



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

FRECUENCIA DE FACTORES PERSONALES DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES GINECOLÓGICAS

HOSPITALIZADAS

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. JESSICA IVONNE BECERRIL CABRERA

ASESOR

DR. SEBASTIÁN CARRANZA LIRA



CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que la C. Jessica Ivonne Becerril Cabrera residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis “Frecuencia de factores personales de riesgo de caída en pacientes ginecológicas hospitalizadas” con No. de registro del proyecto: R-2020-3606-013 por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Asesor de tesis

Jefe de la División de Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Agradecimientos

A mis padres que son el motor de todo lo que hago, que están ahí en mis aciertos y errores. Por ellos y para ellos.

A todos mis maestros que contribuyeron a mi formación, gracias por dar parte de ustedes para la formación de las nuevas generaciones.

A ti que llegaste a cambiar mi mundo.

A mis hermanos que son parte de los cimientos que me mantienen en pie.

A los hermanos que me dio la residencia.

Índice	
Resumen	5
Antecedentes científicos (marco teórico)	7
Planteamiento del problema	10
Objetivos	10
Justificación	10
Tipo de estudio	11
Universo de trabajo	11
Obtención de la muestra	11
Criterios de selección	11
Técnicas y procedimientos de recolección de datos	12
Material y métodos	12
Análisis Estadístico	12
Aspectos éticos	12
Resultados	13
Discusión	16
Conclusión	18
Bibliografía	20
Anexo	21
Tablas	22
Dictamen de aprobación del protocolo	29
Declaración de autenticidad y no plagio	30

Resumen

Título: Frecuencia de factores personales de riesgo de caída en pacientes ginecológicas.

Antecedentes: Las caídas son un problema de salud pública. Causan 40% de gastos vitalicios de lesiones en mujeres. En comparación con los hombres, las mujeres tienen 58% más de probabilidad de sufrir una lesión por caída no fatal. Reconocer factores de riesgo para estas nos llevara a ejercer intervenciones de salud temprana que disminuyan el riesgo.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo para sufrir caídas de pacientes ginecológicas hospitalizadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo; se incluyeron pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología de UMAE Hospital Gineco Obstetricia No. 4, a quienes se aplicó una encuesta basada en la escala Morse modificada (se agregaron al cuestionario otros factores de riesgo que reporta la literatura).

Análisis estadístico. Evaluación con frecuencias absolutas, porcentajes, mediana, mínima y máxima.

Resultado. Se realizaron 237 encuestas: 51.4% (n = 122) fueron en pacientes ginecológica y 48.5% (n = 115) fueron oncológicas. Edad de las ginecológicas mediana de 44.5, mínima de 19, máxima de 84, oncológicas mediana 65 minima 27, máxima 84. EL riesgo de caída se evaluó con la escala de Morse se encontró en las ginecológicas; el 68.9% riesgo bajo, el 23% riesgo intermedio y el 8.2% riesgo alto. En las oncológicas el 70.4% riesgo bajo, el 27% riesgo intermedio y el 2.6% riesgo alto ($p = 0.15$).

Conclusiones. En este estudio se observó que los factores de riesgo para caída son heterogéneos, no se puede relacionar uno solo con el incremento en la frecuencia de caídas.

Palabras clave: caída, ginecológicas, oncológicas, medicamentos, dificultad para caminar, incontinencia urinaria, enfermedades crónico-degenerativas.

Summary

Title: Frequency of personal fall risk factors in gynecological patients

Background: Falls are a well-recognized public health problem. There are data that falls increase about 40% of the costs of life-long injuries for women. Compared to men, women are 58% more likely to suffer an injury from falls. Recognizing the risk factors for middle-aged people will lead us to be able to carry out early public health interventions that reduce this risk.

Objective: To know the risk factors that could cause a fall in gynecological patients.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional and prospective study that included hospitalized patients in the gynecology service at the "UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4", to which a brief survey will be applied based on the modified Morse scale (other risk factors reported in the literature were added to the questionnaire).

Statistical analysis. absolute frequencies, percentages, median, minimum and maximum.

Results: 237 surveys were carried out, of which 51.4% (n = 122) gynecological and 48.5% (n = 115) oncological. The average age of gynecological, median of 44.5 with a minimum of 19 and maximum of 84. The oncological median 65 with a minimum of 27 and maximum 84. The risk of falling was evaluated with the Morse scale found in gynecological; 68.9% low risk, 23% intermediate risk and 8.2% high risk. In oncology, 70.4% low risk, 27% intermediate risk and 2.6% high risk ($p = 0.15$).

Conclusions: In this study it was observed that the risk factors for falls are heterogeneous, and that only one cannot be related to the increase in the frequency of falls.

Key words: fall, gynecological, oncological, medications, difficulty walking, urinary incontinence, chronic degenerative diseases.

Antecedentes científicos (Marco teórico).

La seguridad es un principio fundamental de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad, ya que la atención médica en muchas ocasiones se brinda en un entorno de rápido movimiento, que en ocasiones se llega a provocar un daño involuntario hacia el paciente.

Se conoce que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño durante su hospitalización, el 70% de los efectos adversos dan lugar a discapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes pueden conducir hasta la muerte. Se estima que los efectos adversos consumen un 10% de los ingresos hospitalarios, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente en 2005. (1) Posteriormente en mayo del 2007 la Organización mundial de la salud creó las metas internacionales para la seguridad del como parte de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria. Dentro de estas metas internacionales se encuentra la meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Esta meta en hospitales establece que todo paciente hospitalizado o ambulatorio deberá ser valorado con la escala Morse por el personal de Médico y de Enfermería, en el primer contacto, como evaluación inicial, al cambio de turno, cambio de área o servicio y cuando el estado de salud del paciente se modifique. (2)

La OMS define una caída como "un evento que resulta en la llegada de una persona descansar inadvertidamente en el suelo o el piso u otro nivel inferior". (3)

Como ya se mencionó anteriormente las caídas son un problema de salud pública bien reconocido, se ha informado que las caídas además de la incapacidad temporal que pueden provocar contribuyen alrededor del 40% de los costos de lesiones de por vida para las mujeres, lo que genera una gran carga para el sistema de salud.

Las lesiones relacionadas con caídas son la segunda causa principal de años vividos con discapacidad en todo el mundo según la organización mundial de la salud y en comparación con

los hombres, las mujeres tienen un 58% más de probabilidad de sufrir una lesión por caída no fatal y tener el doble de hospitalizaciones y visitas a urgencias. (4)

La mayoría de los estudios de caídas están dirigidos a población de edad avanzada, sin embargo, es cada vez más frecuente la incidencia de caídas en población de mediana edad, el hecho de reconocer los factores de riesgo para la misma, nos llevara a poder ejercer intervenciones de salud pública temprana que disminuyan este riesgo. (5)

Factores de riesgo: de caídas en asilos u hospitales son generalmente similares a los de la comunidad. Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, antecedentes de caídas, deterioro cognitivo, mareos o vértigo, riesgos ambientales, movilidad disminuida, uso de ciertos medicamentos y discapacidad visual. (6)

Edad y estado de salud: el aumento del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados se ha asociado con una mayor edad y un peor estado general de salud.

Deterioro cognitivo: el delirio y la demencia.

Peligros ambientales: los riesgos ambientales son la causa del 16% de las caídas en asilos. Los peligros ambientales comunes en el entorno de atención de salud institucional incluyen: pisos mojados, habitaciones abarrotadas de muebles, altura incorrecta del asiento del inodoro o altura de la cama, tipo de piso, con caídas más probables con pisos de alfombra en comparación con pisos de vinilo. (7)

Deterioro en el equilibrio: un mayor riesgo de caída en pacientes con trastornos de la marcha o debilidad son la causa más probable (25%) de caídas; mareos también fueron reportados por una cuarta parte de los pacientes que han caído.

El uso de fármacos, los medicamentos con actividad dirigida al sistema nervioso central, como neurolépticos, benzodiazepinas, antidepresivos y otros. El riesgo de caídas se incrementó entre los usuarios de antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas y otros sedantes. Las toxicomanías como fumar y beber alcohol están asociadas con riesgo de caída, Los Impedimentos funcionales (por ejemplo, limitaciones en las actividades de la vida diaria [ADL]) y limitaciones físicas (por ejemplo, doblar las rodillas) generalmente aumentan los riesgos de caídas porque estas limitaciones se traducen en cargas adicionales en las actividades cotidianas regulares. (8).

Con respecto al sexo como factor de riesgo, se ha observado que más mujeres que hombres experimentan caídas graves, posiblemente debido a una deteriorada función física y una mayor prevalencia de osteoporosis. Los hombres tienen más probabilidades de caerse al aire libre, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de caerse en el interior. (9)

Existen múltiples herramientas de detección del riesgo de caídas para su uso en el entorno hospitalario agudo, incluida la escala de caídas de Morse, (escala utilizada en las metas internacionales de seguridad en el paciente) que evalúa 6 puntos: antecedente de caída en el último año, diagnóstico secundario, ayuda para deambular, vía venosa, marcha, conciencia/estado mental; a cada punto a evaluar se le asigna cierto puntaje y los resultados se expresan en riesgo bajo, medio o alto para caídas. (10), el modelo de riesgo de caídas Hendrich II (11, 12), la herramienta de evaluación de riesgos de caídas Schmid, la herramienta de evaluación de riesgos de caída del Hospital Johns Hopkins (13), y Herramienta de evaluación de riesgos de St. Thomas (STRATIFY) (14). La Morse Fall Scale, una de las escalas más utilizadas, consta de seis ítems: antecedentes de caídas en los últimos tres meses, presencia de cualquier diagnóstico secundario, uso de ayuda ambulatoria, recepción de terapia intravenosa, marcha anormal y trastornos del estado mental, con puntajes compuestos que van de 0 a 125.

En una evaluación de la sensibilidad y la especificidad de la escala de caída de Morse y STRATIFY se encontró que, utilizando un punto de corte > 45 , la escala de caída de Morse tenía una sensibilidad superior; La especificidad fue similar para las dos escalas (15). Un estudio de confiabilidad entre evaluadores encontró que tanto la escala de caída de Morse (con un punto de corte de > 25) como el modelo de riesgo de caída Hendrich II (con un punto de corte de 5) tenían una sensibilidad similar (> 0.70), mientras que el Hendrich II exhibía una especificidad superior (0.62 frente a 0.48) (16).

Planteamiento del problema.

¿Qué factores de riesgo personales tienen las pacientes ginecológicas hospitalizadas en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”?

Objetivos:

Objetivo general:

Conocer los factores de riesgo que tienen las pacientes ginecológicas hospitalizadas para sufrir alguna caída.

Objetivos específicos:

Conocer en qué grupo de edad se encuentra el mayor riesgo de caída.

Justificación:

Las caídas son un problema de salud pública bien reconocido, ya que contribuyen alrededor del 40% de los costos de lesiones de por vida para las mujeres, además las lesiones relacionadas con caídas son la segunda causa principal de años vividos con discapacidad en todo el mundo según la organización mundial de la salud. El grupo de pacientes ginecológicas que se encuentra en el hospital son un grupo muy heterogéneo, ya que la patología ginecológica es muy diversa y se presenta en diferentes etapas de la vida, por lo que este estudio nos permitirá conocer cuáles son los principales factores de riesgo personales que presenta nuestra población para caídas, a que

diagnósticos ginecológicos específicos se asocian, en que grupo de edad se presentan, el conocer a que riesgos nos enfrentamos nos ayudara a tomar medidas tempranas para evitar que suceda el evento.

Tipo de estudio

Tipo de Investigación: Clínica

Tipo de estudio: Prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal

Universo de trabajo

Pacientes hospitalizadas en el área de ginecología del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" que acepten participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

Obtención de la muestra

Se realizó una encuesta a las pacientes que se encontraban en el área de hospitalización ginecológica previo consentimiento informado.

Obtención de la muestra

Se realizó una encuesta a las pacientes que se encontraban en el área de hospitalización se explicó en qué consistía la investigación y los objetivos de la misma, firmando consentimiento informado y se procedió a la realización de la encuesta sobre eventos de caída en el último año y factores de riesgo personales para caídas.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Pacientes que se encuentren en el área de hospitalización ginecológica, del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", que acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Pacientes con encuesta incompleta

Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Previa firma del consentimiento informado, se realizó una encuesta acerca de eventos de caída en el último año, factores de riesgo personales para presentar una caída, Se aplicó la Escala de Riesgo de caída Morse (antecedentes de caída en el último año, ayuda para caminar, evaluación de la marcha, vía venosa, enfermedades crónicas, estado mental) y se agregaron al cuestionario otros factores de riesgo encontrados en la literatura (índice de masa corporal, edad, consumo de medicamentos, incontinencia urinaria), a las pacientes ginecológicas que se encontraban en el área de hospitalización del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo en donde se aplicará una encuesta basada en la escala de Morse que evalúa antecedente de caída, diagnóstico secundario, ayuda para deambular, vía venosa, marcha, conciencia, estado mental, el resultado de esta encuesta se expresa como riesgo bajo, medio y alto para caída. Además se agregaron al cuestionario otros factores de riesgo que se encontraron en la literatura, como el lugar donde ocurrió la caída, el mecanismo de la caída, índice de masa corporal, consumo de medicamentos, edad; a las pacientes procedentes de l área de hospitalización que acepten participar.

Análisis Estadístico

Los resultados se expresan en frecuencias absolutas, porcentajes, mediana, mínimo y máximo.

Aspectos éticos.

El protocolo fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud con el número R-2020-3606-013 y lasa pacientes firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Se realizaron un total de 237 encuestas de las cuales 51.5% (n = 122) fueron en pacientes con patología ginecológica y el 48.5% (n = 115) fueron en pacientes con patología oncológica.

La mediana de la edad en las pacientes ginecológicas fue de 44.5 años con una mínima de 19 y máximo de 84. De las pacientes ginecológicas 9.8% (n = 12) reportaron haber sufrido una caída en el último año, de las cuales el 25% (n=3) se resbaló, el 58.3% (n = 7) tropezó con algún objeto, y el 16.7% reportó haber tenido un episodio de mareo. El lugar donde ocurrió la caída en el 50% (n = 6) fue en el trabajo y 50% (n = 6) en la calle. (p < 0.001).

Se observó que las pacientes ginecológicas tenían una mediana de índice de masa corporal de 28.3 Kg/m² con un mínimo de 18.1 y máximo de 43, en el grupo de pacientes oncológicas se observó una mediana en el índice de masa corporal de 31.2 Kg/m² con un mínimo de 20.3 y máximo de 51.

Respecto a la presencia de enfermedades crónicas se encontró que de las pacientes que tuvieron una caída en el último año el 50% (n = 6) tiene una enfermedad crónica y las pacientes que no sufrieron alguna caída en el último año el 40.9% (n = 45) fue portadora de alguna enfermedad crónica y el 57.3% (n = 63) se reportó como sana.

En cuanto a la dificultad para la deambulacion en las pacientes ginecológicas que reportaron un evento de caída se encontró que el 83.3% (n = 10) refirió no necesitar ayuda para deambular y el 16.7% (n = 2) necesitó asistencia de enfermería para la deambulacion. En las pacientes que no se cayeron se encontró que el 93.6% (n = 103) no necesitan ayuda para deambular, 2.7% (n = 3) reposo en cama, 2.7% (n = 3) deambulacion con asistencia de enfermería, 0.9% (n=1) utiliza bastón.

En las alteraciones de la marcha en las pacientes ginecológicas de las que tuvieron una caída el 100% (n = 12) se reportaron sin alteraciones para la marcha. De las pacientes que no se cayeron

97.3% (n = 107) se reportaron sin alteraciones para la marcha, 1.8% (n = 2) se reportó débil, 0.9% (n = 1) con marcha alterada.

En las pacientes ginecológicas se observó que de las pacientes que tuvieron alguna caída el 66.7% (n = 8) se encontraban canalizadas, 33.3% (n = 4) no contaban con canalización. De las pacientes que no tuvieron caída se reportó que 60.9% (n = 67) estaban canalizadas y el 39.1% (49) no estaban canalizadas.

Del uso de medicamentos en las ginecológicas se observó en el grupo de pacientes que tenían antecedente de caída el 41.7% (n = 5) consumía algún medicamento y el 58.3% (n = 7) negó consumir medicamentos. De las pacientes que no tenían el antecedente de caída el 38.2% (n = 42) tomaba algún medicamento y el 61.8% (n = 68) no tomaba medicamentos.

De las pacientes ginecológicas encuestadas en la que tuvieron una caída se encontró que el 8.3% (n = 1) tenía incontinencia urinaria y el 91.7% (n = 11) no. De las que no tuvieron una caída se observó que el 15.5% (n = 17) tenían incontinencia urinaria y el 84.5% (n = 93) no.

En cuanto a los resultados del grupo de pacientes oncológicas se encontró que la mediana de la edad fue de 65 años con una mínima de 27 y máximo de 84, mediana de 65. De las pacientes oncológicas 6% (n = 7) reportaron haber sufrido una caída en el último año, de las cuales el 100% (n = 7) se tropezó con algún objeto ($p < 0.001$). El lugar donde ocurrió la caída en el 57.1% (n = 4) fue en el hogar y el 42.9% (n = 3) en la calle. ($p < 0.001$).

Respecto a las enfermedades crónicas se encontró que de las pacientes oncológicas que tuvieron una caída en el último año el 85.7% (n = 6) tenía alguna enfermedad crónica, el 14.3% (n = 1) se reportó sin comorbilidades y de las pacientes que no tuvieron alguna caída en el último año el 64.8% (n = 70) era portadora de alguna enfermedad crónica y el 35.2% (n = 38) sin comorbilidades.

En la dificultad para la deambulación de las pacientes oncológicas que reportaron un evento de caída se encontró que el 100% (n = 7) refirió no necesitar ayuda para deambular. En las pacientes

que no se cayeron se encontró que el 96.3% (n = 104) no necesitaban ayuda para deambular, 2.8% (n = 3) se encontraba con reposo en cama y 0.9% (n = 1) necesitaba asistencia de enfermería.

Respecto las alteraciones de la marcha en las pacientes oncológicas de las que tuvieron una caída el 100% (n = 12) se reportaron sin alteraciones para la marcha. De las pacientes que no se cayeron 97% (n = 105) se reportaron sin alteraciones para la marcha.

En las pacientes oncológicas se observó que de las que tuvieron alguna caída el 42.9% (n=3) se encontraban canalizadas, 57% (n = 4) no contaban con canalización. De las pacientes que no tuvieron caída se reportó que 47.2% (n = 51) estaban canalizadas y el 52.8% (n = 57) no estaban canalizadas.

Del uso de medicamentos en las pacientes oncológicas se observó en el grupo de pacientes que tuvieron una caída que el 71.4% (n = 5) consumía algún medicamento y el 28.6% (n = 2) negó consumir medicamentos. De las pacientes que no tienen antecedente de caída el 62.0% (n = 67) tomaba algún medicamento y el 38.0% (n = 41) no tomaba medicamentos.

De las pacientes oncológicas encuestadas en la que tuvieron una caída se encontró que el 14.3% (n = 1) tenía incontinencia urinaria y el 85.7% (n = 6) no. De las que no tuvieron una caída se observó que el 2.8% (n = 3) tenían incontinencia urinaria y el 97.2% (n = 105) no.

Respecto al nivel de riesgo de caída que evaluaba la escala de Morse se observó que en las pacientes ginecológicas el 68.9% (n = 84) tenían un riesgo bajo, el 23% (n = 28) riesgo intermedio y el 8.2% (n = 10) tenía riesgo alto. En el grupo de pacientes oncológicas se observó que el 70.4% (n = 81) tenía riesgo bajo, el 27% (n = 31) tenían riesgo intermedio y solo el 2.6% (n = 3) tenían riesgo alto. En esta escala de evaluación no se encontró diferencia significativa entre el riesgo de caída entre el grupo de pacientes ginecológicas vs las pacientes oncológicas ($p = 0.15$).

Discusión

La seguridad es un principio fundamental de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad, se conoce que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los efectos adversos dan lugar a discapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes pueden conducir hasta la muerte, lo que genera un problema de salud pública es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente en 2005 (1). Posteriormente en mayo del 2007 la Organización mundial de la salud creó las metas internacionales para la seguridad del como parte de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria. En la que está incluida la meta de reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. (4)

Las lesiones relacionadas con caídas son la segunda causa principal de años vividos con discapacidad en todo el mundo según la organización mundial de la salud. Se encontró que la mayoría de los estudios de caídas están dirigidos a población de edad avanzada, sin embargo, es cada vez más frecuente la incidencia de caídas en población de mediana edad (5). En esta encuesta realizada en cuanto a la edad encontramos en las pacientes ginecológicas una mediana de 44.5 con una mínima de 19 y máxima de 84, de estas pacientes el 9.8% tenía antecedente de caída en el último año. De acuerdo a la escala de Morse en el grupo de pacientes ginecológicas observamos que el 8.2% tenía riesgo alto para caída, el 23% riesgo intermedio y el 68.9% riesgo bajo. En el grupo de pacientes oncológicas la mediana de la edad fue de 65 con mínima de 27 y máxima de 84, el porcentaje de pacientes que sufrió alguna caída en el último año fue de 6.1%. Escala Morse con riesgo alto el 2.6% riesgo intermedio 27% y riesgo bajo el 70.4%, (tabla 6) no se observó diferencia significativa entre el riesgo de caída entre un grupo y otro ($p = 0.15$), solo

podemos observar que aunque el grupo de edad es diferente ginecológicas mediana (44.5 años) oncológicas mediana (65 años); el riesgo de caída en ambos grupos es similar. (5)

De los otros factores de riesgo encontrados en la literatura incluyen edad avanzada, antecedentes de caídas, deterioro cognitivo, mareos o vértigo, riesgos ambientales, movilidad disminuida, uso de ciertos medicamentos y discapacidad visual. (6) en cuanto al uso de medicamentos, la presencia de enfermedades crónicas no se observó una diferencia significativa entre la población que sufrió alguna caída en el último año y la que no tampoco sin embargo sin Comparamos el grupo de ginecológicas con el grupo de oncológicas se observó que si hubo diferencia estadísticamente significativa $p = 0.001$. Otro factor de riesgo evaluado y que no pertenece a los puntos de evaluación de la escala de Morse, es el de uso de medicamentos en la pacientes ginecológicas encontramos que el 38.5% utilizaba algún medicamento vs las pacientes oncológicas que el 61.5% utilizaba medicamentos con una sigificancia estadística ($p = 0.001$).

Peligros ambientales: los riesgos ambientales son la causa del 16% de las caídas en asilos. Los peligros ambientales comunes en el entorno de atención de salud institucional incluyen: pisos mojados, habitaciones abarrotadas de muebles, altura incorrecta del asiento del inodoro o altura de la cama, tipo de piso, con caídas más probables con pisos de alfombra en comparación con pisos de vinilo. (7) en esta encuesta se evaluó el lugar donde ocurrió la caída y el mecanismo de la misma encontrando que en el grupo de pacientes ginecológicas el 50% se cayó en el lugar de trabajo y el otro 50% en la calle, sin embargo en las pacientes oncológicas se encontró que el 57.1% se cayó en el hogar y el 42.9% en la calle, es probable que esta diferencia se pueda explicar con la diferencia de edad entre un grupo y otro por lo tanto las actividades que realizan suelen ser diferentes.

En cuanto a otros factores de riesgo como, dificultad para caminar o alteraciones en la marcha, presencia o no de vía venosa, fuera del contexto de la escala Morse en la que estos puntos se evaluaban de forma individual no se encontró diferencia significativa entre las pacientes ginecológicas y oncológicas que tenían antecedente de caída en el último año ni en las pacientes que no tenían riesgo de caída. (Tabla 4).

Respecto a la incontinencia urinaria como factor de riesgo también se encontró que en las pacientes ginecológicas el 15.6% tenía incontinencia urinaria en comparación con las pacientes oncológicas sin antecedente de caída que solo se presentó en el 2.8% la comparación se reportó con significancia estadística $p = 0.001$.

Conclusiones

En este estudio se pudo observar que no hay diferencia significativa entre el grado de riesgo (bajo medio y alto) entre el grupo de pacientes ginecológicas y el grupo de pacientes oncológicas, a pesar de que el grupo de edad es diferente ya que las ginecológicas tuvieron una mediana de 44.5 y las oncológicas de 65. También podemos observar que la mayoría de la población ginecológica y oncológica a la que se ofrece servicio en este hospital se encuentra en el grupo de riesgo bajo para caídas. En cuanto al resto de factores de riesgo para caída encontrados en la literatura y evaluados en este cuestionario, se encontró que son heterogéneos, y que no se puede relacionar uno solo con el incremento en la frecuencia de caída ni en el incremento del riesgo de caídas.

Bibliografía

1. World Health Organization. World Alliance For Patient Safety: Forward Programme 2005. WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2004:1-33.
https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
2. González C, Reynoso M.A, Implementación de metas internacionales de seguridad en el paciente en atención ambulatoria. Revista CONAMED 2015;20:78-82.
3. World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved, feb 20, 2020. from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf Google Scholar
4. White AM, Tooth LR, Peeters GMEE. Fall risk factors in mid-age women: the australian longitudinal study on women's health. *Am J Prev Med* 2018;54(1):51-63.
5. Nitz JC, Low Choy NL. Falling is not just for older women: support for pre-emptive prevention intervention before 60. *Climateric* 2008;11(6):461-466.
6. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-Tepavcevic D, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 year of age. *Psychogeriatrics* 2017;17:215-223.
7. Berry S, Kiel DP. Falls: Prevention in nursing care facilities and hospital setting. UpToDate Waltham, Mass.; UpToDate, 2018.
8. Hu J, Xia Q, Jiang Y, et al. Risk factors of indoor fall injuries in community-dwelling older women: A prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* 2015;60:259-264.
9. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, et al. Risk factors for injurious falls in older adults: the role of sex and length of follow-up. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:246-253.
10. Morse JM, Black C, Oberle K, et al. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Soc Sci Med* 1989;28:81-86.

11. Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Appl Nurs Res* 2003;16:9-21.
12. Campanini I, Mastrangelo S, Bargellini A, et al. Feasibility and predictive performance of the Hendrich Fall Risk Model II in a rehabilitation department: a prospective study. *BMC Health Services Research* 2018; 18:18-26.
13. Poe S, Cuach M, Gartrell D, et al. An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management. *J Nurs Care Qual* 2005;20:2 107-116.
14. Oliver D, Britton M, Seed P, et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-1053.
15. Harrington L, Luquire R, Vish N, et al. Meta-analysis of fall-risk tools in hospitalized adults. *J Nurs Adm* 2010; 40:483-488.
16. Kim EA, Mordiffi SZ, Bee WH, et al. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *J Adv Nurs* 2007;60:427-435.

ANEXO 1

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad Médica de Alta Especialidad
 Hospital de Gineco Obstetricia número 4
 "Luis Castelazo Ayala"
 Protocolo de investigación

Número consecutivo _____

¿Ha sufrido alguna caída en el último año?

Si No

En caso de que la respuesta sea positiva:

Lugar donde sucedió:

- a) Hogar
- b) Trabajo
- c) Calle

¿Cuál fue el mecanismo por el que sufrió la caída?

- a) Resbaló
- b) Tropezó con algún objeto
- c) Pérdida del estado de conciencia
- d) Dificultad para caminar
- e) Mareo

Edad _____

Peso: _____ Estatura: _____ IMC _____

Diagnostico secundario (enfermedades crónicas)

Si No

Motivo de hospitalización:

¿Requiere ayuda para deambular?

- a) No
- b) Reposo en cama
- c) Asistencia de enfermería
- d) Bastón / muletas o andador
- e) Se apoya en los muebles

¿Tiene alguna dificultad para la marcha?

- a) Ninguna
- b) Inmovilizado
- c) Débil o reposo en cama
- d) Alterada / requiere asistencia.

¿Se encuentra canalizada?

Si No

¿Toma algún medicamento? Si la respuesta es afirmativa, especifique cual.

Si No

¿Tiene incontinencia urinaria (fuga de orina)?

Si No

Tablas

Tabla 1. Datos generales de pacientes ginecológicas y oncológicas

	Ginecológicas (n=122)	Oncológicas (n=115)
Edad (años)	44.5 (19-84)	65 (27-84)
Caída en el último año	9.8%	6.1%
Presencia de enfermedades crónicas	44.2%	66.1%
Canalizadas	61.5%	47%
Uso de medicamentos	38%	62%
Incontinencia urinaria	14.8%	3.5%

Los resultados se expresan en medianas (mínimo y máximo) y porcentajes

Tabla 2. Mecanismo de caída en pacientes ginecológicas y oncológicas

	Ginecológicas ^a (n=12)	Oncológicas ^b (n=7)
Resbaló	25% (3)	100% (7)
Tropezó con objeto	58.3% (7)	0
Pérdida de consciencia	0	0
Dificultad para caminar	0	0
Mareo	16.7% (2)	0

Los resultados se expresan en porcentajes y (n)

a) p (0.000) b) p (0.000)

Tabla 3. Lugar de caída en pacientes ginecológicas y oncológicas

	Ginecológicas ^a (n=12)	Oncológicas ^b (n=7)
Hogar	0	57.1% (4)
Trabajo	50% (6)	0
Calle	50% (6)	42.9% (3)

Los resultados se expresan en porcentajes y (n)

a) $p < 0.001$ b) $p < 0.001$)

No se entiende

Tabla 4. Datos generales de pacientes que tuvieron antecedente de caía; comparación de pacientes ginecológicas vs oncológicas.

	Ginecológicas ^a (n=12)	Oncológicas ^b (n=7)	P
Presencia de enfermedades crónicas	50% (6)	58.7% (6)	0.120
Sin dificultad para la marcha	100% (12)	100% (7)	0.253
Se encontraban canalizadas	66.7% (8)	42.9% (3)	0.311
Utilizaban medicamentos	41.7% (5)	71.4% (5)	0.210
Antecedente de incontinencia urinaria	08.3% (1)	14.3% (1)	0.683

Los resultados se expresan en porcentajes y (n)

Tabla 5. Datos generales de pacientes sin antecedente de caía; comparación de pacientes ginecológicas vs oncológicas.

	Ginecológicas ^a (n=110)	Oncológicas ^b (n=108)	P
Presencia de enfermedades crónicas ^a	40.9% (45)	64.8% (70)	< 0.000
Sin dificultad para la marcha ^b	93.6% (103)	96.3% (104)	0.575
Se encontraban canalizadas ^c	56.8% (67)	43.2% (51)	< 0.043
Utilizaban medicamentos ^d	38.5% (42)	61.5% (67)	< 0.000
Antecedente de incontinencia urinaria ^e	15.4% (17)	2.7% (3)	< 0.001

Los resultados se expresan en porcentajes y (n)

Tabla 6. Resultados de la evaluación de la escala de Morse en pacientes ginecológicas vs oncológicas.

	Ginecológicas (n=122)	Oncológicas (n=115)	Total (n=237)
Riesgo alto	8.2% (10)	2.6% (3)	5.5% (13)
Riesgo intermedio	23.0% (28)	27.0% (31)	24.9% (59)
Riesgo bajo	68.9% (84)	70.4% (81)	69.6% (165)

p= 0.152

Los resultados se expresan en porcentajes y (n)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3606**.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 024
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 026 2016121**

FECHA **Lunes, 06 de abril de 2020**

M.E. Sebastian Carranza Lira

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Frecuencia de factores personales de riesgo de caída en pacientes ginecológicas hospitalizadas** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2020-3606-013

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Oscar Moreno Alvarez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No.4
 “LUIS CASTELAZO AYALA”



Declaración de Autenticidad y No Plagio

Por el presente documento, yo **Jessica Ivonne Becerril Cabrera** alumno de posgrado de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, del IMSS.

Informo que he elaborado el Trabajo de Investigación, tema de tesis denominado “**Frecuencia de factores personales de riesgo de caída en pacientes ginecológicas hospitalizadas**”, y declaro que:

- 1) En este trabajo no existe plagio de ninguna naturaleza y es de carácter original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, ni utilizado ideas, fórmulas, ni citas completas “strictu sensu”, así como ilustraciones diversas, obtenidas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, etc., (en versión digital o impresa).
- 2) Asimismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos como en Internet.
- 3) Asimismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor, las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en la Normatividad que implique al programa.

Jessica Ivonne Becerril Cabrera

NOMBRE COMPLETO DEL RESIDENTE

Ciudad de México, a 22 de Julio de 2020