



PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES

EN CIRUGÍA MENOR BÁSICA



MINISTERIO DE DEFENSA

La cirugía menor se define como aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas, orientadas a su tratamiento, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin patologías médicas coexistentes y que habitualmente no requieren recuperación postquirúrgica. Las lesiones que requieren cirugía menor, aunque no mortales, sí pueden ser invalidantes por el dolor que producen o por su naturaleza.

Los oficiales enfermeros deben estar preparados para prestar apoyo allí donde operan las Fuerzas Armadas, tanto en territorio nacional como en operaciones en el exterior y tanto al colectivo militar nacional como al aliado y a la población civil, y realizan actividades de cirugía menor básica prácticamente en todos los destinos por los que pasan. Los anestésicos locales son herramientas esenciales para el tratamiento del dolor en situaciones de emergencia, por lo que parece razonable elaborar un protocolo para la administración de anestésicos locales en procesos de cirugía menor básica.

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

**COMISIÓN PERMANENTE PARA LA ELABORACIÓN,
VALIDACIÓN Y DIFUSIÓN DE PROTOCOLOS Y
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ASISTENCIAL DE
ENFERMERÍA EN LAS FUERZAS ARMADAS**



PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
Y ASISTENCIAL PARA LA INDICACIÓN, USO Y
AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN POR PARTE DE
LOS ENFERMEROS DE LAS FUERZAS ARMADAS DE
MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA
EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE DEFENSA

**PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE ANESTÉSICOS LOCALES EN CIRUGÍA
MENOR BÁSICA**



MINISTERIO DE DEFENSA



Catálogo de Publicaciones de Defensa
<https://publicaciones.defensa.gob.es>



Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado
<https://cpage.mpr.gob.es>

publicaciones.defensa.gob.es
cpage.mpr.gob.es

Edita:



Paseo de la Castellana 109, 28046 Madrid

© Autor y editor, 2024

NIPO 083-24-072-5 (impresión bajo demanda)

ISBN 978-84-9091-892-0 (impresión bajo demanda)

NIPO 083-24-073-0 (edición en línea)

Depósito legal M 5394-2024

Fecha de edición: abril de 2024

Maqueta e imprime: Imprenta Ministerio de Defensa

Las opiniones emitidas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad del autor de la misma. Los derechos de explotación de esta obra están amparados por la Ley de Propiedad Intelectual. Ninguna de las partes de la misma puede ser reproducida, almacenada ni transmitida en ninguna forma ni por medio alguno, electrónico, mecánico o de grabación, incluido fotocopias, o por cualquier otra forma, sin permiso previo, expreso y por escrito de los titulares del copyright ©.

En esta edición se ha utilizado papel procedente de bosques gestionados de forma sostenible y fuentes controladas.

La Instrucción 51/2019, de 13 de septiembre, del subsecretario de Defensa, por la que se regula el procedimiento de elaboración, validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas de medicamentos sujetos a prescripción médica en el ámbito del Ministerio de Defensa, establece en su apartado Tercero la creación de la Comisión Permanente para la elaboración, validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de enfermería en las Fuerzas Armadas para tal fin, habilitando al Inspector General de Sanidad de la Defensa la validación de dichos protocolos o guías de práctica clínica y asistencial.

En virtud de lo anteriormente expuesto se procede a la validación del presente protocolo para la administración de anestésicos locales en cirugía menor básica para su aplicación en los términos establecidos en el Real Decreto 954/2015 por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por los enfermeros y en su normativa de desarrollo, la Orden PCI/581/2019, de 24 de mayo, por la que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas.

El inspector general de Sanidad de la Defensa

Juan José Sánchez Ramos

| PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES EN CIRUGÍA MENOR BÁSICA | | |
|---|----------------|---|
| CONTROL DE CAMBIOS | | |
| VERSIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
| 01 | DICIEMBRE 2023 | Actualización del algoritmo de uso en la cirugía menor básica (p. 19) Simplificación de la tabla del Anexo 1. (p. 29) Simplificación de la tabla del Anexo 2 e inclusión de vías de administración. (p. 30) Actualización de los Anexos 3, 4 y 5 (pp. 31, 32 y 33) |

Índice

| | |
|---|----|
| Glosario de abreviaturas..... | 11 |
| 1. Grupo de trabajo..... | 13 |
| 1.1. Autores..... | 13 |
| 1.2. Revisores externos | 14 |
| 1.3. Declaración de conflicto de intereses..... | 15 |
| 2. Aspectos clave..... | 16 |
| 3. Introducción..... | 17 |
| 3.1. Justificación..... | 19 |
| 3.2. Objetivos..... | 20 |
| 3.3. ¿A quién está dirigido este protocolo?..... | 21 |
| 3.4. Población diana..... | 21 |
| 4. Metodología | 22 |
| 5. Plan de cuidados para los procesos de cirugía menor..... | 24 |
| 5.1. Valoración de enfermería | 24 |
| 5.2. Diagnósticos de enfermería..... | 25 |
| 5.3. Actualización | 25 |
| 6. Algoritmo de uso de AL en cirugía menor básica | 26 |
| 7. Recomendaciones | 27 |
| 8. Registro..... | 29 |
| 9. Indicadores de calidad | 30 |
| 9.1. Indicadores de estructura | 30 |
| 9.2. Indicadores de proceso..... | 30 |
| 9.3. Indicadores de resultado | 31 |
| 10. Bibliografía | 32 |
| 11. Anexos..... | 35 |
| Anexo 1. Clasificación de los AL por grupos (7) | 35 |

| | |
|--|----|
| Anexo 2. Clasificación AL según indicaciones de uso asociados o no a vasoconstrictor | 36 |
| Anexo 3. Clasificación AL tópicos según localización de uso (7, 9)..... | 37 |
| Anexo 4. Contraindicaciones AL..... | 38 |
| Anexo 5. Tabla efectos adversos AL (5, 8, 9)..... | 39 |
| Anexo 6. Diagnóstico de enfermería «riesgo de infección» . | 40 |
| Anexo 7. Diagnóstico de enfermería «dolor agudo»..... | 41 |
| Anexo 8. Diagnóstico de enfermería «riesgo de reacción alérgica» | 43 |
| Anexo 9. Factores para tener en cuenta y evitar posibles complicaciones (7)..... | 44 |
| Anexo 10. Consentimiento informado previo uso AL..... | 45 |

Glosario de abreviaturas

| | |
|--------------|---|
| AL | Anestésicos Locales |
| AREA | Análisis del Resultado Esperado Actual |
| AVDN | Escala Valoración Respuesta (Alerta, Estímulo Verbal, Estímulo Doloroso, No Responde) |
| CMS | Cuerpo Militar de Sanidad |
| CE | Cuerpo Extraño |
| C/V | Con Vasoconstrictor |
| CV | Cardiovascular |
| EPI | Equipo de Protección Individual |
| EVA | Escala Visual Analógica |
| FAS | Fuerzas Armadas |
| FC | Frecuencia Cardíaca |
| ID | Intradérmica |
| MeSH | Medical Subject Heading |
| MPQ | McGill Pain Questionnaire |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| NIC | Nursing Interventions Classification |
| NOC | Nursing Outcomes Classification |
| PA | Presión Arterial |
| PAE | Proceso de Atención de Enfermería |
| PCR | Parada Cardiorrespiratoria |
| S/V | Sin Vasoconstrictor |
| SNC | Sistema Nervioso Central |
| SC | Subcutánea |
| TN | Territorio Nacional |
| ZO | Zona de Operaciones |

1. GRUPO DE TRABAJO

1.1. AUTORES

| APELLIDOS, NOMBRE | TITULACIÓN | CARGO | DESTINO |
|---------------------------------|------------|---------------------|--|
| López González, Juan Manuel | Doctor | Director Técnico | Teniente coronel enfermero. C. G. Unidad Militar de Emergencias, Torrejón de Ardoz |
| Arandojo Morales, María Isabel | Doctor | Comité Metodológico | Comandante enfermero. Unidad CIS. Inspección General de Sanidad |
| Ajejas Bazán, María Julia | Doctor | Comité Metodológico | Capitán enfermero. Escuela Militar de Sanidad |
| Trujillo Laguna, María Trinidad | Diplomado | Comité Técnico | Comandante enfermero. Jefatura de Sanidad del Arsenal de Ferrol |
| Manzanares Domínguez, José Luis | Máster | Comité Técnico | Capitán enfermero. Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue |
| Osuna Esteban, Laura | Máster | Comité Técnico | Capitán enfermero. Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial |
| Prieto Redondo, Carlos | Grado | Comité Técnico | Capitán enfermero. Fuerzas Aeromóviles del Ejército de Tierra |
| Galán Enríquez, José Antonio | Grado | Comité Técnico | Capitán enfermero. Unidad Médica de Aeroevacuación |
| Robledo Uceda, Miguel Ángel | Máster | POC | Capitán enfermero. Unidad de Enfermería. Inspección General de Sanidad |

1.2. REVISORES EXTERNOS

| APELLIDOS, NOMBRE | TITULACIÓN | CARGO | DESTINO |
|----------------------------|--|--|--|
| Pérez Morán, María José | Grado en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria | Comandante farmacéutico. Servicio de Farmacia y Productos sanitarios hospitalarios | Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» CSVE. Madrid |
| Martín Herrero, Javier | Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Anestesia y Reanimación | Coronel médico. Jefe del Servicio de Anestesiología | Hospital General de Defensa «Orad Gajías». Zaragoza |

1.3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto los autores como los revisores del presente protocolo declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este protocolo.

2. ASPECTOS CLAVE

Los anestésicos locales (AL) se utilizan en cirugía menor básica para generar una pérdida de sensibilidad de una parte reducida, de pequeña dimensión del cuerpo sin que el paciente pierda la consciencia. Comenzó a usarse en la práctica clínica en 1946, aunque Platón ya hablaba de ellos en su obra¹. Se utilizan para multitud de procedimientos por lo que es necesario conocer su farmacología y las complicaciones derivadas de su uso.

Hay una gran variedad de procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, en regiones fácilmente accesibles, que se benefician del uso de anestésicos locales para poder llevarse a cabo de una forma segura e indolora:

- Curas de quemaduras o laceraciones complejas.
- Suturas
- Extracción de cuerpos extraños
- Procedimientos odontológicos.
- Cirugía menor (cirugía ungueal, reconstrucción, desgarró pabellón auricular, drenaje de abscesos subcutáneos, etc.)

Si bien, generalmente, no son lesiones que ponen en riesgo la vida de los pacientes, en ocasiones, sí que pueden llegar a ser muy dolorosas e, incluso invalidantes y pueden ocasionar la pérdida en la operatividad del paciente y por lo tanto de la misión.

El uso de estos AL no está exento de riesgos por lo que será necesario:

- Conocer las características de los anestésicos locales que se vayan a utilizar.
- Realizar una correcta anamnesis del paciente.
- Prepararse ante las posibles complicaciones que pueden producirse.

3. INTRODUCCIÓN

La cirugía menor se define como aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas regladas, orientadas a su tratamiento, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin patologías médicas coexistentes y que habitualmente no requieren recuperación postquirúrgica².

Dicha cirugía ha tenido una evolución histórica que arranca en 1846, cuando se crea el título de ministrante por la Real Orden del 29 de junio, que habilita para realizar técnicas de cirugía menor².

En el Real Decreto 1277/2003 del 10 de octubre, aparece por primera vez en la cartera de servicios de Atención Primaria la cirugía menor y, define dos niveles de atención: Cirugía Menor Básica y Cirugía Menor Avanzada^{2,3}.

La definición de dolor físico, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor es «la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como asociada a dicha lesión»⁴. La sensación dolorosa es el resultado de la transmisión del estímulo lesivo al córtex cerebral desde los receptores nociceptivos periféricos de las estructuras corporales dañadas. Su duración e intensidad depende de la modulación que la vía nociceptiva sea capaz de efectuar a partir de las lesiones originales.

Los anestésicos locales son herramientas esenciales para el tratamiento del dolor en situaciones de emergencias².

En la cirugía menor básica, que es la que se aborda en este protocolo, hay una serie de procedimientos los que precisan del uso de anestésicos locales³:

- Sutura
- Drenaje
- Cirugía ungueal
- Escisión lineal
- Escisión fusiforme
- Escisión circular
- Extracción de cuerpos extraños.

A. Generalidades de los AL

El anestésico local se inyecta, usualmente, desde el borde interno de la herida e infiltra el tejido circundante. El pH de la solución anestésica puede causar sensación urente, que puede reducirse por la infusión lenta o alcalinizando la solución con bicarbonato de sodio. El calentamiento de la solución anestésica puede prevenir el dolor⁵.

La elección del AL a utilizar depende de varios factores como son la duración del procedimiento, alergia a AL (o de sensibilidad a las catecolaminas) y la localización corporal.

B. Características de los AL

Los AL son fármacos capaces de bloquear de manera reversible el sistema nociceptivo originando una pérdida de sensibilidad que se recupera cuando finaliza su efecto. Los AL tienen efectos antiinflamatorios y antihiperálgicos⁶.

Para el uso correcto y la seguridad del paciente, es necesario conocer el mecanismo de acción, la presentación comercial, las características farmacológicas, las complicaciones y los efectos secundarios (Anexos 4 y 5) (2, 5, 7–9). Tener el conocimiento de estos aspectos nos brinda la posibilidad de hacer una elección adecuada del anestésico a utilizar acorde al procedimiento que se va a realizar y a evitar la aparición de efectos no deseados¹⁰. Para ayudar a conseguirlo existen las recomendaciones técnicas incluidas en el Anexo 9 para su comprobación previa a la realización de estos procedimientos.

Siempre debe utilizarse la menor dosis y/o concentración necesaria para obtener el efecto deseado. Aún a dosis bajas, su uso puede provocar reacciones adversas.

La acción del anestésico local estará condicionada por varios factores:

- El tamaño/tipo de la fibra sobre la que actúa.
- Cantidad de fármaco disponible en el lugar de acción o concentración mínima inhibitoria.
- Características farmacológicas del propio anestésico, de los excipientes y de la forma galénica en la que se vehicula.
- La frecuencia del impulso: la repetición del impulso en respuesta al cambio de potencial facilita que el fármaco alcance más rápidamente el lugar específico de acción.

C. Clasificación de los AL²

1. Por grupos (Anexo 1)

Se dividen en dos familias: aminoésteres y aminoamidas. Estas últimas son las más utilizadas en anestesia y dentro de estas la lidocaína, la bupivacaína y la mepivacaína¹¹.

2. Por asociación o no con vasoconstrictores (Anexo 2)

La asociación con un vasoconstrictor, como la epinefrina, retrasa la absorción sistémica, por lo que disminuye su concentración plasmática, mejora la seguridad, disminuye la hemorragia local y el inicio de acción es más rápido y duradero.

3. Tópicos (Anexo 3)

Estos anestésicos se aplican sobre la piel intacta antes de la instrumentación de la dermis, en la mucosa intacta y sobre la piel abierta para el control del dolor o antes de la reparación de una herida.

D. Efectos adversos de los AL (Anexo 5)

Los principales efectos adversos que pueden producirse, aunque poco frecuentes, son los siguientes: toxicidad a nivel del sistema nervioso central (raros pero peligrosos), a nivel cardiovascular, psiquiátrico, gastrointestinal, osteomuscular, inmunológico y excretor^{5,8}.

3.1. JUSTIFICACIÓN

Los oficiales enfermeros deben estar preparados para prestar apoyo allí donde operan las Fuerzas Armadas, tanto en territorio nacional como en operaciones en el exterior y tanto al colectivo militar nacional como al aliado y/o a la población civil, generalmente en áreas sin recursos. Como se ha mencionado anteriormente, estas lesiones, aunque no mortales, si pueden ser invalidantes por el dolor que producen o por su naturaleza.

Entre octubre de 2021 y enero de 2022, la Inspección General de Sanidad realizó un informe¹² relativo a la oportunidad y necesidad de realizar un protocolo para la administración de anestésicos locales relacionados con las actividades de cirugía menor básica, que es precisamente lo que nos atañe. Se realizó un estudio exploratorio sobre el tema a un grupo de voluntarios, todos enfermeros del CMS y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Los enfermeros del CMS realizan actividades de cirugía menor básica prácticamente en todos los destinos por los que pasan a lo largo de su carrera.
- Las actividades de cirugía menor básica más frecuentes son la sutura de heridas y la limpieza quirúrgica de heridas. La ablación de uñas o el drenaje de abscesos, aunque con una incidencia menor, también son práctica habitual en el ejercicio profesional diario.
- Las prácticas de cirugía menor básica emplean con gran frecuencia la administración de AL que, en su mayoría, son utilizados de manera autónoma.
- Los profesionales enfermeros que rechazan el uso de anestésicos locales en sus actividades de cirugía menor lo hacen por temor a las repercusiones legales o por o dudas en la correcta dosificación de los mismos.
- Existe una gran demanda en actividades para mantener la pericia en cirugía menor y así aumentar la seguridad en su ejecución.

Parece razonable, por tanto, abordar la elaboración de un protocolo para la administración de anestésicos locales en procesos de cirugía menor básica.

3.2. OBJETIVOS

El objetivo general de este protocolo es dotar a los profesionales enfermeros pertenecientes al Cuerpo Militar de Sanidad (CMS), de una herramienta que les permita abordar el uso de anestésicos locales dentro de las actividades de la cirugía menor básica no solo referido a la toma de decisiones en cuanto al uso y la administración correctos de fármacos sujetos a prescripción médica, a la prestación de los mejores cuidados, garantizando, tanto la seguridad del paciente como la de los profesionales que la utilicen.

En cuanto a los objetivos específicos:

- Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en evidencia científica para mejorar el abordaje de la administración de anestésicos locales.
- Proporcionar cuidados enfermeros de calidad en pacientes que se les administra anestésicos locales.

- Reducir la variabilidad entre profesionales en el diagnóstico enfermero y en los cuidados en la administración de anestésicos locales.
- Garantizar la seguridad en la actuación frente a la administración de anestésicos locales.
- Dotar al CMS, Escala de Oficiales Enfermeros (E.O.E) de herramientas de apoyo en el ejercicio de sus funciones.

3.3. ¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO ESTE PROTOCOLO?

Este protocolo va dirigido a los profesionales del CMS, especialidad fundamental Enfermería, con la acreditación de enfermero prescriptor, donde en el desempeño de su ejercicio profesional se estime necesaria la realización de técnicas de cirugía menor básica donde se precise de la utilización de anestésico local en la evaluación y manejo inicial del paciente, según con lo que se determina en la Orden PCI/581/2019 de 24 de mayo.

3.4. POBLACIÓN DIANA

El personal de las Fuerzas Armadas en activo, reservistas y todo aquel personal susceptible de recibir atención sanitaria por parte de los enfermeros del CMS, en el desempeño de su actividad laboral en condiciones de soledad y/o aislamiento, tanto en Territorio Nacional (TN) como en Zona de Operaciones (ZO).

4. METODOLOGÍA

Para su elaboración se ha realizado una búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura, consultando bases de datos y otras fuentes especializadas como *Medline*, *Web of Science*, *Cuiden* y *Science Direct*, además de la búsqueda realizada en bibliotecas virtuales como *Scielo* y la *Biblioteca Virtual en Salud* y en el buscador *Google Académico*. Se siguió una estrategia de búsqueda en la que se combinaron términos descriptores en lenguaje controlado MeSH (*Medical Subject Heading*) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y, en algunos casos, lenguaje libre.

También se han usado como base evidencias y recomendaciones de diferentes guías de práctica clínica de diversas sociedades científicas.

Los criterios de inclusión han sido: publicación en los últimos cinco años; idiomas inglés y español y rangos de edad entre dieciocho y sesenta y cinco años. Se excluyeron editoriales, artículos de opinión, casos clínicos y casos únicos y población menor de dieciocho años.

Se ha incluido un Plan de Cuidados estandarizado y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), indispensables ambos para poder aplicar la metodología científica, permitiendo estructurar los Cuidados de Enfermería de una forma ordenada y sistemática, en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Se ha seguido el modelo de valoración de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon^{13, 14} y taxonomía NANDA-NOC-NIC¹⁵⁻¹⁸ del siguiente modo:

- Se elaboró un listado de posibles etiquetas diagnósticas, utilizando la clasificación NANDA. Se seleccionaron las siguientes etiquetas diagnósticas que se consideraron más apropiadas basándose en la evidencia: riesgo de infección, dolor agudo, temor y riesgo de reacción alérgica, mediante la utilización del modelo AREA¹⁹, se prescindió del temor ya que, actuando sobre el dolor agudo, desaparece dicha etiqueta diagnóstica.
- Para cada etiqueta diagnóstica se eligieron los criterios de resultado NOC¹⁷ y las intervenciones enfermeras NIC¹⁸.
- Para la elección de las intervenciones NIC se compararon las actividades y se recogieron aquellas que describían con mayor precisión y concreción las acciones realizadas en el proceso de atención enfermero.

- Con todos estos datos se elaboró un listado que aúna la etiqueta diagnóstica con los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC¹⁵⁻¹⁸.
- Se llevó a cabo la evaluación del proceso.

Una vez elaborado el protocolo, se ha contado con revisores externos para la corrección y ratificación de los resultados obtenidos por medio del proceso anteriormente descrito.

5. PLAN DE CUIDADOS PARA LOS PROCESOS DE CIRUGÍA MENOR

5.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Patrón 1. Percepción manejo de la salud

Valoración de la escena, prevención de riesgos, conocer antecedentes personales de interés (patologías previas, alergias, tratamiento farmacológico actual, hábitos tóxicos), así como estado vacunal del paciente.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Valoración del estado de la piel y mucosas, satisfacer las necesidades metabólicas, de manera que se pueda favorecer una buena recuperación, cicatrización o afrontamiento de algún traumatismo que requiera de corrección por técnicas de cirugía menor.

Patrón 3. Eliminación

Valoración de la capacidad excretora y su función, en especial si puede interferir en el manejo de lesiones o intervenciones de cirugía menor. Se propone la toma de constantes.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Valoración de la tolerancia, así como los hábitos y riesgos que supone la actividad física para el paciente, en relación con el beneficio para su recuperación y estado general.

Patrón 5. Sueño-descanso

Valoración de los patrones de descanso y su posible influencia en los tiempos de recuperación de las lesiones.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

Describir el patrón sensitivo y de percepción, con especial énfasis en la vivencia del dolor, la ansiedad y, en general, el estado neurológico global del paciente que va a requerir intervenciones de cirugía menor. Para la valoración de la intensidad de dolor se usará la Escala Visual Analógica, la numérica verbal, la verbal simple, la de expresión facial, o la McGill Pain Questionnaire (MPQ), siendo la primera la más habitual y sencilla. En cuanto a la valoración de la esfera neurológica usaremos la Escala

Valoración Respuesta AVDN (Alerta, Estímulo Verbal, Estímulo Doloroso, No Responde) y la Escala de Glasgow.

Patrón 7. Auto percepción-auto concepto

No precisa valoración.

Patrón 8. Rol-Relaciones

No precisa valoración.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

No precisa valoración.

Patrón 10. Tolerancia al estrés

No precisa valoración.

Patrón 11. Valores-creencias

No precisa valoración.

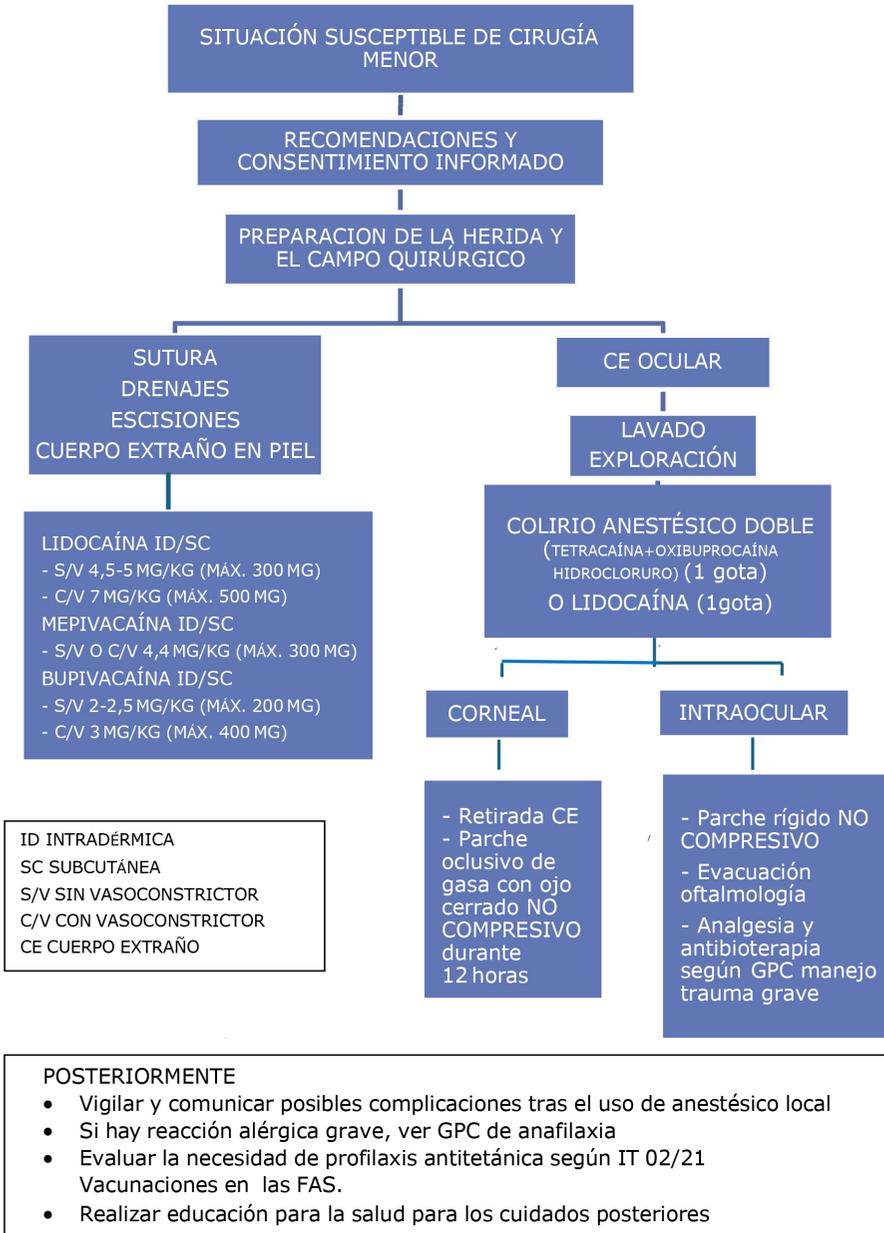
5.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO | CLASE | CÓDIGO | ETIQUETA DIAGNÓSTICA |
|---------|-------|--------|-----------------------------|
| 11 | 1 | 0004 | Riesgo de infección |
| 12 | 1 | 00132 | Dolor agudo |
| 11 | 5 | 00217 | Riesgo de reacción alérgica |

5.3. ACTUALIZACIÓN

Estas recomendaciones están sujetas a los cambios producidos en el conocimiento científico y en los avances tecnológicos, por lo que hay que considerar que los patrones de cuidados estarán sujetos a revisiones periódicas. Estas revisiones están previstas cada tres-cinco años.

6. ALGORITMO DE USO DE AL EN CIRUGÍA MENOR BÁSICA^{2, 7, 9, 20-24}



7. RECOMENDACIONES

Se han incorporado a la guía las recomendaciones procedentes de estudios de investigación y publicaciones que aporten niveles razonables de evidencia. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplieron los requisitos de calidad. Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema GRADE.

El sistema GRADE clasifica la evidencia partiendo del diseño del estudio, pero aumenta o disminuye el nivel de esta, considerando otros elementos: la calidad del estudio, la consistencia del mismo y el tipo de evidencia generada (directa o indirecta).

Los niveles de recomendación son cuatro:

- Alta. Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
- Moderada. Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
- Baja. Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
- Muy baja. El resultado no ha sido demostrado.

Es importante señalar que la presencia de un nivel de evidencia Bajo o Muy Bajo, en muchas ocasiones no es sinónimo de mala evidencia, simplemente refleja la falta de estudios que confirmen o desmientan el resultado o bien son estudios cualitativos, consenso de expertos, etc.

Atendiendo al grado de evidencia encontrado en la literatura científica, una vez aplicado el método GRADE, las recomendaciones realizadas son:

| ACTIVIDAD / RECOMENDACIÓN | Grado de evidencia (E) Grado de recomendación | Autores |
|--|--|--|
| Uso de parche oclusivo de gasa no compresivo, en cuerpo extraño ocular a nivel corneal, parche oclusivo de gasa con ojo cerrado No compresivo | E-Moderado R-Alto | Loporchio, Dean (2016); Parke, D. (2021); Jung, Hyun Chul (2021) |
| Uso de parche rígido no compresivo, ante cuerpo extraño intraocular | E-Moderado R-Alto | Loporchio, Dean (2016); Parke, D. (2021); Jung, Hyun Chul (2021) |
| Empleo de los anestésicos locales, ante situaciones de suturas, drenajes, escisiones y cuerpo extraño en piel aplicando el de algoritmo uso AL | E-Alto R-Alto | Arribas Blanco, José María et al. (2019) |

8. REGISTRO

Documentar las valoraciones clínicas, el tratamiento prestado y los cambios en el estado del paciente, enviando esta información con él al siguiente nivel de asistencia es muy importante porque todo lo que no está escrito no está realizado. Este intercambio de información entre personal sanitario de los diversos escalones asistenciales permite la continuidad de los tratamientos y de los cuidados a la vez que asegura una asistencia sanitaria de alta profesionalidad y calidad²⁵.

Es importante reflejar la trazabilidad que sigue el paciente en los diversos escalones sanitarios. Sin embargo, en muchas de las ocasiones, sobre todo, antes de la llegada al primer escalón de asistencia sanitaria, es difícil realizar la cumplimentación de la documentación relativa al paciente. En la mayoría de los casos la transferencia se hace de modo verbal en la misma secuencia en la que se ha atendido al herido, aunque como se ha referido anteriormente, la necesidad de garantizar la transmisión de una información completa y correcta hace que se empleen métodos que, no por poco ortodoxos, los hacen menos efectivos: en los últimos conflictos bélicos de Irak y Afganistán el reporte sobre el paciente era usual la información escrita sobre un apósito adhesivo sobre el tórax del paciente con los datos relativos a los cuidados recibidos y al tratamiento aplicado. De este modo, se garantizaba una transferencia de información de un modo ordenado y lógico, minimizando la posibilidad de olvidar datos importantes relativos al tratamiento del herido²⁵.

Actualmente, existen sistemas informatizados que permiten la localización y la transmisión de información (sanitaria, posicionamiento GPS, destino y datos personales del herido) que en un futuro no muy lejano se implantarán tanto en los servicios de Sanidad que apoyen a contingentes en *zonas de operaciones* como en los servicios de urgencias y emergencias civiles^{25, 26}.

Sin embargo, este proceso de registro está todavía por desarrollar y deben ser las autoridades sanitarias correspondientes las encargadas de ponerlo en marcha y de establecer quién será el encargado de recoger los datos.

9. INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son los instrumentos de medida que sirven para monitorizar, medir y hacer una evaluación comparativa de los resultados de la asistencia prestada, con el fin de detectar problemas, situaciones de mejora potencial o desviaciones de la práctica estandarizada, proceder a su mejora o solución y aumentar así la calidad asistencial^{27, 28}. Se utilizan como guía para controlar, evaluar y mejorar la calidad de aspectos concretos y específicos de la práctica asistencial.

No se ha evidenciado ningún estudio ni desarrollo de indicadores de calidad en el empleo de los anestésicos locales. En tanto que no se cuente con un sistema de recogida de información de forma reglada, no podremos obtener ni evaluar resultados. Pero teniendo en cuenta la información que, en este momento maneja este grupo de trabajo, se proponen los siguientes indicadores.

9.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA

- Existencia del *Protocolo de uso de AL en Cirugía Menor Básica* en la Unidad.
- Existencia del material necesario para la administración correcta y segura de los AL.
- Existencia de registro de las actuaciones que hayan requerido la utilización de AL así como del tipo de anestésico y dosis administradas.
- Existencia de registro de las reacciones adversas que se hayan producido tras el uso de los AL.

9.2. INDICADORES DE PROCESO

- Uso de AL en las situaciones susceptibles de ser utilizados.
- Empleo del AL adecuado a la intervención realizada.
- Comprobación de factores para tener en cuenta y evitar posibles complicaciones, contenidas en este protocolo.
- Administración de profilaxis antitetánica en las situaciones contempladas en este protocolo.
- Registro de aquellas patologías que hayan requerido una intervención sanitaria externa posterior a la realizada por los oficiales enfermeros a los que va dirigido este protocolo.

9.3. INDICADORES DE RESULTADO

- Porcentaje de anafilaxias producidas por administración de AL en un año.
- Escala de calidad de la atención prestada.

10. BIBLIOGRAFÍA

4. González Santos, S., Mugabure Bujedo, B. y Uria Azpiazu, A. (2010). *Actualizaciones en anestesiología para enfermería*. S.I. Hospital de Donostia, p. 129.
5. Delgado Díaz, A. y Camacho Anguiano, A. M. (2019). *Cirugía Menor para Enfermería. Un enfoque práctico*. Sevilla, Círculo Rojo, p. 324.
6. España. (2003). RD 1277/2003 de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios [en línea]. *Boletín Oficial del Estado*. N.º 254, pp. 24322-5. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/10/10/1277/con>
7. Dolor.com [en línea]. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
8. Castro Galvis, C. A. et al. (2021). Anestésicos locales en urgencias y no urgencias [en línea]. *Medical Journal*. 3, pp. 78-94. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/57/152>
9. Vincent, A., Bernard, L. y Léone, M. (2019). Farmacología de los anestésicos locales. *EMC-Podología*. 21(4), pp. 1-19.
10. Arribas Blanco, J. et al. (2019). *Anestesia en cirugía menor*. 4, pp. 1-9.
11. Miranda, P. et al. (2020). *Local anesthetics systemic toxicity: update in management* [en línea]. *Rev Chil Anest*. Vol. 49, n.º 10, pp. 98-113. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/P11/revchilanestv49n01.08.pdf>
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2021). CIMA. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS [en línea]. Madrid, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Consulta: 1 octubre 2022]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
13. Arribas Blanco, J. M. et al. (2001). Anestesia local y locorregional en cirugía menor [en línea]. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 27(9), pp. 471-81. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359301743808>

14. Niccolai, P. y Raucoules-Aimé, M. (2006). Anestesia local y lo-corregional en cirugía proctológica [en línea]. *EMC – Técnicas Quirúrgicas – Aparato Digestivo*. 22(1), pp. 1-7. [Consulta: 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1282912906453125>
15. Comisión permanente para la elaboración validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de enfermería en las Fuerzas Armadas. (2022). *Informe relativo a la oportunidad y necesidad de acometer los trabajos de elaboración de un protocolo para la administración de anestésicos locales relacionados con actividades de cirugía menor*. Madrid, Inspección General de Sanidad de la Defensa.
16. Gallego Lastra, R. del, Diz Gómez, J. y López Romero, M. A. (2015) Metodología Enfermera. Lenguajes estandarizados [en línea]. 8-11. [Consulta: 2024]. Disponible en: [http://eprints.ucm.es/35200/1/Libro Metodología Ed1.pdf](http://eprints.ucm.es/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf)
17. Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería*. 11.ª ed. Madrid, McGraw Hill.
18. Heather, H. T. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. 12.ª ed. S. l., Thieme, p. 587.
19. Johnson, M. et al. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos*. 2.ª ed. Barcelona, Elsevier, p. 432.
20. Moorhea, S. et al. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5.ª ed. Barcelona, Elsevier, p. 688.
21. Butcher, H. K. et al.. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7.ª ed. Barcelona, Elsevier, p. 528.
22. Rubio Sevilla, J. C. (2014). Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enfermería en Cardiología*. Año XXI (62), pp. 25-31.
23. Comisión permanente para la elaboración validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de enfermería en las Fuerzas Armadas. (2020). *Guía de práctica clínica para el manejo del trauma grave*. Madrid, Ministerio de Defensa, Secretaría General Técnica.
24. Loporchio D. et al. (2016). Intraocular foreign bodies: A review. [en línea]. *Survey of Ophthalmology*. 61(5), pp. 582-96. [Consulta:

- 2024]. Disponible en: [https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(15\)30051-5/abstract](https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(15)30051-5/abstract)
25. Gálvez-González, A. M. (2019). Manejo seguro de la anestesia local en enfermería [en línea]. *Hygia de enfermería: Revista científica del colegio*. (102), pp. 17-21. [Consulta: 2 noviembre 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7192355&info=resumen&idioma=ENG>
 26. Parke, D. W., Flynn, H. W. y Fisher, Y. L. (2013) Management of intraocular foreign bodies: a clinical flight plan [en línea]. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 48(1), pp. 8-12. [Consulta: 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2012.11.005>
 27. Jung, H. C. et al. (2021). Intraocular foreign body: Diagnostic protocols and treatment strategies in ocular trauma patients. *Journal of Clinical Medicine*. 10(9).
 28. España. Ministerio de Defensa. (2015). *Manual de soporte vital avanzado en combate* [en línea]. [Consulta: 2024]. Disponible en: <http://publicaciones.defensa.gob.es/pprevistas/e711a46b-fb63-65ab-9bdd-ff0000451707/index.html>
 29. Real Colomo, A. del et al. (2014). Ayuda a la clasificación y priorización en la evacuación de bajas de combate: ayuda al proceso asistencial. Proyecto e-SafeTag [en línea]. *Sanidad Militar*. 70(4), pp. 288-92.
 30. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2017). *Indicadores de calidad en el enfermo crítico* [en línea]. Madrid, SEMICYUC, p. 219. [Consulta: 2024]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf
 31. Zamora-Soler, J. Á, et al. (2019). Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. (31), pp. 346-52.

11. ANEXOS

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LOS AL POR GRUPOS (7)

| AGENTE | Tiempo de acción | Duración de acción | Mecanismo de acción | Metabolismo | Eliminación | Precaución |
|----------------|------------------|--------------------|---|--|-------------|---|
| Amidas | | | | | | |
| Lidocaína | Corto | 90-120 mn | Bloqueo temporal y reversible de los canales de sodio | Exclusivamente hepático por el sistema citocromo P450 | Renal | Acumulación de metabolitos tóxicos e insuficiencia renal o hepática |
| Mepivacaína | Corto | 120-180 mn | | | | |
| Bupivacaína | Intermedio | 180-210 mn | | | | |
| Esteres | | | | | | |
| Procaína | Largo | 60-90 mn | Bloqueo temporal y reversible de los canales de sodio | Hidrolizados en el plasma, los eritrocitos y el hígado | Renal | Pacientes con déficit de pseudo colinesterasa |
| Tetracaína | Largo | 180-240 mn | | | | |

ANEXO 2. CLASIFICACIÓN AL SEGÚN INDICACIONES DE USO ASOCIADOS O NO A VASOCONSTRICTOR

| ANESTÉSICOS LOCALES | | | | | |
|---|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Vía de administración | Solución simple | | Con epinefrina | |
| | | Dosis máxima mg/kg | Dosis máxima (mg) | Dosis máxima mg/kg | Dosis máxima (mg) |
| Agente Amida | | | | | |
| Lidocaína | ID/SC/TÓPICA | 4.5-5 | 300-400 | 7 | 500 |
| Mepivacaína | ID/SC | 4,4 | 300 | 4,4 | 300 |
| Bupivacaína | ID/SC | 2-2,5 | 150-200 | 3 | 400 |
| Agente Ester | | | | | |
| Colirio anestésico doble (tetracaína 1 mg/ml + oxibuprocaina 4 mg/ml) | TÓPICA | 1-2 gotas | | - | - |

(Fuente: Elaboración propia) (2,9)

ANEXO 3. CLASIFICACIÓN AL TÓPICOS SEGÚN LOCALIZACIÓN DE USO (7, 9)

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| USO EN PIEL INTACTA | EMLA® | Crema lidocaína/procaína. Es una mezcla oleosa- alcalina |
| USO EN MUCOSAS | GEL DE LIDOCAÍNA | Es útil para la colocación de sondas |
| | COLIRIO ANESTÉSICO DOBLE (TETRACAÍNA+OXIBUPROCAÍNA HIDROCLORURO) | Es un potente anestésico para la superficie de la córnea |
| USO EN SOLUCIONES DE CONTINUIDAD | COMBINACIÓN LIDOCAÍNA, EPINEFRINA Y TETRACAÍNA (LET®) | Se aplica con un algodón estéril en la herida abierta. No en mucosas por posible toxicidad |

ANEXO 4. CONTRAINDICACIONES AL

| CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES CON Y SIN VASOCONSTRICTOR | |
|--|--|
| A.L. SIN VASOCONSTRICTOR | Hipersensibilidad a anestésicos locales y sus excipientes |
| | Disfunciones graves de la conducción del impulso cardíaco |
| | Pacientes en shock |
| | Insuficiencia cardíaca descompensada |
| | Enfermedad nerviosa degenerativa |
| | Alteraciones en la coagulación |
| Precaución en pacientes que requieran más dosis que la permitida | Heridas grandes que requieran más dosis que la permitida |
| | Precaución en pacientes con patologías crónicas, así como consideraciones especiales |
| A.L. CON VASOCONSTRICTOR | Contraindicaciones anatómicas |
| | Zonas acras: dedos de pies y manos, orejas, nariz |
| | Pene |
| | Enfermedades que se puedan agravar por el uso del vasoconstrictor |
| Contraindicaciones clínicas | Vía intravenosa |
| | Drenaje de abscesos por riesgo de necrosis en tejidos infectados |
| | Pacientes con glaucoma en infiltración periorbitaria |
| | Circulación arterial comprometida |
| Precaución con fármacos: betabloqueantes, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, IMAO | |

(Fuente: Elaboración propia) (2, 7, 9)

ANEXO 5. TABLA EFECTOS ADVERSOS AL (5, 8, 9)

| EFECTOS ADVERSOS DE LOS AL | SÍNTOMAS |
|-------------------------------------|--|
| TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO | Síntomas neurológicos transitorios |
| | Mareos |
| | Somnolencia |
| | Parestesias |
| | Sabor metálico |
| | Tinnitus |
| | Disartria |
| | Entumecimiento de la lengua y zona peribucal |
| TRASTORNOS CARDIOVASCULARES | Hipertensión |
| | Taquicardia |
| | Hipotensión |
| | Bradicardia |
| | Arritmias (incluida PCR) |
| TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS | Disforia |
| | Confusión |
| | Irritabilidad |
| TRASTORNOS GASTROINTESTINALES | Náuseas |
| | Vómitos |
| | Disfagia |
| TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES | Debilidad muscular |
| | Miopatía |
| | Dolor articular de larga evolución |
| TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO | Urticaria |
| | Reacción anafiláctica |
| TRASTORNOS DEL SISTEMA EXCRETOR | Retención urinaria |

ANEXO 6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA «RIESGO DE INFECCIÓN»

| DIAGNÓSTICO (Dominio, Clase, Código) | | | | | | |
|---|---------------------|---|--|-------------|---------------------------|--|
| D | | C | | FORMULACIÓN | | |
| 11 | 1 | 0004 | RIESGO DE INFECCIÓN Factores relacionados (R/C): deterioro de la integridad cutánea | | | |
| NOC (Código, Criterio, Código Indicador, Indicador) | | NIC (Código, Intervención, Actividades escogidas) | | | | |
| CÓD. | CRITERIO | CÓD. INDIC | INDICADOR | CÓD. | INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
| [1092] | CONTROL DEL RIESGO. | [190207] | Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas | [6610] | IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS | – Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería |
| | | [190209] | Evita exponerse a las amenazas para la salud | [6540] | CONTROL DE INFECCIONES | – Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes – Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada – Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado – Administrar un agente de inmunización cuando sea adecuado – Instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de infección y cuando deben informar de ellos al profesional – Enseñar al paciente y la familia a evitar infecciones |
| | | | | [6650] | VIGILANCIA | – Determinar los riesgos de salud del paciente – Ponerse en contacto con el médico según corresponda – Observar si hay infección, según corresponda |

ANEXO 7. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA «DOLOR AGUDO»

| DIAGNÓSTICO (Dominio, Clase, Código) | | | FORMULACIÓN |
|--------------------------------------|----|--------|--|
| D | C | CÓDIGO | |
| 12 | 01 | 00132 | DOLOR AGUDO Factores relacionados(R/C) Características definitorias (M/P): Alteración parámetros fisiológicos, Diaforesis, Conducta expresiva, Expresión facial de dolor, Postura de evitación del dolor, Informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor |

| NOC (Código, Criterio, Código Indicador, Indicador) | | | | NIC (Código, Intervención, Actividades escogidas) | | |
|---|-------------------|-------------|---|---|----------------------------|---|
| CÓD. | CRITERIO | CÓD. INDIC. | INDICADOR | CÓD. | INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
| [1211] | NIVEL DE ANSIEDAD | [121104] | DISTRÉS. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | [5820] | DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD | <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento - Crear un ambiente que facilite la confianza |
| | | [121105] | INQUIETUD. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | | | <ul style="list-style-type: none"> - Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad |
| | | [121119] | AUMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | | | |

| NOC (Código, Criterio, Código Indicador, Indicador) | | NIC (Código, Intervención, Actividades escogidas) | | | | |
|---|----------|---|--|--------|------------------------------|---|
| CÓD. | CRITERIO | CÓD. INDIC. | INDICADOR | CÓD. | INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
| | | [121120] | AUMENTO DE LA VELOCIDAD DEL PULSO. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | [2390] | PRESCRIBIR MEDICACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual - Determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos - Identificar las alergias conocidas - Identificar las medicaciones indicadas para los problemas actuales |
| | | [121121] | AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | | | |
| | | [121122] | PUPILAS DILATADAS. Escala desde grave hasta ninguno (1-5) | | | |
| | | [121123] | SUDORACIÓN. Escala desde Grave hasta Ninguno (1-5) | | | <p>Recetar medicamentos según la autorización para hacerlo y/o el protocolo</p> <p>Seguir las recomendaciones para las dosis iniciales de la medicación (miligramos por peso corporal en kilos, superficie corporal o dosis mínima efectiva)</p> <p>Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación</p> |
| | | [121125] | FATIGA. Escala desde Grave hasta Ninguno (1-5) | | | |
| | | [121137] | CEFALEA. Escala desde Grave hasta Ninguno (1-5) | | | |
| | | [121138] | DOLOR. Escala desde Grave hasta Ninguno (1-5) | [2300] | ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia - Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado - Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados |

ANEXO 8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA «RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA»

| DIAGNÓSTICO (Dominio, Clase, Código) | | | FORMULACIÓN |
|--------------------------------------|---|--------|---|
| D | C | CÓDIGO | |
| 11 | 5 | 00217 | <p>RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA</p> <p>Factores relacionados (R/Q): exposición a alérgenos</p> <p>Características definitorias (M/P)</p> |

| NIC (Código, Intervención, Actividades escogidas) | | | | | | |
|---|--------------------|------------|--|--------|---------------------------|--|
| CÓD. | CRITERIO | CÓD. INDIC | INDICADOR | CÓD. | INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
| 1902 | CONTROL DEL RIESGO | [190201] | Reconoce los factores de riesgo personales | [6610] | IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS | <ul style="list-style-type: none"> - Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores - Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo - Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. |
| | | [190216] | Reconoce los cambios en el estado general de salud | [6650] | VIGILANCIA | <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal») |

ANEXO 9. FACTORES PARA TENER EN CUENTA Y EVITAR POSIBLES COMPLICACIONES (7)

- No sobrepasar dosis máximas.
- Esperar el tiempo de latencia previo a intervenir quirúrgicamente (5-10 min).
- Preguntar alergias.
- Desinfectar generosamente la zona a infiltrar, esperando los tiempos de remanencia según el desinfectante empleado.
- Si aparición de dolor en el momento de punción retirar la infiltración y continuar en otra zona.
- Preguntar constantemente al paciente para valorar cualquier complicación.
- Evitar comentarios inadecuados que asusten al paciente.

ANEXO 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO USO AL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente:

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre el procedimiento que se me va a realizar:

Sí No

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El enfermero me ha explicado el procedimiento para la administración del anestésico local localizada en

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Riesgos poco graves y frecuentes: infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia (apertura) de la herida. Dolor prolongado en la zona de la lesión. Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión.
- Riesgos poco frecuentes y graves: reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Al realizar la intervención la lesión siempre quedará una cicatriz sobre la zona

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?

DECLARACIONES Y FIRMAS:

D./D.^a:con D.N.I.:

DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el enfermero, del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.

Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con solo comunicarlo al enfermero.

Firma del enfermero que informa

Firma del paciente

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

D./D.^a:, con D.N.I.:

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

Firma del paciente o del representante

Fdo.:

Fecha:

(Fuente: Elaboración propia)

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA INSPECCIÓN
GENERAL DE SANIDAD

COMISIÓN PERMANENTE PARA LA ELABORACIÓN,
VALIDACIÓN Y DIFUSIÓN DE PROTOCOLOS
Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ASISTENCIAL DE
ENFERMERÍA EN LAS FUERZAS ARMADAS

Este documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo constituido por la Comisión Permanente para la elaboración, validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de enfermería en las Fuerzas Armadas en aplicación de la Instrucción 51/2019, de 13 de septiembre, del Subsecretario de Defensa, por la que se regula el procedimiento de elaboración, validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas de medicamentos sujetos a prescripción médica en el ámbito del Ministerio de Defensa, que desarrolla la Orden PCI/581/2019, de 24 de mayo, por la que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas.

Este grupo de trabajo bajo la batuta del Director Técnico, el teniente coronel enfermero Juan Manuel López González, está compuesto por todos los autores que se incluyen en la propia obra y ha contado con la colaboración del personal que constituye los diferentes comités y grupos de revisores. Es, por tanto, un texto científico multidisciplinar generado en el seno de la Inspección General de la Defensa.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DEFENSA

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE PUBLICACIONES
Y PATRIMONIO CULTURAL