocco. 1ª Edição. 2000. ISBN: 8532511813

☞ MARIN, H.F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. (2000) - Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 27-32, Julho 2000.

☞ National Institute for Clinical Excellence (NICE). improving practice: improving care. Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. Publicação: Royal College of Nursing, Londres. Novembro 2004. ISBN: 1-904114-17-2

☞ O.E. – Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Divulgar; 2001.

☞ O.E. – Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Outubro, 2007.

☞ RAMOS S. - Prevenção e Monitorização de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar. Experiencia do Hospital de Santa Marta. [Disponível em] <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf> [Acedido em] 28 Julho de 2011.

☞ SHARON K. I.; CYNTHIA J. B.; and MARY E. T. (2009) - Medicare Non-payment, Hospital Falls, and Unintended Consequences. N Engl. J Med 2009; 360:2390-2393 June 4, 2009.

☞ TODD C, Skelton D. (2004) - *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; [disponível em] <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>, [acedido em] 10-08-2011.

☞ WHO – Falls. Fact sheet N°344, August 2010. [Disponível em] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>. [Acedido em 10-08-2011]

ANEXOS

(Encontram-se em PDF em ficheiros anexos)