

Síntesis de la queja

Se presume mala práctica relacionada con negligencia o falta de cuidado a la paciente, pues durante su hospitalización, presentó caída con traumatismo en ojo derecho y lesión esclerar grave.

Pretensiones

Que la Institución demandada otorgue una indemnización a la paciente, ya que ella se sostenía económicamente, haciendo productos manuales. Que la Institución de Salud proporcione atención médica rehabilitatoria que requiera, con el máximo nivel de atención.

Resumen clínico

1 de julio 2003

Paciente femenino de 84 años, la cual sufre caída de su plano de sustentación presentando contusión sobre cadera izquierda.

Ingresa al servicio de Urgencias. Es valorada, encontrándose reactiva, consciente, con palidez de tegumentos, buena hidratación, muñeca izquierda con aumento de volumen y rotada, miembro pélvico izquierdo con acortamiento y rotación externa, hipertrofia del mismo. Ambos miembros lesionados con crepitación ósea y limitación de arcos de movilidad. Estudios de rayos X reportan solución de continuidad ósea transtrocantérica, trazos oblicuos completos, así también solución de continuidad ósea a nivel de metáfisis distal del radio, trazo completo transverso impactado.

En la nota de Enfermería del turno matutino, se menciona que la paciente se encuentra poco cooperadora, desorientada y quejumbrosa. En el turno nocturno se menciona a una paciente senil con Glasgow de 15.

Diagnóstico

Fractura transtrocantérica de fémur izquierdo. Fractura metafisaria distal de radio izquierdo.

3 de julio 2003

La paciente es ingresada al servicio de Geriatria y Ortopedia, se proporcionan cuidados preoperatorios y tratamiento farmacológico para el dolor e inflamación, así como la inmovilización de las extremidades lesionadas. La nota de Enfermería del turno vespertino a las 16 horas menciona, "paciente en delirium e inquietud con desorientación temporoespacial, cooperadora, hemodinámicamente estable". Posteriormente a las 17 horas la enfermera realiza sujeción gentil. El turno nocturno de Enfermería reporta: "paciente alterada, con delirio e inquietud, se reporta a médico de guardia, el cual hace caso omiso. La enfermera al realizar el cambio de turno menciona en su nota de Enfermería "continúa paciente desorientada, grosera e irritable".

4 de julio 2003

16:00 horas. Ingresa paciente a quirófano para la realización de reducción abierta y fijación interna con clavo-placa DHS (*Dynamic hip screw*). Manipulación externa de fractura de muñeca. Se proporciona anestesia con bloqueo mixto (peridural y subaracnoideo), sedación con midazolam 1 mg más fentanil 50 mg, tiempo quirúrgico de 2 horas con 40 minutos, sangrado aproximado de 240 mL. Volumen urinario por hora de 100 mL. Se coloca aparato de yeso braquial y cojín abductor. En sala de recuperación, la enfermera quirúrgica reporta: paciente consciente, inquieta, signos vitales dentro de los parámetros normales, venoclisis permeable, llenado capilar adecuado de ambos miembros operados, heridas quirúrgicas limpias.

Nota de Enfermería en sala de recuperación 16:30 horas: Recibo paciente senil, bajo efectos de bloqueo, inquieta, con venoclisis en miembro superior derecho permeable, herida quirúrgica limpia y seca con drenovac a succión, aparato de yeso en brazo izquierdo, se proporcionan cuidados generales de

CASO CONAMED Enfermería

CONAMED Case Nursing

Lic. Miguel Ángel Córdoba Ávila
Dirección de Investigación
CONAMED

Enfermería. Sube paciente a piso por alta de anestesiología.

23:30 horas. La paciente es egresada del área de recuperación posquirúrgica al servicio de Geriátrica y Ortopedia. La enfermera de piso recibe a la paciente consciente, inquieta, signos vitales dentro de los parámetros normales, venoclisis permeable en miembro superior derecho, aparato de yeso braquial en muñeca izquierda, drenovac a succión cerrada en herida quirúrgica de cadera izquierda, heridas quirúrgicas limpias y secas, revisa circulación distal de miembros operados, se asegura de dejar cómoda a la paciente. Posteriormente, busca al médico de guardia de Ortopedia en su oficina para comunicarle el ingreso de la paciente. Después realiza una llamada al departamento de informes para la localización de los familiares de la paciente que reingresó; a continuación, acude al llamado de la paciente de la cama contigua a la que le había ingresado, la cual le gritó pidiendo ayuda, ya que la paciente se había caído; la encuentran en el piso en decúbito ventral, la enfermera pide apoyo de camillero y médico de guardia para subir a la paciente a su cama, se observa traumatismo en ojo derecho, con ligero sangrado, dolor en ojo, así como drenovac y venoclisis desconectados. El médico de guardia realiza exploración sin encontrar alteraciones aparentes sobre las cirugías. Se solicita interconsulta a Oftalmología, la cual diagnóstica laceración de esclera y traumatismo grave del globo ocular; se realiza procedimiento quirúrgico con anestesia general balanceada.

Diagnóstico quirúrgico: Reparación de herida esclerar.

5 de julio 2003

Nota de Enfermería: paciente somnolienta, parche ocular en ojo derecho, aparato de yeso en brazo izquierdo, se administran medicamentos indicados durante el turno.

6 de julio 2003

Nota de Enfermería en sala de Geriátrica y Ortopedia: paciente femenina senil, orientada, palidez de tegumentos, parche ocular en ojo derecho, gotas administradas por familiar, se brindan cuidados generales de Enfermería.

10 de julio 2003

Nota de evolución, Ortopedia: Herida quirúrgica sin infección, ni dehiscencias, se egresa por parte del servicio, cita en consulta externa en 10 días.

Diagnósticos de alta: P.O.P. Fx de cadera RAFI con DHS.

Fx de radio distal.

Delirium remitido.

Deterioro cognitivo.

Trauma ocular derecho (Sutura de herida esclera).

25 de julio 2003

Nota servicio Oftalmología: paciente con dolor ocular y periorbitario, por lo que al revisarla y no percibir luz en ojo derecho, se decide la evisceración, la cual se realiza sin complicación, con anestesia general y en sala de quirófano, se coloca un implante de MEDPOR y conformador.

Análisis del caso

El presente análisis está basado en los datos obtenidos del expediente. Con el objetivo de saber:

- Si el equipo multidisciplinario de salud del servicio de Geriátrica y Ortopedia atendió sus obligaciones de medios.
- Si el personal de Enfermería realizó un plan de cuidados, específico e individualizado de la persona con el fin de identificar y satisfacer cada una de las necesidades básicas de la paciente.

El objeto del presente, es el de apreciar elementos periciales acerca del

cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio de Enfermería. De igual modo, coadyuvar desde el ángulo clínico a esclarecer hechos para mejorar la práctica diaria del profesional de Enfermería.

El velar por la seguridad de nuestros pacientes y prevenir los eventos adversos es una obligación no renunciante. Es un componente crítico en la gestión de calidad asistencial en instituciones de salud. El no dañar como primera regla, es también un principio rector en el acto quirúrgico (durante el perioperatorio). La seguridad de nuestros enfermos pasa por la minimización del riesgo de presentar un evento adverso.

Los eventos adversos pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados. Sin embargo, es aquí, en los errores, donde cabe aplicar todas las medidas y esfuerzos en la prevención, ya que los errores son prevenibles.

El profesional de Enfermería como principal integrante del grupo multidisciplinario es el que *realiza la oportuna identificación del riesgo* para prevenir daños, disminuir la morbilidad y bajar los costos hospitalarios

Existen varios reportes, en la literatura especializada, que refieren que las caídas suelen ocurrir en los pacientes hospitalizados, con una frecuencia que oscila entre 13% y 32%. En las unidades de salud, las caídas se presentan hasta en 47% de los pacientes. Otros reportes señalan una frecuencia de hasta 133 eventos en cinco meses.¹

Los pacientes que sufren caídas, han padecido lesiones físicas (70% de las caídas generan lesiones, de las que 1% a 10% corresponden a fracturas). Por tanto, el paciente hospitalizado que se cae, aumenta significativamente su morbilidad y los costos de los sistemas de salud, además de ser blanco de futuras intervenciones.²

Refiere la literatura que las medidas para reducir las caídas en los hospitales han recibido poca atención, por ello es necesario implantar un programa interdisciplinario de prevención de caídas, a fin de reducir su incidencia en los hospitales, atendiendo a las particularidades propias, tanto de los pacientes como de la unidad hospitalaria.

Las obligaciones del personal de salud se dividen en obligaciones de medios, de seguridad. Al área de Enfermería le competen las obligaciones de medios y de seguridad. Las obligaciones de medios, se definen como el compromiso de poner todos los recursos y la diligencia necesarios en el ejercicio profesional, aplicando el saber y el proceder, a través de una conducta prudente y diligente. Estas acciones y actitudes son siempre exigibles a los profesionales de salud. Las obligaciones de seguridad, son dirigidas al deber de evitar accidentes y se refieren a que el personal de salud debe hacer uso correcto de los aparatos y equipo, así como, colaborar para mantenerlos en buenas condiciones de manera que se pueda ofrecer la mayor seguridad a los usuarios de los servicios de salud.³

En un reporte de la literatura se señaló que de 17 caídas, 7%, se produjeron incluso cuando el paciente tenía instauradas medidas de protección, lo que lleva a plantear si las medidas aplicadas eran las adecuadas o no.⁴

El ingreso hospitalario plantea una serie de riesgos que no se limitan sólo a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente con el medio. Durante su paso por las instalaciones del hospital le pueden suceder incidentes imprevistos que originan lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas, las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados, no sólo del personal de Enfermería sino del personal médico.

La estancia de un paciente en el hospital supone siempre un riesgo, independientemente de la entidad patológica por la que se ingresa. El paciente hace uso de las instalaciones del hospi-

tal, se traslada o es trasladado de un sitio a otro en camilla u otros medios; se desplaza por el hospital y es sometido a procedimientos y técnicas curativas o de exploración y/o intervenciones quirúrgicas. La interrelación del paciente con el medio hospitalario origina riesgos, entre ellos podríamos mencionar caídas en el baño, caídas desde la cama, lesiones al pasar al paciente de una camilla a otra, lesiones que se pueden producir al realizar alguna exploración, etc.

Dentro del amplio rango de los riesgos del medio hospitalario, las caídas constituyen un evento relativamente frecuente en todos los hospitales del mundo y pueden tener consecuencias importantes tanto a nivel individual como de la institución, siendo uno de los indicadores más usados para la medición de la calidad de los cuidados de Enfermería. Los estudios indican que las dos terceras partes de las caídas se pueden prevenir.⁵

Resulta necesario establecer la magnitud del problema al que se enfrentan los profesionales de la salud (directivos, administrativos, médicos, enfermería y personal paramédico) e implantar estrategias, puesto que el estudio detallado de los accidentes/incidentes y de las circunstancias que los rodean permitirán identificar los pacientes que están en riesgo y poner en marcha medidas que minimicen y/o eviten los incidentes.

También es necesario identificar accidentes/incidentes originados por caídas de los pacientes hospitalizados, conocer las circunstancias en que se producen, identificar los factores relacionados con las mismas y examinar las consecuencias de los incidentes para implementar medidas de solución.

En cada paciente que sufre una caída intrahospitalaria, es deseable que se registren los siguientes datos, a fin de prevenir nuevos eventos:

- a) Información sobre el paciente: edad, sexo, fecha de ingreso, servicio en el que estaba ingresado.
- b) Datos sobre el incidente: fecha en que se produjo, hora, servicio en

el que se produce, lugar físico concreto (habitación, servicio, pasillo, otros), situación del paciente (solo, acompañado por un familiar, acompañado por personal de salud), iluminación que existía en el momento del incidente (luz natural, iluminación eléctrica general, pilotos, oscuridad).

- c) Tipo de incidente: caída en reposo (desde la cama, camilla, silla o sillón, silla de ruedas) y caída en bipedestación (deambulando, al levantarse, al acostarse, al sentarse, en el servicio o cuando se encuentre en la regadera).
- d) Condiciones estructurales que puedan influir en el incidente: ausencia de barandales en la cama, suelo resbaladizo, falta de agarraderas.
- e) Estado general del paciente en el momento de sufrir el incidente: nivel de conciencia (orientado, confuso, inconciente, agitado), nivel de movilidad (independiente, apoyo mecánico, ayuda parcial, ayuda total), patologías que puedan influir en el incidente (inestabilidad motora, problemas de visión), fármacos administrados (psicofármacos, diuréticos, hipotensores).
- f) Causa del incidente, tal como la identifica el paciente si está consciente o los profesionales en caso contrario (mareo, desconocimiento del entorno, resbalón, movimiento en la cama).
- g) Consecuencias del incidente: sin lesiones, excoriaciones, hematomas, heridas abiertas, fracturas. A excepción del primer ítem, los demás nos harían incluir el incidente en la categoría de accidente según la definición expuesta.
- h) Zona(s) afectada(s), en caso de que la respuesta a la variable anterior haya sido positiva, se identifica la localización anatómica de la lesión.⁶

Destaca también que muchos de los incidentes se producen en pacientes conscientes y orientados; este hecho puede llevarnos a pensar que las mayores medidas preventivas que se to-

man en el caso de pacientes agitados son eficaces. Sin embargo, en las personas que están clasificadas como orientadas y con movilidad independiente se produce un buen número de incidentes; esto debe llevar a ser más precavidos en estos casos, especialmente cuando se trata de personas de edad avanzada.

Se ha reportado que las fracturas sobre el total de caídas registradas varían entre 8% y 10%; en este sentido hay que tener en cuenta que esta complicación se presenta en población anciana y por tanto, con mayor riesgo de sufrir fracturas como consecuencia de la caída que la población general.

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 define el término caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad".⁴

Las caídas en las personas mayores representan una causa importante de morbi-mortalidad. Más de 70% de las muertes por este motivo suceden en sujetos mayores de 65 años. Los accidentes son la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y las caídas son la principal causa de muerte por accidente; además, la mortalidad por caídas aumenta con la edad.⁴

Las causas que provocan las caídas son múltiples y pueden ser agrupadas en factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los primeros se encuentran los cambios propios de la edad, alteraciones de la marcha y movilidad, trastornos del equilibrio, pobre estado de salud, trastornos emocionales y efectos de la medicación.

Entre los factores extrínsecos cabe destacar, ambientes desconocidos, calzado inadecuado, arquitectónicas de la unidad hospitalaria, del equipo y mobiliario, de elementos de uso personal, de proceso, escasa iluminación. Con la edad disminuye la influencia de los factores extrínsecos aumentando los intrínsecos (edad, factores fisiológicos del

envejecimiento, enfermedades que favorecen las caídas, consumo de fármacos, etc.).

En la bibliografía consultada, aparece descrita una relación directa entre el número de factores crónicos presentes en el sujeto y el riesgo de caídas.

Si bien, la mayoría de las caídas no provocan daños graves, sí producen dolor y sufrimiento en el paciente, aumentando en algunos casos la estancia hospitalaria y, consecuentemente, el gasto de la Institución de salud y de la familia.

Tomando en cuenta las recomendaciones que realizó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico⁷ en lo referente a la prevención de caídas se mencionan las medidas de seguridad que debe implementar la enfermera en el cuidado que le brinda al paciente.

Medidas de seguridad relacionadas con el personal de Enfermería

- a) Detectar los riesgos de caída: físico, mental o farmacológico. Registrar el riesgo de caída en el reporte de Enfermería.
- b) Explicar al paciente y su familiar la razón del uso de barandales para evitar la renuencia a utilizarlos.
- c) Comprobar que el timbre funcione y esté al alcance del paciente.
- d) Orientar sobre el uso del banco de altura y el mobiliario de la unidad.
- e) Acudir rápidamente al llamado del paciente, especialmente en caso de pacientes que necesitan ayuda para ir al sanitario.
- f) Acompañar al paciente hasta el baño, no dejarlo solo. Y regresarlo a su cama.
- g) Mantener al alcance del paciente los objetos de uso personal, además tener disponible para su uso el cómodo y el orinal.

- h) Proporcionar educación al paciente y su familia sobre medidas de seguridad.
- i) Orientar al paciente para que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural.
- j) Retroalimentar a los estudiantes de Enfermería sobre estas medidas de seguridad, darles a conocer el protocolo de prevención de caídas, durante el curso de orientación a la Institución.

Si se llevan a cabo estas medidas se podrán prevenir consecuencias serias tanto físicas, como psíquicas y sociales; en las primeras se pueden ubicar las fracturas, la incapacidad física y en algunas ocasiones la muerte.⁷

Análisis

Existen recomendaciones, que no se llevaron a cabo por el personal de Enfermería y se analizan a continuación:

1. *Contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída en todos los pacientes desde su ingreso y durante su hospitalización.* La enfermera desconocía este protocolo.
2. *Valorar y registrar los factores de riesgo potencial de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria lo que implica identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente.* Lo cual no realizó la enfermera quirúrgica, al omitir en la entrega a la enfermera de piso y en la hoja de registros de Enfermería, las condiciones físicas y mentales en las que se encontraba la paciente.
3. *Establecer el plan de cuidados y las intervenciones de Enfermería correspondientes con la valoración del riesgo real o potencial de caída*

del paciente. La enfermera de piso no realizó una valoración adecuada de la paciente, ya que no implementó un plan de cuidados con diagnósticos potenciales o de riesgo de caída en la paciente.

4. *Utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas.* No se utilizaron los aditamentos de seguridad necesarios para evitar la caída de la paciente.
5. *Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente al jefe inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la institución o unidad.* No se encuentra documentado en los registros de Enfermería la falta de equipo o mobiliario para proporcionarle medidas de seguridad a la paciente.
6. *Dar continuidad a las medidas de seguridad adoptadas o establecidas en el protocolo y hacer los ajustes necesarios.* La enfermera del área de quirófano no menciona las medidas de seguridad en la sala de recuperación a la enfermera de piso y tampoco las documenta en sus registros por lo que el riesgo o accidente de caída pudo haber sucedido desde el área de quirófano.
7. *Documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención o los incidentes o accidentes que se hubieran presentado durante la estancia hospitalaria del paciente.* En los registros de Enfermería no se encuentra documentada la caída de la paciente ni su estado físico, psicológico postraumatismo, lo cual evidencia un error en la falta de dar constancia de las condiciones en que se encuentra la paciente.

Es importante señalar que el punto número cuatro de estas recomendacio-

nes menciona: Informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuir el riesgo de caídas. Esto no se realizó ya que la paciente se encontraba sola en sala de Geriatria. La bibliografía consultada menciona que la presencia del acompañante no es una garantía como para descuidar otro tipo de medidas (barandales, sujeción gentil, posición cómoda, etc.).⁶

La mayoría de las caídas se producen en los tres primeros días del ingreso; esto puede ser atribuido a que es el momento en que la patología causante del ingreso suele estar en su fase más aguda y, además, el medio resulta aún desconocido; tales factores pueden combinarse para originar más caídas. Por lo cual analizando el caso, la paciente se encontraba en su tercer día de hospitalización en el momento de la caída e ingresa a la sala de Geriatria y Ortopedia; por lo cual desconocía el área física donde se encontraba aunado al dolor en la herida quirúrgica y somnolencia postanestésica; debido a la sedación proporcionada en el acto quirúrgico; era necesario realizar las medidas de seguridad con el fin de evitar un accidente.

Es importante mencionar acerca de la nota de Enfermería, que dentro de la normatividad Mexicana, es parte de un expediente clínico que es considerado un documento legal, y que tiene su fundamento en la Norma Oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998.

Se define el registro de Enfermería como: el conjunto informativo relativo a cada paciente de la prestación del cuidado, proporcionado por el profesional de salud correspondiente, así como por los auxiliares; es decir se han de recoger los datos de carácter de salud de cada paciente. Además, en la hoja de Enfermería se hace constar los acontecimientos que han ocurrido en la jornada laboral, independientemente de las explicaciones verbales dadas al médico durante la visita. Cabe resaltar la aplicación de que cuanto más extensa sea, mejor; ya que en caso de algún problema legal o de tipo adm-

nistrativo, ésta constituirá un auténtico medio de prueba y defensa para el profesional de enfermería.

Es importante registrar los signos y síntomas en la hoja de Enfermería, ya que son datos relevantes que nos orientan a identificar necesidades de atención. Además, la hoja de Enfermería es un documento legal que avala la calidad y continuidad de los cuidados, mejora la comunicación, evita errores y posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado hacia los pacientes.

Se mencionan a continuación, algunas acotaciones importantes para el personal de Enfermería de acuerdo a la valoración, según la teoría de necesidades de Virginia Henderson y que debió redactar y/o realizar.

Evitar los peligros del entorno

La paciente era muy dependiente a su ingreso y durante su estancia hospitalaria, debido a su patología de base y edad, manifestó gran necesidad de atención de Enfermería. Cualquier movimiento pudo presentar un evento adverso. Ella se encontraba al momento del ingreso postquirúrgico con un déficit de autocuidado, ya que el familiar no se encontraba junto a la paciente. En ninguna nota de Enfermería se menciona la estancia del familiar con la paciente. Además de que la fractura en fémur hace más limitada la movilidad de la paciente, lo cual genera que tenga interacciones dependientes de la gente que la rodea.

Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Descansar y dormir.

Un paciente postoperado manifiesta dolor y se relaciona con su incapacidad física, así también por su estado postquirúrgico y lo manifiesta por irritabilidad, queja, inmovilidad, rigidez de miembros y presenta acciones conductivas para la movilidad en cama, con el fin de evitar el dolor, mejorando su posición en la cama.

Al ser movilizada de la camilla de traslado a la cama de hospitalización, se le

causó dolor en el sitio quirúrgico, debido al movimiento de ser cambiada de cama sólo por un camillero, sin tener la ayuda de alguien más para su traslado, ya que la movilización de este tipo de pacientes operados de una articulación le resta movilidad en 60 %; además de que la posición adecuada para dejar confortable a la paciente debería haber sido en abducción, ya que con esta posición se evita el luxamiento de la cadera operada, así como el de evitar el riesgo de caídas debido al equilibrio que maneja la paciente al tener las piernas en un ángulo mayor a 45°.

Las medidas que debió tomar la enfermera son:

- a) Realizar test de La Escala Visual Analógica (EVA): permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad del dolor y de ansiedad.⁸
- b) Mantener una correcta alineación corporal de la paciente durante su permanencia en la cama. Al tener que mantener la cabecera elevada por el estado postanestésico, era conveniente revisar que la posición fuera la indicada, correcta y confortable para la paciente.
- c) Tener cerca de la paciente todo lo que pueda necesitar.
- d) Dejarle el timbre cerca para que pudiera avisar de alguna necesidad.
- e) Favorecer la comunicación.
- f) Tocarle la mano para dar apoyo emocional.

g) Ofrecerle escuchar sus dudas y miedos.

h) Hacerle preguntas para responder sobre su confort, dolor y estado de conciencia.

Existen en la literatura algunas variables que predicen delirium en pacientes añosos hospitalizados como son: deterioro cognitivo previo, depresión y alcoholismo. El postoperatorio es también un importante factor predisponente. La incidencia de delirium en la cirugía cardíaca es de 30%, y en la cirugía de cadera se eleva a 50%. Debido a esto la enfermera estaba comprometida a adoptar medidas de seguridad para la paciente, como son la de uso de barandales y/o sujeción gentil.⁹

También, es importante mencionar que la Institución prestadora de los servicios de salud, tiene igualmente la responsabilidad de proporcionarle al paciente los medios de seguridad, en su estancia hospitalaria, como lo mencionan los requisitos de Acreditación de Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud, estipulado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad.¹⁰ Ya que la paciente carecía de una cama que tuviera barandales; aunado a que el servicio de Geriatría y Ortopedia es el servicio donde, por el tipo de pacientes, tienen más riesgo de sufrir caídas.

En síntesis, podemos hacer las siguientes apreciaciones:¹¹⁻¹⁵

- a) Paciente senil con varios diagnósticos de riesgo y potenciales de Enfermería, lo que la hace ser una paciente demandante de cuidados dependientes.
- b) Se reportó con intranquilidad y desorientación; por ello la colocación de barandales en la camilla y la sujeción de la paciente, era ne-

cesaria y no se realizó, incluso en las condiciones clínicas presentadas hasta ese momento.

- c) Se considera una omisión de anotaciones por parte del personal de Enfermería, cuando la obligación era hacer evidente por escrito en la hoja de Enfermería, la presencia de algún problema técnico con el accidente: falta de barandales, deficiencia de luz, etc., así como, de las condiciones generales postcaída: lesión ocular, estado de conciencia, estado actual de los sitios quirúrgicos, etc.
- d) La omisión de las anotaciones sucedió en casi todos los turnos, independientemente del estado de conciencia de la paciente.
- e) El registro de la hora en el que se verificó el estado de conciencia fue el dato más omitido. El cual es de suma importancia, pues da a conocer el tiempo en el cual tiene más variaciones su estado de conciencia. Con este dato se definiría además la cantidad de eventos que ha tenido la paciente y la regularidad, aunado a los diagnósticos de Enfermería que se realizan en cada evaluación por la enfermera al brindar algún tipo de cuidado específico.
- f) La enfermera quirúrgica, no registró al momento del traslado de la enferma a piso el estado de conciencia de la paciente; sólo menciona el alta por parte del servicio de Anestesiología; ella puede quedar involucrada en una conducta negligente.
- g) El caso se encuentra como mala práctica profesional; así también que la Institución no cubrió las obligaciones de seguridad al no tener el mobiliario adecuado para evitar la caída de la paciente.

Agradecemos a los Doctores Jorge Muñoz, Fernando Rosales y a la Lic. Araceli Zaldivar, como consultores técnicos para la elaboración de este caso.

Referencias

1. Bueno CA, et al. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clínica*. 1999; 112: 10-5.
2. Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Sánchez Jiménez P, Brossa Miguel P, Ortí Contel F, Villanova Solano ML, et. al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. *Enferm Clínica*. 1999; 9: 257-63.
3. Casa Madrid MOR. La atención médica y el derecho sanitario. México: JHG Editores; 1999.
4. Gómez A, Urruela C, Iglesias A. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. *Rev Mult Gerontol*. 2002; 12: 14-8.
5. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud; 2003.
6. Pescador Valero A, Lizán García M, Salas SMA, Romero GA, Córcoles JP. Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000. *Rev Enf Albacete*. 2001;13.
7. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. México: CONAMED; 2005.
8. Arencón A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nicolau M, Romeu E. Escalas de valoración, 2007. Disponible en: http://www.accurauhd.com/doc_escalas.html.
9. Llorens M, Torterolo A y col. Delirium. Uruguay, 2004. Consultado en Internet, www.hmacyel.gub.uy/cmehs/archivos/Tema%20del%20mes/Delirium.pdf.
10. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud, acceso junio 2007, consultado en Internet, <http://www.calidad.salud.gob.mx/opencms/opencms/calidad/cedulas.html>.
11. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones. Madrid: Elsevier; 2003.
12. Smelzer SC, Barre BG. Enfermería médico quirúrgica de Brunner y Suddarth. Séptima ed. México: Interamericana McGraw Hill; 1992. p. 516-640.
13. Zurmendi M, Estevez M, Hernández M. Delirium en un hospital general. México: Libro del XXXI Congreso Nacional de Medicina Interna; 2002.
14. Tapia VM, Salazar CMC, Tapia CL, Olivares RC. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2003; 11: 51-57.
15. Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador No. 5, Prevención de Caídas. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, 2002.