



Procedimientos Sanitarios y Asistenciales

Volumen práctico

26 de octubre de 2026

Síguenos en Instagram y entérate de nuestras últimas actualizaciones:

 [opositando.shop](https://www.instagram.com/opositando.shop)

Índice

1.	Bloque 1: Valoración integral del paciente y planificación de cuidados básicos . . .	1
1.1	Ejercicio 1	1
1.2	Ejercicio 2	6
1.3	Ejercicio 3	13
1.4	Ejercicio 4	20
1.5	Ejercicio 5	25
1.6	Ejercicio 6	31
1.7	Ejercicio 7	38
1.8	Ejercicio 8	43
1.9	Ejercicio 9	50
2.	Bloque 2: Movilización, ejercicio terapéutico y prevención de complicaciones por inmovilidad	58
2.1	Ejercicio 10	58
2.2	Ejercicio 11	62
2.3	Ejercicio 12	68
2.4	Ejercicio 13	75
2.5	Ejercicio 14	78
2.6	Ejercicio 15	86
2.7	Ejercicio 16	94
2.8	Ejercicio 17	101
2.9	Ejercicio 18	107
3.	Bloque 3: Administración segura de medicamentos y actuación en primeros auxilios	114
3.1	Ejercicio 19	114
3.2	Ejercicio 20	119
3.3	Ejercicio 21	125
3.4	Ejercicio 22	133
3.5	Ejercicio 23	138
3.6	Ejercicio 24	145
3.7	Ejercicio 25	153
3.8	Ejercicio 26	157
3.9	Ejercicio 27	164
4.	Bloque 4: Prevención y control de infecciones, residuos y seguridad sanitaria . . .	170
4.1	Ejercicio 28	170
4.2	Ejercicio 29	175
4.3	Ejercicio 30	182

4.4	Ejercicio 31	191
4.5	Ejercicio 32	196
4.6	Ejercicio 33	201
4.7	Ejercicio 34	208
4.8	Ejercicio 35	214
4.9	Ejercicio 36	221
5.	Bloque 5: Preparación, asistencia e instrumentación en procedimientos odontológicos y radiológicos	231
5.1	Ejercicio 37	231
5.2	Ejercicio 38	239
5.3	Ejercicio 39	245
5.4	Ejercicio 40	250
5.5	Ejercicio 41	257
5.6	Ejercicio 42	263
5.7	Ejercicio 43	271
5.8	Ejercicio 44	277
6.	Bloque 6: Exploración, prevención y tratamiento higiénico-preventivo en salud bucodental	284
6.1	Ejercicio 45	284
6.2	Ejercicio 46	291
6.3	Ejercicio 47	296
6.4	Ejercicio 48	303
6.5	Ejercicio 49	311
6.6	Ejercicio 50	317
6.7	Ejercicio 51	324
6.8	Ejercicio 52	331
7.	Bloque 7: Procesamiento técnico de muestras histológicas y citológicas	335
7.1	Ejercicio 53	335
7.2	Ejercicio 54	341
7.3	Ejercicio 55	349
7.4	Ejercicio 56	355
7.5	Ejercicio 57	362
7.6	Ejercicio 58	370
7.7	Ejercicio 59	378
7.8	Ejercicio 60	384
8.	Bloque 8: Documentación fotográfica médica, necrópsica y microscópica	392
8.1	Ejercicio 61	392
8.2	Ejercicio 62	399
8.3	Ejercicio 63	405
8.4	Ejercicio 64	413
8.5	Ejercicio 65	420
8.6	Ejercicio 66	428
8.7	Ejercicio 67	435

8.8	Ejercicio 68	442
9.	Bloque 9: Valoración nutricional y elaboración de dietas adaptadas	449
9.1	Ejercicio 69	449
9.2	Ejercicio 70	459
9.3	Ejercicio 71	465
9.4	Ejercicio 72	471
9.5	Ejercicio 73	479
9.6	Ejercicio 74	482
9.7	Ejercicio 75	488
9.8	Ejercicio 76	497
10.	Bloque 10: Manipulación, conservación y control de seguridad alimentaria	501
10.1	Ejercicio 77	501
10.2	Ejercicio 78	508
10.3	Ejercicio 79	516
10.4	Ejercicio 80	522
10.5	Ejercicio 81	529
10.6	Ejercicio 82	538
10.7	Ejercicio 83	544
10.8	Ejercicio 84	548
11.	Bloque 11: Toma, preparación y análisis de muestras alimentarias	557
11.1	Ejercicio 85	557
11.2	Ejercicio 86	564
11.3	Ejercicio 87	571
11.4	Ejercicio 88	578
11.5	Ejercicio 89	581
11.6	Ejercicio 90	588
11.7	Ejercicio 91	595
11.8	Ejercicio 92	602
12.	Bloque 12: Gestión sanitaria, documentación clínica, análisis de datos e informática aplicada	607
12.1	Ejercicio 93	607
12.2	Ejercicio 94	616
12.3	Ejercicio 95	620
12.4	Ejercicio 96	626
12.5	Ejercicio 97	636
12.6	Ejercicio 98	641
12.7	Ejercicio 99	649
12.8	Ejercicio 100	658

1. Bloque 1: Valoración integral del paciente y planificación de cuidados básicos

1.1 Ejercicio 1

Durante la vigilancia de un paciente se obtienen temperatura de 38,4 °C, frecuencia respiratoria de 24 rpm y pulso de 108 lpm.

- Identifica las constantes alteradas.
- Indica qué datos complementarios observarías de forma inmediata.
- Redacta cómo registrarías los hallazgos en la documentación clínica.

Solución

Paso 1: Identificación y estrategia

El supuesto pertenece a la **vigilancia del paciente y control de constantes vitales**. Se proporcionan tres valores: temperatura corporal, frecuencia respiratoria y pulso o frecuencia cardíaca. Se pide realizar tres operaciones profesionales distintas: interpretar si los valores se alejan de la normalidad, ampliar de forma inmediata la valoración para detectar gravedad o deterioro, y efectuar un registro clínico completo, objetivo y trazable.

Para resolver ejercicios de este tipo conviene seguir siempre el mismo procedimiento: primero, identificar el dato y compararlo con los valores de referencia adecuados al paciente; segundo, nombrar correctamente la alteración; tercero, valorar al paciente y no solamente la cifra aislada; y, por último, registrar datos observables, incluyendo fecha, hora, técnica o vía de medición y actuaciones realizadas.

Aunque el enunciado no concreta edad, antecedentes ni contexto asistencial, se interpreta habitualmente que se trata de un **paciente adulto**. En un caso real, los valores normales deben individualizarse según edad, situación basal, tratamiento, enfermedad previa, ejercicio reciente y método de medición.

Paso 2: Resolución razonada

Interpretación de las constantes facilitadas

La **temperatura corporal** es de 38,4 °C. En el adulto, de forma orientativa, una temperatura superior a 38 °C se considera fiebre. Por tanto, el paciente presenta **temperatura febril o fiebre**. Debe tenerse presente que el resultado puede variar según la vía empleada para medirla —axilar, oral, timpánica, rectal u otra—, por lo que esa vía debe comprobarse y anotarse.

La **frecuencia respiratoria** es de 24 respiraciones por minuto. En un adulto en reposo, el intervalo de referencia habitual se sitúa aproximadamente entre 12 y 20 respiraciones por minuto. Al ser superior a 20 respiraciones por minuto, el hallazgo es compatible con **taquipnea**.

El **pulso** es de 108 latidos por minuto. En el adulto en reposo, la frecuencia cardiaca habitual se sitúa aproximadamente entre 60 y 100 latidos por minuto. Un valor superior a 100 latidos por minuto corresponde a **taquicardia**. La fiebre puede aumentar tanto la frecuencia cardiaca como la respiratoria, pero esta asociación no permite atribuir automáticamente la causa a la fiebre: siempre se debe valorar el estado global del paciente.

Por tanto, las tres constantes proporcionadas están alteradas en un adulto en reposo:

- Temperatura de 38,4 °C: **fiebre**.
- Frecuencia respiratoria de 24 rpm: **taquipnea**.
- Pulso de 108 lpm: **taquicardia**.

Datos complementarios que deben observarse inmediatamente

La coexistencia de fiebre, taquipnea y taquicardia puede aparecer en procesos infecciosos, dolor, ansiedad, deshidratación, hipoxemia, respuesta inflamatoria u otras situaciones clínicas. No corresponde establecer un diagnóstico médico solo con estos datos, pero sí reconocer que el paciente necesita una **valoración inmediata y estructurada**.

En primer lugar, se debe observar el aspecto general: nivel de consciencia, orientación, conducta habitual o cambios respecto a su situación basal, presencia de somnolencia, agitación, confusión, debilidad intensa o malestar marcado. Un cambio del estado mental asociado a alteración de constantes es un dato especialmente relevante y debe comunicarse con prontitud.

Debe valorarse la función respiratoria, ya que la frecuencia respiratoria está elevada. Se observará si la respiración es regular o irregular, superficial o profunda, y si existe dificultad respiratoria, disnea, uso de musculatura accesorio, tiraje, aleteo nasal, cianosis, tos, expectoración, dolor torácico o incapacidad para hablar con normalidad. Se medirá la **saturación de oxígeno mediante pulsioximetría**, si se dispone de ella y está indicado en el contexto asistencial.

También se completará la valoración circulatoria. Es necesario tomar la **presión arterial**, comprobar la calidad del pulso —ritmo, amplitud y regularidad— y observar signos de perfusión periférica: coloración y temperatura de la piel, palidez, sudoración, relleno capilar y posibles extremidades frías. La taquicardia puede ser regular o irregular; esta característica debe valorarse y registrarse, pues aporta información clínica relevante.

Asimismo, se observarán datos relacionados con la fiebre y con un posible foco de infección o de malestar: escalofríos, sudoración, temblores, cefalea, dolor, náuseas, vómitos, diarrea, molestias urinarias, características de la orina, presencia de heridas, drenajes, catéteres o zonas inflamadas. No se trata de buscar indiscriminadamente todos los signos posibles, sino de realizar una observación dirigida por el estado y los síntomas del paciente.

Antes de asumir que el valor es definitivo, es correcto **verificar la medición** si existe duda sobre la técnica, el aparato o las condiciones del paciente. Por ejemplo, puede repetirse la temperatura

con la técnica adecuada y contar la frecuencia respiratoria durante un minuto completo, preferiblemente sin advertir al paciente para no modificar su patrón ventilatorio. El pulso también debe valorarse durante un minuto completo si es irregular.

Si el paciente presenta compromiso respiratorio, disminución del nivel de consciencia, hipotensión, cianosis, dolor torácico, deterioro rápido u otros signos de gravedad, debe actuarse conforme al protocolo del centro, solicitar ayuda urgente y comunicarlo inmediatamente al profesional responsable. Aunque no existan signos de alarma, los valores obtenidos y la valoración complementaria deben comunicarse según el procedimiento establecido, pues muestran una alteración simultánea de varias constantes vitales.

Ejemplo de registro en documentación clínica

El registro debe ser **objetivo, legible, cronológico, completo y libre de interpretaciones no comprobadas**. No basta con escribir “paciente con mal estado” o “constantes alteradas”; se deben consignar las cifras, unidades, condiciones de toma, observaciones relevantes y actuación realizada.

Un ejemplo de anotación, adaptable al formato de la historia clínica o gráfica de constantes del centro, sería el siguiente:

- Fecha y hora: 26/10/2026, 10:15 h.
- Temperatura: 38,4 °C, especificando la vía de medición utilizada, por ejemplo axilar, timpánica o oral.
- Frecuencia respiratoria: 24 rpm, indicando, si se ha valorado, respiración regular o irregular y presencia o ausencia de signos de dificultad respiratoria.
- Pulso: 108 lpm, especificando el punto de toma, por ejemplo radial, y sus características: regular o irregular, amplitud conservada, débil u otras observaciones objetivas.
- Valoración complementaria: se registra presión arterial, saturación de oxígeno, estado de consciencia, coloración cutánea, presencia de escalofríos, dolor, tos u otros hallazgos realmente observados.
- Actuación: constantes verificadas; paciente colocado o mantenido en una posición segura y confortable; profesional responsable informado conforme al protocolo, indicando hora de la comunicación y respuesta recibida si procede.

En forma narrativa, y sin inventar hallazgos no incluidos en el enunciado, podría redactarse así: “A las 10:15 h se controlan constantes vitales. Temperatura 38,4 °C por vía axilar; frecuencia respiratoria 24 rpm; pulso radial 108 lpm. Se completa valoración respiratoria y hemodinámica, incluyendo presión arterial y saturación de oxígeno. Se informa al profesional responsable según protocolo.”

Si se conocen los resultados complementarios, deben incorporarse con sus cifras exactas. Por ejemplo, nunca debe anotarse una saturación, una presión arterial o un estado de consciencia que no se haya medido o valorado realmente.

Paso 3: Claves para el examen

Un error frecuente es limitarse a decir que “el paciente tiene fiebre” y omitir la interpretación de la frecuencia respiratoria y del pulso. En este supuesto deben identificarse las **tres alteraciones**: fiebre, taquipnea y taquicardia.

También es habitual confundir el pulso con la presión arterial. El pulso de 108 lpm informa de la frecuencia cardíaca periférica apreciable; no permite conocer la presión arterial. Por ello, la presión arterial es un dato complementario que se debe medir, no un dato que pueda deducirse del pulso.

Debe evitarse diagnosticar una infección, sepsis, neumonía u otra patología concreta solo a partir de estas cifras. La respuesta adecuada es señalar que los hallazgos requieren valoración, vigilancia y comunicación según protocolo. En oposición se valora positivamente distinguir entre una **observación objetiva**, una **interpretación de la constante** y un **diagnóstico médico**, que no corresponde establecer con la información disponible.

Otro aspecto esencial es no olvidar la técnica de medición. La temperatura debe registrarse con la vía empleada; el pulso debe acompañarse, cuando sea posible, de ritmo, amplitud y localización; y la frecuencia respiratoria debe valorarse no solo cuantitativamente, sino también por ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.

Para presentar bien la respuesta, resulta eficaz redactar primero una frase breve que interprete cada cifra, después agrupar los datos complementarios por sistemas —estado neurológico y general, respiratorio, circulatorio y síntomas asociados— y terminar con un ejemplo de registro objetivo. Esta estructura demuestra orden clínico y evita respuestas genéricas.

Paso 4: Qué debes aprender

Debes dominar los valores de referencia orientativos de las constantes vitales en el adulto y saber identificar sus alteraciones principales: fiebre o hipertermia, hipotermia, taquipnea, bradipnea, apnea, taquicardia y bradicardia. Los rangos deben emplearse con criterio, considerando siempre la edad, la situación basal y el contexto del paciente.

Debes aprender a valorar al paciente de manera global. Una constante anormal no se interpreta de forma aislada: ante fiebre, taquipnea y taquicardia se debe observar el estado de consciencia, el patrón respiratorio, la oxigenación, la presión arterial, la perfusión periférica, el dolor y los síntomas asociados, además de reconocer posibles signos de alarma.

También debes saber que la vigilancia incluye verificar que la medición se ha realizado correctamente. La técnica, el dispositivo, la vía de toma, el reposo previo y las circunstancias del paciente pueden modificar los resultados y han de tenerse en cuenta antes de registrar o comunicar una cifra.

Finalmente, debes dominar el registro clínico: anotar fecha y hora, cifras con sus unidades, método o localización de medida, características observadas, síntomas relevantes, medidas realizadas y comunicación al profesional responsable. El principio esencial es documentar hechos

comprobables, sin omitir información relevante y sin inventar datos ni emitir diagnósticos no confirmados.

1.2 Ejercicio 2

Una mujer de 79 años ingresa en una unidad de convalecencia tras una infección respiratoria. Durante el turno de mañana refiere cansancio, escasa ingesta de líquidos y mareo al incorporarse. Presenta piel seca, mucosas poco húmedas y una diuresis escasa desde la noche anterior. Sus constantes son: temperatura 37,2 °C, frecuencia cardíaca 102 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, presión arterial 96/58 mmHg y saturación de oxígeno del 95 %. Permanece orientada, aunque responde lentamente. El profesional debe valorar los datos sin emitir un diagnóstico médico, priorizar la vigilancia y comunicar las incidencias relevantes al equipo responsable.

Explica cómo organizarías la valoración inicial, qué signos relacionarías entre sí y qué actuaciones de vigilancia, registro y comunicación realizarías.

Solución

Paso 1: Identificación y estrategia

El supuesto evalúa principalmente contenidos de **vigilancia del paciente, constantes vitales, valoración del estado de salud, balance hídrico, prevención de complicaciones y comunicación clínica**. No se pide establecer un diagnóstico médico ni prescribir tratamiento. La función del profesional consiste en recoger datos objetivos y subjetivos, detectar cambios potencialmente relevantes, relacionarlos de forma razonada, vigilar la evolución y comunicarla con rapidez y precisión al equipo responsable.

La paciente es una persona mayor, recientemente convaleciente de una infección respiratoria, que presenta cansancio, escasa ingesta hídrica, mareo al incorporarse, sequedad cutaneomucosa, disminución de la diuresis, frecuencia cardíaca elevada y presión arterial baja. Este conjunto obliga a considerar una posible **disminución del volumen circulante efectivo o deshidratación**, sin convertir esta sospecha en un diagnóstico médico. También se debe mantener la vigilancia de la situación respiratoria y neurológica, dado su antecedente reciente y su respuesta algo lenta.

La estrategia adecuada en un ejercicio de este tipo debe seguir un orden clínico y seguro:

- Realizar una valoración inicial organizada, comprobando primero el estado general, la seguridad de la paciente y las constantes vitales.
- Confirmar los datos anómalos mediante una nueva medición correcta, comparándolos con registros previos si están disponibles.
- Relacionar los signos de forma objetiva, sin etiquetar una enfermedad concreta.
- Priorizar la prevención de riesgos inmediatos, especialmente caída por mareo, empeoramiento hemodinámico, deterioro del nivel de conciencia y reducción de la eliminación urinaria.
- Registrar de modo completo y cronológico los hallazgos y las actuaciones realizadas.

- Comunicar precozmente al profesional responsable mediante una transmisión estructurada, clara y verificable.

Paso 2: Resolución razonada

Valoración inicial y seguridad inmediata

Lo primero es acudir a la paciente, identificarse, explicar brevemente la actuación y valorar su estado general. Como refiere mareo al incorporarse, no debe levantarse sola ni permanecer de pie sin apoyo. Se mantendrá en cama o sentada con seguridad, se comprobará que dispone de timbre al alcance y se solicitará ayuda para cualquier movilización. Esta medida es prioritaria porque la hipotensión y el mareo aumentan el riesgo de caída.

Se comprobará el nivel de conciencia mediante observación y preguntas sencillas: si sabe quién es, dónde está y qué día o momento del día es. El caso indica que permanece orientada, dato favorable, pero responde lentamente. Debe registrarse esa lentitud de respuesta y compararse con su situación basal conocida, pues un cambio respecto a su funcionamiento habitual puede ser clínicamente relevante en una persona mayor.

La valoración inicial debe incorporar una observación dirigida de la respiración: coloración de piel y labios, trabajo respiratorio, uso de musculatura accesoria, presencia de tos, secreciones, disnea al hablar, posición que adopta para respirar y tolerancia al reposo. La frecuencia respiratoria es de 20 rpm y la saturación de oxígeno es del 95 %, por lo que no hay en los datos aportados una desaturación marcada. Sin embargo, por el antecedente de infección respiratoria, estas variables deben seguir vigilándose y comparándose con sus valores habituales o pautados.

Comprobación e interpretación de constantes vitales

Las constantes aportadas deben revisarse y, si existe duda sobre la técnica o la situación de reposo previa, repetirse correctamente. La repetición no debe retrasar la comunicación si la paciente empeora o los hallazgos ya son relevantes.

La temperatura es de 37,2 °C. No constituye fiebre según los límites habituales, pero debe interpretarse con cautela: en personas mayores una infección o un deterioro clínico puede no producir fiebre alta. Por ello, no basta con afirmar que la temperatura es normal; debe relacionarse con el estado general, la evolución y el antecedente infeccioso.

La frecuencia cardiaca es de 102 lpm. En un adulto se considera habitualmente elevada cuando supera 100 lpm. Puede representar una respuesta compensadora ante disminución de volumen circulante, malestar, dolor, ansiedad, fiebre, infección, hipoxemia, fármacos u otras situaciones. No corresponde al profesional establecer cuál de estas causas es la responsable, pero sí identificar la **taquicardia** como hallazgo que requiere vigilancia y comunicación en este contexto.

La presión arterial es de 96/58 mmHg. Puede ser baja, especialmente si difiere de sus cifras habituales o se acompaña de síntomas. En este caso se asocia a mareo al incorporarse y a frecuencia cardiaca elevada, por lo que adquiere mayor importancia. Puede calcularse la presión de pulso como dato complementario:

$$\textit{Presion de pulso} = \textit{Presion sistolica} - \textit{Presion diastolica}$$

Sustituyendo los valores:

$$96 - 58 = 38$$

La presión de pulso es de 38 mmHg. Este cálculo aislado no diagnostica ninguna situación, pero puede formar parte de la valoración hemodinámica global. Lo más importante en el supuesto es la asociación entre presión arterial baja, síntomas posturales, taquicardia, escasa ingesta y oliguria referida.

Puede calcularse también el índice de shock como indicador orientativo de compromiso circulatorio, siempre aclarando que no sustituye la valoración clínica ni los protocolos del centro:

$$\textit{Indice de shock} = \frac{\textit{Frecuencia cardiaca}}{\textit{Presion arterial sistolica}}$$

Aplicando los datos:

$$\textit{Indice de shock} = \frac{102}{96} = 1,06$$

Un valor próximo o superior a 1 puede reforzar la necesidad de vigilancia y valoración urgente en el contexto clínico adecuado. No debe utilizarse de forma aislada ni anotarse como un diagnóstico. Es un dato de apoyo que muestra que la frecuencia cardiaca es alta en relación con la presión arterial sistólica.

La frecuencia respiratoria de 20 rpm está en el límite alto de la normalidad habitual adulta. Debe medirse observando a la paciente sin que modifique voluntariamente su patrón respiratorio, contando ciclos respiratorios completos durante un minuto si el ritmo es irregular o existe patología respiratoria reciente. La saturación de oxígeno del 95 % debe verificarse asegurando una correcta colocación del pulsioxímetro, una extremidad caliente y sin esmalte oscuro o factores que interfieran. También debe valorarse si esa cifra coincide con su valor basal o con el objetivo de saturación pautado para ella.

Relación razonada de los signos

Los hallazgos no deben presentarse como una lista inconexa. Es necesario integrarlos en grupos clínicos coherentes.

La **escasa ingesta de líquidos**, la **piel seca**, las **mucosas poco húmedas** y la **diuresis escasa** son datos compatibles con déficit de hidratación. La diuresis reducida puede indicar que el organismo está conservando agua o que existe disminución de perfusión renal, pero también puede deberse a otras causas, como retención urinaria, problemas de eliminación o falta de cuantificación adecuada. Por ello se debe precisar si ha orinado, cuánto volumen, en qué intervalo, si porta sonda y si presenta molestias urinarias.

La **hipotensión**, el **mareo al incorporarse** y la **taquicardia** pueden relacionarse entre sí. El mareo postural obliga a pensar en una posible intolerancia ortostática. Si el estado de la paciente y el protocolo del centro lo permiten, se pueden comparar las cifras de presión arterial y pulso en reposo y tras el cambio postural, siempre con supervisión y sin forzar la incorporación. Nunca se debe hacer caminar a una paciente mareada para “comprobar” el síntoma.

La fórmula conceptual para interpretar un cambio ortostático es comparar las cifras en decúbito o sedestación con las obtenidas al incorporarse. Se considera sugestivo de hipotensión ortostática, de manera orientativa, un descenso de al menos 20 mmHg de presión sistólica o de al menos 10 mmHg de presión diastólica tras ponerse de pie, especialmente si aparecen síntomas. No obstante, en esta paciente la prioridad es prevenir la caída y comunicar la incidencia; no es imprescindible completar una prueba postural si existe inestabilidad o riesgo.

La respuesta lenta, aunque con orientación conservada, debe vigilarse junto con la presión arterial, la diuresis y la evolución general. No se debe atribuir automáticamente a deshidratación, edad o cansancio. Se describirá objetivamente: “orientada en persona, lugar y tiempo; responde a las preguntas con latencia aumentada”, indicando desde cuándo ocurre y si constituye un cambio respecto a su situación habitual.

La ausencia de fiebre elevada y una saturación del 95 % no descartan empeoramiento clínico. En pacientes mayores, la suma de signos leves o moderados puede ser más significativa que un único dato muy alterado. El antecedente de infección respiratoria exige mantener la vigilancia de posibles signos de recaída o complicación: aumento del trabajo respiratorio, empeoramiento de la tos, fiebre, descenso de saturación, confusión, somnolencia o deterioro funcional.

Actuaciones de vigilancia y cuidados dentro de la competencia profesional

Se mantendrá a la paciente en reposo relativo y en una posición segura y confortable. Si no presenta contraindicación y tolera la posición, puede elevarse ligeramente el cabecero para favorecer la respiración, evitando incorporaciones bruscas. Se facilitará ayuda para los cambios posturales y las transferencias. Deben aplicarse las medidas de prevención de caídas establecidas en la unidad.

Se repetirá el control de constantes vitales conforme al protocolo de la unidad o antes si empeora. En una situación con síntomas y cifras potencialmente inestables, la vigilancia debe ser más estrecha que el control rutinario. Se observarán especialmente presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, estado de conciencia y coloración periférica.

Se iniciará o reforzará el **balance hídrico**, registrando con precisión ingresos y pérdidas. Respecto a los ingresos, se anotarán los líquidos administrados por vía oral y, si los hubiera, por otras vías prescritas. Respecto a las pérdidas, se cuantificará la diuresis y se anotarán vómitos, diarrea, sudoración abundante, drenajes u otras pérdidas si existen. No debe anotarse “orina escasa” como única información cuando sea posible medir el volumen.

La diuresis puede valorarse en relación con el peso corporal mediante la fórmula:

$$\text{Diuresis horaria por kilogramo} = \frac{\text{Volumen de orina en mL}}{\text{Peso en kg} \times \text{Tiempo en horas}}$$

En adultos, una diuresis inferior a 0,5 mL/kg/h es un umbral orientativo de oliguria y requiere valoración en el contexto clínico. En este caso no se proporciona peso, volumen exacto ni intervalo completo, por lo que **no se puede calcular** la diuresis horaria. En un examen es importante indicar expresamente esta limitación en vez de inventar datos. La actuación correcta es medir y registrar el volumen urinario y comunicar la escasez observada.

Se preguntará por la última micción, el aspecto de la orina, dolor o escozor al orinar, urgencia, dificultad miccional, incontinencia, posibles pérdidas no observadas y, si procede, sensación de vejiga llena. Si porta sonda vesical, se revisará que no haya acodamientos, tracciones, obstrucción visible o bolsa colectora por encima del nivel vesical. No se manipulará la sonda innecesariamente.

Respecto a la ingesta, se preguntará cuánto ha bebido desde la noche anterior, si tiene náuseas, dificultad para tragar, tos con la ingesta, rechazo de líquidos o limitaciones prescritas. Si no existe restricción hídrica ni contraindicación conocida y la paciente está consciente y puede deglutir con seguridad, se pueden ofrecer líquidos por vía oral en pequeñas cantidades y de forma fraccionada, registrando lo ingerido. No se administrarán líquidos intravenosos ni se modificarán pautas terapéuticas sin prescripción o protocolo aplicable.

Se valorará la piel y las mucosas de forma respetuosa: hidratación de labios y boca, turgencia cutánea con cautela por su menor fiabilidad en la vejez, integridad de la piel, presencia de sudoración y estado de extremidades. En personas mayores, la turgencia cutánea puede estar alterada por cambios fisiológicos de la edad, por lo que debe interpretarse junto con mucosas, ingesta, diuresis, constantes y estado general.

Registro objetivo y completo

El registro debe ser inmediato, legible, cronológico, objetivo y conforme al sistema documental del centro. Debe diferenciar claramente entre lo que refiere la paciente, lo que se observa o mide y lo que se realiza.

Un ejemplo de contenido de registro sería: paciente refiere cansancio, ingesta hídrica escasa y mareo al incorporarse. Se observa piel seca y mucosas poco húmedas. Refiere diuresis escasa desde la noche anterior; se inicia cuantificación de diuresis y balance hídrico. Paciente orientada en persona, lugar y tiempo, con respuestas lentificadas. Constantes: temperatura 37,2 °C, frecuencia cardíaca 102 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, presión arterial 96/58 mmHg y saturación de oxígeno 95 %. Se mantiene en reposo, se aplican medidas de prevención de caídas, se facilita ayuda para movilización y se comunica la situación al profesional responsable.

No deben registrarse expresiones diagnósticas no confirmadas, como “está deshidratada” o “tiene insuficiencia renal”. Es más correcto escribir “presenta signos compatibles con déficit de hidratación” o, preferentemente, describir directamente los datos observados: ingesta escasa, mucosas secas, diuresis disminuida, presión arterial baja y frecuencia cardíaca elevada.

Comunicación al equipo responsable

La comunicación debe realizarse **sin demora**, porque coinciden hipotensión sintomática, taquicardia, reducción de ingesta y oliguria referida en una paciente vulnerable. Se informará al profesional responsable de la unidad y se seguirá el circuito de escalada establecido en el centro.

Una comunicación estructurada puede seguir el modelo SBAR, sin necesidad de mencionar las siglas si no se solicitan expresamente:

- **Situación:** mujer de 79 años en convalecencia tras infección respiratoria; durante la mañana presenta cansancio, mareo al incorporarse, escasa ingesta y disminución de la diuresis.
- **Antecedentes relevantes:** infección respiratoria reciente, edad avanzada y situación basal conocida si consta en la historia.
- **Valoración objetiva:** piel seca, mucosas poco húmedas, orientada pero con respuestas lentas; temperatura 37,2 °C, frecuencia cardíaca 102 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, presión arterial 96/58 mmHg y saturación 95 %.
- **Petición o recomendación profesional:** se solicita valoración clínica y se informa de que se ha iniciado vigilancia estrecha, prevención de caídas y control de balance hídrico.

La transmisión debe incluir la hora de inicio o detección, los valores previos disponibles, la tendencia de las constantes y cualquier cambio tras reposo, hidratación oral pautada o modificación postural. Tras comunicar, se anotará a quién se ha avisado, a qué hora, qué información se transmitió y qué indicaciones se recibieron.

Se considerará una escalada inmediata según protocolo si aparece empeoramiento del nivel de conciencia, síncope, caída, incapacidad para mantener la vía aérea, dificultad respiratoria, descenso progresivo de saturación, dolor torácico, presión arterial cada vez menor, taquicardia creciente, ausencia persistente de diuresis, cianosis o deterioro rápido del estado general.

Paso 3: Claves para el examen

Un error frecuente es convertir los datos en un diagnóstico médico. En este supuesto no debe afirmarse que la paciente “tiene deshidratación”, “está en shock” o “padece insuficiencia renal”. La respuesta de oposición debe demostrar capacidad para detectar signos de alarma y relacionarlos prudentemente: “datos compatibles con posible déficit de volumen”, “situación que requiere valoración clínica” o “signos que sugieren compromiso hemodinámico”.

También es habitual limitarse a repetir las constantes sin interpretarlas. Para obtener una respuesta sólida hay que explicar las relaciones relevantes: escasa ingesta, sequedad de mucosas y oliguria orientan a déficit hídrico; hipotensión, mareo postural y taquicardia pueden indicar intolerancia a la incorporación y una respuesta compensadora. La interpretación siempre debe formularse como posibilidad clínica y no como certeza diagnóstica.

Debe evitarse afirmar que una saturación del 95 % o una temperatura de 37,2 °C excluyen un problema. En personas mayores y tras una infección reciente, la evolución, los cambios respecto al basal y la combinación de signos tienen gran valor. Conviene expresar que se mantendrá vigilancia respiratoria aunque no haya un deterioro respiratorio manifiesto en los datos iniciales.

Otro fallo frecuente es indicar “controlar la diuresis” sin explicar cómo. La respuesta debe incluir el inicio o refuerzo de balance hídrico, la medición de volumen urinario, el registro de la hora de las micciones y la comprobación de factores que alteren la eliminación. Si faltan peso, volumen urinario o intervalo temporal, hay que señalar que no puede calcularse la diuresis en mL/kg/h.

En la práctica y en el examen, no es suficiente decir “avisar al médico”. Es preferible escribir “comunicar de forma precoz al profesional responsable siguiendo el circuito de la unidad”, aportando datos concretos y ordenados. El modelo SBAR permite demostrar competencia comunicativa y evita omitir información esencial.

La presentación más clara suele organizarse en cuatro bloques: valoración inicial, interpretación de hallazgos, vigilancia y cuidados inmediatos, y registro-comunicación. Es conveniente comenzar por la seguridad ante el mareo y el riesgo de caída, continuar con la repetición de constantes y la valoración del estado general, y terminar con la comunicación y documentación.

Paso 4: Qué debes aprender

Debes dominar la técnica de medición, validación e interpretación básica de las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno. Es esencial conocer que un valor adquiere significado al relacionarlo con los síntomas, el estado basal, la tendencia evolutiva y el contexto clínico.

Debes saber identificar signos de posible déficit de hidratación o disminución de volumen, como sed o ingesta escasa, mucosas secas, piel seca, taquicardia, hipotensión, mareo postural y disminución de la diuresis. Debes expresarlos como hallazgos objetivos o como signos compatibles con una situación que requiere valoración, no como diagnóstico médico definitivo.

Debes conocer el balance hídrico: registrar ingresos y pérdidas, cuantificar la diuresis cuando sea posible y utilizar correctamente el valor orientativo de diuresis mínima de 0,5 mL/kg/h. La fórmula exige volumen, peso y tiempo; si falta alguno de estos datos, el cálculo no es posible y debe solicitarse o medirse la información necesaria.

Debes aplicar medidas inmediatas de seguridad: no dejar deambular sin ayuda a una persona mareada, prevenir caídas, evitar cambios posturales bruscos, mantener vigilancia clínica y detectar signos de deterioro que obliguen a escalada urgente.

Por último, debes entrenar dos habilidades transversales: el **registro objetivo**, que separa datos referidos, observados y realizados, y la **comunicación estructurada**, que transmite de forma breve pero completa la situación, los antecedentes relevantes, los datos medidos y la necesidad de valoración. Estas competencias permiten resolver supuestos variados aunque cambien la edad, la patología de base o las cifras concretas de constantes vitales.



Fin de la muestra

Has visto los dos primeros ejercicios de esta relación.

La relación completa, con todos los ejercicios resueltos paso a paso, está disponible en opositando.shop.

Síguenos en Instagram y entérate de nuestras últimas actualizaciones:

