



ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICO I

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Elaborado por : Javier Céspedes Mata, ME.

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

En el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa La Cirugía Segura Salva Vidas.



LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.



EL OBJETIVO

Es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.



LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.



Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

- Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

- Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

- Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

- Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

- No
 Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

- No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

- No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

- Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

- ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
 ¿Cuánto durará la operación?
 ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

- ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

- ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

- Sí
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

- El nombre del procedimiento
 El recuento de instrumentos, gasas y agujas
 El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

- ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?



LA LISTA DE VERIFICACIÓN DIVIDE LA OPERACIÓN EN TRES FASES

Cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

El periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia

Anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior

Anterior a la salida del paciente del quirófano.

Se ha demostrado que el uso de la Lista de la OMS para la Seguridad Quirúrgica mejora la observancia de normas básicas de atención quirúrgica en diversos hospitales de todo el mundo.

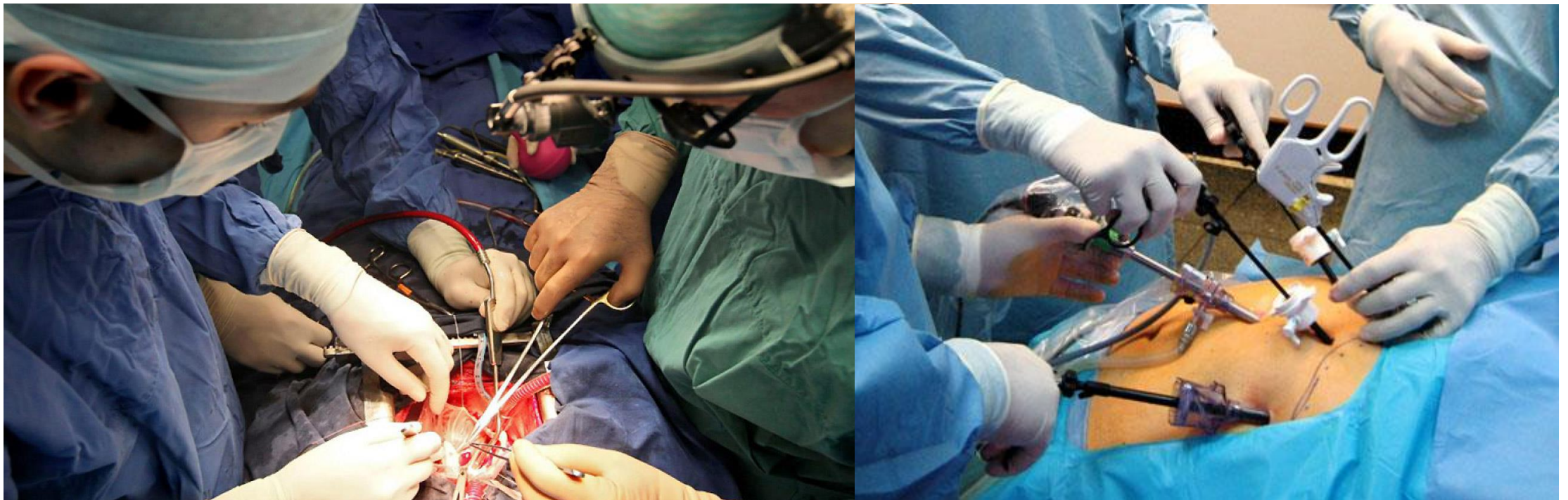


LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS



CIRUGÍA

Es la actividad médico sanitaria que tiene como objetivo la remoción de la enfermedad y la promoción de la salud mediante operaciones efectuadas con las manos o instrumentos



CONCEPTUALIZACIÓN

- Acto Quirúrgico: Un acto quirúrgico es el medio por el cual logramos sanar, mejorar o paliar un proceso nocivo en un enfermo.
- Incisión: Es la herida quirúrgica que nos permite abordar de manera correcta una determinada región anatómica.

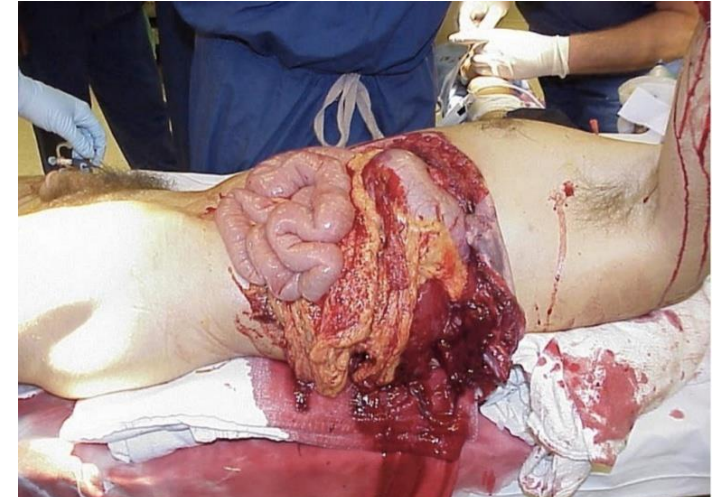


1.- Grado Urgencia

Cirugía urgente: Es aquella que se lleva a cabo por razones de salud, como puede ser la eliminación de un apéndice inflamado.

Cirugía selectiva: Se desarrolla con el fin de mejorar el bienestar del cliente, pero no absolutamente necesaria para la vida, como: enderezar un dedo torcida.

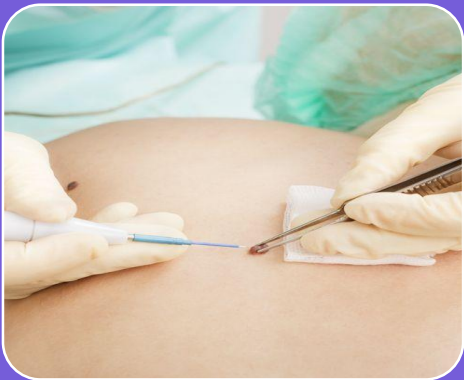
Cirugía opcional: Es aquella que el cliente solicita, aunque no es necesaria para la salud física. Ejemplo: la cirugía facial.



2.- GRADO DE RIESGO



Cirugía mayor: Implica un alto riesgo debido a muy diversas razones; a su complicación o duración prolongada; a la pérdida de sangre; a su relación con órganos vitales; o las posibles complicaciones posoperatorias. (ejemplo: Transplantes de órganos, la intervención al corazón etc.;).



Cirugía menor: Implica mucho menor riesgo, las complicaciones son pocas y se pueden desarrollar en un solo día. (ejemplo: toma de biopsia, operación de angina, etc.;).

3.- OBJETIVOS

- Cirugía diagnóstica
- Cirugía exploratoria
- Cirugía paliativa
- Cirugía reconstructiva
- Cirugía constructiva
- Cirugía ablativa



TIEMPOS QUIRÚRGICOS

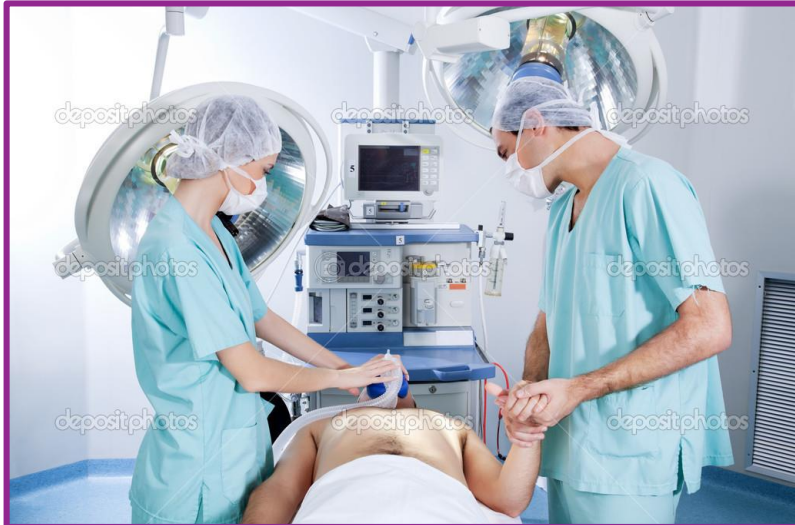


VALORACIÓN PREANESTÉSICA



Definición: Es el proceso clínico que precede a la administración de anestesia antes de un procedimiento quirúrgico, que consiste en la obtención de información de distintas fuentes (Historia Clínica y Laboratorios), en la educación y orientación del paciente y elección de la anestesia.

OBJETIVOS:



1. Reducir la morbilidad perioperatoria.

2. Recabar información acerca de la historia clínica y solicitar pruebas de laboratorio

3. Valorar los índices de riesgo anestésico-quirúrgicos.

4. Obtener del paciente el consentimiento informado.

5. Valorar la situación social del paciente.

6. Familiarizar al paciente con información preoperatoria.

7. Mejorar la calidad asistencial.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

Realizar historia clínica completa: ANAMNESIS

Valorar estado de salud general actual (Revisión por sistemas)

Realizar Examen físico completo.

Pruebas de laboratorio y exámenes complementarios



Sistema De Clasificación Que Utiliza La American Society Of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente

	Clasificación ASA	Mortalidad
I	Paciente sano, sin patología agregada.	0,06
II	Paciente con enfermedad sistémica leve a moderada, que no limita su actividad diaria (HTA, DM, Hipotiroidismo, Obesidad, etc.).	0,47
III	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad diaria.	4,4
IV	Paciente con enfermedad sistémica severa, con riesgo vital.	23,5
V	Paciente moribundo, que no tiene mayores expectativas de sobrevivir (24 horas).	52,9
VI	Paciente declarado con muerte cerebral, que se someterá al retiro de órganos con el propósito de donarlos.	100
E	Estado de emergencia.	

ÍNDICE DE RIESGO CARDÍACO DE GOLDMAN

Tabla 3. Variables del Índice de Goldman y su puntuación

Índice de Goldman	Puntuación
Edad > 70 años	5
IMA en los 6 meses anteriores	10
Galope S ₃ o ingurgitación venosa yugular	11
Estenosis aórtica importante	3
Ritmo no sinusal o CAP en el último ECG antes de la intervención.	7
> 5CAP confirmado antes de la intervención.	7
PO ₂ < 60 o PCO ₂ > 50 mm Hg, K < 3 o HCO ₃ < 20 mEq/L, signos de enfermedad hepática o renal crónica.	3
Cirugía de urgencia	3
Cirugía intraaórtica, intraperitoneal, o torácica	4

Puntos:

- De 0 - 5 mortalidad cardíaca 0.2%
- De 6-25 mortalidad cardíaca 2%
- >de 25 mortalidad cardíaca 56 %.



EXÁMENES PRE-OPERATORIOS



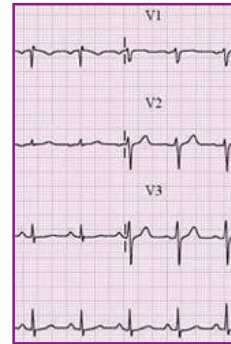
Exámenes de sangre: Hemograma, VHS, el BUN, la creatinina, los electrolitos, las pruebas de coagulación (recuento de plaquetas, TTP, TTP) glicemia.



Exámenes de orina: Sedimento de orina, creatinuria.



Exámenes radiológicos: Radiografía de tórax



Otros exámenes específicos:
Electrocardiograma, Gases arteriales, espirometrías, etc.



Todo paciente mayor de 40 años debe llevar un en especial aquellos pacientes con algún riesgo.

TIPOS DE ANESTESIA



Anestesia general: Es la pérdida de toda sensación y conciencia.

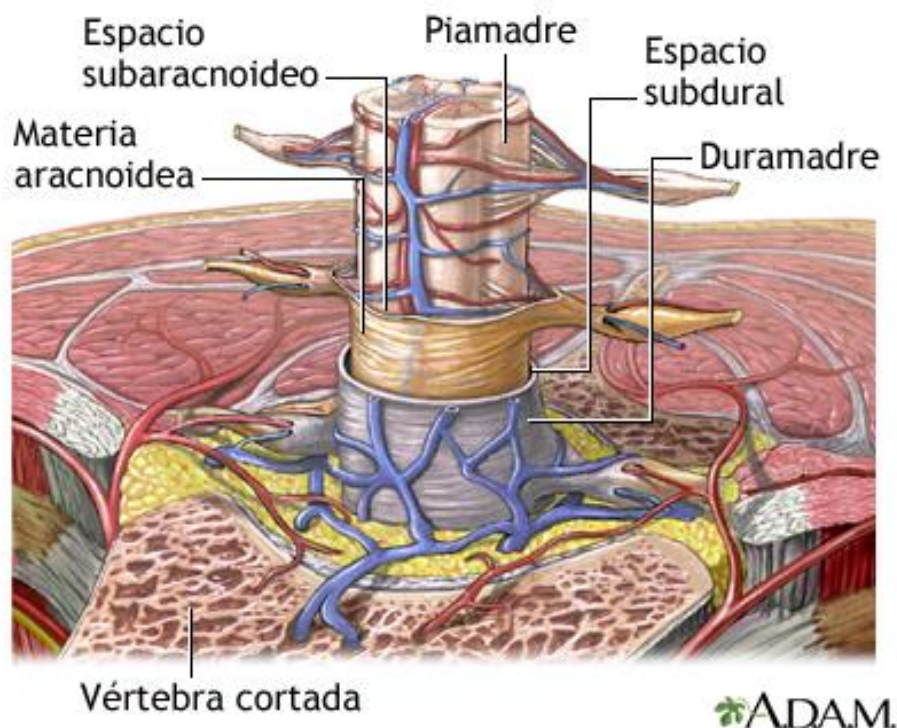
Se trata de bloquear los centros nerviosos localizados en el cerebro para que produzcan los procesos de amnesia (pérdida de la memoria), analgesia (insensibilidad al dolor), hipnosis (sueño artificial) y relajación (descanso de una parte del cuerpo).

Los anestésicos de este tipos de administran por vía intravenosa o por inhalación de vapores a través de una mascarilla o a través de una sonda endotraqueal introducida en la tráquea.



LA ANESTESIA REGIONAL

Es la pérdida de sensibilidad en un área del cuerpo debido al bloqueo de los impulsos sensoriales al cerebro. El paciente permanece consiente.



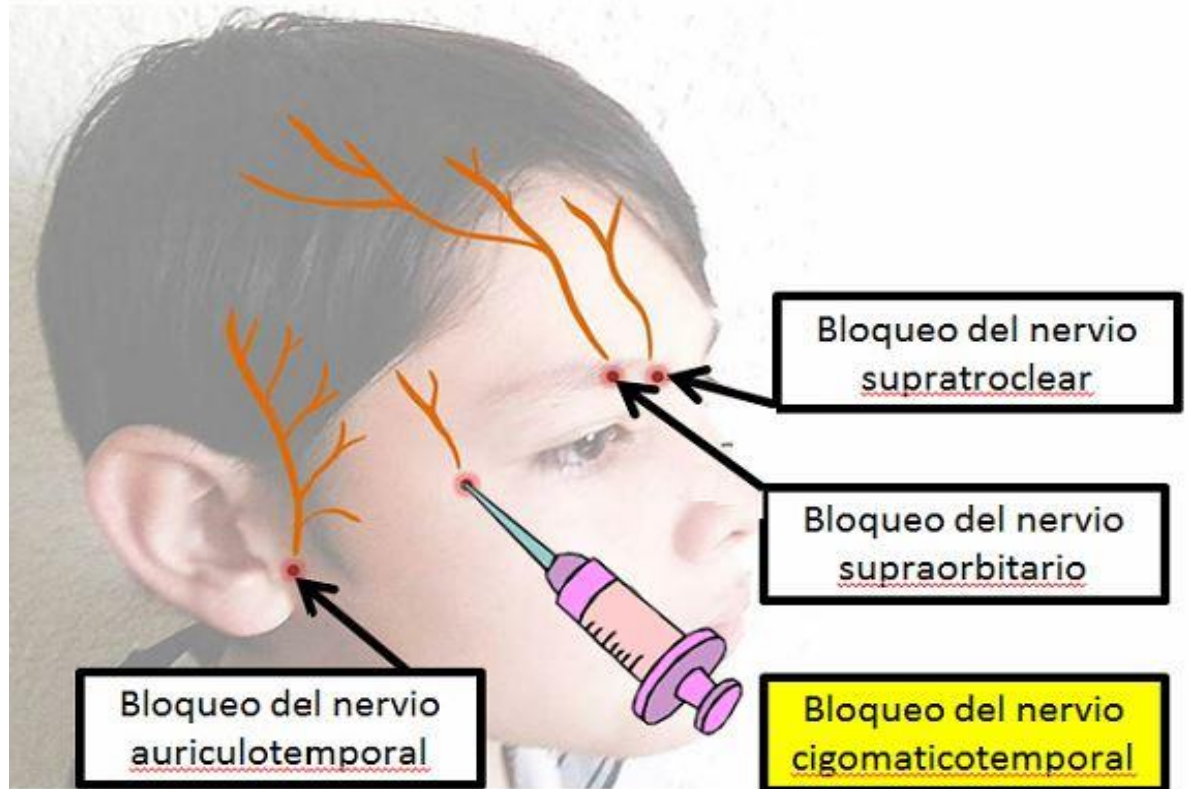
1. Anestesia espinal:

- Requiere una punción lumbar.
- El médico inyecta el anestésico en el conducto vertebral (espacio subaracnoideo).
- La anestesia espinal que afecta a los nervios lumbares inferiores (L1-5) y a los nervios sacrales (S1-4).
- Los agentes anestésicos que se aplican son: Lidocaína (Xilocaína) y el hidrocloreuro de tetracaína (Pontocaína).

LA ANESTESIA REGIONAL

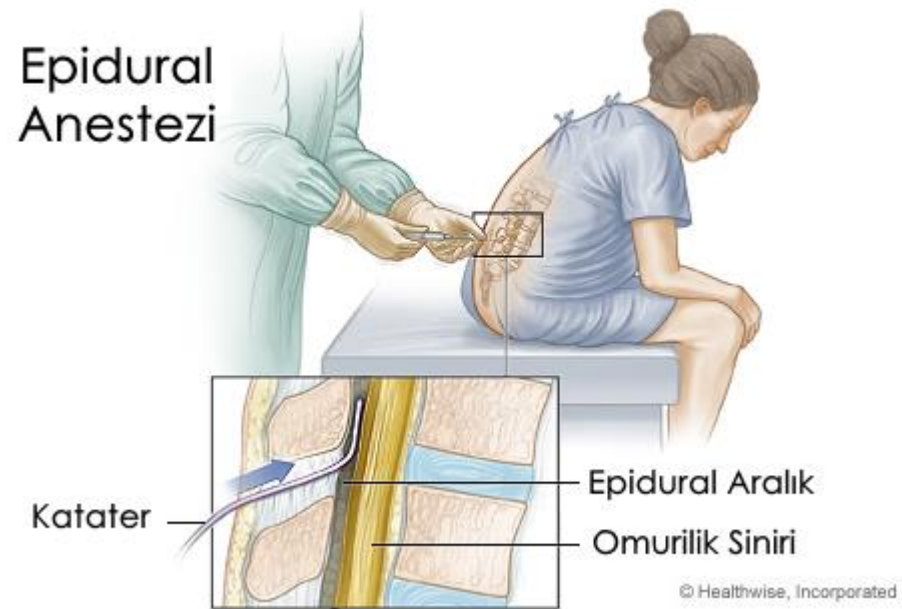
2. BLOQUE NERVIOSO

Implica la administración de una sustancia anestésica en un plexo nervioso para anestesiar parte del cuerpo. Por ejemplo: Inyectar tetracaína en el plexo braquial interrumpe la conducción nerviosa y anestesia el brazo.

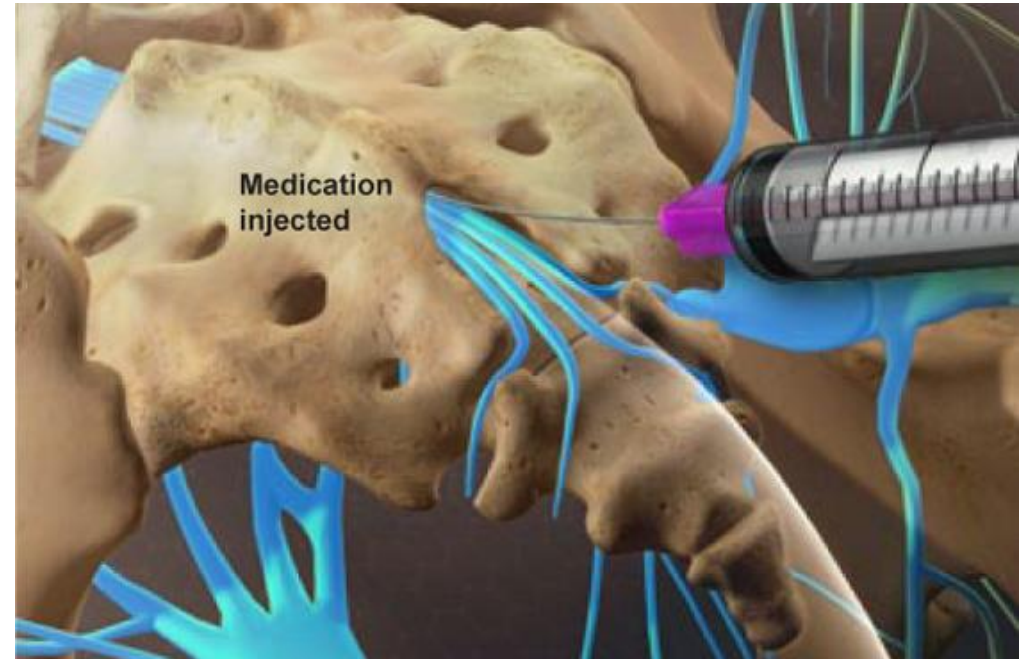


LA ANESTESIA REGIONAL

3. ANESTESIA EPIDURAL



4. ANESTESIA CAUDAL



ANESTÉSICOS POR INHALACIÓN

Son depresores del SNC, capaces de aumentar progresivamente la profundidad de la depresión central hasta producir la parálisis del centro vasomotor y respiratorio del bulbo.



Óxido Nitroso (en desuso)

Halotano

Enflurano

Isoflurano

Desflurano

ANESTÉSICOS LOCALES

Son fármacos que impiden la conducción de impulsos eléctricos por las membranas del nervio y el músculo de forma transitoria y predecible, originando la pérdida de sensibilidad en una zona del cuerpo.

- Amino-esteres: Cocaína, Benzocaína, Procaína, Bupivacaína, Tetracaína, cloroprocaína.
- Amino-amidas: Lidocaína, Prilocaína, Mepivacaína, Bupivacaína, Ropivacaína, Levo - Bupivacaína



ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS



PARA INDUCCIÓN:

Tiopental, Propofol, tiamilal y metohexital.

☹️ Tiopental: Barbitúrico, deprime el sistema reticular.

☹️ Propofol: Hipnótico, sedante.

BASALES:

☹️ Ketamina: Anestesia disociativa. Usado en inducción anestésica.

☹️ Diazepam: Benzodiacepina, amnesia anterógrada.

☹️ Midazolam: Es una benzodiacepina de semivida corta utilizada como ansiolítico o en procesos ligeramente dolorosos.

ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS

NEUROLEPTOANALGESIA:

- Fentanilo: Opioide que actúa sobre receptores específicos.
- Droperidol: Coadyuvante en la anestesia regional y general.



El cuerpo es nuestro jardín, la
voluntad es nuestro jardinero

(WILLIAM SHAKESPEARE)

GRACIAS

Las fuerzas naturales de nuestro
interior son las que de verdad curan
la enfermedad (Hipócrates)

