

H-14.1

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Fecha de revisión: 18-dic-10

VALORACION DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL ESCALA DE MORSE

PARÁMETROS	RESPUESTA	PUNTOS
Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
Ayuda para la deambulación	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bastón, andador	15
	Muebles	30
Catéteres IV/ Vía heparinizada	No	0
	SI	20
Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	10
	Alterado	20
Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
TOTAL.		
<input type="radio"/> Sin riesgo (< 24) <input type="radio"/> Riesgo bajo (25- 50) <input type="radio"/> Riesgo alto (>50)		

Morse, J.M.; Morse, R.M. & Tylko, S.J.: *Development of a scale to identify the fall prone patient.* Canadian Journal on Aging. 1989; 8: 366-377.

O'Connell, B. & Myers, H.: *The sensitivity and specificity of the Morse Fall Scale in an acute care setting.* J Clin. Nurs. 2002 Jan; 11(1): 134-6.

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída.

Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

1. ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES:

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

Nota: si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25. Si el paciente sólo puede caminar apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

2. DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.

3. AYUDA PARA DEAMBULAR:

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aún siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

4. VÍA ENDOVENOSA:

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.

5. MARCHA (Equilibrio y/o traslado):

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).

Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando IMPULSO"(ej: realizando varios intentos por incorporarse, .La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia).

6. CONCIENCIA - ESTADO MENTAL:

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "*¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?*" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es conciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

7. PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO:

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo.