

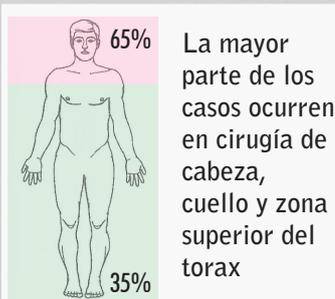


EVENTO CENTINELA POR FUEGO EN QUIRÓFANO

Cabello González F.J. - Oliveros Chinchilla L. - Segura Chamorro M.I.

INDRODUCCIÓN

En la actualidad no existe ninguna base de datos centralizada sobre el número total de incendios quirúrgicos, sin embargo, los datos de la ECRI (Emergency Care Research Institute) y la FDA (Food and Drugs Administration) muestran que aproximadamente se producen 100 incendios quirúrgicos cada año que determinan unos 20 pacientes con lesiones graves y una o dos muertes al año (se trata de una complicación infrecuente pero de consecuencias devastadoras) con la consideración especial de que los incendios en cirugía en muchas ocasiones pueden ser prevenidos.



Los quirófanos son zonas de especial riesgo de incendio debido al uso de mezclas de anestésicos, desinfectantes y fuentes de calor. Si identificamos los elementos básicos del fuego y analizamos las causas probables, seremos capaces de eliminar el riesgo o minimizar sus consecuencias.

Triángulo del Fuego



El Análisis Causa Raíz da sus frutos, estableciendo un protocolo para la seguridad del paciente.

Tras el caso clínico de un paciente que sufrió ignición del TET durante cirugía laringea y que falleció, la Comisión de Calidad Hospitalaria realizó un Análisis Causa Raíz que incluía un estudio intensivo del caso mediante búsqueda de evidencias bibliográficas, entrevistas con los profesionales y jefes de servicio implicados y se diseñó un plan de prevención y actuación en la combustión de la vía aérea y sobre la superficie del paciente. Se realizó difusión mediante un Plan de Formación de todos los profesionales de Área Quirúrgica, se revisaron alarmas contra incendio, se instalaron nuevos extintores y se dio formación sobre su empleo, se colgó cartelería informativa en todos los quirófanos, se revisaron vías de evacuación de incendios y los planes de autoprotección diseñados por el Centro Hospitalario.



CLAVES PARA LA PREVENCIÓN

- Emplear O_2 a la menor FiO_2 posible (preferible $<0,3$)
- No emplear NUNCA N_2O en situaciones de riesgo.
- Agentes inhalatorios PERMITIDOS.
- Sellar neumobalón con suero salino.
- Aplicar gasas húmedas alrededor del TET (Tubo Endotraqueal) y mantenerlas siempre mojadas durante todo el procedimiento.
- Humedecer todas las gasas, esponjas, o compresas cercanas al empleo del electrobisturí.
- EMPLEAR BISTURÍ FRÍO PARA ABRIR LA TRÁQUEA
- No aportar fuentes suplementarias de O_2 (gafas nasales, mascarillas) en cirugía de cabeza-cuello.
- Evitar contacto directo del TET con el bisturí eléctrico.
- Nunca emplear bisturí eléctrico con el neumobalón dañado.
- Suspender fuente de O_2 mientras se emplea electrobisturí.
- Emplear electrocauterio bipolar si alto riesgo.
- Emplear electrobisturí al menor voltaje posible, emplear corte o mezcla en lugar de coagulación sola siempre que sea posible.
- Emplear aspirador metálico para evacuar exceso de O_2 .
- Permitir que las soluciones desinfectantes con alcohol sequen antes de emplear el electrobisturí (esperar al menos dos minutos), secar sobrenadantes.

COMO ACTUAR CUANDO SUCEDE

- Desconectar al paciente de la fuente de O_2 , cerrar todas las fuentes de O_2 .
- Controlar la llama con compresas húmedas (agua o suero salino).
- Si no se extingue, emplear extintor de dióxido de carbono.
- Suspender intervención quirúrgica en función de la gravedad de las lesiones y de la intensidad del incendio.
- Examinar y limpiar la vía aérea para evaluar daños.
- Retirar TET.
- Mantener la ventilación con mascarilla facial sin aporte de oxígeno (con aire ambiente) si es posible.
- Tratamiento con esteroides y antibióticos.
- Soporte ventilatorio en caso necesario.
- Anunciar el fuego.
- Si el fuego no se extingue cerrar el quirófano, activar la alarma de incendios, evacuar al paciente.
- Iniciar de inmediato el Procedimiento de Autoprotección.
- Comunicar el caso.



Bibliografía:

1. García Sánchez MJ, Pérez Rodríguez JF, Herrero Manzano R. Ignición del tubo endotraqueal durante cirugía laringea. Análisis causa-raíz de un suceso centinela. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2010; 57: 173-6
2. Villaroya González A, Longas Vailén J, Vicente Armijo JJ, Cuartero Lobera J. Ignición del tubo orotraqueal inducida por electrocauterio durante una traqueostomía. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2009; 56 (1): 47-9
3. Niskanen M, Purhonen S, Koljonen V, Ronkainen A, Hirvonen E. Fatal inhalation injury caused by airway fire during tracheostomy. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2007;51:509-13