

# Prioridades en materia de seguridad en la UCPA

AMY LUCKOWSKI, PHD, RN, CCRN, CNE

SEGÚN LA Organización Mundial de la Salud, la probabilidad de que un paciente resulte perjudicado durante una estancia en un centro sanitario es de 1:300. En cambio, la posibilidad de que alguien sufra un daño durante un viaje en avión es de 1:1.000.000<sup>1</sup>. Esta contundente cifra refuerza la importancia que la seguridad del paciente continúa teniendo para los organismos sanitarios nacionales y muestra que se trata de un grave problema de salud pública mundial.

## Las enfermeras de la UCPA ofrecen cuidados a pacientes en el período postoperatorio inmediato, cuando corren el mayor riesgo de complicaciones respiratorias y cardiovasculares.

Entre los problemas de seguridad de la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) pueden citarse aquellos relacionados con la identificación del paciente, la visualización del paciente, los traslados del paciente, el síndrome de habituación a las alarmas, la analgesia postoperatoria, el cuadro confusional durante la reanimación postanestésica y la flexibilidad de la plantilla en función de la gravedad del paciente. En este artículo se analiza el papel de las enfermeras para reducir y prevenir estos riesgos de seguridad exclusivos de la UCPA.

### Antecedentes

Las enfermeras de la UCPA ofrecen cuidados a pacientes en el período postoperatorio inmediato, cuando corren el mayor riesgo de complicaciones respiratorias y cardiovasculares durante la recuperación

de la intervención quirúrgica y la anestesia. Los cuidados de la UCPA generalmente se dividen en dos fases: la fase I, cuando los pacientes se recuperan de la anestesia, y la fase II, mientras se preparan para el alta<sup>2</sup>.

Factores como el tipo de anestesia y la respuesta del paciente a esta determinan la duración de la estancia de un paciente en la UCPA. Los criterios estándar del alta de la UCPA se utilizan para decidir si el paciente está preparado para dejar la UCPA de manera segura. Hay varios sistemas de puntuación disponibles, como la escala de Aldrete,

que evalúa la actividad, las respiraciones, la circulación, la conciencia y la SpO<sub>2</sub>. A medida que la puntuación de un paciente en la escala de Aldrete mejora, es apto para obtener el alta de la UCPA<sup>2</sup>.

### Identificación del paciente

Las enfermeras de la UCPA son responsables de ofrecer cuidados seguros al paciente y la identificación del paciente es siempre una prioridad para la seguridad del paciente. Según la Joint Commission, el objetivo número uno de la seguridad del paciente es identificar a los pacientes correctamente para asegurarse de que cada uno de ellos recibe la medicación y el tratamiento correctos. Se necesitan dos identificadores propios del paciente (como el nombre y la fecha de nacimiento) cuando los

pacientes llegan a la UCPA<sup>3</sup>. Las bandas de identificación y alergias también deben contrastarse con la historia clínica del paciente cuando entre en la UCPA, y la cama debe estar en una posición baja con todas las barandillas laterales subidas.

Además, las transfusiones de sangre y otras intervenciones realizadas al paciente en la UCPA requieren un tiempo de espera y el uso de dos identificadores propios del paciente.

### Visualización del paciente

El entorno de la UCPA debe permitir la visualización ininterrumpida del paciente. Si es posible, las enfermeras deberían poder escuchar las alarmas y ver a los pacientes. Es muy importante disponer de una configuración de habitación abierta que ofrezca más de una posición estratégica para visualizar a los pacientes. Además, las enfermeras de la UCPA pueden ofrecer cuidados enfermeros a otros pacientes que no están a la vista<sup>4</sup>.

### Pase de guardia

En la UCPA, el pase de guardia se produce dos veces en un corto espacio de tiempo, ya que las enfermeras de la UCPA reciben informes del quirófano y del departamento de anestesiología. Este intercambio de información puede producirse en un entorno caótico y puede escucharse mal o extraviarse.

El papel de las enfermeras de la UCPA durante los dos intercambios de información consiste en identificar a los pacientes; colocar a los pacientes en monitorización cardíaca continua y en otros equipos de monitorización; obtener las constantes vitales, y realizar valoraciones físicas

específicas, entre las cuales se encuentran las evaluaciones del nivel de conciencia del paciente, los sitios de incisión, los vendajes, los drenajes y la existencia de dolor, náuseas o vómitos. Después de evaluar y estabilizar inicialmente a los pacientes, deben controlar la frecuencia respiratoria, la SpO<sub>2</sub> y la frecuencia y ritmo cardíacos de manera continua. También se reevalúan con frecuencia la permeabilidad de las vías respiratorias, la presión arterial, el estado mental, la función neuromuscular y la temperatura (v. el cuadro *Componentes de un informe de ingreso en la UCPA*)<sup>2-5</sup>.

### Síndrome de habituación a las alarmas

La gestión de las alarmas es un importante problema de seguridad en la UCPA. Según el ECRI, los problemas que originan las alarmas clínicas se clasifican en el cuarto y séptimo lugares de los 10 riesgos de la tecnología sanitaria más frecuentes en 2019 (v. el cuadro *Los 10 riesgos de la tecnología sanitaria más frecuentes en 2019 según el ECRI*)<sup>6</sup>. Además, el cuarto objetivo general de la Joint Commission para los hospitales en 2019 es realizar las mejoras pertinentes para garantizar que las alarmas de los equipos médicos se escuchan y se responden de manera oportuna<sup>3</sup>. Insensibilizados al sonido de las alarmas, los miembros del personal pueden comenzar a ignorarlas y, por tanto, no atender a señales vitales<sup>7</sup>. Se han producido incidentes graves, incluidas algunas muertes, por el hecho de que no se han visto ni se han escuchado las alarmas y tampoco se han respondido adecuadamente. Según la American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN), entre los factores que contribuyen a la mala gestión de las alarmas se cuentan la desactivación, la bajada intencionada del volumen, los problemas de programación, el ruido ambiental, la estricta configuración predeterminada, el aumento de las alarmas molestas y la colocación inadecuada del dispositivo de alarma<sup>8</sup>.

### Analgesia postoperatoria

Otro problema de seguridad de la UCPA es la administración de analgesia

## Componentes de un informe de ingreso en la UCPA

### Antecedentes e intervenciones preoperatorias

- Alergias o reacciones a medicamentos.
- Intervenciones quirúrgicas anteriores pertinentes.
- Enfermedades médicas subyacentes.
- Medicación crónica.
- Problemas agudos, como isquemia, desequilibrio ácido-básico y deshidratación.
- Medicación preanestésica, como antibióticos y tiempo administrado, bloqueadores β-adrenérgicos y antieméticos.
- Control preoperatorio del dolor, como bloqueos nerviosos, medicamentos complementarios y opioides.
- Evaluación preoperatoria del dolor, como índices de dolor crónico y agudo.
- Dieta absoluta.

### Factores intraoperatorios

- Intervención quirúrgica.
- Tipo de anestesia.
- Tipo y dificultad del tratamiento de las vías respiratorias.
- Estado de relajación y antagonista.
- Tiempo y cantidad de opioides administrados.
- Tipo y cantidad de líquidos intravenosos administrados.
- Cálculo de la pérdida de sangre.
- Diuresis.
- Sucesos quirúrgicos o anestésicos inesperados.
- Cifras de constantes vitales intraoperatorias.
- Hallazgos de laboratorio intraoperatorios.
- Medicamentos administrados, como esteroides.

Fuente: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC, Ortega R. *Clinical Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins; 2013:1559.

### Evaluación e informe del estado actual

- Permeabilidad de las vías respiratorias.
- Idoneidad del respirador.
- Nivel de conciencia.
- Nivel de dolor.
- Frecuencia y ritmo cardíacos.
- Posición de la cánula endotraqueal.
- Presión arterial.
- Estado del volumen intravascular.
- Funcionamiento de monitores invasivos.
- Tamaño y ubicación de los catéteres intravenosos.
- Equipo anestésico, como catéteres epidurales y catéteres de nervios periféricos.
- Diagnóstico general.

### Instrucciones postoperatorias

- Estado de las vías respiratorias y ventilatorio esperado.
- Cifras aceptables de constantes vitales.
- Diuresis y pérdida de sangre aceptables.
- Instrucciones quirúrgicas, como colocación y cuidado de heridas.
- Problemas cardiovasculares previstos.
- Instrucciones de intervenciones terapéuticas.
- Pruebas diagnósticas que deben realizarse.
- Objetivos terapéuticos y criterios de valoración antes del alta.
- Ubicación del médico responsable.

postoperatoria. Los pacientes que reciben opioides, como morfina, hidromorfona y fentanilo i.v., corren mayor riesgo de depresión respiratoria. Algunas comorbilidades, como la obesidad y la apnea obstructiva del sueño no diagnosticada, pueden poner en peligro a los pacientes.

Según la ASPAN, las enfermeras deben conocer la farmacocinética de los medicamentos que provocan depresión respiratoria para tratar de garantizar una administración segura<sup>9</sup>. Al fijar la duración de la estancia en la UCPA de un paciente, las enfermeras deben tener en cuenta los efectos acumulativos, como la cantidad, el tipo y la

programación de un medicamento; cualquier posible interacción farmacológica; la semivida del fármaco y el efecto máximo; la respuesta del paciente, y la capacidad de control de la unidad receptora. Además, los pacientes deben permanecer en la UCPA al menos durante 30 minutos después de la última dosis de un sedante u opiode<sup>9</sup>.

### Cuadro confusional durante la reanimación postanestésica

El cuadro confusional durante la reanimación postanestésica (también conocido como síndrome confusional durante la recuperación postanestésica) puede manifestarse como agitación (subtipo hiperactivo) o como somnolencia con alteración del estado mental (subtipo hipoactivo) y se produce en el período postoperatorio después de la reanimación inicial de la anestesia general. El cuadro hiperactivo se detecta más fácilmente debido a la agitación manifiesta, hiperexcitabilidad, desinhibición, llanto, inquietud y confusión mental; algunos pacientes oscilan entre

el subtipo hiperactivo y el hipoactivo. Un estudio de 2015 encontró que la incidencia general del cuadro confusional durante la reanimación postanestésica fue del 4,3%, pero en pacientes mayores de 70 años la incidencia alcanzó el 10,5%<sup>10</sup>. Entre los factores de riesgo del cuadro confusional durante la reanimación postanestésica se encuentran<sup>11</sup>:

- Anestésicos volátiles.
- Aumento del dolor postoperatorio.
- Intervenciones quirúrgicas específicas, como cirugía intraabdominal y mamaria en adultos.
- Mayor duración de la cirugía, sexo masculino y edades extremas<sup>11</sup>.

Los pacientes también corren el riesgo de un cuadro confusional durante la reanimación postanestésica si padecen ansiedad, son militares en servicio activo con trastorno de estrés postraumático o tienen antecedentes de traumas. Pueden presentar signos preoperatorios de hiperactivación, como nerviosismo, sensibilidad a los ruidos y una preocupación

### El cuadro confusional durante la reanimación postanestésica puede manifestarse como agitación o como somnolencia con alteración del estado mental y se produce en el período postoperatorio después de la reanimación inicial de la anestesia general.

insólita por el entorno. Esta información debe comunicarse al personal de quirófano y UCPA<sup>12</sup>.

Se recomiendan varias estrategias para proteger a los pacientes que corren mayor riesgo de sufrir un cuadro confusional durante la reanimación postanestésica<sup>12</sup>. Los pacientes en riesgo deben ser identificados durante el período preoperatorio y esta información debe comunicarse al personal intraoperatorio y postoperatorio. Las enfermeras de la UCPA deben estar atentas a los síntomas y signos del cuadro confusional durante la reanimación postanestésica y deben tener un plan de seguridad. En estas circunstancias es obligatorio actuar de manera anticipada<sup>11</sup>.

Las enfermeras de la UCPA pueden reivindicar que se les asigne un número reducido de pacientes hasta que estos estén completamente despiertos. Se recomienda una relación personal de enfermera a paciente y tranquilizarlos verbalmente de manera continua. El personal adicional puede tratar de garantizar la seguridad de los pacientes que tiran de los catéteres o intentan levantarse de la cama. Se debe mantener una actitud tranquila, una voz suave y habilidades de escucha activa con estos pacientes.

El cuadro confusional durante la reanimación postanestésica se resuelve una vez que el paciente está completamente despierto después de la anestesia.

### Los 10 riesgos de la tecnología sanitaria más frecuentes en 2019 según el ECRI

1. Los piratas informáticos (*hackers*) pueden acceder a distancia a los sistemas e interrumpir las intervenciones sanitarias.
2. Los colchones "limpios" pueden supurar líquidos corporales sobre los pacientes.
3. Las compresas olvidadas continúan siendo una complicación quirúrgica a pesar de los recuentos manuales.
4. Si las alarmas del respirador están configuradas incorrectamente, los pacientes corren el riesgo de sufrir una lesión cerebral hipóxica o de morir.
5. La manipulación incorrecta de los endoscopios flexibles después de la desinfección puede provocar infecciones en el paciente.
6. Confundir la dosis con el flujo puede provocar errores de medicación en la bomba de perfusión.
7. La personalización inadecuada de la configuración de las alarmas del monitor fisiológico puede provocar que no se perciban algunas alarmas.
8. Riesgo de lesiones por los sistemas de techo de elevación de pacientes.
9. El líquido de limpieza que se filtra en los componentes eléctricos puede provocar daños en el equipo e incendios.
10. Los sistemas y las prácticas de carga de batería defectuosos pueden afectar al funcionamiento del dispositivo.

Usado con permiso del ECRI. Top 10 health technology hazards for 2019 executive brief. 2018. [www.ecri.org/2019hazards](http://www.ecri.org/2019hazards).

## Personal

Un estudio de 2013 mostró que la importancia de la cirugía, la gravedad de cada paciente y la duración de la estancia influyeron en las cargas de trabajo de enfermería en la UCPA<sup>13</sup>. Sin embargo, el diagnóstico médico no siempre refleja con precisión la gravedad, y un episodio adverso puede cambiar el volumen de trabajo de la unidad<sup>14</sup>.

Las enfermeras de la UCPA generalmente atienden a uno o dos pacientes a la vez, pero las prioridades clínicas pueden cambiar de un momento a otro. Por ejemplo, los pacientes cuyas condiciones se deterioran pueden requerir cuidados intensivos individuales. En consecuencia, las enfermeras de la UCPA deben adaptarse para satisfacer las necesidades de seguridad de sus pacientes.

Puesto que la gravedad de la situación del paciente puede cambiar rápidamente en la UCPA, es imprescindible que haya flexibilidad en la dotación de personal. En una declaración de principios de 2016 sobre la dotación de personal en función de la gravedad de los pacientes, la ASPAN recomendó que una enfermera atienda solo a un paciente desde el momento en que ingresa por primera vez hasta que esté hemodinámicamente estable<sup>15</sup>. Sin embargo, otros pacientes también pueden tener necesidades apremiantes o los nuevos pacientes en el postoperatorio pueden estar agitados, agresivos o hipóxicos y necesitan más de una enfermera. En estas circunstancias, una enfermera jefe de planta ocasional puede ser útil para el personal de la UCPA.

Según la ASPAN, el cansancio de la enfermera debido a los horarios de las guardias puede afectar negativamente a la seguridad del paciente<sup>16</sup>. También es importante tener en cuenta al personal durante las horas de guardia. Como mínimo, dos enfermeras deben estar presentes cuando un paciente se está recuperando en la fase I<sup>16</sup>.

## Conciencia y colaboración

Las enfermeras de la UCPA deben conocer los problemas de seguridad que afectan a sus pacientes diariamente. La colaboración con la dirección de enfermería y los anestesiólogos sobre alarmas, traspasos, gravedad, cuadro confusional durante la reanimación postanestésica, personal y otros riesgos para la seguridad del paciente es imprescindible. Del mismo modo, la educación sobre temas de seguridad de la UCPA es necesaria para que todo el personal garantice unos cuidados óptimos para los pacientes vulnerables confiados a los centros de salud. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2018. [www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en).
2. Glick DB. Overview of post-anesthetic care for adult patients. UpToDate. 2018. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
3. The Joint Commission. 2019 Hospital national patient safety goals. 2019. [www.jointcommission.org/assets/1/6/2019\\_HAP\\_NPSGs\\_final2.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2019_HAP_NPSGs_final2.pdf).
4. Grissinger M. Drawn curtains, muted alarms, and diverted attention lead to tragedy in the postanesthesia care unit. *P T*. 2016;41(6):344-345.
5. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC, Ortega R. *Clinical Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins; 2013:1559.
6. ECRI. Top 10 health technology hazards for 2019 executive brief. 2018. [www.ecri.org/2019hazards](http://www.ecri.org/2019hazards).

7. ECRI. Executive brief: top 10 health technology hazards for 2016. *Health Devices*. 2015. [www.ecri.org/Resources/Whitepapers\\_and\\_reports/2016\\_Top\\_10\\_Hazards\\_Executive\\_Brief.pdf](http://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2016_Top_10_Hazards_Executive_Brief.pdf).

8. American Society of PeriAnesthesia Nurses. A position statement on alarm management. 2015. [www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS\\_13\\_Alarms\\_2017.pdf?ver=2017-01-13-101227-357](http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS_13_Alarms_2017.pdf?ver=2017-01-13-101227-357).

9. American Society of PeriAnesthesia Nurses. A position statement on safe medication administration. 2015. [www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS\\_5\\_Med\\_Safety\\_2017.pdf?ver=2017-01-13-101226-547](http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS_5_Med_Safety_2017.pdf?ver=2017-01-13-101226-547).

10. Winter A, Steurer MP, Dullenkopf A. Postoperative delirium assessed by post anesthesia care unit staff utilizing the Nursing Delirium Screening Scale: a prospective observational study of 1000 patients in a single Swiss institution. *BMC Anesthesiol*. 2015;15:184.

11. Zafirova Z. Emergence delirium and agitation in the perioperative period. *MedScape*. 2017. <https://emedicine.medscape.com/article/2500079-overview>.

12. Lovestrand D, Lovestrand S, Beaumont DM, Yost JG. Management of emergence delirium in adult PTSD patients: recommendations for practice. *J Perianesth Nurs*. 2017;32(4):356-366.

13. Lima LB, Rabelo ER. Nursing workload in the post-anesthesia care unit. *Acta paul Enferm*. 2013;26(2):116-122.

14. Halfpap E. Staff developed PACU acuity scoring grid. *J Perianesth Nurs*. 2016;31(4):303-308.

15. American Society of PeriAnesthesia Nurses. A position statement on acuity based staffing for phase I. 2016. [www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS\\_14\\_Acuity\\_2017.pdf?ver=2017-01-13-101227-450](http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS_14_Acuity_2017.pdf?ver=2017-01-13-101227-450).

16. American Society of PeriAnesthesia Nurses. A position statement on "on call/work schedule." 2015. [www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS\\_2\\_On\\_Call\\_2017.pdf?ver=2017-01-13-101226-547](http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/Current/PS_2_On_Call_2017.pdf?ver=2017-01-13-101226-547).

### RECURSOS

Wilson JT. Army anesthesia providers' perceptions of emergence delirium after general anesthesia in service members. *AANA J*. 2013;81(6):433-440.

---

Amy Luckowski es profesora adjunta en la Universidad de Neumann en Aston, Pensilvania, y enfermera clínica en la UCPA en Penn Medicine en el Chester County Hospital en West Chester, Pensilvania.

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.