

Reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes admitidos em contexto de Serviço de Urgência



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Carla Teixeira¹
Irene Oliveira^{2,3}

¹Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Portugal

²Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto, Professora Adjunta - orientador de estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Portugal

³Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Porto, Portugal

Introdução/Resumo

A segurança do doente é o foco central com vista à excelência dos cuidados de enfermagem, sendo que o tema segurança do doente assume uma questão central ao nível europeu, mas também mundial, sobretudo nas últimas duas décadas, devido às condições de trabalho com as quais nos deparamos no dia-a-dia, nomeadamente a complexidade dos doentes, bem como a evolução tecnológica associada à rotação dos profissionais dentro das instituições; por outro lado, temos doentes cada vez mais esclarecidos e informados, o que permite um aumento do nível de exigência da parte dos utilizadores. A identificação dos fatores de risco em cada contexto de queda registada mostra-se essencial, como forma de perceber se existe uma oportunidade de melhoria, a fim de diminuir a ocorrência de quedas. A segurança do doente assume um papel de destaque na qualidade em saúde, estabelecendo como objetivo principal o cuidado de brindar ao doente uma experiência agradável, positiva, tendo sempre muito presente a vulnerabilidade da pessoa em contexto de doença.

Objetivos

Este trabalho teve por objectivo apresentar uma oportunidade de melhoria no serviço de urgência onde realizei o meu estágio, tendo por base a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de Enfermagem que são prestados.

Surgiu da necessidade de responder a uma necessidade do serviço, que identificou lacunas na avaliação do risco de queda nos doentes que a ele recorriam, logo no momento da admissão, aquando da triagem de Manchester.

Os objetivos delineados:

- Compreender os fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) para ocorrência de queda;
- Refletir sobre os conceitos que sustentam a Escala de Risco de Queda de Morse;
- Definir estratégias a implementar para prevenção de ocorrência de queda;
- Definir uma instrução de trabalho no caso de ocorrência de uma queda.

Métodos

A melhoria contínua da qualidade, aplicado à segurança dos doentes, obriga à identificação dos riscos, à sua avaliação e ao desenvolvimento de ações de melhoria. Durante a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa com recurso à revisão do estado de arte e guidelines, realização de diagnóstico de situação, e elaboração de proposta de intervenção, utilizando uma metodologia descritiva, partindo do estado da arte, mas também a metodologia reflexiva, tendo em conta as características e as necessidades do contexto.

A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de qualidade em relação à segurança do utente. Em Portugal não existe um instrumento de avaliação do risco de queda específico para o serviço de urgência.

De acordo com Morse (2009), para reduzir os riscos de queda em contexto hospitalar é necessário um esforço planeado e coordenado, e conhecer a dimensão do problema na organização, assim como o grau de gravidade dos danos provocados pelas quedas.

Morse (2009) afirma que, apesar de não haver risco nulo de queda, devem existir, de forma contínua, medidas de prevenção.

A definição de procedimentos procura uniformizar a prestação de cuidados, no que respeita a prevenção de quedas, assim como, caso os doentes sofram uma queda estes sejam devidamente avaliados.

Para prevenir a ocorrência de quedas definem-se os seguintes procedimentos de segurança.

O enfermeiro avalia o score de risco de queda: No momento da admissão do doente até 4h desde a sua entrada; Após ocorrência de queda; Sempre que se justificar necessário, por exemplo alteração do estado do doente.

O enfermeiro regista no campo de observações existente no programa da triagem de Manchester, atribuído de imediato a cor respectiva para o risco de queda do utente.

De acordo com o score de risco de queda obtido, o enfermeiro informa o doente acerca dos riscos envolvidos e educa sobre os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas.

O enfermeiro assinala na pulseira de identificação do doente o Score de risco de queda obtido, com etiqueta autocolante circular cuja cor identificará o grau de risco.

Baixo risco de queda – etiqueta branca;

Risco moderado – etiqueta cinzenta;

Risco elevado – etiqueta preta;

Preventivamente, o enfermeiro deve ter em conta um conjunto de precauções, como forma de gerir o ambiente que rodeia o doente e proporcionar as condições de segurança à prevenção de queda.

As grades laterais de segurança das camas e macas devem estar sempre levantadas, exceto nos doentes que estejam conscientes e funcionalmente independentes ou na prestação de cuidados diretos ao doente.

As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas, exceto aquando da prestação direta de cuidados de saúde ao doente.

Deve assegurar-se que o doente, a partir da cama ou do cadeirão, possa alcançar facilmente o comando de chamada ou luz, o telefone ou qualquer outro objecto pessoal que necessite.

Relativamente à valiação das condições físicas e ambientais serviço de urgência geral:

A periodicidade da utilização da lista de verificação “Avaliação das condições físicas e ambientais” não foi estabelecida.

De salientar que outras medidas podem ser apresentados, nomeadamente a utilização de chinelos antiderrapantes, cintos de contenção para as carreiras de rodas, luz de presença, apoio ao longo dos corredores, contudo existem algumas limitações que não permitem a sua implementação. Contudo observei que os enfermeiros se desdobram em esforços e cuidados para a proteção dos utentes.

Após ocorrência de uma queda definem-se os seguintes procedimentos:

Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada em impresso de registo de ocorrência que posteriormente será introduzida pelo enfermeiro chefe na respetiva plataforma. Contudo é muito importante registar se a queda foi presenciada ou não.

Após queda os doentes deverão ser avaliados de imediato pelo Enfermeiro ou Médico, segundo a NORMA 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares

a) Avaliação do estado de consciência;

b) Avaliação dos parâmetros vitais (pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), frequência

cardíaca (FC) e dor), da saturação de oxigénio periférico (SpO2) e da glicemia capilar;

c) Avaliação de danos associados à queda;

d) No caso de suspeita de contusão cervical não mover a pessoa e imobilizar a coluna cervical;

e) Verificação de terapêutica anticoagulante;

f) Reavaliação e monitorização da situação clínica. tendo em conta que as lesões por queda podem não surgir de imediato;

g) Registo e descrição da queda.

Conclusões

A monitorização de quedas nas instituições de saúde tornou-se fundamental por se tratar de um dos indicadores de qualidade que constam nos planos de segurança dos doentes. Pelas particularidades dos serviços de urgência, as quedas mostram-se um tema de reflexão. A afluência variável a este serviço; os doentes com diferentes condições físicas e mentais; o contato momentâneo que por vezes se tem com o doente; a própria estrutura física que o serviço apresenta; a dificuldade de vigilância de todos os doentes, tratam-se de condicionantes que obrigam a definir estratégias para reduzir e minimizar a ocorrência de acidentes. É importante implementar medidas de prevenção; implementar a escala de avaliação de risco de queda no momento da Triagem de Manchester; incluir no sistema informático a escala de avaliação de risco de queda e o respetivo sistema de alerta para os idosos identificados com risco de queda; sistematizar os registos de enfermagem para otimizar a continuidade dos cuidados; assegurar que todos os idosos que sofram uma queda no Serviço de Urgência sejam monitorizados; proporcionar um ambiente seguro, identificando locais e situações de risco, elimina-las ou reporta-las para resolução; avaliar as estratégias implementadas.

Referências Bibliográficas

Sarges, N., A. et al. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. Revista Brasileira de Enfermagem .Rev. Brás. Enferm. vol.70 no.4 Brasília July/Aug. 2017
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (27 de abril de 2020). Archive Timeline COVID-19. Obtido de World Health Organisation : <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>