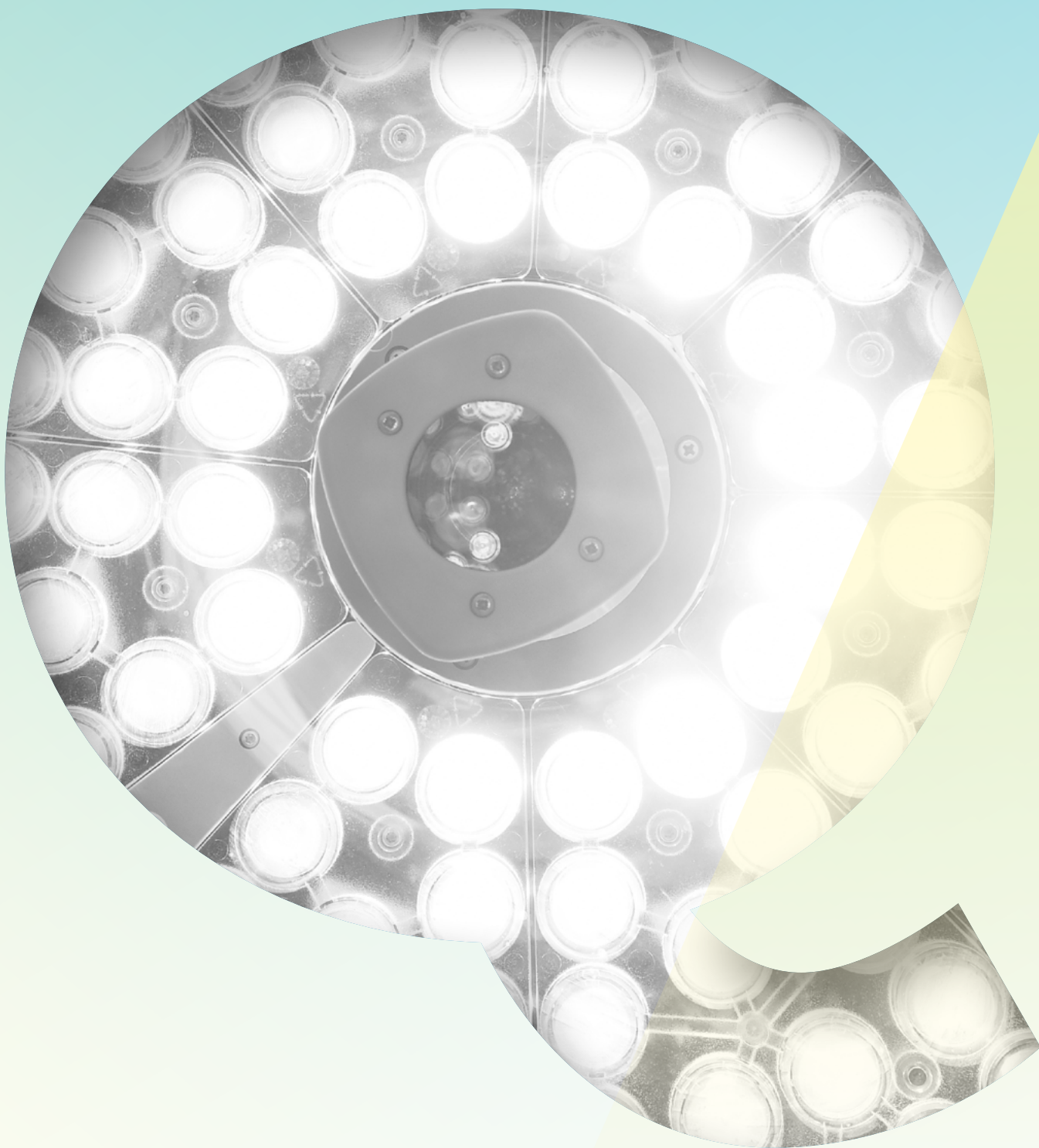


Curso EIR 2019/2020

Qui +

ÁREA QUIRÚRGICA

ESENCIALES A+





Esenciales Aulaplas
Área quirúrgica
Curso EIR 2019/20

Aulaplas Formación, S. L.
www.aulaplasformacion.es
info@aulaplasformacion.es

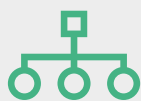
Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplas Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Impresión: www.aulaplasformacion.es

Sumario



Estadísticas



**Mapas
conceptuales**



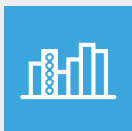
**Líneas
de tendencia**



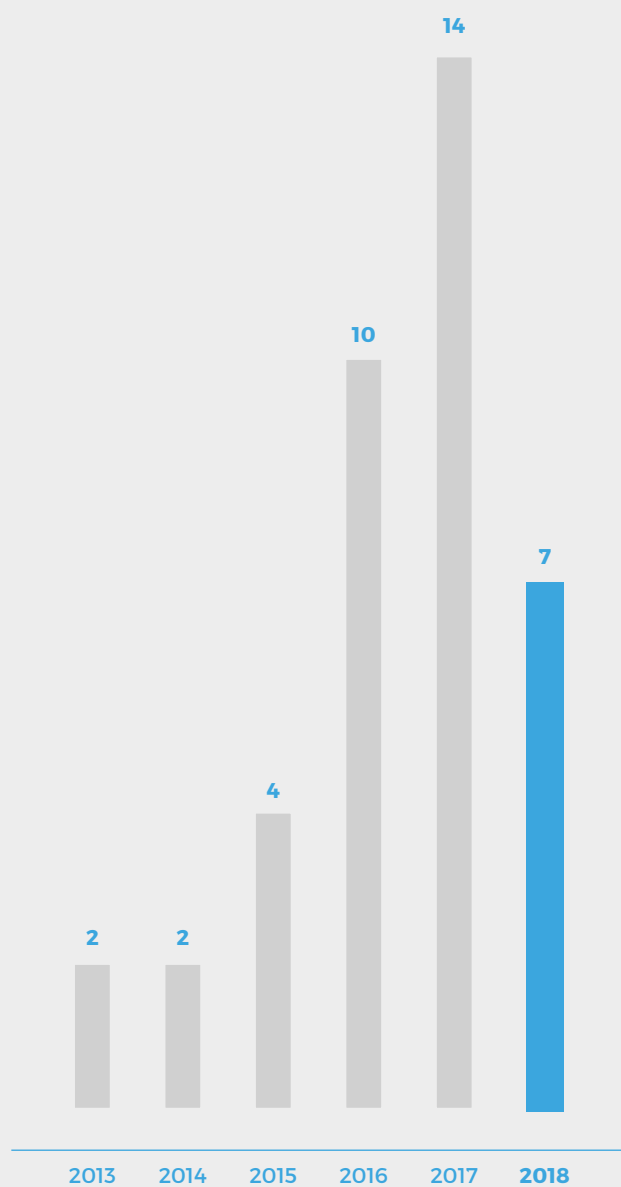
**Resumen
Esquemas**



Actualizaciones



Tendencia general (2013-2018)

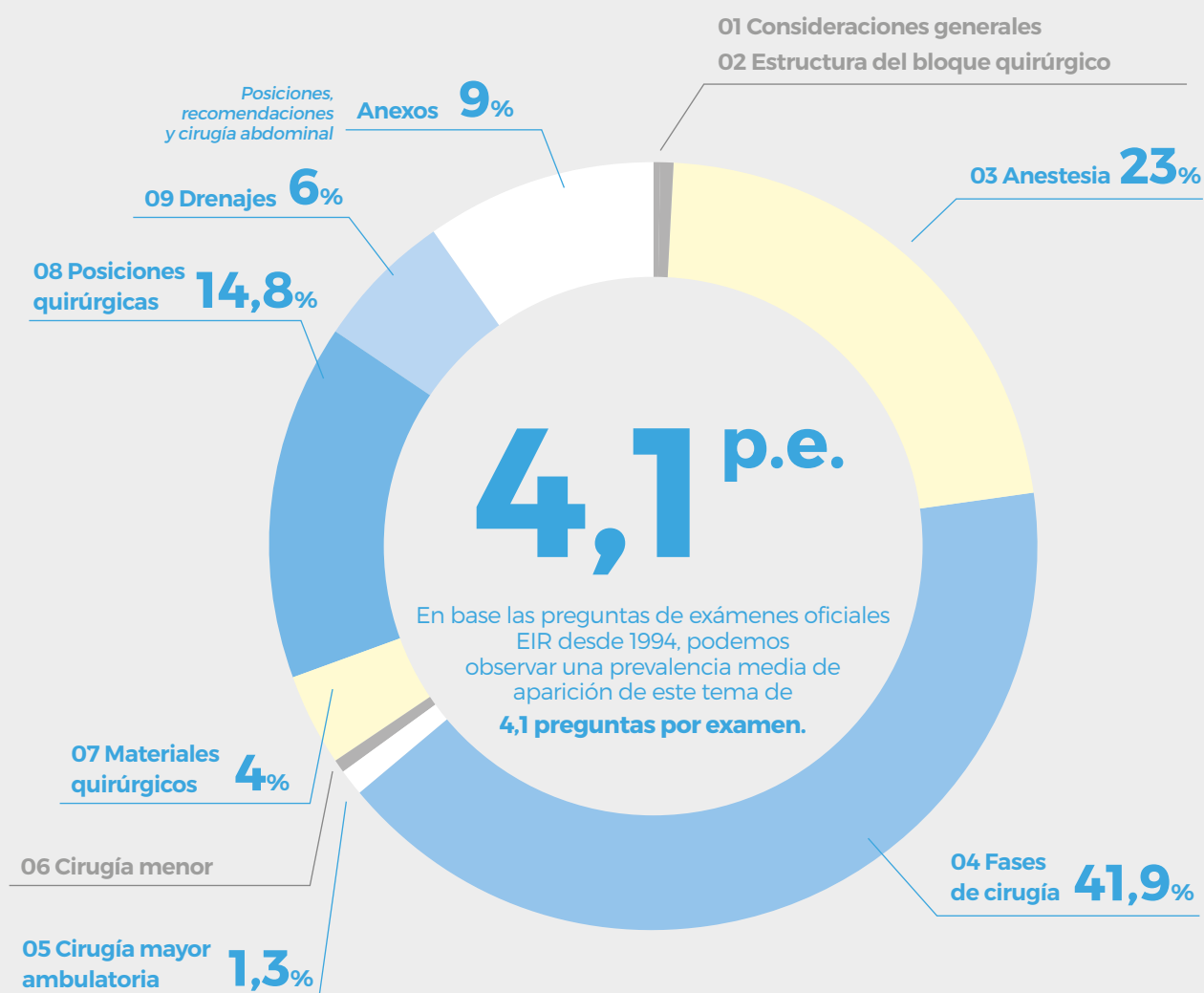


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

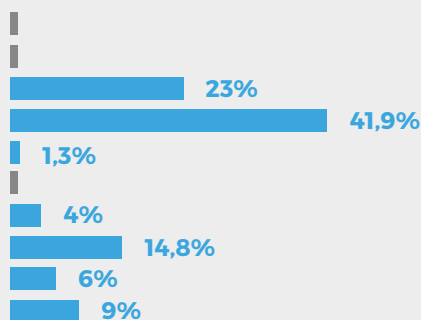
ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
QUIRÚRGICO	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Área quirúrgica.

Distribución por temas en el histórico del EIR.
Total: **76 preguntas.**



01 Consideraciones generales
02 Estructura del bloque quirúrgico
03 Anestesia
04 Fases de cirugía
05 Cirugía mayor ambulatoria
06 Cirugía menor
07 Materiales quirúrgicos
08 Posiciones quirúrgicas
09 Drenajes
Anexos





Líneas de tendencia

Área quirúrgica

Total: **76 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

01 ANESTESIA	18 p.
02 FASES DE LA CIRUGÍA	45 p.
03 MATERIALES QUIRÚRGICOS	8 p.

01 ANESTESIA

N.º Preguntas: **18**

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen **EIR de 2006**, con una pregunta relacionada con la anestesia epidural. A partir de esta pregunta hemos tenido varias más relacionadas con procedimientos anestésicos, que han ido derivando con anestésicos, tanto generales como locales.

Fue en el examen EIR 2012, cuando hemos tenido la primera pregunta sobre escalas de valoración en el proceso quirúrgico, y en las últimas pruebas EIR se dejan ver con más frecuencia este perfil de preguntas. La distribución de preguntas ha sido: 6 preguntas de tipos de escalas y 12 preguntas de anestésicos.

Nivel complejidad

Estas preguntas han evolucionado siendo cada vez más concretas, de modo que incrementa la complejidad de las mismas. En este sentido debemos prestar atención a los tipos de anestésicos, así como, sus características generales. Atención también a las preguntas relacionadas con las escalas, que han ido incrementando la complejidad, pasando de preguntas de escalas más comunes, como Aldrete, a otras escalas e índices, como el ÍNDICE BIS.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas específicas sobre anestésicos. Especial atención a sus efectos secundarios e indicaciones. Los anestésicos locales, de uso frecuente por enfermería, es fácil encontrar preguntas de mayor nivel.
2. Escalas de valoración quirúrgica, en un inicio centradas en las escalas intra quirúrgicas y cada vez más diversificadas a otras escalas pre y post quirúrgica. Esta es la tendencia, en la que esperamos preguntas de puntos de corte de las escalas ya preguntadas, y de otras escalas que no hayan preguntado, pero de perfil más sencillo.

Conceptos clave

las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen EIR de 1994, se centró en las complicaciones postquirúrgicas, respecto las que hemos tenido preguntas hasta en los últimos exámenes EIR.

Los conceptos clave se centran en los cuidados aplicados por enfermería pre, intra y post quirúrgicamente. Respecto los cuidados pre quirúrgicos, la visita pre quirúrgica y la preparación del paciente antes de la cirugía son aspectos relevantes. En relación al momento intra quirúrgico, el concepto más preguntado se relaciona con las posiciones quirúrgicas, y los cuidados post quirúrgicos centrados en las complicaciones.

La distribución de preguntas ha sido: 8 preguntas de la fase pre quirúrgica, 14 preguntas de la fase intra quirúrgica (posiciones quirúrgicas 11) y 17 preguntas del postquirúrgico.

Nivel complejidad

el nivel de complejidad de las preguntas **no es elevado** y permanece constante en los últimos exámenes EIR. Las preguntas de complicaciones post quirúrgicas tienden a ser más complicadas, así como las posiciones quirúrgicas, asociando la posición a tipos de cirugía.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas de posiciones quirúrgicas que no hayan sido preguntadas, que sean modificaciones de las posiciones básicas, o que tengan nombre propio. Relacionar la posición quirúrgica con la cirugía a realizar puede ser la pregunta más complicada que podemos tener.
2. Preguntas de mayor nivel relacionadas con las complicaciones en el post operatorio. Debemos prestar atención a la lista de seguridad quirúrgica, en sus 3 momentos, analizando el tipo de contenidos que se valoran en cada una de las fases (lista de seguridad quirúrgica de la OMS).
3. Aunque no tenemos preguntas, cada vez está teniendo más relevancia la cirugía mayor ambulatoria. Conocer las características básicas de la misma es estratégico, puesto que no es raro que encontremos alguna pregunta al respecto.

03 MATERIALES QUIRÚRGICOS

N.º Preguntas: 8

Conceptos clave

Desde el **EIR de 2002** hemos tenido pocas preguntas relacionadas con los materiales quirúrgicos. A pesar de ello, lo marcamos como una línea de tendencia, puesto que vamos teniendo al menos una pregunta, en los últimos exámenes EIR. Las preguntas se centran en drenajes, tipo de instrumental y suturas.

Estas preguntas se han distribuido: instrumental quirúrgico (2 preguntas), suturas (1 pregunta), drenajes (5 preguntas).

Nivel complejidad

Las preguntas han sido de un nivel sencillo, centrándose en materiales quirúrgicos más reconocibles. Si bien, sobre drenajes, que hemos tenido 5 preguntas, podemos observar que las preguntas de drenajes son un poco más sofisticadas con el paso de los años.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas relacionadas con instrumental quirúrgico básico, atendiendo a los diferentes criterios de clasificación.
2. Preguntas sobre conceptos generales de suturas, sobre todo, clasificación atendiendo a su tamaño y su permanencia (reabsorbible o no).
3. Preguntas concretas sobre drenajes, según su función y clasificación (simple, de aspiración y mixto).



Mapa conceptual

PUNTOS CLAVE QUIRÚRGICO

Aspectos generales

Quirófano

4 zonas
3 tipos
Enfermeras(os)

Escalas

Pre

ASA

Intra

Ramsay
BIS

Post

Aldrete
Chung

Anestesia

Fármacos

Etapas
(5)
PIMER

Tipos de anestesia

General

Hipnosis
Analgesia
Relajación
muscular
Alteración
conciencia

Fases anestesia



General Epidural Bloqueo

Regional

Nervios
periféricos

Nervios
centrales

Epidural

Raquidea

Local

Infiltración

Aldrete

Tras el quirófano le miras
el culete

S

SAT. O₂
> 92%

A

Actividad
4

C

Conciencia
Despierto

C

Circulación
TA

R(o)

Respiración
Sin
dificultad

Aspectos generales cirugía

Tipos de cirugía

cma
(menor)

CMA
(mayor)

CMH
(hospital)

CMHC
(Críticos)

DAVIS

Fases de la cirugía

Pre

Intra

Diéresis
Exéresis
Síntesis

Pos

Inmediato
Tardío

Material y posiciones quirúrgicas

Material quirúrgico

Instrumental

Clasificación

Riesgo infeccioso
vs.
uso

Drenajes

Simples
Aspirativos
Mixtos

Posiciones
quirúrgicas

16 relevantes



Anexo I

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ministerio Sanidad (2008).

El Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente un resumen del «estado del arte» en relación con la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sus conclusiones, coincidentes con las de la Healthcare Comisión, señalan los siguientes aspectos para impulsar el desarrollo de la CMA:

Resultados asistenciales

- Aunque existen muy pocos estudios comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso, aquellos que se han realizado demuestran que no existen diferencias significativas en los resultados. Estos estudios, así como otros no-randomizados demuestran que la CMA es una modalidad asistencial segura cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.
- La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico²⁸. La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%).
- Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.
- Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.
- Los trastornos postoperatorios más comunes son leves, siendo los más frecuentes: dolor, náuseas, vómitos, vértigo, cansancio, cefalea y dolor de garganta. La presencia de estos síntomas puede afectar el tiempo de permanencia y alta y, posteriormente, causar dificultades para reasumir las actividades cotidianas.

Resultados sociales

Los estudios demuestran un alto grado de satisfacción del paciente (o parental en el caso de niños) con la CMA. La satisfacción del paciente puede ser optimizada mediante:

- Un buen control del dolor, las náuseas y vómitos en el postoperatorio.
- Tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos.
- Buen trato al paciente y ambiente confortable.
- Evitar que el paciente sienta que se le da el alta prematuramente o se le fuerza al alta.
- Seguimiento telefónico al día siguiente.

Resultados económicos

- Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.
- Los beneficios económicos de la CMA incluyen los siguientes:
 - Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.
 - Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
 - En las Unidades de CMA específicas se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias) y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.
 - Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital.
 - Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.

Organización de las UCMA

Cada UCMA debe seleccionar los procedimientos que incluya en su cartera de servicios. A continuación, se exponen los criterios más comúnmente aceptados para la selección de procedimientos a incorporar en la cartera de servicios de una UCMA.

Se incluyen clásicamente como procedimientos susceptibles de CMA a aquellos integrados en los niveles II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis³³, basada en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria:

- **Tipo I:** Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.
- **Tipo II:** Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
- **Tipo III:** Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
- **Tipo IV:** Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

En el **nivel II** de la clasificación de Davis se agrupan los procedimientos históricamente considerados como mayores, en los cuales los avances de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido realizarlos de forma ambulatoria. Estos procesos requieren atenciones postoperatorias específicas, sin embargo, no suficientemente intensivas ni prolongadas como para requerir el ingreso hospitalario.

El **nivel III** está integrado por los procesos que requieren un cuidado más prolongado en el entorno hospitalario. Alguno de estos procedimientos podría incluirse en la CMA generalmente en aquellas unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) unidas estrechamente a un hospital o ubicadas dentro de él. Se ha seleccionado un conjunto de estos procedimientos que podrían ser abordados mediante CMA.

Crterios de inclusión de pacientes

Aspectos fisiológicos

Los pacientes subsidiarios de CMA tienen que encontrarse en los grados I y II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists. Algunos pacientes de grado III podrían programarse para CMA, evaluando de forma individualizada los beneficios y los riesgos de la asistencia ambulatoria (por ejemplo, ASA III sin descompensación en los últimos 3 meses).

En términos absolutos, la edad no se considera un criterio de carácter excluyente. Se recomienda no incluir en programas de CMA a niños nacidos a término menores de 6 meses y a niños nacidos prematuros menores de un año, por el riesgo de presentar apnea postoperatoria.

La edad avanzada no se considera un criterio de exclusión, debiéndose evaluar la edad biológica y no la cronológica.

La CMA es ideal para niños/as, pues la estancia de noche es frecuentemente la parte más estresante de su asistencia. Los niños/as deben ser tratados de forma diferenciada de los adultos, por ejemplo, mediante unidades específicas o reservando una o varias sesiones quirúrgicas de la UCMA. Deberán recibir atención de enfermería (readaptación al medio) en áreas pediátricas, con zonas de juego disponibles. Las intervenciones deberán ser realizadas por cirujanos y anestelistas con adecuada experiencia en la atención de niños.

La obesidad severa se considera como una contraindicación que tiene que ser valorada de forma individualizada. Los pacientes con Índice de Masa Corporal por encima de 30 (Obesidad I) y de 35 (Obesidad II) deberán ser valorados individualmente. Los pacientes con Obesidad tipo III con Índice de Masa Corporal por encima de 40 (obesidad mórbida) tienen contraindicados los procedimientos de CMA salvo excepciones puntuales que deberán ser evaluadas.

Se aconseja excluir a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes que, por su patología de base, no puedan someterse a tratamiento profiláctico; los pacientes con antecedentes personales o familiares de coagulopatías, complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores, hipertermia maligna y muerte súbita deben ser valorados en función de cada caso.

A los pacientes con antecedentes personales de miopatías, neuropatías o las personas con problemas de drogodependencia activa, se tendrá que evaluar muy esmeradamente la inclusión en un programa de CMA.

Aspectos psicológicos

Los pacientes deben aceptar el procedimiento quirúrgico ofertado por la unidad de CMA. Están excluidos como candidatos para programas de CMA:

- Los pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción de que asuma la responsabilidad el adulto acompañante.
- Los pacientes con un sustrato patológico psiquiátrico que les impida colaborar.

Aspectos del entorno del paciente

El paciente tiene que disponer de la atención de un adulto responsable durante su estancia de readaptación al medio, el traslado a su domicilio y, al menos, durante las primeras 24 horas del postoperatorio.

El tiempo de acceso a la UCMA desde el domicilio del paciente en un vehículo convencional tiene que ser razonable, siendo recomendable que no sea superior a una hora, aunque casos seleccionados, especialmente cuando se practican técnicas anestésicas y quirúrgicas poco agresivas, pueden realizarse de forma segura en pacientes con domicilios más alejados de las UCMA.

El paciente tiene que disponer de teléfono y de las condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en el lugar de convalecencia, que no dificulten una recuperación adecuada.

Las condiciones de entorno no deben ser un obstáculo para que el procedimiento se realice en la UCMA, derivando posteriormente al paciente a un alojamiento concertado (residencia de pacientes; alojamiento hotelero) que reúna las condiciones exigidas a un domicilio.

La inclusión de un paciente en un programa de CMA exige, en consecuencia:

- Aceptación del paciente después de una adecuada información.
- Proceso de inclusión del paciente claramente definido.
- Accesibilidad adecuada al servicio de la CMA y lugar de convalecencia.



AULA+

www.auiaplusformacion.es