

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p>PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO</p>	
<p>Código: PR-CRG-09-02 v.01 Página 1 de 18</p>		

1. OBJETIVO

Preparar correctamente al paciente físico y psicológicamente para ser intervenido en quirófano ya sea un procedimiento electivo, prioritario, urgente o emergencia.

2. ALCANCE

Aplica para el personal de las unidades funcionales de urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa.

3. RESPONSABLES

Personal de enfermería del servicio de urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa.

4. DEFINICIONES

Ayuno preoperatorio: El objetivo fundamental de esta medida es el de disminuir en lo posible el peligro de regurgitación y aspiración del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia. El ayuno preoperatorio se define como el intervalo de tiempo previo a la intervención, en el que el paciente debe permanecer sin poder ingerir alimentos (sólidos y/o líquidos).

Paraclínicos: Los exámenes paraclínicos son pruebas de apoyo diagnóstico que contribuyen a la toma de decisiones y evaluación de resultados por parte del médico.

Acto quirúrgico: Proceso consistente en la realización de unos procedimientos bien estructurados, definidos y protocolizados con el fin de obtener un diagnóstico y el tratamiento mediante la sección de un tejido.

5. GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento establece los pasos ineludibles de aplicación constante y sistemática por parte de un equipo interdisciplinario informado y comprometido con el cuidado y bienestar del paciente quirúrgico. Si bien será aplicado antes del procedimiento quirúrgico (periodo preoperatorio), su ejecución obliga al equipo a anticipar medidas diagnósticas o terapéuticas durante la cirugía (período intraoperatorio) o después de la cirugía (período posoperatorio).

Preparar al paciente para un procedimiento quirúrgico es el resultado de varios subprocesos que habitualmente son ejecutados en serie. Estos subprocesos deben ejecutarse de manera secuencial pues es un prerrequisito para la ejecución del siguiente subproceso.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p>PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO</p>	
<p>Código: PR-CRG-09-02 v.01</p>		<p>Página 2 de 18</p>

TIPO DE CIRUGÍA.

Existen dos tipos principales de cirugías:

Emergencia y/o inmediata: Como su nombre lo indica, las cirugías de emergencia son de intervención inmediata intra hospitalaria, pues la vida del paciente está en alto riesgo de muerte. Por ejemplo: un aneurisma cerebral o abdominal roto; la colocación de un *stent* en un paciente con signos de oclusión grave de una arteria coronaria; una herida que compromete un órgano interno.

Urgente: Una cirugía de urgencia es aquella en que la enfermedad o lesiones por accidente ponen en riesgo la vida o la función de alguna parte importante del cuerpo, por lo que requiere de una inmediata valoración y acción para salvar al paciente.

Prioritaria: Procedimiento en un paciente en una condición de salud estable, requiere la intervención quirúrgica temprana para condición de salud que no pone en riesgo la vida, la integridad física o la supervivencia de un órgano.

Las cirugías electivas: Son programadas de acuerdo a la condición clínico-patológica del paciente, evolución e historia natural de la enfermedad, comorbilidades, factores de riesgos asociados (edad, peso sexo, cultural entre otros), el estado funcional paciente y presencia de red de apoyo. Algunos ejemplos son: la cirugía cardiaca sin indicación de urgencias, patología oncológica, colelitiasis y urolitiasis sin signos de alarma.

También se puede clasificar de acuerdo a la estancia requerida posterior al postoperatorio. Así que existen las cirugías:

Ambulatorias: Es muy importante entender que el término “ambulatorio” no indica el lugar en el que se hace la operación, sino que indica el tipo de cuidado que se necesita después de la cirugía. En la cirugía ambulatoria, el paciente entra y sale caminando del sitio porque el cuidado que va a necesitar después es relativamente simple y puede hacerse en el hogar. Las ventajas de este tipo de cirugía son: la disminución de infecciones intra hospitalarias y el uso adecuado del tiempo del personal de salud.

Los tipos de cirugía ambulatoria más frecuentes en la institución son programados en las jornadas de especialistas tales como; oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología, urología, dermatología, no obstante, se realiza cirugías ambulatorias en cirugía general, ortopedia, urología, ginecología.

Hospitalarias con internamiento: En la cirugía no ambulatoria, el paciente es internado porque el tipo de cuidado post operatorio necesario debe realizarse de forma

intrahospitalaria bajo vigilancia del personal de salud, ya que no se puede hacerse en la casa.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL	TIEMPO DE EJECUCIÓN
1	<p>Educación Y Recomendaciones A Los Pacientes Y Familiares.</p> <p>Es una de las actividades más importantes en el actuar del personal de salud, porque contribuye a adecuada preparación y participación del paciente y familiares contribuyendo al éxito del acto quirúrgico.</p>	<p>Especialista encargado del paciente (ginecólogo, cirujano general)</p>		<p>20 a 30 minutos</p>
2	<p>Valoración pre anestésica</p> <p>La valoración preanestésica se debe realizar a todos los pacientes que se someten a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, exceptuando pacientes sin enfermedades sistémicas severas que</p>	<p>Anestesiología</p>		<p>20 a 30 minutos</p>



	requieran anestesia tópica o local.			
3	<p>Paraclínicos preoperatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hemograma: según hallazgos clínicos o pacientes con pérdidas sanguíneas potenciales dentro del procedimiento quirúrgico. ➤ Rayos x de Tórax: Se debe obtener una radiografía de tórax (en proyecciones anteroposterior y lateral) en pacientes con signos o síntomas sugestivos de enfermedad cardiopulmonar no diagnosticada o crónica inestable. ➤ Electrocardiograma: pacientes mayores de 65 o pacientes catalogados como alto riesgo ➤ Prueba de embarazo: pacientes con retraso menstrual. ➤ Electrolitos: Se recomienda obtener de 	Especialista encargado del paciente (ginecólogo, cirujano general)	Una hora	



	pacientes con consumo crónico de digoxina, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA)			
4	<p>Condiciones generales para pacientes con uso crónico de medicamentos.</p> <p>Se debe indicar al paciente la importancia de restricción de algunos medicamentos previos al acto quirúrgico. Se deben suspender todos los medicamentos que no contribuyan a mantener la homeostasis de los pacientes (medicamentos no prescritos, herbales o naturistas, suplementos nutricionales, profilaxis antitrombótica, aspirina).</p>	Especialista encargado (anestesiólogo, cirujano, ginecólogo)		N/A
5	<p>Condiciones de ayuno:</p> <p>El personal de enfermería del área quirúrgica informa que el período de ayuno para líquidos claros,</p>	Personal de enfermería del área quirúrgica		5 a 10 minutos



	<p>como agua, jugos de fruta sin pulpa, bebidas carbonatadas, té claro y café sea de cuatro horas o más antes de la cirugía. El período de ayuno para los alimentos fritos y grasos o carne debe ser de ocho horas o más, ya que estos alimentos pueden prolongar el tiempo de vaciamiento gástrico.</p> <p>En conclusión, en cuanto al periodo de ayuno, en el preoperatorio se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Tipo de alimento • Prioridad del procedimiento quirúrgico. <table border="1" data-bbox="315 1348 639 1587"> <thead> <tr> <th>Tipo de alimento</th> <th>Leche materna</th> <th>Leche fórmula</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tiempo de ayuno</td> <td>2 horas</td> <td>4-6 horas</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de alimento	Leche materna	Leche fórmula	Tiempo de ayuno	2 horas	4-6 horas			
Tipo de alimento	Leche materna	Leche fórmula								
Tiempo de ayuno	2 horas	4-6 horas								
6	<p>Condiciones de higiene personal:</p> <p>Los pacientes deben ser informados a bañarse el día del procedimiento quirúrgico, en especial</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		<p>5 a 10 minutos</p>						



	<p>del área de incisión y del área de anestesia raquídea según procedimiento quirúrgico. Deben ser alertados de no afeitarse ni eliminar cualquier pelo en o cerca del sitio quirúrgico.</p> <p>De igual manera se informa al paciente el no uso de maquillaje, esmalte de uñas de manos y pies.</p> <p>En caso de una urgencia se realiza el retiro del esmalte o maquillaje en el servicio donde se encuentre el paciente.</p>			
7	<p>Uso de accesorios personales Se indica al paciente el no uso de elementos como joyas, reloj, accesorios y/o elementos de valor, además el no uso de ningún tipo de prótesis (Dental, prótesis auditivas).</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		<p>N/A</p>
8	<p>Consentimiento informado: Se les debe proporcionar información respecto a los riesgos anestésicos generales y específicos previstos, y sobre el cuidado anestésico. Se</p>	<p>Especialista encargado (anestesiólogo, cirujano, ginecólogo)</p>		<p>10 a 20 minutos</p>



	<p>deben adoptar estrategias que permitan mejorar la comprensión de la información con el fin de asegurar que los encargados de tomar las decisiones estén adecuadamente informados. Además de las complicaciones quirúrgicas y síntomas post operatorios.</p> <p>Verifique que el paciente haya comprendido y firmado el consentimiento informado.</p>			
9	<p>El traslado de los pacientes al quirófano se debe adaptar al estado clínico del paciente (crítico o no crítico). El proceso de entrega y recepción se debe registrar en la historia clínica</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		<p>20 minutos</p>
10	<p>Realizar la marcación del sitio quirúrgico Las discrepancias entre la valoración preanestésica, el consentimiento informado y el registro del cirujano de la historia y examen físico deben ser resueltas, idealmente, antes de iniciar cualquier tipo de proceso prequirúrgico. Antes de marcar el lugar de la cirugía se debe</p>	<p>Especialista encargado del paciente (cirujano o ginecólogo)</p>		



	<p>verificar la identidad del paciente y el sitio correcto del procedimiento quirúrgico mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La información del consentimiento informado. - La información contenida en la historia clínica. - Los estudios diagnósticos. - El interrogatorio al paciente, padre o cuidador. 			
11	<p>Prevención de infección Se debe realizar la prevención de infecciones mediante tres estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis antibiótica. • Normotermia perioperatoria. • Preparación adecuada de la piel, entre otras como un buen lavado de manos quirúrgico, eliminación del pelo. 	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		
12	<p>• Profilaxis antibiótica Administrar los antibióticos preoperatorios con el fin de obtener concentraciones bactericidas en los tejidos al momento de la incisión. Para la mayoría de antibióticos esta concentración se logra 30 min después de</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		



	<p>la administración. La vancomicina y las fluoroquinolonas se deben iniciar dentro de los 120 min previos a la cirugía porque requieren un tiempo de infusión más prolongado, sin embargo, la administración tardía de un antibiótico no disminuye su efectividad. Para esta estrategia de prevención de infecciones se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alergias conocidas a medicamentos. - Se debe administrar un adecuado antibiótico profiláctico, según la cirugía, entre 30 min y 2h antes. Este tiempo depende del antibiótico usado. - Pacientes con prótesis articulares no deben recibir profilaxis antibiótica para prevenir infección en la prótesis 			
<p>13</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Normotermia perioperatoria <p>La temperatura se debe monitorizar en todos los pacientes que reciben anestesia y que se espera sufran cambios significativos de la temperatura central.</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		



	<p>Se deben establecer estrategias para disminuir el riesgo de hipotermia intraoperatoria con el fin de disminuir complicaciones asociadas (infección del sitio quirúrgico, complicaciones cardiacas, aumento del sangrado, etc.)</p>			
<p>14</p>	<p>● Preparación de la piel El sitio quirúrgico debe ser evaluado antes de la preparación de la piel. Se debe hacer una consideración cuidadosa con el fin de elegir la sustancia ideal de acuerdo con cada grupo de pacientes. Algunos agentes antisépticos pueden lesionar las mucosas, y otros son altamente inflamables. El área preparada debe ser lo suficientemente grande como para permitir la extensión de la incisión o la inserción de drenajes. El personal debe tener conocimiento de las técnicas de preparación de la piel, incluyendo el mantenimiento de la integridad de la piel y prevenir la lesión en la piel, por lo tanto, tener</p>	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		



<p>las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las áreas con un alto conteo microbiano se deben preparar a lo último. • Aislar las colostomías mediante una gasa impregnada en antiséptico para prepararlas al final del proceso. • Se recomienda el uso de solución salina normal para preparar áreas de piel quemadas o traumatizadas. • Se debe evitar el uso de productos con base en clorhexidina y alcohol en las mucosas. • Permitir suficiente tiempo de contacto para los antisépticos antes de aplicar los campos estériles. • Permitir el tiempo suficiente para la evaporación completa de agentes inflamables. • Prevenir que los antisépticos se acumulen debajo del paciente o los equipos. <p>Registrar en la historia clínica la preparación de la piel, sitio de limpieza, antiséptico utilizado, el tiempo de actuación. Se debe preparar la piel de las áreas que se someterán a procedimientos</p>			
---	--	--	--



	<p>terapéuticos (cirugía), anestésicos (anestesia regional) y diagnósticos (inserción de catéteres) con una solución antiséptica con el fin de reducir el riesgo de infección</p>			
15	<p>• Eliminación del pelo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El afeitado con una rasuradora puede producir cortes y abrasiones en la piel, y por tanto no debe ser utilizado. - El método de recorte de pelo debe ser con máquinas de dientes finos para cortar el pelo cerca de la piel del paciente. - Se debe evitar la eliminación del pelo a menos de que este pueda interferir con el procedimiento. <ul style="list-style-type: none"> • La eliminación del pelo debe ser la excepción, no la regla. • La eliminación del pelo, cuando sea necesario, debe realizarse lo más cerca posible de la hora del procedimiento quirúrgico. - Afeitarse más de 24 horas antes del procedimiento aumenta el riesgo de infección. - La eliminación del pelo en el campo 	<p>Personal de enfermería del área quirúrgica</p>		



<p>estéril podría contaminar el sitio quirúrgico y los campos estériles debido a los pelos sueltos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para algunos procedimientos quirúrgicos, la depilación puede no ser necesaria. Los pacientes que requieren procedimientos inmediatos pueden no tener tiempo para la depilación. - El personal encargado de efectuar la depilación al paciente debe ser instruido para usar la técnica adecuada. - La eliminación del pelo debe ocurrir bajo las órdenes del médico o siguiendo el protocolo de determinados procedimientos quirúrgicos. - Si se realiza la eliminación del pelo, se debe documentar en la historia clínica. La documentación debe incluir la condición de la piel en el sitio quirúrgico, quién ha realizado la eliminación, el método de eliminación, la zona de depilación y el momento en el que se hizo. 			
---	--	--	--



16	<p>Realización de la lista de chequeo preoperatorio En todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, una vez dentro del quirófano, se debe verificar el cumplimiento de los procesos prequirúrgicos y la disponibilidad del personal y de los dispositivos requeridos mediante la lista de chequeo de la OMS</p>	Equipo quirúrgico de la sala de cirugía en todo procedimiento quirúrgico		
----	---	--	--	--

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento
N/A	Externo	Preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano de SCARE

- Guía de práctica clínica para la evaluación y registro pre anestésico adoptada del Manual de práctica clínica basado en la evidencia. Preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. Asociación Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E), The Cochane y Universidad Nacional de Colombia.
- GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
Dra. Gloria Patricia López-Herranz,* Dra. Olga Gabriela Torres-Gómez. Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México. Revista Mexicana de anestesiología.

8. HISTORIA DE MODIFICACIONES



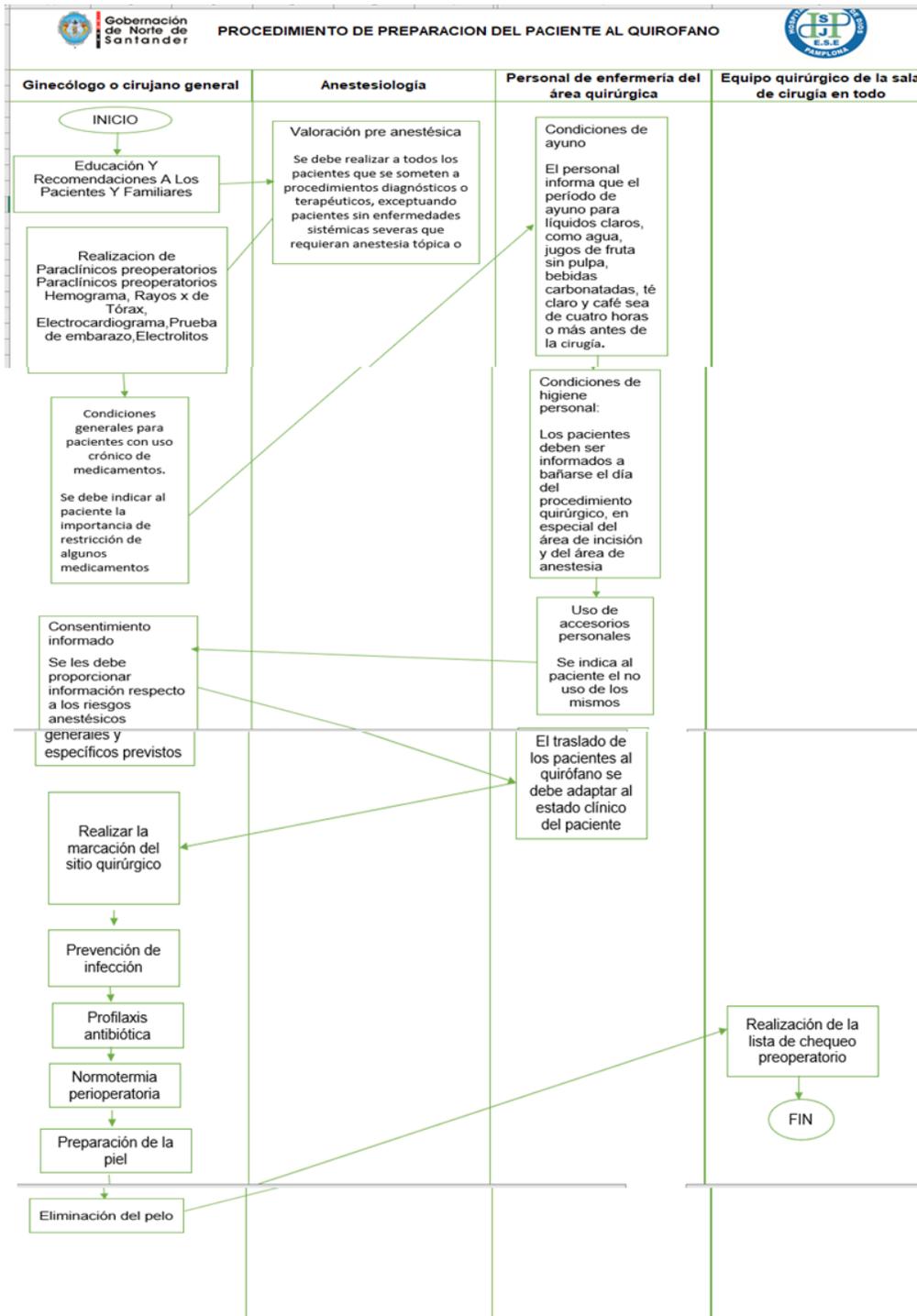
Versión	Naturaleza de cambio	Fecha de cambio	Aprobación de cambio
02	Ajuste del documento	Marzo 2022	Calidad
03	Actualización del documento	Octubre 2022	Calidad

9. ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS

Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición

10. ANEXOS

10.1. Flujograma





CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Cód.	Categoría	Descripción	Objetivo de tiempo para el procedimiento	Momento esperado	Ejemplo
1	Inmediata	Intervención inmediata para salvar la vida o un órgano. La reanimación es simultánea con el tratamiento quirúrgico	Minutos después de que se decida realizar el procedimiento	Realizar en la primera sala de cirugía disponible. Si es necesario se deben posponer otros procedimientos con categorías >2	Reparación de aneurisma de aorta abdominal roto
2	Urgente	Intervención para resolver condiciones de aparición aguda que pueden poner en peligro la vida, la integridad física o la supervivencia de órganos	Horas después de que se decida realizar el procedimiento, una vez la reanimación inicial se ha completado	Se ejecuta dentro de una lista de urgencias, incluso durante la noche. Si es necesario se deben posponer otros procedimientos con categorías >3	Apendicetomía
3	Prioritaria	Procedimiento para un paciente estable que requiere la intervención temprana para una condición que no es una amenaza inmediata a la vida, la integridad física o la supervivencia de un órgano	Días después de que se decida realizar el procedimiento	Se puede ejecutar dentro de un programa de cirugías prioritarias, no durante la noche	Reducción y fijación de fractura cerrada
4	Electiva	Procedimiento programado	Planeado	Programación quirúrgica	Reemplazo articular primario

Tabla 2.1. Clasificación de la intervención NCEPOD