



EDITORIAL



María Elena Romano

Lo que no se mide, no se gestiona.

Pero lo que se mide mal en seguridad del paciente, cuesta vidas (y presupuestos).” El reporte de caídas suele ser la “punta del iceberg” en la gestión de riesgos. Al analizar la Meta 6, nos damos cuenta de que el problema no es que el paciente se mueva, sino que nuestra escala de valoración no está conversando con la realidad clínica.

Cumplir la Meta 6 de Seguridad del Paciente va más allá de poner barandales. Se trata de entender la estadística detrás del riesgo: horas críticas, perfiles de medicación y fatiga del personal. Si la tasa de caídas no baja, quizás estemos mirando el indicador equivocado. Debemos hablar de prevención real.

ESCALA DE MORSE: ESTANDAR DE ORO

Fundación SPINe

La Escala de Morse no es un trámite administrativo; es una herramienta de tamizaje rápido que evalúa seis variables clave.

Su verdadero significado es la **estratificación**: nos permite diferenciar al paciente que necesita una vigilancia estándar de aquel que requiere una intervención intensiva.

Evaluar el historial de caídas, las comorbilidades, el estado mental y la marcha nos da una fotografía del riesgo.

Pero hay un factor que a menudo fluctúa diariamente y que puede invalidar una evaluación estática: la farmacología.

Una vez obtenida la puntuación diaria, la acción debe ser inmediata y proporcional. No basta con saber el riesgo; hay que gestionarlo.

Implementar la Escala de Morse con rigor técnico y conciencia farmacológica no es una carga administrativa, es un acto de defensa del paciente. En un entorno hospitalario donde

la complejidad aumenta cada día, el éxito de la Meta 6 radica en nuestra capacidad de convertir un dato estadístico en una barrera de seguridad infranqueable.

Recordar que el riesgo es dinámico. Se debe realizar una nueva valoración obligatoria cada vez que hay un cambio.

La seguridad no es un objetivo que se alcanza, es una disciplina que se practica en cada turno.





PREGUNTAS CLAVES PARA ESCALA DE MORSE

Fundación SPINe

La prevención de caídas es una prioridad. ¿Conoces las 4 preguntas esenciales de la Escala de Morse que te ayudan a identificar el riesgo en tus pacientes?

Pregunta 1: ¿ Ha tenido el paciente alguna caída en los últimos 3 meses?

Este es un predictor clave. Un historial de caídas reciente aumenta significativamente el riesgo de una nueva caída. Es fundamental preguntar sobre caídas tanto antes de la admisión como durante la estancia actual.

Pregunta 2: ¿Tiene el paciente más de un diagnóstico médico?

La comorbilidad (presencia de múltiples enfermedades) a menudo implica polifarmacia (múltiples medicamentos) y un estado de salud más frágil, aumentando la vulnerabilidad a las caídas.

Pregunta 3: ¿Utiliza el paciente alguna ayuda para la deambulación (andador, bastón, muletas, silla de ruedas)?

La necesidad de estas ayudas indica una limitación en la movilidad o equilibrio. Es crucial evaluar si la ayuda es utilizada correctamente y si el paciente es independiente con ella.

Pregunta 4: ¿Tiene el paciente una vía intravenosa (IV) o recibe tratamiento con heparina?

Las vías IV pueden restringir la movilidad y aumentar el riesgo de enredos. La heparina y otros anticoagulantes aumentan el riesgo de sangrado si ocurre una caída.

Intervención por Niveles de Riesgo

RIESGO BAJO:

Cuidados básicos de enfermería: mantener cama en posición baja, frenada, área libre de obstáculos y luz

nocturna encendida.

RIESGO MODERADO:

Implementar plan de prevención estándar. Incorporar a la familia.

RIESGO ALTO:

Protocolo de Alta Vigilancia. Incorporar sensores de movimiento de ser posible.



LA INFLUENCIA FARMACOLÓGICA EN LA ESCALA DE MORSE

Fundación SPINe

Para que la evaluación sea efectiva, enfermería debe integrar el análisis de medicamentos en su ronda diaria.

1. El Trío de "Alto Alerta" para Caídas

- Psicotrópicos (Benzodicepinas y Antipsicóticos): Causan sedación, confusión y mareo.
- Antihipertensivos y Diuréticos: Pueden provocar hipotensión ortostática. Urgencia miccional.
- Narcóticos/Opioides: Alteran la percepción sensorial y el equilibrio.

2. Checklist Diario de Evaluación Farmacológica

- ¿Cambió la dosis? Cualquier incremento sube el nivel de riesgo de Morse inmediatamente.
- ¿Es un medicamento nuevo? Las primeras 24-48 horas de un nuevo fármaco son críticas.
- ¿Hay polifarmacia activa? El uso de más de 4 medicamentos simultáneos eleva el riesgo de caídas.

El rol crítico de la reevaluación

Cuando ocurre un cambio en el estado clínico del paciente.

Cuando se realiza un traslado entre servicios (ej. de UCI a Piso).

Cuando se inicia un tratamiento con medicamentos de "Alto Alerta" mencionados anteriormente.

Después de la ocurrencia de una caída (análisis post-evento).

ESCALA DE MORSE (Valoración de riesgo de caídas)		
ANTECEDENTES CAÍDAS RECIENTES	NO	0
	SI	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	NO	0
	SI	25
AYUDA EN LA DEAMBULACION	REPOSO EN CAMA	0
	MULETAS / BASTÓN / ANDADOR	15
	SILLA DE RUEDAS	30
CATETERES ENDOVENOSOS	NO	0
	SI	20
ESTADO ACTUAL	NORMAL CON REPOSO	0
	DÉBIL	10
	SILLA DE RUEDAS	20
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	OLVIDA SUS LIMITACIONES	5

ALTO > 50 puntos
MODERADO 26 - 50 puntos
BAJO < 25 puntos

¿Por qué Morse?

Fundación SPINe

Las caídas hospitalarias representan uno de los "Never Events" más persistentes en los sistemas de salud globales.

El fundamento de la Escala de Morse radica en su capacidad predictiva y su alta sensibilidad. A diferencia de una evaluación subjetiva ("el paciente parece estable"), la MFS desglosa el riesgo en variables cuantitativas que han demostrado correlación directa con eventos adversos.

Su diseño permite identificar la fragilidad sistémica. Evalúa desde la estabilidad hemodinámica (reflejada en la terapia IV) hasta el deterioro cognitivo y motor (estado mental y marcha), permitiendo que el equipo asistencial asigne recursos de vigilancia de manera estratificada.

La Escala de Morse (MFS) se erige no solo como un instrumento de medición, sino como el fundamento de una cultura de prevención proactiva.

¿A quién y cuándo evaluar?

Fundación SPINe

Población Objetivo:

- Todo paciente adulto admitido en áreas de hospitalización, urgencias con estancia prolongada y unidades de cuidados crónicos.

Frecuencia de Aplicación:

- Al ingreso: Para establecer la línea base de riesgo.
- Cada 24 horas: En la ronda matutina para detectar cambios diarios.
- Ante cambios de condición: Nueva medicación (psicotrópicos, diuréticos), traslados de servicio o cambios en el estado neurológico.
- Post-caída: Para reevaluar el fallo en las barreras de seguridad previas.

El uso de Morse permite la prevención del daño, no solo de la caída. Al identificar el riesgo alto, se activan barreras (acompañamiento, sensores, barandales) que minimizan la fuerza del impacto si la caída llegara a ocurrir.

ESCALA DE MORSE: GUÍA FARMACOLÓGICA Y PLAN DE ACCIÓN

1. EL TRÍO DE ALERTA

- PSICOTRÓPICOS (Sedación)
- ANTIHIPERTENSIVOS (Mareos)
- NARCÓTICOS (Confusión)

2. CHECKLIST DIARIO

- ¿CAMBIO LA DOSIS?
- ¿ES UN FÁRMACO NUEVO?
- ¿POLIFARMACIA (>4 fármacos)?

3. PLAN DE INTERVENCIÓN

BAJO (0-25)	Cama baja, frenada, sin obstáculos	Calzado antideslizante	Asistencia a baño
MEDIO (26-50)	Calzado antideslizante	Asistencia a baño	Identificación
ALTO (>50)	TECNOLOGÍA DE APOYO	Asistencia	Barra de Montessori

4. REEVALUACIÓN CLAVE

- Cambio Clínico
- Traslado

4. REEVALUACIÓN CLAVE

- Nuevo Fármaco Alerta
- Post-Caída

LA SEGURIDAD ES UNA DISCIPLINA. ¡ACTÚA A DIARIO!

#SeguridadDelPaciente #EscalaDeMorse



#somospine

Fundación sin fines de lucro dedicada a transformar la atención sanitaria a través de la seguridad del paciente y la atención centrada en las personas. Nos enfocamos a empoderar a líderes y profesionales de la salud con las herramientas y el conocimiento necesario para crear entornos de asistencia más seguros, humanos y eficientes.

www.fundacionspine.org
info@fundacionspine.org