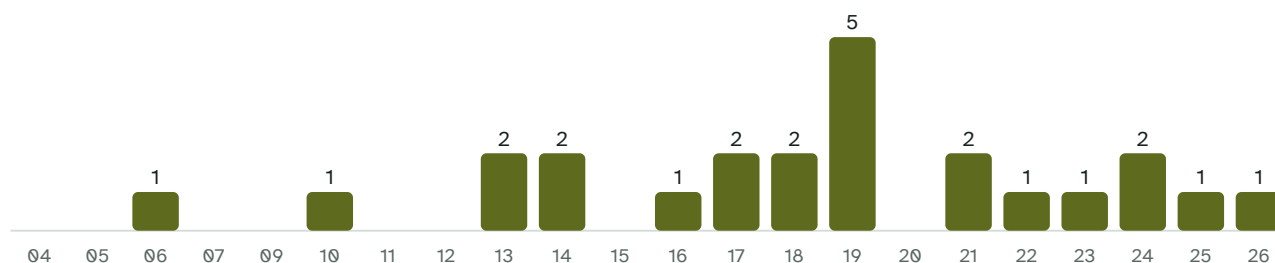


Preoperatorio

El preoperatorio abarca todo lo que se hace desde que se indica la cirugía hasta que el paciente entra en quirófano: valorar su riesgo, optimizar su estado, prepararlo físicamente y educarlo. En el EIR cae sobre todo la clasificación ASA, la eliminación del vello, los tiempos de ayuno y las recomendaciones de la vía RICA del Ministerio de Sanidad.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



24 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Clasificación ASA II: enfermedad sistémica leve (3 exámenes)
- Eliminación del vello preoperatorio: no rasurar; si hace falta, maquinilla o depilación química (3 exámenes)
- Ayuno preoperatorio: 2 h líquidos claros y 6 h sólidos (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Valoración preanestésica y clasificación ASA	6
2. Optimización: hábitos tóxicos, nutrición y anemia	10
3. Medicación habitual: anticoagulantes y productos de herbolario	13
4. Ayuno preoperatorio y carga de carbohidratos	15
5. Prevención de la infección del sitio quirúrgico	18
6. Preparación inmediata y premedicación	22
7. Información y educación preoperatoria	25
Todas las preguntas del tema (25)	26
Preguntas que también podrían ser de este tema (2)	34
Solucionario	35
Fuentes	36

Resumen para repasar

1. Valoración preanestésica y clasificación ASA

- La evaluación preanestésica incluye historia, entrevista (medicación, alergias, anestésicos previos, hábitos), examen con **Mallampati**, **clase ASA** y **consentimiento escrito** ^{F3}.
- RICA: clasificación **ASA en todos los pacientes** y valoración de la **fragilidad** ^{F1}.
- **ASA I** sano · **II** enfermedad sistémica **leve** (HTA/DM **bien controladas**, fumador, IMC >30 y <40, **embarazo**) · **III** **grave** (HTA/DM **mal controladas**, EPOC, IMC ≥40) · **IV** **amenaza constante** para la vida · **V** **moribundo** que no sobrevive sin operarse · **VI** **muerte encefálica** donante ^{F2}.
- La ASA sola **no predice** el riesgo; la clase definitiva, **el día de la anestesia**; «E» = **urgencia** ^{F2}.
- Complicaciones cardíacas: en **cardiopatía isquémica**, **disfunción del VI**, **valvulopatías** y **arritmias**; la **HTA** es factor de riesgo, pero no un predictor importante e independiente ^{F21}.
- Vía aérea difícil: **Mallampati**, **distancia tiromentoniana** (<6,5 cm en Patel 2014; **escala de Patil-Aldreti**) y **movilidad cervical** ^{F16,F27}.

2. Optimización: hábitos tóxicos, nutrición y anemia

- Dejar de fumar **4-8 semanas** antes; alcohol, **un mes** antes (>20 g/día: más sangrado e infección) ^{F1}.
- El alcohol **debilita el sistema inmunitario** y dificulta la cicatrización ^{F15}. Cirugía torácica (SEPAR): **2-4 semanas** de abstinencia bastan para mejorar la **respuesta inmunitaria**, el tiempo de sangrado y la respuesta neuroendocrina ^{F29}.
- **Cribado nutricional** a todos los de cirugía mayor; si hay riesgo, valoración completa con criterios **GLIM** (≥1 fenotípico + ≥1 etiológico) ^{F1}.
- Desnutrición severa: tratamiento nutricional **al menos 7-10 días** antes, preferiblemente **oral/enteral** ^{F1}.
- Déficit de **vitamina C**: **mala curación de heridas** ^{F17}. Obesidad: **recuperación anestésica más lenta** por acumulación de fármacos lipófilos ^{F18}.
- Anemia: Hb ≥**28 días** antes, objetivo **>13 g/dl**; hierro oral si quedan **6 semanas**, si no, intravenoso ^{F1}.

3. Medicación habitual: anticoagulantes y productos de herbolario

- Debe existir un **protocolo de antiagregantes y anticoagulantes**: es causa frecuente de **incidentes y cancelaciones** ^{F3}.
- Acenocumarol: suspender **3 días** antes y **INR inmediatamente antes en todos los casos** (<1,5 en 2018; <1,2 en general en 2025) ^{F11,F12}. Si se cancela, **reprogramar** con el paciente ^{F3}.
- Los **productos de herbolario** pueden **interaccionar con la anestesia** o aumentar el sangrado: suspenderlos antes (**1-2 semanas** o **5-10 días**, según la fuente) ^{F15,F14}.
- El **consentimiento se firma antes** de cualquier medicación que altere la capacidad de decidir ^{F15}.

4. Ayuno preoperatorio y carga de carbohidratos

- Ayuno **máximo 2 h líquidos claros y 6 h sólidos** (IQZ, RICA); evitar el ayuno desde medianoche ^{F4,F1}.
- Urgencia o retraso del vaciamiento: **6-8 h** o desde medianoche ^{F1}. Fritos o carne: **8 h o más** ^{F9}.
- La **leche no humana no es líquido claro**: 6 h ^{F9}.
- Bebida carbohidratada **200-400 ml con 50 g hasta 2 h** antes ^{F1,F7}; en obesos o DM2 bien controlados, 3 h antes ^{F1}.
- Leche materna: **4 h** (ASA) o **3 h** (ESAIC, **SEDAR 2024**); fórmula **6 h** (ASA) o **4 h** (ESAIC) ^{F9,F10,F28}.
- ASA 2023: chicle, **no retrasar** la cirugía pero **retirarlo** antes de sedar o anestesar; bebida con carbohidratos **hasta 2 h** (hasta 400 ml) ^{F26}.

5. Prevención de la infección del sitio quirúrgico

- IQZ: obligatorias **profilaxis antibiótica, clorhexidina alcohólica al 2 % y eliminación correcta del vello**; opcionales **normotermia y normoglucemia** (<150 mg/dl antes, <180 después) ^{F5}.
- Vello: **no eliminar**; si hace falta, **cortadora o depilación química**, preferiblemente el mismo día y **fuera del quirófano**; **nunca cuchilla**; rasurar **la víspera** es peor que justo antes ^{F19,F5,F1}. Cochrane 2021: **cortadora o crema depilatoria** mejor que cuchilla ^{F23}.
- Profilaxis: **60 min** antes (OMS 2009), **30-60 min** (Bloque quirúrgico, IQZ 2016) o **120 min** (OMS 2018, RICA); **no más allá de la intervención** ^{F13,F3,F6,F1}.
- **No preparación mecánica del colon** de rutina (salvo cirugía rectal con posible **estoma de protección**, RICA 2015); la OMS sugiere, en colorrectal, combinarla con **antibióticos orales** ^{F8,F6}.

6. Preparación inmediata y premedicación

- Enfermería comprueba identidad, pruebas, **alergias (látex)**, consentimientos, **prótesis dental**, esmalte, **ayuno** y corte del vello ^{F3}.
- El paciente entra con **camisión abierto** y **gorro** que cubra todo el pelo ^{F3}; la enfermera le **coloca gorro y calzas** en la sala prequirúrgica (Reina Sofía) ^{F24}; se retiran **todas las joyas** ^{F14}.
- Premedicación: ansiólisis, sedación, amnesia, analgesia, antisialagogos, anti-H2/IBP, antieméticos; antes, **firmar y orinar** ^{F14}.
- **No** premedicación sedante/ansiolítica de acción **intermedia o larga** en cirugía mayor abdominal; si hace falta, **BDZ de acción corta** ^{F7}.
- Levantarse **el mismo día**, caminar e iniciar la ingesta en las **primeras 24 h**; **una dosis de glucocorticoides** ^{F7,F1}.

7. Información y educación preoperatoria

- Información **oral y escrita completa**, adaptada y con participación de **enfermería** ^{F1}.
- Demostrar ejercicios postoperatorios, como el **espirómetro de incentivo** ^{F14}.
- Tiroidectomía: al incorporarse, **sujetar la nuca y el cuello con ambas manos por detrás** ^{F20}.

Puntos clave

- 1 ASA II = enfermedad sistémica **leve**: HTA o DM **bien controladas**, fumador, obesidad (IMC >30 y <40) y **embarazo normal** ^{F2}.
- 2 ASA III = enfermedad sistémica **grave**: DM o HTA **mal controladas**, EPOC, obesidad mórbida ^{F2}.
- 3 La ASA sola **no predice** el riesgo perioperatorio; la clase definitiva se asigna el día de la anestesia ^{F2}.
- 4 Ayuno máximo: **2 h líquidos claros y 6 h sólidos** (IQZ, RICA); la **leche no humana** cuenta como sólido (6 h) ^{F4,F1,F9}.
- 5 Leche materna: **4 h** (ASA 2017) o **3 h** (ESAIC 2022) ^{F9,F10}.
- 6 Bebida carbohidratada: **200-400 ml con 50 g** hasta **2 h** antes ^{F1,F7}.
- 7 Vello: **no eliminar**; si hace falta, cortadora o depilación química, fuera de quirófano; **nunca cuchilla** ^{F5,F1}.
- 8 Profilaxis antibiótica: **60 min** (OMS 2009) o **120 min** (OMS 2018, RICA) antes de la incisión; no más allá de la intervención ^{F13,F6,F1}.
- 9 Desnutrición severa: tratamiento nutricional **al menos 7-10 días** antes; diagnóstico con criterios **GLIM** ^{F1}.
- 10 Tabaco: dejarlo **4-8 semanas** antes; alcohol: **un mes** antes (RICA) ^{F1}.
- 11 Acenocumarol: suspender **3 días** antes y **control de INR** justo antes de la cirugía ^{F11,F12}.
- 12 No se recomienda la premedicación sedante/ansiolítica de acción **intermedia o larga** en cirugía mayor abdominal ^{F7}.
- 13 Preparación mecánica del colon **sola**: no de rutina (RICA 2015: salvo cirugía rectal con posible **estoma de protección**); la OMS sugiere combinarla con antibióticos orales en cirugía colorrectal ^{F8,F1,F6}.

1. Valoración preanestésica y clasificación ASA

La evaluación preanestésica del anestesiólogo incluye, según el documento de estándares del **Bloque quirúrgico** del Ministerio (2009): la revisión de la historia clínica y de las pruebas complementarias (laboratorio, ECG, radiología); una **entrevista** con anamnesis de medicaciones, alergias, experiencias anestésicas previas, historia familiar de problemas anestésicos y hábitos (tabaco, alcohol, tóxicos); un examen físico con auscultación cardiopulmonar y **Mallampati** «o similares» para prever la dificultad de intubación; el **estado físico según la clasificación ASA**; y la información del plan anestésico con su **consentimiento por escrito y firmado** ^{F3}.

La vía **RICA** (2021) recomienda valorar el estado físico **mediante la clasificación ASA en todos los pacientes** sometidos a cirugía (evidencia alta, recomendación fuerte), valorar la **fragilidad** para identificar a los pacientes de mayor riesgo y valorar de forma multidisciplinar a los que tienen patología cardíaca aguda o descompensada ^{F1}.

La **clasificación ASA del estado físico** (American Society of Anesthesiologists, versión actualizada en diciembre de 2020) sirve para valorar y comunicar las comorbilidades previas a la anestesia. La propia ASA advierte que **por sí sola no predice el riesgo perioperatorio**; ayuda a predecirlo junto con otros factores (tipo de cirugía, fragilidad, desacondicionamiento). La asignación definitiva la hace el anestesiólogo **el día de la anestesia**, tras evaluar al paciente ^{F2}.

Clase	Definición ASA ^{F2}	Ejemplos en adultos (la ASA da también ejemplos pediátricos y obstétricos) ^{F2}
ASA I	Paciente sano normal	Sano, no fumador, sin consumo de alcohol o mínimo
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve	Enfermedades leves sin limitación funcional sustancial: fumador actual, bebedor social, embarazo , obesidad (IMC mayor de 30 y menor de 40), DM o HTA bien controladas , enfermedad pulmonar leve
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave	Limitación funcional sustancial; una o más enfermedades moderadas o graves: DM o HTA mal controladas , EPOC, obesidad mórbida (IMC ≥40), hepatitis activa, dependencia o abuso de alcohol, marcapasos, FE moderadamente reducida, diálisis programada, IAM, ACV, AIT o enfermedad coronaria/stents hace más de 3 meses
ASA IV	Enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida	IAM, ACV, AIT o enfermedad coronaria/stents recientes (<3 meses), isquemia cardíaca en curso o disfunción valvular grave, FE muy reducida, shock, sepsis, CID, insuficiencia renal aguda o terminal sin diálisis programada
ASA V	Paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación	Aneurisma abdominal/torácico roto, politraumatismo grave, hemorragia intracraneal con efecto masa, isquemia intestinal con patología cardíaca importante o fallo multiorgánico

Clase	Definición ASA ^{F2}	Ejemplos en adultos (la ASA da también ejemplos pediátricos y obstétricos) ^{F2}
ASA VI	Paciente en muerte encefálica cuyos órganos se extraen para donación	—

El sufijo E y el embarazo

La «E» añadida a la clase indica **cirugía de urgencia** (cuando retrasar el tratamiento aumentaría de forma significativa la amenaza para la vida o para una parte del cuerpo). El **embarazo normal es ASA II**: la ASA aclara que no es una enfermedad, pero la fisiología de la gestante está tan alterada que se asigna ASA 2 a la embarazada sin complicaciones ^{F2}.

Leve, grave, amenaza, moribundo

I sano · II **leve** (controlado) · III **grave** (mal controlado, limita) · IV **amenaza constante** · V **moribundo, no sobrevive sin operarse** · VI **muerte encefálica, donante**. El mismo diagnóstico sube de II a III cuando pasa de «bien controlado» a «mal controlado» ^{F2}.

EIR 2019 · 99

P14 · respuesta en el solucionario

Clasificación ASA II: enfermedad sistémica leve

La clasificación ASA (American Society of Anesthesiology), se utiliza para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los diferentes estados del paciente. Según esta clasificación, un paciente tendrá Clase II cuando:

1. Presenta enfermedad sistémica leve.
2. Presenta enfermedad sistémica grave.
3. Presenta enfermedad sistémica grave que supone una amenaza constante para la vida.
4. Presenta enfermedad terminal del que no se espera que sobreviva sin cirugía.

EIR 2016 · 108

P19 · respuesta en el solucionario

Clasificación ASA II: enfermedad sistémica leve

Un paciente con antecedentes de hipertensión bien controlada con medicación va a ser intervenido de una colecistectomía. ¿Qué riesgo anestésico encontraremos en su informe de preanestesia?:

1. ASA I.
2. ASA II.
3. ASA III.
4. ASA IV.

Clasificación ASA III: diabetes mal controlada

A razón del sistema de clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) para estimar el riesgo anestésico, un sujeto con Diabetes Mellitus tipo 1 mal controlada, se clasificará como:

1. ASA I.
2. ASA II.
3. ASA III.
4. ASA IV.

Clasificación ASA II: enfermedad sistémica leve

Una paciente de 27 años, embarazada de 11 semanas y sin otras patologías, que llega a quirófano para intervención quirúrgica por fractura de Colles mientras hacía deporte, estará incluida en la categoría de estado físico ASA (Sociedad Americana de Anestesia):

1. Clase I.
2. Clase II.
3. Clase IV.
4. Clase V.

Riesgo cardiovascular. La guía ESC/ESA de 2014 sobre cirugía no cardíaca (traducción oficial en *Revista Española de Cardiología*) explica que el riesgo de complicaciones depende de la enfermedad del paciente, de sus comorbilidades y de la urgencia, magnitud, tipo y duración de la cirugía. Las **complicaciones cardíacas** pueden presentarse en pacientes con **cardiopatía isquémica**, documentada o asintomática, **disfunción del ventrículo izquierdo**, **enfermedad valvular cardíaca** y **arritmias**. Como la prevalencia de la cardiopatía isquémica, las valvulopatías y las arritmias aumenta con la edad, la morbimortalidad cardíaca perioperatoria es sobre todo un problema de la población adulta ^{F21}. La guía dedica apartados propios a la insuficiencia cardíaca crónica, la **hipertensión arterial**, las **valvulopatías** y las arritmias, entre otras enfermedades ^{F21}.

Sobre la **hipertensión arterial**, la misma guía dice que es un factor de riesgo, pero **no una variable importante e independiente** para predecir complicaciones cardiovasculares en cirugía no cardíaca. En una revisión sistemática con metaanálisis de 30 estudios observacionales, la hipertensión preoperatoria se asoció a un **35 % más de complicaciones cardiovasculares**, y la presión arterial descontrolada es **una de las causas más comunes de aplazamiento** de la cirugía ^{F21}. La guía de 2022, según los comentarios de la Sociedad Española de Cardiología, no trae novedades importantes sobre la hipertensión, salvo evitar las fluctuaciones de presión arterial durante la intervención (que pasa a recomendación IA; antes IIa) ^{F22}.

EIR2017-139: ¿la hipertensión entre las mayores causas?

La respuesta oficial de **EIR2017-139** agrupa **hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y valvulopatías** como mayores causas de morbilidad y mortalidad perioperatoria. La guía ESC/ESA 2014 sí nombra la **cardiopatía isquémica** y las **valvulopatías**, junto con la disfunción ventricular y las arritmias, entre las enfermedades en las que aparecen las complicaciones cardíacas ^{F21}. Sin embargo, la guía **no sitúa a la hipertensión** en ese grupo: la considera un factor de riesgo, pero no un predictor importante e independiente ^{F21}.

EIR 2017 · 139

P17 · respuesta en el solucionario

Riesgo cardiovascular perioperatorio: principales causas

En la evaluación cardiovascular, las mayores causas de morbilidad y mortalidad perio-operatorias son:

1. Hipertensión Arterial, Cardiopatía isquémica y Valvulopatías.
2. Cardiopatía congénita, Diabetes, Hipertensión Arterial.
3. Hipertensión Arterial, Coagulopatías, Valvulopatías.
4. Hipertensión Arterial, Hiperlipidemias, Diabetes.

Vía aérea difícil. Además del **Mallampati** modificado, otros parámetros de la valoración preoperatoria de la vía aérea que ayudan a prever una intubación difícil son la **distancia tiromentoniana**, la distancia esternomentoniana, la **movilidad cervical** y la apertura interincisiva ^{F16}. La distancia tiromentoniana (del cartílago tiroides a la sínfisis del mentón) se mide en centímetros con **cinta métrica**, con el paciente sentado y la cabeza en extensión máxima; en el estudio de Patel y cols. (2014) una distancia **menor de 6,5 cm** se consideró predictora de intubación difícil ^{F16}. En la *Revista Chilena de Anestesia* (Sociedad de Anestesiología de Chile), la distancia tiromentoniana aparece como **escala de Patil-Aldrete**: del cartílago tiroides (escotadura superior) al borde inferior del mentón, sentado, con la cabeza extendida y la boca cerrada; **clase I, más de 6,5 cm** (intubación muy probablemente sin dificultad); **clase II, de 6 a 6,5 cm** (con cierto grado de dificultad); **clase III, menos de 6 cm** (muy difícil o imposible) ^{F27}.

EIR 2019 · 111

P13 · respuesta en el solucionario

Predicción de vía aérea difícil: Mallampati, Patil y movilidad cervical

¿Qué tres exploraciones se realizan en la consulta de preanestesia para identificar una posible vía aérea difícil?:

1. Valoración de náuseas y vómitos previos, índice biespectral y gasometría.
2. Mallampati, distancia tiromentoniana (Patil Aldrete) y correcta movilidad cervical.
3. Pruebas complementarias, maniobra de Sellick y pulsioximetría.
4. Capnometría, valoración columna vertebral y ausencia de piezas dentales.

2. Optimización: hábitos tóxicos, nutrición y anemia

El tabaco y el abuso de alcohol se asocian a complicaciones respiratorias, de la herida, metabólicas, infecciosas y hemorrágicas; antes de operar hay que detectarlos con herramientas validadas ^{F1}. Según la RICA (2021) ^{F1}:

- **Tabaco:** es aconsejable dejar de fumar **entre 4 y 8 semanas** antes de la intervención (evidencia alta, recomendación fuerte) ^{F1}.
- **Alcohol:** debe abandonarse **un mes** antes de la intervención (evidencia moderada, recomendación fuerte). Más de **dos unidades al día (20 g de etanol)** aumentan el sangrado intraoperatorio y la tasa de infecciones postoperatorias ^{F1}.
- El manual de enfermería médico-quirúrgica de OpenStax (2024) recuerda que el alcohol y las drogas pueden **debilitar el sistema inmunitario**, lo que dificulta la cicatrización y aumenta las complicaciones postoperatorias ^{F15}.

Cirugía torácica. El Manual de Procedimientos SEPAR n.º 41, de fisioterapia respiratoria en cirugía torácica, incluye el **cese del hábito tabáquico y/o alcohólico** entre los componentes de la prehabilitación. Para el tabaco, las principales guías recomiendan dejarlo **al menos cuatro semanas antes**. Para el alcohol, el manual reconoce que no existe un periodo mínimo estandarizado, pero que **de dos a cuatro semanas son suficientes para mejorar la respuesta del sistema inmunitario, el tiempo de sangrado y la respuesta del sistema neuroendocrino** ante la cirugía. Su figura resumen de la prehabilitación recomienda el cese tabáquico y/o alcohólico **preferiblemente al menos 4 semanas** antes de la cirugía ^{F29}.

Alcohol: un mes (RICA) o dos a cuatro semanas (SEPAR)

La RICA (2021), para la cirugía del adulto en general, pide abandonar el alcohol **un mes** antes ^{F1}. El manual de la SEPAR para la **cirugía torácica** considera suficientes **de dos a cuatro semanas**, aunque su figura resumen prefiere dejar el alcohol **al menos 4 semanas** antes ^{F29}.

EIR 2024 · 128

P4 · respuesta en el solucionario

Cese alcohólico antes de cirugía torácica: 2-4 semanas

Según el Manual de Procedimientos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), ¿cuál de las siguientes es una recomendación específica para el cese alcohólico previo a la cirugía torácica?:

1. Se recomienda una abstinencia previa de dos a cuatro semanas para mejorar la respuesta del sistema inmunitario.
2. Se recomienda una abstinencia previa de uno a tres meses para mejorar el tiempo de sangrado.
3. Se recomienda una abstinencia previa de cinco a siete días para mejorar la respuesta del sistema neuroendocrino ante la cirugía.
4. No existen recomendaciones sobre el tiempo de abstinencia previo a la cirugía.

Nutrición. La desnutrición preoperatoria aumenta la morbilidad postoperatoria y prolonga la estancia; por eso la RICA exige un **cribado nutricional ambulatorio a todos los pacientes de cirugía mayor**, con herramientas que incluyan el IMC, la pérdida involuntaria de peso, la reducción reciente de la ingesta y la

gravedad de la enfermedad ^{F1}. Si el cribado detecta riesgo, se hace una **valoración nutricional completa**, se establece un plan de tratamiento y se monitoriza la tolerancia y la respuesta ^{F1}.

La metodología actual para diagnosticar la desnutrición en la valoración completa son los **criterios GLIM** (Global Leadership Initiative on Malnutrition): hay que cumplir **al menos un criterio fenotípico** (pérdida de peso, IMC, reducción de masa muscular) **y uno etiológico** (reducción de la ingesta o de la absorción de nutrientes, estado inflamatorio) ^{F1}. La albúmina, la prealbúmina y la PCR reflejan la inflamación sistémica y **no son específicas del estado nutricional**: la albúmina predice morbilidad, pero no sirve para determinar el estado nutricional ^{F1}.

EIR 2022 · 36

P26 · respuesta en el solucionario

Vía RICA: valoración nutricional con criterios GLIM

En la Vía de Recuperación Intensificada de Cirugía del Adulto (RICA), ¿cuál es la metodología utilizada en la valoración nutricional completa preoperatoria?:

1. Tras un cribado nutricional positivo, la valoración se realiza con la “Valoración Global Subjetiva (VGS)”.
2. La valoración nutricional se realiza con el método NRS-2002, de elección en paciente quirúrgico.
3. Se utiliza la Herramienta CONUT o Índice de Control Nutricional, que tiene en cuenta los valores de Albúmina sérica y linfocitos absolutos.
4. Se realiza con los criterios GLIM (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Malnutrición), que valora criterios fenotípicos y etiológicos.

Tratamiento nutricional preoperatorio: todos los pacientes con **riesgo nutricional severo o desnutrición severa** deben recibirlo **al menos 7-10 días antes** de la cirugía, preferiblemente por vía **oral/enteral** (evidencia moderada, recomendación fuerte). Se asocia con menos complicaciones infecciosas, menos dehiscencias de anastomosis y menor estancia ^{F1}. No hay evidencia suficiente para recomendar la inmunonutrición frente a los suplementos orales estándar solo en el preoperatorio ^{F1}.

EIR 2023 · 61

P5 · respuesta en el solucionario

Vía RICA: tratamiento nutricional preoperatorio de 7-14 días

De las siguientes opciones, señale cuál es uno de los aspectos relacionados con la preparación nutricional ambulatoria indicado por la vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA):

1. Realizar un cribado nutricional MST a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía mayor.
2. Realizar una valoración nutricional completa en pacientes con desnutrición severa y establecer un plan de monitorización.
3. Los pacientes con riesgo nutricional severo o desnutrición severa deben recibir un tratamiento nutricional al menos 7 – 10 días antes de la cirugía.
4. Realizar una valoración nutricional completa 15 días antes de la cirugía en pacientes con desnutrición moderada y establecer un plan de monitorización.

Déficits concretos. El déficit grave de **vitamina C** (escorbuto) produce debilidad general, anemia, gingivitis, hemorragias cutáneas y **curación deficiente de las heridas** ^{F17}. En la valoración nutricional preoperatoria,

cualquier déficit de nutrientes debe corregirse antes de la cirugía, porque las proteínas son necesarias para la cicatrización de los tejidos y de la herida ^{F15}.

EIR 2014 · 103

P20 · respuesta en el solucionario

Déficit de vitamina C: problemas de cicatrización

Cuando usted valora el estado nutricional del paciente en el período preoperatorio, ha de saber que si éste sufre un déficit de Vitamina C, puede presentar en el postoperatorio:

1. Problemas en la síntesis de protombina.
2. Taquicardia.
3. Leucopenia.
4. Problemas de cicatrización en la herida.
5. Alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Obesidad. La valoración nutricional busca también la obesidad, la pérdida de peso inesperada y los trastornos metabólicos, porque afectan a la cirugía y a la recuperación ^{F15}. En el paciente obeso puede verse una **recuperación anestésica más lenta** por la **acumulación de fármacos lipófilos en el tejido adiposo**, por lo que hay que asegurar respiración adecuada, fuerza muscular completa y reflejos de vía aérea recuperados antes de extubar ^{F18}.

EIR 2013 · 98

P22 · respuesta en el solucionario

Alteraciones nutricionales y cirugía: obesidad y recuperación anestésica

¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la repercusión de las alteraciones nutricionales en el manejo del paciente perioperatorio es FALSA?:

1. La obesidad supone un estrés para los sistemas cardíaco y pulmonar.
2. En un paciente muy delgado se debe proporcionar más acolchamiento del habitual sobre la mesa de operaciones, especialmente en los procedimientos largos.
3. La obesidad es un factor que incrementa la posibilidad de infección en la herida postoperatoria.
4. El paciente obeso tarda el mismo tiempo en recuperarse de la anestesia general que otro con normopeso, puesto que los fármacos anestésicos se administran en función del peso del paciente.
5. La obesidad predispone al paciente a dehiscencia de la herida quirúrgica.

Anemia. La RICA recomienda al menos **una determinación de hemoglobina al menos 28 días antes** de la cirugía electiva, una **Hb preoperatoria por encima de 13 g/dl** con independencia del sexo, no programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes anémicos hasta estudiarlos y tratarlos, **hierro oral** en el déficit de hierro o la anemia **ferropénica leve-moderada** si quedan al menos **6 semanas**, y **hierro intravenoso** en la cirugía electiva potencialmente sangrante con anemia ferropénica o déficit funcional de hierro, o cuando el oral está contraindicado o no hay tiempo suficiente ^{F1}. Recomienda también la **prehabilitación trimodal** para mejorar la capacidad funcional antes de la intervención ^{F1}.

3. Medicación habitual: anticoagulantes y productos de herbolario

El documento del **Bloque quirúrgico** (2009) exige que cada centro disponga de un **protocolo de manejo perioperatorio de antiagregantes y anticoagulantes**, porque es **uno de los problemas que más incidentes causa** y una **causa frecuente de cancelación** de la cirugía ^{F3}. Entre las actividades de enfermería en la recepción del paciente figuran comprobar las pruebas preoperatorias, la presencia de los consentimientos y la profilaxis tromboembólica, si procede ^{F3}.

Para los **antagonistas de la vitamina K**, el consenso de 23 sociedades españolas (SEC, SEDAR, SEHH, SETH, AEC y otras) recomienda en general **suspender el acenocumarol 3 días antes** y la warfarina 5 días antes, siempre que el INR 7 días antes esté en rango (2-3), y **controlar el INR antes de la intervención** con objetivo general **INR < 1,5** en la versión de 2018 ^{F11}. La **actualización vigente de 2025** mantiene la suspensión de 3 días y el **control de INR inmediatamente antes**, pero fija el objetivo general en **INR < 1,2** (< 1,5 en algunos procedimientos) ^{F12}.



Anticoagulantes: protocolo, INR y cancelaciones

Cada centro debe tener un **protocolo de manejo perioperatorio** de antiagregantes y anticoagulantes, porque este problema causa muchos incidentes y es causa frecuente de **cancelación** ^{F3}. El consenso de 2025 recomienda, **en todos los casos**, un **control de INR inmediatamente antes** de la intervención ^{F12}. La **inadecuada preparación prequirúrgica** es una de las causas más frecuentes de cancelación, y si la operación se cancela, se debe **reprogramar** con el paciente ^{F3}.

EIR 2026 · 189

P1 · respuesta en el solucionario

Paciente anticoagulado: verificar INR antes de la cirugía

Un paciente de 72 años, anticoagulado con acenocumarol por fibrilación auricular, es programado para cirugía de hernia inguinal electiva. Durante la verificación preoperatoria, la enfermera detecta que no hay registro en la historia clínica sobre la suspensión o ajuste del tratamiento anticoagulante, y que no se ha solicitado INR reciente. Según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (Bloque Quirúrgico, 2009) y las guías de la OMS (2009) sobre seguridad del paciente quirúrgico, ¿cuál sería la actuación correcta?:

1. Proceder con la cirugía si el paciente no presenta signos de sangrado y la hemostasia intraoperatoria es cuidadosa.
2. Posponer la intervención hasta verificar el INR, revisar el protocolo de manejo perioperatorio de anticoagulantes, y reprogramar la cirugía si no se garantiza seguridad hemostática.
3. Permitir la intervención y registrar el incidente como “riesgo asumido” en el parte quirúrgico.
4. Realizar la intervención, pero mantener plasma fresco y hemoderivados disponibles para transfusión en caso de sangrado.

Productos de herbolario. La historia farmacológica debe incluir fármacos prescritos, **suplementos de herbolario**, vitaminas y medicamentos sin receta ^{F15}. Muchos suplementos (ajo, jengibre, hipérico, equinácea, ginseng, ginkgo biloba, valeriana, regaliz) pueden **interaccionar con la anestesia** o aumentar el riesgo de sangrado, por lo que la enfermera de preadmisión debe preguntar por ellos: puede ser necesario suspenderlos

una o dos semanas antes de la cirugía ^{F15}; otro manual de la misma editorial pone como ejemplo de 5 a 10 días antes ^{F14}.

Otros puntos de la medicación y del consentimiento: algunos antihipertensivos se retiran antes de la cirugía según la pauta prescrita, no todos ^{F14}; y el **consentimiento debe firmarse antes** de que el paciente reciba la anestesia o cualquier medicación que pueda alterar su capacidad de decisión ^{F15}.

EIR 2013 · 92

P23 · respuesta en el solucionario

Productos naturistas: interacción con la anestesia

En el cuidado perioperatorio del paciente ingresado para una intervención quirúrgica abdominal, ¿cuál de estas afirmaciones es correcta?:

1. Es más importante la edad cronológica de la persona que su edad biológica a la hora de valorar los riesgos.
2. El día de la intervención quirúrgica el paciente debe permanecer en ayuno estricto desde la noche anterior, incluyendo la ingesta de su medicación antihipertensiva.
3. El consentimiento informado para la cirugía puede ser firmado por el paciente, incluso tras la administración de cualquier medicación preoperatoria.
4. La diabetes mellitus deja de ser un factor de riesgo para la anestesia y la cirugía si el paciente se administra su dosis habitual de insulina el día de la intervención quirúrgica.
5. El uso de productos naturistas pueden interaccionar con la anestesia.

4. Ayuno preoperatorio y carga de carbohidratos

El ayuno prolongado provoca sed, hambre, liberación de hormonas de estrés, **resistencia a la insulina**, hiperglucemia postoperatoria, pérdida muscular y respuesta inmunitaria deprimida; el motivo histórico del ayuno largo era la **broncoaspiración** en la inducción, pero hoy hay evidencia en contra ^{F4}. El estómago vacía los líquidos claros en **60-90 minutos**, y los ensayos no encuentran diferencias de volumen ni de pH gástrico entre el ayuno nocturno y los líquidos claros hasta 2 horas antes ^{F1}.

Fuente	Recomendación de ayuno en el adulto
Protocolo Infección Quirúrgica Zero del SNS (2016) ^{F4}	Ayuno máximo de 2 h para líquidos claros y 6 h para alimentos sólidos ; evitar el ayuno desde medianoche (recomendación fuerte a favor)
Vía RICA 2021 ^{F1}	Sólidos hasta 6 h antes de la inducción y líquidos claros hasta 2 h antes (evidencia alta, recomendación fuerte). Con retraso del vaciamiento gástrico o en cirugía urgente : ayuno desde medianoche o 6-8 h
ASA 2017 ^{F9}	Líquidos claros 2 h · comida ligera 6 h · leche no humana 6 h · fritos, grasas o carne: puede hacer falta más tiempo (8 h o más)

La leche no es un líquido claro

Según la ASA (2017), son **líquidos claros** el agua, los zumos **sin pulpa**, las bebidas carbonatadas, las bebidas nutricionales ricas en carbohidratos, el té claro y el **café solo**, y **no deben incluir alcohol**. La **leche no humana** se parece a los **sólidos** en el tiempo de vaciamiento gástrico (hay que considerar la cantidad ingerida): ayuno de **6 h** ^{F9}.

EIR 2024 · 146

P3 · respuesta en el solucionario

Ayuno preoperatorio: 2 h líquidos claros y 6 h sólidos

¿Qué periodo de ayuno preoperatorio máximo se recomienda en el protocolo Infección Quirúrgica Zero (IQZ)?:

1. 4 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos.
2. 2 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos.
3. 2 horas para líquidos claros y 6 horas para alimentos sólidos.
4. 6 horas para cualquier tipo de alimentos.

Ayuno preoperatorio: la leche no materna no es líquido claro

¿Cuál es la respuesta INCORRECTA respecto al ayuno preoperatorio en cirugía electiva de adultos?:

1. Los líquidos claros pueden ser ingeridos hasta 2 horas antes de la intervención.
2. La ingesta de una comida ligera puede realizarse 6 horas antes, y si lleva fritos, grasa o carne, hasta un mínimo de 8 horas.
3. La leche no materna se considera un líquido claro.
4. Existe controversia entre el tiempo de ayuno de chicles y caramelos.

Bebida carbohidratada. La RICA (2021) permite **200-400 ml** de una bebida con **50 g de carbohidratos hasta 2 horas antes** de la intervención: mejora el bienestar y puede reducir la estancia y la insulinoresistencia, sin más riesgo de aspiración. En obesos o diabéticos tipo 2 bien controlados podría darse **3 horas antes** junto con su medicación antidiabética habitual (recomendación débil) ^{F1}. La GPC de cuidados perioperatorios en cirugía mayor abdominal (2016) recomienda, en **no diabéticos**, 200-400 ml de una bebida que contenga **al menos 50 g de glucosa**, hasta 2 horas antes ^{F7}.

Actualización de la ASA (2023). Recomienda que los adultos sanos beban **líquidos claros con carbohidratos hasta 2 h antes** de procedimientos electivos con anestesia general, regional o sedación (recomendación fuerte, evidencia moderada); se considera adecuado un volumen de **hasta 400 ml**. No hay evidencia suficiente para preferir los líquidos claros con **proteínas** (sin recomendación). Sobre el **chicle**, con evidencia de fuerza muy baja, sugiere **no retrasar** la intervención en el adulto sano que lo está masticando, pero hay que **retirarlo antes** de administrar cualquier sedante o anestésico; tampoco recomienda mascar chicle antes de la cirugía, porque no tiene beneficios demostrados ^{F26}.

La **matriz temporal de la RICA 2021** para el preoperatorio incluye: ducha completa la noche anterior; **ayuno de 6 h para sólidos y 2 h para líquidos claros** antes de la inducción; evitar benzodiazepinas y opioides de vida media larga en mayores; en el preoperatorio inmediato, **suplemento de bebida carbohidratada 2 h antes**, profilaxis antibiótica cuando esté indicada, **una dosis de glucocorticoides** y **evitar, en la medida de lo posible, la eliminación del vello** ^{F1}.

Ayuno preoperatorio: 2 h líquidos claros y 6 h sólidos

Dentro del proceso asistencial descrito en la Vía Clínica de Recuperación intensificada de Cirugía del Adulto (2020), ¿qué actividad se considera desactualizada durante el preoperatorio?:

1. Ayuno antes de la inducción anestésica: 8 horas sólido y 4 horas líquido claro.
2. Suplemento de bebida carbohidratada 2 horas antes de la intervención.
3. Administración de 1 dosis de glucocorticoides.
4. Evitar, en la medida de lo posible, la eliminación de vello.

Pediatría. La ASA (2017) fija la **leche materna en 4 h** y la **fórmula infantil en 6 h** ^{F9}. La guía europea de la ESAIC (2022) recomienda fomentar la **lactancia materna hasta 3 h antes** de la inducción, la **fórmula o leche no humana hasta 4 h**, los **líquidos claros hasta 1 h** y los sólidos hasta 6 h ^{F10}. La guía de la ASA de 2023 no

encuentra evidencia suficiente para recomendar en niños los líquidos claros hasta 1 h frente a 2 h (sin recomendación) y pide, para evitar ayunos prolongados, permitirlos **lo más cerca posible de las 2 h** antes en los niños con bajo riesgo de aspiración ^{F26}.

En España, el grupo de trabajo de la **Sección Pediátrica de la SEDAR** (2024) recuerda que la pauta clásica ha sido **6 h para sólidos y leche no materna, 4 h para leche materna y 2 h para líquidos claros** («6-4-2»), que según la SEDAR mantienen las guías de la ASA de 2023, y ante las nuevas guías europeas recomienda **3 horas de ayuno para la leche materna**, fortificada o no, y acortar a **1 hora** el de líquidos claros, salvo en pacientes con vaciamiento gástrico enlentecido por su patología de base o por bajo gasto cardíaco ^{F28}.

EIR 2022 · 76

P7 · respuesta en el solucionario

Ayuno del lactante con lactancia materna: 3-4 horas

¿Qué periodo de ayuno desde la última toma debemos considerar para un lactante con lactancia materna exclusiva que va a ser sometido a una prueba diagnóstica bajo sedación?:

1. Dos horas de ayuno desde la última toma.
2. De tres a cuatro horas de ayuno.
3. Seis horas de ayuno.
4. No es necesario cumplir ayuno para pacientes con lactancia materna exclusiva.

5. Prevención de la infección del sitio quirúrgico

El proyecto **Infección Quirúrgica Zero** (IQZ) de la SEMPSPGS (protocolo 2023) agrupa sus medidas en un paquete: tres **obligatorias** (**profilaxis antibiótica** adecuada, **antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2 %** y **eliminación correcta del vello**) y dos **opcionales** (**normotermia** y **normoglucemia**), más una sexta en fase piloto (suturas impregnadas en antiséptico) ^{F5}. La normoglucemia incluye evitar el ayuno prolongado, las bebidas carbohidratadas hasta 2 h antes y mantener la glucemia **por debajo de 150 mg/dl antes** de la intervención y de **180 mg/dl durante y después** ^{F5}.

Ducha. La RICA recomienda el **baño completo** previo a la cirugía (ducha completa la noche anterior) ^{F1}. El protocolo IQZ de 2016 aconseja ducha con jabón y, aunque reconoce que no hay evidencia suficiente, sugiere **jabón de clorhexidina al 4 %** ^{F4}. La guía de los CDC de 1999 ya señalaba que la ducha antiséptica reduce las colonias bacterianas de la piel, pero no se ha demostrado de forma definitiva que reduzca la infección ^{F19}.

Eliminación del vello: la idea de fondo es no rasurar. El rasurado produce **microerosiones** cerca de la incisión que se colonizan por microorganismos y contaminan después la herida ^{F5}. El metaanálisis que recoge el IQZ 2023 no encuentra diferencias entre no eliminar el vello y eliminarlo correctamente, ni entre la crema depilatoria y no eliminarlo, pero sí **mucho más riesgo con el rasurado** frente a no eliminarlo (RR 1,82), frente a la cortadora (RR 1,64) y frente a la depilación con cremas (RR 2,28). Eliminarlo correctamente el mismo día frente a un día antes **no difiere de forma estadísticamente significativa** (RR 0,83), aunque el protocolo prefiere el mismo día ^{F5}.

La revisión **Cochrane** de 2021 (25 ensayos, 8.919 participantes) llega a lo mismo: frente a no eliminar el vello, puede haber poca diferencia de infección con la **cortadora** o con la **crema depilatoria** (certeza baja), y probablemente hay menos infecciones sin eliminarlo que **rasurando con cuchilla** (certeza moderada). Concluye que, si hay que eliminar el vello, **la cortadora o la crema depilatoria** probablemente causan menos infecciones y otras complicaciones que el rasurado con cuchilla; y que puede haber una pequeña reducción de infecciones si se elimina **el mismo día** en lugar del día anterior ^{F23}.

Fuente	Qué dice sobre el vello
CDC 1999 ^{F19}	No eliminar el vello salvo que interfiera con la operación; si se elimina, inmediatamente antes , preferiblemente con maquinilla eléctrica (categoría IA). El rasurado la noche anterior se asocia a un riesgo de infección significativamente mayor que la depilación química o no eliminar el vello; rasurar inmediatamente antes daba menos infección que en las 24 h previas (3,1 % frente a 7,1 %) y, a más de 24 h, superaba el 20 %
Bloque quirúrgico 2009 ^{F3}	Eliminar el vello solo cuando sea necesario; no deben utilizarse cuchillas de afeitar , que deberían eliminarse de todo centro; formar al personal en cortar en lugar de rasurar y en el uso de maquinillas eléctricas
IQZ 2016 ^{F4} y 2023 ^{F5}	«No elimine el vello, a no ser que sea necesario. Si fuera preciso, utilizar cortadora de pelo y nunca rasuradora » y bañarse después (2016). No eliminarlo o hacerlo con cortadoras o depilación química en vez de rasuradora, preferiblemente el mismo día (2023). Láser y cera , al menos 5 días antes (2016)

Fuente	Qué dice sobre el vello
OMS 2018 F6	No eliminar el vello o, si es absolutamente necesario, solo con cortadora ; el rasurado se desaconseja firmemente siempre, antes de la cirugía o en quirófano (recomendación fuerte)
RICA 2021 F1	No eliminarlo salvo que sea estrictamente necesario ; evitar el rasurado convencional ; si se elimina, maquinillas eléctricas lo más cerca posible de la intervención, siempre fuera del quirófano
Cochrane 2021 F23	Si hay que eliminarlo, cortadora o crema depilatoria : probablemente menos infecciones y complicaciones que la cuchilla



Orden de preferencia

1.º **no eliminar**; 2.º si hace falta, **maquinilla eléctrica/cortadora** (RICA, IQZ) o **depilación química/crema depilatoria** (IQZ, Cochrane), preferiblemente el mismo día y fuera de quirófano; **nunca cuchilla**. Con la cuchilla, **cuanta más antelación, peor**: la víspera da más infección que justo antes, y a más de 24 h supera el 20 % F1,F5,F19,F23.

EIR 2006 · 48

P25 · respuesta en el solucionario

Eliminación del vello preoperatoria: no rasurar; si hace falta, maquinilla o depilación química

¿Cuál de las siguientes acciones para eliminar el vello favorece una mayor incidencia de infección de la herida quirúrgica?:

1. Rasurar la piel con cuchilla inmediatamente antes de la cirugía.
2. Rasurar la piel con cuchilla el día anterior a la cirugía.
3. Rasurar la piel con maquinilla eléctrica inmediatamente antes de la cirugía.
4. Aplicar crema depilatoria inmediatamente antes de la cirugía.
5. No eliminar el vello.

EIR 2013 · 89

P27 · respuesta en el solucionario

Eliminación del vello preoperatoria: no rasurar; si hace falta, maquinilla o depilación química

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la eliminación del vello se recomienda para la prevención de la infección de localización quirúrgica?:

1. Se rasurará en sentido contrario a la dirección del crecimiento del pelo.
2. Se cortará el pelo con tijeras el día anterior a la intervención.
3. Es conveniente rasurar con maquinilla eléctrica la noche anterior a la intervención.
4. El método idóneo para la eliminación preoperatoria del vello es emplear la rasuradora.
5. No se eliminará el vello antes de la intervención a menos que interfiera con la operación, en cuyo caso se hará con maquinilla eléctrica.

Eliminación del vello preoperatoria: no rasurar; si hace falta, maquinilla o depilación química

¿Qué se deberá tener en cuenta a la hora de realizar la valoración de enfermería prequirúrgica de un paciente que será sometido a intervención en la zona perineal?:

1. Si fuera necesario, eliminará el vello de la zona a intervenir con cuchilla de afeitar.
2. Si fuera preciso eliminar el vello de la zona a intervenir, utilizará depilación química.
3. En caso necesario, eliminará el vello de la zona a intervenir con tijeras.
4. Eliminará el vello de la zona a intervenir preferentemente con cera.

Profilaxis antibiótica. Actúa solo durante la intervención o pocas horas después de administrarse ^{F5}. Los criterios de momento varían según la fuente: la OMS (2009) la recomienda **en la hora previa a la incisión** y la lista de verificación pregunta si se ha dado **en los últimos 60 minutos** ^{F13}; el Bloque quirúrgico (2009) y el IQZ (2016), **no más de 30-60 minutos antes** de la incisión ^{F3,F4} (el paquete colorrectal del IQZ añade «siempre en el área quirúrgica») ^{F4}; la OMS (2018) y la RICA (2021), **en los 120 minutos previos** a la incisión ^{F6,F1}.

Se da una **dosis adicional** si la cirugía es prolongada o hay pérdida de sangre significativa, y **no se prolonga más allá de la propia intervención** ^{F1}.

Profilaxis antibiótica quirúrgica: momento de administración

¿Cuándo se debe administrar la profilaxis antibiótica al paciente que se va a someter a una cirugía?:

1. Entre dos y cuatro horas antes de la intervención.
2. El día anterior a la intervención quirúrgica.
3. Al final de la intervención en el postoperatorio inmediato.
4. Entre el tiempo inmediato anterior al procedimiento quirúrgico y durante este.

Preparación mecánica del colon. La RICA de cirugía abdominal (2015) recordaba que se pensaba que reducía la carga bacteriana y la infección de la herida, pero que los estudios indican que **no aporta beneficio, aumenta el íleo postoperatorio y la dehiscencia anastomótica** y altera el equilibrio hidroelectrolítico. Por eso recomendaba **no realizarla, excepto en cirugía rectal con posibilidad de estoma de protección** (recomendación fuerte en contra, evidencia alta) ^{F8}. La RICA 2021 mantiene la idea: **no debe emplearse de forma rutinaria en cirugía de colon**, puede provocar deshidratación, y **sí puede ofrecer beneficios en cirugía rectal con anastomosis** ^{F1}. El Bloque quirúrgico (2009) aconseja tampoco usar **enemas de forma rutinaria** para reducir la infección ^{F3}.

EIR2019-114: preparación mecánica sola frente a combinada con antibióticos orales

La respuesta oficial de **EIR2019-114** sigue la RICA de 2015: **no realizar la preparación mecánica del colon, salvo cirugía rectal con posible estoma de protección** ^{F8}. Es coherente con la RICA 2021 y con la OMS (2018), que recomienda **no usar la preparación mecánica sola** (sin antibióticos orales) ^{F1,F6}. Pero la OMS **sugiere** la preparación mecánica **combinada con antibióticos orales** en la cirugía colorrectal electiva del adulto (recomendación condicional), y el paquete colorrectal del IQZ (2016) incluye preparación mecánica con neomicina y metronidazol orales ^{F6,F4}.

EIR 2019 · 114

P11 · respuesta en el solucionario

Vía RICA: no preparación mecánica del colon

¿Cuál es la recomendación actual de la vía Clínica de Recuperación Intensificada de Cirugía Abdominal (RICA), respecto a la preparación mecánica del colon previo a la cirugía?:

1. No realizarla, excepto en aquellos casos de cirugía rectal en el que existan posibilidad de estoma de protección.
2. Se ha de realizar para disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
3. La preparación mecánica del colon podría contribuir a una recuperación más rápida del peristaltismo.
4. Hay que realizarla porque las recomendaciones y la evidencia son altas.

6. Preparación inmediata y premedicación

En la recepción del bloque quirúrgico, las **actividades de enfermería** que enumera el documento del Ministerio (2009) incluyen ^{F3}:

- Presentarse, **comprobar la identidad** (pulsera), el diagnóstico y la intervención ^{F3}.
- Comprobar las **pruebas preoperatorias**, las **alergias** (en particular al **látex**) y los **consentimientos informados** en la historia ^{F3}.
- Comprobar la ausencia de **prótesis dental, audífonos, lentillas** y otros objetos personales; verificar la retirada de **esmaltes y maquillaje** ^{F3}.
- Verificar las **normas de ayuno** y, en su caso, el **corte del vello** y las medidas higiénicas ^{F3}.
- Canalizar o comprobar la vía venosa, administrar la **profilaxis antibiótica** según protocolo (dosis, vía y hora) y la tromboembólica si procede, y confirmar la **sangre cruzada** si precisa ^{F3}.
- Aclarar dudas sobre el entorno quirúrgico para **disminuir la ansiedad** ^{F3}.

El mismo documento pide comprobar que se han retirado los objetos metálicos, las horquillas y otros adornos del pelo, las prótesis dentales, las gafas o lentillas, que el paciente lleva **ropa del hospital limpia (camisón abierto)** y no lleva maquillaje ni esmalte ^{F3}. En la zona semirrestringida, los pacientes trasladados al quirófano visten camisón abierto y **gorro que les cubra el pelo completamente** ^{F3}. Las **joyas** se retiran todas, incluidos anillos y piercings, para evitar quemaduras, lesiones por presión e infección; taparlas con esparadrapo no elimina el riesgo ^{F14}.

En el procedimiento de atención preoperatoria del **Hospital Universitario Reina Sofía** (Servicio Andaluz de Salud, 2019), la enfermera de la sala de espera prequirúrgica **coloca gorro y calzas al paciente** (en quirófano, si no se ha hecho antes), y la hoja de preparación para el domicilio recuerda **retirar anillos, relojes, cadenas, audífonos, esmalte de uñas y maquillaje** antes de bajar a quirófano ^{F24}.

Lo que ya no forma parte de la preparación

Ni el **ayuno desde medianoche** en el paciente programado (el IQZ pide evitarlo y fija un máximo de 2 h para líquidos claros y 6 h para sólidos) ^{F4}, ni el **rasurado la víspera** (aumenta la infección) ^{F19}, ni el **enema rutinario** ^{F3}. Y se retiran **todas las joyas**, incluidos los anillos ^{F14,F24}.

EIR 2010 · 49

P24 · respuesta en el solucionario

Preparación física preoperatoria: gorro

La preparación física del enfermo que va a ser sometido a cirugía con anestesia general incluye:

1. Ayunas 12 horas antes de la intervención.
2. Rasurar el vello de la zona operatoria el día anterior a la cirugía.
3. Enema de limpieza la noche anterior a la cirugía.
4. Cubrir el cabello con gorro desechable.
5. Retirar joyas y adornos. La alianza de matrimonio se permite conservar.

Premedicación. Según el manual de fundamentos de enfermería de OpenStax (2024), los fármacos preanestésicos sirven para: **ansiólisis** (benzodicepinas como el midazolam), **sedación**, que minimiza el

malestar durante la inducción de la anestesia, **amnesia** de los acontecimientos de la inducción, **analgesia** (opioides como el fentanilo), **antisialagogos/anticolinérgicos** (como el glicopirrolato) para reducir la salivación y prevenir la bradicardia, **anti-H2 o IBP** para reducir la acidez gástrica y el riesgo de aspiración, y **antieméticos** para prevenir las náuseas y vómitos postoperatorios ^{F14}. Antes de administrarla, el paciente debe **firmar los consentimientos** y **orinar** ^{F14}.

En niños, una revisión del *Indian Journal of Anaesthesia* (2019) señala que el **objetivo principal** de la premedicación es la **ansiolisis**, que facilita separarse de los padres y **la inducción de la anestesia**; otros efectos que puede lograr son la amnesia, la prevención del estrés fisiológico, la vagolisis, la **reducción de las necesidades totales de anestésico**, menos probabilidad de aspiración, menos salivación y secreciones, el efecto antiemético y la **analgesia** ^{F25}.

EIR2014-044: ¿el dolor postoperatorio es objetivo de la premedicación?

En **EIR2014-044** la respuesta (reconstruida por un tercero) es que **aliviar el dolor postoperatorio NO es un objetivo** de la medicación preanestésica. Las fuentes consultadas recogen como objetivos o efectos de la premedicación la **ansiolisis**, **facilitar la inducción**, la **reducción de las necesidades totales de anestésico** y la **analgesia** ^{F14,F25}, pero ninguna excluye el dolor postoperatorio: OpenStax (2024) describe la analgesia preoperatoria con opioides como alivio del dolor durante el preoperatorio, la cirugía **y el periodo de recuperación postoperatoria** ^{F14}. No se ha encontrado una fuente abierta que limite los objetivos al preoperatorio y a la inducción (ver pendiente).

EIR 2014 · 44

P21 · respuesta en el solucionario

Medicación preanestésica: objetivos

Señale cuál de las siguientes opciones NO se corresponde con los objetivos de la medicación preanestésica:

1. Reducir la ansiedad.
2. Aliviar el dolor preoperatorio.
3. Aliviar el dolor postoperatorio.
4. Facilitar la inducción de la anestesia.
5. Reducir las necesidades de anestésico.

Premedicación en cirugía mayor y recuperación intensificada. La GPC de cuidados perioperatorios en cirugía mayor abdominal (2016) **no recomienda la premedicación sedante y/o ansiolítica de acción intermedia o larga** (grado B); si se considera necesaria, recomienda como punto de buena práctica las **benzodiacepinas de acción corta** ^{F7}. La RICA (2021) recomienda **evitar benzodiacepinas y opioides de vida media larga** antes de la inducción en pacientes de alto riesgo por edad y comorbilidad, porque retrasan la movilización y la tolerancia oral y pueden prolongar la estancia ^{F1}.

La misma GPC recomienda un plan que fomente la **movilización precoz**: levantarse de la cama **el mismo día** de la cirugía e iniciar la **deambulación en las primeras 24 horas** (grado D); y, tras cirugía colorrectal, de intestino delgado o ginecológica abdominal, la **ingesta oral** de líquidos y sólidos lo antes posible, preferiblemente en las **primeras 24 horas** ^{F7}. La RICA añade **una dosis única de glucocorticoides**, que acorta el ingreso sin aumentar las complicaciones ^{F1}.

Premedicación sedante en cirugía mayor abdominal (GPC)

A razón de la “Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal” publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ¿cuál de las siguientes recomendaciones se considera INCORRECTA en base a las recomendaciones de la (USPSTF) US Preventive Services Task Force?:

1. Se recomienda implementar un plan de cuidados perioperatorios que fomente la movilización precoz y progresiva del paciente, con el levantamiento de la cama el mismo día de la cirugía, y el inicio de la deambulación dentro de las primeras 24 horas postoperatorias.
2. En pacientes que han sido intervenidos de cirugía colorrectal, cirugía del intestino delgado o cirugía abdominal ginecológica, se recomienda iniciar la ingesta oral de líquidos y sólidos lo antes posible, según la tolerancia del paciente, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica.
3. En pacientes no diabéticos que van a ser intervenidos de cirugía mayor abdominal electiva, se recomienda la administración de 200 a 400 ml de una bebida carbohidratada que contenga al menos 50 g de glucosa, hasta 2 horas antes de la intervención quirúrgica.
4. Se recomienda el uso de premedicación sedante y/o ansiolítica de acción intermedia o larga en pacientes intervenidos de cirugía mayor abdominal.

7. Información y educación preoperatoria

La RICA (2021) considera la información al paciente y a su entorno un **punto clave**: el asesoramiento previo favorece el alta precoz y disminuye la estancia. Los pacientes deben recibir **información oral y escrita completa** (evidencia moderada, recomendación fuerte), adaptada a cada paciente, con participación de la **enfermería**; los folletos son muy útiles, porque gran parte de la información verbal se olvida ^{F1}.

En la educación preoperatoria, la enfermera refuerza las instrucciones, **demuestra los ejercicios postoperatorios** (por ejemplo, que el paciente practique el uso del **espirómetro de incentivo**) y habla de lo que cabe esperar tras la cirugía: dolor, recuperación, cuidado de la herida, restricciones de actividad y seguimiento ^{F14}.

Tiroidectomía. La hoja de cuidados en casa tras la cirugía de tiroides indica, para evitar molestias, **sujetarse la parte posterior de la cabeza y del cuello con ambas manos al incorporarse** y mantener la cabeza sobre una almohada al acostarse ^{F20}.

EIR 2019 · 166

P10 · respuesta en el solucionario

Educación preoperatoria en tiroidectomía: sujeción del cuello

M.J.T., (mujer) ingresa para una intervención de tiroidectomía programada. Durante el preoperatorio se muestra nerviosa ante la posibilidad de tener dolor en la zona de la incisión después de la intervención. Entre los diferentes consejos que le daremos ¿Cuál de estos se encontrará?:

1. Elevar los codos y sujetar las manos detrás del cuello para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.
2. Elevar los codos y sujetar las manos delante del cuello para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.
3. Elevar los codos y sujetar las manos a ambos lados del cuello para disminuir la tensión.
4. Elevar los codos y sujetar las manos enfrentadas entre sí, realizando una fuerza moderada entre ellas, para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.

Todas las preguntas del tema (25)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 189

P1 · respuesta en el solucionario

Un paciente de 72 años, anticoagulado con acenocumarol por fibrilación auricular, es programado para cirugía de hernia inguinal electiva. Durante la verificación preoperatoria, la enfermera detecta que no hay registro en la historia clínica sobre la suspensión o ajuste del tratamiento anticoagulante, y que no se ha solicitado INR reciente. Según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (Bloque Quirúrgico, 2009) y las guías de la OMS (2009) sobre seguridad del paciente quirúrgico, ¿cuál sería la actuación correcta?:

1. Proceder con la cirugía si el paciente no presenta signos de sangrado y la hemostasia intraoperatoria es cuidadosa.
2. Posponer la intervención hasta verificar el INR, revisar el protocolo de manejo perioperatorio de anticoagulantes, y reprogramar la cirugía si no se garantiza seguridad hemostática.
3. Permitir la intervención y registrar el incidente como “riesgo asumido” en el parte quirúrgico.
4. Realizar la intervención, pero mantener plasma fresco y hemoderivados disponibles para transfusión en caso de sangrado.

EIR 2025 · 178

P2 · respuesta en el solucionario

Dentro del proceso asistencial descrito en la Vía Clínica de Recuperación intensificada de Cirugía del Adulto (2020), ¿qué actividad se considera desactualizada durante el preoperatorio?:

1. Ayuno antes de la inducción anestésica: 8 horas sólido y 4 horas líquido claro.
2. Suplemento de bebida carbohidratada 2 horas antes de la intervención.
3. Administración de 1 dosis de glucocorticoides.
4. Evitar, en la medida de lo posible, la eliminación de vello.

EIR 2024 · 146

P3 · respuesta en el solucionario

¿Qué periodo de ayuno preoperatorio máximo se recomienda en el protocolo Infección Quirúrgica Zero (IQZ)?:

1. 4 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos.
2. 2 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos.
3. 2 horas para líquidos claros y 6 horas para alimentos sólidos.
4. 6 horas para cualquier tipo de alimentos.

Según el Manual de Procedimientos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), ¿cuál de las siguientes es una recomendación específica para el cese alcohólico previo a la cirugía torácica?:

1. Se recomienda una abstinencia previa de dos a cuatro semanas para mejorar la respuesta del sistema inmunitario.
2. Se recomienda una abstinencia previa de uno a tres meses para mejorar el tiempo de sangrado.
3. Se recomienda una abstinencia previa de cinco a siete días para mejorar la respuesta del sistema neuroendocrino ante la cirugía.
4. No existen recomendaciones sobre el tiempo de abstinencia previo a la cirugía.

De las siguientes opciones, señale cuál es uno de los aspectos relacionados con la preparación nutricional ambulatoria indicado por la vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA):

1. Realizar un cribado nutricional MST a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía mayor.
2. Realizar una valoración nutricional completa en pacientes con desnutrición severa y establecer un plan de monitorización.
3. Los pacientes con riesgo nutricional severo o desnutrición severa deben recibir un tratamiento nutricional al menos 7 – 10 días antes de la cirugía.
4. Realizar una valoración nutricional completa 15 días antes de la cirugía en pacientes con desnutrición moderada y establecer un plan de monitorización.

Una paciente de 27 años, embarazada de 11 semanas y sin otras patologías, que llega a quirófano para intervención quirúrgica por fractura de Colles mientras hacía deporte, estará incluida en la categoría de estado físico ASA (Sociedad Americana de Anestesia):

1. Clase I.
2. Clase II.
3. Clase IV.
4. Clase V.

¿Qué periodo de ayuno desde la última toma debemos considerar para un lactante con lactancia materna exclusiva que va a ser sometido a una prueba diagnóstica bajo sedación?:

1. Dos horas de ayuno desde la última toma.
2. De tres a cuatro horas de ayuno.
3. Seis horas de ayuno.
4. No es necesario cumplir ayuno para pacientes con lactancia materna exclusiva.

¿Qué se deberá tener en cuenta a la hora de realizar la valoración de enfermería prequirúrgica de un paciente que será sometido a intervención en la zona perineal?:

1. Si fuera necesario, eliminará el vello de la zona a intervenir con cuchilla de afeitar.
2. Si fuera preciso eliminar el vello de la zona a intervenir, utilizará depilación química.
3. En caso necesario, eliminará el vello de la zona a intervenir con tijeras.
4. Eliminará el vello de la zona a intervenir preferentemente con cera.

¿Cuál es la respuesta INCORRECTA respecto al ayuno preoperatorio en cirugía electiva de adultos?:

1. Los líquidos claros pueden ser ingeridos hasta 2 horas antes de la intervención.
2. La ingesta de una comida ligera puede realizarse 6 horas antes, y si lleva fritos, grasa o carne, hasta un mínimo de 8 horas.
3. La leche materna se considera un líquido claro.
4. Existe controversia entre el tiempo de ayuno de chicles y caramelos.

M.J.T., (mujer) ingresa para una intervención de tiroidectomía programada. Durante el preoperatorio se muestra nerviosa ante la posibilidad de tener dolor en la zona de la incisión después de la intervención. Entre los diferentes consejos que le daremos ¿Cuál de estos se encontrará?:

1. Elevar los codos y sujetar las manos detrás del cuello para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.
2. Elevar los codos y sujetar las manos delante del cuello para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.
3. Elevar los codos y sujetar las manos a ambos lados del cuello para disminuir la tensión.
4. Elevar los codos y sujetar las manos enfrentadas entre sí, realizando una fuerza moderada entre ellas, para disminuir la tensión de los músculos y de la incisión quirúrgica.

¿Cuál es la recomendación actual de la vía Clínica de Recuperación Intensificada de Cirugía Abdominal (RICA), respecto a la preparación mecánica del colon previo a la cirugía?:

1. No realizarla, excepto en aquellos casos de cirugía rectal en el que existan posibilidad de estoma de protección.
2. Se ha de realizar para disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
3. La preparación mecánica del colon podría contribuir a una recuperación más rápida del peristaltismo.
4. Hay que realizarla porque las recomendaciones y la evidencia son altas.

¿Cuándo se debe administrar la profilaxis antibiótica al paciente que se va a someter a una cirugía?:

1. Entre dos y cuatro horas antes de la intervención.
2. El día anterior a la intervención quirúrgica.
3. Al final de la intervención en el postoperatorio inmediato.
4. Entre el tiempo inmediato anterior al procedimiento quirúrgico y durante este.

¿Qué tres exploraciones se realizan en la consulta de preanestesia para identificar una posible vía aérea difícil?:

1. Valoración de náuseas y vómitos previos, índice biespectral y gasometría.
2. Mallampati, distancia tiromentoniana (Patil Aldreti) y correcta movilidad cervical.
3. Pruebas complementarias, maniobra de Sellick y pulsioximetría.
4. Capnometría, valoración columna vertebral y ausencia de piezas dentales.

La clasificación ASA (American Society of Anesthesiology), se utiliza para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los diferentes estados del paciente. Según esta clasificación, un paciente tendrá Clase II cuando:

1. Presenta enfermedad sistémica leve.
2. Presenta enfermedad sistémica grave.
3. Presenta enfermedad sistémica grave que supone una amenaza constante para la vida.
4. Presenta enfermedad terminal del que no se espera que sobreviva sin cirugía.

A razón de la “Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal” publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ¿cuál de las siguientes recomendaciones se considera INCORRECTA en base a las recomendaciones de la (USPSTF) US Preventive Services Task Force?:

1. Se recomienda implementar un plan de cuidados perioperatorios que fomente la movilización precoz y progresiva del paciente, con el levantamiento de la cama el mismo día de la cirugía, y el inicio de la deambulación dentro de las primeras 24 horas postoperatorias.
2. En pacientes que han sido intervenidos de cirugía colorrectal, cirugía del intestino delgado o cirugía abdominal ginecológica, se recomienda iniciar la ingesta oral de líquidos y sólidos lo antes posible, según la tolerancia del paciente, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica.
3. En pacientes no diabéticos que van a ser intervenidos de cirugía mayor abdominal electiva, se recomienda la administración de 200 a 400 ml de una bebida carbohidratada que contenga al menos 50 g de glucosa, hasta 2 horas antes de la intervención quirúrgica.
4. Se recomienda el uso de premedicación sedante y/o ansiolítica de acción intermedia o larga en pacientes intervenidos de cirugía mayor abdominal.

A razón del sistema de clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) para estimar el riesgo anestésico, un sujeto con Diabetes Mellitus tipo 1 mal controlada, se clasificará como:

1. ASA I.
2. ASA II.
3. ASA III.
4. ASA IV.

En la evaluación cardiovascular, las mayores causas de morbilidad y mortalidad perio-operatorias son:

1. Hipertensión Arterial, Cardiopatía isquémica y Valvulopatías.
2. Cardiopatía congénita, Diabetes, Hipertensión Arterial.
3. Hipertensión Arterial, Coagulopatías, Valvulopatías.
4. Hipertensión Arterial, Hiperlipidemias, Diabetes.

En los cuidados preoperatorios, los objetivos primarios en la entrevista con el paciente son los siguientes EXCEPTO:

1. Obtener información de la salud del paciente.
2. Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía y de la anestesia.
3. Determinar si la cirugía del paciente debe realizarse como ingresado, ambulatoria o el mismo día del ingreso.
4. Valorar el estado emocional del paciente y su preparación para la cirugía.

Un paciente con antecedentes de hipertensión bien controlada con medicación va a ser intervenido de una colecistectomía. ¿Qué riesgo anestésico encontraremos en su informe de preanestesia?:

1. ASA I.
2. ASA II.
3. ASA III.
4. ASA IV.

Cuando usted valora el estado nutricional del paciente en el período preoperatorio, ha de saber que si éste sufre un déficit de Vitamina C, puede presentar en el postoperatorio:

1. Problemas en la síntesis de protombina.
2. Taquicardia.
3. Leucopenia.
4. Problemas de cicatrización en la herida.
5. Alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Señale cuál de las siguientes opciones NO se corresponde con los objetivos de la medicación preanestésica:

1. Reducir la ansiedad.
2. Aliviar el dolor preoperatorio.
3. Aliviar el dolor postoperatorio.
4. Facilitar la inducción de la anestesia.
5. Reducir las necesidades de anestésico.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la repercusión de las alteraciones nutricionales en el manejo del paciente perioperatorio es FALSA?:

1. La obesidad supone un estrés para los sistemas cardíaco y pulmonar.
2. En un paciente muy delgado se debe proporcionar más acolchamiento del habitual sobre la mesa de operaciones, especialmente en los procedimientos largos.
3. La obesidad es un factor que incrementa la posibilidad de infección en la herida postoperatoria.
4. El paciente obeso tarda el mismo tiempo en recuperarse de la anestesia general que otro con normopeso, puesto que los fármacos anestésicos se administran en función del peso del paciente.
5. La obesidad predispone al paciente a dehiscencia de la herida quirúrgica.

En el cuidado perioperatorio del paciente ingresado para una intervención quirúrgica abdominal, ¿cuál de estas afirmaciones es correcta?:

1. Es más importante la edad cronológica de la persona que su edad biológica a la hora de valorar los riesgos.
2. El día de la intervención quirúrgica el paciente debe permanecer en ayuno estricto desde la noche anterior, incluyendo la ingesta de su medicación antihipertensiva.
3. El consentimiento informado para la cirugía puede ser firmado por el paciente, incluso tras la administración de cualquier medicación preoperatoria.
4. La diabetes mellitus deja de ser un factor de riesgo para la anestesia y la cirugía si el paciente se administra su dosis habitual de insulina el día de la intervención quirúrgica.
5. El uso de productos naturistas pueden interaccionar con la anestesia.

La preparación física del enfermo que va a ser sometido a cirugía con anestesia general incluye:

1. Ayunas 12 horas antes de la intervención.
2. Rasurar el vello de la zona operatoria el día anterior a la cirugía.
3. Enema de limpieza la noche anterior a la cirugía.
4. Cubrir el cabello con gorro desechable.
5. Retirar joyas y adornos. La alianza de matrimonio se permite conservar.

¿Cuál de las siguientes acciones para eliminar el vello favorece una mayor incidencia de infección de la herida quirúrgica?:

1. Rasurar la piel con cuchilla inmediatamente antes de la cirugía.
2. Rasurar la piel con cuchilla el día anterior a la cirugía.
3. Rasurar la piel con maquinilla eléctrica inmediatamente antes de la cirugía.
4. Aplicar crema depilatoria inmediatamente antes de la cirugía.
5. No eliminar el vello.

Preguntas que también podrían ser de este tema (2)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2022 · 36

P26 · respuesta en el solucionario

En la Vía de Recuperación Intensificada de Cirugía del Adulto (RICA), ¿cuál es la metodología utilizada en la valoración nutricional completa preoperatoria?:

1. Tras un cribado nutricional positivo, la valoración se realiza con la “Valoración Global Subjetiva (VGS)”.
2. La valoración nutricional se realiza con el método NRS-2002, de elección en paciente quirúrgico.
3. Se utiliza la Herramienta CONUT o Índice de Control Nutricional, que tiene en cuenta los valores de Albúmina sérica y linfocitos absolutos.
4. Se realiza con los criterios GLIM (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Malnutrición), que valora criterios fenotípicos y etiológicos.

EIR 2013 · 89

P27 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la eliminación del vello se recomienda para la prevención de la infección de localización quirúrgica?:

1. Se rasurará en sentido contrario a la dirección del crecimiento del pelo.
2. Se cortará el pelo con tijeras el día anterior a la intervención.
3. Es conveniente rasurar con maquinilla eléctrica la noche anterior a la intervención.
4. El método idóneo para la eliminación preoperatoria del vello es emplear la rasuradora.
5. No se eliminará el vello antes de la intervención a menos que interfiera con la operación, en cuyo caso se hará con maquinilla eléctrica.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 189	2	
P2	EIR 2025 · 178	1	
P3	EIR 2024 · 146	3	
P4	EIR 2024 · 128	1	
P5	EIR 2023 · 61	3	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2022 · 205	2	
P7	EIR 2022 · 76	2	
P8	EIR 2021 · 118	2	
P9	EIR 2021 · 88	3	
P10	EIR 2019 · 166	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2019 · 114	1	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2019 · 112	4	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2019 · 111	2	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2019 · 99	1	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2018 · 106	4	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2018 · 103	3	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2017 · 139	1	
P18	EIR 2017 · 127	3	
P19	EIR 2016 · 108	2	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2014 · 103	4	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2014 · 44	3	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2013 · 98	4	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 92	5	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2010 · 49	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2006 · 48	2	reconstruida por un tercero
P26	EIR 2022 · 36	4	
P27	EIR 2013 · 89	5	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Ministerio de Sanidad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Grupo Español de Rehabilitación Multimodal. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA). 2021 (proceso asistencial, p. 21; tabla de recomendaciones, p. 23-27; hábitos tóxicos, evaluación e intervención nutricional, ayuno, bebidas carbohidratadas y premedicación). · <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/via-clinica-cirugia-adulto-rica-2021.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F2** American Society of Anesthesiologists. Statement on ASA Physical Status Classification System. Última actualización: 13-12-2020. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (5-12-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system> · consultada 2026-09-26
- **F3** Ministerio de Sanidad y Política Social. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación, 2009 (recomendaciones 21-23; apartados 4.4.3, 4.4.4 y 4.5; actividades de enfermería en recepción, p. 74-76; cancelaciones, apartado 5.5.2.1.1, p. 85; anexo de prevención de la infección, p. 217-218; zonas del bloque, p. 232; evaluación preanestésica, p. 239-241). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/BQ.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F4** Ministerio de Sanidad; SEMPSPH. Proyecto Infección Quirúrgica Zero del SNS. Protocolo del Proyecto. Revisión de 3-11-2016 (ayuno preoperatorio, p. 54-55; profilaxis en cirugía colorrectal, p. 49; cuidados de enfermería, p. 61; decálogo, p. 77). · <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Protocolo-Proyecto-IQZ.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F5** Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS). Protocolo de trabajo de la SEMPSPGS para el Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Año 2023 (tabla 1, p. 4; eliminación del vello, p. 8; normoglucemia, p. 11). · <https://sempspgs.es/wp-content/uploads/2025/05/Protocolo-de-trabajo-de-la-SEMPSPGS-para-el-Proyecto-Infeccion-Quirurgica-Zero.-Ano-2023.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F6** World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2.ª ed. Ginebra: OMS; 2018 (secciones 4.4 y 4.6). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial anterior (apps.who.int, 1-09-2022), porque el repositorio oficial no sirve el PDF a la lectura automática. · <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F7** Grupo de trabajo de la GPC. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2016. Guías de Práctica Clínica en el SNS (recomendaciones, p. 17-18). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_555_CMA_IACS_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F8** Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2015 (preparación intestinal, recomendación 22). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/vc_1_viaclinica-rica.pdf · consultada 2026-09-26
- **F9** American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology 2017;126(3):376-393 (tabla 1). · <https://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/practice-guidelines-for-preoperative-fasting.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F10** Frykholm P, Disma N, Andersson H, et al. Pre-operative fasting in children: A guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2022;39(1):4-25 (recomendaciones R2, R8)

y R11). · https://esaic.org/wp-content/uploads/2023/12/pre_operative_fasting_in_children_a_guidelin.pdf · consultada 2026-09-26

- **F11** Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENECS, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Rev Esp Cardiol 2018. · <https://www.revespcardiol.org/es-manejo-perioperatorio-periprocedimiento-del-tratamiento-articulo-S0300893218300034> · consultada 2026-09-26
- **F12** Abordaje del tratamiento antitrombótico durante el perioperatorio y el periprocedimiento: documento de consenso 2025 de SEC, SEDAR, SEHH, SETH, AEU y otras sociedades. Rev Esp Cardiol 2025 (versión en prensa). Texto leído en la versión publicada por la Asociación Española de Urología, sociedad firmante. · <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2025.07.008> · consultada 2026-09-26
- **F13** World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. WHO/IER/PSP/2008.08-1E (profilaxis antibiótica y lista de verificación). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial (apps.who.int, 6-07-2021), porque el repositorio oficial no sirve el PDF a la lectura automática. · https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf · consultada 2026-09-26
- **F14** OpenStax. Fundamentals of Nursing. 31.2 Preoperative Phase. Rice University, 2024. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/31-2-preoperative-phase> · consultada 2026-09-26
- **F15** OpenStax (Bowen C, et al.). Medical-Surgical Nursing. 25.2 Preoperative Nursing Priorities. Rice University, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/25-2-preoperative-nursing-priorities> · consultada 2026-09-26
- **F16** Patel B, Khandekar R, Diwan R, Shah A. Validation of modified Mallampati test with addition of thyromental distance and sternomental distance to predict difficult endotracheal intubation in adults. Indian J Anaesth 2014;58(2):171-175. · <https://doi.org/10.4103/0019-5049.130821> · consultada 2026-09-26
- **F17** MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.). Escorbuto. Enciclopedia médica. Última revisión 7-03-2025. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000355.htm> · consultada 2026-09-26
- **F18** Brondeel KC, Lakatta AC, Torres GB, et al. Physiologic and pharmacologic considerations in morbid obesity and bariatric anesthesia. Saudi J Anaesth 2022;16(3):306-313. · https://doi.org/10.4103/sja.sja_185_22 · consultada 2026-09-26
- **F19** Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR; CDC/HICPAC. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999 (preoperative hair removal y recomendaciones de preparación del paciente). Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20(4):247-278. · https://stacks.cdc.gov/view/cdc/7160/cdc_7160_DS1.pdf · consultada 2026-09-26
- **F20** Alberta Health Services, MyHealth Alberta. Thyroid Surgery: What to Expect at Home. Actualizado el 27-10-2024. · <https://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=abl3843> · consultada 2026-09-26
- **F21** Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. Grupo de Trabajo Conjunto sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular de la ESC y la ESA. Guía de práctica clínica 2014 (traducción oficial). Rev Esp Cardiol 2014;67(12):1052.e1-e43 (introducción y apartado 5.2, hipertensión arterial). · <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.11.001> · consultada 2026-09-26
- **F22** Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2022 sobre cirugía no cardíaca y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2022 sobre la evaluación cardiovascular y la estrategia de tratamiento de los

pacientes que se someten a cirugía no cardíaca. Rev Esp Cardiol 2023;76(5):287-293. ·

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.10.017> · consultada 2026-09-26

- **F23** Tanner J, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev 2021;8:CD0004122 (resumen y conclusiones de los autores). Texto leído en el resumen de PubMed (PMID 34437723) mediante las E-utilities del NCBI. · <https://doi.org/10.1002/14651858.CD0004122.pub5> · consultada 2026-09-28
- **F24** Hospital Universitario Reina Sofía (Servicio Andaluz de Salud). POE de Atención Preoperatoria del Paciente Quirúrgico, POE-HURS 059, versión 1. En vigor desde el 31-01-2019 (sala de espera prequirúrgica, apartado 5.4, p. 7; quirófano, apartado 5.5, p. 9; anexo 01, hoja de preparación en domicilio, p. 13). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/calidad/procedimientos_generales/59_poe_atencion_preoperatoria_paciente_quirurg.pdf · consultada 2026-09-28
- **F25** Dave NM. Premedication and induction of anaesthesia in paediatric patients. Indian J Anaesth 2019;63(9):713-720 (apartado «Sedative premedication»). Texto leído en PubMed Central (PMC6761781) mediante las E-utilities del NCBI. · https://doi.org/10.4103/ija.IJA_491_19 · consultada 2026-09-28
- **F26** Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration. Anesthesiology 2023;138(2):132-151 (recomendaciones de cada apartado). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la página oficial del artículo (pubs.asahq.org/anesthesiology/article/138/2/132/137508, 12-01-2023), porque la web oficial bloquea la lectura automática; en esa copia el artículo lleva la marca de acceso «Free» junto al título y el texto completo se sirve sin iniciar sesión. · <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381> · consultada 2026-09-28
- **F27** Escobar DJ. ¿Cuánto podemos predecir la vía aérea difícil? Revista Chilena de Anestesia (Sociedad de Anestesiología de Chile) 2009;38(2) (escala de Patil-Aldrete o distancia tiromentoniana). · <https://revistachilenadeanestesia.cl/cuanto-podemos-predecir-la-via-aerea-dificil/> · consultada 2026-09-28
- **F28** Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), Grupo de Trabajo de la Sección Pediátrica de valoración y preparación preoperatoria. Nota aclaratoria sobre el ayuno preoperatorio en niños. Noviembre de 2024 (fecha de la ruta de publicación en la web de la SEDAR). · https://www.sedar.es/images/images/site/ACTUALIZACIONES/2024/noviembre/Ayunopeditrico_.pdf · consultada 2026-09-28
- **F29** López Fernández D, Fraile Olivero CA (dirs.). Manual SEPAR de Procedimientos n.º 41: Fisioterapia respiratoria en cirugía torácica. Respira-Fundación Española del Pulmón-SEPAR; ISBN 978-84-127307-0-8; PDF de agosto de 2023, según los metadatos del archivo (capítulo de rehabilitación, «Cese tabáquico y/o alcohólico», p. 25-27). Texto leído en el PDF que enlaza el botón «Descarga PDF» de la página oficial del manual en separ.es (alojado en Dropbox por la propia SEPAR). · <https://www.separ.es/manual-educacion-fisioterapia> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2014-044: la lista de objetivos de la medicación preanestésica que excluya el dolor postoperatorio no se ha encontrado en una fuente abierta válida. Búsquedas del refuerzo (2026-09-28): la revisión pediátrica del Indian Journal of Anaesthesia (2019, F25) recoge ansiolisis, facilitar la inducción, reducir las necesidades de anestésico y analgesia, sin limitarla al preoperatorio; un artículo de Clínicas Urológicas de la Complutense (1993) incluye la «prevención del dolor» y el control de las náuseas y vómitos postoperatorios; las revisiones de EMC (em-consulte) y los capítulos de AccessAnesthesiology son de pago.

- EIR2017-127 (objetivos de la entrevista preoperatoria: obtener información de salud, expectativas sobre cirugía y anestesia, estado emocional y preparación): no se intercala. Búsquedas del refuerzo (2026-09-28): la formulación parece de un manual anglosajón con derechos; solo aparece en webs de fichas (Quizlet, Brainscape, Studocu), que no valen; el libro abierto «Health Alterations» (wtcs.pressbooks.pub) da 403 a curl; la guía del Ministerio «Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: estándares y recomendaciones» (2008) sitúa la selección para CMA en la consulta inicial con cirujano y anestesista, pero no formula objetivos de la entrevista de enfermería. La traducción española completa de la guía ESC 2022 no se ha encontrado en Revista Española de Cardiología (solo sus comentarios); se usa la guía ESC/ESA 2014 para EIR2017-139.