

Enfoque en los Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente 2016 para hospitales

Susan Mascioli, MS, BSN, RN, NEA-BC, CPHQ,
y Christine B. Carrico, MSN, RN, CPHQ

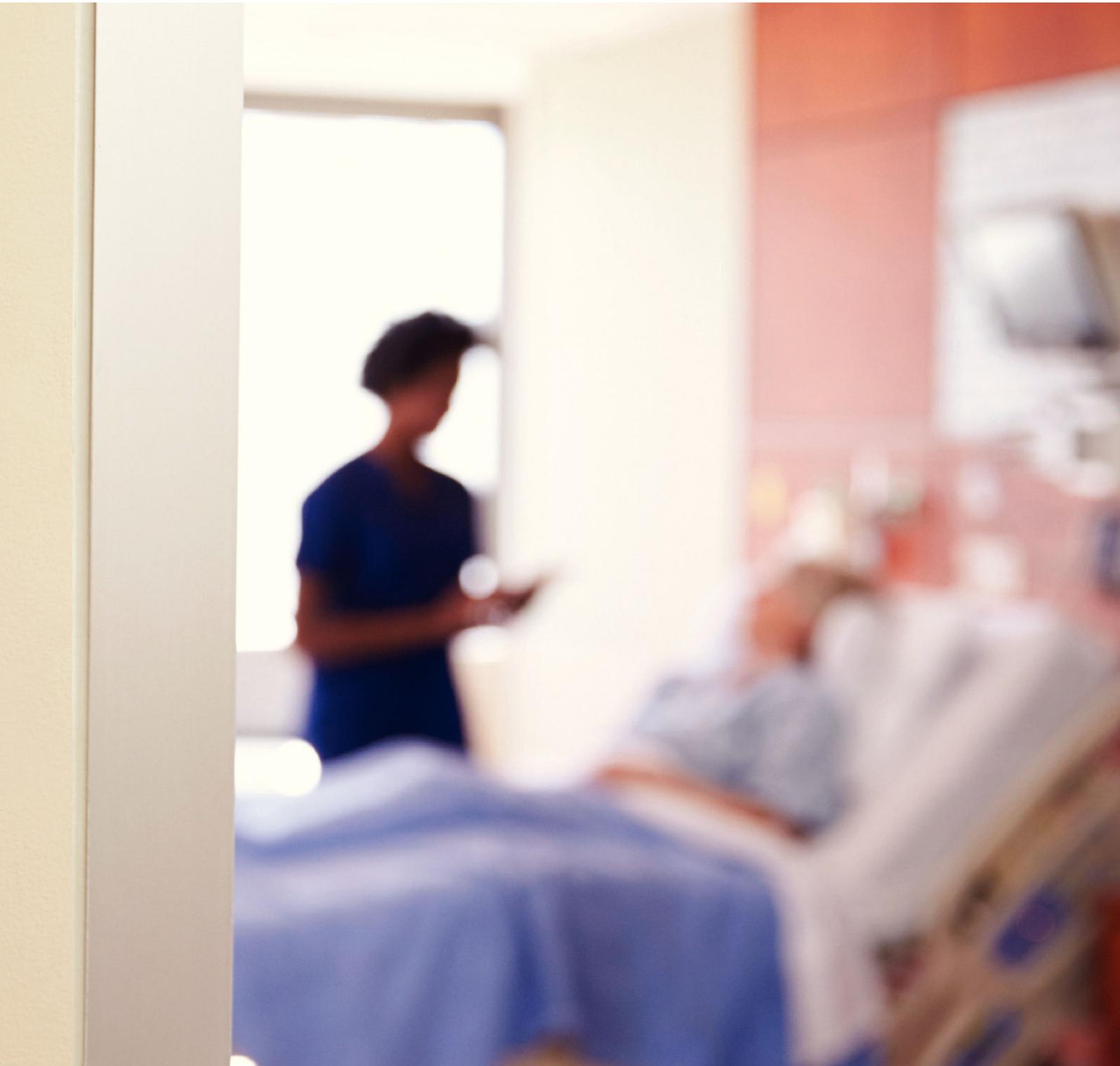
EL TEMA DE LA SEMANA NACIONAL DE LAS ENFERMERAS de 2016 es “una cultura de seguridad”, por lo que ahora es el momento perfecto para revisar los 2016 Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente de la Comisión Conjunta (NPSG, National Patient Safety Goals) para hospitales, que iban a ponerse en práctica plenamente el 1 de enero de 2016^{1,2}. El propósito de los NPSG es mejorar la seguridad del paciente mediante la aplicación de soluciones basadas en la evidencia y en expertos a zonas propensas a problemas de alto riesgo, con un riesgo significativo para la seguridad del paciente y la posibilidad de daño al paciente. En la Herramienta Activadora Global del Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (*Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool*), *daño* se define como “lesión física no deseada provocada o en la que ha contribuido la atención médica, que requiere un seguimiento, tratamiento u hospitalización adicional, o que provoca la muerte”³.

La reducción del daño evitable al paciente mediante la implementación de prácticas seguras continúa siendo un objetivo primordial para las organizaciones sanitarias. Los NPSG constituyen el marco idóneo para que las organizaciones puedan abordar mejor estas zonas de alto riesgo. Este artículo explica los nuevos requisitos para las alarmas del equipo clínico y repasa los NPSG existentes que todavía están en vigor⁴.

Seguridad de las alarmas: un nuevo enfoque para 2016

Las alarmas clínicas en equipos como monitores cardíacos, bombas de perfusión intravenosa y ventiladores mecánicos están diseñadas para mejorar la seguridad de los pacientes. El riesgo de daño al paciente aumenta cuando las alarmas no se gestionan adecuadamente. De acuerdo con la base de datos de episodios de vigilancia de la Comisión Conjunta, se reportaron 98 episodios relacionados con la activación de la alarma entre enero de 2009 y junio de 2012. De ellos, 80 provocaron la muerte de un paciente, 13 la pérdida permanente de la función y 5 la necesidad de cuidado adicional⁵.

Los NPSG sobre la seguridad de las alarmas han estado en vigor desde julio de 2014. Inicialmente, se exigió a los hospitales que hicieran de la seguridad de las alarmas una prioridad de la organización, centrándose en los riesgos asociados con las alarmas clínicas. Los nuevos requisitos de 2016 tienen por objeto amortiguar el riesgo del uso y el manejo indebidos de las alarmas clínicas. Los requisitos se centran en el manejo adecuado de las alarmas y la educación del personal en el uso y propósito apropiados de las alarmas. Aunque no todas las alarmas clínicas necesitan que las enfermeras medien con el paciente, necesitan enfermeras que respondan. El manejo de la gran cantidad de alarmas clínicas, en especial en zonas como el servicio de urgencias y la UCI, puede ser un reto.



La investigación ha demostrado que del 72% al 99% de las alarmas clínicas son falsas, lo que puede contribuir al síndrome de habituación a las alarmas⁶. El *síndrome de habituación a las alarmas*, sobrecarga sensorial causada por la exposición a un número excesivo de alarmas, puede provocar la desensibilización o que se pasen por alto las alarmas.

El *Boston Globe* informó de un ejemplo de esta situación que se produjo en 2010, cuando un paciente de 60 años murió a consecuencia de un retraso en la respuesta a las alarmas que comunicaban un cambio en la situación del paciente⁵. Los requisitos para el manejo de alarmas de 2016 abordan la cuestión del síndrome de habituación a las alarmas.

Los hospitales deben establecer políticas y procedimientos para el manejo seguro de las alarmas. Los nuevos requisitos de 2016 para hospitales incluyen lo siguiente⁷:

- ¿Cuáles son las situaciones clínicamente apropiadas para las señales de alarma?
- ¿Cuándo se pueden desactivar las señales de alarma?
- ¿Cuándo se pueden cambiar los parámetros de la alarma?
- ¿Quién tiene autoridad para establecer o cambiar los parámetros de la alarma?
- ¿Quién tiene autoridad para desactivar los parámetros de la alarma?
- ¿Cómo se controlan y se responde a las señales de alarma?
- ¿Cómo se comprueban los sistemas de alarma individuales para verificar los ajustes precisos, el funcionamiento correcto y la detectabilidad?
- ¿Cómo debe formarse al personal y a las auxiliares de enfermería acerca de la finalidad y el funcionamiento de los sistemas de alarma de los cuales son responsables?

NPSG preexistentes

Varios requisitos de los NPSG preexistentes no han cambiado en 2016. Aunque muchos de estos NPSG han estado en vigor durante años, continúan siendo motivo de preocupación respecto a la seguridad del paciente, donde continúan ocurriendo acontecimientos relacionados con el daño¹.

- **Mejorar la precisión de la identificación del paciente.** La identificación del paciente, que es fundamental en los cuidados



La seguridad del paciente se puede mejorar mediante el compromiso del paciente en su propio cuidado.

centrados en el paciente, debe incluir la participación activa de este en todas las etapas del proceso siempre que sea posible. El NPSG sobre identificación del paciente aborda los errores que ha provocado el hecho de que no se los identifique correctamente.

En 2011, la Autoridad de Seguridad del Paciente de Pensilvania (*Pennsylvania Patient Safety Authority*) analizó 813 errores de medicación de paciente incorrecto y encontró que los médicos no siempre usan dos identificadores para comprobar la identificación del paciente. Este fue uno de los tres principales factores que contribuyen a estos errores⁸.

Antes de proporcionar cuidados, se debe identificar a los pacientes correctamente con dos identificadores distintos, como el nombre y la fecha de nacimiento. La ubicación física del paciente, como el número de la habitación, no es un identificador aceptable. Estos identificadores deben corresponderse con los cuidados, tratamiento o servicios que se prestarán. Emparejar al paciente con el cuidado

correcto es un paso fundamental en la comprobación de la exactitud de la identificación del paciente.

- **Mejorar la eficacia de la comunicación entre los cuidadores.** Los resultados de una prueba y un procedimiento de diagnóstico importantes pueden indicar que la vida del paciente puede estar en peligro según su estado clínico. En 2014, el Instituto ECRI elaboró una lista con las principales preocupaciones respecto a la seguridad del paciente mediante el análisis de más de 300.000 acontecimientos adversos en pacientes. El tercer error más frecuente fue el relacionado con la comunicación de resultados de pruebas importantes⁹. No comunicar los resultados importantes de una manera oportuna o cometer un error en la comunicación de resultados importantes pueden socavar la seguridad y la calidad de los cuidados al paciente. Este NPSG exige que las organizaciones pongan en práctica procedimientos para la comunicación eficaz y oportuna de los resultados importantes. Por ejemplo, si el laboratorio informa de un nivel bajo de potasio importante para un paciente, con este resultado se debe llamar al proveedor inmediatamente después de recibir el informe y obtener una receta para la reposición de potasio.

- **Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.** Este polifacético NPSG incluye la mejora del etiquetado de la medicación, la reducción del daño al paciente asociado con el uso de anticoagulantes y la conciliación de la medicación.

Deben etiquetarse todos los medicamentos, los envases de medicamentos y otras soluciones no administradas inmediatamente al paciente en el momento de la preparación. Cuando se encuentran medicamentos o soluciones no etiquetados, deben desecharse de inmediato para eliminar el riesgo de una administración incorrecta de la medicación al paciente.

El tratamiento anticoagulante exige un estrecho control del paciente, la dosificación exacta y el cumplimiento terapéutico del paciente. Educar al personal, a los pacientes y a los médicos prescriptores es un componente esencial de este NPSG. La reducción de los daños asociados con

la terapia anticoagulante también implica el uso de medicamentos con envases personalizados, jeringuillas precargadas o infusiones premezclados, y protocolos para administrar la terapia anticoagulante con seguridad y eficacia.

La conciliación de la medicación tiene por objeto identificar y resolver los desajustes en la medicación. El proceso de conciliación de medicamentos implica la comparación de los medicamentos que un paciente está (o debería estar) usando en ese momento con medicamentos recetados recientemente. Los pacientes que se trasladan hacia y desde diferentes lugares y niveles de atención corren mayor riesgo de desajustes en la medicación: un estudio reciente sobre la conciliación de medicamentos en el momento del ingreso y al darlos de alta demostró que se detectó al menos un error de conciliación en el 64,5% de los pacientes en el momento del ingreso y en el 32,4% de los pacientes cuando recibieron el alta¹⁰.

Los pacientes deben ser educados acerca de la importancia del manejo de la información sobre sus medicamentos. Se les debe animar a que conserven una lista de todos los medicamentos, con la dosis y la frecuencia, y deben saber la razón por la cual están tomando el medicamento.

● Reducir el riesgo de infecciones

sanitarias. Los pacientes corren el riesgo de contraer una infección cuando reciben cuidados o tratamiento en el hospital. Las infecciones intrahospitalarias, a menudo evitables, son una amenaza para la seguridad del paciente. Cumplir las pautas de higiene de las manos, usar prácticas basadas en la evidencia para prevenir estas infecciones y limpiar y desinfectar adecuadamente el entorno y el equipo de cuidados del paciente son componentes clave en la prevención.

Este NPSG también exige que las organizaciones pongan en práctica estrategias de vigilancia y prevención de las infecciones relacionadas con organismos resistentes a múltiples fármacos, infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central, infecciones del lecho quirúrgico e infecciones de vías urinarias asociadas a sondaje. El progreso en la reducción de infecciones hospitalarias ha sido lento a pesar de la evidencia de las intervenciones para reducir su incidencia¹¹.

Identificación de los riesgos de seguridad

Debe identificarse a los pacientes con riesgo de suicidio que están siendo tratados por trastornos emocionales o de la conducta para hacer frente a sus necesidades inmediatas de seguridad y para brindar tratamiento en el lugar más adecuado. Un Aviso de Episodios de Vigilancia de la Comisión Conjunta (*Joint Commission Sentinel Event Alert*) publicado en febrero de 2016 sobre detección y tratamiento de las ideas de suicidio en todos los entornos señalaba que el suicidio es la décima causa de muerte en Estados Unidos¹². Este NPSG exige que las organizaciones evalúen el riesgo de suicidio de los pacientes en tratamiento por trastornos emocionales o de la conducta, aborden sus necesidades y ofrezcan información sobre la prevención del suicidio en el momento del alta hospitalaria.

Protocolo universal

Este NPSG tiene tres prácticas seguras distintas para prevenir la cirugía en el lugar inapropiado, con el procedimiento equivocado y en la persona incorrecta. Las cirugías en el lugar inapropiado, con el procedimiento equivocado y en la persona incorrecta forman la categoría de episodios de vigilancia examinados con mayor frecuencia durante los últimos 3 años por la Comisión Conjunta⁷.

Estos son los tres componentes del protocolo universal:

- Antes del procedimiento, compruebe que la información reunida sobre el paciente y los procedimientos es la correcta.
- Confirme la identificación del paciente, el procedimiento correcto, el sitio correcto y los elementos necesarios para el procedimiento.
- La organización determina qué procedimientos requieren identificación del sitio. El médico autorizado responsable del procedimiento identifica el sitio antes que comience el procedimiento. Idealmente, el paciente debería participar activamente en la identificación del sitio.
- Las organizaciones deben establecer un procedimiento alternativo para los pacientes que se niegan a identificar el sitio y para aquellas situaciones en que es técnica o anatómicamente imposible o poco práctico identificar el sitio.

- Hay que dar un tiempo de espera inmediatamente antes de iniciar el procedimiento para llevar a cabo una comprobación final de que el paciente, el sitio y el procedimiento sean los correctos.

Logro de los objetivos

La mejora de la seguridad del paciente continúa teniendo suma prioridad para las organizaciones. La seguridad del paciente se puede mejorar mediante el cumplimiento de los NPSG, el compromiso del paciente en su propio cuidado y la creación de una cultura en la cual todos los miembros del equipo sanitario son responsables de las prácticas de seguridad. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. American Nurses Association. Nursing World. National Nurses Week 2016. www.nursingworld.org/NationalNursesWeek
2. The Joint Commission. National Patient Safety Goals effective January 1, 2016. Hospital Accreditation Program. 2016. www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf
3. Griffin FA, Resar RK. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*. 2nd ed. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
4. The Joint Commission. Facts about the National Patient Safety Goals. 2016. www.jointcommission.org/facts_about_the_national_patient_safety_goals/
5. The Joint Commission. Sentinel Event Alert. Issue 50. Medical device alarm safety in hospitals. 2013. www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF
6. Sendelbach S, Funk M. Alarm fatigue: apatient safety concern. *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(4):378-386.
7. The Joint Commission. 2016 National Patient Safety Goals, Hospital Accreditation Standards. www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
8. Yang A, Grissinger M. Wrong-patient medication errors: an analysis of event reports in Pennsylvania and strategies for prevention. *Pa Patient Saf Advis*. 2013;10(2):41-49. [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2013/Jun;10\(2\)/Pages/41.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2013/Jun;10(2)/Pages/41.aspx)
9. ECRI Institute. Risk Management Reporter. Top 10 patient safety concerns for healthcare organizations: 2015. 2015;34(2).
10. Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *Int J Clin Pract*. 2015;69(11):1268-1274.
11. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med*. 2013;173(22):2039-2046.
12. The Joint Commission: Sentinel Event Alert Issue 56: Detecting and treating suicide ideation in all settings. 2016. www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_56_Suicide.pdf

Susan Mascioli es la directora de calidad y seguridad en enfermería, en Christiana Care Health System en Newark, Del., y Christine B. Carrico es la directora de seguridad del paciente. La Sra Mascioli es también Lean Six Sigma Black Belt.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.