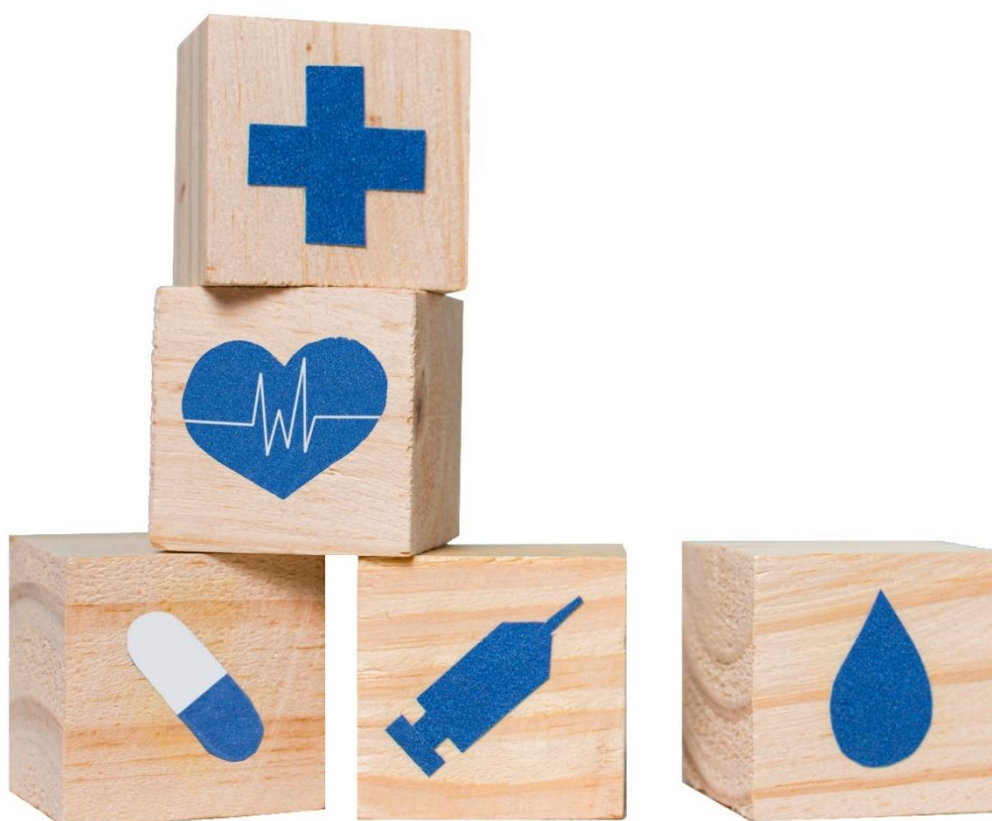




TEMARIO
TÉCNICO MEDIO SANITARIO
EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA

SERMAS
Ed.2025



TEMARIO TÉCNICO MEDIO SANITARIO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SERMAS
Ed. 2025
ISBN: 978-84-1185-601-0
Reservados todos los derechos
© 2025 | IEDITORIAL

No se permite la reproducción total o parcial de esta obra,
ni su incorporación a un sistema informático,
ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio
(electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros)
sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

La infracción de dichos derechos puede constituir un delito
contra la propiedad intelectual.
Editado por: iEditorial
E-mail: info@ieditorial.com
Web: www.ieditorial.net

Diseño de cubierta: iEditorial
Impreso en España. Printed in Spain

TEMARIO

Tema 1. El derecho a la protección de la salud en la Constitución Española de 1978 y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Tema 2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: objeto, ámbito de aplicación, ejercicio de las profesiones sanitarias, formación y desarrollo profesional. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud: objeto y ámbito de aplicación, clasificación de personal estatutario, derechos y deberes, situaciones, selección, incompatibilidades, régimen disciplinario y modelo de desarrollo profesional.

Tema 3. Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público: Ámbito de aplicación. Órganos administrativos de las Administraciones Públicas: competencia, abstención y recusación. Principios de la potestad sancionadora. Composición y clasificación del sector público institucional estatal. Funcionamiento electrónico del sector público. Reglamento de Administración electrónica de la UNED.

Tema 4. Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; principios rectores, medidas de sensibilización, prevención y detección en el ámbito sanitario; derechos de las funcionarias públicas. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres: objeto y ámbito de la ley, integración del principio de igualdad en la política de salud, modificaciones de la Ley General de Sanidad. Ley 3/2016, de 22 de julio, de protección integral contra la LGTBfobia y la discriminación por razón de orientación en identidad sexual e la Comunidad de Madrid.

Tema 5. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales: derechos y obligaciones, consulta y participación de los trabajadores. Prevención de riesgos laborales específicos de la categoría. Especial referencia a la manipulación manual de cargas y al riesgo biológico, medidas de prevención. Ergonomía: métodos de movilización de enfermos e incapacitados.

Tema 6. La protección de datos. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales: objeto, ámbito de aplicación y principios, definiciones, derechos de las personas.

Tema 7. Principios fundamentales de la bioética: dilemas éticos. Normas legales de ámbito profesional. El secreto profesional: concepto y regulación jurídica.

Tema 8. Trabajo en equipo: concepto de equipo, equipo multidisciplinar, el proceso de integración, consenso, motivación-incentivación y aprendizaje. Colaboración con otros profesionales.

Tema 9. Comunicación: concepto y tipos de comunicación. Habilidades para la comunicación. La relación con el paciente. La empatía y la escucha activa. Relación de ayuda. Control del estrés.

Tema 10. Actividades del Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Coordinación entre niveles asistenciales. Concepto de cuidados, necesidades básicas y autocuidados. El hospital y los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado.

Tema 11. Archivo y documentación sanitaria clínica y no clínica. Sistemas de información utilizados en Atención Primaria y Hospitalaria: Generalidades. Servicio de admisión y atención al usuario: funcionamiento. El consentimiento informado: concepto.

Tema 12. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de higiene: concepto. Higiene general y parcial: de la piel y capilar. Higiene del paciente encamado: total y parcial. Técnica de baño asistido.

Tema 13. Atención y cuidados del paciente encamado: posición anatómica y alineación corporal. Procedimientos de preparación de las camas. Cambios posturales. Drenajes y catéteres: manipulación y cuidado. Técnicas de deambulación. Técnicas de traslado.

Tema 14. Atención y cuidados en la persona anciana. Concepto de ancianidad, cambios físicos asociados al envejecimiento. Apoyo en la promoción de la salud y educación sanitaria. Medidas de apoyo a la persona cuidadora de la persona anciana dependiente. Atención y actitud ante la persona con demencia.

Tema 15. Atención y preparación del paciente para una exploración o intervención quirúrgica: posiciones anatómicas y materiales médico-quirúrgicos de utilización más común. Atención en el preoperatorio, durante la intervención y en el postoperatorio.

Tema 16. Constantes vitales: principios fundamentales, técnicas de toma de constantes vitales, gráficas y registros. Balance hídrico.

Tema 17. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de eliminación: Diuresis y defecación. Manipulación bolsas de diuresis. Administración de enemas. Conocimiento y actividades de colaboración para la realización de los sondajes del aparato urinario, digestivo y rectal: ostomías.

Tema 18. Procedimientos de recogida de muestras biológicas: concepto de muestra, diferentes tipos de muestras biológicas. Procedimientos de toma de muestras, manipulación, transporte y conservación.

Tema 19. Gestión de residuos sanitarios: clasificación, transporte, eliminación y tratamiento. Manipulación de citostáticos.

Tema 20. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de alimentación: clasificación de alimentos, dietas, vías de alimentación. Manipulación y administración de alimentos (nutrición enteral por sonda nasogástrica).

Tema 21. Medicamentos: Tipos de medicamentos, vías de administración: oral, recta y tópica. Precauciones para su administración. Condiciones de conservación y almacenaje. Caducidades.

Tema 22. Atención al paciente con oxigenoterapia: métodos de administración de oxígeno, precauciones y métodos de limpieza del material.

Tema 23. Aplicación local de frío y calor: indicaciones. Efectos sobre el organismo. Procedimientos y precauciones.

Tema 24. Higiene de los centros sanitarios: antisépticos, desinfectantes. Esterilización. Métodos de esterilización según el tipo de material. Tipos de controles. Manipulación y conservación del material estéril.

Tema 25. Infecciones nosocomiales: definición, cadena epidemiológica. Barreras higiénicas. Tipos y medidas de aislamiento. Importancia del lavado de manos.

Tema 26. Atención y cuidados al paciente en situación terminal: actitud ante la muerte. Duelo. Apoyo al cuidador principal y familia. Cuidados post mórtem.

Tema 27. Atención y cuidados a personas con problemas de salud mental y/o toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias. Técnicas de inmovilización.

Tema 28. Conocimientos básicos sobre las úlceras por presión: concepto, proceso de formación, localización y factores de riesgo, etiología, medidas de prevención, movilización y cambios posturales.

Tema 29. Atención y cuidados a la mujer gestante. Alimentación. Higiene. Ejercicio y reposo.

Tema 30. Urgencias y emergencias: concepto. Primeros auxilios en situaciones críticas: politraumatizados, quemados, shock, intoxicación, heridas, hemorragias, asfixias. Reanimación cardiopulmonar básica. Mantenimiento y reposición del material necesario (carro de parada). Inmovilizaciones y traslado de enfermos.

El derecho a la protección de la salud en la Constitución Española de 1978 y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Introducción

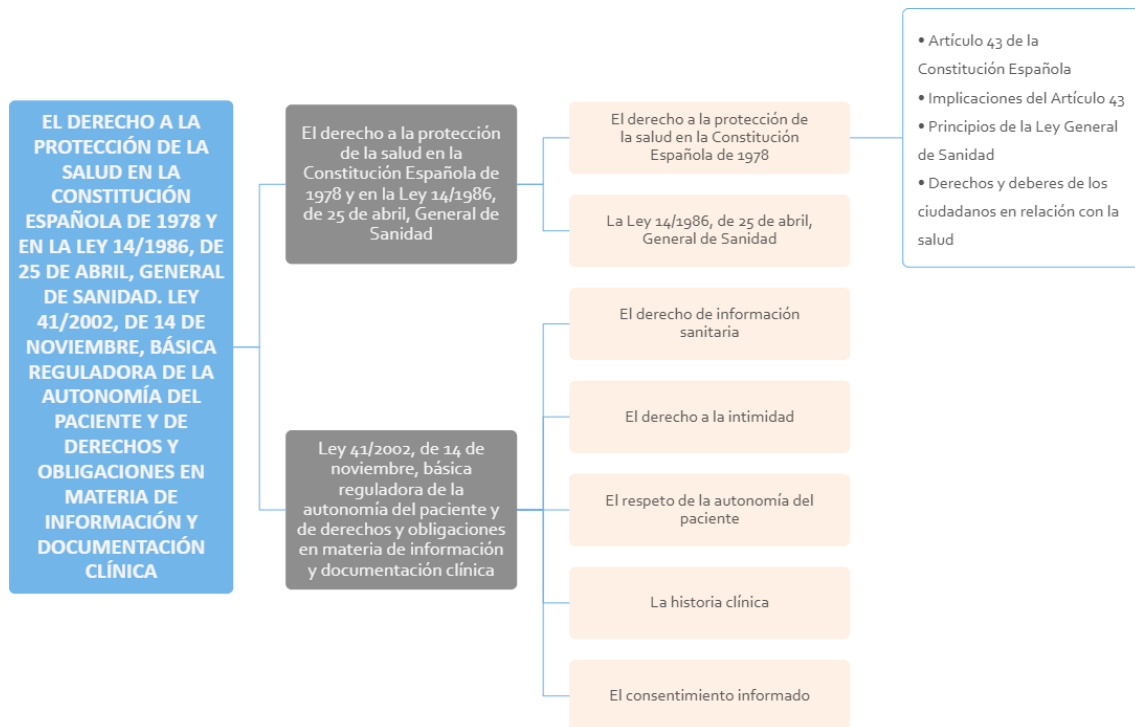
El derecho a la protección de la salud constituye uno de los pilares esenciales del Estado social y democrático de derecho, configurado en la Constitución Española de 1978. Este reconocimiento se desarrolla posteriormente mediante la Ley General de Sanidad de 1986, que establece los principios básicos de la organización del sistema sanitario y regula los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud.

De igual modo, la Ley 41/2002 regula aspectos fundamentales relacionados con la autonomía del paciente, la información sanitaria y la documentación clínica. Con esta normativa se refuerza el respeto a la dignidad de las personas en el ámbito sanitario, garantizando un marco legal que asegura tanto la protección de la salud como el ejercicio responsable de los derechos individuales.

Objetivos

- Analizar el contenido del artículo 43 de la Constitución Española y comprender sus implicaciones en el reconocimiento del derecho a la protección de la salud.
- Identificar los principios básicos y las disposiciones más relevantes de la Ley 14/1986, General de Sanidad, en relación con la organización del sistema sanitario y los derechos y deberes de los ciudadanos.
- Reconocer los derechos regulados en la Ley 41/2002 respecto a la autonomía del paciente, la información sanitaria, la intimidad, la historia clínica y el consentimiento informado.

Mapa Conceptual



1. El derecho a la protección de la salud en la Constitución Española de 1978 y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

1.1. El derecho a la protección de la salud en la Constitución Española de 1978

El derecho a la **protección de la salud** se considera un pilar fundamental en el marco jurídico español, consagrado en la **Constitución de 1978** y desarrollado a través de diversas leyes, siendo la Ley General de Sanidad de 1986 una de las más relevantes. Este derecho se ubica dentro de un contexto más amplio de derechos fundamentales que garantizan el bienestar y la dignidad de las personas en la sociedad. La Constitución Española fue promulgada tras la dictadura franquista y se presenta como un documento que busca establecer un estado democrático y de derecho.

La Constitución Española de 1978 tiene unas características definidas que son las siguientes:

- La Constitución es un texto **escrito y codificado** en un solo documento.
- Su extensión se debe al consenso alcanzado entre diversas organizaciones políticas, incluyendo principios fundamentales, derechos, deberes, libertades individuales, y la organización del Estado.
- Es la Constitución más extensa tras la de las Cortes de Cádiz de 1812, con **169 artículos** y otras disposiciones, a diferencia de otras constituciones occidentales más breves.
- Tiene origen **popular**, elaborada por representantes del pueblo y ratificada en referéndum, lo que la convierte en una constitución de consenso.
- Es **rígida**, con mecanismos de reforma complejos establecidos en el Título X, lo que impide modificaciones a través de procedimientos legislativos ordinarios.
- Establece la **monarquía parlamentaria** como forma política del Estado español.
- La Constitución regula una amplia variedad de materias, garantizando una **protección mínima** de determinadas instituciones frente a cambios futuros.

- Presenta diversas intensidades y precisiones en su regulación; las materias con mayor consenso tienen una regulación detallada, mientras que otras se limitan a aspectos con coincidencia de opiniones.
- El texto constitucional contiene ambigüedades que requieren **interpretación** detallada para clarificar su sentido, incluyendo disposiciones sobre territorios forales.

En este contexto, el derecho a la salud se entiende como un **derecho social** que debe ser garantizado por el Estado, en consonancia con otros derechos como la educación, la vivienda y el trabajo. Este enfoque refleja la evolución del concepto de salud, que ha pasado de ser entendido únicamente como la ausencia de enfermedad a ser considerado un estado de completo **bienestar físico, mental y social**, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este cambio paradigmático implica una responsabilidad más amplia del Estado en la promoción y protección de la salud pública.

1.1.1. Artículo 43 de la Constitución Española

El **artículo 43** destaca el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental. Esto implica que todos los ciudadanos tienen acceso a servicios de salud que les permitan mantener y mejorar su bienestar físico y mental. La salud se entiende no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este enfoque integral requiere que el Estado adopte medidas para curar enfermedades, promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades.

El **artículo 43** de la Constitución Española establece de manera clara el derecho a la protección de la salud, afirmando que:

"Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar los servicios necesarios para proteger la salud de los ciudadanos."

Este artículo establece diversas obligaciones para el Estado, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- **Garantizar el acceso a servicios de salud:** el Estado se debe asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud adecuados, independientemente de su situación económica o social. Esto incluye atención primaria, especializada y hospitalaria.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: objeto, ámbito de aplicación, ejercicio de las profesiones sanitarias, formación y desarrollo profesional. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud: objeto y ámbito de aplicación, clasificación de personal estatutario, derechos y deberes, situaciones, selección, incompatibilidades, régimen disciplinario y modelo de desarrollo profesional

Introducción

La regulación de las profesiones sanitarias en España se articula a través de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Ambas normas constituyen el marco jurídico esencial para garantizar un ejercicio profesional de calidad, adaptado a las necesidades de la población y basado en principios de competencia técnica, formación continua y desarrollo profesional.

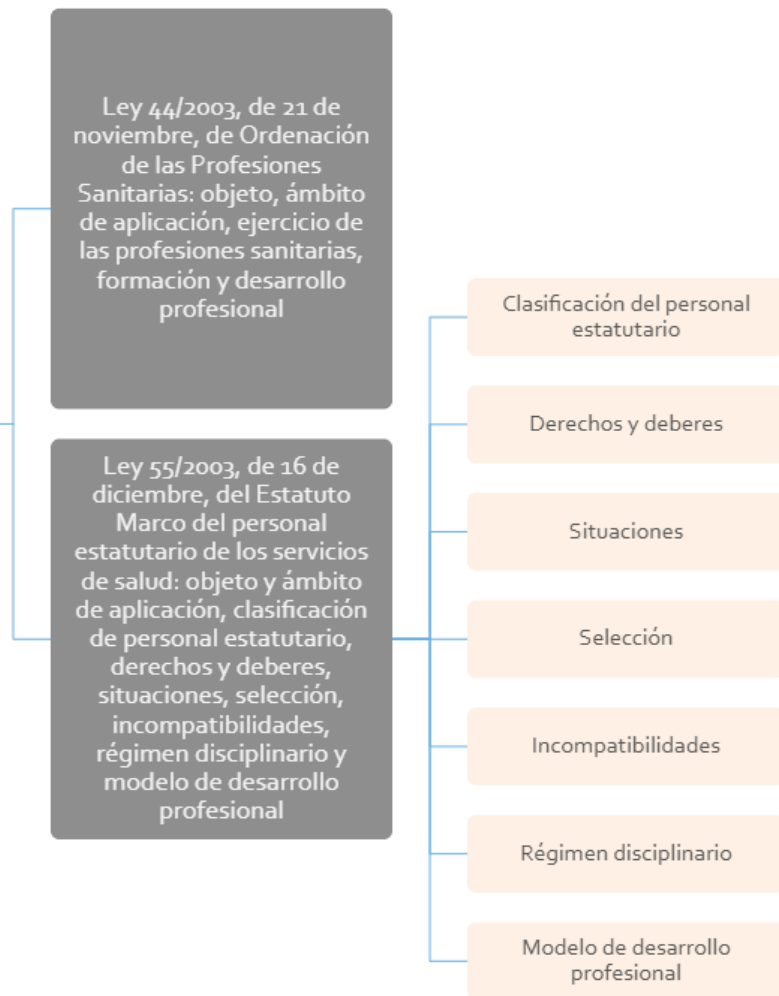
La Ley 44/2003 establece las bases relativas al objeto, ámbito de aplicación, ejercicio de las profesiones sanitarias y los mecanismos de formación y desarrollo profesional. Por su parte, la Ley 55/2003 regula el régimen aplicable al personal estatutario de los servicios de salud, abordando aspectos como su clasificación, derechos y deberes, situaciones administrativas, procedimientos de selección, incompatibilidades, régimen disciplinario y modelo de desarrollo profesional.

Objetivos

- Comprender el objeto, el ámbito de aplicación y los principios fundamentales recogidos en la Ley 44/2003, así como su relevancia en el ejercicio, formación y desarrollo de las profesiones sanitarias.
- Identificar los elementos esenciales de la Ley 55/2003, incluyendo la clasificación del personal estatutario, sus derechos y deberes, las distintas situaciones administrativas y los procedimientos de selección.
- Analizar el marco normativo relativo a las incompatibilidades, el régimen disciplinario y el modelo de desarrollo profesional del personal estatutario, valorando su impacto en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Mapa Conceptual

LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS: OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN, EJERCICIO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL. LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN, CLASIFICACIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO, DERECHOS Y DEBERES, SITUACIONES, SELECCIÓN, INCOMPATIBILIDADES, RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y MODELO DE DESARROLLO PROFESIONAL



1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: objeto, ámbito de aplicación, ejercicio de las profesiones sanitarias, formación y desarrollo profesional

La regulación de las profesiones sanitarias en España comenzó en el siglo XIX con normas como el Reglamento de 1848 y la Ley de Sanidad de 1855, que introdujeron registros, jurados médicos y moral profesional. Posteriormente, la Ley de 1944 y la Ley General de Sanidad de 1986 apenas abordaron el ejercicio profesional, centrándose en la organización del sistema sanitario. Esto generó un vacío normativo que, unido a la relevancia de los derechos fundamentales vinculados a la salud y a las exigencias europeas sobre reconocimiento de títulos, hizo necesaria una ley específica.

La Ley 44/2003 surge con el objetivo de proporcionar un marco legal propio para las profesiones sanitarias, garantizando la formación, competencias y calidad de la atención tanto en el ámbito público como en el privado. Reconoce como profesiones sanitarias aquellas titulaciones universitarias del área de la salud con organización colegial reconocida. No fija competencias cerradas, sino que sienta las bases para acuerdos interprofesionales y para la cooperación en entornos multidisciplinares.

La norma se estructura en un título preliminar y cinco títulos:

- **Título preliminar e I:** determinan qué son profesiones sanitarias, reservando su ejercicio a los titulados y estableciendo ámbitos funcionales y derechos de los usuarios.
- **Título II:** regula la formación pregraduada, especializada y continuada, esta última como innovación clave para el desarrollo profesional y la cohesión del sistema.
- **Título III:** establece los principios del desarrollo y reconocimiento profesional, orientados a la calidad asistencial.
- **Título IV:** aplica los mismos criterios de calidad al ejercicio privado de las profesiones sanitarias.
- **Título V:** regula la participación de los profesionales en la planificación y ordenación mediante la Comisión Consultiva Profesional.

A. Objeto y ámbito de aplicación

“Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.”

B. Ejercicio de las profesiones sanitarias, formación y desarrollo profesional

El Título I de la Ley 44/2003 establece los fundamentos esenciales para el ejercicio de las profesiones sanitarias, definiendo claramente **qué profesiones forman parte del ámbito sanitario** y reservando su práctica a los profesionales debidamente titulados. Este apartado busca garantizar que la atención sanitaria se preste por personal cualificado, competente y responsable, asegurando así la protección de la salud y los derechos de los pacientes. Además, delimita los ámbitos funcionales propios de cada profesión, promueve la seguridad jurídica en el ejercicio profesional y reconoce los derechos y deberes de los usuarios, sentando las bases para un sistema sanitario seguro, eficiente y de calidad.

“Artículo 4. Principios generales.

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.

Estructura Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Ley 12/2001. de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM): Las áreas Sanitarias. Red Sanitaria Única de Utilización Pública, Derechos y deberes de los ciudadanos. El Servicio Madrileño de Salud. La Ley 6/2009 de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. La Ley 11/2017. De 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud

Introducción

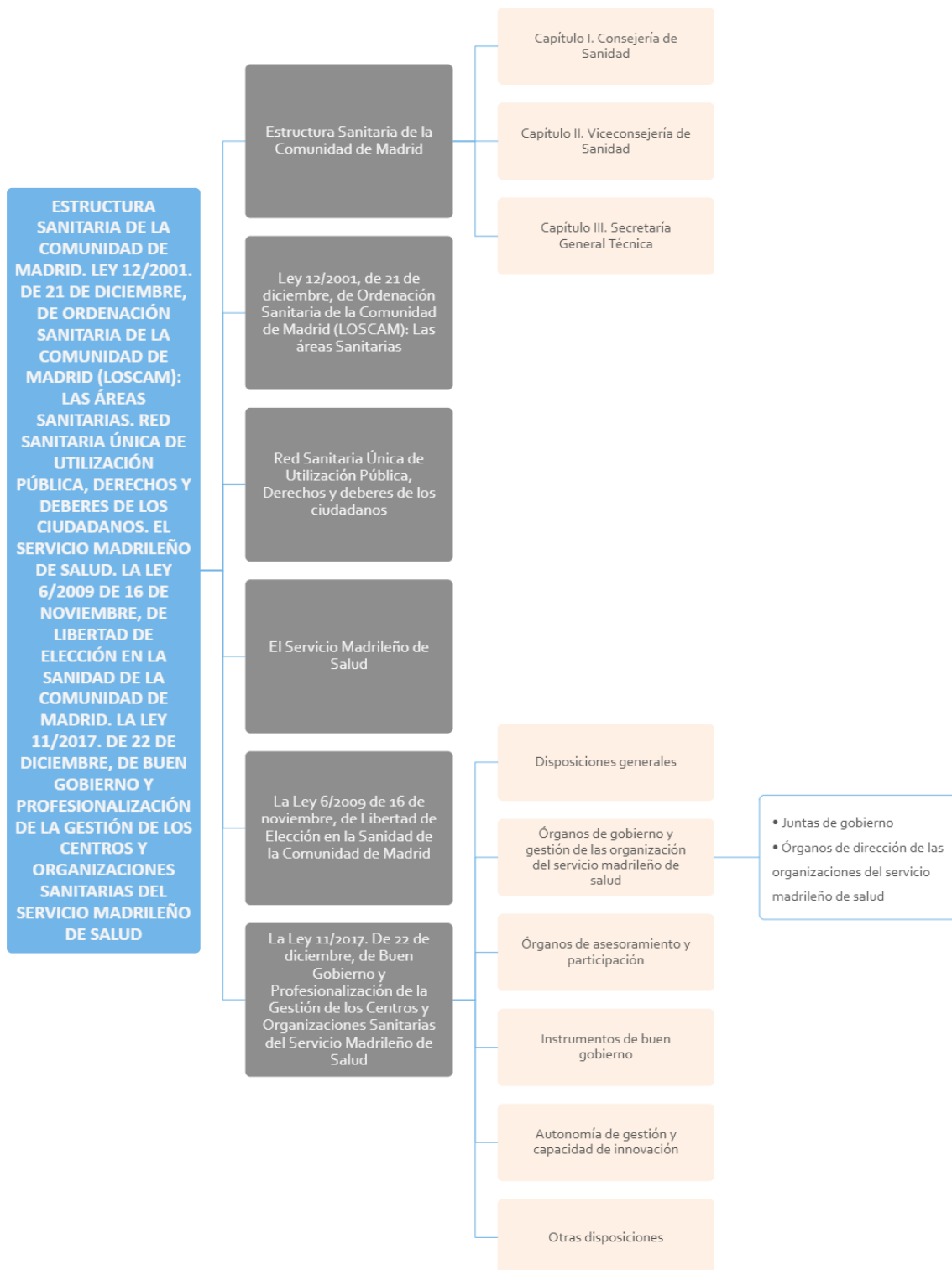
La organización sanitaria de la Comunidad de Madrid se estructura mediante un marco normativo que garantiza la planificación, coordinación y gestión de los recursos sanitarios en todo el territorio regional. La Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), establece las áreas sanitarias y regula la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, así como los derechos y deberes de los ciudadanos, asegurando una atención integral, equitativa y accesible.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) constituye el eje central de la prestación de servicios sanitarios, regulando la libertad de elección de los usuarios y promoviendo la profesionalización y el buen gobierno de los centros sanitarios. La Ley 6/2009 garantiza la elección de centros y profesionales, mientras que la Ley 11/2017 establece mecanismos de buen gobierno, instrumentos de control y procedimientos para la autonomía de gestión e innovación en las organizaciones sanitarias.

Objetivos

- Comprender la estructura sanitaria de la Comunidad de Madrid, incluyendo la Consejería de Sanidad, la Viceconsejería y la Secretaría General Técnica, así como el papel del Servicio Madrileño de Salud.
- Analizar el contenido de la Ley 12/2001 (LOSCAM) y la Ley 6/2009, identificando las áreas sanitarias, la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y los derechos y deberes de los ciudadanos.
- Evaluar los principios y herramientas establecidos en la Ley 11/2017 para el buen gobierno, la profesionalización de la gestión, la autonomía organizativa y la innovación en los centros y organizaciones sanitarias del SERMAS.

Mapa Conceptual



1. Estructura Sanitaria de la Comunidad de Madrid

El **Decreto 38/2023**, de 23 de junio, establece la organización de la Administración de la Comunidad de Madrid, incluyendo la **Consejería de Sanidad** con sus competencias actuales. Posteriormente, el **Decreto 76/2023, de 5 de julio, define la estructura orgánica básica de la Consejería de Sanidad**, señalando sus órganos superiores y directivos, así como los organismos y entidades de la administración institucional.

El decreto actual concreta la **estructura orgánica hasta el nivel de subdirección general**, las competencias de los distintos órganos administrativos y los órganos colegiados adscritos. Su elaboración se ha guiado por los principios de **buena regulación**, necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, asegurando que la norma sea coherente con la legislación estatal y autonómica.

Asimismo, la tramitación ha seguido un **procedimiento simplificado**, incorporando los informes preceptivos de coordinación, calidad normativa e impacto social, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos públicos y garantizar claridad y transparencia en la organización de la Consejería de Sanidad.

1.1. Capítulo I. Consejería de Sanidad

“Artículo 1. Competencias del titular de la Consejería de Sanidad

1. Al titular de la Consejería de Sanidad le corresponde la propuesta, el desarrollo, la coordinación y el control de la ejecución de las políticas del gobierno de la Comunidad de Madrid en las siguientes materias: planificación, gestión y asistencia sanitaria, atención farmacéutica, infraestructuras y equipamientos sanitarios, aseguramiento sanitario, docencia y formación sanitaria, investigación e innovación sanitaria, humanización sanitaria, coordinación socio-sanitaria, salud pública y seguridad alimentaria, salud mental y trastornos adictivos, inspección y ordenación sanitaria y farmacéutica, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Comunidad de Madrid.

2. Asimismo, le corresponden las atribuciones que, como jefe de su departamento, se recogen en el artículo 41 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, del Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, las establecidas en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y las que le otorguen las demás disposiciones en vigor.

[Por Orden 655/2025, de 22 de abril, de la Consejería de Sanidad, por la que se delega el ejercicio de determinadas competencias y se desconcentran las competencias en materia de protectorado de fundaciones sanitarias de la Comunidad de Madrid]

Artículo 2. Estructura orgánica de la Consejería de Sanidad

La Consejería de Sanidad, bajo la superior dirección de su titular, tendrá la siguiente estructura orgánica:

1. Viceconsejería de Sanidad, a la que se adscriben:

- a) Dirección General de Salud Pública.
- b) Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria.
- c) Dirección General de Investigación y Docencia.
- d) Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.

2. Secretaría General Técnica.”.

1.2. Capítulo II. Viceconsejería de Sanidad

“Artículo 3. Competencias de la Viceconsejería de Sanidad

El titular de la Viceconsejería de Sanidad es, después del titular de la consejería, la superior autoridad en las materias propias de su competencia, correspondiéndole el ejercicio de las funciones previstas en el artículo 44 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, y en particular:

- a) La propuesta de regulación y ordenación en las materias propias de su competencia.

Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; principios rectores, medidas de sensibilización, prevención y detección en el ámbito sanitario; derechos de las funcionarias públicas. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres: objeto y ámbito de la ley, integración del principio de igualdad en la política de salud, modificaciones de la Ley General de Sanidad. Ley 3/2016, de 22 de julio, de protección integral contra la LGTBfobia y la discriminación por razón de orientación en identidad sexual e la Comunidad de Madrid

Introducción

La normativa española y autonómica en materia de igualdad y protección frente a la violencia de género establece un marco integral de medidas dirigidas a prevenir, detectar y erradicar situaciones de discriminación y violencia. La Ley Orgánica 1/2004 constituye la norma básica que regula los principios rectores, la sensibilización, la prevención y la detección de la violencia de género, incluyendo medidas específicas en el ámbito sanitario y garantizando derechos de las funcionarias públicas.

En el ámbito autonómico, la Ley 5/2005 de la Comunidad de Madrid refuerza estas medidas, mientras que la Ley Orgánica 3/2007 promueve la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, incorporando estos principios en la política de salud y modificando la Ley General de Sanidad. Asimismo, la Ley 3/2016 de la Comunidad de Madrid amplía la protección frente a la LGTBfobia y la discriminación por orientación o identidad sexual, consolidando un marco de derechos, prevención y atención integral para todas las personas.

Objetivos

- Analizar los principios rectores y las medidas de la Ley Orgánica 1/2004, incluyendo la prevención, detección en el ámbito sanitario y los derechos de las funcionarias públicas.
- Identificar el marco autonómico de protección frente a la violencia de género y la discriminación, a través de la Ley 5/2005 y la Ley 3/2016 de la Comunidad de Madrid.
- Comprender la integración del principio de igualdad en la política de salud y las modificaciones introducidas en la Ley General de Sanidad por la Ley Orgánica 3/2007.

Mapa Conceptual



1. Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; principios rectores, medidas de sensibilización, prevención y detección en el ámbito sanitario; derechos de las funcionarias públicas

La **violencia de género** es un problema que simboliza la desigualdad existente en la sociedad y se dirige hacia las mujeres por el hecho de serlo, considerándolas como carentes de derechos básicos de libertad, respeto y capacidad de decisión. En este contexto, el **artículo 15 de la Constitución Española** establece el derecho a la vida y a la integridad física y moral, prohibiendo en cualquier caso la tortura y los tratos inhumanos o degradantes, vinculando estos derechos a todos los poderes públicos, que solo pueden regular su ejercicio por ley.

A nivel internacional, en la **IV Conferencia Mundial de la ONU de 1995**, se reconoció que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para alcanzar la igualdad, el desarrollo y la paz, además de ser una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales. En este sentido, se ha definido técnicamente el **síndrome de la mujer maltratada**, que abarca las agresiones sufridas por las mujeres como consecuencia de condicionantes socioculturales que las sitúan en una posición de subordinación al hombre, manifestándose en el maltrato en relaciones de pareja, agresiones sexuales y acoso en el ámbito laboral.

Este tipo de violencia ha dejado de considerarse un delito invisible, generando un rechazo colectivo y una creciente preocupación social. Los **poderes públicos** tienen la responsabilidad de no permanecer indiferentes ante la violencia de género, ya que representa un ataque grave a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación, todos protegidos por la Constitución. Según el **artículo 9.2** de la misma, los poderes públicos están obligados a adoptar medidas de acción positiva que hagan efectivos estos derechos, eliminando los obstáculos que impiden su plena realización.

En los últimos años, se han logrado avances legislativos en la lucha contra la violencia de género en España. La **Ley Orgánica 1/2004**, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece un enfoque integral y multidisciplinario. Complementada por la **Ley Orgánica 3/2007**, que promueve la igualdad efectiva de mujeres y hombres, esta normativa integra el principio de igualdad en diversas áreas, incluida la política de salud. Ambas leyes se desarrollaron en consonancia con recomendaciones de organismos internacionales y abordan aspectos preventivos, educativos, sociales y de atención a las víctimas, incluyendo normativas civiles que afectan el ámbito familiar.

La Ley aborda la violencia de género de manera integral, comenzando desde el proceso de socialización y educación, donde la **igualdad** y el respeto a la **dignidad humana** son objetivos prioritarios. Se establecen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo y se promueve una imagen que respete la igualdad y dignidad de las mujeres en la publicidad. Las víctimas reciben apoyo a través del reconocimiento de derechos, como el acceso a información y asistencia jurídica gratuita, así como derechos de protección social y apoyo económico. Además, la Ley incluye normas procesales y sustantivas y proporciona formación a los operadores sanitarios, policiales y jurídicos para optimizar la detección y atención a las víctimas. También se contempla la protección de los menores en el entorno familiar, garantizando sus derechos y asegurando las medidas de protección para las mujeres.

Se establecen medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos, que incluyen:

- Educación.
- Publicidad.
- Ámbito sanitario.
- Tutela institucional.
- Tutela penal.
- Tutela judicial.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales: derechos y obligaciones, consulta y participación de los trabajadores. Prevención de riesgos laborales específicos de la categoría. Especial referencia a la manipulación manual de cargas y al riesgo biológico, medidas de prevención. Ergonomía: métodos de movilización de enfermos e incapacitados

Introducción

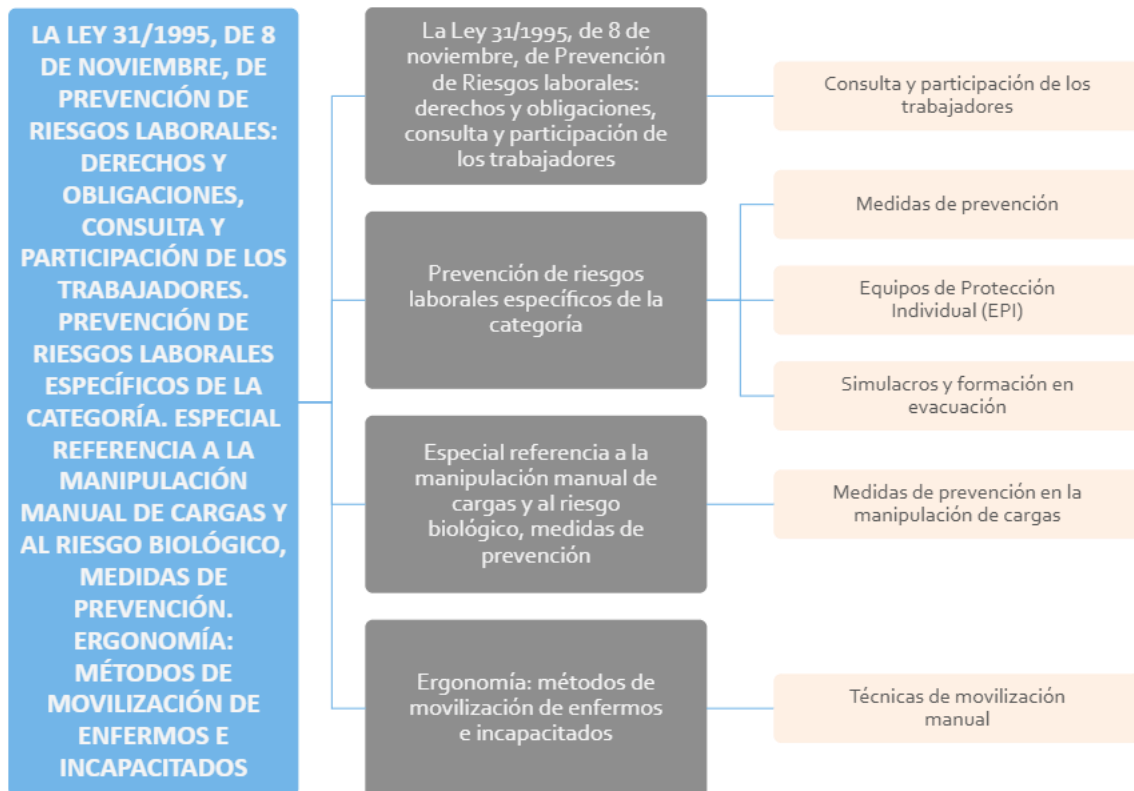
La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, constituye el marco normativo fundamental en materia de seguridad y salud en el trabajo en España. Su aplicación garantiza la protección eficaz de los trabajadores frente a los riesgos derivados de su actividad laboral, estableciendo tanto derechos como obligaciones para empleadores y empleados, así como mecanismos de consulta y participación de los trabajadores en esta materia.

La prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario adquiere una relevancia especial, debido a la exposición a factores físicos, ergonómicos y biológicos. La correcta manipulación manual de cargas, el control del riesgo biológico y la aplicación de técnicas ergonómicas en la movilización de pacientes constituyen elementos clave para preservar la salud del personal y asegurar una atención segura y de calidad.

Objetivos

- Comprender los derechos y obligaciones establecidos en la Ley 31/1995, así como los mecanismos de consulta y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales.
- Identificar los riesgos específicos asociados a la categoría profesional sanitaria y aplicar las medidas preventivas correspondientes, incluyendo el uso adecuado de equipos de protección individual y la participación en simulacros de evacuación.
- Conocer y aplicar los principios de ergonomía y las técnicas de movilización manual de enfermos e incapacitados, con especial atención a la prevención de lesiones derivadas de la manipulación manual de cargas y del riesgo biológico.

Mapa Conceptual



1. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales: derechos y obligaciones, consulta y participación de los trabajadores

Los **derechos y obligaciones** vienen establecidos en el Capítulo III de la presente Ley, concretamente se acoge a los siguientes artículos:

“Artículo 14. Derecho a la protección frente a los riesgos laborales.

1. Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio.

Los derechos de información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud, en los términos previstos en la presente Ley, forman parte del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

2. En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, con las especialidades que se recogen en los artículos siguientes en materia de plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, y mediante la constitución de

una organización y de los medios necesarios en los términos establecidos en el capítulo IV de esta ley.

El empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos que no se hayan podido evitar y los niveles de protección existentes y dispondrá lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención señaladas en el párrafo anterior a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo.

3. El empresario deberá cumplir las obligaciones establecidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales.

4. Las obligaciones de los trabajadores establecidas en esta Ley, la atribución de funciones en materia de protección y prevención a trabajadores o servicios de la empresa y el recurso al concierto con entidades especializadas para el desarrollo de actividades de prevención complementarán las acciones del empresario, sin que por ello le eximan del cumplimiento de su deber en esta materia, sin perjuicio de las acciones que pueda ejercitar, en su caso, contra cualquier otra persona.

5. El coste de las medidas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo no deberá recaer en modo alguno sobre los trabajadores.

Artículo 15. Principios de la acción preventiva.

1. El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:

a) Evitar los riesgos.

b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.

c) Combatir los riesgos en su origen.

d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

La protección de datos. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales: objeto, ámbito de aplicación y principios, definiciones, derechos de las personas

Introducción

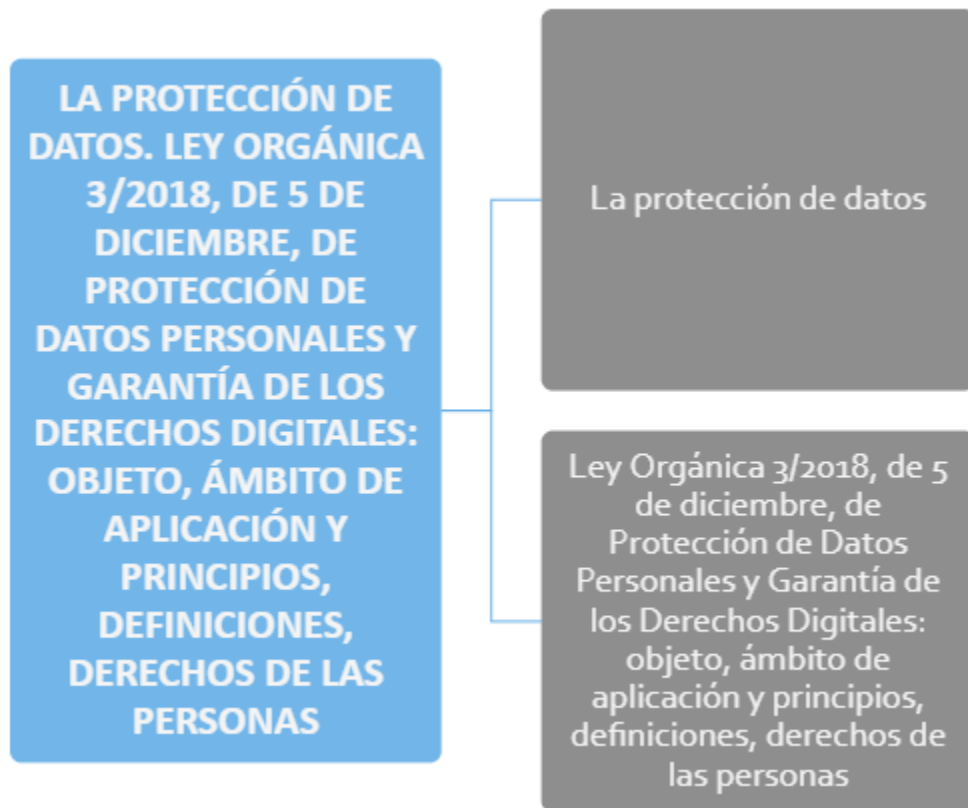
La protección de datos personales constituye un pilar fundamental en la sociedad actual, caracterizada por el constante intercambio y tratamiento de información. La normativa en esta materia tiene como finalidad garantizar la privacidad de las personas, así como el uso lícito, seguro y transparente de sus datos en cualquier ámbito en el que se gestionen.

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, adapta el marco jurídico español al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea. Su contenido regula el objeto, ámbito de aplicación y principios generales, define los conceptos esenciales en materia de protección de datos y reconoce los derechos de los ciudadanos en el entorno físico y digital.

Objetivos

- Comprender el objeto, ámbito de aplicación y principios fundamentales establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 en materia de protección de datos.
- Identificar y manejar con precisión las principales definiciones relacionadas con la protección de datos personales y los derechos digitales.
- Conocer los derechos reconocidos a las personas en la normativa de protección de datos, así como los mecanismos previstos para su ejercicio y garantía.

Mapa Conceptual



1. La protección de datos

La protección de los datos personales es un derecho fundamental reconocido en el artículo 18.4 de la Constitución española, que garantiza a los ciudadanos el control sobre la obtención, uso y destino de su información personal. El Tribunal Constitucional lo ha configurado como un derecho autónomo que protege la dignidad, la intimidad y la libertad de las personas, otorgándoles poder de disposición frente al Estado o particulares.

En España, este derecho comenzó a desarrollarse con la **Ley Orgánica 5/1992 (LORTAD)** y posteriormente con la **Ley Orgánica 15/1999**, que incorporó al derecho nacional la **Directiva 95/46/CE** sobre protección de datos y libre circulación en la Unión Europea. A nivel europeo, la protección también se reconoce en el **artículo 8 de la Carta de Derechos Fundamentales** y el **artículo 16.1 del Tratado de Funcionamiento de la UE**.

La globalización, el avance tecnológico y el aumento de los flujos transfronterizos de información impulsaron una reforma profunda que culminó con la aprobación del **Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD)** y la **Directiva (UE) 2016/680**, ambos de abril de 2016. El RGPD, aplicable desde mayo de 2018, tiene eficacia directa y busca superar las desigualdades normativas generadas por la transposición de la directiva anterior, garantizando un marco homogéneo de derechos y obligaciones.

El reglamento refuerza la **seguridad jurídica, la transparencia y la protección efectiva de los ciudadanos**, sin excluir la intervención del derecho interno, necesario para su desarrollo y complemento. En consecuencia, España debe **adaptar su legislación mediante una nueva Ley Orgánica**, asegurando coherencia con el Derecho de la Unión Europea y eliminando posibles contradicciones normativas.

La ley orgánica sobre protección de datos y derechos digitales adapta el ordenamiento español al **Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD)** y garantiza tanto el **derecho fundamental a la protección de datos** (art. 18.4 CE) como una **nueva generación de derechos digitales**.

La norma consta de 97 artículos, organizados en 10 títulos y disposiciones adicionales, transitorias y finales. Entre sus novedades, regula el acceso a datos de personas fallecidas y excluye tratamientos sujetos a normativa específica, como la Directiva (UE) 2016/680.

El **Título II** aborda principios de protección: consentimiento expreso (se elimina el tácito), deber de confidencialidad, categorías especiales de datos, tratamiento de datos penales y excepciones en ámbitos como la investigación biomédica.

El **Título III** reconoce los derechos de los afectados (acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación, portabilidad), reforzando la transparencia con mecanismos como la “información por capas”.

El **Título IV** regula tratamientos concretos (videovigilancia, listas publicitarias, denuncias internas, archivos estadísticos, etc.), siempre bajo el principio de responsabilidad activa.

El **Título V** perfila las figuras del responsable y encargado del tratamiento, la importancia del **delegado de protección de datos** y los mecanismos de certificación y autorregulación.

El **Título VI** trata las **transferencias internacionales**; el **Título VII**, las **autoridades de protección de datos** (AEPD y organismos autonómicos); el **Título VIII**, los **procedimientos ante vulneraciones**; y el **Título IX**, el **régimen sancionador**, distinguiendo infracciones leves, graves y muy graves con criterios de graduación.

El **Título X** reconoce los **derechos digitales**: neutralidad de la red, acceso universal, seguridad y educación digital, derecho al olvido, portabilidad, testamento digital, desconexión en el trabajo, protección de menores en Internet y libertad de expresión en medios digitales.

Las disposiciones adicionales, transitorias y finales introducen ajustes en diversas normas (LOPJ, LEC, LJCA, LG tributaria, Sanidad, Educación, Universidades, Estatuto de los Trabajadores y del Empleado Público), asegurando coherencia con el marco europeo y nacional.

Principios fundamentales de la bioética: dilemas éticos. Normas legales de ámbito profesional. El secreto profesional: concepto y regulación jurídica

Introducción

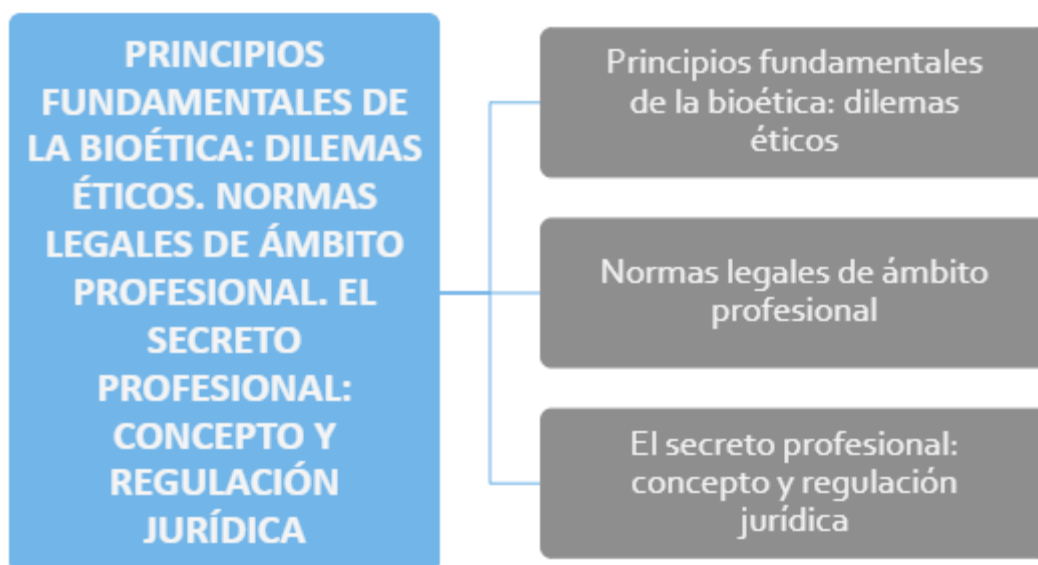
La bioética se presenta como una disciplina esencial en el ámbito sanitario, pues orienta la toma de decisiones en situaciones complejas mediante principios universales que buscan garantizar el respeto, la justicia y el bienestar de los pacientes. Los dilemas éticos que surgen en la práctica profesional exigen un análisis riguroso que permita equilibrar el avance científico con la protección de los derechos fundamentales de las personas.

Junto a estos principios, las normas legales y deontológicas regulan la actuación de los profesionales de la salud, estableciendo deberes concretos como el secreto profesional. Este constituye una garantía jurídica y ética que protege la intimidad y confidencialidad de la información del paciente, siendo un pilar esencial de la relación asistencial y un requisito indispensable para preservar la confianza en el sistema sanitario.

Objetivos

- Conocer los principios fundamentales de la bioética y su aplicación práctica en la resolución de dilemas éticos en el ámbito sanitario.
- Identificar las principales normas legales y deontológicas que regulan la actuación profesional en el entorno de la salud.
- Analizar el concepto, alcance y regulación jurídica del secreto profesional, valorando su importancia como garantía ética y legal en la práctica asistencial.

Mapa Conceptual



1. Principios fundamentales de la bioética: dilemas éticos

La **bioética** es una disciplina de carácter interdisciplinario que estudia los dilemas éticos y morales derivados de los avances en la ciencia y la medicina. Su importancia se ha incrementado en las últimas décadas debido al rápido desarrollo tecnológico, el cual plantea nuevos retos relacionados con la vida humana, la dignidad de las personas y el bienestar colectivo.

Desde que surgió en la década de 1970, la bioética se ha consolidado como un punto de encuentro entre el conocimiento científico y los valores humanos, aportando criterios éticos que orientan tanto la práctica médica como la investigación. Su valor principal reside en la capacidad de ofrecer respuestas razonadas a cuestiones como el inicio y el final de la vida, la distribución justa de los recursos sanitarios o la incorporación de tecnologías emergentes en el cuidado de la salud.

El progreso tecnológico genera continuamente nuevos interrogantes éticos: ¿cómo regular la inteligencia artificial en la toma de decisiones médicas?, ¿qué límites establecer en la edición genética?, ¿hasta qué punto es aceptable prolongar la vida mediante intervenciones tecnológicas o, en contrapartida, acortarla? Estas problemáticas reflejan la necesidad de una bioética flexible y actualizada, capaz de responder a los desafíos contemporáneos.

¿Qué es la bioética?

La Encyclopaedia of Bioethics define la bioética como el «estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, la conducta y las acciones– en las ciencias de la vida y los cuidados sanitarios, empleando diversas metodologías éticas dentro de un enfoque interdisciplinario». En otras palabras, se trata de una **disciplina** que analiza los dilemas éticos y morales vinculados a las ciencias de la vida y la salud, abordando cuestiones relacionadas con la **atención médica, la investigación biotecnológica y sus impactos sociales**.

Aunque el Juramento Hipocrático (siglo V) suele mencionarse como antecedente, este estaba limitado a la ética médica, sin la amplitud interdisciplinaria ni la variedad de métodos que caracterizan a la bioética, cuyo propósito es más extenso.

Un hito fundamental fue el Código de Núremberg (1947), resultado de los juicios tras la Segunda Guerra Mundial. Este documento marcó un antes y un después en la regulación de la práctica médica y la investigación científica, tras la condena a los experimentos inhumanos realizados en prisioneros y enfermos. De ahí surgió la necesidad de establecer principios universales para la protección de la vida y la dignidad humana.

El término «bioética» fue introducido por Van Rensselaer Potter en 1971, quien la entendió como un puente entre biología y ética, con el objetivo de que los avances científicos se orientaran al bienestar humano sin poner en riesgo los valores fundamentales. Entre sus ámbitos de interés se encuentran el derecho a la salud, la investigación con seres humanos, la clonación y los derechos de los pacientes.

En el mismo período, André Hellegers, médico y filósofo holandés, también contribuyó a la difusión del concepto, relacionándolo con la ética médica y fundando el Kennedy Institute of Ethics en la Universidad de Georgetown (Washington D.C.), que reúne un centro de bioética, un think tank y una biblioteca especializada.

La necesidad de avanzar más allá del Código de Núremberg se intensificó con casos polémicos de experimentación humana como el estudio de sífilis de Tuskegee, el caso Willowbrook o los experimentos con radiación en Estados Unidos; así como con la introducción de conceptos como la muerte encefálica (1968), el movimiento de defensa de los derechos de los pacientes y su autonomía, o la aparición de la píldora anticonceptiva (1960).

La bioética puede organizarse en distintos niveles de estudio:

- **Bioética fundamental:** examina los fundamentos antropológicos y éticos.
- **Bioética especial:** se centra en problemas concretos de medicina y biotecnología.
- **Bioética clínica:** aplicada en hospitales y comités de ética para la toma de decisiones en casos específicos.

Las principales características de la bioética son:

- **Interdisciplinariedad:** combina saberes provenientes de la medicina, la filosofía, el derecho, la antropología y la teología.
- **Universalidad:** sus principios pueden aplicarse en diferentes contextos y culturas.

Trabajo en equipo: concepto de equipo, equipo multidisciplinar, el proceso de integración, consenso, motivación-incentivación y aprendizaje. Colaboración con otros profesionales

Introducción

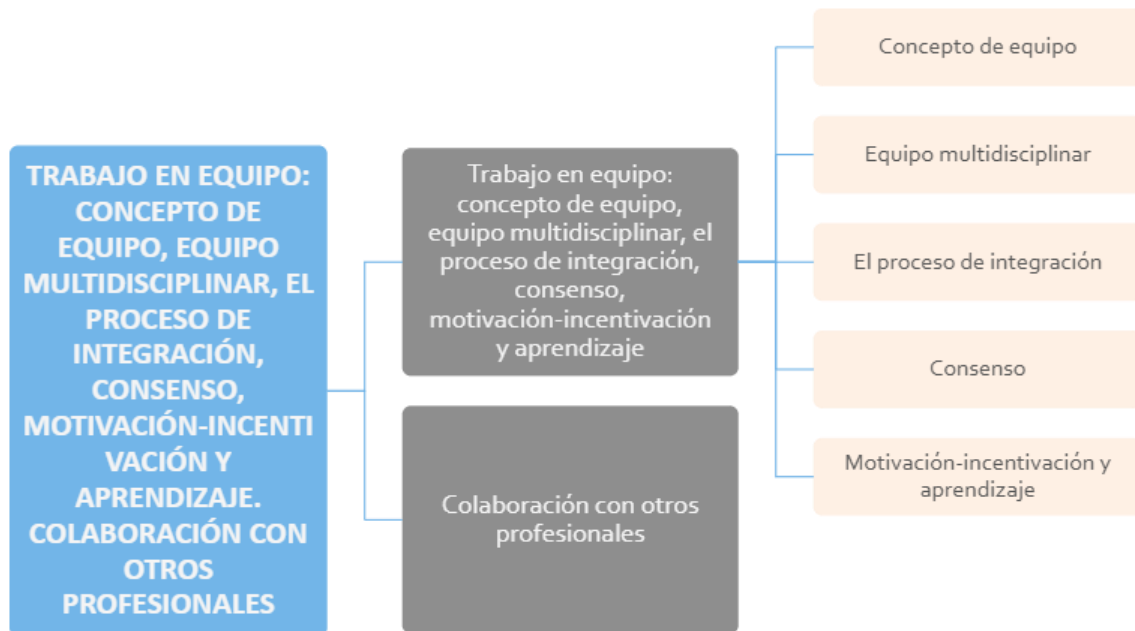
El trabajo en equipo en el ámbito sanitario constituye un elemento esencial para garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Su correcta organización permite integrar competencias, compartir responsabilidades y alcanzar objetivos comunes mediante la cooperación de distintos profesionales. El concepto de equipo y su evolución hacia estructuras multidisciplinarias reflejan la necesidad de coordinación y especialización en un entorno cada vez más complejo.

El proceso de integración, el consenso en la toma de decisiones y la motivación de los miembros del equipo resultan factores clave para el aprendizaje conjunto y la eficacia en la práctica clínica. Asimismo, la colaboración con otros profesionales favorece un abordaje integral de las necesidades de los pacientes, optimizando recursos y fortaleciendo la cohesión organizativa.

Objetivos

- Comprender el concepto de equipo y las características específicas del equipo multidisciplinar en el contexto sanitario.
- Analizar los procesos de integración, consenso y motivación como elementos clave para la eficacia del trabajo en equipo.
- Reconocer la importancia de la colaboración con otros profesionales para lograr una atención integral, coordinada y de calidad.

Mapa Conceptual



1. Trabajo en equipo: concepto de equipo, equipo multidisciplinar, el proceso de integración, consenso, motivación-incentivación y aprendizaje

1.1. Concepto de equipo

En el ámbito sanitario, el trabajo en equipo es una piedra angular para garantizar una atención integral, segura y de calidad al paciente. El equipo de trabajo se define como un conjunto de personas con competencias y funciones complementarias, que colaboran de manera coordinada y con un objetivo común: proporcionar cuidados eficaces y humanizados.

El equipo de salud está formado por profesionales de distintas categorías, entre ellos médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), personal administrativo y celadores, entre otros. Cada uno de estos perfiles cumple un rol específico, pero todos comparten la responsabilidad de lograr un resultado conjunto, basado en la cooperación, el respeto mutuo y la comunicación efectiva.

Para que un equipo funcione de forma eficaz, deben cumplirse ciertos principios fundamentales:

- **Objetivo común**, centrado en el bienestar del paciente.
- **Comunicación fluida y bidireccional**, que facilite la transmisión clara de información.
- **Coordinación y cooperación**, con reparto de tareas y responsabilidades.
- **Respeto por los roles profesionales**, evitando intrusismo y valorando el aporte de cada integrante.
- **Confianza y compromiso**, que fortalecen el sentimiento de pertenencia y cohesión grupal.

El **TCAE**, como miembro del equipo, desempeña un papel esencial en los cuidados básicos del paciente, en la observación directa de su estado y en la colaboración estrecha con el personal de enfermería y médico. Su actitud proactiva, su capacidad de adaptación y su disposición para trabajar en grupo son claves para el buen funcionamiento del equipo asistencial.

1.2. Equipo multidisciplinar

La atención sanitaria moderna se sustenta sobre un enfoque biopsicosocial, en el que no solo se valora la enfermedad desde un punto de vista clínico, sino también los factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud del individuo. Para dar respuesta a esta visión integral, surge la necesidad de organizar la atención en torno a **equipos multidisciplinarios**.

El **equipo multidisciplinar sanitario** es una estructura organizativa compuesta por profesionales de distintas disciplinas, formaciones y niveles de cualificación, que trabajan de manera coordinada para abordar los problemas de salud del paciente desde diferentes perspectivas. Este enfoque colaborativo garantiza una atención más completa, eficaz y centrada en la persona.

Fundamento legal y organizativo

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 1, establece como principios fundamentales del sistema sanitario español la universalidad, la equidad y la calidad en la atención. Para alcanzar estos objetivos, se promueve un modelo asistencial basado en la **coordinación de niveles y de profesionales**, donde el trabajo en equipo resulta esencial.

Asimismo, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, refuerza esta idea en su artículo 12, al señalar la necesidad de fomentar estructuras de atención en las que participen profesionales de distintas áreas, con el objetivo de ofrecer una atención integral y continuada.

Composición y características del equipo multidisciplinar

Los equipos multidisciplinarios pueden variar según el nivel asistencial (atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria), pero en general están formados por:

- Médicos/as de distintas especialidades.
- Enfermeros/as.
- Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).
- Trabajadores/as sociales.
- Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as.

Comunicación: concepto y tipos de comunicación. Habilidades para la comunicación. La relación con el paciente. La empatía y la escucha activa. Relación de ayuda. Control del estrés

Introducción

La comunicación constituye un proceso esencial en la práctica sanitaria, al permitir el intercambio de información, emociones y actitudes entre profesionales y pacientes. Una comunicación eficaz requiere del conocimiento de sus elementos, requisitos y modalidades —verbales y no verbales— para garantizar la transmisión clara y comprensible del mensaje.

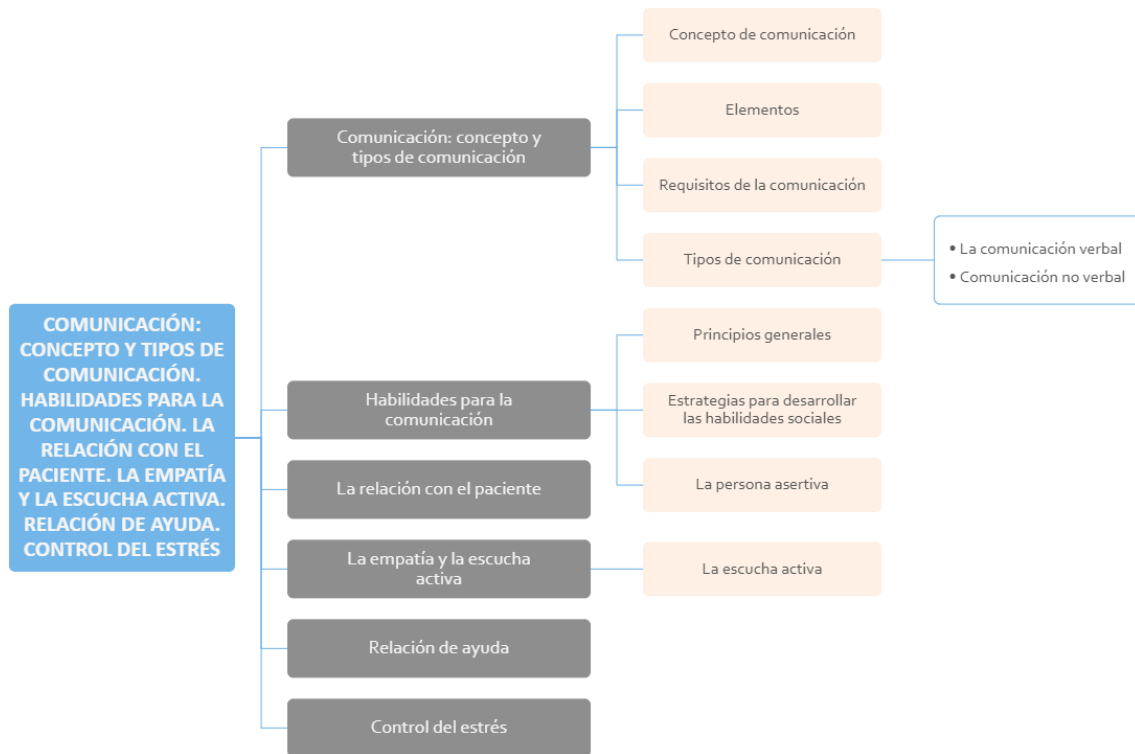
El desarrollo de habilidades comunicativas, junto con la aplicación de la empatía, la escucha activa y la relación de ayuda, resulta fundamental para establecer vínculos de confianza y respeto con los pacientes. Asimismo, el control del estrés en el ejercicio profesional contribuye a mantener la calidad de la atención, favoreciendo tanto el bienestar del paciente como el del propio profesional.

Objetivos

- Comprender los conceptos básicos, elementos y tipos de comunicación, así como su importancia en la interacción sanitaria.

- Identificar y aplicar habilidades comunicativas, estrategias sociales y actitudes asertivas en la relación con pacientes y profesionales.
- Reconocer la relevancia de la empatía, la escucha activa, la relación de ayuda y el control del estrés como herramientas para mejorar la calidad asistencial.

Mapa Conceptual



1. Comunicación: concepto y tipos de comunicación

1.1. Concepto de comunicación

La comunicación consiste en un acto mediante el cual un individuo establece con otro u otros un contacto que le permite transmitir una determinada información.

Según definiciones del Diccionario de la Real Academia la comunicación es la acción y efecto de comunicar o comunicarse, el trato o correspondencia entre dos o más personas, y también la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

También puede definirse como un proceso de transmisión de información desde un emisor a un receptor. No es un proceso lineal en el que el mensaje que sale sea igual que el que se recibe, sino que le afectan varios factores:

- La subjetividad, tanto del emisor como del receptor
- El canal a través del que se transmite
- El entorno en que se produce

Así, el mensaje producido según los códigos y referencias del emisor es seleccionado, interpretado y reconstruido desde el propio sistema de referencias del receptor, sistema que está constituido por la acumulación de sus experiencias previas, su nivel cultural, sus necesidades y deseos, su situación personal, etc.

La realización de un acto comunicativo puede responder a diversas finalidades:

- Transmisión de información.
- Intento de influir en los otros.
- Manifestación de los propios estados o pensamientos.
- Realización de actos.

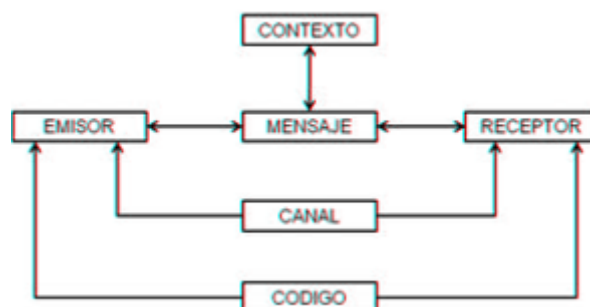
1.2. Elementos

Los elementos que intervienen en un proceso de comunicación son:

- **Emisor**. Sujeto que produce el acto de comunicación.
- **Referente**. La realidad extralingüística a la que alude el mensaje comunicativo.
- **Código**. Conjunto de signos, relacionados entre sí, y de reglas de construcción, a disposición del emisor y del receptor.
- **Mensaje**. Resultado de la codificación, portador de la información o conjunto de informaciones que se transmiten.
- **Canal**. Medio físico por el que circula el mensaje.
- **Receptor**. Sujeto que descodifica y recibe el mensaje.
- **Contexto**. Conjunto de factores y circunstancias en las que se produce el mensaje y que deben ser conocidas tanto por el emisor como por el receptor.

Podemos distinguir distintos tipos de contexto:

- *Contexto situacional*. Circunstancias espaciales y temporales en las que se produce la comunicación.
- *Contexto sociohistórico*. Conocimiento de la época en la que se producen los mensajes.
- *Contexto lingüístico*. Lo dicho antes o después de un enunciado puede condicionar su interpretación.
- **Ruido**. Perturbaciones no previstas ni previsibles que destruyen o alteran la información. El ruido aparece en casi todos los procesos comunicativos.
- **Redundancia**. Elementos innecesarios que aparecen en un mensaje y que sirven, entre otras cosas, para combatir el ruido. Las redundancias pueden ser de dos tipos:
 - Redundancias que dependen del propio código.
 - Redundancias que dependen de la voluntad del emisor.



Actividades del Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Coordinación entre niveles asistenciales. Concepto de cuidados, necesidades básicas y autocuidados. El hospital y los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado

Introducción

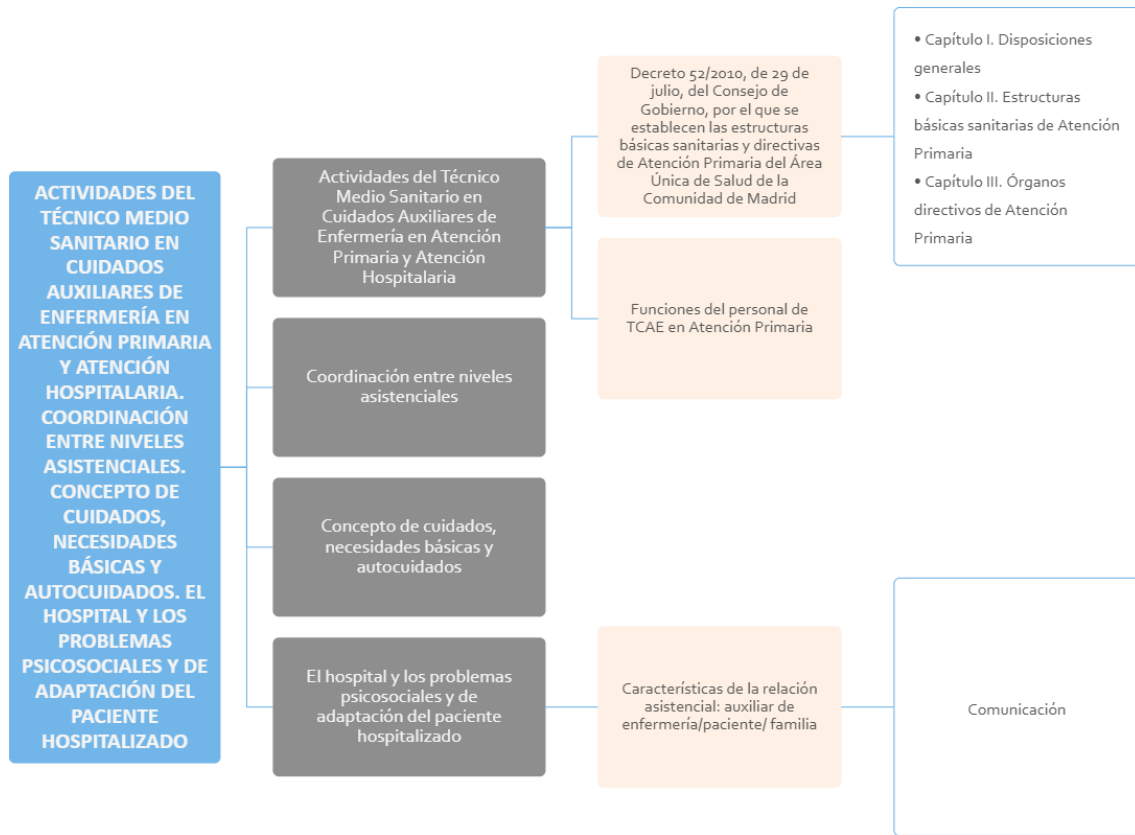
El Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, contribuyendo a la atención directa del paciente y al soporte de las funciones del equipo sanitario. Su labor se desarrolla siguiendo la normativa vigente, incluyendo el Decreto 52/2010 de la Comunidad de Madrid, y abarca desde la realización de cuidados básicos hasta la participación en la planificación y coordinación entre niveles asistenciales.

El enfoque de los cuidados se centra en satisfacer las necesidades básicas del paciente y fomentar los autocuidados, considerando tanto los aspectos físicos como los psicosociales. La relación asistencial con el paciente y su familia, basada en una comunicación eficaz y el acompañamiento en el proceso de hospitalización, es clave para favorecer la adaptación del paciente, su bienestar y la calidad de la atención.

Objetivos

- Conocer las actividades y funciones del TCAE en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, así como la normativa que regula su actuación.
- Comprender la coordinación entre niveles asistenciales y la importancia de los cuidados, necesidades básicas y autocuidados en la práctica sanitaria.
- Analizar los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado, desarrollando estrategias de comunicación y relación asistencial efectivas con pacientes y familiares.

Mapa Conceptual



1. Actividades del Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y Atención Hospitalaria

Según definición de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la atención primaria de salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma Ata, 1978).

En virtud de la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad (art. 149.1. 16.ª CE) y con el fin de garantizar el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE), la Ley 14/1986, General de Sanidad, establece la organización del sistema sanitario mediante Áreas de Salud, que se subdividen en Zonas Básicas de Salud como unidades territoriales para la prestación de atención primaria a través de Centros de Salud y equipos multiprofesionales.

El Real Decreto 137/1984 ya había definido la Zona de Salud como el ámbito operativo del Equipo de Atención Primaria, anticipando la estructura que posteriormente consolidó la Ley 14/1986.

La atención primaria se concibe como la base del sistema sanitario público, orientada a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención longitudinal, cercana y continua a la persona y su entorno. Los cambios sociodemográficos, el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la evolución tecnológica hacen necesario un nuevo modelo organizativo basado en la descentralización, la autonomía profesional y la integración asistencial.

1.1. Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid

La Constitución española, en su título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud. Como desarrollo normativo de tal previsión, se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que, en su artículo 51.2, otorga la competencia de ordenación territorial de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

Uno de los principios que ha regido históricamente la organización sanitaria en la Comunidad de Madrid ha sido, junto con su orientación prioritaria a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, su flexibilidad para permitir la adaptación necesaria a los diversos cambios que pudieran producirse en el escenario sanitario, así como para garantizar el mejor funcionamiento de los recursos sanitarios.

El presente Decreto define las estructuras básicas sanitarias del área única de salud de la Comunidad de Madrid y sus órganos directivos en Atención Primaria, con pleno respeto a la normativa básica estatal.

El continuo incremento de población que ha experimentado la Comunidad de Madrid en los últimos años y el crecimiento de sus infraestructuras y recursos sanitarios hacen precisa una modificación de su organización territorial, que presenta dificultades para el avance y la consecución de nuevos retos y objetivos en una sanidad basada en los principios de accesibilidad y participación de todos los madrileños.

Para ello, se adopta un nuevo enfoque que permite pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional y actualizar unas estructuras de gestión diseñadas hace más de veinticinco años que no responden a la realidad sanitaria de la Comunidad de Madrid. Por la repercusión que conlleva este cambio, el proyecto fue remitido para su informe al Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

El presente Decreto implica el tránsito de una pluralidad de órganos administrativos a una estructura administrativa mucho más simplificada y una asignación funcional de responsabilidades que facilitará una gestión unitaria.

Archivo y documentación sanitaria clínica y no clínica. Sistemas de información utilizados en Atención Primaria y Hospitalaria: Generalidades. Servicio de admisión y atención al usuario: funcionamiento. El consentimiento informado: concepto

Introducción

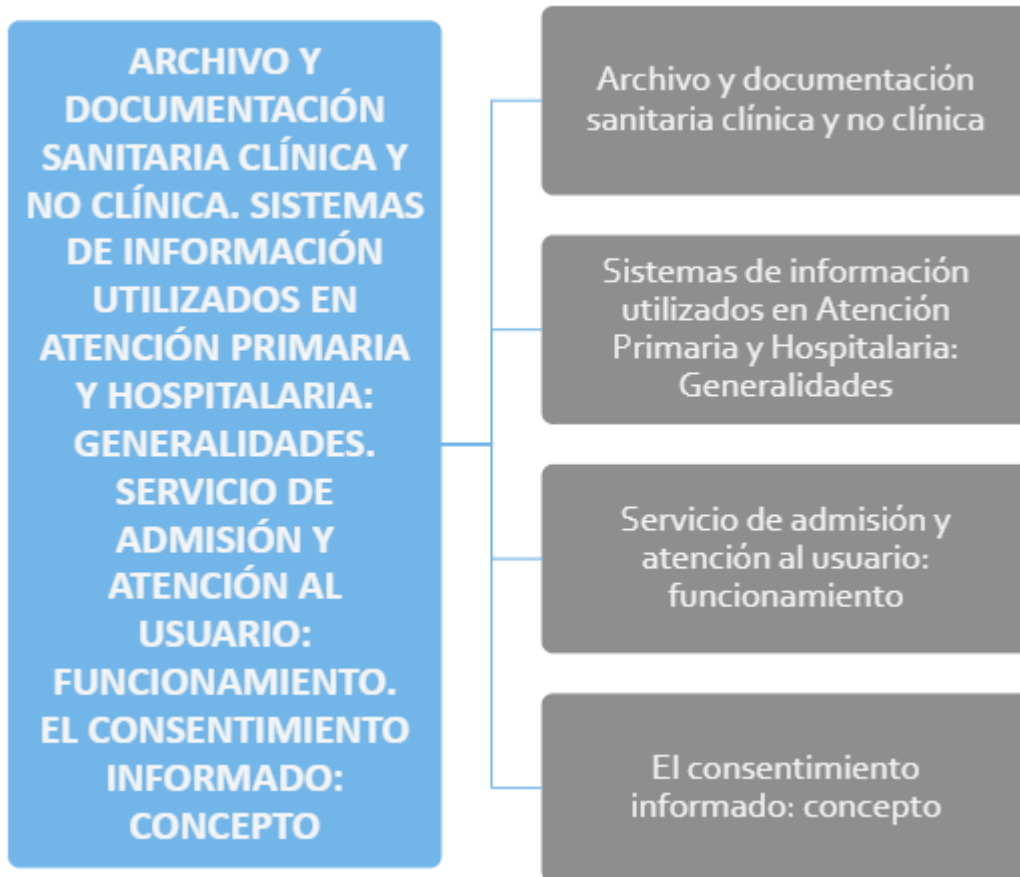
La gestión de la documentación sanitaria constituye un elemento esencial para garantizar la calidad, continuidad y seguridad de la atención al paciente. Esta incluye tanto la documentación clínica, relacionada directamente con la asistencia sanitaria, como la no clínica, vinculada a aspectos administrativos y organizativos, cuya correcta clasificación y archivo facilita la accesibilidad, confidencialidad y trazabilidad de la información.

Los sistemas de información en Atención Primaria y Hospitalaria permiten registrar, almacenar y compartir datos clínicos y administrativos, optimizando los procesos asistenciales. El servicio de admisión y atención al usuario organiza el flujo de pacientes y gestiona la relación con ellos, mientras que el consentimiento informado constituye un principio ético y legal que asegura la participación activa del paciente en decisiones sobre su propia atención sanitaria.

Objetivos

- Conocer los tipos de documentación sanitaria, su archivo y gestión, diferenciando entre clínica y no clínica.
- Identificar los sistemas de información utilizados en Atención Primaria y Hospitalaria, comprendiendo su funcionamiento y finalidad.
- Analizar el funcionamiento del servicio de admisión y atención al usuario, así como el concepto y la importancia del consentimiento informado en la práctica sanitaria.

Mapa Conceptual



1. Archivo y documentación sanitaria clínica y no clínica

El archivo y la documentación sanitaria constituyen elementos esenciales para la organización, gestión y continuidad de los cuidados en el ámbito sanitario. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la correcta gestión de la información, asegurando que los datos del paciente se registren, conserven y transfieran de manera adecuada, cumpliendo con la normativa vigente en materia de protección de datos y confidencialidad. La documentación sanitaria se clasifica en **clínica y no clínica**, cada una con características, funciones y protocolos específicos.

Documentación clínica

La documentación clínica incluye todos los registros relacionados directamente con la atención sanitaria del paciente y constituye la principal herramienta de comunicación dentro del equipo multidisciplinar. Su función es garantizar la continuidad asistencial, permitir la evaluación de la evolución del paciente, facilitar la toma de decisiones clínicas y servir como soporte legal ante cualquier eventualidad. Entre los documentos clínicos más frecuentes se encuentran:

- **Historia clínica:** documento central que integra la información médica y de enfermería del paciente, incluyendo antecedentes, exploraciones, diagnósticos, tratamientos, procedimientos y evolución clínica.
- **Registros de enfermería y cuidados auxiliares:** documentación específica sobre cuidados básicos, administración de dietas, higiene, movilización, control de constantes y asistencia en procedimientos.
- **Informes de pruebas diagnósticas y exploraciones complementarias:** resultados de laboratorio, radiología, pruebas funcionales y otros procedimientos clínicos.
- **Consentimientos informados:** documentos legales en los que el paciente autoriza procedimientos, tratamientos o intervenciones tras recibir información suficiente.

El TCAE participa activamente en la elaboración de registros de cuidados y asistencia, asegurando la **precisión, actualidad y objetividad** de la información. Para ello, debe conocer la estructura de la historia clínica, los sistemas de codificación utilizados (CIE-10, CIE-9-MC, CIAP, entre otros) y los protocolos internos del centro sanitario, registrando únicamente datos observables y cumpliendo con las indicaciones de los profesionales sanitarios responsables.

Documentación no clínica

La documentación no clínica se refiere a toda aquella información administrativa o de gestión que, aunque no esté directamente vinculada a la atención clínica del paciente, es indispensable para el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Incluye:

- **Archivos administrativos:** documentación relativa a admisión, altas y bajas de pacientes, citas, facturación y gestión de recursos.
- **Informes de incidencias y protocolos de seguridad:** registros de accidentes, eventos adversos o situaciones excepcionales que afectan a la organización del centro.
- **Documentación de mantenimiento y logística:** control de stock de material sanitario, medicamentos, equipos y recursos humanos.

El TCAE colabora en la organización y custodia de estos documentos, asegurando que estén **clasificados, accesibles y actualizados**, respetando los plazos de conservación y las normativas de seguridad de la información.

Sistemas de archivo y conservación

El archivo sanitario puede ser físico o electrónico, siendo cada vez más frecuente el uso de sistemas informatizados que permiten la digitalización de la información clínica y administrativa. Los TCAE deben conocer:

- **Archivo físico:** organización por unidades, servicios o pacientes, con uso de carpetas, códigos y fichas. Se prioriza la seguridad, confidencialidad y trazabilidad de los documentos.
- **Archivo electrónico:** utilización de software de gestión clínica que permite la entrada, actualización y consulta de información, garantizando acceso restringido según perfiles profesionales.

Atención y cuidados del paciente en las necesidades de higiene: concepto. Higiene general y parcial: de la piel y capilar. Higiene del paciente encamado: total y parcial. Técnica de baño asistido

Introducción

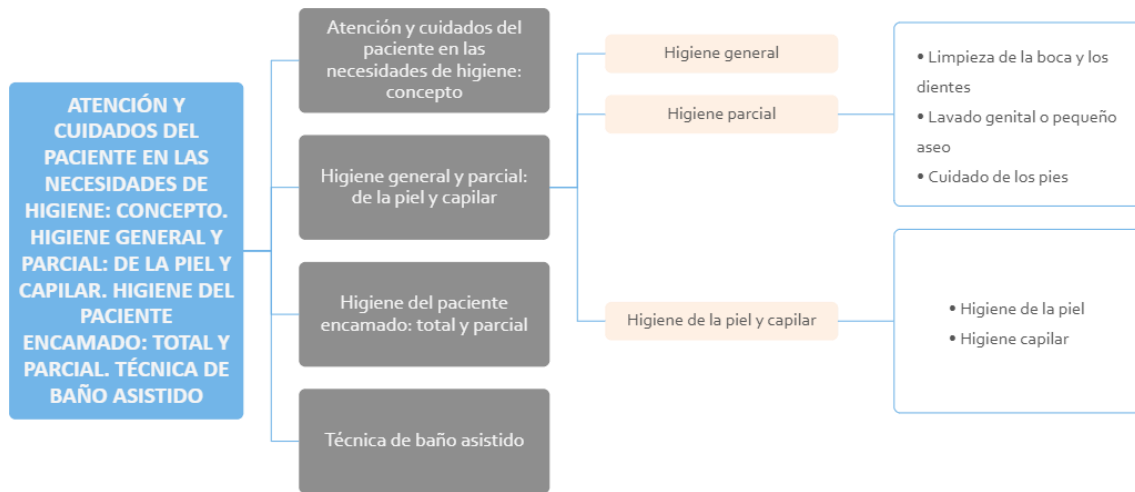
La higiene del paciente constituye un componente esencial de los cuidados de enfermería, orientada a mantener la integridad de la piel, la salud capilar, la comodidad y el bienestar general. La atención higiénica incluye tanto la higiene general y parcial de pacientes autónomos como la higiene de los pacientes encamados, considerando aspectos físicos, psicológicos y sociales que influyen en su dignidad y calidad de vida.

La correcta ejecución de técnicas de baño asistido y otros cuidados higiénicos requiere conocimientos específicos, habilidades técnicas y una actitud respetuosa hacia el paciente, garantizando seguridad, confort y prevención de complicaciones. La higiene también contribuye a la prevención de infecciones, la valoración del estado cutáneo y la detección precoz de alteraciones, integrándose en la atención global del paciente.

Objetivos

- Conocer los conceptos y principios generales relacionados con la atención y cuidados del paciente en las necesidades de higiene.
- Identificar y aplicar técnicas de higiene general y parcial, incluyendo cuidado de la piel, cabello, boca, genitales y pies.
- Describir y ejecutar correctamente la higiene del paciente encamado y el baño asistido, asegurando confort, seguridad y respeto a la dignidad del paciente.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de higiene: concepto

La higiene, entendida como sinónimo de aseo, abarca el conjunto de actividades que una persona lleva a cabo para mantener en buen estado su piel, cabello, dientes, uñas, entre otros aspectos. Aparte de prevenir y evitar la aparición de enfermedades, la higiene tiene como objetivo fundamental cumplir una serie de metas, en las cuales el auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial.

El equipo de enfermería se encarga de planificar, realizar y evaluar los cuidados relacionados con la higiene y la limpieza que se proporcionan a los pacientes, con el fin de mejorar sus necesidades de seguridad (prevención de infecciones), bienestar, estima y autoestima. Asimismo, participa en el proceso de eliminación, mediante la colocación de cuñas y botellas.

Cuando, además de llevar a cabo los procedimientos de manera adecuada, el auxiliar de enfermería mantiene una relación de respeto con el paciente, observándolo, cuidando su intimidad y humanizando las tareas, contribuye significativamente a mejorar su bienestar y autoaceptación, logrando así un procedimiento de excelente calidad asistencial.

Finalidad general de la higiene y el aseo

La higiene y el aseo del paciente se realizan con diversos objetivos, entre los cuales se destacan:

- Observar cualquier indicio que pueda señalar un problema de salud, como alteraciones en la piel, el sistema musculoesquelético o la conducta del paciente.
- Mantener la integridad de la piel para que esta pueda desempeñar sus funciones correctamente.
- Prevenir la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, factores que pueden facilitar la aparición de infecciones.
- Eliminar células muertas y suciedad, además de evitar los malos olores.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Ayudar a reducir la temperatura corporal en casos de fiebre o hipertermia.
- Contribuir al mantenimiento o mejora de la autoestima del paciente.

- Aumentar el confort y bienestar del paciente.
- Fomentar la relación de ayuda, ya que estos procedimientos requieren proximidad y cercanía con el paciente.

Normas de actuación

Para llevar a cabo cualquiera de los procedimientos de higiene, es fundamental seguir una serie de normas que garanticen tanto la seguridad del paciente como la calidad del cuidado. Estas normas pueden variar según el tipo de procedimiento, pero algunas de las más importantes son las siguientes:

- Mantener una temperatura ambiental adecuada, entre 22 y 24 °C, para asegurar el confort del paciente durante el proceso.
- Verificar que la temperatura del agua esté entre 38 y 40 °C, salvo indicaciones contrarias, para evitar quemaduras o enfriamientos innecesarios.
- Evitar las corrientes de aire, que pueden hacer sentir incómodo al paciente o provocar malestar.
- Preparar todo el equipo necesario antes de comenzar, asegurándose de contar con los materiales adecuados para el aseo del paciente, el equipo necesario para la cama y los utensilios que el auxiliar de enfermería utilizará.
- Aislar al paciente del entorno, utilizando un biombo si es necesario, para garantizar su privacidad y comodidad.
- Utilizar jabones suaves y que no irriten la piel del paciente, especialmente si presenta piel sensible o condiciones dermatológicas.
- En el caso de pacientes varones, avisar al peluquero cuando sea necesario, para asegurarse de que el corte o cuidado del cabello se realice de manera adecuada.
- En los pacientes encamados, evitar que se queden completamente desnudos. Es importante cubrirlos con una toalla o ponerles el pijama o camisón para preservar su pudor y confort.
- Evitar mojar innecesariamente la cama. Para protegerla, colocar una toalla bajo el paciente y asegurarse de escurrir bien la esponja para evitar que se humedezca.

Atención y cuidados del paciente encamado: posición anatómica y alineación corporal. Procedimientos de preparación de las camas. Cambios posturales. Drenajes y catéteres: manipulación y cuidado. Técnicas de deambulaci3n. Técnicas de traslado

Introducci3n

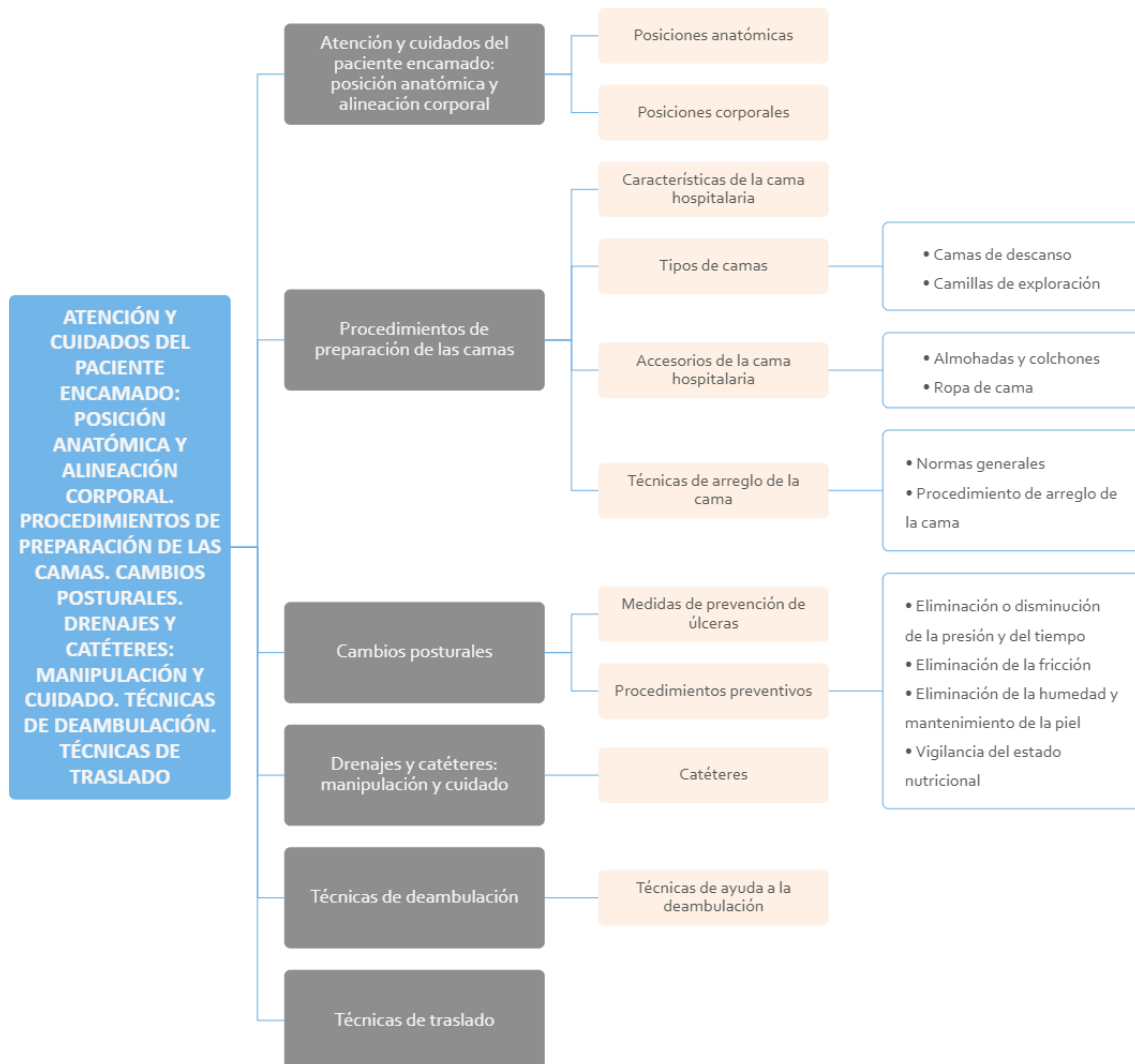
La atenci3n y cuidados del paciente encamado constituyen una parte fundamental de la pr3ctica sanitaria, orientada a mantener la integridad f3sica, prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad y favorecer el confort y la dignidad del paciente. Estos cuidados incluyen la correcta colocaci3n en posiciones anatómicas y corporales, la preparaci3n adecuada de las camas hospitalarias, la realizaci3n de cambios posturales peri3dicos y la vigilancia de drenajes y catéteres.

Asimismo, se integran técnicas de deambulaci3n y traslado adaptadas a la capacidad funcional del paciente, así como procedimientos preventivos para evitar úlceras por presi3n, fricci3n o acumulaci3n de humedad. La aplicaci3n sistemática de estas medidas contribuye a garantizar la seguridad, la comodidad, la autonomía progresiva y la calidad de la atenci3n asistencial.

Objetivos

- Conocer y aplicar las posiciones anatómicas y corporales del paciente encamado, así como los procedimientos adecuados para la preparación y arreglo de la cama hospitalaria.
- Identificar y ejecutar cambios posturales, técnicas de prevención de úlceras por presión y cuidados de drenajes y catéteres.
- Desarrollar habilidades en técnicas de deambulaci3n y traslado, asegurando seguridad, confort y participaci3n activa del paciente.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados del paciente encamado: posición anatómica y alineación corporal

En el cuidado de la higiene de un paciente, hay ciertas zonas del cuerpo que requieren **atención especial debido a su vulnerabilidad** a infecciones, irritaciones o lesiones. Estas áreas, debido a su anatomía o a la posición del paciente, están más expuestas a riesgos como la humedad, la presión, la fricción o la falta de movilidad. A continuación, se describen las principales zonas del cuerpo que requieren cuidados especiales en relación con la higiene de un paciente.

Zonas de presión (áreas propensas a úlceras por presión)

Las úlceras por presión (o escaras) son lesiones cutáneas que se desarrollan por la presión constante sobre la piel y los tejidos subyacentes. Estas áreas son especialmente susceptibles en pacientes que están inmovilizados o tienen movilidad limitada, ya sea en cama o en silla de ruedas. La higiene en estas zonas es crucial para prevenir daños y complicaciones:

- **Sacros (zona lumbar y glútea):** el sacro es una de las áreas más comunes para el desarrollo de úlceras por presión, especialmente en pacientes inmovilizados en cama. La fricción y la presión en esta zona pueden dañar la piel y los tejidos subyacentes, por lo que es vital mantenerla limpia y seca.
- **Talones:** los talones son otra zona de alto riesgo, particularmente en pacientes encamados. La presión constante y la fricción pueden causar úlceras por presión en los talones, que son muy difíciles de tratar y pueden llevar a complicaciones graves si no se previenen.
- **Codos y rodillas:** estas áreas también están en riesgo de desarrollar úlceras por presión, especialmente en pacientes con movilidad reducida que no pueden cambiar de posición con frecuencia.
- **Occipucio (parte posterior de la cabeza):** en pacientes que pasan mucho tiempo recostados, la presión sobre el cráneo puede provocar úlceras. Esta zona es de especial preocupación en pacientes postrados en cama, sobre todo si tienen la cabeza inclinada durante largos períodos.

Áreas de pliegues cutáneos

Las zonas de pliegues cutáneos son áreas del cuerpo donde se acumula humedad y sudor, lo que puede favorecer el crecimiento de microorganismos, provocar irritaciones o infecciones. En pacientes con movilidad limitada o con incontinencia, es importante prestar atención a estos pliegues:

- **Ingle:** la zona de la ingle es propensa a la acumulación de humedad debido al sudor y a la proximidad de la piel a las ropas o pañales. La fricción constante y la falta de ventilación pueden causar irritación, maceración de la piel o infecciones fúngicas.
- **Axilas:** al igual que en la ingle, las axilas son áreas que se mantienen calientes y húmedas, especialmente en pacientes que pasan mucho tiempo en cama o tienen dificultad para moverse. Los TCAE deben asegurarse de que esta área esté limpia y seca para evitar la aparición de irritaciones o infecciones.
- **Pliegues abdominales o bajo los senos:** en pacientes con sobrepeso o movilidad limitada, los pliegues de la piel abdominal o bajo los senos pueden ser lugares donde se acumule sudor y humedad. La higiene frecuente es importante para prevenir infecciones fúngicas o dermatitis.

Zona genital y perineal

La higiene genital y perineal es de suma importancia para prevenir infecciones urinarias, irritaciones de la piel y otros problemas. Los pacientes con incontinencia, aquellos postrados en cama o con movilidad reducida requieren atención especial en esta zona:

- **Zona genital:** es crucial mantener limpia la zona genital para evitar infecciones urinarias y de transmisión sexual, especialmente en pacientes con catéteres, sondas o con problemas de incontinencia. El TCAE debe tener cuidado de limpiar y secar correctamente la zona, usando productos suaves y específicos para evitar irritaciones.
- **Periné (área entre los genitales y el ano):** el periné debe limpiarse adecuadamente para evitar la contaminación cruzada entre las zonas genital y anal. El TCAE debe usar técnicas adecuadas para realizar esta

Atención y cuidados en la persona anciana. Concepto de ancianidad, cambios físicos asociados al envejecimiento. Apoyo en la promoción de la salud y educación sanitaria. Medidas de apoyo a la persona cuidadora de la persona anciana dependiente. Atención y actitud ante la persona con demencia

Introducción

La atención a la persona anciana constituye un área fundamental en los cuidados sanitarios, centrada en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida durante el envejecimiento. Este proceso requiere identificar y comprender los cambios físicos asociados a la edad, adaptando los cuidados a las necesidades individuales y fomentando la autonomía del paciente. Asimismo, se incluye el apoyo a los cuidadores y la educación sanitaria dirigida tanto a la persona anciana como a su entorno familiar.

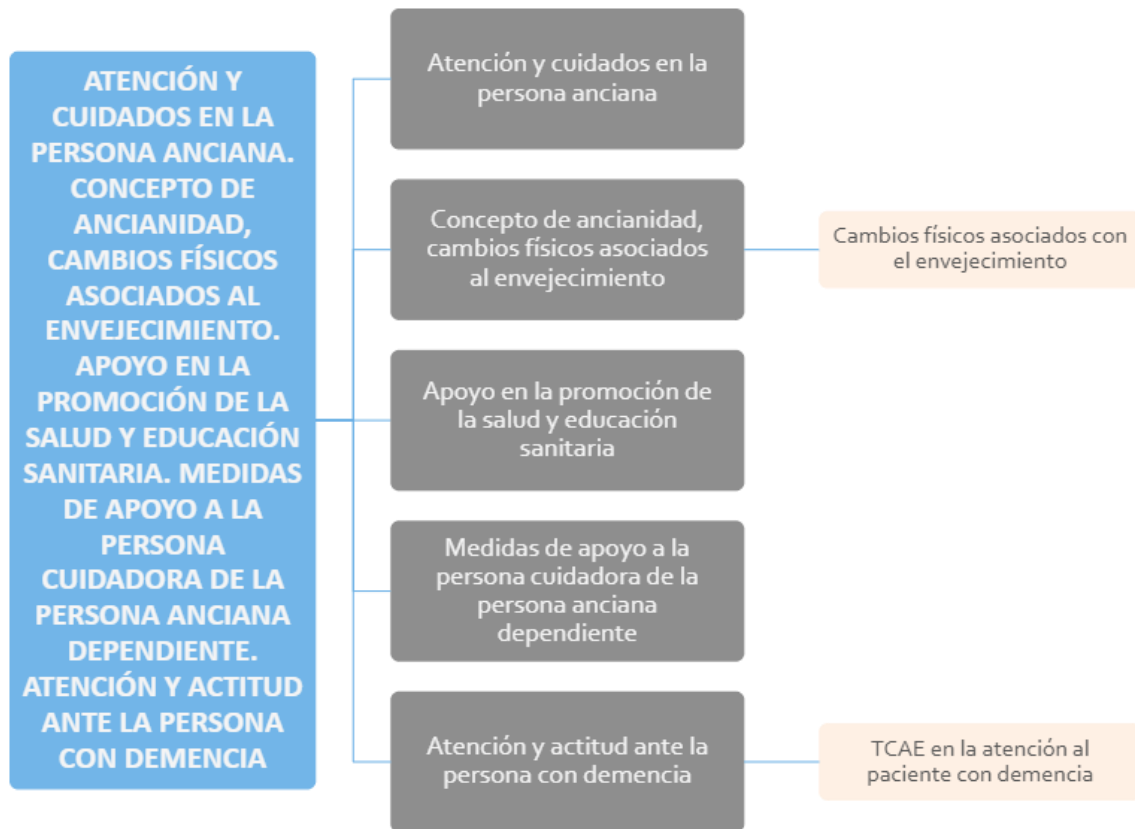
El manejo de personas con demencia implica una actuación profesional basada en la empatía, la paciencia y la comunicación efectiva, adoptando estrategias que favorezcan la seguridad, el bienestar emocional y la preservación de capacidades cognitivas residuales.

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se orienta a proporcionar cuidados integrales, observación continua y apoyo psicosocial, garantizando la dignidad y la calidad asistencial de este colectivo vulnerable.

Objetivos

- Identificar los cambios físicos y funcionales asociados al envejecimiento y su influencia en la planificación de cuidados de enfermería.
- Aplicar estrategias de promoción de la salud y educación sanitaria adaptadas a la persona anciana y a su entorno familiar.
- Desarrollar competencias específicas en la atención a personas con demencia, incluyendo manejo de conductas, comunicación y apoyo al cuidador.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados en la persona anciana

El envejecimiento constituye un fenómeno biológico universal y progresivo que forma parte inherente del ciclo vital humano, iniciándose desde el momento mismo del nacimiento. Este proceso, lejos de ser lineal o estático, es dinámico y afecta a todas las dimensiones del ser humano: física, psicológica, social y funcional. Por ello, su estudio y comprensión no pueden circunscribirse a una única disciplina, sino que exigen una perspectiva integral e interdisciplinaria.

En el contexto actual, la estructura demográfica de la sociedad española –al igual que la de muchas naciones desarrolladas– está marcada profundamente por el envejecimiento poblacional. Este fenómeno, con implicaciones trascendentales a nivel sanitario, económico, social y cultural, se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las políticas públicas. La inversión de la relación entre población joven y personas mayores de 65 años, que históricamente favorecía a los primeros, se ha revertido en las últimas décadas. Un ejemplo significativo es el descenso sostenido de la natalidad desde mediados de los años 70, con un punto de inflexión en 1975, que derivó en que, en 2009, el número de nacimientos fuera inferior al registrado en 1976.

Como consecuencia, la pirámide poblacional española ha experimentado una transformación notable, adoptando una forma más similar a un pilar, debido al estrechamiento progresivo de su base –es decir, el grupo de edad infantil y juvenil– y al ensanchamiento de los tramos superiores, que representan a los adultos mayores. Este cambio se ve acentuado por el notable aumento de la esperanza de vida, que actualmente se sitúa en torno a los 84 años para las mujeres y 78 años para los hombres, lo que ha generado un crecimiento sustancial del grupo etario de personas mayores en relación al total de la población.

En este contexto, emergen dos disciplinas fundamentales para el abordaje del envejecimiento: la geriatría y la gerontología. La geriatría se centra en el estudio clínico del envejecimiento, abarcando aspectos fisiológicos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos propios de las enfermedades que afectan a las personas mayores. Por su parte, la gerontología ofrece un enfoque más amplio e integrador, incluyendo no solo los aspectos médicos, sino también los biológicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento.

Ambas disciplinas comparten un objetivo común: promover la permanencia del anciano en su entorno habitual, preferentemente en su propio domicilio, en condiciones de seguridad, funcionalidad e higiene adecuadas. Se persigue así la preservación de la autonomía personal, la funcionalidad y la calidad de vida, garantizando una vejez digna e integrada socialmente.

Las proyecciones demográficas de organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señalan que España podría convertirse en uno de los países con mayor proporción de población envejecida del mundo hacia el año 2050, siguiendo una tendencia similar a la de Japón, Italia y Alemania. La combinación de baja natalidad y alta longevidad supone un desafío estructural de gran magnitud, que requiere una respuesta planificada y coordinada desde múltiples ámbitos.

Ante esta realidad, se hace imprescindible la participación de equipos multidisciplinares en la atención a las personas mayores. Geriatras, gerontólogos, profesionales de enfermería, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros especialistas deben colaborar estrechamente para proporcionar una atención integral, centrada en la persona.

La formación específica y continua del personal sanitario y asistencial es un elemento clave. Es necesario que estos profesionales estén capacitados no solo en conocimientos técnicos, sino también en habilidades humanas y recursos terapéuticos que permitan alcanzar el objetivo primordial de la atención geriátrica: la promoción, mantenimiento y recuperación de la independencia funcional, la salud y el bienestar de la persona mayor.

2. Concepto de ancianidad, cambios físicos asociados al envejecimiento

La delimitación del comienzo de la etapa de la vejez no responde a un único criterio universal, sino que varía en función del enfoque utilizado —ya sea biológico, psicológico, social o institucional—. A nivel normativo y administrativo, se acepta comúnmente la edad de 65 años como punto de partida de la ancianidad, en gran parte debido a que coincide con la edad legal de jubilación en numerosos países, lo que marca un hito en la vida laboral y social de la persona.

Atención y preparación del paciente para una exploración o intervención quirúrgica: posiciones anatómicas y materiales médico-quirúrgicos de utilización más común. Atención en el preoperatorio, durante la intervención y en el postoperatorio

Introducción

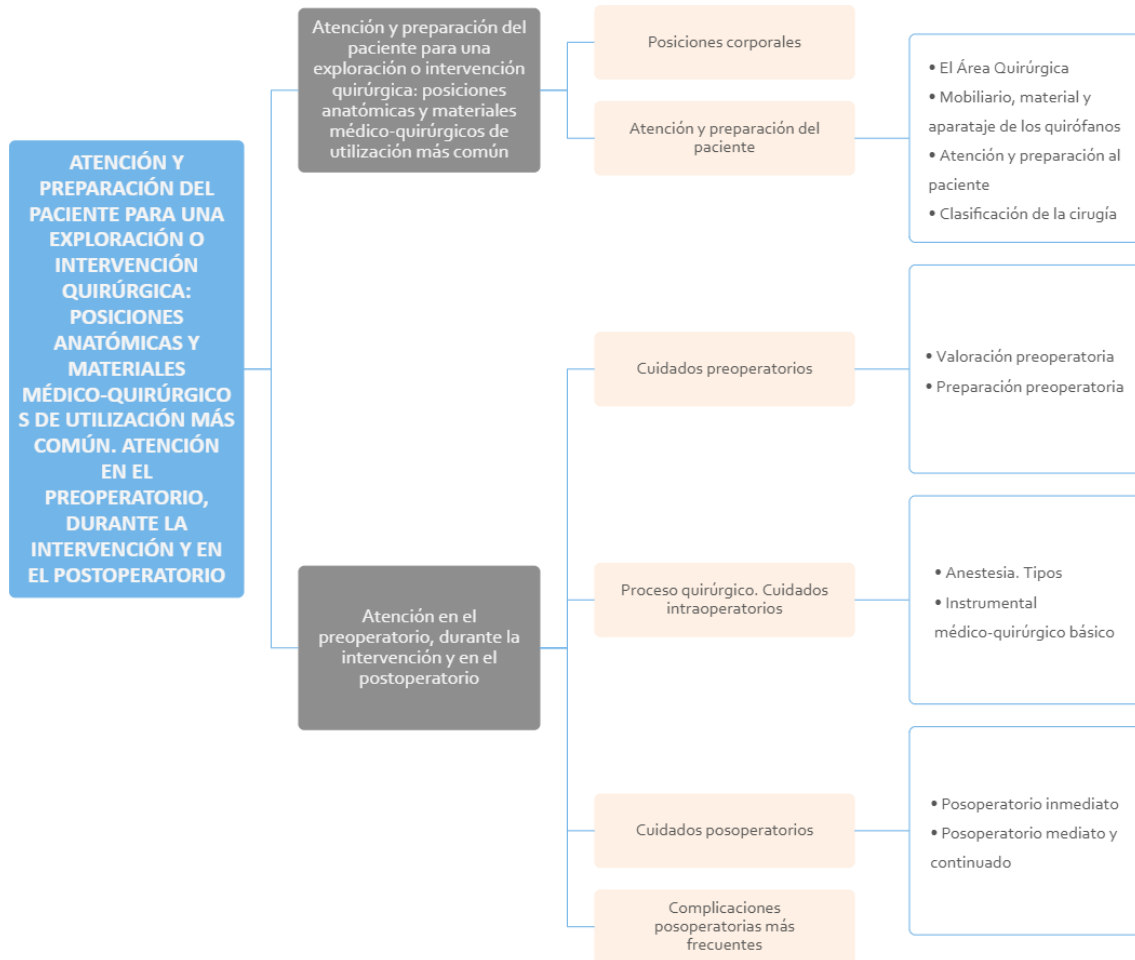
La atención y preparación del paciente para una exploración o intervención quirúrgica constituye un proceso fundamental en el ámbito sanitario. Implica la adecuada valoración clínica, la aplicación de medidas de seguridad y confort, así como la utilización de posiciones anatómicas y materiales médico-quirúrgicos que garanticen tanto la eficacia del procedimiento como la seguridad del paciente. La organización del área quirúrgica y el correcto manejo del instrumental y mobiliario resultan esenciales para optimizar el desarrollo de la actividad asistencial.

Asimismo, la asistencia al paciente no se limita al momento de la intervención, sino que se extiende al periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Cada una de estas fases requiere cuidados específicos que van desde la preparación física y psicológica previa, el seguimiento de la técnica anestésica y quirúrgica, hasta la vigilancia de complicaciones posteriores, con el fin de asegurar una recuperación adecuada y prevenir riesgos asociados al procedimiento.

Objetivos

- Identificar las principales posiciones anatómicas y los materiales médico-quirúrgicos más comunes, comprendiendo su aplicación en función del tipo de exploración o intervención.
- Reconocer los cuidados esenciales en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, garantizando la seguridad y el bienestar del paciente en cada etapa.
- Analizar las posibles complicaciones postoperatorias y establecer medidas preventivas y de actuación temprana para minimizar riesgos y favorecer la recuperación.

Mapa Conceptual



1. Atención y preparación del paciente para una exploración o intervención quirúrgica: posiciones anatómicas y materiales médico-quirúrgicos de utilización más común

La **mecánica corporal**, integrada dentro del campo de la **ergonomía**, hace referencia al conjunto de normas y principios que deben seguirse al realizar acciones que implican la movilización o el transporte de cargas –ya sean objetos o personas– con el fin de **optimizar el uso del aparato musculoesquelético**. Su correcta aplicación no solo permite mejorar la eficacia de los movimientos, sino que también ayuda a **prevenir la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones**, tanto en el profesional sanitario como en el paciente, favoreciendo así su bienestar y seguridad.

El **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)** debe poseer un conocimiento claro de las **posiciones corporales adecuadas** que requiere cada situación clínica, así como dominar los **procedimientos para colaborar en los cambios posturales** y otras técnicas de movilización de pacientes encamados. Estas tareas, habituales en el entorno hospitalario, deben ejecutarse siempre respetando los **principios básicos de la mecánica corporal**, incluso en aquellas actividades cotidianas que impliquen levantar, sostener o desplazar objetos o personas.

Los **accidentes laborales relacionados con la columna vertebral**, especialmente en la zona lumbar, representan uno de los riesgos más comunes dentro del sector sanitario. Este tipo de lesiones afecta en mayor medida al personal de enfermería, incluyendo a los TCAE, debido a la **alta exigencia física del trabajo** y a factores como la necesidad frecuente de **inclinaciones, torsiones, empujes, elevaciones o tracciones**. La manipulación manual de cargas humanas, en particular, requiere una atención especial por el riesgo que supone tanto para el profesional como para el paciente.

Por ello, **adquirir y aplicar buenos hábitos posturales y de movimiento** se convierte en una **competencia esencial** para los auxiliares de enfermería. Estas habilidades no solo contribuyen a una atención más segura y eficaz, sino que son **fundamentales en numerosos procedimientos clínicos**, constituyendo una parte clave de la práctica profesional diaria y del autocuidado del propio trabajador sanitario.

Normas fundamentales

Para llevar a cabo una movilización o cualquier actividad que implique el desplazamiento de un paciente u objeto, es imprescindible seguir una serie de recomendaciones que garanticen la seguridad tanto del paciente como del profesional, además de facilitar el procedimiento.

En primer lugar, es **fundamental preparar adecuadamente** el entorno, retirando todos aquellos elementos que puedan dificultar la maniobra (como barandillas, almohadas u otros objetos) y asegurándose de que la cama o camilla esté colocada en la posición más adecuada para la intervención.

Antes de iniciar la movilización, el **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería** debe informar al paciente sobre el procedimiento a realizar, con un lenguaje claro y tranquilizador, favoreciendo así su colaboración y reduciendo la ansiedad.

Desde el punto de vista de la mecánica corporal, es esencial **mantener una postura estable**, lo que se logra **ampliando la base de sustentación** (separando los pies y adelantando uno respecto al otro) y **bajando el centro de gravedad** mediante la flexión de las piernas. Estas medidas contribuyen a conservar el equilibrio y a realizar el esfuerzo de forma más segura y eficiente.

Cuando la maniobra implique un esfuerzo considerable o pueda suponer un riesgo tanto para el paciente como para el profesional, se debe **solicitar la colaboración de otro miembro del equipo sanitario** o **utilizar dispositivos auxiliares** como grúas o elevadores, siempre que estén disponibles.

Para **levantar un objeto pesado del suelo**, es incorrecto **flexionar la espalda**; en su lugar, **se deben flexionar las piernas y mantener la espalda recta**, permitiendo que el esfuerzo recaiga sobre los músculos de las extremidades inferiores, más preparados para soportar la carga.

Durante la movilización, se recomienda **activar los músculos abdominales y glúteos** para estabilizar la pelvis y reforzar el control del movimiento. Asimismo, se debe **mantener el objeto o al paciente lo más próximo** posible al cuerpo, lo que permite acercar los centros de gravedad y mantener una mayor estabilidad.

Constantes vitales: principios fundamentales, técnicas de toma de constantes vitales, gráficas y registros. Balance hídrico

Introducción

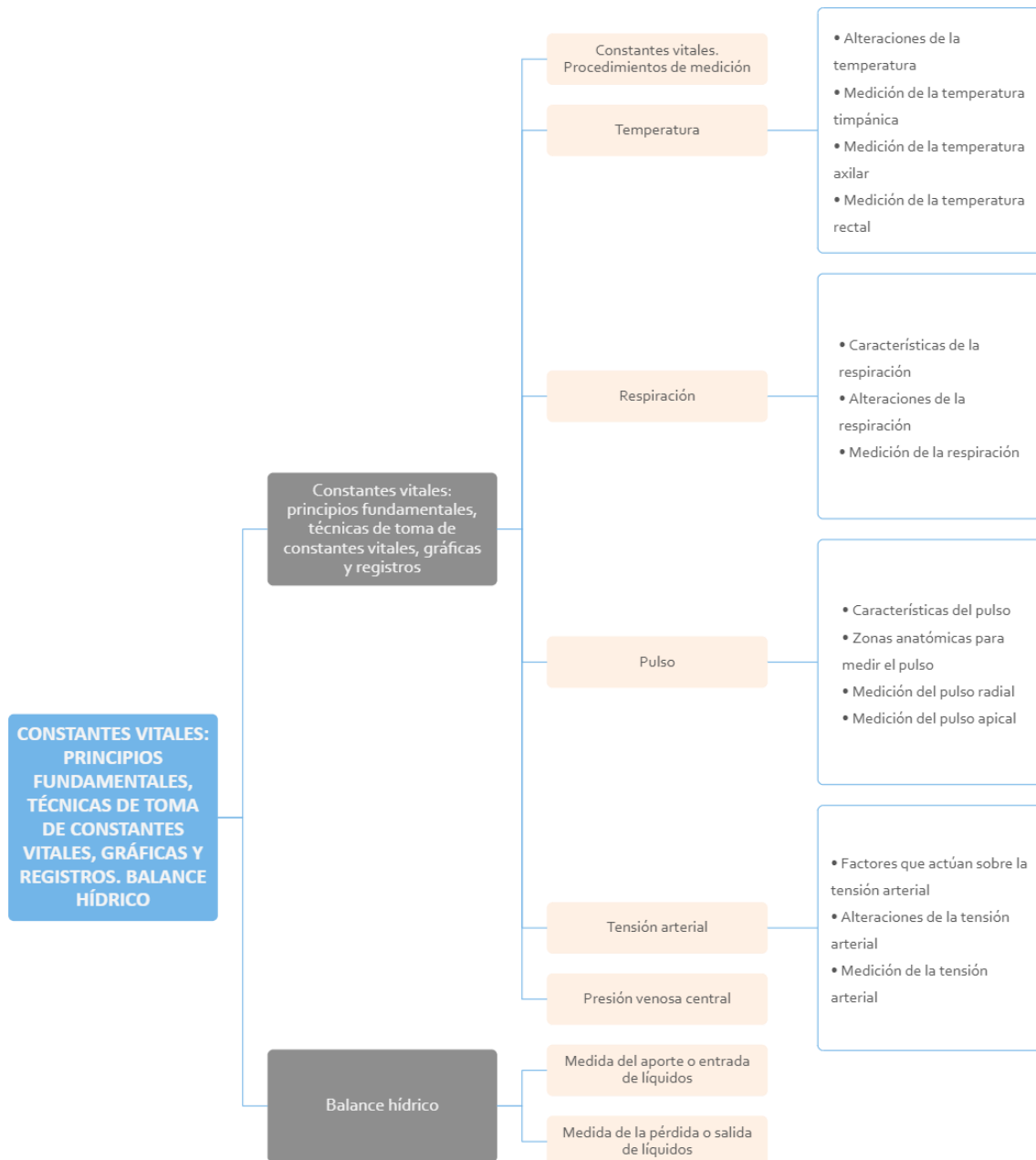
El control de las constantes vitales constituye un procedimiento esencial en la práctica clínica, ya que permite evaluar de forma objetiva el estado fisiológico del paciente, detectar alteraciones tempranas y valorar la eficacia de los tratamientos instaurados. La medición sistemática de parámetros como la temperatura, la respiración, el pulso y la tensión arterial, junto con el registro en gráficas y hojas clínicas, proporciona información clave para la toma de decisiones sanitarias.

De igual modo, el balance hídrico representa un aspecto fundamental en la vigilancia del paciente hospitalizado, al reflejar la relación entre los ingresos y pérdidas de líquidos. Su control adecuado permite prevenir complicaciones derivadas de la deshidratación o sobrecarga, y constituye una herramienta imprescindible en el seguimiento de pacientes críticos o con patologías que afectan al equilibrio hidroelectrolítico.

Objetivos

- Identificar los principios fundamentales de las constantes vitales y los factores que influyen en su variación.
- Describir las técnicas de medición de la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial, aplicando procedimientos correctos de registro y análisis.
- Reconocer la importancia del balance hídrico, diferenciando las principales fuentes de ingreso y pérdida de líquidos para su correcta valoración clínica.

Mapa Conceptual



1. Constantes vitales: principios fundamentales, técnicas de toma de constantes vitales, gráficas y registros

Las constantes vitales son parámetros fisiológicos esenciales que permiten evaluar el estado básico de salud de una persona y su funcionamiento orgánico. Son herramientas fundamentales en la práctica clínica para el diagnóstico, monitoreo y seguimiento de pacientes en cualquier ámbito sanitario. Las principales constantes vitales incluyen la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca (pulso), la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. Su medición regular facilita la detección temprana de anomalías, la valoración de la gravedad de una enfermedad y la efectividad de los tratamientos aplicados.

Temperatura corporal

La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y pérdida de calor en el organismo. En condiciones normales, la temperatura central oscila entre 36,5 °C y 37,5 °C. Se puede medir por distintas vías, como la oral, axilar, timpánica o rectal, siendo esta última la que más se acerca a la temperatura central real. Valores superiores a 37,5 °C generalmente indican fiebre, que puede ser un signo de infección o inflamación, mientras que valores inferiores a 36 °C pueden indicar hipotermia, un descenso peligroso de la temperatura corporal. La temperatura también puede variar en función de la hora del día, el estado emocional, la actividad física y la edad.

Frecuencia cardíaca (pulso)

El pulso es la manifestación palpable del latido cardíaco que se percibe al presionar una arteria superficial. En un adulto sano, la frecuencia cardíaca normal oscila entre 60 y 80 pulsaciones por minuto en reposo. En lactantes y niños, esta frecuencia es más alta, pudiendo situarse entre 100 y 160 latidos por minuto en recién nacidos y disminuyendo gradualmente con la edad. El ritmo del pulso debe ser regular, es decir, que los intervalos entre latidos sean uniformes, y su intensidad o tensión refleja la fuerza de la contracción cardíaca y el volumen de sangre impulsado.

Frecuencia respiratoria

Esta constante mide el número de ciclos respiratorios (inspiración y espiración) que realiza una persona por minuto. En adultos, la frecuencia respiratoria normal oscila entre 12 y 18 respiraciones por minuto, mientras que en recién nacidos puede ser de 30 a 40 respiraciones por minuto. La respiración debe ser regular, con una profundidad adecuada que permita el intercambio eficiente de gases en los pulmones. Alteraciones en la frecuencia o en la regularidad respiratoria pueden indicar problemas pulmonares, cardíacos o metabólicos.

Tensión arterial

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Se expresa mediante dos valores: la presión sistólica (máxima), que corresponde a la presión durante la contracción del corazón y normalmente varía entre 120 y 140 mmHg, y la presión diastólica (mínima), que es la presión cuando el corazón está en reposo entre latidos, con valores normales entre 60 y 90 mmHg. La presión arterial es un reflejo de la relación entre el volumen de sangre impulsada por el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias. Valores elevados (hipertensión) o bajos (hipotensión) pueden afectar gravemente la función de órganos vitales y requieren atención médica.

Importancia del monitoreo constante

El control periódico y adecuado de las constantes vitales es indispensable para el cuidado integral del paciente. Cambios en estos parámetros pueden indicar desde una simple infección hasta condiciones graves como insuficiencia cardíaca, trastornos respiratorios o desbalances hidroelectrolíticos. Además, la interpretación conjunta de estas constantes permite orientar diagnósticos y definir planes terapéuticos personalizados. En pacientes críticos o en unidades de cuidados intensivos, la monitorización continua de estas variables es vital para la detección precoz de complicaciones y para la toma de decisiones rápidas y efectivas.

Atención y cuidados del paciente en las necesidades de eliminación: Diuresis y defecación. Manipulación bolsas de diuresis. Administración de enemas. Conocimiento y actividades de colaboración para la realización de los sondajes del aparato urinario, digestivo y rectal: ostomías

Introducción

La atención a las necesidades de eliminación constituye un pilar esencial en los cuidados de enfermería, dado que la diuresis y la defecación son procesos fisiológicos básicos cuya alteración puede afectar de forma significativa al bienestar del paciente. El personal sanitario debe conocer los procedimientos, materiales y técnicas que facilitan estos procesos, garantizando siempre la seguridad, la intimidad y la dignidad del paciente.

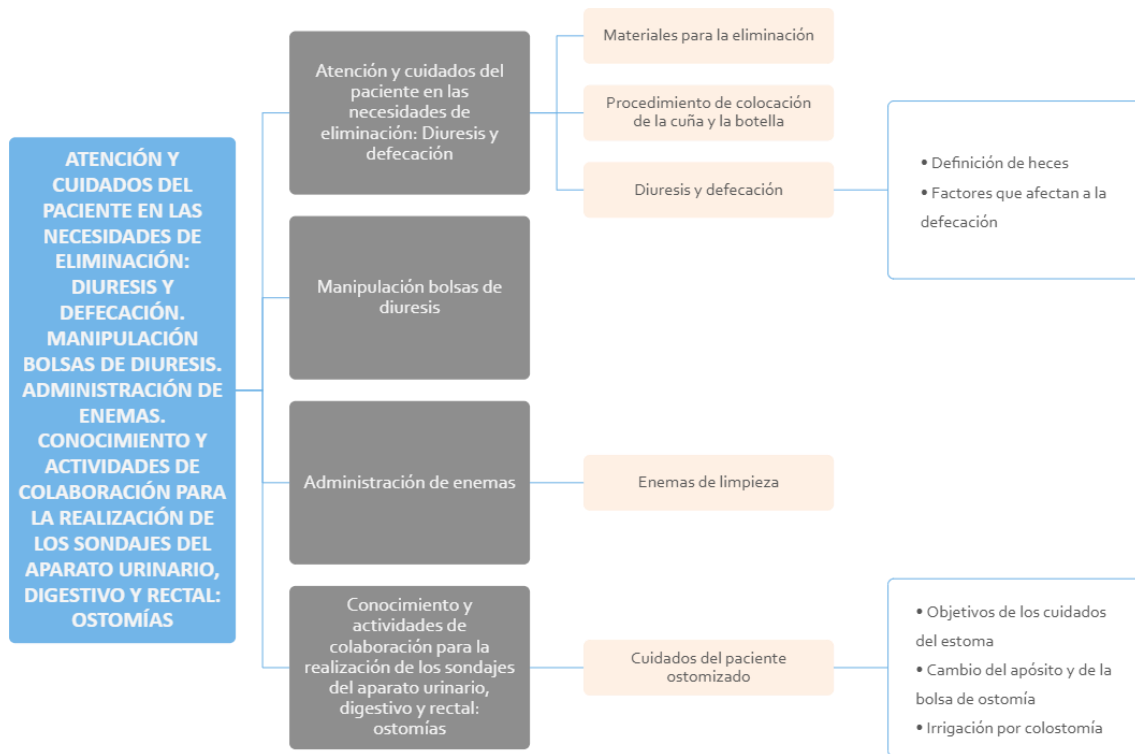
Del mismo modo, resulta fundamental el manejo adecuado de dispositivos asociados a la eliminación, como las bolsas de diuresis, enemas y sondajes del aparato urinario, digestivo y rectal.

La atención a pacientes portadores de ostomías requiere cuidados específicos orientados a la correcta higiene del estoma, la prevención de complicaciones y el apoyo a la adaptación física y emocional del paciente.

Objetivos

- Identificar los procedimientos y materiales necesarios para atender las necesidades de eliminación urinaria e intestinal del paciente.
- Describir las técnicas básicas de manipulación de bolsas de diuresis, administración de enemas y colaboración en sondajes.
- Reconocer los cuidados específicos del paciente ostomizado, incluyendo la higiene, el cambio de dispositivos y la prevención de complicaciones.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de eliminación: Diuresis y defecación

La **eliminación** es una necesidad básica del ser humano que consiste en la expulsión de productos de desecho del organismo a través de la orina y las heces. El mantenimiento de un correcto patrón de eliminación es fundamental para conservar la salud y el bienestar del paciente. Las alteraciones en este proceso pueden provocar incomodidad, dolor, complicaciones médicas y afectar la dignidad y autoestima del individuo.

El **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)** desempeña un papel esencial en la vigilancia, asistencia y promoción de la eliminación adecuada, actuando siempre bajo la supervisión del personal de enfermería y siguiendo las indicaciones del equipo médico.

Funciones del TCAE en relación con la eliminación:

- **Valoración y observación:**
 - Observar los patrones de eliminación del paciente (frecuencia, cantidad, color, consistencia y olor de las deposiciones y de la orina).
 - Comunicar inmediatamente cualquier anomalía (diarrea, estreñimiento, incontinencia, retención urinaria, hematuria, etc.) al personal de enfermería.
 - Registrar en las hojas de control los datos relacionados con la eliminación (balance hídrico, frecuencia y características de la micción y defecación).
- **Higiene y confort:**
 - Asistir al paciente en el uso de dispositivos para la eliminación como cuñas, botellas, orinales, sillas inodoras o aseos adaptados.
 - Mantener la higiene perineal y de la zona anal tras cada micción o defecación, especialmente en pacientes encamados o con incontinencia.
 - Cambiar la ropa de cama y del paciente cuando sea necesario, asegurando el confort, la dignidad y la prevención de úlceras por presión.

- **Apoyo en la eliminación urinaria:**
 - Facilitar el acceso a los aseos y respetar la intimidad del paciente.
 - Colaborar en la colocación y control de sistemas de recogida de orina: sondas vesicales, bolsas colectoras, pañales absorbentes o sistemas de succión.
 - Vigilar el buen funcionamiento de las sondas (sin acodamientos, con buena fijación y permeabilidad) y realizar el vaciado y medición de las bolsas según protocolo.
- **Apoyo en la eliminación intestinal:**
 - Asistir al paciente con dificultades para defecar, favoreciendo la adopción de una posición adecuada (siempre que su estado lo permita).
 - Estimular hábitos intestinales regulares mediante medidas no farmacológicas como dieta rica en fibra, hidratación, movilidad y control del entorno.
 - Preparar el material y colaborar, cuando esté indicado, en la administración de enemas o supositorios bajo supervisión del personal de enfermería.
- **Prevención de complicaciones:**
 - Favorecer la movilización del paciente para evitar el estreñimiento y reducir el riesgo de infecciones del tracto urinario.
 - Mantener una adecuada higiene para prevenir dermatitis asociada a la incontinencia.
 - Observar signos de retención urinaria, impactación fecal o infecciones y comunicar al personal de enfermería para su valoración clínica.

Consideraciones éticas y comunicativas

El TCAE debe actuar con **respeto, empatía y confidencialidad**, preservando siempre la **intimidad y dignidad** del paciente, especialmente en tareas que pueden resultar embarazosas o delicadas. Es fundamental crear un entorno seguro, comprensivo y sin juicios, fomentando la participación activa del paciente en su autocuidado, siempre que sea posible.

Procedimientos de recogida de muestras biológicas: concepto de muestra, diferentes tipos de muestras biológicas.

Procedimientos de toma de muestras, manipulación, transporte y conservación

Introducción

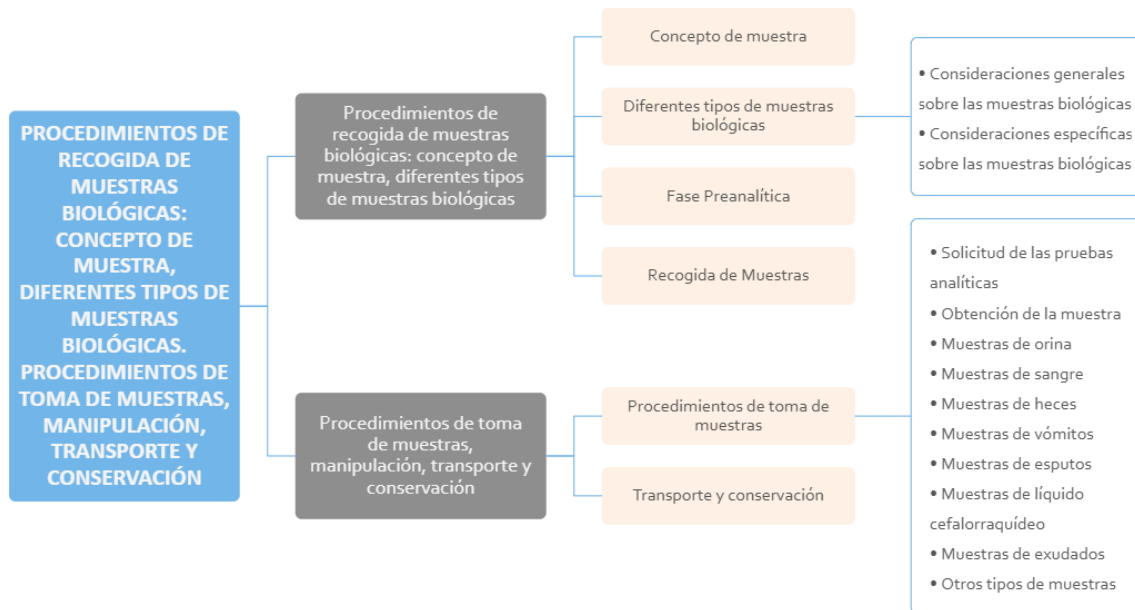
La recogida de muestras biológicas constituye un procedimiento esencial en la práctica clínica y diagnóstica, ya que permite obtener información objetiva sobre el estado de salud del paciente. El concepto de muestra abarca diferentes tipos de fluidos y secreciones corporales que, mediante un manejo adecuado, contribuyen a la detección, control y seguimiento de enfermedades. La fase preanalítica, que incluye la preparación del paciente, la obtención, el transporte y la conservación de la muestra, resulta crítica para asegurar la fiabilidad de los resultados.

El correcto procedimiento de toma, manipulación y traslado de muestras requiere la aplicación de normas de asepsia, bioseguridad y trazabilidad, con el fin de garantizar la integridad del material y la seguridad tanto del paciente como del profesional sanitario. La conservación en condiciones óptimas y el transporte dentro de los plazos establecidos son aspectos fundamentales para evitar alteraciones que puedan comprometer el diagnóstico y la eficacia terapéutica.

Objetivos

- Comprender el concepto de muestra biológica, sus distintos tipos y las consideraciones generales y específicas para su correcta recogida.
- Describir los procedimientos de toma, manipulación y conservación de muestras, aplicando normas de asepsia y seguridad.
- Reconocer la importancia del transporte adecuado de las muestras en la validez de los resultados analíticos y en la calidad del proceso diagnóstico.

Mapa Conceptual



1. Procedimientos de recogida de muestras biológicas: concepto de muestra, diferentes tipos de muestras biológicas

1.1. Concepto de muestra

Una **muestra biológica** puede definirse como cualquier material de origen humano que incluye excretas, secreciones, sangre, tejidos, etc. recogidos con el propósito de obtener unos resultados que colaboren en el diagnóstico clínico, en el seguimiento de la evolución de algunas patologías y en la instauración y control del tratamiento adecuado.

Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica una muestra biológica es cualquier material biológico de origen humano susceptible de conservación y que pueda albergar información sobre la dotación genética características de una persona.

La Real Academia de la Lengua Española define espécimen como la muestra, modelo o ejemplar que normalmente posee las características de su especie muy bien definidas.

La diferencia entre espécimen y muestra, es que el espécimen está tomado directamente por el paciente, y por su parte la muestra es una parte o todo el espécimen manipulado para aumentar la estabilidad o facilitar su manejo para análisis.

El **especimen** no lleva preparación o ésta es mínima; por lo tanto no requiere recursos adicionales a los de la propia extracción, pero su estabilidad es menor que la de la muestra, y en el caso de analitos distintos que requieran una conservación distinta hay que elegir una de ellas o sacar varios especímenes adicionales.

La **muestra** requiere un procesamiento y unas condiciones de almacenaje específicas para cada test o grupos de test solicitados; requiere por lo tanto recursos adicionales a los de la propia extracción, incluyendo personal formado específicamente y más tiempo de procesamiento. La estabilidad de la muestra es mayor que la del espécimen.

En algunos casos el espécimen y la muestra coinciden, a modo de ejemplo, para un hemograma el espécimen es la sangre total que se extrae del paciente y la muestra también.

1.2. Diferentes tipos de muestras biológicas

En el ámbito de los laboratorios clínicos que trabajan con muestras biológicas humanas, la correcta recolección, manipulación, procesamiento y análisis de diversos tipos de muestras es fundamental para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de enfermedades en los pacientes.

Las muestras más comunes obtenidas del ser humano incluyen sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR), semen, exudados (nasofaríngeos, vaginales, uretrales, entre otros) y otros fluidos o tejidos biológicos, como biopsias o heces.

Cada tipo de muestra posee una relevancia específica según el tipo de estudio a realizar (bioquímico, microbiológico, hematológico, citológico, inmunológico, genético, etc.) y la patología que se desea investigar o controlar, por lo que su correcta gestión es clave para obtener resultados fiables y clínicamente útiles.

Sangre

La sangre es uno de los fluidos biológicos más frecuentemente analizados en medicina humana, ya que constituye un indicador fundamental del estado general de salud del paciente. Se emplea en una amplia variedad de pruebas, como hemogramas, estudios de bioquímica clínica, pruebas de coagulación, determinaciones hormonales, serologías, entre muchas otras.

La sangre es esencial para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, trastornos hematológicos, alteraciones metabólicas, patologías endocrinas y enfermedades autoinmunes.

En humanos, las muestras sanguíneas suelen obtenerse mediante punción venosa, comúnmente de venas periféricas (como la cubital, radial o cefálica), aunque también pueden utilizarse muestras capilares o arteriales, dependiendo del análisis requerido.

Es crucial que la técnica de extracción se realice bajo condiciones asépticas estrictas, con el fin de evitar la contaminación de la muestra y garantizar la fiabilidad de los resultados, así como prevenir riesgos para el paciente y el personal sanitario.

Gestión de residuos sanitarios: clasificación, transporte, eliminación y tratamiento. Manipulación de citostáticos

Introducción

La gestión de residuos sanitarios constituye un aspecto esencial en la práctica asistencial, ya que su manejo inadecuado supone un riesgo para la salud pública, la seguridad del personal sanitario y el medio ambiente. Su correcta clasificación, recogida, transporte, eliminación y tratamiento permite garantizar condiciones seguras de trabajo y cumplir con la normativa vigente en materia de bioseguridad y protección ambiental.

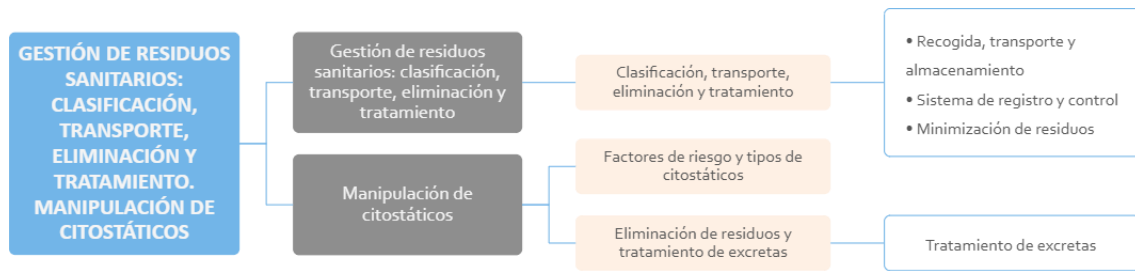
Dentro de estos residuos adquieren especial relevancia los derivados de citostáticos, fármacos de elevada toxicidad empleados en tratamientos oncológicos. Su manipulación exige medidas específicas de protección para prevenir riesgos ocupacionales, así como protocolos de eliminación de residuos y tratamiento de excretas del paciente que aseguren la seguridad del personal y eviten la contaminación ambiental.

Objetivos

- Conocer la clasificación de los residuos sanitarios y los procedimientos de recogida, transporte, almacenamiento, eliminación y tratamiento asociados a cada tipo.

- Identificar los riesgos derivados de la manipulación de citostáticos y las medidas de seguridad necesarias para su manejo seguro.
- Reconocer los procedimientos específicos de eliminación de residuos y tratamiento de excretas de pacientes en tratamiento con citostáticos, aplicando la normativa de bioseguridad vigente.

Mapa Conceptual



1. Gestión de residuos sanitarios: clasificación, transporte, eliminación y tratamiento

La gestión de residuos en los centros sanitarios es un aspecto fundamental para garantizar la seguridad, la salud pública y la sostenibilidad ambiental. Los hospitales y otros entornos de atención médica generan una amplia gama de residuos, muchos de ellos potencialmente peligrosos. En el SERMAS, los TCAE desempeñan un papel esencial en el manejo y traslado de estos desechos, contribuyendo a la eficiencia y seguridad en la cadena de gestión.

Tipos de residuos en los centros sanitarios

Los residuos generados en los centros sanitarios se clasifican en función de su naturaleza y los riesgos asociados. Esta clasificación facilita su manejo adecuado y minimiza el impacto ambiental:

- **Residuos biosanitarios:**
 - Incluyen materiales contaminados con fluidos corporales como gasas, apósitos, jeringuillas y guantes.
 - Representan un riesgo de infección y requieren un manejo riguroso para evitar la transmisión de enfermedades.
- **Residuos Químicos y Farmacéuticos:**
 - Incluyen medicamentos caducados, reactivos de laboratorio y productos de limpieza desinfectantes.
 - Su eliminación inadecuada puede causar contaminación química del agua, suelo y aire.
- **Residuos Cortopunzantes:**
 - Agujas, bisturís y otros objetos que pueden causar lesiones o infecciones si no se manejan correctamente.
 - Estos residuos son recogidos en contenedores específicos que evitan su exposición.
- **Residuos Comunes:**
 - Materiales como papel, plástico y residuos orgánicos no contaminados.

- Aunque no son peligrosos, su segregación es importante para fomentar el reciclaje y reducir el volumen de residuos tratados como peligrosos.
- **Residuos Radiactivos:**
 - Provenientes de procedimientos de diagnóstico y tratamiento como radioterapia.
 - Estos residuos requieren protocolos estrictos debido a los riesgos asociados a la exposición radiactiva.

El rol de los TCAE del SERMAS

En la gestión de residuos, los TCAE del SERMAS tienen responsabilidades específicas que los convierten en una pieza clave para el cumplimiento de las normativas sanitarias y medioambientales. Su labor va más allá del transporte de residuos, ya que también contribuyen a la seguridad y al buen funcionamiento de los procesos.

- **Transporte seguro de residuos:**
 - Los TCAE son responsables de trasladar los residuos desde las áreas de generación hasta los puntos de almacenamiento intermedio o final dentro de las instalaciones sanitarias.
 - Este transporte debe realizarse siguiendo protocolos estrictos, asegurándose de que los residuos se mantengan en contenedores herméticos y debidamente etiquetados para evitar derrames o accidentes.
- **Colaboración en la segregación de residuos:**
 - Aunque la separación inicial de residuos recae en el personal médico y de enfermería, los TCAE verifican que cada tipo de residuo esté en el contenedor correspondiente antes de su transporte.
 - Esta función es crucial para evitar mezclas que compliquen el tratamiento final de los residuos.
- **Prevención de Riesgos Laborales:**
 - Manejar residuos peligrosos expone a los TCAE a riesgos biológicos, químicos y físicos. Por ello, reciben formación sobre el uso de equipos de protección individual (EPI) y la correcta manipulación de los desechos.

Atención y cuidados del paciente en las necesidades de alimentación: clasificación de alimentos, dietas, vías de alimentación. Manipulación y administración de alimentos (nutrición enteral por sonda nasogástrica)

Introducción

La atención y cuidados del paciente en las necesidades de alimentación constituyen un aspecto fundamental de la práctica sanitaria, ya que una nutrición adecuada es esencial para el mantenimiento de la salud, la prevención de complicaciones y la recuperación de enfermedades. Incluye el conocimiento de la anatomía y fisiología del aparato digestivo, el proceso de digestión y la hiperpermeabilidad, así como la clasificación de alimentos, la elaboración de dietas equilibradas y la comprensión del metabolismo y los requerimientos nutricionales del organismo.

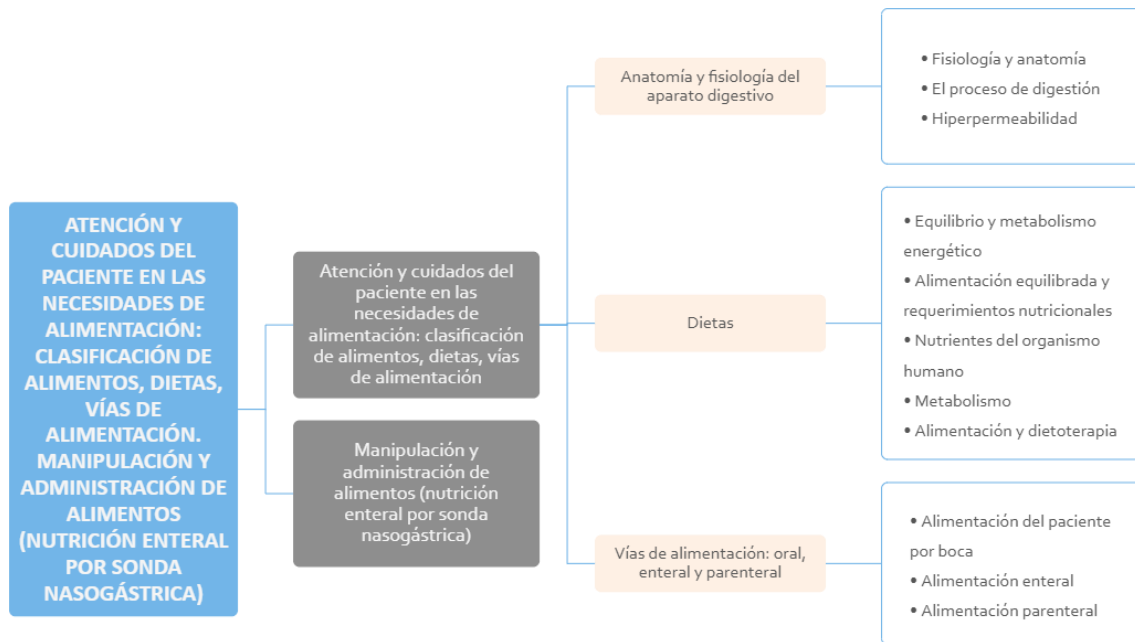
Asimismo, la atención nutricional abarca distintas vías de administración de alimentos, ya sea oral, enteral o parenteral, adaptándose a las necesidades y capacidades del paciente.

La nutrición enteral por sonda nasogástrica requiere conocimientos específicos sobre la manipulación de los alimentos, la preparación de las fórmulas, la técnica de administración y las precauciones necesarias para garantizar la seguridad, la eficacia del aporte nutricional y la prevención de complicaciones.

Objetivos

- Comprender la anatomía y fisiología del aparato digestivo y su relación con el proceso de digestión y la absorción de nutrientes.
- Identificar los diferentes tipos de dietas, nutrientes y requerimientos nutricionales, aplicando criterios de alimentación equilibrada y dietoterapia.
- Describir las vías de alimentación, haciendo énfasis en la nutrición enteral por sonda nasogástrica, incluyendo la manipulación, preparación y administración segura de los alimentos.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados del paciente en las necesidades de alimentación: clasificación de alimentos, dietas, vías de alimentación

1.1. Anatomía y fisiología del aparato digestivo

El mantenimiento de los ciclos vitales requiere de una fuente de energía y el ser humano obtiene esta energía de la alimentación que se convierte, así, en una necesidad primaria del hombre para subsistir.

Se define alimentación como el acto voluntario mediante el cual las personas seleccionan los alimentos que van a consumir confeccionando así su dieta diaria. Esta selección de los alimentos está influenciada por la disponibilidad de éstos, por el gusto, el olor, la textura y el color de los mismos, así como por factores culturales.

Una **alimentación saludable** es, por su parte, aquélla que permite al individuo mantener un buen estado de salud, cubrir sus necesidades y realizar las distintas actividades que tiene que llevar a cabo a lo largo del día.

Sin embargo, los alimentos no nos servirían de nada si no se transformaran o digirieran para poder ser utilizados por las células del organismo. Esta transformación de los alimentos es realizada por el aparato digestivo, que está compuesto por un conjunto de órganos y glándulas que son los encargados de llevar a cabo la digestión.

La **digestión** es el proceso por medio del cual el organismo fragmenta estos nutrientes en sustancias más sencillas para que puedan ser absorbidos y que las sustancias digeridas pasen a las células a través del torrente sanguíneo.

El **metabolismo** consiste en la utilización, por parte de las células, de las sustancias digeridas y absorbidas, obteniendo así la energía necesaria para el mantenimiento de los ciclos vitales.

La **nutrición**, por su parte, es el conjunto de procesos involuntarios e inconscientes que comprende la digestión, absorción y utilización de los principios alimentarios que se ingieren mediante la alimentación y que sirven para el mantenimiento de la salud.

1.1.1. Fisiología y anatomía

El aparato digestivo es un conjunto de órganos cuya misión primordial consiste en promover la progresión ordenada del alimento, la digestión y la absorción del mismo.

Para ello, tienen que ocurrir una serie de fenómenos a lo largo de las diferentes partes que lo constituyen.

El **tubo digestivo** está constituido por la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso o colon.

En cada una de estas partes del tubo digestivo tienen lugar los diferentes eventos que van a permitir la absorción de los diferentes alimentos ingeridos.

Boca

Cavidad que se abre en la parte anterior e inferior de la cara, y que está limitada por los labios, la bóveda del paladar, el suelo de la boca y en la parte posterior por los pilares del paladar y la úvula o campanilla.

En ella se alojan la lengua y los dientes, vierten su contenido las glándulas salivares, y tiene lugar la masticación y salivación de los alimentos, formándose el bolo alimenticio que facilita su deglución.

Constituye la vía de entrada de los alimentos al organismo. Se comunica con el exterior a través de los labios y con la faringe, en su parte posterior, a través del orificio bucofaríngeo o istmo de las fauces. En su interior existen distintas estructuras:

- **Lengua:** es una estructura muscular que está situada en el suelo de la cavidad bucal. Ayuda a la movilización del alimento y contiene las papilas gustativas, que son las responsables del sentido del gusto.
- **Glándulas salivales:** son las encargadas de sintetizar y verter la saliva a la cavidad bucal. La saliva no solo contiene enzimas que comienzan a degradar los alimentos, sino que también contiene sustancias con propiedades antimicrobianas. Hay tres tipos de glándulas salivales: parótida, submaxilar y sublingual.

Medicamentos: Tipos de medicamentos, vías de administración: oral, recta y tópica. Precauciones para su administración. Condiciones de conservación y almacenaje. Caducidades

Introducción

El conocimiento y manejo de los medicamentos constituye un elemento fundamental en la práctica sanitaria, ya que su correcta administración permite prevenir complicaciones, optimizar efectos terapéuticos y garantizar la seguridad del paciente. Comprende la comprensión de la farmacocinética –liberación, absorción, distribución y metabolismo– y la farmacodinamia, incluyendo la acción de los fármacos y los factores que la modifican. Asimismo, implica la clasificación general de los medicamentos según su acción sobre los distintos sistemas del organismo, desde el sistema nervioso hasta el aparato locomotor, así como los fármacos antiinfecciosos y endocrinos.

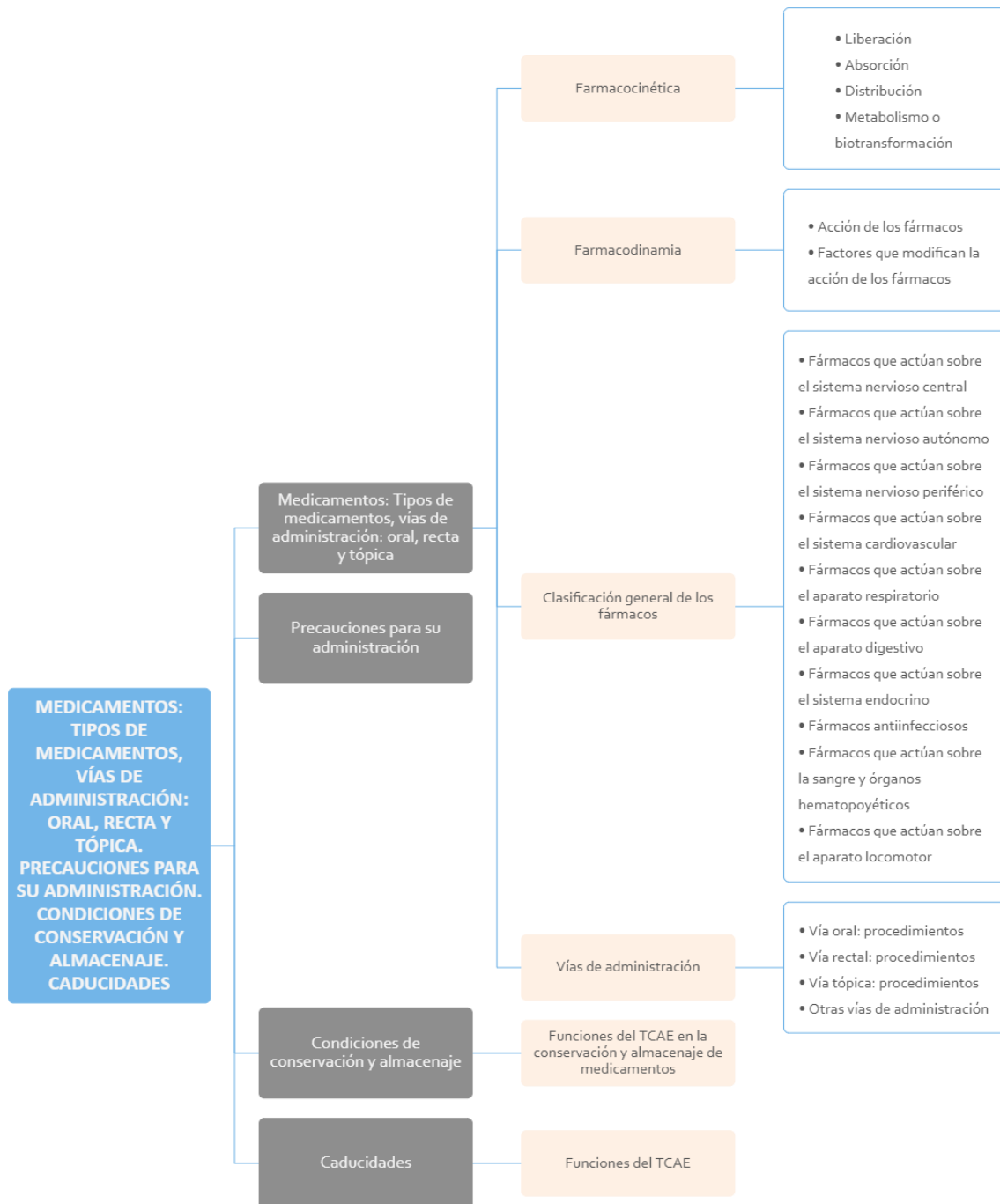
La administración de medicamentos puede realizarse por distintas vías: oral, rectal y tópica, entre otras, cada una con procedimientos específicos y precauciones que garantizan su eficacia y la seguridad del paciente.

Además, resulta esencial conocer las condiciones de conservación y almacenamiento, así como la correcta gestión de caducidades, funciones en las que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel relevante al colaborar en la organización, supervisión y registro de los fármacos.

Objetivos

- Comprender los principios de farmacocinética y farmacodinamia, así como la clasificación de los medicamentos según su acción en los diferentes sistemas del organismo.
- Conocer los procedimientos y precauciones asociadas a las principales vías de administración de medicamentos: oral, rectal y tópica.
- Identificar las condiciones de conservación, almacenaje y caducidad de los medicamentos, aplicando criterios de seguridad y control en colaboración con el TCAE.

Mapa Conceptual



1. Medicamentos: Tipos de medicamentos, vías de administración: oral, recta y tópica

La **farmacología** es la rama de las ciencias biomédicas que se encarga del estudio de los fármacos, es decir, de las sustancias utilizadas con fines terapéuticos, y de sus efectos sobre el organismo. Esta disciplina analiza cómo actúan los medicamentos, cómo se absorben, distribuyen, metabolizan y eliminan, así como sus posibles efectos secundarios.

Según lo establecido por la **Ley del Medicamento**, un medicamento es toda sustancia o combinación de sustancias con propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o trastornos en seres humanos o animales. Está compuesto por:

- **Principio activo:** es la sustancia responsable de ejercer la acción terapéutica, es decir, aquella que produce el efecto deseado en el organismo.
- **Excipientes o coadyuvantes:** son componentes que se añaden al principio activo para facilitar la preparación del medicamento, mejorar su conservación o favorecer su absorción y biodisponibilidad.

Los fármacos pueden clasificarse según su **origen** en tres grandes grupos:

- **Naturales:** se obtienen directamente de fuentes animales, vegetales o minerales.
- **Artificiales:**
 - Sintéticos: creados completamente en el laboratorio mediante procesos químicos.
 - Semisintéticos: derivados de sustancias naturales modificadas químicamente.
- **De ingeniería genética:** desarrollados aplicando técnicas de biotecnología y genética molecular para producir sustancias con propiedades terapéuticas específicas.

El término **droga** puede tener varios significados según el contexto. En farmacología, se refiere a la sustancia activa tal como se encuentra en la naturaleza, antes de ser transformada en un medicamento. No obstante, en un uso más amplio, también puede designar cualquier sustancia que posea efectos sobre el sistema nervioso central, con potencial tóxico y capacidad para generar dependencia o hábito.



Para saber más . . .

La **receta médica** es un documento oficial, normalizado y regulado, mediante el cual los profesionales de la medicina legalmente habilitados formulan la **prescripción de medicamentos** a sus pacientes. Este documento autoriza la **dispensación de los fármacos** en las oficinas de farmacia, cumpliendo con los requisitos legales y sanitarios establecidos. La receta garantiza que el tratamiento farmacológico sea administrado de forma segura, controlada y bajo supervisión profesional, siendo una herramienta esencial en el seguimiento terapéutico del paciente.

La **receta médica** es un documento oficial y normalizado mediante el cual un profesional médico legalmente autorizado prescribe medicamentos o productos sanitarios a un paciente, con el fin de que sean dispensados en una oficina de farmacia. Este documento constituye una garantía tanto para el paciente como para el farmacéutico, asegurando que el tratamiento se realiza bajo supervisión médica y en conformidad con la legislación sanitaria vigente.

Para ser válida, la receta debe contener una serie de datos esenciales:

- **Datos del médico prescriptor:** nombre completo, número de colegiado, especialidad, centro de trabajo (si procede) y firma que valida la prescripción.
- **Datos del paciente:** nombre y apellidos, número de identificación (DNI/NIE o número de tarjeta sanitaria), y en algunos casos la edad o fecha de nacimiento, especialmente si influye en la dosificación.

Atención al paciente con oxigenoterapia: métodos de administración de oxígeno, precauciones y métodos de limpieza del material

Introducción

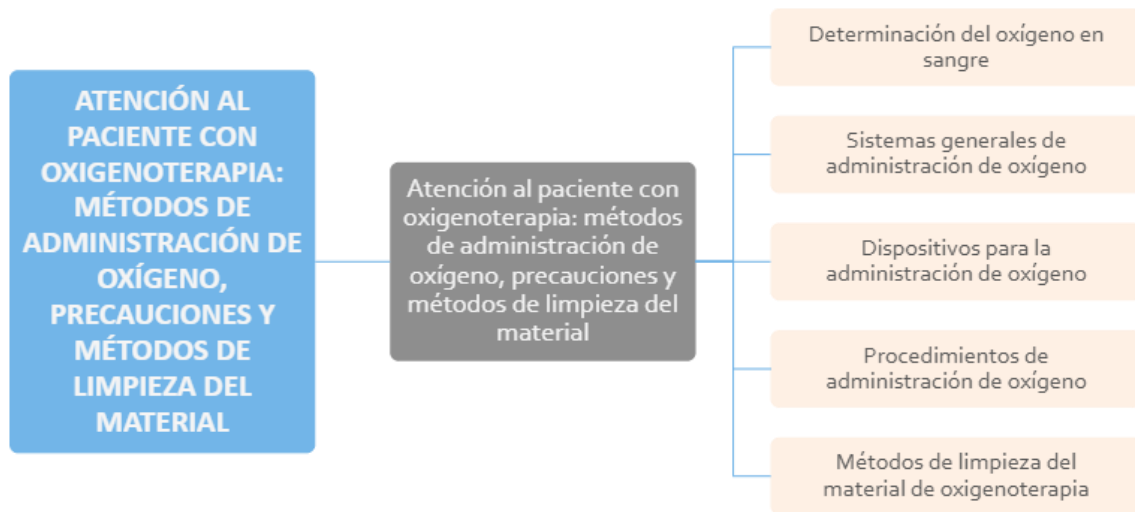
La atención al paciente con oxigenoterapia constituye un componente esencial en el cuidado de personas con alteraciones respiratorias, hipoxemia o necesidad de soporte respiratorio. Comprende la determinación del oxígeno en sangre, la selección del sistema y dispositivo adecuado para la administración, la monitorización de la eficacia del tratamiento y la identificación de posibles riesgos asociados. La correcta aplicación de la oxigenoterapia permite mejorar la oxigenación tisular, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación del paciente.

Asimismo, la atención incluye la limpieza y mantenimiento del material utilizado, así como la adopción de precauciones de seguridad para proteger tanto al paciente como al personal sanitario. La manipulación adecuada de equipos, junto con la verificación continua de los niveles de oxígeno y la utilización de protocolos de higiene, asegura la eficacia del tratamiento y la prevención de infecciones o accidentes relacionados con el oxígeno.

Objetivos

- Identificar los métodos de determinación de oxígeno en sangre y los sistemas generales de administración de oxígeno.
- Conocer los diferentes dispositivos de oxigenoterapia, sus indicaciones y procedimientos de administración, garantizando la seguridad del paciente.
- Describir los métodos de limpieza y mantenimiento del material de oxigenoterapia, así como las precauciones necesarias para su correcta manipulación y uso seguro.

Mapa Conceptual



1. Atención al paciente con oxigenoterapia: métodos de administración de oxígeno, precauciones y métodos de limpieza del material

La **oxigenoterapia** es una intervención terapéutica que consiste en la **administración controlada de oxígeno (O₂) en estado gaseoso**, con el objetivo de **corregir o prevenir la hipoxemia**, es decir, la disminución anormal de la presión parcial de oxígeno (PaO₂) en sangre arterial, y así asegurar una oxigenación tisular adecuada.

El **aire atmosférico** contiene aproximadamente un **21 % de oxígeno**, un **78 % de nitrógeno** y un **1 % de otros gases traza** como dióxido de carbono (CO₂), argón, neón y otros. En el contexto de la oxigenoterapia, se suministran concentraciones de O₂ superiores a las del aire ambiente, lo que permite incrementar el gradiente de difusión alveolo-capilar y, por tanto, mejorar la captación de oxígeno en los pulmones.

Este tipo de tratamiento está indicado en todas aquellas **patologías respiratorias agudas o crónicas** que cursen con **insuficiencia respiratoria**, tanto de tipo hipoxémico (tipo I) como hipercápnico (tipo II). Las manifestaciones clínicas más frecuentes que justifican la instauración de la oxigenoterapia incluyen disnea (sensación subjetiva de dificultad respiratoria), ortopnea (disnea en decúbito supino), cianosis (coloración azulada de piel y mucosas secundaria a hipoxemia) y expectoración patológica, que puede ser indicativa de un proceso infeccioso o inflamatorio asociado.

El objetivo terapéutico principal es aumentar la concentración de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂) y en los tejidos periféricos, mejorando así la oxigenación celular y evitando la hipoxia. Esta intervención debe realizarse **sin comprometer la ventilación alveolar ni inducir una depresión del centro respiratorio**, especialmente en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), donde un exceso de oxígeno puede suprimir el estímulo respiratorio hipóxico.

Por tanto, la oxigenoterapia debe ser considerada una medida terapéutica esencial en el manejo del paciente con dificultad respiratoria, debiendo ajustarse siempre a los parámetros clínicos y gasométricos del paciente, bajo una monitorización estricta para evitar efectos adversos asociados a una hiperoxia.

1.1. Determinación del oxígeno en sangre

Antes de iniciar un tratamiento con oxigenoterapia en pacientes con sospecha de hipoxemia, es fundamental realizar una **valoración objetiva del intercambio gaseoso mediante una gasometría arterial**. Esta prueba diagnóstica consiste en el análisis de una muestra de sangre extraída de una arteria, habitualmente la arteria radial, que permite determinar diversos **parámetros fisiológicos y bioquímicos** clave en la valoración del estado respiratorio y metabólico del paciente.

La **gasometría arterial** no solo se utiliza como herramienta diagnóstica inicial, sino que también puede repetirse durante el tratamiento para monitorizar la eficacia de la ventilación y la adecuada oxigenación tisular. Entre los parámetros principales que evalúa, destacan:

- **PaO₂ (presión parcial de oxígeno en sangre arterial)**: indica la cantidad de oxígeno disuelto en plasma. Su valor fisiológico en adultos sanos se sitúa por encima de 80 mmHg. Valores inferiores indican hipoxemia, y requieren intervención terapéutica inmediata si se asocian a sintomatología clínica o compromiso orgánico.
- **PaCO₂ (presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial)**: refleja la eficiencia de la eliminación de CO₂ a través de la ventilación pulmonar. El rango normal oscila entre 35 y 45 mmHg. Niveles superiores a este rango indican hipercapnia, generalmente asociada a hipoventilación alveolar, como ocurre en patologías como la EPOC o la depresión del centro respiratorio.
- **pH sanguíneo**: proporciona información sobre el estado ácido-base del paciente. El valor normal se sitúa entre 7,35 y 7,45. Alteraciones fuera de este rango indican acidosis o alcalosis, ya sean de origen respiratorio o metabólico.
- **Bicarbonato (HCO₃⁻) y exceso de bases (Base Excess)**: estos parámetros permiten evaluar la capacidad tampón del sistema metabólico para compensar alteraciones del equilibrio ácido-base.
- **SaO₂ (saturación arterial de oxígeno)**: porcentaje de hemoglobina arterial que se encuentra saturada con oxígeno. Aunque puede calcularse mediante gasometría, también puede monitorizarse de forma continua y no invasiva mediante pulsioximetría.

Aplicación local de frío y calor: indicaciones. Efectos sobre el organismo. Procedimientos y precauciones

Introducción

La aplicación local de frío y calor constituye una intervención terapéutica utilizada para tratar diversas patologías musculoesqueléticas, inflamatorias y traumáticas, así como para aliviar dolor y favorecer la recuperación de tejidos. Esta técnica requiere la selección adecuada de la modalidad, intensidad y tiempo de aplicación, considerando las indicaciones terapéuticas, las contraindicaciones y las características individuales del paciente.

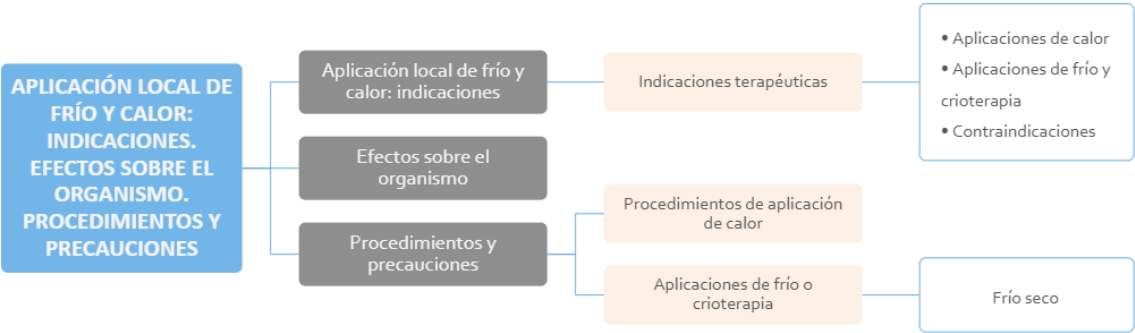
El efecto de estas aplicaciones sobre el organismo incluye cambios en la circulación sanguínea, metabolismo tisular, respuesta inflamatoria y percepción del dolor. La correcta ejecución de los procedimientos de aplicación, tanto de calor como de frío, y la adopción de precauciones específicas son fundamentales para maximizar los beneficios terapéuticos y prevenir lesiones o complicaciones asociadas.

Objetivos

- Identificar las indicaciones y contraindicaciones de la aplicación local de frío y calor, así como las principales técnicas terapéuticas utilizadas.

- Comprender los efectos fisiológicos del frío y del calor sobre el organismo y su repercusión en el alivio del dolor y la recuperación tisular.
- Conocer los procedimientos correctos de aplicación, incluyendo frío seco y calor local, así como las precauciones necesarias para garantizar la seguridad del paciente.

Mapa Conceptual



1. Aplicación local de frío y calor: indicaciones

La terapia mediante agentes físicos abarca diferentes procedimientos en los que se emplean elementos naturales o artificiales con fines terapéuticos, como la **helioterapia** (uso del sol), la **fototerapia** (uso de la luz), la **electroterapia** (uso de la electricidad), entre otros.

Dentro de estos tratamientos se incluyen los basados en la aplicación de **calor y frío**, englobados bajo el término de termoterapia. Todos estos procedimientos deben estar adecuadamente prescritos por personal médico y ser realizados por profesionales sanitarios cualificados, con la posible colaboración de personal auxiliar.

De forma general, pueden definirse de la siguiente manera:

- **Termoterapia:** tratamiento que utiliza los efectos del calor y del frío sobre el organismo, aunque habitualmente el término se emplea únicamente para referirse a la aplicación de calor con fines terapéuticos.
- **Crioterapia:** técnica que consiste en la aplicación del frío como agente terapéutico.

Ambas modalidades requieren un uso cuidadoso, ya que una aplicación excesiva de calor o de frío puede provocar efectos adversos, como **quemaduras o congelaciones**.

La **tolerancia del paciente** constituye un aspecto esencial que debe valorarse antes de la aplicación, la cual depende de distintos factores:

- La **edad**, ya que en personas mayores y niños la sensibilidad es mayor.
- La **zona corporal** en la que se aplique, pues existen áreas más vulnerables a los cambios de temperatura.
- La **superficie tratada**, siendo mayor el riesgo cuanto más extensa sea.
- El **tiempo de exposición**, que debe ajustarse cuidadosamente para evitar complicaciones.

Termorregulación o regulación térmica

El organismo humano requiere mantener una **temperatura corporal estable**, situada generalmente entre 36 y 37 °C, con el fin de asegurar el correcto desarrollo de las funciones vitales. Este valor puede presentar variaciones en función del lugar donde se realice la medición: por ejemplo, en la axila suele registrarse entre 36,5 y 37 °C, mientras que en la temperatura rectal se observa un incremento aproximado de 0,5 °C.

Cualquier alteración que afecte a la temperatura corporal activa los **mecanismos de termorregulación**, cuyo objetivo es restablecer el equilibrio térmico y conservar la estabilidad interna del organismo.



Para saber más...

En la práctica de la helioterapia deben considerarse diversas precauciones:

- Evitar la exposición durante las horas de mayor intensidad solar, especialmente en la época estival.
- Iniciar la exposición de forma progresiva y gradual.
- Prestar especial atención a niños y personas mayores, ya que presentan mayor sensibilidad y menor tolerancia a la radiación solar.
- Mantener la cabeza y los ojos protegidos durante la exposición.
- La aparición de cansancio o fatiga constituye un signo de exceso en la exposición solar y requiere suspender la práctica.

El organismo dispone de dos sistemas de regulación de la temperatura:

- Los **receptores térmicos periféricos**, situados en las terminaciones nerviosas de la superficie corporal, detectan los cambios de temperatura ambiental y transmiten la información a la corteza cerebral. Esta genera respuestas conscientes, como abrigarse, utilizar ventilación manual, o ingerir bebidas frías o calientes, según la sensación percibida.

Higiene de los centros sanitarios: antisépticos, desinfectantes. Esterilización. Métodos de esterilización según el tipo de material. Tipos de controles. Manipulación y conservación del material estéril

Introducción

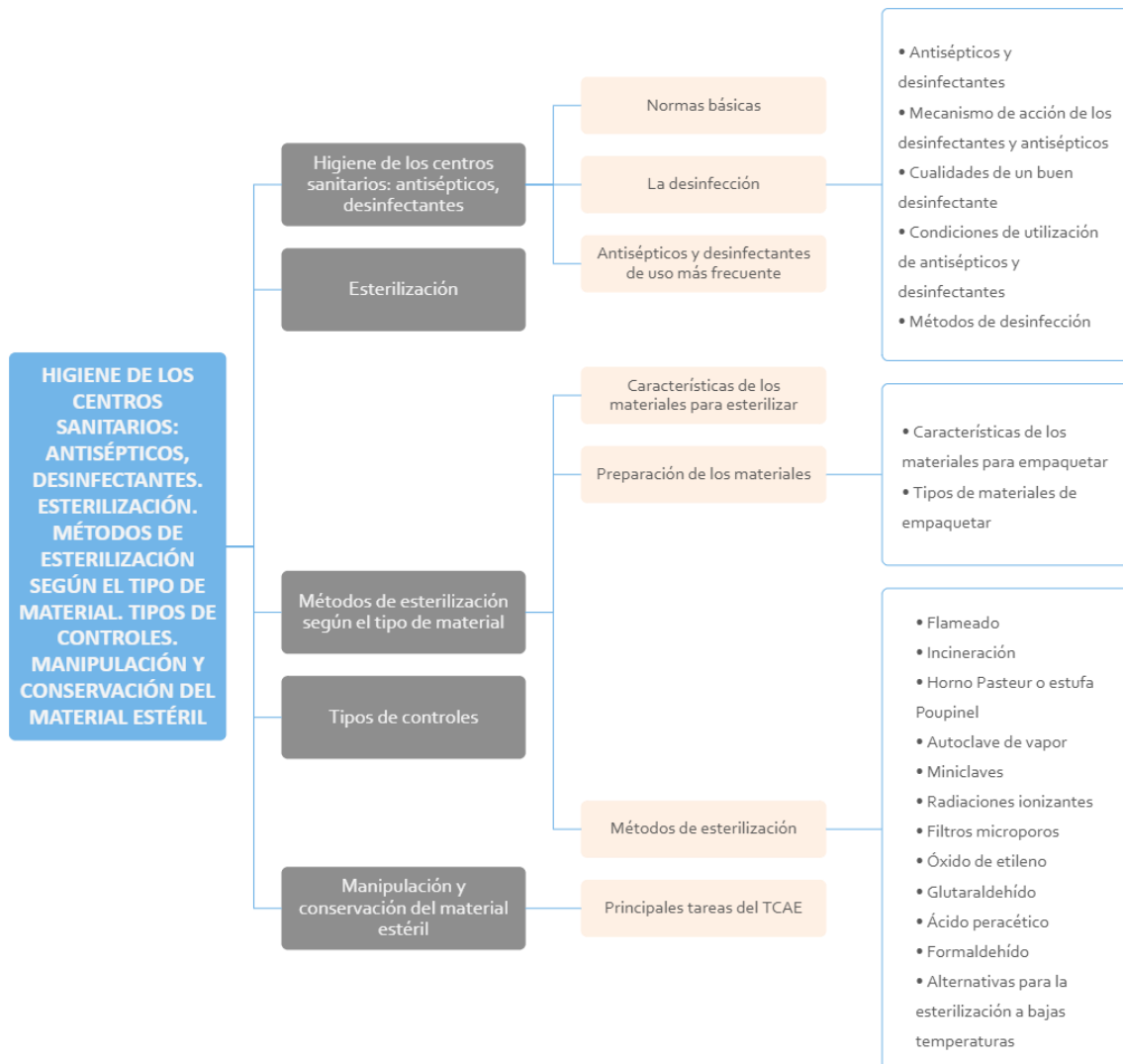
La higiene en los centros sanitarios constituye un elemento fundamental para la prevención de infecciones nosocomiales y la protección de pacientes, personal sanitario y el entorno. Incluye la correcta utilización de antisépticos y desinfectantes, la aplicación de métodos de esterilización adaptados al tipo de material y la implementación de controles que aseguren la eficacia de estos procedimientos.

El manejo adecuado del material estéril, desde su preparación hasta su conservación y manipulación, es esencial para mantener la asepsia y garantizar la seguridad clínica. La correcta formación del personal, incluidos los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), permite un control sistemático de los procesos de desinfección y esterilización, optimizando la prevención de riesgos asociados a la contaminación microbiológica.

Objetivos

- Identificar los tipos de antisépticos y desinfectantes, su mecanismo de acción, condiciones de uso y métodos de desinfección aplicables en centros sanitarios.
- Conocer los distintos métodos de esterilización según el tipo de material, así como los controles que garantizan la eficacia del proceso.
- Comprender las normas de manipulación, conservación y preparación del material estéril, incluyendo las funciones específicas del TCAE en estos procedimientos.

Mapa Conceptual



1. Higiene de los centros sanitarios: antisépticos, desinfectantes

La limpieza comprende un conjunto de acciones de aplicación sencilla, pero constituye un proceso de relevancia fundamental. Una parte considerable de los procesos infecciosos se origina en deficiencias en el lavado, más que en fallos de esterilización. En el entorno sanitario, para garantizar una limpieza adecuada, se debe seguir lo estipulado en el manual de normas y procedimientos, donde se incluyen protocolos técnicos, descripción de procesos, criterios de evaluación y medidas de prevención de riesgos laborales.

En términos generales, todo material, equipo y sistema requiere procesos de limpieza y descontaminación, a los que se suman la desinfección —en el caso del material que entra en contacto con piel, mucosas o cavidades no estériles— y la esterilización —para aquel instrumental que penetra en cavidades asépticas, torrente circulatorio, tejidos vascularizados o heridas abiertas, así como el destinado al tratamiento y cuidado de pacientes inmunodeprimidos o trasplantados—.



Para saber más . . .

No siempre se tiene presente que la limpieza, la descontaminación, la desinfección y la esterilización constituyen procedimientos esenciales para interrumpir la cadena epidemiológica de la infección.

La limpieza se entiende como una técnica de saneamiento que implica acciones planificadas y sistemáticas destinadas a eliminar y separar de las superficies inertes, mediante métodos mecánicos y físicos, la suciedad que actúa como soporte y nutriente para los microorganismos.

La descontaminación, por su parte, abarca un conjunto de procesos físicos, químicos o combinados que permiten la eliminación o disminución de los microorganismos patógenos. En la práctica, al retirar de un objeto la suciedad, los restos orgánicos y parte de la flora microbiana, se lleva a cabo de manera conjunta la limpieza y la descontaminación, logrando reducir la carga bacteriana hasta en un 99 %.

No se dispone de reglas exactas y plenamente definidas que establezcan, de forma diferenciada y como procesos independientes, la indicación de limpieza, desinfección y esterilización. Lo más adecuado es seguir lo estipulado en el manual de normas y procedimientos de cada centro sanitario y cumplir los protocolos que en él se recogen. Dicho manual incorpora, entre otros aspectos, el protocolo técnico, la descripción de los procesos, los criterios de evaluación y las medidas de prevención de riesgos laborales dirigidas al personal.

La limpieza del material posee la misma relevancia que los procedimientos de esterilización, ya que la mayoría de los procesos infecciosos vinculados al uso de instrumental derivan de deficiencias en el lavado, y no de errores en la esterilización. Por ello resulta esencial controlar los procesos previos a la esterilización, así como la trazabilidad del material esterilizado hasta su utilización.

La limpieza puede llevarse a cabo como procedimiento independiente o de manera simultánea a la desinfección del objeto. La esterilización, en cambio, se aplica mediante métodos específicos una vez que el instrumento ha sido limpiado, desinfectado y secado, siguiendo la norma general.

En la práctica, al retirar la suciedad, la materia orgánica y parte de la carga microbiana de un objeto, se logra de forma conjunta la limpieza y la descontaminación, alcanzando una reducción bacteriana de hasta el 99 %.

La limpieza se entiende como una técnica de saneamiento compuesta por acciones metódicas y programadas, orientadas a la eliminación y separación, mediante medios físicos y mecánicos, de la suciedad presente en superficies inertes, la cual actúa como soporte y fuente de nutrientes para los microorganismos.

La descontaminación, por su parte, se define como el conjunto de procedimientos físicos, químicos o combinados que permiten la eliminación o, en su defecto, la reducción de los microorganismos patógenos.

En el ámbito hospitalario y en la atención especializada, se distinguen tres tipos de zonas en función del riesgo derivado de los niveles de contaminación para los pacientes:

- **Zonas de bajo riesgo:** áreas de circulación general, capilla, biblioteca, aulas, salas de espera, entre otras.

Infecciones nosocomiales: definición, cadena epidemiológica. Barreras higiénicas. Tipos y medidas de aislamiento. Importancia del lavado de manos

Introducción

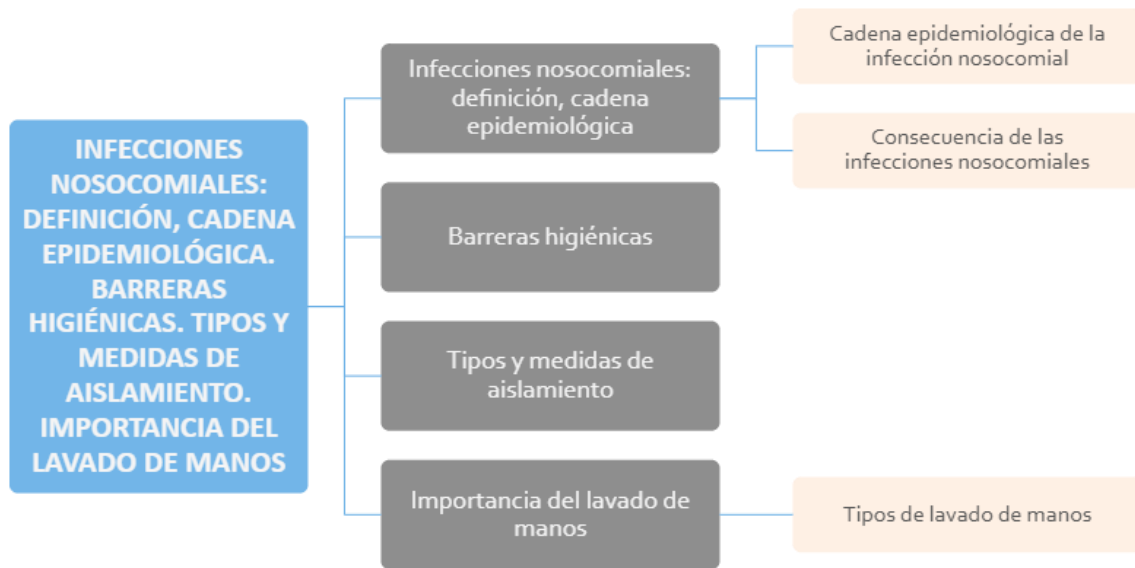
Las infecciones nosocomiales constituyen un importante problema de salud pública, al presentarse durante la estancia hospitalaria o tras procedimientos sanitarios y no estar presentes en el momento del ingreso. Su prevención y control requiere conocer la cadena epidemiológica, que explica la interacción entre agente, reservorio, vía de transmisión y huésped susceptible, así como la aplicación rigurosa de medidas higiénicas y protocolos de aislamiento.

Las estrategias preventivas incluyen la implementación de barreras higiénicas, el empleo adecuado de aislamientos según el tipo de transmisión y, de forma prioritaria, la práctica correcta del lavado de manos como medida más eficaz y sencilla. El personal sanitario desempeña un papel esencial en la interrupción de la transmisión de microorganismos, garantizando la seguridad de los pacientes y reduciendo la incidencia de estas infecciones.

Objetivos

- Identificar los elementos de la cadena epidemiológica implicados en la aparición y transmisión de infecciones nosocomiales.
- Reconocer las principales medidas preventivas, incluyendo barreras higiénicas y tipos de aislamiento, aplicables en el entorno hospitalario.
- Comprender la importancia del lavado de manos, diferenciando sus tipos y momentos clave en la práctica clínica.

Mapa Conceptual



1. Infecciones nosocomiales: definición, cadena epidemiológica

Las **infecciones nosocomiales**, también conocidas como infecciones hospitalarias o asociadas a la atención sanitaria (IAAS), son aquellas que un paciente adquiere durante su estancia en un centro de salud, como un hospital o clínica. Estas infecciones no estaban presentes al momento del ingreso del paciente ni en período de incubación, sino que se desarrollan durante la hospitalización, o incluso después de la alta, en un plazo determinado. Estas infecciones pueden ser causadas por diversos microorganismos patógenos, como bacterias, virus, hongos o parásitos, muchos de los cuales presentan resistencia a los tratamientos convencionales debido a la alta concentración de antibióticos en el entorno hospitalario.

El riesgo de infección nosocomial está relacionado con diversos factores. Entre ellos, se encuentran los **procedimientos médicos** invasivos, como las cirugías, la inserción de sondas o catéteres intravenosos, y otros dispositivos médicos. Estos procedimientos, al comprometer la integridad de la piel y las mucosas, proporcionan una vía directa para que los microorganismos ingresen al cuerpo. Además, el entorno hospitalario, con una alta carga bacteriana y la presencia de microorganismos resistentes a antibióticos, favorece la propagación de infecciones.

Las infecciones nosocomiales son variadas y se presentan en distintas formas, siendo las más comunes las **infecciones del tracto urinario**, especialmente en pacientes con sondas urinarias, **neumonías nosocomiales**, que suelen desarrollarse en pacientes intubados o aquellos con ventilación mecánica, y las infecciones de heridas quirúrgicas, que ocurren en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. También son frecuentes las **infecciones de la corriente sanguínea**, asociadas a catéteres intravenosos, y las **infecciones gastrointestinales**, como las provocadas por *Clostridium difficile*, una bacteria que causa diarreas graves.

Existen diversos **factores de riesgo** para el desarrollo de infecciones nosocomiales. La **edad avanzada** y un sistema inmunológico debilitado por enfermedades crónicas o tratamientos inmunosupresores incrementan la vulnerabilidad del paciente. Asimismo, el **uso prolongado de dispositivos médicos invasivos** y una **estancia hospitalaria prolongada** son factores importantes que favorecen la aparición de estas infecciones. También influyen las **condiciones del hospital**, ya que la falta de higiene, el control insuficiente de infecciones y la presencia de personal sanitario sin una correcta desinfección de manos, aumentan el riesgo de transmisión de patógenos.

Para la **prevención** de las infecciones nosocomiales, es fundamental implementar estrictas medidas de **higiene**. El personal de salud debe practicar una correcta desinfección de manos, el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), y mantener la limpieza de equipos médicos y superficies. Además, los pacientes con infecciones contagiosas deben ser aislados de manera apropiada para evitar la propagación de microorganismos. La administración responsable de **antibióticos**, para evitar la resistencia bacteriana, y el manejo adecuado de dispositivos invasivos son claves en la prevención. También es esencial la formación **continua del personal sanitario**, para asegurar que se mantengan actualizados en las mejores prácticas de prevención y control.

El impacto de las infecciones nosocomiales es significativo. No solo contribuyen a un **aumento de la morbilidad** y mortalidad de los pacientes, sino que también **prolongan la estancia hospitalaria**, lo que incrementa los costos del tratamiento y ejerce una gran presión sobre los recursos del sistema de salud. La **resistencia bacteriana** que resulta del uso excesivo e inadecuado de antibióticos agrava aún más el problema, ya que dificulta el tratamiento de infecciones más complejas.

1.1. Cadena epidemiológica de la infección nosocomial

La cadena epidemiológica de la infección nosocomial describe el proceso mediante el cual se desarrolla y transmite una infección dentro del entorno sanitario. Esta cadena consta de varios eslabones interrelacionados; si se rompe alguno de ellos, se puede prevenir la infección. Comprender esta cadena es esencial para el diseño de estrategias eficaces de prevención y control en centros de salud. A continuación, se detallan los componentes de la cadena epidemiológica en el contexto de una infección nosocomial:

Atención y cuidados al paciente en situación terminal: actitud ante la muerte. Duelo. Apoyo al cuidador principal y familia. Cuidados post mórtem

Introducción

La atención al paciente en situación terminal requiere un abordaje integral que contemple no solo las necesidades físicas derivadas de la enfermedad, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos tienen como finalidad aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y acompañar al paciente y su entorno durante el proceso de final de vida.

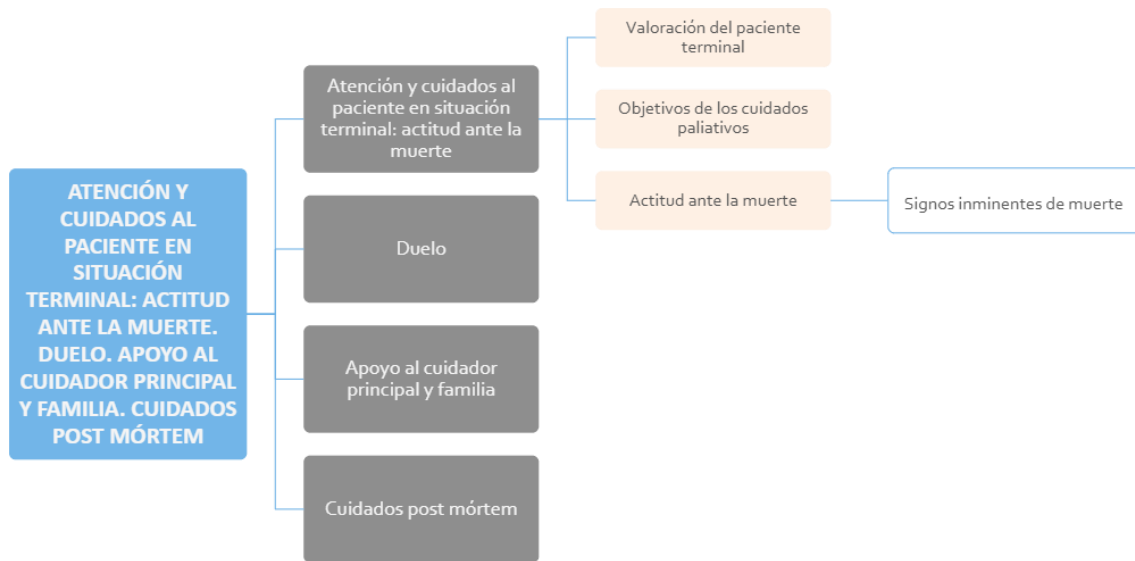
En este contexto, la actitud del profesional sanitario frente a la muerte es determinante para ofrecer una atención digna y humanizada. Además, es imprescindible brindar apoyo al cuidador principal y a la familia, así como garantizar una correcta asistencia en el duelo y la aplicación adecuada de los cuidados post mórtem.

Objetivos

- Reconocer los principios fundamentales de los cuidados paliativos y la actitud profesional adecuada ante la muerte.

- Identificar las fases del duelo y las intervenciones de apoyo dirigidas al paciente, la familia y el cuidador principal.
- Describir los procedimientos básicos de los cuidados post mórtem y su importancia en el respeto a la dignidad del paciente fallecido.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados al paciente en situación terminal: actitud ante la muerte

A lo largo del ciclo vital, el ser humano atraviesa diversas etapas, siendo el final de la vida una fase más dentro de ese proceso continuo, natural y biológico que, de forma inevitable, afecta a toda la especie. La muerte, por tanto, no debe concebirse como un evento aislado o ajeno, sino como parte intrínseca del devenir vital.

Se considera **enfermedad terminal** aquella patología que ha alcanzado la fase final de su evolución, caracterizándose por un pronóstico de vida limitado, generalmente estimado en un período no superior a seis meses, siempre que la enfermedad siga su curso habitual. Este estadio implica la irreversibilidad del proceso y la ausencia de tratamientos curativos efectivos.

Aunque este tipo de patologías puede presentarse en cualquier etapa de la vida, es en el ámbito de la **geriatria** donde con mayor frecuencia se observa la aparición de enfermedades crónicas avanzadas que evolucionan hacia la terminalidad. Este fenómeno se ha visto acentuado por el incremento de la **esperanza de vida**, lo que ha dado lugar a un mayor número de personas que sobreviven con enfermedades que antaño hubieran resultado letales en fases previas de su desarrollo.

En este contexto, se ha generado un interés creciente por los **cuidados paliativos**, que comprenden la atención integral, individualizada y humanizada de las personas en proceso de morir. Estos cuidados buscan aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, favoreciendo una muerte digna y en condiciones de confort.

El proceso de agonía y el tránsito hacia la muerte constituyen momentos de profunda complejidad emocional y adaptación, tanto para la persona afectada como para su entorno familiar y los profesionales que la asisten. Morir es un acto profundamente **individual y subjetivo**, influido por múltiples factores personales y contextuales, como las creencias, los valores, las experiencias de vida y el soporte emocional recibido.

La forma en que cada individuo enfrenta la muerte puede derivar en una mayor o menor aceptación del proceso, dependiendo en gran medida de su **estructura de personalidad**, sus mecanismos de afrontamiento y la calidad de los **cuidados integrales** proporcionados en la etapa final de la vida.



Para saber más...

En el ámbito de la geriatría, las enfermedades terminales son aquellas patologías crónicas e irreversibles que han alcanzado una fase avanzada en la que ya no existen opciones terapéuticas curativas y cuya evolución conduce, de forma progresiva, al fallecimiento del paciente. Las causas más frecuentes de terminalidad en personas mayores son:

- **Neoplasias malignas sin posibilidad de tratamiento curativo:** incluyen los distintos tipos de cáncer en estadios avanzados y metastásicos, donde las opciones de tratamiento se limitan a cuidados paliativos orientados al control de síntomas y mejora de la calidad de vida.
- **Demencia en fase avanzada (tipo Alzheimer u otras demencias):** caracterizada por deterioro cognitivo severo, pérdida de funcionalidad, dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, y complicaciones frecuentes como desnutrición, infecciones respiratorias o úlceras por presión.
- **Accidente cerebrovascular (ACV) con secuelas incapacitantes no rehabilitables:** se trata de ictus isquémicos o hemorrágicos que generan daño neurológico irreversible, dejando al paciente en situación de gran dependencia, con alteraciones de la movilidad, el lenguaje o la deglución.
- **Enfermedades neurológicas degenerativas en fase terminal:** como la enfermedad de Parkinson avanzada, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) u otras patologías del sistema nervioso central con progresión continua hacia la pérdida de funciones motoras, respiratorias y cognitivas.
- **Enfermedades cardiorrespiratorias crónicas muy evolucionadas:** incluyen la insuficiencia cardíaca congestiva en estadio terminal, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave o la fibrosis pulmonar avanzada, cuando cursan con disnea intensa, hipoxemia persistente y escasa respuesta al tratamiento médico convencional.
- **Hepatopatías crónicas en fase terminal:** especialmente la cirrosis hepática descompensada, que puede manifestarse con ictericia, ascitis, encefalopatía

Atención y cuidados a personas con problemas de salud mental y/o toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias. Técnicas de inmovilización

Introducción

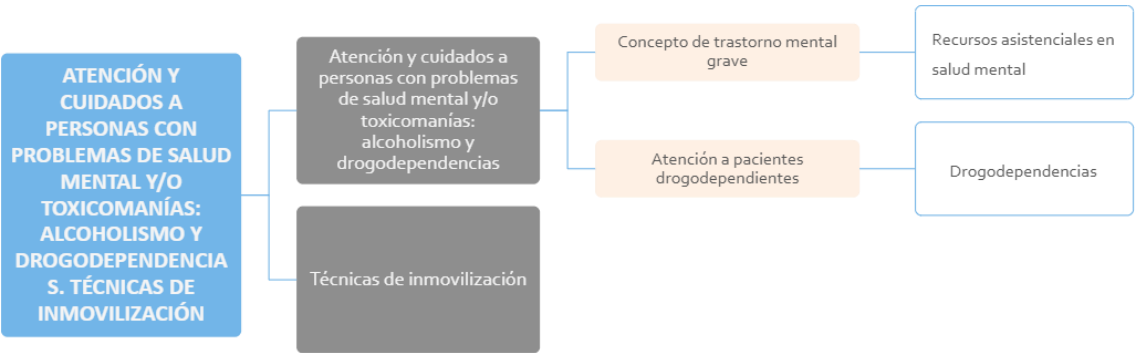
La atención a personas con problemas de salud mental y/o toxicomanías constituye un ámbito esencial dentro de los cuidados sanitarios, ya que estas patologías presentan una elevada prevalencia y repercuten de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes y su entorno. El abordaje profesional exige el conocimiento de los recursos asistenciales disponibles, así como de las estrategias de intervención y cuidados específicos en situaciones de crisis.

En el caso de las drogodependencias y el alcoholismo, la intervención sanitaria debe combinar la asistencia terapéutica con el acompañamiento social, promoviendo la adherencia al tratamiento y la reintegración del paciente en la comunidad. Asimismo, resulta imprescindible conocer y aplicar correctamente las técnicas de inmovilización cuando la situación clínica lo requiera, garantizando tanto la seguridad del paciente como la del personal asistencial.

Objetivos

- Identificar el concepto de trastorno mental grave y describir los principales recursos asistenciales en salud mental.
- Reconocer los distintos tipos de drogodependencias y establecer pautas de atención integral al paciente drogodependiente o con problemas de alcoholismo.
- Aplicar de forma correcta y segura las técnicas de inmovilización, atendiendo a criterios éticos, legales y de seguridad clínica.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados a personas con problemas de salud mental y/o toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias

1.1. Concepto de trastorno mental grave

Las enfermedades mentales afectan intensamente la calidad de vida de los enfermos y de las personas que los rodean. Durante toda la historia, la locura era lo único catalogado como enfermedad mental y su origen era asignado a fuerzas malignas, cuestiones morales o espirituales. Y fue hasta 1790, cuando los estudios del médico francés Philippe Pinel, llevaron a identificar a la Psiquiatría como una especialidad y a las enfermedades mentales como producto de diversos factores que van desde los orgánicos y funcionales hasta los emocionales.

Muchas clasificaciones se han tratado de hacer desde entonces para ubicar los diferentes trastornos mentales, según las características, orígenes y efectos.

Las enfermedades mentales tienen en común el que las relaciones interpersonales y sociales se ven afectadas y las personas no pueden llevar una vida social adecuada, y su origen puede ser de varios tipos:

- Por problemas genéticos que presenten daño orgánico en alguna zona del cerebro que tiene que ver con el comportamiento y/o aprendizaje humano.
- Por trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos, provocados por diversos factores.
- Por algún problema sufrido en el cerebro, durante el parto.
- Por problemas ambientales, que pueden ser ocasionados por algún contaminante o como resultado de vivencias de situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- Como resultado de un estilo de vida que implique situaciones educativas violentas o antisociales.
- Por problemas seniles que van deteriorando y limitando las funciones mentales.
- Por el uso y consumo de drogas o fármacos no recomendados.

- Como consecuencia de accidentes y lesiones cerebrales.

Así, entre los problemas mentales y en función de la gravedad y de su origen se pueden distinguir los ocasionados por daños orgánicos como el retraso mental, las enfermedades psicóticas y las neuróticas.

Los trastornos psicóticos o psicosis se caracterizan por una pérdida del contacto con la realidad y los casos de esta enfermedad son muy escasos. Entre ellos están la esquizofrenia, la paranoia y las formas extremas de depresión, como la psicosis maniaco depresiva.

Los problemas relacionados con la neurosis se caracterizan por estados de malestar y ansiedad, pero las personas afectadas no llegan a perder el contacto con la realidad.

Entre los problemas de neurosis, están los cambios bruscos de carácter, las fobias, los miedos y el pánico, la angustia, la histeria, el estrés, la depresión, los trastornos obsesivo compulsivos, la hipocondría y en general, todos los que provocan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad.

También existen otros problemas mentales ocasionados por la edad y el deterioro de los tejidos cerebrales. Entre ellas están por ejemplo el Alzheimer o el mal de Parkinson que afecta el sistema nervioso.

En todos los casos la ayuda oportuna, adecuada y humana, puede ayudar a mejorar las condiciones y la calidad de vida del paciente. A veces es necesario solo la ayuda de un psicólogo y otras de un médico psiquiatra que controle adecuadamente los medicamentos, que siempre serán administrados bajo un control absoluto.

Las **características** de los **principales trastornos mentales** son:

- **Afasia:** La afasia es una afección orgánica causada por lesión en la corteza cerebral. Esta lesión produce una pérdida o disminución de la facultad de utilizar palabras como símbolos de ideas. Por ejemplo, una persona necesita explicar algún tema en especial y no tiene la fluidez para hacerlo, ya que no encuentra las palabras necesarias para dar su idea.

Conocimientos básicos sobre las úlceras por presión: concepto, proceso de formación, localización y factores de riesgo, etiología, medidas de prevención, movilización y cambios posturales

Introducción

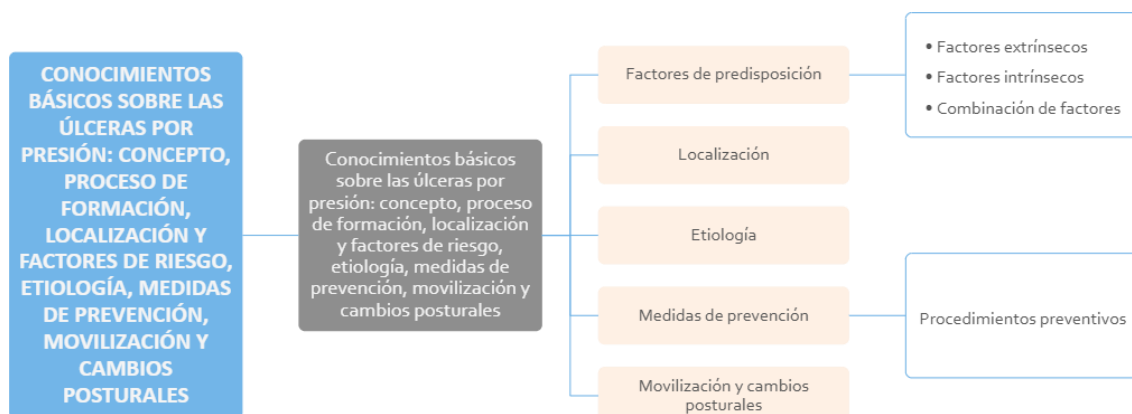
Las úlceras por presión constituyen una complicación frecuente en personas con movilidad reducida o encamadas, originadas por la presión mantenida o combinada con factores mecánicos que comprometen la circulación sanguínea y generan lesiones en la piel y tejidos subyacentes. Su aparición repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, aumenta la morbilidad y prolonga los periodos de hospitalización.

El conocimiento de su etiología, factores de riesgo y localización más común, así como la aplicación sistemática de medidas preventivas basadas en la movilización y los cambios posturales, resultan fundamentales para garantizar cuidados de calidad y reducir la incidencia de estas lesiones en los distintos niveles asistenciales.

Objetivos

- Definir el concepto de úlcera por presión, describiendo su proceso de formación, localización habitual y principales factores de predisposición.
- Analizar la etiología y diferenciar los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en el desarrollo de úlceras por presión.
- Aplicar medidas de prevención, movilización y cambios posturales adecuados para evitar la aparición de lesiones y favorecer la seguridad del paciente.

Mapa Conceptual



1. Conocimientos básicos sobre las úlceras por presión: concepto, proceso de formación, localización y factores de riesgo, etiología, medidas de prevención, movilización y cambios posturales

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas que comprometen la integridad de la piel y los tejidos subyacentes. Se producen en áreas localizadas donde la piel recubre prominencias óseas o zonas que permanecen durante mucho tiempo en contacto con superficies duras, como colchones o sillas. Estas lesiones se originan por una presión mantenida que impide la adecuada circulación sanguínea, lo que provoca una falta de oxígeno y nutrientes esenciales en los tejidos, desencadenando procesos de necrosis. Pueden afectar desde las capas más superficiales de la piel (epidermis y dermis) hasta tejidos más profundos como el tejido subcutáneo, músculo e incluso el hueso.

Estas lesiones se consideran de origen multifactorial y evolucionan lentamente. Cuando la piel se ve comprometida, se desarrolla una úlcera dolorosa, de difícil cicatrización, que además tiene un alto riesgo de infección. Una úlcera infectada puede extenderse hacia capas más profundas y originar complicaciones como trayectos fistulosos, afectando músculos y estructuras óseas.

Actualmente, el término “úlceras por presión” ha reemplazado al de “úlceras por decúbito”, ya que este último solo alude a pacientes encamados, mientras que el primero incluye otros factores causales, como el uso de dispositivos médicos (férulas, sondas, cánulas de traqueotomía, elementos de sujeción, etc.) o la presión mantenida en pacientes sentados.

Estas úlceras forman parte del grupo de heridas crónicas, junto a otras lesiones cutáneas como las úlceras vasculares o de origen mixto. Representan un problema significativo de salud pública, no solo por el impacto que tienen en la calidad de vida del paciente y en su evolución clínica, sino también por el incremento en los costes asistenciales y en la carga de trabajo del personal sanitario.

Su aparición se considera un indicador sensible de la calidad de los cuidados de enfermería, ya que no se trata de una enfermedad en sí, sino de una complicación prevenible que refleja deficiencias en la atención asistencial.

Los datos epidemiológicos recogidos por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP) indican que su prevalencia varía según el tipo de centro asistencial, oscilando entre el 7 % y el 38 %, con una media en torno al 12 %, lo que pone de manifiesto la relevancia de este problema en diversos ámbitos de la atención sanitaria.

1.1. Factores de predisposición

Se consideran factores predisponentes a las úlceras por presión todos aquellos elementos que, ya sea por condiciones propias del estado de salud del paciente o por influencias externas, favorecen o provocan su aparición. Estos factores se dividen en dos categorías principales:

- **Factores extrínsecos.**
- **Factores intrínsecos.**

1.1.1. Factores extrínsecos

Son situaciones externas al cuerpo del paciente que, si se mantienen en el tiempo, pueden desencadenar la aparición de úlceras por presión. Estos factores pueden actuar de forma más agresiva si se combinan con elementos internos propios del paciente. Los principales factores extrínsecos que influyen son:

- **Presión:** se refiere a la fuerza que comprime los tejidos cuando el paciente permanece largo tiempo en la misma posición, especialmente si el cuerpo reposa sobre zonas óseas y superficies duras. Esta presión constante puede interrumpir el flujo sanguíneo local, provocando lesiones por aplastamiento tisular.
- **Fricción:** es el desgaste que sufre la piel al rozar con una superficie, como ocurre al movilizar incorrectamente al paciente o al haber pliegues en las sábanas. También puede producirse por el contacto prolongado con dispositivos médicos como sondas o tubos.

Atención y cuidados a la mujer gestante. Alimentación. Higiene. Ejercicio y reposo

Introducción

El embarazo constituye un proceso fisiológico que implica importantes cambios físicos, emocionales y sociales en la mujer, requiriendo una atención integral orientada a la promoción de la salud materna y fetal. Los cuidados deben contemplar aspectos relacionados con la alimentación, la higiene, el ejercicio y el reposo, con el fin de favorecer un desarrollo gestacional saludable y prevenir complicaciones.

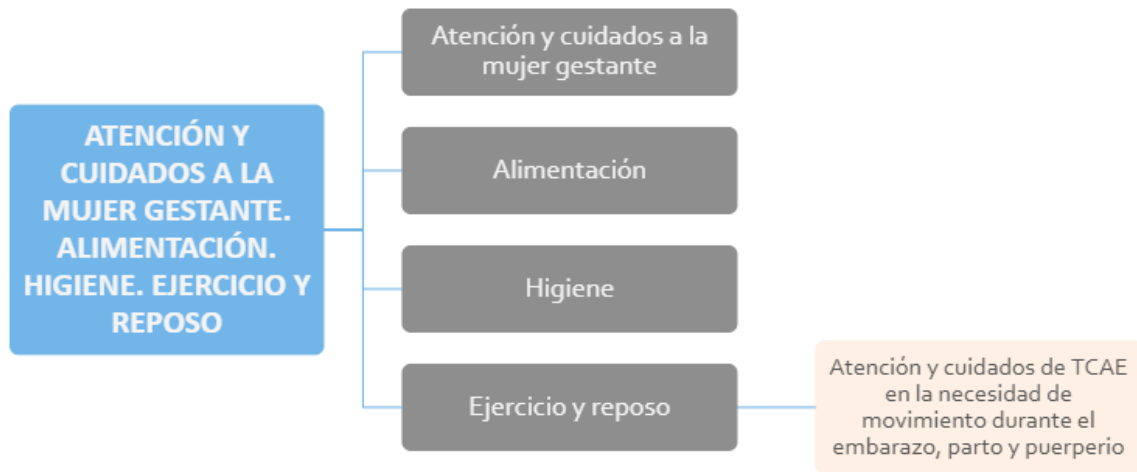
En este contexto, la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) resulta esencial, ya que participa en el acompañamiento y apoyo a la gestante, tanto en el control de hábitos saludables como en la cobertura de necesidades básicas de movimiento durante el embarazo, el parto y el puerperio, contribuyendo al bienestar global de la madre y del recién nacido.

Objetivos

- Reconocer las necesidades específicas de atención y cuidados en la mujer gestante, relacionadas con la alimentación, la higiene, el ejercicio y el reposo.

- Identificar las recomendaciones básicas para una dieta equilibrada, medidas higiénicas adecuadas y pautas de actividad física y descanso durante la gestación.
- Describir el papel del TCAE en la atención a la necesidad de movimiento en la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, garantizando seguridad y confort.

Mapa Conceptual



1. Atención y cuidados a la mujer gestante

Con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal, resulta fundamental llevar a cabo un seguimiento periódico del embarazo. A lo largo de la gestación, se recomienda acudir de manera regular a la consulta de obstetricia y, además, solicitar asistencia médica siempre que aparezcan síntomas como dolor abdominal, escalofríos, fiebre, disuria, pérdidas vaginales, vómitos, edemas, cefaleas u otras manifestaciones clínicas.

Algunas alteraciones físicas o mentales en el recién nacido pueden tener su origen en lesiones producidas durante la gestación o el parto. Un control adecuado del embarazo constituye una medida eficaz para prevenir gran parte de estas anomalías:

- **Recursos materiales:** el seguimiento completo de la gestación requiere la disponibilidad de recursos destinados a la anamnesis, inspección, palpación, auscultación y realización de estudios complementarios (analítica y ecografía, entre otros).
- **Protocolo de actuación:**
 - Primera visita: se realiza cuando existe sospecha o confirmación del embarazo. En esta consulta se lleva a cabo la historia clínica y obstétrica, y se registra la fecha de la última menstruación con el fin de calcular de manera aproximada la fecha probable del parto.
 - Exploración general y del aparato genital: se efectúa mediante inspección con valvas, tacto vaginal combinado, citología y maniobras de Leopold, técnicas de palpación abdominal de gran utilidad en las últimas diez semanas de gestación y al inicio del parto. Estas maniobras permiten obtener información sobre el número de fetos, la situación, la presentación y las posiciones fetales.
 - Auscultación del latido fetal: se realiza a través de ultrasonido, pudiéndose detectar desde la octava semana de gestación. La frecuencia cardíaca fetal suele situarse alrededor de 160 latidos por minuto en el primer trimestre, descendiendo progresivamente hasta aproximadamente 130.

- Inspección y palpación de las mamas: con especial atención al pezón, por su importancia en la lactancia posterior.
- Visitas sucesivas: se controlan el crecimiento uterino en relación con consultas anteriores, el latido fetal, la presión arterial, el aumento de peso y se llevan a cabo, en caso necesario, pruebas complementarias. De forma sistemática se realiza también examen de orina.
- Estudios complementarios: incluyen pruebas de laboratorio, ecografía (habitualmente una por trimestre), amnioscopia en situaciones indicadas y amniocentesis cuando está clínicamente justificada.

Cuidados de la embarazada

A lo largo de la gestación resulta fundamental mantener una serie de cuidados que repercuten de manera directa en el bienestar materno-fetal.

Es recomendable que la vestimenta y el calzado sean cómodos, evitando el uso de prendas ajustadas o de zapatos con tacón alto. La higiene debe recibir especial atención, tanto en la cavidad bucal como en la piel, los pezones (sobre todo en la etapa final del embarazo) y los genitales, no siendo aconsejables los lavados vaginales.

Se aconseja mantener una actividad física normal, favoreciendo paseos prolongados y evitando esfuerzos intensos o ejercicios bruscos. De igual forma, conviene promover una actitud y actividad psíquica positiva, lo que puede lograrse mediante la continuidad de las ocupaciones habituales y la preparación progresiva para el momento del parto.

La **educación maternal (EM)**, realizada por matronas en el ámbito de la atención primaria, constituye un recurso de gran valor. Sus objetivos se centran en la psicoprofilaxis del parto, el aprendizaje de los cuidados básicos del recién nacido y la adquisición de actitudes adecuadas a cada etapa, incluyendo el periodo prenatal, el parto y el posparto. La EM contribuye de manera significativa a identificar el inicio del parto, a vivirlo de forma más positiva, a mejorar el manejo del estrés y a adquirir la capacitación necesaria para la lactancia materna y la atención al recién nacido.

Urgencias y emergencias: concepto.
Primeros auxilios en situaciones críticas:
politraumatizados, quemados, shock,
intoxicación, heridas, hemorragias, asfixias.
Reanimación cardiopulmonar básica.
Mantenimiento y reposición del material
necesario (carro de parada).
Inmovilizaciones y traslado de enfermos

Introducción

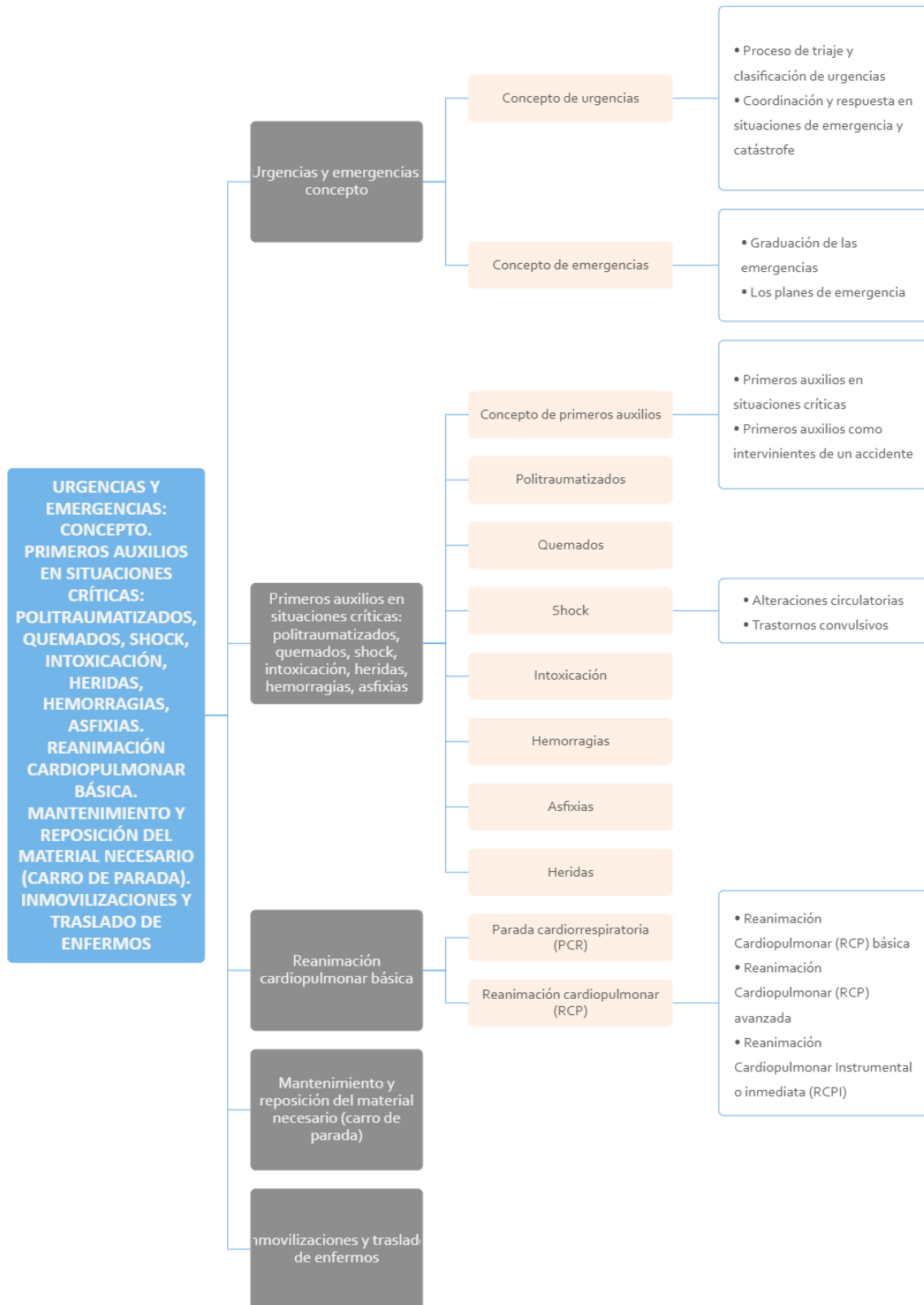
Las urgencias y emergencias constituyen situaciones de riesgo vital que requieren una intervención sanitaria inmediata, organizada y eficaz, con el fin de preservar la vida, limitar el daño y prevenir complicaciones mayores. El correcto abordaje de estos escenarios depende de una adecuada clasificación inicial mediante el triaje, la coordinación interprofesional y la aplicación de protocolos asistenciales adaptados a cada caso.

En este ámbito, el conocimiento y la práctica de los primeros auxilios, la reanimación cardiopulmonar básica, la utilización del material del carro de parada, así como las técnicas de inmovilización y traslado seguro del paciente, resultan esenciales para garantizar la calidad de la respuesta asistencial en situaciones críticas, tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario.

Objetivos

- Diferenciar los conceptos de urgencia y emergencia, comprendiendo el proceso de triaje y la organización de la respuesta sanitaria en catástrofes.
- Identificar y aplicar las técnicas de primeros auxilios ante situaciones críticas como politraumatismos, quemaduras, shock, intoxicaciones, heridas, hemorragias y asfixias.
- Describir los procedimientos básicos de reanimación cardiopulmonar, el mantenimiento del carro de parada y las técnicas de inmovilización y traslado seguro de pacientes.

Mapa Conceptual



1. Urgencias y emergencias: concepto

1.1. Concepto de urgencias

La organización de los servicios de urgencias en el sistema sanitario español es un elemento clave para garantizar el acceso rápido y seguro a la atención en situaciones de emergencia. Para ello, se ha desarrollado un modelo estructurado, coordinado y basado en la **eficiencia de recursos**, que permite atender a la población en cualquier punto del territorio nacional. Este sistema se sostiene sobre la integración de diferentes niveles de atención y de transporte sanitario, un protocolo de clasificación de la urgencia conocido como **triaje** y la **capacitación continua** del personal sanitario. Cada uno de estos componentes contribuye a que la respuesta en situaciones críticas sea precisa, rápida y adecuada.

El sistema de urgencias en España se estructura en varios niveles de atención, cada uno diseñado para manejar distintos grados de gravedad y complejidad clínica. Esta **estructura escalonada** permite que cada paciente reciba una atención proporcional a la urgencia de su caso, con posibilidad de derivación o traslado a servicios de mayor capacidad si la situación lo requiere.

Los niveles principales son:

- Atención primaria y dispositivos de atención continuada (PAC).
- Servicios de urgencias hospitalarias (SUH).
- Unidades de soporte vital avanzado y servicios de emergencias médicas (SEM).

Atención primaria y dispositivos de atención continuada (PAC)

Este nivel corresponde a la atención primaria, que representa el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud. En el contexto de las urgencias, los centros de salud y los dispositivos de atención continuada, comúnmente conocidos como PAC, son los responsables de brindar atención urgente en **áreas geográficas específicas y zonas rurales**. Los PAC operan fuera del horario normal de los centros de salud, a menudo cubriendo noches y fines de semana, y se centran en urgencias leves o de complejidad baja que no suponen un riesgo vital inmediato.

A menudo se establece una comunicación con los Servicios de Urgencias Hospitalarias si el paciente requiere atención especializada.

Servicios de urgencias hospitalarias (SUH)

Estos servicios se encuentran en hospitales generales, de especialidades y en algunos hospitales de referencia a nivel autonómico o nacional. Los SUH cuentan con equipos de profesionales sanitarios, infraestructura y tecnología avanzada que permiten atender **urgencias de alta complejidad**, muchas veces implicando riesgo vital o requerimiento de intervención multidisciplinaria. Estos servicios se estructuran en distintas áreas: una zona de observación para seguimiento y estabilización, áreas de reanimación para casos críticos y boxes de atención rápida.

Para los casos complejos, los SUH tienen la capacidad de realizar **pruebas diagnósticas avanzadas**, como tomografías o análisis de laboratorio, que facilitan la toma de decisiones rápidas. En algunos hospitales, el SUH incluye una unidad de corta estancia donde los pacientes pueden ser monitorizados durante un máximo de 48 horas antes de ser dados de alta o ingresados.

Unidades de soporte vital avanzado y servicios de emergencias médicas (SEM)

Estos servicios constituyen el tercer nivel y están conformados por ambulancias de soporte vital básico y avanzado, así como por helicópteros o aviones sanitarios en zonas donde el acceso terrestre es limitado o el tiempo de traslado resulta crítico. Los SEM están disponibles las 24 horas y operan en coordinación con los centros de atención primaria y hospitales, a fin de trasladar a pacientes en **situación crítica** o de alto riesgo a instalaciones de mayor nivel resolutivo.

Las ambulancias de soporte vital avanzado están equipadas con personal capacitado y recursos para realizar procedimientos médicos durante el traslado, como **desfibrilación**, administración de **medicación** y **monitoreo** constante de signos vitales. En situaciones de emergencias masivas, los SEM pueden activar planes de emergencia específicos y protocolos interinstitucionales, incluyendo coordinación con cuerpos de seguridad y bomberos.