



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO



ESCALA DE QUEDA DE MORSE

Enf^a Lourraine Tavares Lorena

Enf^a Aldenora Laísa P. de Carvalho Cordeiro

Enf^a Jaciara Tiago Alvarenga

Enf^a Enf^a Rosana Huppel Engel

Enf^a Thaís Santos Guerra Stacciarini

Sumário

- Introdução;
- Avaliação do Risco de Queda;
- Intervenção Para Prevenção de Queda;
- Escala de Morse;
- Instrumentos Gerenciais no HC- UFTM.

Introdução

- A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os clientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predisõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco;
- Quedas de clientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses clientes
- sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.

Introdução

Queda é definido como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o cliente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



Fonte: Menthel (2014)

Introdução

Tipos de queda



Quedas acidentais



Quedas fisiológicas não antecipáveis



Quedas fisiológicas antecipáveis

Introdução

Reduzir a ocorrência de queda de clientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do cliente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do cliente, familiares e profissionais.



Fonte: consultoriodereabilitacao

Ministério da Saúde, 2013
Protocolo de Queda Ebserh HC-UFTM, 2017

Avaliação do Risco de Queda

Fatores de risco para queda:

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: visão, audição ou tato.
- d) Funcionalidade:
 - Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
 - Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;

Avaliação do Risco de Queda

Fatores de risco para queda:

- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores;
- Deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial:

- Visão;
- Audição;
- Tato.

f) Equilíbrio corporal : marcha alterada.

g) Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos, Antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos.

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

Avaliação do Risco de Queda

Cliente com alto risco de queda:

- Cliente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- Cliente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- Cliente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

Cliente com baixo risco de queda

- Cliente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco;
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Intervenção Para Prevenção de Queda

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do cliente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos clientes;
- Educação dos clientes e dos profissionais;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Escala de Quedas de Morse

As quedas são uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2012), os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção.

A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).



Fonte: blogeducacaofisica

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S.

Escala de Quedas de Morse

1. Definição da Escala de Queda de Morse;
2. Quando aplicar Morse;
3. Classificação de queda;
4. Os itens que fazem parte da escala.



Fonte: senai.br

IMPORTANTE

Fonte: estudos.gospelmais

Escala de Quedas de Morse

Consequências decorrentes da Queda:



↑ tempo de internação do cliente;

↑ custo do tratamento;

* ansiedade da equipe assistencial;

* falta de credibilidade → profissionais de enfermagem;

Escala de Quedas de Morse

Antecedentes de Queda/ História de Queda

Não: O cliente não teve nenhum episódio de queda no último ano. (0 pontos)

Sim: O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano (Tinetti, 2003; Morse, 2009). (25 pontos)

Convulsões

Marcha debilitada



Anteriormente à admissão

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S.

Manual EQM, 2013

Escala de Quedas de Morse

Diagnóstico Secundário

Não: Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda. (0 pontos)

Sim: Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda. (15 pontos)

Diabetes



Hipertensão



Urgência urinária



Doenças ou condições de saúde do cliente mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda.

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S.

Manual EQM, 2013

Escala de Quedas de Morse

Apoio na Deambulação

Sem Apoio: O cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa. (0 pontos)

Auxiliar de Marcha: Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho). (15 pontos)

Apoiado na Mobília: Se anda apoiando se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair). (30 pontos)

Escala de Quedas de Morse

Terapia Endovenosa em Perfusão

Não: O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão. (0 pontos)

Sim: O cliente encontra se com terapia endovenosa em perfusão. (20 pontos)

Observação: Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como por exemplo perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.

Escala de Quedas de Morse

Tipo de Marcha

Normal: O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação. (0 ponto)

Desequilíbrio Fácil: O cliente anda curvado mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical. (10 ponto)

Défice de Marcha: O cliente tem dificuldade em levantar- se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar se empurrando os braços da mesma e/ou balançando- se de forma a tentar colocar- se na posição de pé. (20 pontos)

Escala de Quedas de Morse

Estado Mental / Percepção Mental

Consciente das suas Limitações: O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar. (0 pontos)

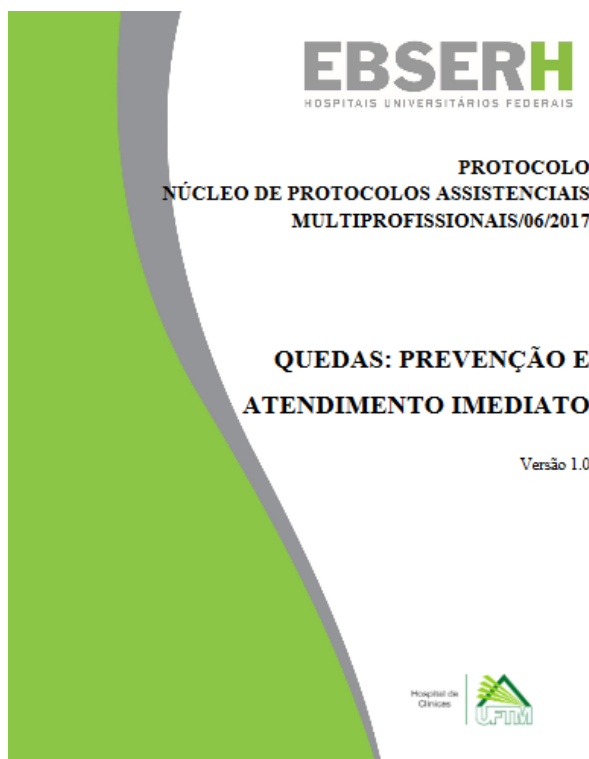
Não Consciente das suas Limitações: Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações. (15 pontos)

| Escala de Morse. Adaptação de <i>Morse Fall Scale</i> | | PONTOS |
|---|---|--------|
| 1- Historia de quedas nos últimos três meses | | |
| Nao | Se o cliente não tem história de quedas nos últimos três meses | 0 |
| Sim | Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por causas fisiológicas | 25 |
| 2- Diagnóstico Secundário | | |
| Nao | Se o prontuário do cliente apresentar apenas um diagnóstico médico | 0 |
| Sim | Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico médico | 15 |
| 3- Auxílio na mobilidade | | |
| Nenhum/Acamado/Repouso leito | Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar ou se não sai da cama. | 0 |
| Bengala/Muleta | Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador | 15 |
| Mobiliário ou parede | Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes | 30 |
| 4- Terapia Endovenosa | | |
| Nao | Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenos salinizados ou heparinizados. Quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não estiver em uso. | 0 |
| Sim | Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não | 20 |
| 5- Marcha | | |
| Normal/Acamado/Cadeira de rodas | Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação). | 0 |
| Lenta/Fraca | Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto. | 10 |
| Alterada/Cambaleante | O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido a falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente relamente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos. | 20 |
| 6- Estado Mental | | |
| Orientado | Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço | 0 |
| Desorientado/Confuso | Quando o cliente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde. | 15 |
| Classificação do Risco | É o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção dos itens) 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥ 45 Risco Elevado | |

INSTRUMENTOS GERENCIAIS DO HC- UFTM

Instrumentos Gerenciais no HC

Protocolo da Instituição



Rotina Operacional de Risco

| | | |
|--|---|--|
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO Hospital de Clínicas Divisão de Enfermagem | ROP: ENF-CRI/01 Revisões: 01 Anexos: 03 |
| Rotina Operacional Padrão (ROP) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E REGISTRO DE QUEDAS | | |
| FINALIDADE: Padronizar a forma de realizar a classificação de risco e registro de quedas, a fim de evitar/prevenir eventos adversos relacionados à assistência. | | |
| ÂMBITO DE APLICAÇÃO Unidades assistenciais (Adulto) vinculadas a Divisão de Enfermagem (DE). | COMPETÊNCIA Responsável Técnico (RT) de Enfermagem, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem | |
| FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Regulamento interno e Lei do exercício profissional, Protocolo de prevenção de quedas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 2013. | | |



Classificação de Clientes Por Risco de Queda (Morse)

Hospital de Clínicas
Divisão de Enfermagem



Unidade/Enfermaria _____

Mês: _____/2018

| Data | Turno | Risco de Quedas/Nº de Clientes | | | | | | | Total Dia | Quedas | | Enfermeiro Responsável Nome/Coren |
|--------------|-------|--------------------------------|-------------------|----------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|-----------|--------------|--------------|--------------------------------------|
| | | Baixo 0-24 | Moderado 25-44 | Elevado ≥45 | Nº/Clientes Admitidos | Nº/Clientes Admitidos Avaliados | Nº/Clientes Internados | Nº/Clientes Internados Avaliados | | Com Danos | Sem Danos | |
| 01/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 02/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 03/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 04/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 05/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 06/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 07/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 08/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 09/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| 10/01 | M | | | | | | | | | | | |
| | T | | | | | | | | | | | |
| | N | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | |

| Data | Nome do Paciente e RG | Horário da Queda | Local onde ocorreu a Queda | Danos Identificados | Enf ^o Responsável/Coren |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total de Quedas Identificadas | | RT de Enfermagem _____ | | | Notificação no Vigihosp () Sim () Não |

Referência

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo prevenção de quedas. Agencia de Vigilância Sanitária e Fiocruz, 2013. 51p.
2. BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S. Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.06-14p. Disponível em:< http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf> Acesso em: 24 julho ,2018.
3. DOMINATO,C.; CAMPOS, E.F.; SILVA,S.P. Queda no Ambiente. Hospitalar Albert Einsten,2014. 03p. Disponivel em< <http://apps.einstein.br/sien-2014/docs/aulas/queda-no-ambiente-hospitalar.pdf>> Acesso em: 26 julho,2018.
4. STACCIARINI, T. S. G. et al. Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PROTOCOLO+DE+QUEDAS+FINAL+5.pdf>Acesso >em 24 julho, 2018.
5. FILGUEIRA, V. et al. Rotina Operacional Padrão (ROP). Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Identificação+de+clientes.pdf>> em24 julho, 2018.