



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CARRERA DE ENFERMERÌA

TEMA:

**Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados
en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel
de la Ciudad de Guayaquil**

AUTORAS

Pinela Requena, Ericka Evelyn

Vera Tabares, Mildred Eduvi

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

TUTOR:

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc

Guayaquil, Ecuador

05 de agosto del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

TUTORA

f. _____

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilla, Msc

Guayaquil, 05 de agosto del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Pinela Requena, Ericka Evelyn**
Vera Tabares Mildred Eduvi

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERIA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 05 de agosto del 2019

AUTORAS

f.

Pinela Requena, Ericka Evelyn

f.

Vera Tabares, Mildred Eduvi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Pinela Requena, Ericka Evelyn**
Vera Tabares Mildred Eduvi

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 05 de agosto del 2019

LAS AUTORAS


f.

Pinela Requena, Ericka Evelyn

f.

Vera Tabares, Mildred Eduvi




REPORTE DE URKUND

URKUND PRONAR LA NUEVA BETA DE URKUND  Olga Muñoz Roca (olga.munoz)

Lista de fuentes Blogs

Documento: [Tema FISIOLÓGICA-GANAD \(254423\)](#)
Presentado: 2013-05-14 13:34 (-05:00)
Presentado por: erikae@pinarespeña@gmail.com
Recibido: olga.munoz@univirtual.com
Mensaje: Faltó análisis de un tema escala de Noto: [Mostrar el mensaje completo](#)

 De esta página, se componen de todo presente en fuentes:

Categoría	Etiquetas de archivo
	http://www.viva.com/es/revista-com/fac-vivista-detail.html
	Val Gerren, Alexi Garcia, Julia Morán, Cecilia Baray y Bryan Inzaqui y otros
	http://escribitu.us.edu.pe/bitstream/handle/us/503/Enfoque%20de%20C%20E%20M
	http://www.cenfereh.org.pe/revista/revista-efereh-antologia-2013
	http://www.ensayosbibliotecas.org/multimedia/revista-efereh-antologia-2013

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil

AUTORA: Pineda Pezuela, Erika Evelyn Ives Tobares, Wilhel Eduvi

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTOR: Muñoz Roca, Olga Alejandra

Guayaquil, Ecuador 05 de Agosto del año 2013

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Pineda Pezuela, Erika Evelyn Ives Tobares, Wilhel Eduvi, como requisito para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis REVISADA GAONA (Autoguardado).docx (D54902351)

Submitted: 8/20/2019 2:34:00 AM

Submitted By: erickaevelynpinelarequena@gmail.com

Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS CARRERA DE ENFERMERÌA

TEMA: Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil

AUTORAS Pinela Requena, Ericka Evelyn Vera Tabares, Mildred Eduvi

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERIA

TUTOR: Muñoz Roca, Olga Argentina

Guayaquil, Ecuador 05 de Agosto del año 2019

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS CARRERA DE ENFERMERÌA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi, como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERIA

TUTOR (A)

f. _____

Muñoz Roca, Olga Argentina. Msc

f. _____ Vera Tabares, Mildred Eduvi

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS CARRERA DE ENFERMERÌA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los (05) del mes de (Agosto) del año (2019)

LAS AUTORAS

f. _____ Pinela Requena, Ericka Evelyn

f. _____ Vera Tabares, Mildred Eduvi

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
CARRERA DE ENFERMERÌA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____ ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Msc DECANO O DIRECTOR
DE CARRERA

f. _____ MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, Msc COORDINADORA DE
LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f.

OLGA ARGENTINA MUÑOZ BOCA, Msc TUTOR

AGRADECIMIENTO

Queremos dar gracias a dios por habernos guiado por el camino de la felicidad hasta ahora, por haber puesto Ángeles que nos ayudaron en este largo y arduo proceso; a cada uno de los miembros de nuestras familias, (padres, hermanos, hijos, sobrinos, esposo, tía, primos), por siempre habernos dado su fuerza y apoyo incondicional que nos ayudaron afrontar el reto con valentía, por habernos impulsado a no rendirnos cuando las esperanzas se terminaban. A nuestros compañeros porque en esta armonía grupal logramos darnos el apoyo mutuamente y fortalecer aún más los lazos de amistad. A nuestros maestros quienes creyeron en nuestro potencial y nos dieron su apoyo incondicional hasta el final

.

.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios a nuestras familias, (padres, hermanos, hijos, sobrinos, esposo). A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que damos cuidándonos, guiándonos, dándonos sabiduría y fortaleza para continuar, a nuestra familia, quienes a lo largo de este camino han velado por mi bienestar siendo nuestro apoyo en todo momento en nuestra inteligencia y capacidades. Es por ello que somos lo que somos ahora. Los amamos con nuestra vida



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Lcda. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Msc
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Lcda. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, Msc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

Lcda. OLGA ARGENTINA MUÑOZ ROCA, Msc
TUTOR

f. _____

Lcda. LORENA RAQUEL GAONA QUEZADA, Msc
TUTOR

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4 OBJETIVOS.....	7
Objetivo general	7
CAPITULO II	8
2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.2.1 Definiciones.....	12
2.2.2 Causas y factores de riesgo que inciden:	14
2.2.3 Escala de Morse.....	15
2.2.4 Prevención	17
2.2.5 Medidas para prevenir el riesgo de caídas.....	18
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	20
2.3.1 Constitución de la República	20
2.3.2 Ley Orgánica de Salud	20
2.3.3 Plan Nacional de Desarrollo	20
CAPÍTULO III	21
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS....	21
3.1.1 Tipo de estudio	21
3.1.2 Procedimiento para la recolección información	21
3.1.3 Técnica e instrumento de recolección de información.....	21
3.1.4 Técnica de procesamiento y análisis de datos	21
3.1.5 Tabulación, análisis y presentación de resultados	22
3.2. Variables generales y operacionalización	23
3.3 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS DATOS	24
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Escala de evaluación de riesgo de caídas	24
Gráfico N° 2 Riesgo de caída de los pacientes.....	25
Gráfico N° 3 Relación de riesgo con el sexo de los pacientes	26
Gráfico N° 4 Relación de los días de estancia hospitalaria y el nivel de riesgo de caídas	27
Gráfico N° 5 Diagnóstico médico de ingreso y su relación con el riesgo de caídas	28
Gráfico N° 6 Caídas Recientes en pacientes	29
Gráfico N° 7 Ayuda para deambular de los pacientes	30
Gráfico N° 8 Vía Endovenosa en los pacientes	31
Gráfico N° 9 Nivel de conciencia de los pacientes.....	32
Gráfico N° 10 Diagnóstico secundario de los pacientes.....	33
Gráfico N° 11 Reporte de la deambulación.....	34

RESUMEN

Las caídas son un efecto adverso que se pueden producir en los pacientes.

Objetivo.-Evaluar el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados.

Metodología.- estudio observacional descriptivo, cuantitativo, transversal.

Población 135 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.

Aplicación de una ficha en la que se encuentran los parámetros de la escala de Morse, se agregó datos para caracterizar a los pacientes. **Resultados.-**

Mayores de 60 años alto riesgo de caída 100% seguido de los adultos jóvenes y mediana edad con el 83-85%. Las mujeres con el 68%, y los varones con el 60% de riesgo, estancia hospitalaria > 8 días fluctúa entre 64%. Patología renal tienen un 89% es decir un alto riesgo de caída, patologías digestivas un 79% y patologías cardíacas con un 75%. Caída reciente el 15% sufrió caídas, seguido del 85% que no había sufrido caídas. Ayuda para deambular el 78% necesita de algún dispositivo para poder caminar seguida del grupo con deambulación normal con el 22%. De acuerdo al nivel de conciencia el 77% conscientes seguidos de un 23% que no estuvieron conscientes. Diagnóstico secundario el 56% si presentó diagnóstico secundario seguido del 44% que no presentó diagnóstico secundario. Con respecto a la deambulación de los pacientes un alto porcentaje 61% se encuentra alterada relacionando con el hecho que en su mayoría utiliza dispositivos para deambular, seguida del 37% con una deambulación débil. **Conclusión.-** Los pacientes hospitalizados tienen algún riesgo de sufrir caída de acuerdo a la escala de Morse.

Palabras Clave: *Evaluación. Riesgo, caída, paciente*

ABSTRACT

Falls are an adverse effect that can occur in patients. Objective.-Evaluate the risk of falling of hospitalized patients. Methodology. - Descriptive, quantitative, cross-sectional observational study. Population under study.-135 patients hospitalized in the internal medicine service. Application of a file in which the parameters of the Morse scale are found, data was added to characterize the patients. Data analysis.-Through the Excel program that allows determining the percentage. Results.-Over 60 years high risk of 100% fall followed by young adults and middle age with 83-85%. Women with 68%, and men with 60% risk, hospital stay > 8 days fluctuates between 64%. Renal pathology has 89%, that is, a high risk of falling, digestive pathologies 79% and cardiac pathologies with 75%. Recent fall 15% suffered falls, followed by 85% who had not suffered falls. Help to wander 78% need some device to be able to walk followed by the group with normal ambulation with 22%. According to the level of consciousness 77% aware followed by 23% who were not aware. Secondary diagnosis 56% did present secondary diagnosis followed by 44% than if they not presented secondary diagnosis. With respect to the ambulation of patients, a high percentage of 61% is altered in relation to the fact that they mostly use devices to wander, followed by 37% with weak ambulation. Conclusion. - Hospitalized patients have some risk of falling according to the Morse scale.

Keywords: Evaluation. Risk, fall, patient

INTRODUCCIÓN

Según informe de la OMS en el 2018, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas Para cada una de estas categorías los pacientes de edad avanzada tuvieron riesgo elevado, estando en 2,2 veces con mayor riesgo en complicaciones perioperatorias y 10 veces más con riesgo de caídas ³.

Internacionalmente las lesiones son la principal causa de muerte de ancianos y las caídas constituyen una alta proporción de estas muertes accidentales ⁽³⁾. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años que se encuentran en viviendas comunitarias sufren caídas al año y el número es mayor en instituciones. Al menos 1 de cada 10 caídas causan fractura (normalmente de cadera) y 1 de cada 5 requiere atención médica ⁴.

Los efectos o acontecimientos adversos se definen como los daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad o proceso nosológico en sí, se puede considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión de los pilares básicos del Estado de bienestar ⁵.

Todos los pacientes que se encuentran hospitalizados o que se atienden en un establecimiento de salud, tienen el riesgo de sufrir caídas. La población más vulnerable son los niños, los adultos mayores y las personas con problemas físicos, psicológicos y sociales ⁵.

Es necesario que las instituciones tomen las estrategias necesarias al evaluar el riesgo de caídas en los pacientes que se encuentran ingresados en las diversas instituciones ya que las caídas son un efecto adverso que puede complicar el estado de salud de los pacientes y extender su estancia

hospitalaria, ya que se consideran un daño, lesión o complicación que puede ser prevenida si toman las medidas preventivas adecuadas.

Para valorar el riesgo de los pacientes hospitalizados aplicaremos la escala de morse ya que consideramos es sencilla y práctica además a través de estudios realizados es buen referente de valoración ya que es práctica y sencilla. Contiene 6 parámetros a evaluar que serán detallados en el marco conceptual.

Las consecuencias de no identificar adecuadamente a los usuarios/as y de no tipificar el riesgo para realizar las intervenciones que se consideran oportunas, constituyen situaciones de riesgo para el paciente. Los daños asociados a la hospitalización son más comunes en personas mayores de 65 años, pudiendo ser más severos y en la mayoría de las veces prevenibles ⁷.

En Ecuador no hay estudios que demuestren reporte de caídas pero si medidas preventivas a través del protocolo del MSP .Por eso en este estudio estamos interesado en determinar el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados

El propósito de este estudio es determinar el riesgo de tener caída en los pacientes hospitalizados atendidos en una institución de tercer nivel de la ciudad. Se logrará con la aplicación de la escala de Morse la misma que contiene los criterios necesarios para conocer los riesgos de los pacientes hospitalizados.

El desarrollo del trabajo, esta detallado en varios capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, preguntas de investigación, justificación, Objetivos.

Capitulo II: Fundamentación conceptual; marco referencial, marco conceptual, operacionalización de las variables, marco legal.

Capitulo III: Diseño metodológico, tipo de estudio, método de recolección de datos, instrumento de recolección de datos, referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se relaciona con la línea de investigación salud y bienestar humano y la sublínea de investigación salud pública. Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte ¹. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) ² y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Según la OMS aproximadamente el 30% de las caídas ocasiona lesión y entre el 4% y el 6% genera daño serio, incluyendo fracturas, lesiones en los tejidos y en la cabeza ⁵. Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años ⁶.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) ². La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años ⁴.

Cerca de un 40% de los AVAD perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños, pero es posible que este parámetro no refleje con

exactitud el impacto de las discapacidades relacionadas con las caídas en las personas mayores, que tienen menos años de vida que perder. Además, quienes padecen discapacidad a causa de las caídas, y en particular los ancianos, corren más riesgo de necesitar atención a largo plazo e ingreso en alguna institución ¹.

Los Costos son considerables las lesiones relacionadas con las caídas tienen un costo económico considerable. El costo medio para el sistema de salud o por cada lesión relacionada con caídas en mayores de 65 años es de US\$ 3611 en Finlandia y US\$ 1049 en Australia. Los datos procedentes del Canadá indican que la aplicación de estrategias preventivas eficaces y la consiguiente reducción de las caídas de los menores de 10 años en un 20% supondrían un ahorro neto de más de US\$ 120 millones al año ².

Ecuador no reporta estudios datos sobre este riesgo, en todo caso daremos a conocer la información obtenida ya que a través del cumplimiento del año del internado nos pudimos dar cuenta de que algunos pacientes tuvieron caídas y otros riesgos.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la evaluación de los pacientes hospitalizados en el área de Medicina de un hospital de III nivel de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuál es el porcentaje de relación entre las características del paciente y el nivel de riesgo de caída?
- ¿Cuál es el diagnóstico de ingreso de los pacientes?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifica debido a la importancia de valorar el riesgo de caída de los pacientes durante su estancia hospitalaria en el área de Medicina Interna del Hospital de especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

Teniendo en cuenta los antecedentes internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las caídas durante la atención en salud, se presentan a continuación tanto las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con este tipo de evento adverso así como las prácticas seguras para prevenirlas durante la atención ⁷.

Las caídas pueden ocurrir a cualquier nivel de complejidad de atención sanitaria, las condiciones propias de los usuarios propician a que el Instituto Nacional Cardiopulmonar no esté exento de estos sucesos. Este estudio permitirá la intervención eficaz y oportuna en los servicios de Medicina interna con el nivel jerárquico correspondiente, y así realizar las medidas preventivas necesarias ⁸.

Por tanto; es útil identificar el riesgo a caídas en estos pacientes en las unidades de hospitalización (hematología, infectología, neumología de hombres y mujeres) para lograr identificar la relación de la escala de riesgo con los pacientes hospitalizados que influyen en el riesgo de caída y poder compararlo con la información encontrada en la literatura mundial ⁹.

La escala de Morse es muy práctica y sencilla que puede ser utilizada por las instituciones con el fin de medir el riesgo de caída de los pacientes y de esta

manera evitar caídas que compliquen la permanencia y prolonguen la estancia hospitalaria de los pacientes.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el nivel de riesgo de caída los pacientes asistidos, en el área de Medicina interna de un Hospital de III Nivel de la ciudad de Guayaquil.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio con riesgo de caída.
- Determinar el nivel de riesgo, según sexo y edad y estancia hospitalaria.
- Establecer el diagnóstico de ingreso y la relación con el nivel de riesgo de la población en estudio

CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1 ANTECEDENTES

Incidencia de caídas en un hospital de nivel: factores relacionados

Introducción: las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, y constituyen un indicador de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud

(OMS) define el término caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. **Objetivo:** analizar la incidencia de caídas, el perfil de los

pacientes que sufren caídas en el hospital e identificar las posibles causas y efectos de la misma. **Metodología:** estudio descriptivo Sobre las caídas registradas en el Complejo Hospitalario de Jaén durante la estancia hospitalaria. La obtención de datos se hizo directamente por las supervisoras. Se elaboró una hoja de recogida de datos cuyas anotaciones se transmitieron a una base de datos electrónica. Las variables que se recogieron fueron datos de filiación del paciente, fecha y hora de la caída, unidad donde se produce la caída, puntuación escala Morse, caídas previas, circunstancias de cognitivos, funcionales, factores del entorno, cuidados tras la caída y necesidad de dispositivos de apoyo.

Resultados: durante el periodo analizado se notificaron un total de 36 caídas, lo que representa una incidencia del 0,18%. La mayor frecuencia de caídas se ha producido en las unidades de Salud Mental y Cuidados Paliativos. **Conclusiones:** el estudio de las diferentes variables del registro nos permite afirmar que la mayoría de las caídas que ocurrían en nuestro hospital se producían en pacientes con una edad media de 63 años, no existen diferencias entre sexos, la mayoría tenían un riesgo bajo de caída según la escala Morse, producidas en el turno de tarde, sin caídas previas y que el lugar donde más caídas se produjeron fue en la habitación¹⁹.

Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados

Objetivos: evaluar el riesgo para caídas de pacientes hospitalizados y verificar la incidencia del evento en ese ambiente. Método: estudio de cohorte, aprobado por Comité de Ética en Investigación, que siguió 831 pacientes internados en un hospital universitario. Se utilizó la Morse Fall Scale (MFS) para evaluar el riesgo y se consideró como expuesto a las caídas el paciente con riesgo elevado (≥ 45 puntos). Resultados: la puntuación media de la MFS fue de 39,4 ($\pm 19,4$) puntos. Entre la primera y la última evaluación, la puntuación aumentó en 4,6%. La puntuación de la primera evaluación mostró correlación positiva fuerte con la de la última evaluación ($r=0,810$; $p=0,000$). Conclusión: cuanto mayor la puntuación de riesgo para caídas en el momento de la admisión del paciente, mayor al final del período de internación y viceversa. La tasa de incidencia fue 1,68% con mayor porcentaje de pacientes clasificados con riesgo elevado para caídas ²⁰.

Incidencia y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados

Objetivo: Conocer la incidencia de caídas acontecidas en una cohorte de ancianos institucionalizados, valorando causas desencadenantes y resultados de las mismas. Diseño: Estudio de cohorte, con una duración de 12 meses. Participantes: 203 internos mayores de 65 años con capacidad para la deambulación. Mediciones principales: Edad, sexo e índice de funcionalidad (Barthel). A lo largo del seguimiento se registró cada caída, controlándose hora, actividad previa y consecuencias de la misma. Resultados: La media de edad de los participantes fue de 80,1 (9,1) años, siendo varones el 37,9%. Se registraron un total de 143 caídas en 82 personas (Incidencia acumulada del 40,4% a los 12 meses de seguimiento). Las caídas fueron más frecuentes en mujeres y personas de mayor edad. El hecho de haber sufrido una caída suponía un aumento del riesgo (RR 1,8). Un 27% de las caídas se debieron a causas prevenibles. Se registró un 6% de fracturas. Conclusiones: Se observa una elevada incidencia de caídas en la cohorte analizada. Conocer el patrón temporal y las circunstancias desencadenantes puede permitir diseñar

estrategias para minimizarlas. Aunque no es frecuente, pueden ser causa de lesiones graves ²¹.

Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados

Las caídas constituyen un indicador de calidad asistencial y se clasifican como un evento adverso, donde sus consecuencias pueden ir de leves a graves, e incluso causar la muerte. La *Joint Commission International (JCI)* las reporta como el sexto evento más notificado de la base de datos de Eventos Centinela.

Un reto para las instituciones de salud es mantener un ambiente libre de riesgos, que garantice a los usuarios alcanzar la mejoría esperada; no obstante, cada unidad hospitalaria es de suma complejidad debido a la interacción constante de la persona con su entorno, lo que hace necesario tener claro conocimiento sobre las variables que pueden influir en dicha situación. Dada la importancia por frecuencia e impacto, en el presente trabajo se describen los factores intrínsecos y extrínsecos que están relacionados con la presencia de caídas en los pacientes hospitalizados. Deben considerarse acciones preventivas para minimizar factores de riesgo, los cuales pueden ser intrínsecos o extrínsecos; los primeros comprenden las características propias de la persona y los segundos se refieren al entorno hospitalario. Es importante considerar que dentro de los factores intrínsecos, si bien no pueden ser del todo modificados, es necesario hacer una valoración e identificación de los riesgos para promover las medidas preventivas; en relación con los extrínsecos, es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud identificar y eliminar las causas que producen las caídas ²².

Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados

Introducción: en el Sistema Nacional de Salud se ha venido construyendo una plataforma de la seguridad que está en sintonía con la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Uno de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, consiste en impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos para la atención médica, a fin de disminuir la variabilidad y el riesgo en la prestación de los servicios médicos. La Dirección de

Enfermería/Comisión Permanente de Enfermería publicó el Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados para identificar los riesgos y evitar las caídas de los pacientes, pues era evidente la falta de un instrumento que fuera aplicable a la población mexicana. Objetivo: determinar la aplicabilidad de la escala de valoración de riesgo de caída. Metodología: se realizó un estudio a partir de una revisión documental y operativa sobre la aplicación de escalas de valoración de caídas, se seleccionó una de estas. De las encuestas aplicadas se analizó una muestra no probabilística de 806. Resultados: 91% del personal que aplicó la escala la aceptó sin cambios. El promedio del grado de riesgo fue de 4, que equivale al de alto riesgo. Los pacientes con alto riesgo de caídas tenían diagnóstico médico de puerperio, diabetes mellitus, fracturas, enfermedad vascular cerebral, hipertensión arterial sistémica, traumatismo cráneo-encefálico, neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, convulsiones e insuficiencia renal crónica. Conclusiones: la escala de valoración de riesgos de caídas utilizada es aplicable a la población mexicana, independientemente de la estructura poblacional y del tipo de paciente hospitalizado, pues discrimina a los pacientes según riesgo y diagnóstico²³.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Definiciones

La OMS define las **caídas** como la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad”, y las caídas en personas mayores constituyen uno de los **síndromes geriátricos** más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las consecuencias que acarrearán y las repercusiones que provocan en el anciano ¹⁶

Grupos de riesgo

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

Edad

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada¹⁶.

Otro grupo de riesgo es el formado por los niños, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza, la mono parentalidad y los entornos particularmente peligrosos ¹³.

Sexo

Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. Las ancianas y los niños pequeños son especialmente propensos a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consiguientes. Las tasas de mortalidad y los AVAD perdidos son sistemáticamente mayores en los varones en todo el mundo. Entre las posibles explicaciones de este hecho se encuentran los mayores niveles de comportamientos de riesgo y la mayor peligrosidad de las actividades laborales ¹⁶.

Otros factores de riesgo son:

- actividad laboral en las alturas y otras condiciones de trabajo peligrosas;
- consumo de alcohol y drogas;
- factores socioeconómicos tales como pobreza, hacinamiento en el hogar, mono parentalidad, y corta edad de la madre;
- trastornos médicos subyacentes, tales como trastornos neurológicos, cardíacos u otras afecciones discapacitantes;
- efectos colaterales de los medicamentos, inactividad física y pérdida de equilibrio, sobre todo en las personas mayores;
- problemas cognitivos, visuales y de movilidad, especialmente entre quienes viven en instituciones tales como las residencias de ancianos o los centros de atención a pacientes crónicos;
- falta de seguridad del entorno, especialmente en el caso de las personas con problemas de equilibrio o de visión.

La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces. Es un problema en el que se suele 'reincidir'. Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas¹⁷.

Consecuencias más frecuentes de las caídas

- Reducen la movilidad – inmovilización
- Afecta a la calidad de vida (disminución)
- En un gran número de casos provocan un aumento de la dependencia y necesidad de ayuda incluso para las actividades
- Pérdida de la autonomía
- En muchas ocasiones dan lugar a fracturas, requiriendo a menudo inmovilizaciones prolongadas o ingreso hospitalario para su curación. En ocasiones tienen que ser intervenidos quirúrgicamente, con el riesgo que ello conlleva
- Se asocian con mayor morbilidad y mortalidad
- Aumenta la probabilidad de institucionalización del paciente en una residencia u hospital
- Frecuentemente las caídas provocan lesiones importantes

2.2.2 Causas y factores de riesgo que inciden:

Generalmente las causas y los factores de riesgo que influyen o inducen a una caída no son hechos únicos, sino consecuencia de procesos multifactoriales, complejos e interrelacionados entre sí ¹⁸.

2.2.2.1 Causas intrínsecas

(Relacionado con el propio paciente)

- Presencia de determinadas patologías – enfermedades:
- Alteración de la marcha, movilidad y el equilibrio
- Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares
- Desorientación y cuadros confusionales. Agitación

- Deterioro cognitivo. Alteración de la percepción, comprensión y orientación espaciotemporal, con tendencia al paso errático y sin rumbo
- Problemas neurológicos. Disminución de las aferencias propioceptivas, del reflejo de “enderezamiento” y del aumento del tiempo de reacción, lentitud en los reflejos ¹⁸

2.2.2.2 Causas extrínsecas

(Dependen del ambiente y entorno)

2.2.2.3 Factores circunstanciales

(Dependientes de la actividad que se esté realizando).

2.2.3 Escala de Morse

La Escala de caída Morse es una herramienta rápida, simple para evaluar la probabilidad de que un paciente (13 a 18 años y adultos) sufra una caída y diseñar medidas preventivas específicas para reducir caídas (Anexo N°3) Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones²¹:

1.- Antecedentes de caídas recientes: Permite evaluar si los pacientes han tenido caídas recientes la misma que tiene una escala que permite dar una puntuación establecida. Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente hospitalización 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 ²¹.

2.- Comorbilidades: Aquellos pacientes que tienen patologías de base o patologías crónicas que han producido complicaciones. Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0 ²¹.

3.- Ayuda para deambular: El paciente necesita dispositivos de ayuda para deambular o apoyo en paredes, sillas entre otros. Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun 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 ²¹.

4.- Venoclisis: Todo paciente que tenga una vía periférica. Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0 ²¹.

5.- Marcha: (equilibrio y/o traslado) Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erguida, 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 de la silla o "tomando IMPULSO" ejemplo. (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) ²¹.

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 consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos ²¹.

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. Los resultados de la aplicación de esta escala se evalúan según el puntaje obtenido para cada riesgo: a mayor puntaje, mayor será el riesgo de sufrir caídas. El puntaje asignado califica de bajo riesgo a puntajes de 0 a 25 puntos, mediano riesgo de 25 a 50 puntos y alto riesgo mayor a 50 puntos ²¹.

2.2.4 Prevención

Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

- examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos;
- intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles;
- evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas;
- prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales;
- fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada;
- programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del taichí o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular;
- uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída.

2.2.5 Medidas para prevenir el riesgo de caídas

En un número elevado de casos las caídas son evitables y se pueden prevenir. Para llevar a cabo una prevención eficaz de las caídas debemos abordarlas de manera multidisciplinar. Por lo tanto, deberemos identificar las causas y los factores de riesgo y actuar sobre ellos, disminuyéndolos o eliminándolos en la medida de lo posible.

2.2.5.1 Cuidados generales

- Realizar un buen seguimiento del estado de salud y el control de la medicación del paciente
- En caso de que el residente presente agitación, valorar la necesidad de cambio de tratamiento y/o utilizar contenciones mecánicas, en caso que sea estrictamente necesario
- Es muy importante que los profesionales “no vayan con prisas”, no dejen a los residentes solos y que presten atención a lo que hacen ¹⁸.

Iluminación

- Buena iluminación en general (evitar áreas mal iluminadas)
- Tener interruptores cerca de las puertas y de la cama, que estén accesibles

Se aconseja la instalación de “luces nocturnas”, que son pequeños pilotos que se encienden durante la noche ¹⁹.

En el baño

- Instalar barras de sujeción, tanto en el retrete y/o ducha, que ayuda a: incorporarse, agarrarse, levantarse y/o moverse
- También resultan de gran ayuda los asientos / sillas en la ducha

Suelos

- Evitar suelos irregulares, deslizantes y resbaladizos, con desniveles y desperfectos
- El suelo debe mantenerse seco, hay que evitar que se puedan caer porque el suelo esté mojado
- Eliminar obstáculos, aquellos elementos que puedan entorpecer la marcha, sobre todo en las zonas de paso.

Calzado

- Procurar utilizar zapatos cómodos, que sujeten bien el pie. Se deben evitar zapatillas abiertas por detrás y el calzado demasiado flojo, porque no sujetan bien el pie
- Es importante proveer un buen apoyo y amortiguación del talón, por lo que deben ser firmes
- Además, se recomienda que las suelas sean antideslizantes

Pasillo

Es recomendable que el pasillo disponga de pasamanos/barandillas (al menos a un lado), en los laterales, para que los residentes puedan sujetarse y mantener más la estabilidad.

Dispositivos de ayuda

- Utilizar dispositivos de ayuda, tales como bastones y andadores, que ayudan a aumentar la base de sustentación y de apoyo
- Dejar frenadas las sillas de ruedas
- Barandas firmes y seguras en la cama
- Evaluar la necesidad de la utilización de dispositivos visuales y auditivos (gafas y audífonos) y revisar su buen estado

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.3.1 Constitución de la República

La Constitución de la República tiene su base en el Art. 32 que se refiere a la atención de la ciudadanía y a la oferta de calidad, calidez y eficiencia de los servicios sanitarios, proporcionados por los establecimientos adscritos al Ministerio de Salud Pública, quienes tienen relación a su vez con la consecución de los objetivos del Buen Vivir, que fueron estipulados a raíz de la elaboración del texto constitucional del año 2008. Constitución de la República del Ecuador ²⁴

2.3.2 Ley Orgánica de Salud

2. Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad²⁴.

2.3.3 Plan Nacional de Desarrollo

Ante la ocurrencia de un evento adverso, el personal de la Dirección de Monitoreo de Evento Adversos, comunicará a las Autoridades nacionales de acuerdo a la siguiente priorización de llamadas y correos:

- Digitador(a) de turno de Monitoreo de Eventos Adversos; o Director(a) de Monitoreo de Eventos Adversos
- Director(a) de Monitoreo de Eventos Adversos; o Secretario(a) de Gestión de Riesgos o Subsecretario(a) de Preparación y Respuesta ante Eventos Adversos ²⁵

CAPÍTULO III

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1 Tipo de estudio

- **Nivel:** descriptivo.
- **Métodos:** Cuantitativo
- **Diseño:** Transversal-Prospectivo

Esta investigación se considera de tipo observacional estudio de nivel descriptivo con la utilización del método cuantitativo de cohorte. Para llevar a cabo el estudio se ha considerado la investigación de tipo descriptivo, observacional y cuantitativo, ya que se establecerán las principales causas y consecuencias del problema en estudio, mediante la observación indirecta que consiste en la revisión de las historias clínicas **Población y muestra**

3.1.2 Procedimiento para la recolección información

Para cumplir con el propósito del estudio que busca determinar el riesgo de caída de los pacientes atendidos en un Hospital de III nivel de la ciudad de Guayaquil, se ha considerado como población objeto de estudio a los pacientes ingresados en el área de hospitalización de medicina interna.

3.1.3 Técnica e instrumento de recolección de información

Se agregó datos que consideramos pertinente para la aplicación de la escala de Morse y determinar de esta manera el riesgo de los pacientes hospitalizados y conocer cuáles son las características y de esta manera el personal del hospital tenga información y estrategias de prevención.

Se aplicará la escala de Morse a todos los pacientes ingresados y se verificará algunos datos en la historia clínica de los pacientes.

3.1.4 Técnica de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos obtenidos se lo realizó a través del procesamiento de base de datos y análisis a través de la estadística descriptiva con la herramienta informática del Microsoft Excel.

Para determinar el intervalo de los grupos de edad y el X (promedio) de edad se utilizó la regla de Sturges, es una regla práctica acerca del número de clases que deben considerar al elaborarse un histograma. Este número viene dado por la siguiente expresión, necesaria para establecer el intervalo en este caso de la edad de los pacientes.

Regla de Sturges

- $R = \text{Valor max-valor min}$
 - $n_i = 1 + 3.322 (\log \text{ frecuencia total})$
 - $102 - 50 \rightarrow = 52$
 - $1 + 3.322 (50)$
 - $1 + 3.322 (1.6)$
 - $1 + 5.3 = 6$
 - $i = R/n_i \quad 52/6 = 8.6 = 9$
- Número de intervalos (n)
Amplitud de los intervalos(i)

3.1.5 Tabulación, análisis y presentación de resultados

Para cumplir con el plan de tabulación de la información obtenida se describen los siguientes pasos:

- Aplicar la escala de morse a los pacientes atendidos en el área de Medicina Interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil
- Tabular los resultados obtenidos.
- Ingresar en el Programa Microsoft Excel los resultados obtenidos.
- Diseñar las tablas y figuras estadísticas.
- Analizar e interpretar los resultados obtenidos. para cuyo análisis se utilizó la teoría y conceptos definidos en el marco teórico.

3.2. Variables generales y operacionalización

Tabla # 1
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Evaluación del riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados	La evaluación de riesgos es la actividad fundamental que la Ley establece que debe llevarse a cabo inicialmente y cuando se efectúen determinados cambios, para poder detectar los riesgos que puedan existir en todos y cada uno de los puestos de trabajo de la empresa y que puedan afectar a la seguridad y salud.	Escala de Morse	Bajo riesgo	0-25 pts	
			mediano riesgo	26-50 pts.	
			alto riesgo	50 pts	
			Caídas recientes secundarios	No = 0 SI= 25	
			Diagnóstico secundario	si = 15 no= 0	
			Ayuda a deambular	0	
			Reposo en cama	15	
			asistencia de enfermería	30	
		Bastón/muletas/andador			
		Se apoya en los muebles			
		Vía venosa	No = 0 SI= 20		
		Marcha Normal	No = 0		
		Débil	SI=10		
		Alterada	SI=20		
		Conciencia/estado mental	No = 0		
Consiente	SI=15				
No consiente de sus limitaciones					
características fisiológicas de los pacientes	Días de estancia hospitalaria	0-3 días 4-7 días >8 días			
	Diagnóstico de ingreso	patologías cardíacas hipertensivas diabetes renal otros			
	Edad	20 - 27			
		28 - 35			
		36 - 43			
		44 - 51			
		52 - 59			
		60 - 67			
68 - 75					
76 - 83					
sexo	femenino masculino				

3.3 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS DATOS

Caracterización de los pacientes hospitalizados

Gráfico # 1

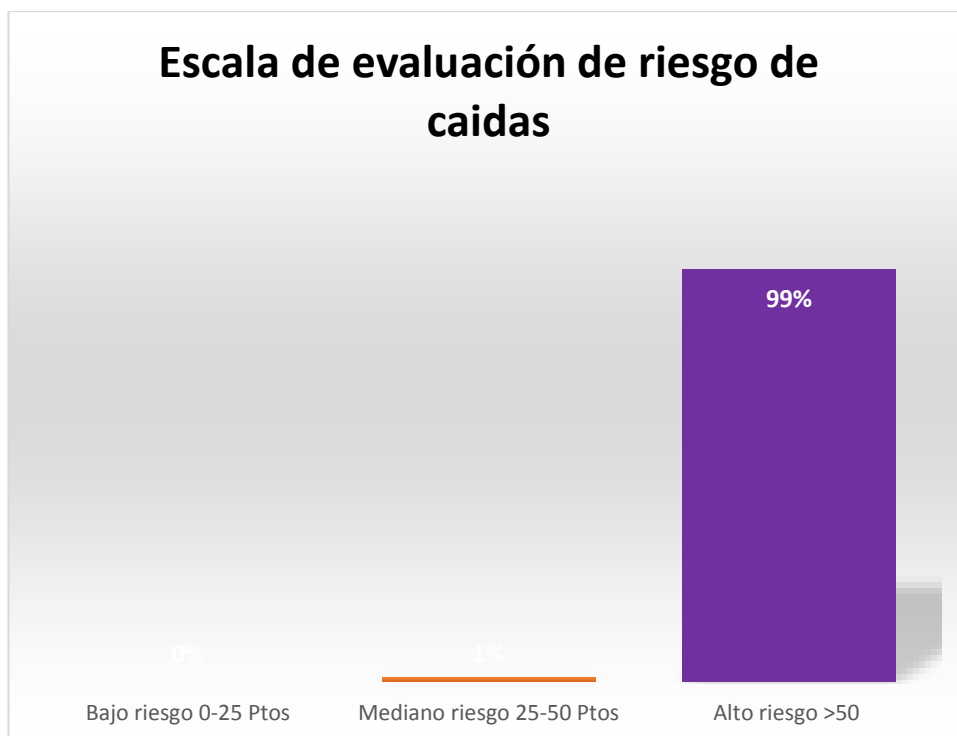


Gráfico N° 1 Escala de evaluación de riesgo de caídas

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: En el siguiente gráfico observamos que los pacientes en su mayoría tienen un alto riesgo de sufrir una caída con el 99% seguido de los que tienen mediano riesgo con un 1% considerada una cantidad irrelevante

Gráfico # 2

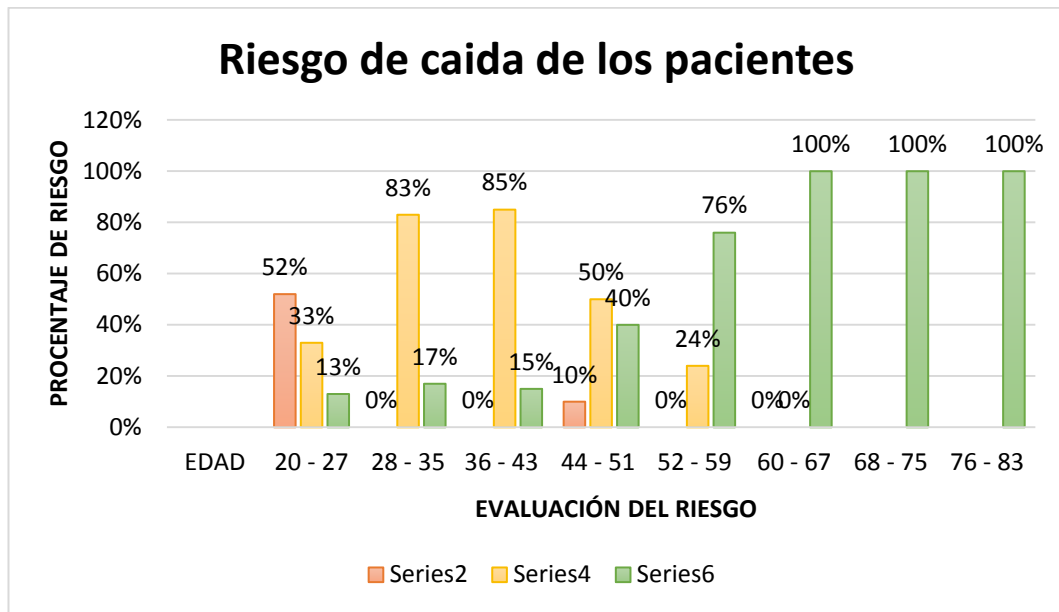


Gráfico N° 2 Riesgo de caída de los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Los datos obtenidos en esta tabla con respecto a la clasificación de los pacientes de acuerdo a los grupos de edad los mayores de 60 años presentaron un alto riesgo con el 100% seguido de los adultos jóvenes con un 83-85%. Lo que nos indica que la mayor parte de pacientes hospitalizados son los adultos de mediana edad hasta adultos mayores. Estudios han demostrado que ha mayor edad mayor es el riesgo de caída en los pacientes.

Gráfico # 3

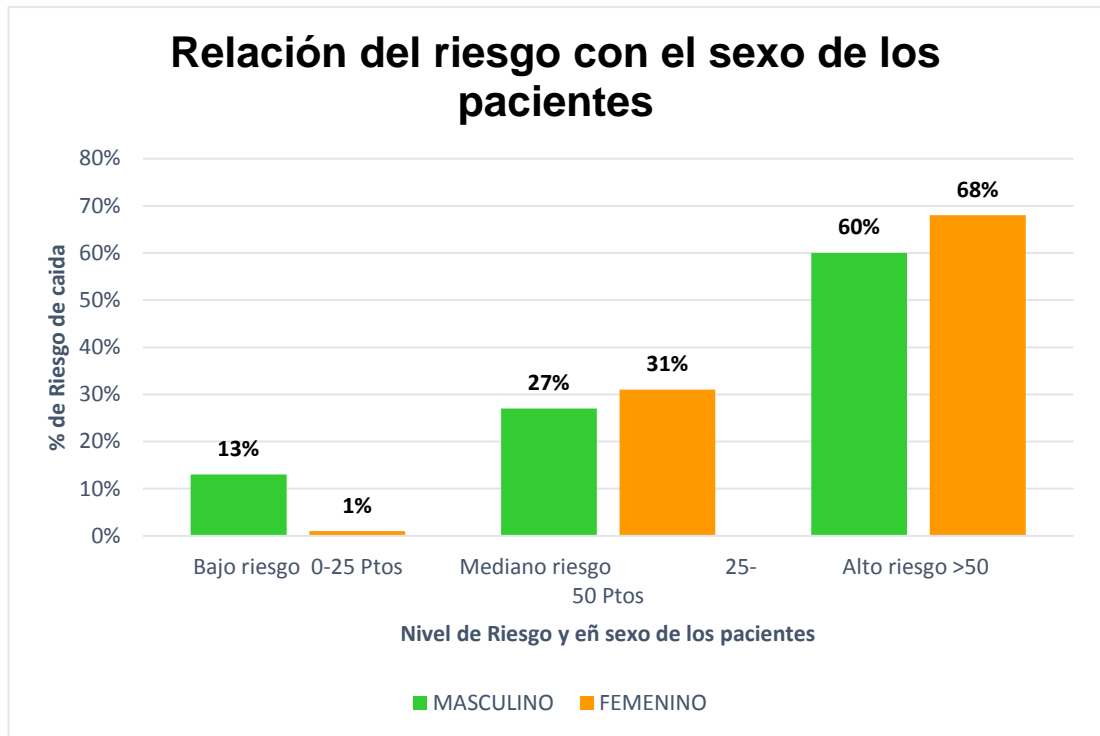


Gráfico N° 3 Relación de riesgo con el sexo de los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Los datos obtenidos en esta tabla con respecto al sexo los pacientes con un alto porcentaje de hospitalización son las mujeres con un 68%, seguido de los varones con un 60%. Es decir que hombres y mujeres presentan un alto riesgo de caída pero estudios han demostrado que las caídas en los varones son más mortales que en las mujeres.

Gráfico # 4

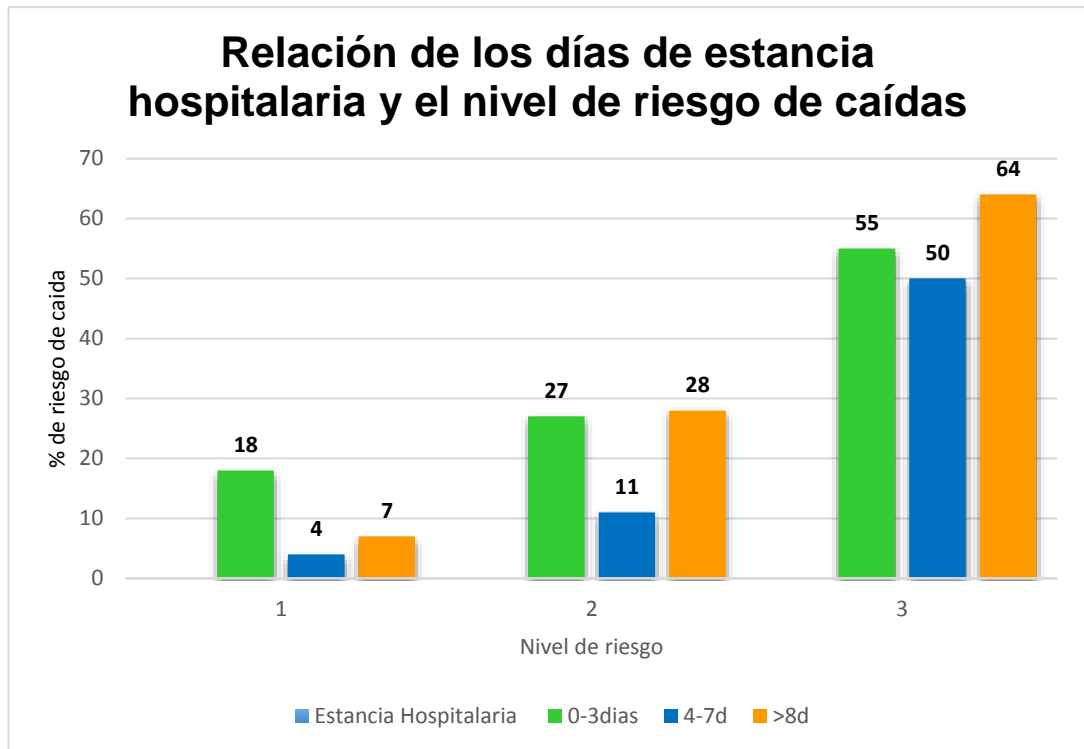


Gráfico N° 4 Relación de los días de estancia hospitalaria y el nivel de riesgo de caídas

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Los datos obtenidos en esta tabla con respecto a los días de estancia hospitalaria de los pacientes es de mayor a 8 días el % que fluctúa entre 64-55%. Lo que indica que a mayor estancia hospitalaria es mayor el riesgo de caída dependiendo de las condiciones del paciente.

Gráfico # 5

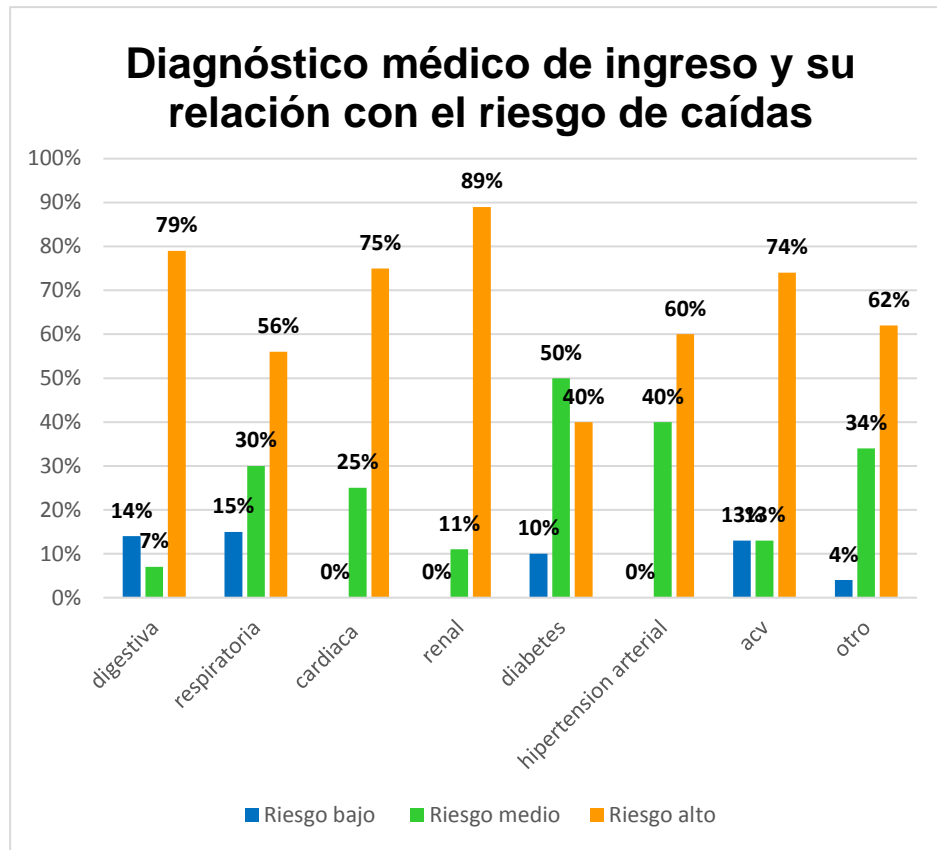


Gráfico N° 5 Diagnóstico médico de ingreso y su relación con el riesgo de caídas

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: En el siguiente gráfico con respecto a diagnóstico de ingreso podemos observar que los pacientes con patología renal tienen un 89% de un alto riesgo de caída, seguido de los pacientes con patologías digestivas con un 79% y los pacientes con patologías cardíacas con un 75%. El paciente renal, cardíaco debido al déficit de oxigenación y la alteración del nivel de conciencia tiene un alto riesgo de caída. El paciente con problemas digestivos por la disminución de la volemia.

Gráfico # 6

Caídas reciente que han tenido los pacientes

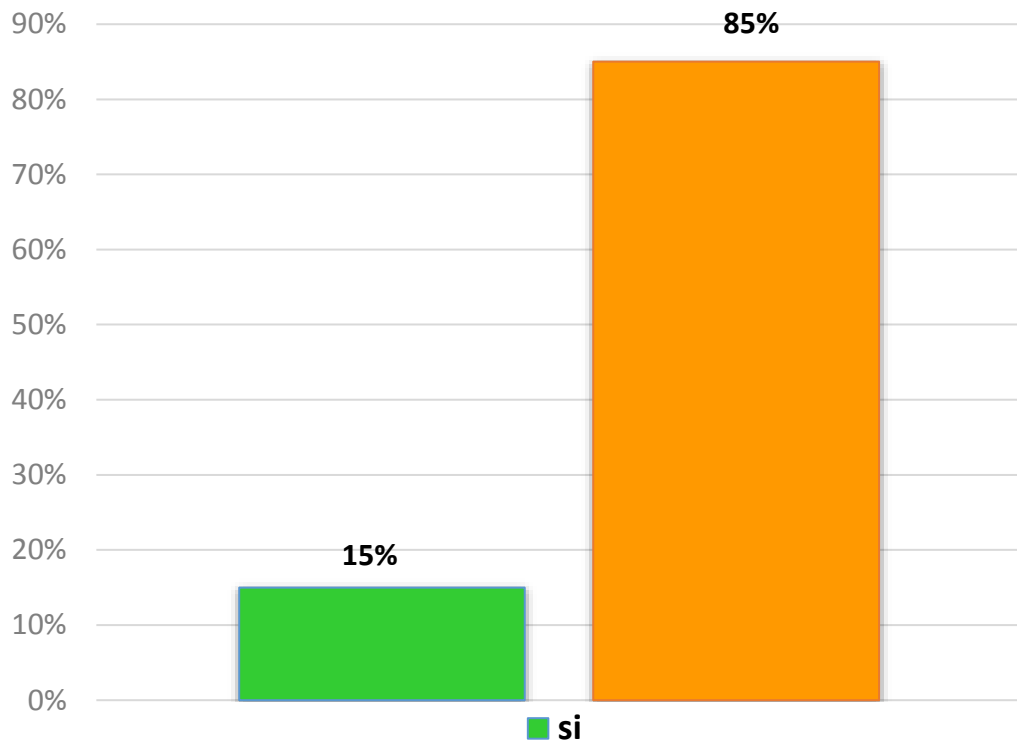


Gráfico N° 6 Caídas Recientes en pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Los datos obtenidos en esta tabla con respecto a caída reciente de los pacientes el 15% sufrieron caídas seguido del 85% que no había sufrido caídas.

Gráfico # 7

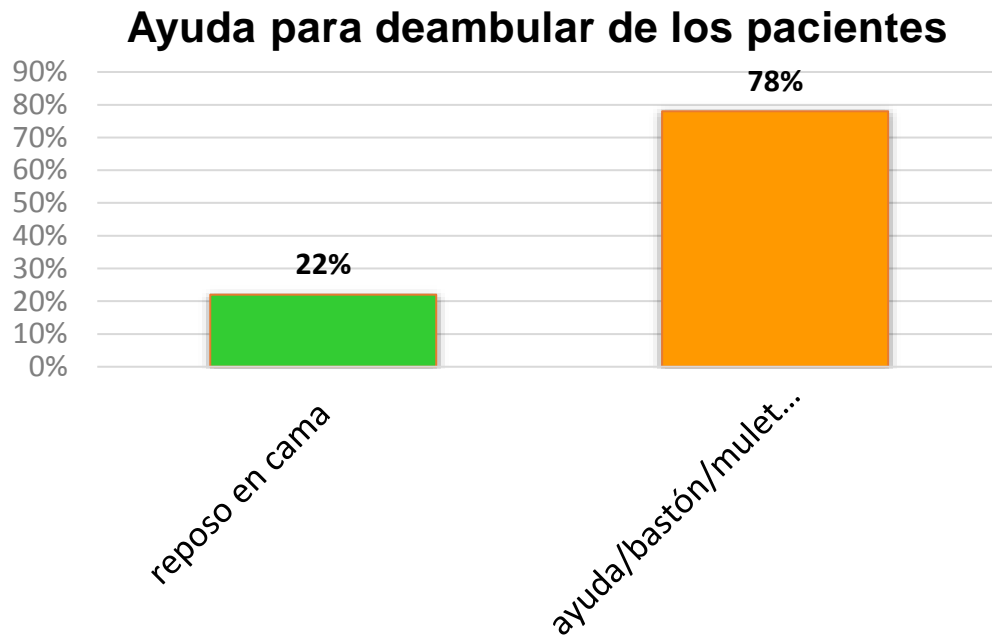


Gráfico N° 7 Ayuda para deambular de los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Los datos obtenidos en esta tabla con respecto a la ayuda para deambular de los pacientes tenemos que el 78% necesita de algún dispositivo para poder caminar en cambio el siguiente grupo con un 22% se mantiene limitado en la cama bajo reposo. En relación al gráfico anterior los pacientes en su mayoría necesitan de un dispositivo para deambular y no registraron caídas recientes.

Gráfico # 8

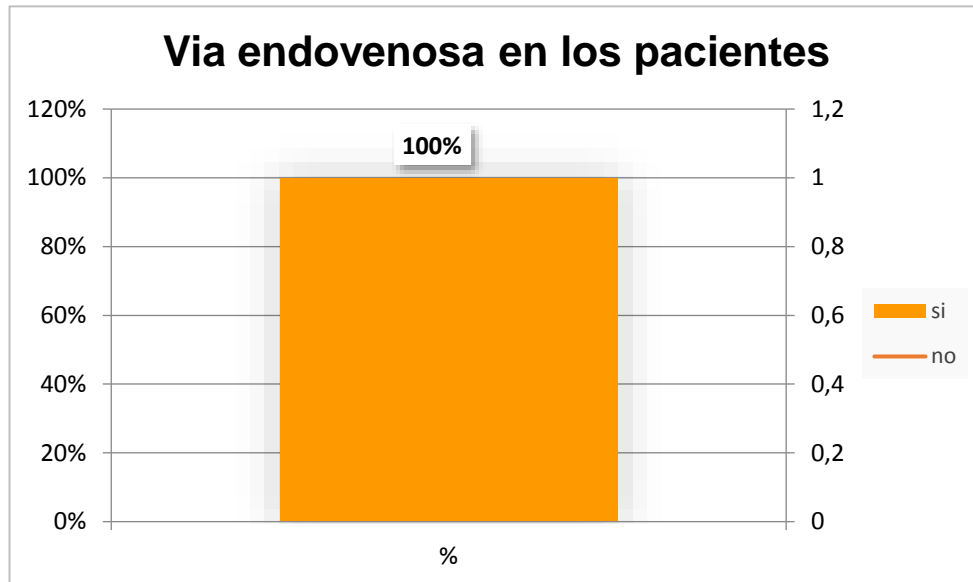


Gráfico N° 8 Vía Endovenosa en los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Con respecto a la vía endovenosa en el 100% estuvo indicada. La Morse en su escala agrega la vía periférica como un factor predisponente de caída, debido a que el paciente al tener una vía y moverse puede enredarse con la manguera o tropezarse por llevar el suero o soporte y esto genera el riesgo. Más aún si disponen de un dispositivo para caminar

Gráfico #9

Nivel de conciencia de los pacientes

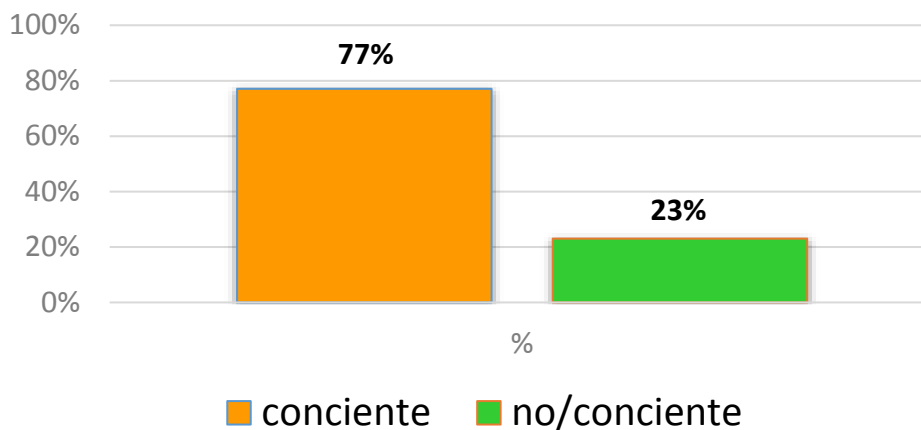


Gráfico N° 9 Nivel de conciencia de los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Con respecto al nivel de conciencia en la escala de morse el 77% de los pacientes están conscientes durante la valoración, seguidos de un 23% que no están conscientes. Morse en su escala determina 0 para aquellos pacientes que están conscientes y 15 para aquellos que están inconscientes

Gráfico # 10

Diagnóstico secundario de los pacientes

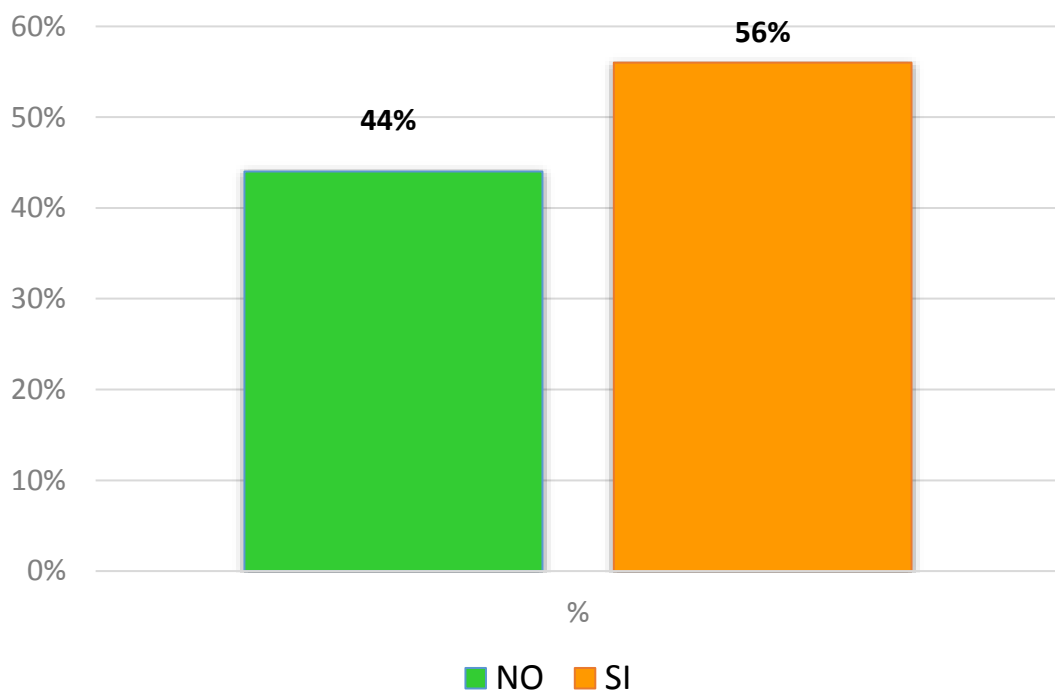


Gráfico N° 10 Diagnóstico secundario de los pacientes

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Con respecto al diagnóstico secundario el 56% si presentó diagnóstico secundario seguido del 44% que no presentó diagnóstico

secundario. Para Morse que el paciente tenga un diagnóstico secundario o comorbilidad lo pone en riesgo y le da 15 puntos dentro de la escala.

Gráfico # 11

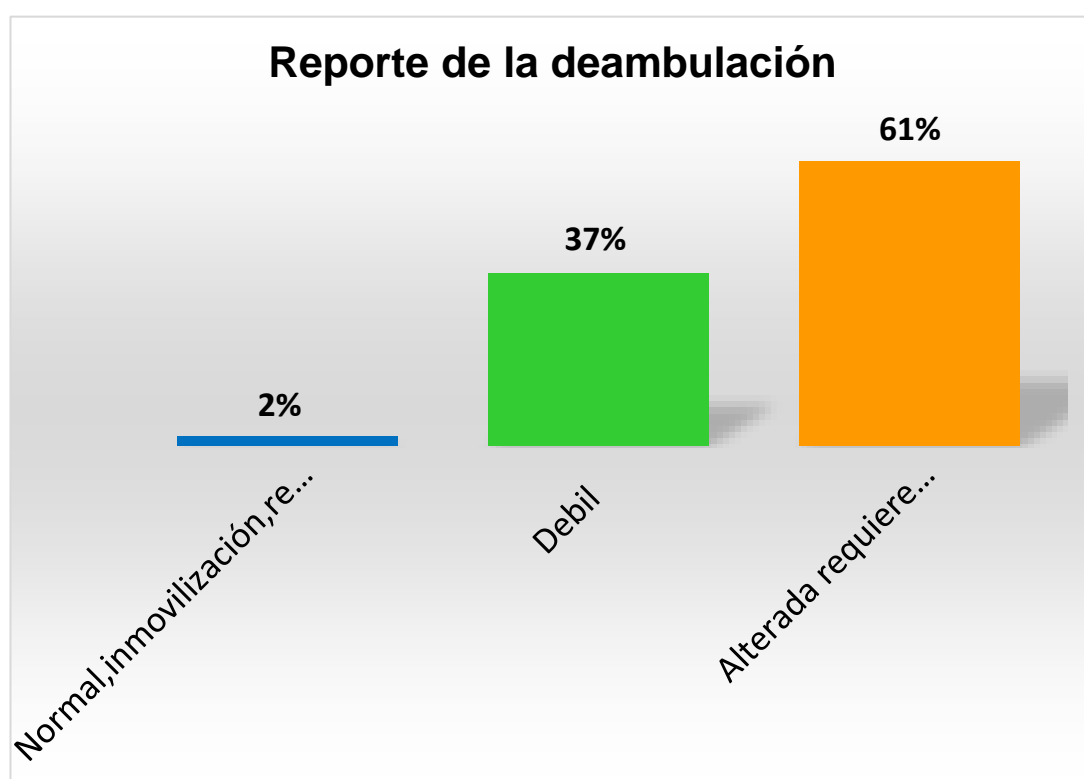


Gráfico N° 11 Reporte de la deambulaci3n

Fuente: Ficha de la escala de Morse

Elaborado por: Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi

Análisis: Con respecto a la deambulaci3n de los pacientes un alto porcentaje 61% se encuentra alterada relacionando con el gráfico # 6 la mayoría de los utiliza dispositivos o alg3n tipo de ayuda para deambular, seguida del 37%

con una deambulaci3n d3bil .Lo que expone a los pacientes a un alto riesgo de ca3da.

DISCUSI3N

En Colombia se aplic3 el test de Morse a 831 pacientes internados en un hospital universitario. Se utiliz3 la Morse Fall Scale (MFS) para evaluar el riesgo y se consider3 como expuesto a las ca3das el paciente con riesgo elevado (≥ 45 puntos). Resultados: la puntuaci3n media de la 3 fue de 39,4 ($\pm 19,4$) puntos. Entre la primera y la 3ltima evaluaci3n, la puntuaci3n aument3 en 4,6%. La puntuaci3n de la primera evaluaci3n mostr3 correlaci3n positiva fuerte con la de la 3ltima evaluaci3n ($r=0,810$; $p=0,000$). Con respecto a nuestro estudio se estimaron a base de porcentajes de acuerdo a los criterios hubo un alto porcentaje en ciertas escalas como el diagn3stico de la comorbilidad, la v3a perif3rica, el que necesitaban dispositivos o alg3n tipo de ayuda para caminar y en hecho que la gran mayor3a de pacientes presentan problemas en la deambulaci3n

Otro estudio hace 3nfasis a los factores intr3nsecos y extr3nsecos que est3n relacionados con la presencia de ca3das en los pacientes hospitalizados. Deben considerarse acciones preventivas para minimizar factores de riesgo, los cuales pueden ser intr3nsecos o extr3nsecos; los primeros comprenden las caracter3sticas propias de la persona y los segundos se refieren al entorno hospitalario. Es importante considerar que dentro de los factores intr3nsecos, si bien no pueden ser del todo modificados, es necesario hacer una valoraci3n e identificaci3n de los riesgos para promover las medidas preventivas; en

relación con los extrínsecos, es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud identificar y eliminar las causas que contribuyen a la presencia de caídas. En este estudio podemos observar que el grupo de edad de mayor evaluación corresponde a los adultos de mediana edad que corresponden entre los 36 -64 años los mismos que presentaron alto riesgo de caídas debido a la utilización de algún dispositivo.

México se aplicó la encuesta para determinar los antecedentes patológicos a los pacientes hospitalizados una muestra no probabilística de 806. Resultados: 91% del personal que aplicó la escala la aceptó sin cambios. Los pacientes con alto riesgo de caídas tenían diagnóstico médico de puerperio, diabetes mellitus, fracturas, enfermedad vascular cerebral, hipertensión arterial sistémica, traumatismo craneoencefálico, neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, convulsiones e insuficiencia renal crónica. Conclusiones: la escala de valoración de riesgos de caídas utilizada es aplicable a la población mexicana, independientemente de la estructura poblacional y del tipo de paciente hospitalizado, pues discrimina a los pacientes según riesgo y diagnóstico.

En el estudio realizado las principales alteraciones fueron otros que incluyen una serie de patologías seguido de las patologías respiratorias.

Con respecto al riesgo de caídas que presenta la escala de Morse en tres alternativas los pacientes los cuales se les aplicó la escala en un porcentaje elevado prácticamente casi todos presentaron un riesgo elevado de caídas con el 99% > a 50 en la puntuación.

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el análisis de datos concluimos que:

- En la evaluación realizada a todos los pacientes ingresados en tres semanas. A mayor edad de los pacientes Según la OMS en el 2018 emite el siguiente enunciado *“La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la. de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales”*
- Los pacientes con respecto al sexo una mayoría de los ingresados son mujeres.
Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. Las ancianas y los niños pequeños son especialmente propensos a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consiguientes.
- A mayor estancia hospitalaria los pacientes tuvieron mayor riesgo de sufrir caídas. La estancia hospitalaria es un riesgo que depende mucho de las condiciones de los pacientes y sus patologías o comorbilidades

- Con respecto a la canalización de vía todos los pacientes hospitalizados tenían una vía o recién la habían retirado. Que el paciente tenga vía periférica es un riesgo sobre todo en aquellos que tienen una deambulacion dificultosa o dispone de ayuda como muletas/ dispositivos para caminar.
- Con respecto a la deambulacion de los pacientes un alto porcentaje presento alteracion en la deambulacion y en la mayoria utiliza dispositivos o algun tipo de ayuda para deambular. Lo que expone a los pacientes a un alto riesgo de caida.
- Diagnóstico secundario un alto porcentaje de pacientes reportaron este criterio por lo tanto los pone en riesgo Morse en su escala de caida una puntuacion de 15.
- Con respecto al motivo de ingreso la mayoria de los pacientes reportaron patologias, renales, cardiacas y digestivas ya que los pacientes con patologias cardiacas y renales, manifiestan deficit de oxigenacion y la alteracion del nivel de conciencia tiene un alto riesgo de caida. El paciente con problemas digestivos alteraciones en la evacuacion.
- Concluimos que este trabajo ha logrado cumplir nuestro objetivo de evaluar a los pacientes asistidos en el area de medicina interna. Además se pudo determinar sus características y relacionarlas con la escala de riesgo de Morse que es muy útil y práctica, ya que puede ser utilizada por cualquier miembro del equipo de salud.

RECOMENDACIONES

Luego de haber realizado el análisis de datos nos permitimos dar las siguientes recomendaciones salvo el mejor criterio de directivos de la institución.

Evaluar a todos los pacientes con la escala de morse y colocar la identificación respectiva.

Educar a pacientes, familia y comunidad sobre el riesgo de sufrir caídas.

Elaborar el protocolo de riesgo de caídas con el equipo de salud

Aplicar el protocolo de riesgo de caídas

Gestionar la asignación de recursos para el cumplimiento de la valoración a los pacientes.

Motivar a los Profesionales de Enfermería a la realización de estudios de seguimiento sobre esta problemática

Una estrategia empleada para minimizar el número de caídas de los pacientes en el hospital es el uso de instrumentos de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de caídas. La razón de esta evaluación es que si pueden identificarse los pacientes con alto riesgo, entonces podrán establecerse

intervenciones apropiadas para disminuir dicho riesgo. Esta sección está basada en los niveles de evidencia II 3 y III.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2015. Geneva: WHO; 2015.
y metaanálisis. *Nursing* 2017; 25 (2): 56-64.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [Consultado el 6 de Mayo de 2018]. Disponible en: www.who.int/patientsafety.
3. Torres Egea P, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática
4. González Sánchez RL, Rodríguez Fernández MM, Ferro Alfonso MJ, García Milián. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2017; 15 (1): 98-102.
5. Mc Clure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2017 Número 1. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2017 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane plus, 2017 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
7. Aspen P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Patient safety. Washington: Committee on Data Standars for Patient Safety, Institute of Medicine; 2014.
8. Barben N. Medication errors and organizational culture in the pharmacy. En: ECRI. Improving patient safety. London: Department of Health, 2016.
9. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez AE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit* 2016; 20 (Supl. 1): 41-7.

10. Rothschild J, Bates D. Leape L. Preventable Medical Injuries in Older Patients. Arch Intern Med 2000; 160: 2717-28.
- 11.- US Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety 2014 Falls Toolkit. [Consultado el 6 de mayo de 2008]. Disponible en: ww.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html.
- 12.- Wilson EB. Preventing patient falls. AACN Clin Issues 2018; 9 (1):100-108.
- 13.- Joint Comisión. Sentinel Event Statistics – December 31, 2017. [Consultado el 6 de mayo de 2008]. Disponible en: www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics.
- 14.- Hitcho E y cols. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. Journal of General Internal Medicine 2014; 19: 732-9.
- 15.- Boushon B, et al. (2016) How-to Guide: Reducing Patient Injuries from fall. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: www.IHI.org.
- 16.- OMS (2018). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>
- 17.-Harrington L., Luquire R., Vish N., Winter M., Wilder C., Houser B., Pitcher E., Qin H.; Meta-analysis of fall-risk tools in hospitalized adults; Journal of Nursing Administration (2010) 40:11 (483-488). Date of Publication: November 2018.
- 18.-Sánchez Hernández E, Pérez Fouces F. E, López Castillo E. E, de la Torre Vega G, Vélez Fernández G. Factores de riesgos asociados a estadía hospitalaria prolongada en pacientes adultos. MEDISAN [Internet]. 2019 Abr [citado 2019 Jul 27]; 23(2): 271-283. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000200271&lng=es.
- 19.-Laguna Parras J. M, Arrabal Orpez M.^a J, Zafra López F, García Fernández F. P, Carrascosa Corral R. R., Carrascosa García M.^a I. et al . Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Sep 06]; 22(4): 167-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004>.
- 20.- Thiana Sebben Pasa. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 2017; 25:e2862 DOI: 10.1590/1518-8345.1551.2862 www.eerp.usp.br/rlae.
- 21.- Aldana Díaz A. Dialnet plus Internet consultado el 17 de Julio del 2019.<https://dialnet>. Vol. 15, N^o. 1, 2008, págs. 14-17 unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2596363
- 22.- Sonalí Olvera Arreola S, medigraphic internet consultado el 3 de agosto del 2019 Vol. 65, Núm. 1 / Enero-Febrero, 2013 / pp 88-93 <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>.
- 23.-Almazán Castillo R. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (1): 9-14.

24.-Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ley orgánica de la <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.

25.-Plan Nacional de desarrollo del buen vivir <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida-de-ecuador>

ANEXOS

Montecristi - ECUADOR - 2018-2019
 Compañía: 04 de Julio del 2018

A la Ilustre
 Dra. Evelyn Pineda Rojas
COORDINADORA DE ADMISIONES
 Montecristi

A través de la presente solicito a usted, muy respetuosamente, se sirva brindar la facultad a los estudiantes de la
 Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para la realización de la tesis de grado en el área de
**APLICACIÓN DE LA ESCALA DE MORSE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA
 INTERNA** para la cual deberá realizar internaciones en el Hospital de Especialidades Compañía Dr. Abel Gilbert
 Pontón durante el periodo desde Enero 2018 hasta Agosto 2018.

Atentamente,
 Dr. Abel Gilbert Pontón


 Dr. Abel Gilbert Pontón
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Correo electrónico: abgp@medecologia.com

COORDINACIÓN ADMISIONES
 SISTEMA DE INFORMACIÓN
 ADMISIONES
 RECIBIDO POR: *Jocelyn Basso*
 FECHA: *18-07-18* HORA: *15:09*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
 DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FICHA DE OBSERVACIÓN

Previa a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería con el tema

“Evaluación del riesgo de caída de los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna hospitalización de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil”

EDAD: _____ GÉNERO: Masculino _____ Femenino _____

Caso No: _____ Diagnóstico de ingreso: _____

Estancia hospitalaria: 0-3 días _____ 4ª 7 días _____ > 8 días _____

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

Responsable: _____

Firma



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pinela Requena, Ericka Evelyn** con C.C: # **0920587920** autor/a del trabajo de titulación: **Evaluación del riesgo de caída de los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 de agosto del 2019

f. _____
Pinela Requena, Ericka Evelyn
C.C: #**0920587920**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Tabares, Mildred Eduvi** con C.C: # **0921812764** autora del trabajo de titulación: **Evaluación del riesgo de caída de los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 de agosto del 2019

f. _____
Nombre: **Vera Tabares, Mildred Eduvi**
C.C: # **0921812764**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Evaluación del riesgo de caída de los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Pinela Requena, Ericka Evelyn & Vera Tabares, Mildred Eduvi		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Olga Argentina Muñoz Roca		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciadas en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	05 de agosto del 2019	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública, Morbilidad y Mortalidad, Factores de Riesgos		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Escala de Morse, Pacientes, Hospitales, Riesgo		

RESUMEN/ABSTRACT:

Introducción.- Las caídas son un efecto adverso que se pueden producir en los pacientes. **Objetivo.-** Evaluar el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. **Metodología.-** estudio observacional descriptivo, cuantitativo, transversal. Población 135 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Aplicación de una ficha en la que se encuentran los parámetros de la escala de Morse, se agregó datos para caracterizar a los pacientes. **Resultados.-** Mayores de 60 años alto riesgo de caída 100% seguido de los adultos jóvenes y mediana edad con el 83-85%. Las mujeres con el 68%, y los varones con el 60% de riesgo, estancia hospitalaria > 8 días fluctúa entre 64%. Patología renal tienen un 89% es decir un alto riesgo de caída, patologías digestivas un 79% y patologías cardíacas con un 75%. Caída reciente el 15% sufrió caídas, seguido del 85% que no había sufrido caídas. Ayuda para deambular el 78% necesita de algún dispositivo para poder caminar seguida del grupo con deambulación normal con el 22%. De acuerdo al nivel de conciencia el 77% conscientes seguidos de un 23% que no estuvieron conscientes. Diagnóstico secundario el 56% si presentó diagnóstico secundario seguido del 44% que no presentó diagnóstico secundario. Con respecto a la deambulación de los pacientes un alto porcentaje 61% se encuentra alterada relacionando con el hecho que en su mayoría utiliza dispositivos para deambular, seguida del 37% con una deambulación débil. **Conclusión.-** Los pacientes hospitalizados tienen algún riesgo de sufrir caída de acuerdo a la escala de Morse.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Telf: 593-983609002 593-988862297	E-mail:erickaevelynpinelarequena@gmail.com ayanailynene@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Holguín Jiménez Martha Lorena Teléfono: +593-4-0993142507 E-mail: mholguinjime@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	