

Escala de Morse

Puntos a evaluar:

Historia de las caídas: Estas se evalúan como si 25 el paciente se ha caído durante la admisión actual en el hospital o si hay una historia reciente de caídas físicas, tales como consecuencia de convulsiones, o marcha errática previa a la admisión. Si el paciente no se ha caído, se le evalúa con 0.

Nota: Si el paciente cae por primera vez, entonces su evaluación inmediatamente aumenta a 25.

Diagnóstico secundario: Esto se evalúa como 15, si hay más de un diagnóstico médico en la cuadrícula del paciente, si no, se evalúa con 0.

Ayuda ambulatoria: Esto se evalúa si el paciente camina sin ningún aparato para caminar (aún cuando lo ayude la enfermera), utilice silla de rueda o está encamado y no sale de la cama del todo. Si el paciente usa muletas, un bastón o una andadera, este punto se evalúa con 15; si el paciente deambula agarrándose de los muebles para apoyarse, evalúe esto como 30.

Venoclisis: Esto se evalúa como 20 si el paciente tiene una venoclisis o un sello de heparina, sino se evalúa con 0.

Marcha: Una marcha normal se caracteriza porque el paciente, camine con la cabeza erguida, balanceando los brazos libremente a los lados, avance sin vacilaciones. Esta marcha se evalúa como 0.

Con una marcha débil, (evaluada como 10), el paciente está encorvado pero es capaz de levantar su cabeza, mientras camina sin perder el equilibrio. Los pasos son cortos y arrastra los pies.

Con una marcha deficiente (evaluada 20), el paciente puede tener dificultad de levantarse de la silla, intentando levantarse haciendo presión en los brazos de la silla o rebotando (haciendo varios intentos por levantarse) La cabeza del paciente está abajo, mirando el piso. Debido a que el equilibrio del paciente es pobre, el paciente se agarra de los muebles, una persona como apoyo, o un aparato para caminar y no puede caminar sin esta ayuda.

Estado Mental: Al utilizar esta escala, el estado mental se mide corroborando con el paciente su evaluación de su habilidad para

deambular. Pregunte al paciente, “Puede Usted ir al baño solo o necesita alguna ayuda? Si la respuesta del paciente no es consistente con las órdenes de enfermería, o si la respuesta del paciente no es realista, entonces se considera que el paciente sobre estima sus habilidades y puede olvidarse de sus propias limitaciones y se le evalúa con 15.

Evaluando el nivel de riesgo: El puntaje se cuadra y se registra en la cuadrícula del paciente. El nivel de riesgo y acciones recomendadas (no necesita intervención, intervención del protocolo de prevención de caídas, prevención por alto riesgo) son identificados.

Nota importante: La ECM debe ser ajustada para cada institución o unidad de salud en forma particular, de manera que las estrategias de prevención de caídas, sean dirigidas a las personas con mayor riesgo. En otras palabras, evaluación para bajar los riesgos, deberá ser diferente dependiendo si Usted está en un hospital de cuidado intensivo, residencial o en rehabilitación. Adicionalmente, las escalas pueden establecerse en forma diferente en unidades dentro de una misma institución.

Ejemplo de Niveles de Riesgo

Nivel de riesgo	Puntaje de ECM	Acción
Sin riesgo	0-24	Cuidado básico de enfermería
Bajo riesgo	25-50	Implementar Programa Standard de prevención de caídas
Alto Riesgo	≥ 51	Implementar Programa de Prevención de Caídas con Alto Riesgo