



UES

Universidad Estatal de Sonora
La Fuerza del Saber Estimulará mi Espíritu

MANUAL DE PRÁCTICAS DE LABORATORIO

Fundamentos de Enfermería **Laboratorio**

Programa Académico
Plan de Estudios
Fecha de elaboración
Versión del Documento

Lic. en Enfermería
2017
30/06/2025



Dra. Martha Patricia Patiño Fierro
Rectora

Mtra. Ana Lisette Valenzuela Molina
**Encargada del Despacho de la Secretaría
General Académica**

Mtro. José Antonio Romero Montaña
Secretario General Administrativo

Lic. Jorge Omar Herrera Gutiérrez
**Encargado de Despacho de Secretario
General de Planeación**

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
IDENTIFICACIÓN	6
<i>Carga Horaria del alumno</i>	<i>6</i>
<i>Consignación del Documento</i>	<i>6</i>
MATRIZ DE CORRESPONDENCIA	7
NORMAS DE SEGURIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS	8
<i>Reglamento general del laboratorio</i>	<i>8</i>
<i>Reglamento de uniforme</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Uso adecuado del equipo y materiales.....</i>	<i>11</i>
<i>Manejo y disposición de residuos peligrosos.....</i>	<i>11</i>
<i>Procedimientos en caso de emergencia</i>	<i>11</i>
RELACIÓN DE PRÁCTICAS DE LABORATORIO POR ELEMENTO DE COMPETENCIA..	12
PRÁCTICAS.....	3
FUENTES DE INFORMACIÓN	75
NORMAS TÉCNICAS APLICABLES.....	76
ANEXOS	3

INTRODUCCIÓN

Como parte de las herramientas esenciales para la formación académica de los estudiantes de la Universidad Estatal de Sonora, se definen manuales de práctica de laboratorio como elemento en el cual se define la estructura normativa de cada práctica y/o laboratorio, además de representar una guía para la aplicación práctica del conocimiento y el desarrollo de las competencias clave en su área de estudio. Su diseño se encuentra alineado con el modelo educativo institucional, el cual privilegia el aprendizaje basado en competencias, el aprendizaje activo y la conexión con escenarios reales.

Con el propósito de fortalecer la autonomía de los estudiantes, su pensamiento crítico y sus habilidades para la resolución de problemas, las prácticas de laboratorio integran estrategias didácticas como el aprendizaje basado en proyectos, el trabajo colaborativo, la experimentación guiada y el uso de tecnologías educativas. De esta manera, se promueve un proceso de enseñanza-aprendizaje dinámico, en el que los estudiantes no solo adquieren conocimientos teóricos, sino que también desarrollan habilidades prácticas y reflexivas para su desempeño profesional.

Señalar en este apartado brevemente los siguientes elementos según corresponda:

Propósito del manual:

La materia Fundamentos de Enfermería tiene como propósito esencial sentar las bases conceptuales, técnicas y éticas del ejercicio profesional de enfermería. Busca desarrollar en los estudiantes las competencias básicas para brindar cuidados seguros, efectivos y humanizados, mediante el dominio de técnicas fundamentales, la aplicación del proceso de enfermería y la comprensión del marco científico que sustenta la práctica profesional.

Este espacio formativo está diseñado para que el estudiante adquiera los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas indispensables en áreas clave como control de infecciones, higiene y confort del paciente, movilización, administración de medicamentos y toma de signos vitales. Todo ello con un enfoque integral que considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales del cuidado.

Justificación de su uso en el programa académico

La inclusión de Fundamentos de Enfermería en el plan de estudios se justifica por su carácter fundacional para la formación de profesionales competentes. Esta materia:

1. Constituye el pilar inicial para el desarrollo de las competencias clínicas básicas que todo enfermero debe dominar
2. Establece los protocolos y estándares de calidad que garantizan la seguridad tanto de pacientes como de profesionales
3. Integra los principios científicos con las habilidades técnicas requeridas en la práctica diaria
4. Fomenta desde el inicio de la formación los valores éticos y el trato humanizado que caracterizan a la profesión
5. Sienta las bases para el posterior desarrollo de competencias más especializadas
6. Responde a las necesidades actuales del sistema de salud al formar profesionales con sólidos fundamentos teórico-prácticos
7. Su enseñanza mediante metodologías activas y prácticas en laboratorios equipados asegura que los estudiantes desarrollen las destrezas necesarias para enfrentar los retos del ejercicio profesional con seguridad y calidad.

- **Competencias a desarrollar**

-

1. **Competencias blandas:** Habilidades transversales que se refuerzan en las prácticas, como la comunicación, el trabajo en equipo, el uso de tecnologías, etc.
2. **Competencias disciplinares:** Conocimientos específicos del área del laboratorio, incluyendo fundamentos teóricos y habilidades técnicas.
3. **Competencias profesionales:** Aplicación de los conocimientos adquiridos en escenarios reales o simulados, en concordancia con el perfil de egreso del programa.

IDENTIFICACIÓN

Nombre de la Asignatura		Fundamentos de enfermería	
Clave	ENF01A2	Créditos	6
Asignaturas Antecedentes	ninguna	Plan de Estudios	2017

Área de Competencia	Competencia del curso
Aplicar la metodología y fundamentos teóricos que organizan la intervención de enfermería, garantizando la relación de ayuda en el contexto de códigos éticos, normativos y legales de la profesión con respeto por la cultura y los derechos humanos, en las diferentes funciones de enfermería.	Analizar los elementos básicos que fundamenten el cuidado enfermero con argumento científico y aplicando el pensamiento crítico con el fin de a realizar una práctica reflexiva, apegado a una actitud ética en un entorno adherido a normas de seguridad que favorezcan al usuario a recuperar su salud.

Carga Horaria de la asignatura

Horas Supervisadas			Horas Independientes	Total de Horas
Aula	Laboratorio	Plataforma		
4	2	2		8

Consignación del Documento

Unidad Académica	Unidad Académica Navojoa
Fecha de elaboración	30/06/2025
Responsables del diseño	Mtra. E.C. Esther Josseane Ormeño Claudet
Validación	
Recepción	Coordinación de Procesos Educativos

MATRIZ DE CORRESPONDENCIA

Señalar la relación de cada práctica con las competencias del perfil de egreso

PRÁCTICA	PERFIL DE EGRESO
1. Tendido de cama hospitalaria	1. Mejora el confort, higiene y seguridad del paciente encamado.
2. Baño de esponja en paciente encamado	2. Fomenta la higiene y dignidad; atención personalizada y respetuosa.
3. Movilización y transferencia del paciente	3. Prevención de lesiones y úlceras; cuidado físico, ético y seguro.
4. Colocación de sonda vesical permanente	4. Procedimiento técnico que requiere valoración y seguimiento ético del bienestar del paciente.
5. Toma de temperatura corporal	5. Valoración del estado fisiológico como parte del proceso enfermero.
6. Toma de la respiración	6. Valoración del estado fisiológico como parte del proceso enfermero.
7. Toma del pulso	7. Evaluación del sistema cardiovascular para detectar alteraciones tempranas.
8. Toma de presión arterial	8. Detección de riesgos como hipertensión; prevención e intervención oportuna.
9. Administración de medicamentos vía endovenosa	9. Procedimiento complejo que exige conocimiento técnico, ético y responsabilidad profesional.
10. Técnicas de vendaje	10. Parte del tratamiento y confort de lesiones; contribuye al cuidado físico individualizado.
11. Curación de heridas	11. Implica conocimientos técnicos y valores éticos para promover la cicatrización, aliviar el dolor y evitar infecciones.

NORMAS DE SEGURIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS

Reglamento general del laboratorio

REGLAMENTO DE LABORATORIO DE ENFERMERIA

Objetivo:

Establecer las normas que regulen el uso adecuado de los espacios, recursos y materiales del laboratorio de enfermería, garantizando un ambiente seguro, ordenado y propicio para el aprendizaje.

1.-Normas Generales

- 1.- El ingreso al laboratorio está permitido exclusivamente a estudiantes, docentes y personal autorizado.
2. Es obligatorio registrar la entrada y salida en el formato correspondiente.
3. Los estudiantes deben portar el uniforme completo y adecuado, incluyendo gafete.
4. Queda estrictamente prohibido consumir alimentos, bebidas, o fumar dentro de laboratorio.
5. El uso de dispositivos electrónicos debe limitarse a fines académicos y con autorización previa del docente.

2. Uso de Materiales y Equipos

1. Todo material y equipo debe ser utilizado bajo la supervisión de un docente o personal responsable.
2. Los estudiantes son responsables del correcto uso de los equipos y de reportar cualquier daño o anomalía inmediatamente.
3. El equipo utilizado debe ser devuelto en las mismas condiciones en que fue entregado.
4. No se permite sacar materiales o equipos del laboratorio sin autorización por escrito.
5. El mal uso o daño intencional a los equipos y materiales será sancionado.

3. Seguridad e Higiene

- 1.- Mantener el laboratorio limpio y ordenado en todo momento.
- 2.- El lavado de manos es obligatorio antes y después de realizar cualquier práctica.
- 3.- Seguir las indicaciones de seguridad especificadas para cada procedimiento.
- 4.-Hacer uso correcto de RPBI según la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 5.- Reportar inmediatamente cualquier incidente, derrame, o situación de riesgo al docente responsable.
- 6.- Respetar las señales y zonas de seguridad establecidas dentro del laboratorio.

4. Conducta

1. Mantener un comportamiento respetuoso y profesional con compañeros, docentes y personal.
2. Guardar silencio durante las prácticas.
3. Seguir estrictamente las instrucciones del docente a cargo.
4. No se permite el ingreso de personas ajenas al laboratorio sin autorización.

5. Sanciones

1. El incumplimiento de cualquiera de las normas establecidas en este reglamento podrá derivar en las siguientes sanciones, según la gravedad del caso:
2. Llamado de atención verbal.
3. Reporte escrito en el expediente académico.
4. Suspensión temporal del acceso al laboratorio.
5. Reparación o reposición del material dañado.
6. Notificación a las autoridades académicas para acciones adicionales.

Reglamento de uniforme

REGLAMENTO DE USO DE UNIFORME LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

El uso del uniforme en la Licenciatura en Enfermería en UES es obligatorio como un acto de responsabilidad, compromiso e identidad profesional, representando a la institución con dignidad y profesionalismo.

1. El uniforme es un símbolo de identidad como estudiantes de enfermería y es fundamental que se utilice de manera adecuada.
2. El uniforme contempla los siguientes elementos y condiciones de uso:
 - a. Uniforme para actividades académicas en el aula y en la comunidad: filipina blanca, pantalón guinda de vestir, zapatos y calcetines negros (calceta larga, no tobillera) varones con cinturón negro.
 - b. Uniforme para actividades oficiales y prácticas en el área clínica: filipina, pantalón y zapatos blancos. Calcetín blanco completo (no tobilleras); varones con cinturón blanco.
 - c. Uniforme para el área quirúrgica: filipina y pantalón quirúrgico color guinda, zapatos blancos. Pantalón con bolsa lateral derecha e izquierda a medio muslo. Filipina con logotipo de la institución bordado en la manga izquierda; Nombre

bordado, en el lado derecho (cara anterior de la filipina) en color amarillo institucional.

- d. Temporada invernal: Suéter **color guinda** con logotipo y nombre. Se permite blusa de cuello blanco o térmico blanco bajo la filipina.

DISPOSICIONES GENERALES:

1. En el contexto del uso del uniforme como un acto de compromiso, responsabilidad e identidad profesional:
 - a. El estudiante deberá portar el uniforme completo, tanto en el área de práctica integradora como en la unidad académica.
 - b. Se prohíbe estrictamente utilizar el uniforme incompleto o con otras prendas (camiseta, tenis, etc.).
 - c. Las mujeres, mientras estén uniformadas, no podrán llevar cabello suelto o desaliñado.
 - d. La credencial de estudiante vigente forma parte del uniforme.
 - e. Queda estrictamente prohibido fumar, hacer uso de sustancias enervantes y alcohol cuando se porte el uniforme, independientemente del lugar o el área en que se encuentre (dentro o fuera de la escuela).
 - f. El maquillaje utilizado debe ser discreto y con cabello recogido.
 - g. No se permite el uso de ligas o adornos de color para recoger el cabello.
 - h. Las uñas deben de ser cortas sin esmalte.
 - i. Queda prohibido el uso de piercings.
 - j. Los estudiantes varones deberán portar cabello corto, sin barba y, en caso de usar bigote, deberá estar bien delineado y limpio.
 - k. No se permite cabello largo en hombres.
 - l. Queda prohibido la utilización de colores extravagantes en el cabello, tanto para hombres como para mujeres.
 - m. Queda estrictamente prohibido el uso de gorras, gorros, sombreros y/o lentes de sol en clase y/o en la práctica integradora.
 - n. Se prohíbe el uso de aretes, anillos, cadenas o cualquier otro accesorio.
 - o. Se usará maletín de color negro (sin letras o estampados) durante las actividades académicas.
 - p. El uso de bolsa o mochila transparente es exclusivo para la práctica integradora.
 - q. Quien no cumpla con estas disposiciones se hará acreedor a una sanción y/o suspensión siguiendo la línea siguiente:
 - Llamada de atención personal (de manera verbal)
 - Llamada de atención por escrito
 - Posteriormente baja temporal por incumplimiento hasta la baja definitiva.

El reglamento del uniforme de la Universidad estatal de sonora, Unidad Navojoa, tiene como objetivo promover la profesionalidad, la identidad institucional y la seguridad en nuestro entorno

de aprendizaje y se espera que se cumpla con este reglamento para continuar siendo una universidad de excelencia.

Uso adecuado del equipo y materiales

El uso del equipo y material del laboratorio debe realizarse siempre bajo la supervisión de un docente o personal autorizado.

Los estudiantes son responsables de su manejo correcto y deben reportar de inmediato cualquier daño o anomalía.

No está permitido retirar materiales o equipos del laboratorio sin autorización escrita, y todo recurso debe devolverse en las mismas condiciones en que fue entregado.

El uso indebido o el daño intencional de los equipos será motivo de sanción conforme a la normativa institucional.

Manejo y disposición de residuos peligrosos

NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002

La **NOM-087** establece los lineamientos obligatorios para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) en laboratorios de prácticas de enfermería, clasificándolos en cinco grupos (sangre, cultivos, residuos anatómicos, punzocortantes y materiales contaminados). Exige su correcta segregación en contenedores específicos (bolsas rojas/amarillas o recipientes rígidos), almacenamiento temporal máximo de 30 días, y disposición final mediante métodos autorizados (autoclave, incineración).

La norma busca minimizar riesgos de infección en estudiantes y docentes, garantizando prácticas seguras y ambientalmente responsables, con sanciones por incumplimiento. Su aplicación es esencial para cumplir con estándares de bioseguridad en instituciones educativas y clínicas.

Anexo en normas y técnicas aplicables

Procedimientos en caso de emergencia

En caso de emergencia (exposición a material biológico, derrames, incendios o accidentes), el protocolo exige:

1) Actuar con seguridad personal primero (usar EPP, contener riesgos con materiales absorbentes/desinfectantes para derrames biológicos según NOM-087).

2) Alertar inmediatamente al responsable del laboratorio y servicio médico (para exposiciones, lavar la zona afectada con agua/jabón y seguir profilaxis post-exposición si aplica).

3) Evacuar ordenadamente si el riesgo persiste, usando rutas señaladas. Todo incidente debe documentarse en el **libro de emergencias** del laboratorio, detallando tipo de emergencia, acciones tomadas y personas afectadas, conforme a la NOM-026-STPS-2008 sobre seguridad en laboratorios.

Anexo en normas y técnicas aplicables

PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL UES NAVOJOA
[PLAN DE CONTINUIDAD DE OPERACIONES \(1\).pdf](#)

RELACIÓN DE PRÁCTICAS DE LABORATORIO POR ELEMENTO DE COMPETENCIA

Elemento de Competencia al que pertenece la práctica	EC 2
	Conoce los cuidados de enfermería encaminados a proporcionar bienestar y confort al paciente, apegada a valores éticos y normas generales de enfermería.

PRÁCTICA	NOMBRE	COMPETENCIA
Práctica No. 1	Tendido de cama	Realizar el tendido de diferentes tipos de cama hospitalaria para brindar confort, higiene y seguridad al paciente, utilizando ropa de cama y equipo clínico, en un entorno hospitalario simulado, desarrollando responsabilidad, orden y trabajo colaborativo.
Práctica No. 2	Baño de esponja en paciente encamado	Aplicar la técnica del baño de esponja en pacientes encamados para promover la higiene y prevenir complicaciones por inmovilidad, utilizando insumos básicos de higiene personal, en un ambiente clínico controlado, fomentando empatía, respeto y sensibilidad interpersonal.
Práctica No. 3	Mecánica corporal: Alineación corporal y postura	Aplicar los principios de alineación corporal y postura correcta para prevenir lesiones musculoesqueléticas y brindar un cuidado seguro y ergonómico, utilizando técnicas de mecánica corporal y apoyos básicos, en un entorno clínico simulado, desarrollando conciencia corporal, autocuidado y responsabilidad profesional.
Práctica No. 4	Movilización y transferencia del paciente	Ejecutar técnicas de movilización y transferencia segura del paciente para prevenir lesiones y favorecer su recuperación, utilizando principios de mecánica corporal y dispositivos de apoyo, en un escenario clínico simulado, fortaleciendo el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.
Práctica No. 5	Toma de signos vitales: Frecuencia cardíaca, respiración. Temperatura y presión arterial	Realizar la medición de los signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial) para identificar alteraciones fisiológicas que orienten la valoración clínica del paciente, utilizando equipo básico y técnica estandarizada, en un entorno

		clínico simulado, desarrollando precisión, pensamiento crítico y responsabilidad profesional.
--	--	---

Elemento de Competencia al que pertenece la práctica	EC 3
	Aplica los fundamentos científicos en los procedimientos con el fin de restaurar la salud dentro de un entorno seguro.

PRÁCTICA	NOMBRE	COMPETENCIA
Práctica No. 6	Colocación de sonda vesical permanente	Realizar la técnica de colocación de sonda vesical permanente para garantizar la eliminación urinaria controlada, utilizando equipo estéril y técnica aséptica, en un ambiente simulado con normativas clínicas, desarrollando responsabilidad ética y precisión técnica.
Práctica No. 7	Administración de medicamentos: VI, IM, SC, ID	Preparar, administrar y registrar medicamentos por vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, aplicando los principios de farmacología, técnicas asépticas, medidas de bioseguridad y normativas institucionales, con base en el juicio clínico y ético, para garantizar una atención segura, efectiva y humanizada al paciente.
Práctica No. 8	Técnicas de vendaje	Realizar vendajes simples o compresivos en zonas corporales específicas para inmovilizar, proteger o sostener estructuras afectadas, utilizando vendas, gasas y material clínico, en simulación de prácticas hospitalarias, fortaleciendo destreza manual y precisión.
Práctica No. 9	Curación de heridas	Ejecutar la técnica de curación de heridas simples o complejas para prevenir infecciones y favorecer la cicatrización, utilizando equipo estéril y normas de bioseguridad, en un entorno simulado, promoviendo responsabilidad, autocuidado y pensamiento crítico.



PRÁCTICAS

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	1. Tendido de cama: cama cerrada, cama abierta, cama posoperatoria y cama con paciente.
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Realizar el tendido de diferentes tipos de cama hospitalaria para brindar confort, higiene y seguridad al paciente, utilizando ropa de cama y equipo clínico, en un entorno hospitalario simulado, desarrollando responsabilidad, orden y trabajo colaborativo.

FUNDAMENTO TEÓRICO
Una relación terapéutica con actividades educativas durante el procedimiento, estimula conductas para modificar hábitos higiénicos, expresar sentimientos u opiniones y aceptar sugerencias. La identificación de pacientes infectocontagiosos, determina el manejo de la ropa de cama, según normas institucionales. • Las reacciones físicas y emocionales varían en cada individuo. • Son factores que desencadenan alteraciones en el ciclo vigilia-sueño, la fatiga, ansiedad, irritabilidad, inquietud, todos, resultado de la presencia de partículas, humedad, sustancias irritantes (sudor, exudados, secreciones) y agentes químicos.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
• Especificación de cantidades y características relevantes para la práctica • Camas clínicas, (mínimo 5) • Sábanas de cajón (10 unidades) • Sábanas móviles (10 unidades) • Sábanas clínicas (10 unidades) • Fundas para almohadas (10 unidades) • Hule clínico (5 unidades) • Cobertor o cubrecama (5 unidades) • Almohadas tamaño estándar (5 unidades) • Bote especial para ropa sucia (1 unidad) El material está sujeto a la cantidad de alumnos contemplados para la práctica, al igual de la cantidad de alumnos en equipos que dependerá del docente que realice la práctica.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
Se dará la descripción detallada de las actividades a seguir de manera clara y ordenada, así mismo se presentan las precauciones o advertencias necesarias para garantizar la seguridad y correcta ejecución. CAMA CERRADA: 1. Colocar sobre la silla la ropa y acomodarla en orden inverso al que se va a usar, previa colocación de la almohada. 2. Colocar una sábana a partir del punto medio superior del colchón y fijarla en la esquina superior proximal de este, mediante una “cartera” (figura 7–6 a, b y c). Deslizarla y fijarla en el extremo inferior del colchón, con cartera. 3. Poner el hule clínico sobre el tercio medio del colchón y sobre éste, la sábana clínica procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule. 4. Introducir los extremos laterales de las piezas colocadas (sábana fija, hule y sábana

clínica) por debajo del colchón.

5. Pasar al lado contrario de la cama y repetir los pasos anteriores para fijar la ropa.

6. Colocar la sábana móvil sobre el colchón a partir del borde medio superior y sobre ésta, el cobertor a 15 o 25 cm hacia abajo.

7. Doblar el extremo correspondiente de la sábana sobre el borde superior del cobertor. A este doblez se le denomina "cortesía".

8. Colocar la colcha en punto medio superior del colchón, deslizarla hacia abajo y hacer las "carteras" en las esquinas inferiores.

9. Vestir la almohada y colocarla en la cabecera, procurando cubrirla con la parte superior de la colcha.

10. Introducir los extremos laterales sobrantes de la ropa por debajo del colchón.



Figura 1.1. Cama cerrada. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

CAMA ABIERTA

La cama abierta se arregla cuando es ocupada por un paciente que no requiere reposo. A partir del arreglo de la cama cerrada, realizar los siguientes pasos:

1. Retirar mesa puente o de noche.

2. Sacar los extremos laterales de la ropa superior de cama (colcha, cobertor y sábana móvil).

3. Colocar almohada en la piecera.

4. Doblar el borde superior de la colcha por debajo del cobertor y hacer la "cortesía" con el extremo superior de la sábana.

5. Deslizar estas piezas hacia el tercio inferior de la cama en forma de acordeón.

6. Colocar almohada en la cabecera



Figura 1.2. Cama cerrada. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

CAMA CON PACIENTE

El cambio de ropa de cama puede realizarse con el paciente acostado o sentado. Con el paciente sentado, los pasos se realizan de la cabecera a la parte media de la cama y posteriormente de este punto a la piecera. En ambos casos los pasos son similares a los descritos a continuación:

1. Informar al paciente sobre el procedimiento.
2. Acomodar el equipo en orden inverso al que se va a usar.
3. Retirar mesa puente y poner la silla hacia la piecera para dejar la almohada y la ropa de cama.
4. Aflojar todas las piezas que cubren la cama por el lado contrario al que se encuentra el buró.
5. Retirar colcha y depositarla en el bote o bolsa para ropa sucia, después el cobertor, tratando de doblarlo en cuatro partes y colocarlo sobre el respaldo de la silla. Dejar cubierto al paciente con la sábana móvil.
6. Asear la cama con paño húmedo.
7. Colocar al paciente en decúbito lateral y recorrerlo hacia el borde distal de la cama.
8. Doblar o enrollar las sábanas clínica y fija hacia la espalda del paciente. Limpiar el hule clínico con paño húmedo.
9. Colocar la sábana fija en el punto medio superior del colchón dejando un extremo de 25 a 30 cm para fijarlo debajo de éste en la parte superior, y en la esquina mediante la "cartera".
10. Deslizar el hule clínico, colocar y fijar sobre éste la sábana clínica como se indicó en la norma 3 del tendido de cama cerrada. Ajustar los extremos de la ropa debajo del colchón.
11. Pasar al lado contrario de la cama para retirar en forma de rollo la ropa fija sucia; asear la mitad del hule clínico y ajustar la ropa limpia como se indicó en el punto anterior; retirar la ropa fija limpia y fijarla por debajo del colchón.
12. Colocar al paciente en posición cómoda, previa colocación de almohada con funda limpia.
13. Colocar sábana móvil limpia y retirar la sucia sin descubrir al paciente.
14. Colocar cobertor y colcha como se indicó en el tendido de cama cerrada.
15. Introducir extremo de la ropa móvil por debajo del colchón, dejando holgura en los pies del paciente.

16. Dejar ordenada la unidad clínica.



Figura 1.3. Cama cerrada. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

CAMA POSOPERATORIA O DE RECUPERACIÓN

El tendido de esta cama, se realiza para recibir en condiciones óptimas de limpieza y calor al paciente intervenido quirúrgicamente.

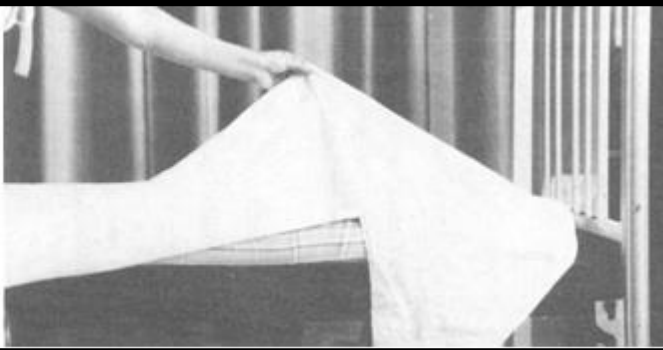
1. Realizar normas de arreglo de cama cerrada, excepto 4, 9 y 10.
2. Doblar la ropa móvil en forma de acordeón, rollo o triángulo h hacia el lado opuesto de la entrada a la unidad clínica.
3. Colocar verticalmente la almohada en la cabecera y aplicara calor por medios físicos sobre la superficie de la cama (si se aplica en algunos hospitales).
4. Arreglar mobiliario de tal forma que no obstaculice el traslado del paciente del carro camilla a la cama.



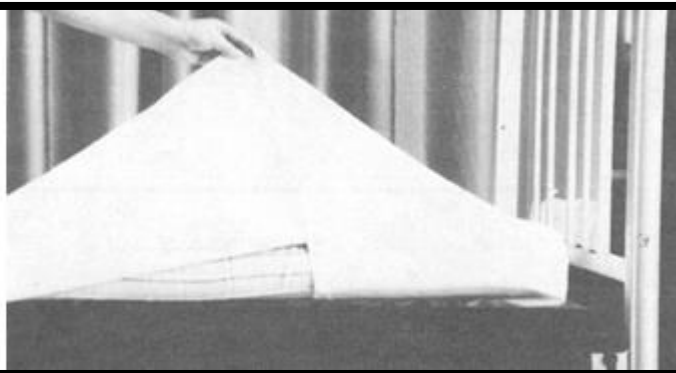
Figura 1.4. Cama quirúrgica. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

PASOS PARA LA HECHURA DE LA CARTERA

a) Introducir el extremo de la sábana por debajo de la parte superior del colchón y levantar la parte lateral de ésta, previa formación de un ángulo de 45°.



b) Introducir sobrante lateral de la sábana por debajo del colchón.



c) Bajar la parte levantada de la sábana e introducirla por debajo del colchón.



Figura 1.5 (a, b, c). La cartera en el tendido de cama. **Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E.** (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

RESULTADOS ESPERADOS

1. **Identificar los tipos de cama hospitalaria** y sus indicaciones clínicas: cama cerrada (para pacientes que aún no ingresan), abierta (para pacientes que regresan), ocupada (pacientes con movilidad reducida) y cama quirúrgica (preparada para recibir al paciente de quirófano).
2. **Seleccionar adecuadamente los materiales y equipo** necesarios para cada tipo de tendido, asegurando condiciones de bioseguridad y eficiencia.
3. **Realizar paso a paso el tendido de cama en sus diferentes modalidades**, siguiendo una secuencia lógica, ergonómica, higiénica y segura.
4. **Fomentar el trabajo colaborativo, la comunicación asertiva y la actitud profesional** durante la preparación del entorno del paciente.
5. **Reflexionar sobre la importancia del entorno físico del paciente** para su recuperación, bienestar y prevención de complicaciones como úlceras por presión.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para evaluación técnica de cama cerrada/abierta:

1. ¿Qué fue lo más desafiante en esta práctica y cómo lo superaste?
2. ¿Cómo aplicarías lo aprendido en un escenario real con limitación de tiempo?
3. ¿Por qué es importante revisar arrugas en la cama de un paciente postrado?
4. ¿Crees que darle énfasis al tendido de cama es una prioridad para el bienestar y confort del paciente?
5. Errores que se pueden cometer y mejorar
6. Si olvidó colocar el protector (hule) y el protector hidroabsorbente ¿qué riesgo implica para el paciente?, ¿qué se le dificultaría a enfermería?
7. ¿Cómo influye el orden de colocación de sábanas en la eficiencia del procedimiento?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Relación con la teoría y aplicación en el campo profesional

El estudiante deberá sintetizar lo aprendido, relacionarlo con la teoría vista en aula y relacionarla con su práctica; a la vez, que puede reconocer áreas de mejora. No se trata de que repita o memorice pasos sino de tener un pensamiento crítico y ético de la técnica.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Demostración en equipo y rotación de roles
2. Cada estudiante realiza una variante del tendido (cerrada, ocupada, abierta, anestesia) mientras los demás observan y retroalimentan usando una lista de cotejo.
3. Registro comparativo de tiempos y eficiencia
4. Evaluar el tiempo que tarda cada estudiante en realizar correctamente cada tipo de cama y analizar mejoras ergonómicas.
5. Simulación con paciente estandarizado (actuado)
6. Un compañero hace el rol de paciente encamado con movilidad limitada, y el otro realiza el tendido de cama ocupada aplicando principios de comunicación, confort y seguridad.

7. Análisis de caso clínico con errores comunes
8. Se presenta un caso donde se cometieron errores (arrugas, mala alineación, caída de material), y los alumnos deben identificar riesgos y proponer soluciones.
9. Práctica en condiciones especiales
10. Tendido de cama ocupada en un paciente con fractura, o con drenajes, para adaptar el procedimiento según el contexto clínico.
11. Reflexión grupal: “¿Cómo influye una cama bien tendida en la recuperación del paciente?”
12. Discusión guiada sobre el impacto emocional, físico y de imagen profesional que tiene este procedimiento.
13. Cuestionario de repaso teórico
14. Breve prueba sobre tipos de cama, objetivos, principios de bioseguridad y materiales.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	
Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	2. Baño de esponja en el paciente encamado
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Aplicar la técnica del baño de esponja en pacientes encamados para promover la higiene y prevenir complicaciones por inmovilidad, utilizando insumos básicos de higiene personal, en un ambiente clínico controlado, fomentando empatía, respeto y sensibilidad interpersonal.

FUNDAMENTO TEÓRICO
El baño de esponja en el paciente encamado es un procedimiento fundamental en el cuidado de enfermería, ya que permite mantener la higiene corporal, prevenir infecciones cutáneas, estimular la circulación sanguínea, y promover el confort y la dignidad del paciente. Además, durante el baño se pueden identificar alteraciones en la piel como enrojecimientos, úlceras por presión, heridas o signos de infección, lo cual permite intervenir oportunamente. También favorece el bienestar emocional al brindar una sensación de frescura, limpieza y atención personalizada, lo que fortalece el vínculo terapéutico entre el paciente y el profesional de enfermería. Este procedimiento, aunque básico, tiene un impacto significativo en la salud física y emocional del paciente dependiente.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
Equipo y material: - Dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente - Lavamanos (2 para cada equipo) un recipiente para agua sucia; - Jabonera con jabón (Rosita o el de uso en laboratorio) - Toallas grandes (2 para cada equipo) - Toallas medianas (2 para cada equipo) - Toallas de cara (2 para cada equipo) - Abatelenguas y gasas (para lavado al interior de la boca) - Paquete de toallitas húmedas (un paquete por equipo) - Bata clínica (2 por equipo) - Juego de ropa para cama (sábana de cajón, móvil, clínica, colcha, hule y funda). - Crema hidratante. - Bote especial para ropa sucia y un basurero. Si el paciente requiere lavado de cabello: llevar un lavamanos extra con agua, un hule para lavar el cabello, shampoo, peine y toalla para el cabello.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
Incluir precauciones o advertencias necesarias para garantizar la seguridad y correcta ejecución. - Preparar el equipo en el cuarto de trabajo. - Explicar el procedimiento al paciente y ofrecerle el cómodo u orinal. - Cerrar puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario. - Retirar los utensilios de la masa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla. - Trasladar el equipo a la unidad clínica, colocando los artículos para el baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar. - Aflojar la ropa de cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al paciente, excepto la sábana móvil.

7. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.
8. Retirar la ropa del paciente.
9. Colocar al paciente en posición de decúbito dorsal y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.
10. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly o hule (protege la ropa de cama asegurando una corriente constante de agua), por debajo de los hombros. Si no hay cojín, se improvisa uno con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura.
11. Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.
12. Proteger los conductos auditivos externos con torundas.
13. Verter agua de la jarra sobre el cabello del paciente.
14. Aplicar jabón o shampoo, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.
15. Enjuagar constantemente, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.
16. Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando simultáneamente el cojín o hule y depositarlo en la cubeta.
17. Afeitar la cara del paciente si es varón, de ser necesario, previa colocación de toalla en tórax y jabón o espuma en mejillas, parte superior del labio y mentón y deslizar la rasuradora al mismo tiempo de tensionar la piel y en dirección del crecimiento del pelo.
18. Colocar una toalla facial sobre el tórax y asear ojos con torundas, y narinas y oídos con hisopos.
19. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal. Secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.
20. Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar en la axila. De preferencia el aseo de manos se realizará dentro del lavamanos o lebrillo, enjuagando al chorro de agua.
21. Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.
22. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen, cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical. Colocar camisón limpio sobre tórax y abdomen.
23. Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisón sin atarlo o abotonarlo por detrás.
24. Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas.
25. Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro del agua; sacarlos y cubrirlos con la toalla simultáneamente al retiro del lavamanos o lebrillo.
26. Secar los pies haciendo ligera presión.
27. Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.
28. Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.
29. A pacientes varones, proporcionar un apósito para que asee sus genitales si está en condiciones de hacerlo, o en caso contrario realizar el aseo. Lavar las manos del paciente si éste realizó su aseo.
30. Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica y colocarle el cómodo,

cuidando de proteger los muslos con sábana "móvil".

31. Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales.

32. Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestíbulo perineal, y por último región anal; con movimientos circulares enjuagar cuantas veces sea necesario.

33. Secar genitales en igual orden en que se asearon. Retirar la sábana "móvil".

34. Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, colocar una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y región glútea. Asear la parte posterior de cuello, espalda y región glútea.

35. Secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.

36. Colocar la bata, ropa interior según sea el caso.

37. Proceder al arreglo de la cama con el paciente.

38. Peinar y terminar el arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo.

39. Retirar el equipo y dejarlo limpio para usarse nuevamente.

40. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.

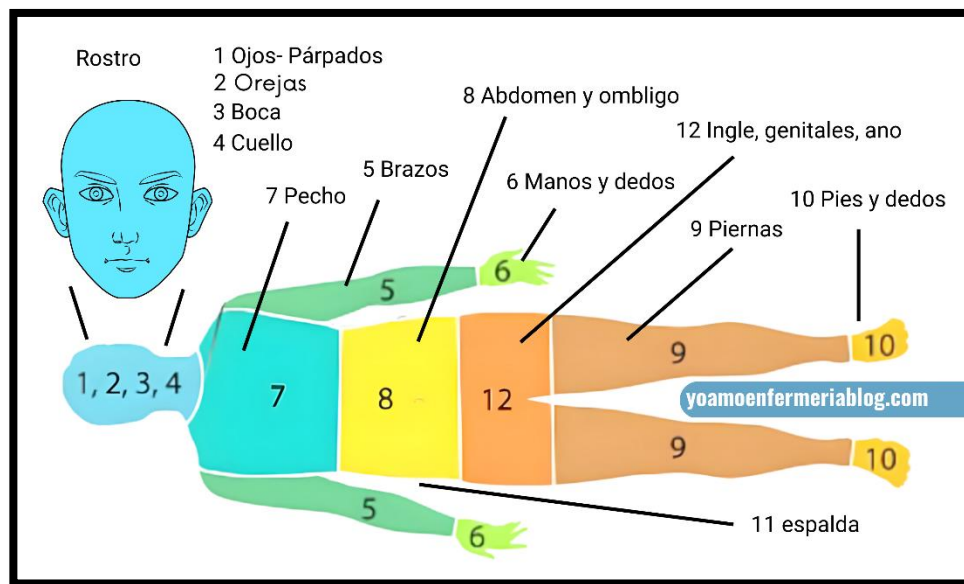


Figura 2.1. Orden para el procedimiento del baño del paciente encamado. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/08/bano-en-cama-al-paciente/>



Limpiar la cara, ojos y oídos. En la cara no se debe utilizar jabón. Mojar el paño con agua y limpiar la cara. Secar con otro paño.

Figura 2.2. Lavado de la cara. Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). (2023). *Protocolo para baño en cama: Guía paso a paso* [Manual en PDF]. <https://www.ina.ac.cr/documentos/protocolos-salud>



Figura 2.3. Lavado torso superior. Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). (2023). *Protocolo para baño en cama: Guía paso a paso* [Manual en PDF]. <https://www.ina.ac.cr/documentos/protocolos-salud>

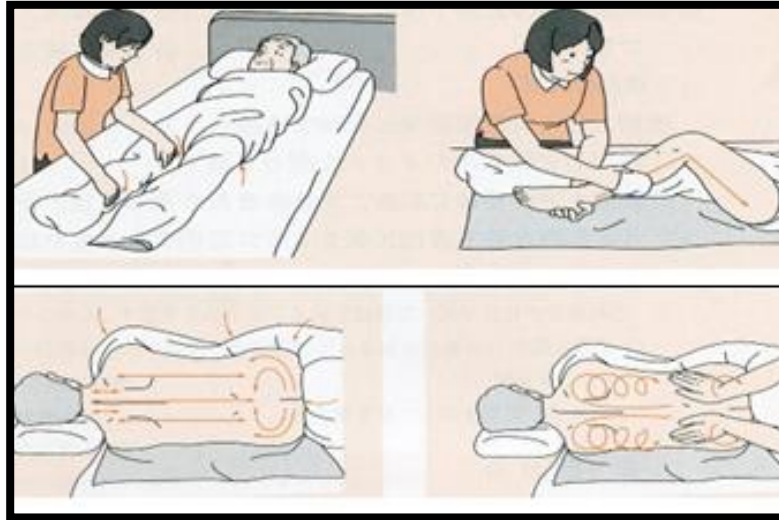


Figura 2.4. Lavado espalda y piernas. Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). (2023). *Protocolo para baño en cama: Guía paso a paso* [Manual en PDF]. <https://www.ina.ac.cr/documentos/protocolos-salud>

a)



b)



Figura 2.5 (a y b).. Lavado de manos y pies. Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). (2023). *Protocolo para baño en cama: Guía paso a paso* [Manual en PDF]. <https://www.ina.ac.cr/documentos/protocolos-salud>

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reconoce la finalidad del baño en cama como una técnica fundamental para mantener la higiene, el confort y la prevención de complicaciones del paciente inmovilizado.

2. Ejecuta correctamente la técnica del baño de esponja, utilizando el material adecuado y siguiendo la secuencia anatómica recomendada.
3. Aplica principios básicos de asepsia y antisepsia, respetando la limpieza de zonas limpias a sucias.
4. Organiza el entorno y el equipo antes, durante y después del procedimiento, demostrando planeación y control del tiempo.
5. Utiliza postura corporal adecuada, cuidando la ergonomía para prevenir lesiones como futuro profesional de enfermería.
6. Desarrolla habilidades de trato digno y comunicación, aun en un entorno simulado, hacia su compañero que representa al paciente.
7. Valora la experiencia de ser paciente simulado, identificando emociones, incomodidades y necesidades no verbales durante la atención.
8. Aplica la técnica con respeto a la intimidad, manejando adecuadamente el cubrimiento y la exposición del cuerpo (del compañero o maniquí).
9. Demuestra trabajo en equipo y colaboración, cumpliendo con los roles asignados con responsabilidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Respetaste el orden del baño en cama?
2. ¿Qué actitud pudiste observar en el paciente que era tu compañero?
3. ¿Cómo crees que respondería un paciente real emocionalmente al procedimiento?
4. ¿Qué señales tomarías en cuenta a observar cuando te encuentres en un escenario real?
5. ¿Cuál es la parte del baño que consideras que es más complicada y por qué?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

El baño de esponja es una técnica sencilla pero profundamente significativa para el bienestar integral del paciente encamado. Su adecuada ejecución no solo previene infecciones, úlceras por presión y complicaciones dermatológicas, sino que también representa una oportunidad para **observar signos clínicos tempranos y fortalecer el vínculo terapéutico** con el paciente.

En la práctica profesional, este cuidado permite poner en acción **la teoría del confort**, los principios de bioseguridad, ética del cuidado, y la observación clínica, desarrollando además habilidades de comunicación empática, respeto y atención personalizada.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Simulación con rol de paciente: estudiantes intercambian roles para vivenciar el procedimiento desde la perspectiva del usuario.
2. Análisis de un caso clínico breve con un paciente encamado con riesgo de úlceras, para decidir intervenciones preventivas.
3. Mapa corporal con símbolos de alteraciones observadas en la piel (piel seca, eritema, humedad, etc.).
4. Elaboración de una lista de verificación (checklist) para evaluar la técnica y el trato al paciente.

5. Reflexión escrita corta sobre la experiencia de brindar cuidados básicos a una persona en situación de vulnerabilidad.
6. Lectura guiada sobre la dignidad en el cuidado y la higiene en la enfermería clínica.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	
Cráterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	3. Mecánica corporal: Alineación corporal y postura
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Aplicar los principios de alineación corporal y postura correcta para prevenir lesiones musculoesqueléticas y brindar un cuidado seguro y ergonómico, utilizando técnicas de mecánica corporal y apoyos básicos, en un entorno clínico simulado, desarrollando conciencia corporal, autocuidado y responsabilidad profesional.

FUNDAMENTO TEÓRICO
La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional tanto del personal de salud como del paciente a su cuidado, para evitar lesiones neuromusculoesqueléticas. Es necesario que el alumno comprenda que postura es la alineación corporal que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta; la posición en cambio, es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnósticos o terapéuticos.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
1. Camas hospitalarias con ajuste de posiciones (5 mínimo) 2. Silla con respaldar 3. Cama ginecológica (1 cama) 4. Almohadas diferentes tamaños La cantidad de equipamiento y material será de acuerdo a la cantidad de alumnos que llevarán la materia y realizarán la práctica. Por consiguiente, no se puede poner una cantidad exacta de algunos elementos.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
Las posiciones básicas son tres: 1. Posición erguida o anatómica 2. Posición sedente 3. Posición yacente o en decúbito. A continuación, indicaremos la actividad para realizar en laboratorio: I. POSICIÓN ERGUIDA O ANATÓMICA: Alineación de segmentos corporales en sentido vertical con extremidades superiores a los lados del cuerpo, manos en pronación, cabeza recta y pies dirigidos hacia adelante. Los pies pueden tener diferente separación según el caso. Indicaciones: a. Valoración de conformación exterior. b. Definición de planos corporales. c. Reducción de tensión excesiva sobre articulaciones que soportan el peso corporal.

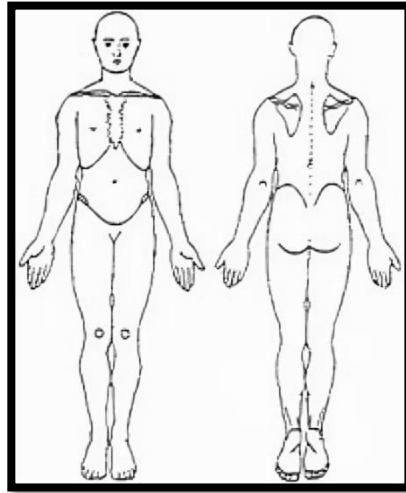


Figura 3.1. Posición erguida o anatómica. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/14/posiciones-anatomicas-basicas/>

II. SEDENTE

La posición sedente tiene variaciones que veremos a continuación.

a. **Fowler Elevada:** Paciente sentado en silla o cama con el tronco en posición vertical y extremidades inferiores apoyados sobre un plano resistente.

Indicaciones:

- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Alimentación
- Favorecer exhalación respiratoria adicional.
- Disminuir tensión muscular abdominal y lumbar.
- Aplicación de algunos tratamientos o intervenciones quirúrgicas en cabeza o cara.
- Descanso.



Figura 3.2. Posición sedente. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/14/posiciones-anatomicas-basicas/>

b. **FOWLER:** Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores.

Indicaciones:

- Similares a la anterior a excepción de la tercera indicación.
- Favorece la respiración.

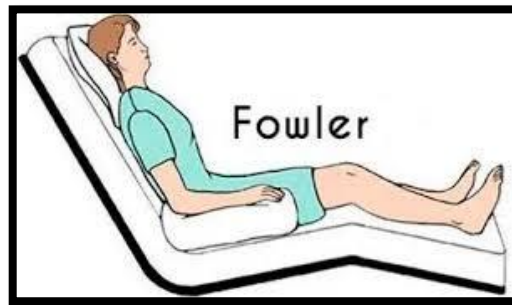


Figura 3.3. Posición fowler. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

c. **SEMIFOWLER:** Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores.

Indicaciones:

- Similares a la posición fowler.



Figura 3.4. Posición semi fowler. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

III. **YACENTE O EN DECÚBITO, DECÚBITO DORSAL O SUPINA:** Esta posición también tiene sus variaciones que veremos a continuación:

a. **Dorsal con piernas elevadas:** Paciente en decúbito dorsal o supina con extremidades inferiores elevadas sobre almohadas o piecera de la cama.

Indicaciones:

- Favorecer la relajación muscular.
- Disminuir edema de extremidades inferiores.

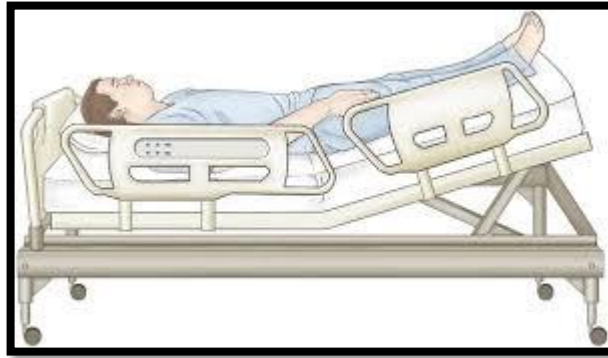


Figura 3.5. Posición dorsal piernas elevadas. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

b. **Decúbito dorsal o supina:** Paciente acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

Indicaciones:

- Similares a la anterior.



Figura 3.6. Posición dorsal o supina. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

c. **Dorsosacra:** Paciente en decúbito dorsal o supina con separación de rodillas y pies apoyados sobre un plano resistente.

Indicaciones:

- Similares a las anteriores.

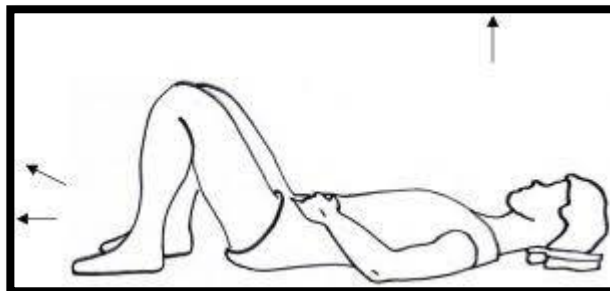


Figura 3.7. Posición dorso sacra. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

d. **Ginecológica o litotomía:** Paciente en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, extremidades inferiores flexionadas y separadas por medio de piñeras.

Indicaciones:

- Atención al parto.
- En intervenciones médicas y quirúrgicas de órganos pélvicos.
- Muestras para estudios como papanicolaou, etc.

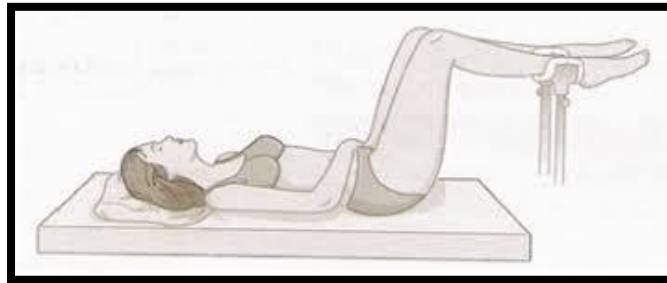


Figura 3.8. Posición litotomía. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

e. **Rossier:** Paciente en decúbito dorsal con almohada por debajo de los hombros para producir hiperextensión de cuello.

Indicaciones:

- Favorecer la ventilación pulmonar.
- Exploración e intervenciones quirúrgicas en el cuello.

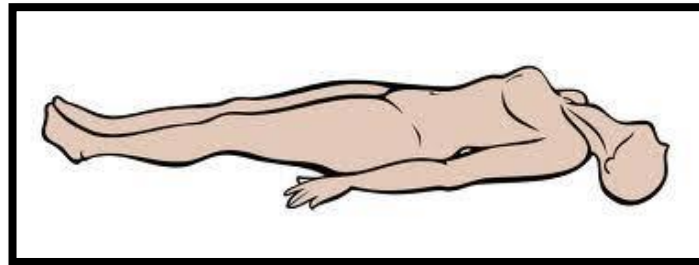


Figura 3.9. Posición Rossier. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

f. **Trendelenbug:** Paciente en decúbito dorsal con elevación de piecera de cama entre 30 a 45°, de tal manera que la cabeza se encuentre en un plano más bajo que los pies.

Indicaciones:

- Favorecer drenaje postural.
- Incrementar riego sanguíneo cerebral.
- Intervenciones quirúrgicas de vejiga y colon.
- Favorecer retorno venoso.

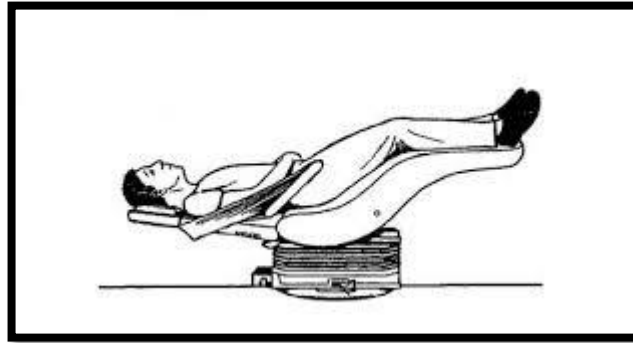


Figura 3.10. Posición trendelenburg. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

IV. **DECÚBITO VENTRAL O PRONA:** Esta posición tienes las siguientes variaciones:

a. **Decúbito ventral o prona:** Paciente acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza de lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.

Indicaciones:

- Exploración de región posterior del cuerpo.
- Aplicación de tratamiento en región posterior del cuerpo.
- Recuperaciones posanestésicas.

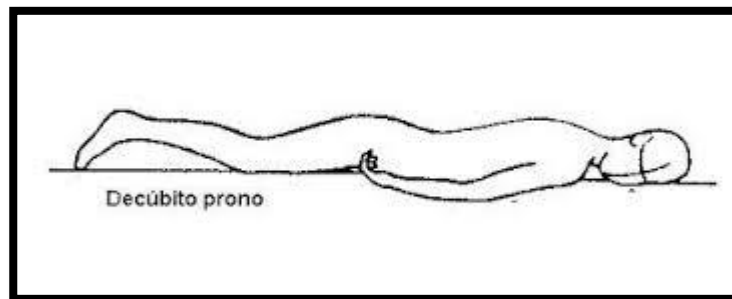


Figura 3.11. Posición decúbito prono. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

b. **Prona de urgencia:** Paciente en decúbito ventral con cabeza fuera del borde de la cama y extremidad superior correspondiente sobre un banco de altura extensión de una tablilla.

Indicaciones:

- Evitar broncoaspiración por expulsión de vómito en proyectil o secreciones de vías respiratorias abundantes como en el SDRA, COVIT.
 - Favorecer drenaje postural.
- Nota: Tener vigilancia para evitar caídas.

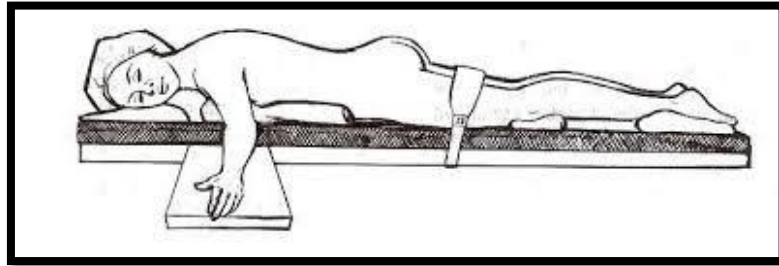


Figura 3.12. Posición prona de urgencia. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

c. **Genucubital:** A partir de la posición prona, el paciente descansa sobre brazos y rodillas con la cabeza de lado.

Indicaciones:

- Exploración de región pélvica.
- Exploración sigmoidoscopia.
- En tratamientos rectosigmoideos.

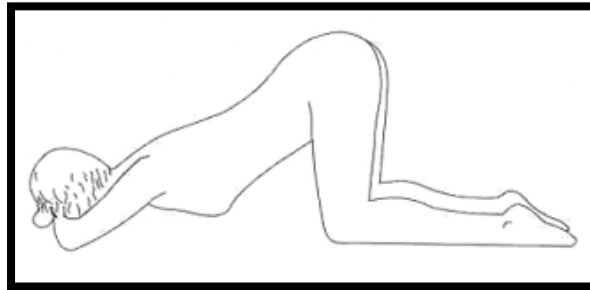


Figura 3.13. Posición genucubital. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

d. **Kraske o navaja sevillana:** Paciente en decúbito ventral con inclinación de muslos formando un ángulo de 90° y piernas apoyadas sobre la parte inferior de la mesa de exploración. Inclinar parte superior de la mesa o cama, de tal forma que las caderas queden más elevadas que el cuerpo.

Indicaciones:

- Exploración e intervenciones quirúrgicas en recto.
- Aplicación de tratamientos en recto.

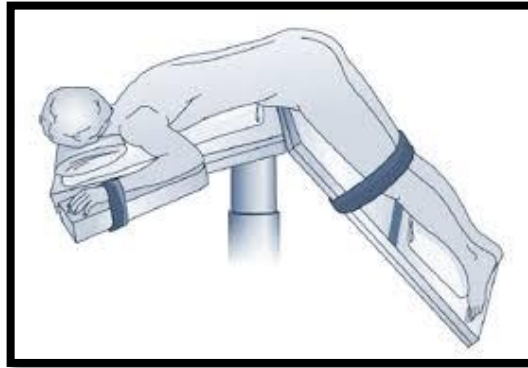


Figura 3.14. Posición Kraske. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

V. DECÚBITO LATERAL

a. **Decúbito lateral:** Paciente acostada sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.

Indicaciones:

- Favorecer la relajación muscular.
- Recuperación posanestésica.
- Aplicación de varios tratamientos.

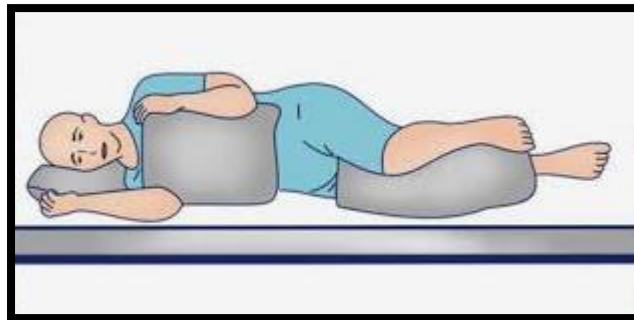


Figura 3.15. Posición decúbito lateral. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

b. **De Sims:** Paciente en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.

Indicaciones:

- Aplicación de enemas.
- Exploración de recto.
- Relajación muscular.

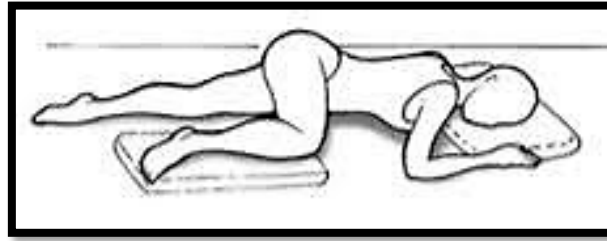


Figura 3.16. Posición de Sims. <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>

RESULTADOS ESPERADOS

1. Comprende la importancia de la alineación corporal en la seguridad y bienestar del paciente y del personal de salud.
2. Aplica correctamente los principios de alineación corporal en diferentes posiciones del paciente (decúbito dorsal, lateral, Fowler, Sims, etc.).
3. Adopta posturas ergonómicas propias durante actividades como movilizar, girar, levantar o asistir a un paciente, previniendo lesiones laborales.
4. Reconoce los riesgos derivados de una mala alineación, tanto para el cuidador como para el paciente (dolor, caídas, lesiones, úlceras por presión).
5. Demuestra empatía y sensibilidad al experimentar en carne propia (como paciente) las sensaciones de una alineación correcta e incorrecta.
6. Evalúa críticamente su propio desempeño y el de sus compañeros, sugiriendo mejoras en la técnica o ergonomía.
7. Educa al paciente y/o sus cuidadores sobre posturas correctas que previenen complicaciones durante la estancia hospitalaria o en el hogar.
8. Coordina en equipo para realizar movilizaciones seguras, respetando tiempos, indicaciones y límites físicos propios y de otros.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Preguntas o guías para la interpretación de los datos.

Durante la práctica se evalúa si el estudiante mantiene una postura corporal adecuada al realizar movimientos clínicos (como levantar, girar o movilizar pacientes), si reconoce puntos de apoyo correctos, mantiene el equilibrio y aplica el principio de palanca.

También se analiza si protege su columna y articulaciones durante las maniobras.

Se observa si identifica errores posturales comunes y cómo los corrige.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

La alineación corporal adecuada es un componente esencial para el cuidado seguro, tanto para el paciente como para el personal de salud. Aplicar correctamente los principios de mecánica corporal permite realizar procedimientos clínicos de forma eficaz y sin riesgos ergonómicos.

En el campo profesional, una mala postura repetida genera lesiones crónicas, por lo que esta práctica fomenta el autocuidado, la prevención y la conciencia postural como parte del profesionalismo en enfermería.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Simulación de posturas incorrectas vs. correctas: Cada estudiante adopta diferentes posiciones en maniobras clínicas y el grupo identifica riesgos ergonómicos.
2. Evaluación con checklist postural: Aplicar una lista de verificación para valorar si se respetan las recomendaciones de alineación corporal.
3. Video análisis de maniobras clínica: Observar videos de movilización y traslado para identificar errores de postura y puntos de mejora.
4. Ejercicio práctico con objetos clínicos simulados: Levantar, empujar o cargar objetos (colchonetas, camillas, mochilas con peso) aplicando mecánica corporal.
5. Reflexión escrita corta: ¿Cómo afecta mi postura al cuidado que brindo?" y "¿Qué cambios debo hacer en mi forma de moverme en el área clínica?

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	4. Movilización y transferencia del paciente: movilización y transferencia.
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Ejecutar técnicas de movilización y transferencia segura del paciente para prevenir lesiones y favorecer su recuperación, utilizando principios de mecánica corporal y dispositivos de apoyo, en un escenario clínico simulado, fortaleciendo el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.

FUNDAMENTO TEÓRICO
La mecánica corporal correcta es fundamental en el ámbito hospitalario para garantizar la seguridad del personal y los pacientes durante movilizaciones, traslados o procedimientos. Se basa en principios clave como mantener un centro de gravedad bajo, ampliar la base de sustentación (pies separados) y alinear el cuerpo para distribuir adecuadamente el peso, utilizando músculos grandes (piernas y brazos) en lugar de sobrecargar la espalda. Esto, junto con una planificación en equipo y movimientos coordinados, previene lesiones musculoesqueléticas (especialmente en columna vertebral) y optimiza el esfuerzo físico. Además, los mecanismos posturales (equilibrio, reacciones antigravedad y de protección) aseguran estabilidad durante el movimiento. Su aplicación mejora la eficiencia en cuidados, reduce riesgos laborales y promueve el bienestar del paciente durante intervenciones.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
1. Camas clínicas de hospital 2. Sábanas móviles (1 por dos alumnos), demostrar cambio de posición decúbito lateral en peso muerto. 3. Silla de ruedas (1). 4. Camilla (1) 5. Sábanas clínicas (2 por 4 alumnos), demostrar traslado del paciente de camilla a la cama. 6. Andaderas (1) 7. Rollos y sacos de arena para los cambios de posición. 8. Muletas (para demostración al menos un par). 9. Almohadas diferentes tamaños La cantidad correcta estará sujeta a la cantidad de alumnos que lleven la práctica en el laboratorio.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
Acercamiento del paciente al borde de la cama 1. Informar al paciente qué se va hacer y explicar cómo puede colaborar. 2. Colocar al paciente en decúbito dorsal, semifowler o fowler y cubrirlo. 3. Mantener una amplia base de sustentación con un pie delante del otro. 4. Apoyar en la cama con los muslos y flexionar las rodillas. 5. Colocar las manos debajo del paciente, acercarse y mantener erguida la espalda. 6. Si el paciente puede ayudar, que coloque su mano sobre el hombro de la enfermera. 7. Movilizarse hacia atrás, desplazando el peso de un pie al otro, a medida que el paciente

se desliza hacia el borde de la cama.

8. Cubrirlo y colocarle aditamentos de apoyo si es necesario.

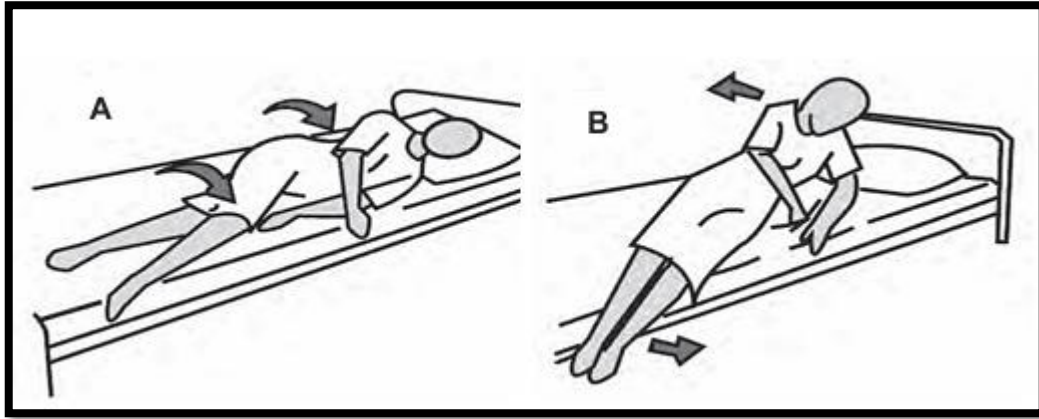


Figura 4.1. Movilizar paciente a decúbito lateral. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

Movilización del paciente a posición de decúbito lateral

1. El paciente debe estar en posición de decúbito dorsal.
2. Dejar al alcance una almohada para usarla después, y ayudar al paciente a flexionar el brazo proximal y colocar este sobre el tórax.
3. Pedir al paciente que flexione las rodillas, y cruzar el brazo distal sobre el proximal.
4. Colocar una mano atrás del hombro distal y otra atrás de la cresta iliaca del paciente.
5. Deslizar al paciente con las manos o con la sábana clínica hasta que se encuentre en decúbito lateral.
6. Centrar al paciente y colocarle longitudinalmente la almohada a la espalda con una mano y con la otra protegerlo; evitar que los miembros podálicos queden debajo del cuerpo.
7. Trasladarse al lado opuesto de la cama y arreglar la cadera y hombros del paciente.
8. Colocar un cojín almohada o sábana en medio de las extremidades inferiores para proteger las protuberancias óseas.
9. Colocar un cojín bajo el brazo que quedó libre.
10. Colocar un cojín entre la barbilla y el hombro del paciente.
11. Colocar una última almohada o cojín para sostener el abdomen.
12. Elevar la cabecera de la cama.

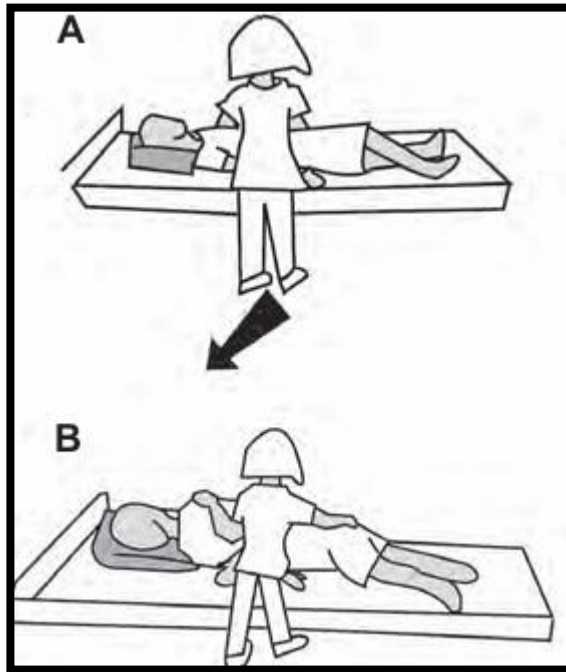


Figura 4.2. Movilizar paciente a decúbito lateral. **Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E.** (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

Movilización del paciente en posición sedente

1. Comunicar al paciente qué se va a realizar para obtener su colaboración.
2. Colocarse a un lado de la cama y ampliar la base de sustentación con un pie adelante del otro. • Explicar al paciente la forma de enlazar los brazos con la enfermera (o).
3. El brazo del paciente apoyarlo en el hombro cercano de la enfermera (o).
4. Usar una mano para apoyar la espalda y el cuello del paciente, y con la otra, el hombro. Levantar lenta y suavemente al paciente y apoyarlo con los brazos enlazados o con un cojín en su espalda.
5. Continuar dándole apoyo con un brazo bajo la espalda y cuello, con la otra ayudar lo a que se acueste por sí mismo.

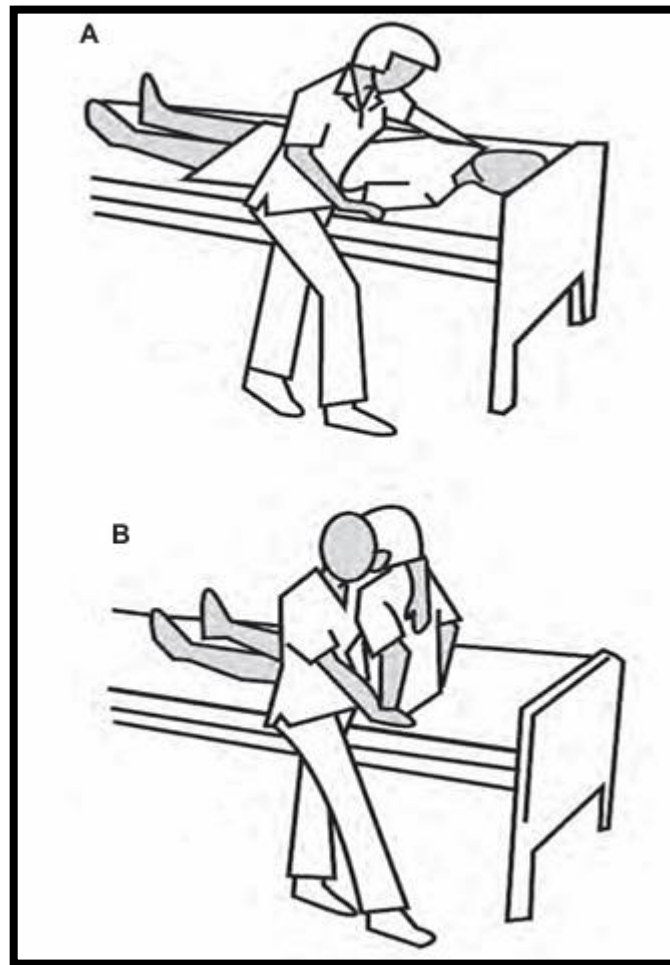


Figura 4.3. Sentar al paciente. **Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E.** (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama

1. Colocar al paciente en posición horizontal retirando colcha y cobertor.
2. Indicar al paciente que flexione las rodillas haciendo presión firme con los pies, y contra el colchón se apoye en sus codos.
3. Colocar un brazo debajo del cuello y hombros del paciente, y el otro debajo de sus muslos.
4. A la señal de “uno, dos, tres”, mover al paciente hacia la cabecera, apoyándose él sobre los codos e impulsándose con los pies. Cuando el paciente es incapaz de colaborar, pedirle a otra persona que ayude, utilizando para ello una sábana auxiliar. La movilización del paciente hacia la cabecera también se puede realizar mediante dos personas, colocando los brazos, uno debajo de la espalda y otro debajo de la cadera. Se le pide al paciente que colabore con flexión de miembros podálicos.

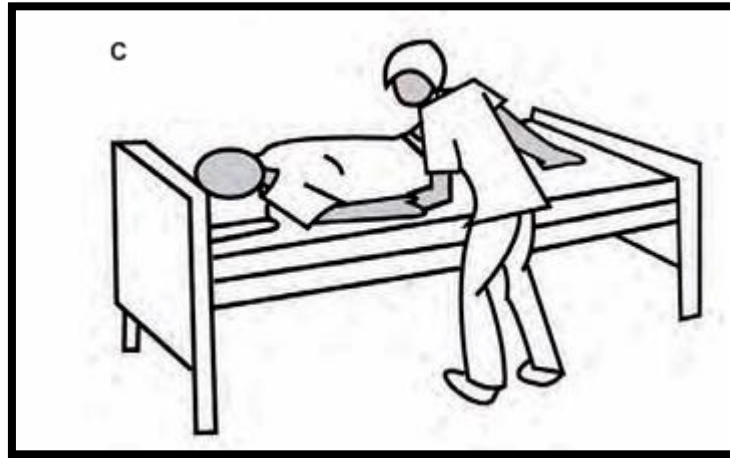


Figura 4.4. Movilizar paciente a decúbito lateral. Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

Transferencia del paciente de su cama a la silla de ruedas

1. Disponer de una silla que se encuentre en buenas condiciones de uso.
2. Valorar signos vitales del paciente.
3. Explicar al paciente el procedimiento y sugerirle formas en que puede colaborar.
4. Colocar la silla cerca de la cabecera paralelamente a la cama y asegurar las ruedas procurando que los estribos de los pies estén plegados.
Colocar cobertores y sábana extendidos sobre la silla y en el asiento de ésta, si lo desea el paciente.
5. Sentar al paciente lentamente. En ese momento observar su coloración y expresión facial.
6. Ayudarlo a deslizar sus piernas hacia el borde de la cama y sentarlo colocándole bata y pantuflas.
7. Pedirle que apoye ambos pies en el banco de altura.
8. Ayudar al paciente a sentarse en la silla.
9. Colocarse frente a éste ampliando la base de sustentación. • Indicarle que coloque sus manos sobre los hombros de la enfermera (o).
10. Colocar una mano de cada lado de las axilas del paciente.
11. Desplazarse hasta la silla con el paciente haciéndole girar, hasta que su espalda quede hacia la silla.
12. Hacer que el paciente alcance el respaldo y se apoye en los brazos de la silla para que descienda hasta el asiento.
13. Colocar sus pies sobre los estribos y sujetarlos si es necesario.
14. Cubrir piernas y pies. Si es necesario colocar una almohada en el respaldo de la silla y trasladarlo.
15. Retirar la ropa que sobre al paciente, así como la almohada del respaldo de la silla y plegar los estribos.
16. Abrazarlo por la cintura y ayudarlo a que se ponga de pie a un lado de la cama.
17. Ayudarlo a subir al banco de altura, sentarlo al borde de la cama y retirarle las pantuflas.
18. Colocar un brazo en el dorso del paciente a nivel de los hombros y el otro debajo de las

rodillas. Ayudarlo a acostarse.

19. Cuando el paciente es incapaz de colaborar, este procedimiento deberá realizarse entre dos o más personas, para prevenir accidentes tanto de éstos como del paciente.

20. El procedimiento se realiza de la misma forma cuando se pasa al paciente a una silla o sillón de descanso.

21. Registrar las características del pulso, estado general del paciente y tiempo que permaneció sentado en la silla.



Figura 4.5. Levantar al paciente en silla de ruedas. **Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E.** (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

Transferencia del paciente de la cama a la camilla

Prestar atención y cuidado para prevenir lesiones al paciente durante el traslado a la camilla. Abrochar los cinturones tan pronto como el paciente se haya instalado en la camilla y se haya cubierto para evitar caídas o traumatismos.

1. Trasladar el carro-camilla a la unidad del paciente, acercar la cabecera de la camilla a la piecera de la cama, formando ángulo recto. Asegurar las ruedas de la cama y camilla.

2. Bajar las ropas que cubren al paciente hasta la piecera, protegiéndolo únicamente con una sábana.

3. Acercar al paciente al borde de la cama con las manos sobre el tórax.

4. Realizar la acción con dos personas colocadas del mismo lado de la cama.

5. La primera persona desliza un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro, por debajo de la espalda. Esta persona es quien dirige la acción.

6. La segunda persona, situada al centro, desliza un brazo debajo de la espalda del paciente

y el otro, debajo de los glúteos.

7. La tercera persona al nivel de los pies del paciente desliza un brazo debajo de los muslos, y el otro, debajo de las piernas.

8. Las tres personas se apoyarán con los pies separados, uno delante del otro y flexionan do las rodillas, al oír la señal “uno, dos, tres”, elevarán al paciente de la cama, y se dirigirán al frente del carro-camilla para depositarlo lentamente.

9. Cubrir al paciente con la ropa, asegurarlo con los cinturones y colocar los baranda les al carro-camilla.

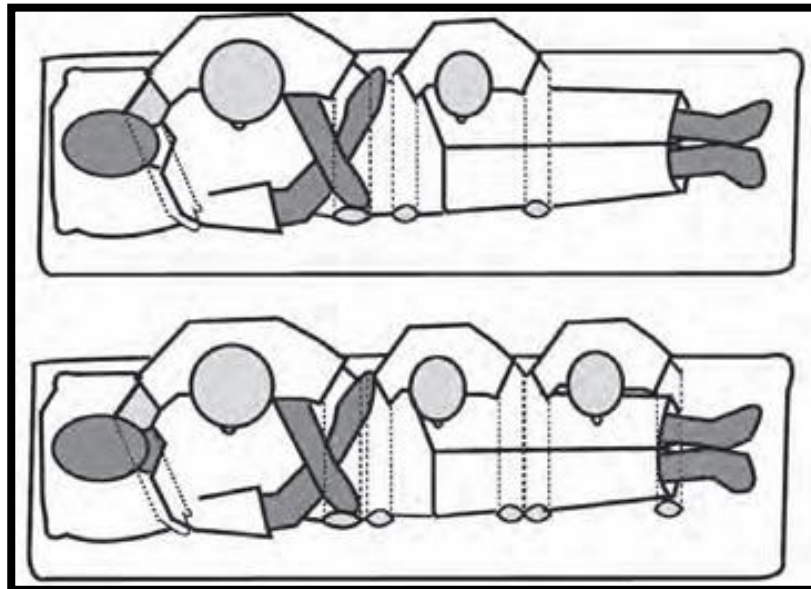
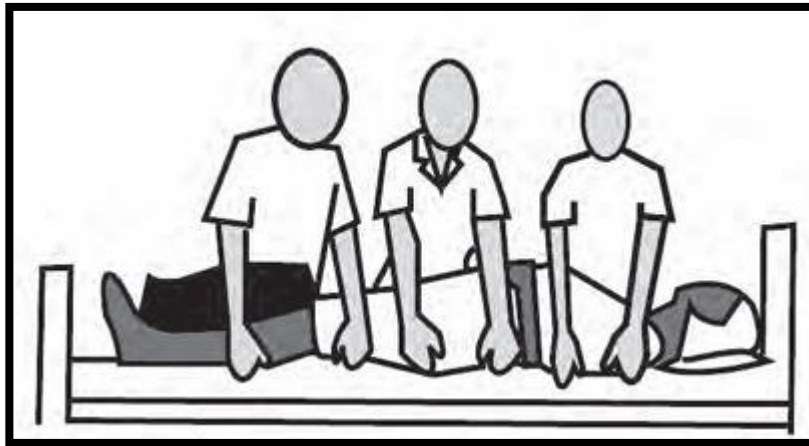


Figura 4.6. Transferencia al paciente de cama a camilla. **Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E.** (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario y musculoesquelético.
2. Contribuir a la exploración física.
3. Apoyar en la aplicación de algunos tratamientos.
4. Favorecer el estado anímico del individuo.
5. Facilitar (a los que realizarán la práctica como futuros enfermeros) movilizar a un paciente con las técnicas de mecánica corporal para evitar lesiones en el futuro.
6. Almohadas (cinco unidades, una para cada cama)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Aplicó correctamente los principios de alineación corporal?
2. ¿Puede valorar la importancia de reposicionamiento para evitar úlceras por presión?
3. ¿Fue capaz de observar la respuesta del paciente (compañero) ante los movimientos?
4. ¿La técnica fue segura, fluida y adecuada al nivel de dependencia del paciente (se simulará caso clínico)?
5. ¿El alumno valoró la condición del paciente?
6. ¿Aplicó los pasos correctos del traslado desde la comunicación inicial hasta la fijación de silla o cama?
7. ¿Protegió su propia postura y evitó riesgos de caída o lesión?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Relación con la teoría y aplicación en el campo profesional

Cambiar de posición al paciente no solo es una acción preventiva contra lesiones por presión, sino una expresión concretada de cuidado integral.

En la práctica clínica, estos movimientos permiten preservar la integridad de la piel, mejorar la oxigenación, y mantener la comodidad.

Esta actividad desarrolla habilidades como la empatía, el juicio clínico y la atención personalizada.

Los traslados son actos cotidianos que implican responsabilidad, comunicación efectiva y dominio técnico; ejecutarlos correctamente protege tanto al paciente como al profesional.

Este tipo de intervenciones refuerzan el trabajo en equipo, la atención centrada en la seguridad y el respeto por la autonomía del paciente.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Reto de cambio de posición en menos de 3 minutos sin comprometer la seguridad de ambos.
2. Uso de mapas corporales para marcar zonas de presión.
3. Simulación de paciente con rigidez o dolor en posoperatorio para adaptar los movimientos.
4. Reflexión personal escrita: ¿Cómo me sentiría si dependiera de otros para moverme?
5. Observación crítica de un video con errores comunes.
6. Juego de roles: paciente con limitaciones físicas y enfermero.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	
Cráterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	5. Toma de signos vitales: Frecuencia cardíaca, respiración, temperatura y presión arterial
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Realizar la medición de los signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial) para identificar alteraciones fisiológicas que orienten la valoración clínica del paciente, utilizando equipo básico y técnica estandarizada, en un entorno clínico simulado, desarrollando precisión, pensamiento crítico y responsabilidad profesional.

FUNDAMENTO TEÓRICO
Los signos vitales (SV) son mediciones fisiológicas esenciales que reflejan el estado de homeostasis del organismo. Su evaluación se basa en principios científicos derivados de la fisiología humana, la física médica y los protocolos clínicos. 1. Principio científico de la temperatura corporal: La temperatura corporal es regulada por el hipotálamo (centro termorregulador) y depende del equilibrio entre la producción de calor (metabolismo, actividad muscular) y la pérdida de calor (sudoración, radiación). Ley Cero de la Termodinámica: Cuando dos cuerpos entran en contacto, el calor fluye del más caliente al más frío hasta alcanzar equilibrio (base de los termómetros). 2. Principio científico de la frecuencia cardíaca (pulso) El pulso es la onda de presión generada por la eyección de sangre del ventrículo izquierdo (sístole) hacia las arterias. Ley de Frank-Starling: A mayor llenado ventricular, mayor fuerza de contracción (relación volumen-presión). 3. Principio científico de la frecuencia respiratoria: La respiración es controlada por el centro respiratorio en el bulbo raquídeo, que responde a cambios en CO_2 arterial (quimiorreceptores). Ecuación de Bohr: Intercambio gaseoso en alveolos (O_2 entra, CO_2 sale). 4. Principio científico de la presión arterial (PA): Ley de Poiseuille: La presión arterial depende del gasto cardíaco (volumen de sangre eyectado) y la resistencia vascular periférica. Método auscultatorio (Korotkoff): Sonidos generados por el flujo sanguíneo al descomprimir el manguito.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
Material: • Termómetro de mercurio • Termómetro digital • Reloj con segundero (no celular) • Estetoscopio básico • Esfigmomanómetro básico • Libreta para anotaciones • Hojas de signos vitales • Plumaz de colores. La cantidad de material está sujeto a la cantidad de alumnos que realizarán la práctica. En esta

práctica cada alumno deberá llevar su equipo para la toma de signos vitales.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA

I. Toma de la temperatura oral

1. Lavado de manos.
2. Preparar el equipo para la toma de temperatura.
3. Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos ni practicado ejercicio en los últimos 30 minutos (puede darnos una t° que no es correcta).
4. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en decúbito o posición sedente.
5. Extraer el termómetro de la solución antiséptica e introducirlo en el recipiente de agua.
6. Verificar que el mercurio se encuentre debajo de 34°C de la escala termométrica; en caso contrario, hacer descender la columna de mercurio mediante ligera sacudida.
7. Colocar la parte del mercurio (bulbo) debajo de la lengua del paciente y orientarlo para que mantenga cerrados los labios (pedirle que no hable) y dejarlo de 3 a 5 minutos.
8. Retirar el termómetro y registrar la lectura.
9. Limpiar el termómetro con torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
10. Sacudir ligeramente e introducirlo en la solución jabonosa.
11. Colocarlo en recipientes con solución antiséptica.



Figura 5.1. Temperatura oral. <https://adamcertificationdemo.adam.com/content.aspx?productid=118&pid=5&gid=003400>

I.I Toma de temperatura por método axilar o inguinal

1. Seguir los pasos del 1 al 6.
2. Secar la axila o ingle con torunda y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar o en la ingle.
3. Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax a fin de mantener el termómetro en su lugar.
4. Dejar de 3 a 5 minutos en la axila o en la ingle y retirarlo.
5. Seguir la secuencia igual que la anterior.



Figura 5.2. Temperatura axilar. <https://idalia-ltup.blogspot.com/2016/04/la-temperatura-la-temperatura-es-una.html>

I.II Toma de temperatura por método rectal

1. Seguir los pasos 1 al 3 del procedimiento oral.
2. Indicar al paciente que se coloque posición de Sims.
3. Seguir pasos 5 y 6 del método oral.
4. Lubricar una gasa y aplicarlo al bulbo del termómetro en una superficie de 3 cm, aproximadamente.
5. Separar los glúteos de tal forma que permita visualizar el esfínter anal para introducir el termómetro de 4 a 5 cm aproximadamente.
6. Sostener el termómetro en el recto durante 2 a 3 minutos y retirarlo de la cavidad rectal.
7. Seguir los pasos que continúan de la muestra oral.



Figura 5.3. Temperatura rectal. <https://idalia-ltup.blogspot.com/2016/04/la-temperatura-la-temperatura-es-una.html>

II. VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

1. Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible, la respiración debe valorarse sin que éste se percate de ello, de preferencia tomarla durante la toma de la temperatura.
2. Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre el tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.
3. Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.
4. Contar las respiraciones durante 1 min y hacer la anotación en la hoja de registro.

5. Valorar alteraciones y tipos característicos de respiración (rápida, profunda, forzada, irregular, superficial, diafragmática, costal, Cheyne Stokes, Kussmaul, abdominal).



Figura 5.4. Toma de frecuencia respiratoria. <https://signos-vitales-y-medidas-antropometricas.webnode.ec/copia-de-frecuencia-cardiaca/>

III. Valoración de la frecuencia cardíaca (pulso)

1. Cerciorarse de que el brazo del paciente descansa en una posición cómoda.
2. Colocar las puntas de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida.
3. Oprimir los dedos con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.
4. Percibir los latidos del pulso y contarlos durante 1 min.
5. Registrar el pulso en la hoja y sobre todo anotar las características en contradas.

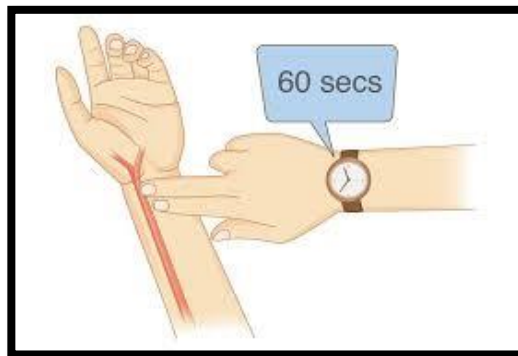


Figura 5.5. Toma frecuencia cardíaca. https://es.123rf.com/photo_100075935_comprobaci%C3%B3n-manual-de-la-frecuencia-card%C3%ADaca-con-dos-dedos-y-un-reloj-de-pulsera-ilustraci%C3%B3n-sobre-.html

IV. Valoración de la presión arterial

1. Indicar al paciente que descansa, ya sea acostado o sentado. Ayudarle a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.

2. Colocar el esfigmomanómetro en un sitio cercano. El aparato debe colocarse de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería.
3. Colocar el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm por encima de la articulación del brazo a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.
4. Colocar el estetoscopio en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.
5. Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación más fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, pero sí que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo.
6. Mantener el estetoscopio sobre la arteria. Realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 o 30 mm Hg por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuche.
7. Aflojar cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de mercurio y hacer la lectura. Esta cifra es la presión sistólica.
8. Continuar aflojando el tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica. Abrir completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.
9. Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o para aclarar dudas (de preferencia en el otro brazo si fuera posible).
10. Valorar resultados obtenidos.
11. Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.



Figura 5.6. Toma de la presión arterial. <https://enfermeras-isara.com/wp-content/uploads/2022/01/presion-arterial-768x512.jpg>

RESULTADOS ESPERADOS

Parámetros para evaluar o datos a recolectar

Al finalizar la práctica, el estudiante será capaz de:

1. Identificar los rangos normales y alterados de los signos vitales según la edad y condición del paciente.
2. Realizar la toma de temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial utilizando técnicas correctas y con base en los principios anatómicos y fisiológicos.
3. Registrar e interpretar adecuadamente los signos vitales en el formato correspondiente.
4. Establecer una comunicación efectiva con el paciente (compañero) durante la toma de signos vitales, respetando su dignidad y privacidad.
5. Detectar posibles alteraciones en los signos vitales y reportarlos oportunamente al docente que guía la práctica.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Cuál fue el rango de valores que obtuviste en la toma de cada signo vital? ¿Coincide con los parámetros normales?
2. ¿Qué factores (edad, actividad física, estado emocional, enfermedades, medicamentos) pueden haber influido en los valores obtenidos?
3. ¿Detectaste alguna alteración? Suponiendo que estás en el área hospitalaria ¿Qué tipo de intervención o vigilancia sugerirías ante esos hallazgos?
4. ¿Crees que uno de los signos vitales es menos importante de valorar y por qué?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Relación con la teoría y aplicación en el campo profesional

1. La correcta toma de signos vitales es una habilidad básica y esencial en la enfermería, ya que permite la valoración inmediata del estado fisiológico del paciente.
2. La práctica constante y el dominio de la técnica aumentan la precisión y seguridad durante su ejecución.
3. La toma de decisiones clínicas muchas veces inicia con la adecuada interpretación de los signos vitales.
4. El profesional de enfermería debe mantener una actitud ética, empática y respetuosa durante este procedimiento, ya que es una oportunidad para establecer una buena relación con el paciente.
5. Reflexionar sobre los errores o dificultades durante la práctica permite mejorar el desempeño clínico futuro.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Elaboración de un cuadro comparativo con los valores normales de signos vitales por grupos etarios (neonato, niño, adulto, adulto mayor).
2. Simulación de casos clínicos donde se analicen signos vitales alterados y se proponga una intervención de enfermería.
3. Video-análisis de una toma de signos vitales, identificando buenas prácticas y áreas de mejora.
4. Juego de roles entre estudiante-paciente para practicar habilidades comunicativas durante la toma.
5. Lectura y análisis de una guía clínica actualizada sobre signos vitales (por ejemplo, GPC o lineamientos del IMSS/OMS) si la hubiera.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	6. Colocación de sonda Foley
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Ejecutar la técnica de colocación de sonda vesical tipo Foley en pacientes de ambos sexos para garantizar una eliminación urinaria segura y controlada, utilizando equipo estéril y técnica aséptica, en un entorno clínico simulado, desarrollando responsabilidad, juicio clínico y respeto por la intimidad del paciente.

FUNDAMENTO TEÓRICO
La sonda Foley es un dispositivo flexible que se introduce en la vejiga a través de la uretra con el propósito de evacuar orina cuando el paciente no puede hacerlo de manera voluntaria. Su uso es común en procedimientos quirúrgicos, situaciones de retención urinaria aguda, monitoreo de diuresis estricta o inmovilización prolongada. Desde el enfoque fisiopatológico, la técnica de sondaje implica el conocimiento preciso de la anatomía del sistema genitourinario masculino y femenino, considerando las diferencias estructurales que influyen en la longitud y trayecto uretral. Su inserción requiere una técnica estéril rigurosa, debido al alto riesgo de infecciones del tracto urinario asociadas al uso de dispositivos invasivos (ITU-AC), las cuales representan una de las principales causas de infección nosocomial. El procedimiento se basa en los principios de asepsia quirúrgica, comunicación terapéutica, respeto a la intimidad del paciente y aplicación del juicio clínico para la valoración de indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. El personal de enfermería tiene la responsabilidad legal, ética y técnica de realizar esta intervención asegurando seguridad, confort y confidencialidad, lo cual refleja la calidad del cuidado profesional.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
1. Carola con equipo para aseo de genitales (guantes, riñón, gasas, pinza de traslado, agua) 2. Sonda Foley o Nelaton calibre 12 a 16 Fr 3. Gasas y torundas estériles 4. Solución antiséptica 5. Pinzas hemostáticas 6. Guantes no estériles (varios) 7. Guantes estériles número 6, 7 y 8 8. Jeringa estéril de 5 y 10 ml 9. Agua estéril 10 ml 10. Riñón, cómodo y lámpara de pie o de exploración. El material estará sujeto a la cantidad de alumnos que realicen la práctica y por lo tanto, no se pueden colocar número exactos.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA

TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE Sonda FOLEY

Indicaciones para la colocación de una Sonda Vesical

Las sondas vesicales se usan con los siguientes objetivos:

- Obtener una muestra de orina estéril para examinarla.
- Determinar el volumen de orina residual contenida en la vejiga.
- Controlar estrictamente la diuresis de un paciente.
- Aliviar los episodios de retención urinaria.
- Tratamiento de la incontinencia.
- Administrar contraste radiopaco o medicamentos directamente a la vejiga.
- Irrigar la vejiga.

Contraindicaciones para la colocación de una Sonda Vesical

- Estenosis uretral.
- Traumatismo uretral previo.
- Infección de vías urinarias existente en el momento del sondaje.
- Reconstrucción uretral o cirugía vesical.
- Antecedentes de dificultad para colocación de catéter previo.

Técnica colocación de sonda Foley

1. Colocaremos al paciente en decúbito supino, con las caderas cómodamente abducidas.

2. Prepararemos en una bandeja accesoria a la cama del paciente todo el material que vamos a necesitar sobre un campo estéril, es preciso que el material resulte en todo momento accesible al personal que va a proceder al sondaje.

En caso de no disponer de una bandeja accesoria también se acepta, siempre que se cumplan las condiciones de esterilidad, que el material sea colocado entre las piernas del paciente en la propia cama o camilla.

3. Conectaremos el catéter al sistema de recolección sin romper el sello.

4. Comprobaremos la integridad del balón hinchándolo con agua varias veces hasta asegurarnos de su normofuncionamiento.

5. Lubricaremos la punta del catéter escogido.

6. Empaparemos gasas o torundas estériles en povidona yodada o antiséptico de elección.

7. Colocaremos el campo estéril, de preferencia fenestrado, sobre la pelvis del paciente de manera que el pene o la vulva queden expuestos.

8. Con la mano no dominante exponemos el área genital del paciente para proceder a su limpieza:

En hombres: sujetaremos el cuerpo del pene y retraeremos el prepucio.

En mujeres: extenderemos suavemente los labios vaginales dejando el meato a la vista.

Es importante recalcar en este paso que la mano empleada se encuentra ahora contaminada, por eso se recomienda el empleo de la no dominante, por lo que no podremos emplearla para manipular ninguno de los dispositivos durante el procedimiento. Se recomienda mantener esa misma mano en la posición de sujeción adoptada hasta que finalice el sondaje.

9. Limpiaremos el área circundante al meato con las gasas o hisopos empapados en antiséptico.

10. Con la mano libre, sujetaremos el catéter lubricado y lo empujaremos suavemente a través del meato y posteriormente de la uretra. Al llegar a la vejiga (o superar la obstrucción o estenosis) la orina debería fluir libremente a través del catéter y tubo de drenaje.

En mujeres introducir de 5 a 7 cm (la uretra mide de 4 a 8 cm) o hasta que empiece a fluir la orina y en los hombres de 15 a 20 cm (la uretra mide de 16 a 23 cm) o hasta que fluya orina hacia el exterior.

11. Llenaremos el balón con el volumen de agua recomendado. En caso de aparecer dolor a la hora del inflado deberemos sospechar que el catéter no se encuentra correctamente colocado, pudiendo haber quedado el balón en la uretra y no en la vejiga. En estos casos es indicativo deshinchar y comprobar qué ha ocurrido.

Una vez comprobado el normofuncionamiento de la sonda vesical, procederemos a:

- Retirar los campos.
- Asegurar el catéter al muslo (mediante un adhesivo o una venda elástica).
- Colgar la bolsa de diuresis en las barandas de la cama.

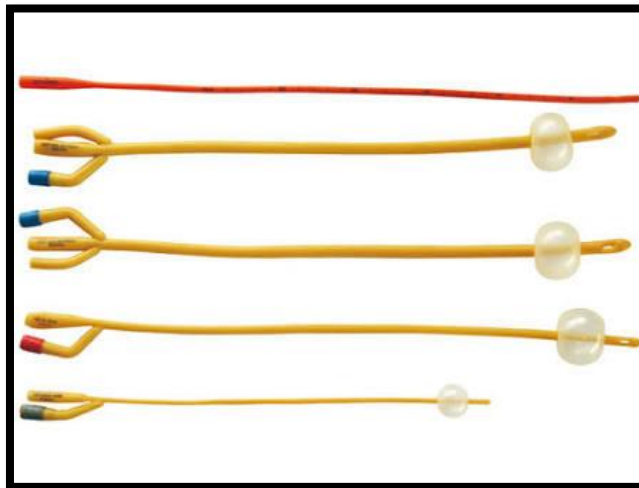


Figura 6.1. Calibre de sonda Foley. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/24/sonda-vesical-colocacion/>



Figura 6.2. Colocación sonda Foley. <https://yoamoenfermeriablog.com/wp-content/uploads/2019/06/201906116621261911089496536.jpg>

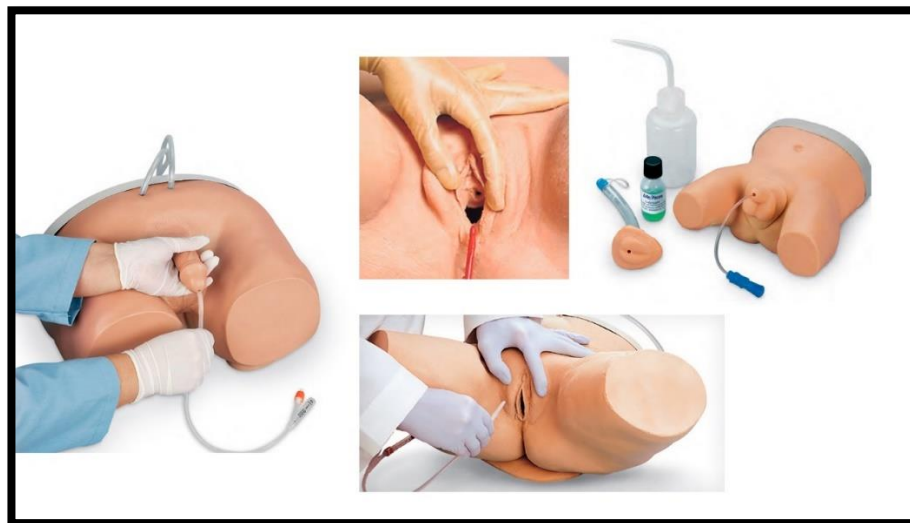


Figura 6.3. Cateterismo vesical. <https://anditecnica.com/cateterizacion-vesical/>

Complicaciones derivadas de la colocación de una Sonda Vesical.

- Infección del tracto urinario: mantener durante todo el procedimiento las condiciones de esterilidad evita en gran medida el desarrollo de este tipo de infecciones.
- Creación de falsas vías.
- Traumatismo uretral y/o vesical: pueden ocasionar sangrados, en su mayoría leves y autolimitados.
- Cicatrices y estenosis.
- Paraquimosos en varones adultos no circuncidados.
- Perforación vesical (muy poco frecuente).

Nota: Hacer el cambio de bolsa semanalmente, vaciar la bolsa antes que esté llena, informar si aparece fiebre, dolor abdominal, orina maloliente o turbia y si hay sangre en orina.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Preparar correctamente el equipo de sondaje, identificando cada material necesario según el sexo del paciente.
2. Aplicar la técnica de sondaje vesical bajo condiciones estériles, respetando el procedimiento paso a paso.
3. Diferenciar la técnica de colocación en pacientes masculino y femenino, adaptando su ejecución a la anatomía correspondiente.
4. Demostrar respeto por la intimidad y dignidad del paciente (compañero) durante todo el procedimiento.
5. Registrar adecuadamente la información clínica simulada (fecha, hora, volumen y características de la orina, tipo y calibre de la sonda, complicaciones si las hubiera).
6. Actuar ante complicaciones simuladas, como resistencia, dolor, o sangrado, aplicando el juicio clínico correspondiente.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Identificó correctamente la anatomía del paciente según su sexo antes de iniciar el procedimiento?
2. ¿Se mantuvo el principio de técnica estéril en cada paso del procedimiento?
3. ¿Qué características considera que deberá observar en la práctica real referente a la orina?
4. ¿Qué acciones tomaría si encontrara resistencia al introducir la sonda en la práctica real?
5. ¿Qué diferencias técnicas se debe considerar entre el sondaje en hombre y mujer?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

La colocación de una sonda vesical es un procedimiento invasivo que requiere de conocimiento anatómico, técnica precisa y una profunda sensibilidad ética, ya que compromete la intimidad del paciente.

Esta práctica permite al estudiante integrar conocimientos de fisiología renal, principios de asepsia, y habilidades interpersonales.

En el campo profesional, es una intervención frecuente en áreas hospitalarias, quirúrgicas o de urgencias, y su ejecución adecuada previene infecciones urinarias asociadas a dispositivos (ITU-AC), garantiza el confort y refleja el profesionalismo de la enfermería. Además, el alumno entenderá que el campo profesional la empatía, la paciencia, la tolerancia y la responsabilidad de la prácticas es imprescindible para tu desarrollo profesional.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Simulación en maniqués masculino y femenino, incluyendo técnica completa con campo estéril.
2. Análisis de caso clínico: paciente postquirúrgico que requiere sonda por retención urinaria.
3. Dibujos anatómicos comparativos: diferencias entre el trayecto uretral masculino y femenino.
4. Reto en equipo: armar el equipo de sondaje con ojos vendados (para reforzar reconocimiento táctil del material).
5. Simulación de complicaciones: ¿qué harías si hay hematuria o resistencia durante la inserción?

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Cráterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	7. Administración de medicamentos: VI, IM, SC, ID
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	El estudiante de enfermería será capaz de preparar, administrar y registrar medicamentos por vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, aplicando los principios de farmacología, técnicas asépticas, medidas de bioseguridad y normativas institucionales, con base en el juicio clínico y ético, para garantizar una atención segura, efectiva y humanizada al paciente.

FUNDAMENTO TEÓRICO
La administración de medicamentos por vías parenterales (IV, IM, SC) se basa en principios científicos que garantizan una absorción eficaz, un efecto terapéutico adecuado y la prevención de complicaciones. Estas vías permiten la introducción del fármaco directamente en el organismo, evitando el tracto gastrointestinal y asegurando una biodisponibilidad más rápida y controlada. La vía intravenosa (IV) permite una acción inmediata, ya que el medicamento entra directamente en el torrente sanguíneo, ideal para situaciones de urgencia o cuando se requiere un control preciso de la dosificación. La vía intramuscular (IM) permite la liberación del fármaco en el tejido muscular, donde es absorbido de manera relativamente rápida, dependiendo del tipo de medicamento y del sitio de aplicación. Por su parte, la vía subcutánea (SC) proporciona una absorción más lenta y sostenida, adecuada para medicamentos de liberación prolongada o de acción continua, como la insulina. La elección de la vía, el sitio anatómico, la técnica de preparación, la asepsia, el conocimiento de los efectos farmacológicos y la vigilancia de reacciones adversas son aspectos fundamentales respaldados por la farmacología clínica, la anatomía y fisiología humana, así como por los principios de bioseguridad y ética profesional.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
1. Catéter venoso de diferentes calibres del 14 al 22 (demostrar cuando se usan los calibres más bajos). 2. Micropore de ½ a 1 pulgada color piel o blanco. 3. Torundas secas y con alcohol en frasco. 4. Torniquete 5. Solución fisiológica de 500 mg. (2 para cada alumno) 6. Equipo de venoclisis (2 para cada alumno) 7. Tripié con dos ganchos para suero. 8. Guantes no estériles 9. Alcohol 10. Recipiente con agua jabonosa 11. Charola para medicamentos 12. Tarjetas para horarios La cantidad del material para esta práctica se ajustará al igual que las anteriores prácticas, a la cantidad de alumnos que realizarán la práctica, por lo tanto, no se colocan cantidades exactas.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
I. Técnica de venopunción para administración de medicamentos endovenosos

1. Lavado de manos (anexo 1)
2. Purgar el suero con el equipo de venoclisis que se utilizará y dejarlo listo en el tripié.
3. Aplicar el torniquete de 5 a 10 cm del sitio seleccionado para la punción.
4. Visualizar o palpar la vena elegida, determinar que el trayecto es recto y que el calibre elegido del catéter alcanza la longitud y diámetro.
5. Realizar la asepsia de adentro hacia afuera y sin retornar al mismo lugar.
6. Abrir el catéter con precisión (evitar contaminar)
7. Insertar el catéter tomándolo como un lápiz a 15 grados o menos con el bisel hacia arriba apoyándose en un plano resistente.
8. Al observar la salida de sangre que llena la cámara del catéter, retirar el torniquete e insertar el catéter propiamente dicho (con el dedo índice) y retirar la aguja del catéter con el dedo medio.
9. Para evitar la salida de sangre por el cono del catéter, presionar con firmeza pero con cuidado y con los dedos la vena que fue puncionada y pedirle que abra la mano.
10. Insertar el puerto del equipo de venoclisis (ya preparado) y enroscar si procede o introducir correctamente para evitar fuga de la solución.
11. Abrir la llave (rueda) del equipo de venoclisis y observar la permeabilidad de la vía.
12. Fijar el catéter con Micropore o Tegaderm.
13. Contabilizar las gotas utilizando un reloj con segundero (no se admite el celular).
14. Rotular la vía con el nombre de quién hizo la punción con la fecha, calibre del catéter y la hora.
15. Dejar seguro al paciente (alumno), retirando todo y desechar lo que corresponde en los lugares correspondientes (agujas en el RPBI contenedor residuos peligrosos biológico infecciosos).



Figura 7.1. Venopunción. <https://cruzrojavalle.edu.co/wp-content/uploads/2021/09/venopuncion.png>



Figura 7.2. Venopunción. <https://venoclisis.info/wp-content/uploads/2021/08/accesos-venosos-or-hotmart.jpeg>

Técnica para la administración de medicamentos por vía intra muscular (IM), subcutánea (SC) e intradérmica (ID)

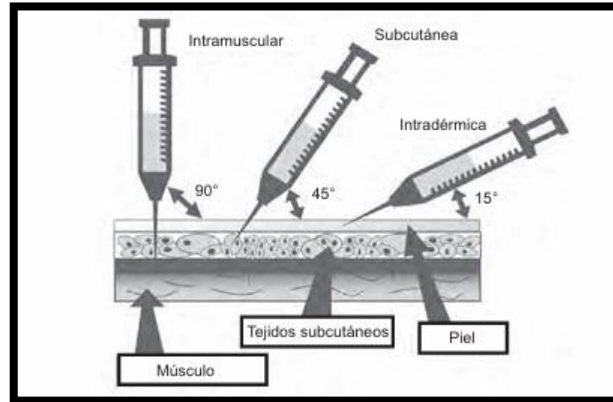


Figura 7.3. Ángulos en grados para administrar inyecciones por diferentes vías. Reyes Gómez, E. (Año). *Fundamentos de enfermería* (Xª ed.). Editorial.

VÍA INTRA MUSCULAR (IM)

1. Material necesario: jeringas con aguja (3 o 5 cc), alcohol con torundas, guantes no estériles y agua inyectable.
2. Verificar los 10 correctos vistos en aula y realizar el lavado de manos (anexo 1).
3. Selección del sitio de punción: recomendado el vasto externo del muslo y deltoides (2 a 3 dedos debajo del acromion).
4. Comunicar al paciente (compañero) el procedimiento que realizará en él.
5. Colocar a paciente (compañero) en la cama de laboratorio de prácticas en posición decúbito lateral y pedirle que descubra el área a punzar.
6. Limpiar el sitio con torunda alcoholizada en círculos (de adentro hacia afuera sin volver a tocar por donde se pasó).
7. Estirar la piel (si el compañero es muy delgado) o pellizcar (si aplica).
8. Insertar aguja en ángulo 90° con movimiento rápido y firme (sin lanzar como dardo).
9. Aspirar ligeramente (descartar punción vascular).
10. Inyectar lentamente el medicamento (agua inyectable).
11. Pedirle que respire y retirar la aguja a la vez que presiona con torunda seca o gasa sin masajear.

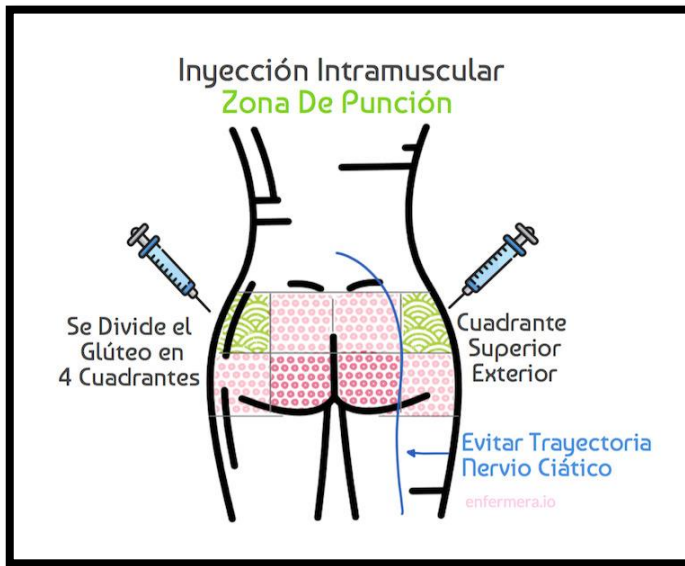


Figura 7.4
Organización Mundial de la Salud. (2023). *Guía para inyecciones seguras*. <https://www.who.int>

TÉCNICA EN “Z”

Indicación

- Fármacos irritantes que pueden causar tinciones de la piel (preparados de hierro), esta técnica mantiene la medicación en el músculo, evitando su filtración a otros tejidos.

- Desplazar la piel y el tejido celular subcutáneo sobre el músculo antes de la inyección.
- Puncionar mientras mantenemos el tejido desplazado.
- Aspirar (como en IM).
- Una vez que hemos retirado la aguja, soltar la piel.
- No masajear en la zona de inyección, ya que facilitaría la salida del medicamento.

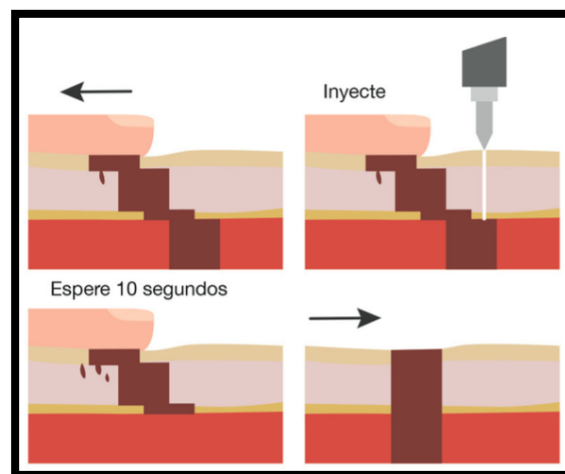


Figura 7.5 Administración IM en técnica Z. <https://administraciondemedicamentos.com/via-parenteral/tecnica-inyeccion-intramuscular>

TÉCNICA VÍA SUBCUTÁNEA (SC)

Indicaciones:

- Insulinas
- Heparinas
- Vacunas
- Otros fármacos (adrenalina, analgésicos, opioides, antieméticos, etc.)

1. Según el sitio a puncionar, colocar al paciente en decúbito dorsal o sedente.
2. Seleccionar y puncionar la región para introducir lentamente la solución correspondiente.
3. Retirar la aguja y presionar la región puncionada con torunda seca (el masaje en el área de punción acelera la absorción del medicamento).

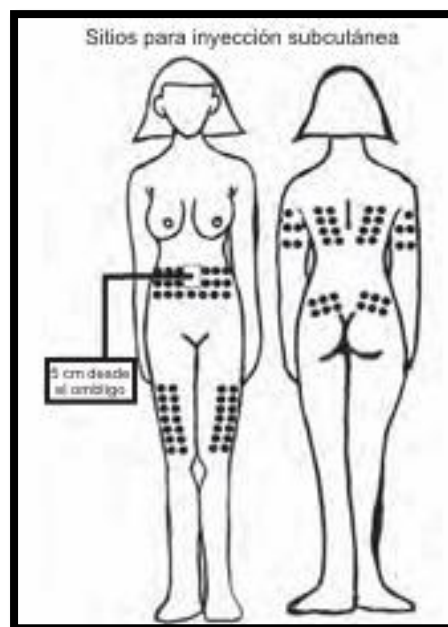


Figura 7.6. Sitios para inyección subcutánea. Reyes Gómez, E. (Año). *Fundamentos de enfermería* (Xª ed.). Editorial.

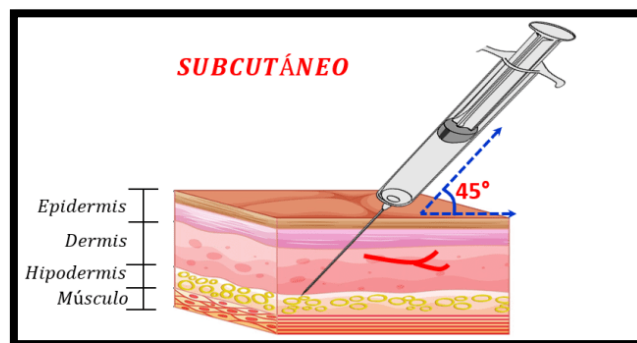


Figura 7.7. Inyección SC. Prevención Salud Proactiva. (2024, August 8). *Sitios de punción vía subcutánea.*

TÉCNICA INYECCIÓN INTRADÉRMICA ID

Indicado

- Prueba de Tuberculina
- Pruebas cutáneas (probar sensibilidad a preparados).
- Anestésicos locales

1. Prepare el medicamento (agua inyectable) de la misma manera que para la inyección subcutánea.
2. Explíquelo al paciente (compañero) apoye el antebrazo en una superficie firme.
3. Limpiar con un algodón con alcohol la zona de la piel de unos 5 centímetros (de diámetro) en la cara interna del antebrazo, a medio camino entre la muñeca y el codo no regresara donde ya se limpió, esperar que seque.
4. Inserte la aguja, en la piel tan superficialmente como sea posible por la aguja sólo hasta el borde de nivel para asegurarse de que la inyección es intradérmica.
5. Inyectar la solución lo suficiente para hacer un habón o una elevación circunscrita de la piel. No inyecte más de 0,1 cc.
6. Retire la aguja suavemente, no presione, no limpie ni masajee el lugar de la inyección.
7. Espere entre 10 y 15 minutos. Evaluar los resultados.



Figura 7.8. Adm. Inyección ID. <https://apuntesenfermeria.com/notas/prueba-de-sensibilidad-a-los-medicamentos-por-inyeccion-intradermica/>

ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA

Indicación

- **Cuando se requiere su actuación inmediata**

1. Preparar el equipo de venoclisis con la solución indicada y medicamentos agregados si están prescritos.
2. Seleccionar, preparar e instalar el equipo correspondiente al frasco o bolsa de solución, purgarlo, llenar la mitad de la cámara de goteo y cubrir la aguja con un tubo protector.
3. Rotular el recipiente.
4. Explicar al paciente el procedimiento y colocarlo en posición cómoda; luego colocar en un trípode el recipiente de la solución.
5. Insertar la aguja previa asepsia de la región, con el bisel hacia arriba apoyándose sobre un

- plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre la jeringa y el sitio a puncionar.
6. Vigilar durante el procedimiento al paciente para detectar oportuna mente manifestaciones clínicas locales o sistémicas.
 7. Al terminar de pasar el medicamento, hacer presión sobre el sitio de punción.
 8. Registrar fecha, hora, medicamento y reacciones locales o sistémicas en caso de haberse presentado.

ADMINISTRAR SOLUCIONES POR VÍA ENDOVENOSA

1. Preparar el equipo de venoclisis con la solución indicada y medicamentos agregados si están prescritos.
2. Seleccionar, preparar e instalar el equipo correspondiente al frasco o bolsa de solución, purgarlo, llenar la mitad de la cámara de goteo y cubrir la aguja con un tubo protector.
3. Rotular el recipiente.
4. Explicar al paciente el procedimiento y colocarlo en posición cómoda; luego colocar en un trípode el recipiente de la solución.
5. Seleccionar zona de canalización y vena de buen calibre y ligar la región, colocando la extremidad sobre un punto de apoyo, previa protección de la ropa de cama.
6. Insertar la aguja previa asepsia de la región, con el bisel hacia arriba apoyándose sobre un plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre la jeringa y el sitio a puncionar.
7. Soltar la ligadura e introducir el líquido lentamente, aspirando para confirmar la permanencia de la aguja en el vaso sanguíneo.
8. Abrir la llave del tubo sin regular el goteo y fijar el equipo a la aguja hipodérmica o equipo de punción venosa con cinta adhesiva, sin olvidar normas de asepsia. Hacer un arco del tubo de infusión para evitar su desconexión durante la manipulación del paciente. Anotar fecha y hora de inicio.
9. Regular el goteo.
10. Vigilar frecuentemente el goteo indicado, hasta terminar de pasar la solución prescrita, o bien cambiar si es necesario, otra solución o el equipo de venoclisis.
11. Detectar oportunamente si aparecen manifestaciones clínicas locales o sistémicas o problemas mecánicos en el equipo.
12. Cambiar apósito y aplicar vendaje adhesivo o compresivo en caso de que el equipo permanezca por varios días, o bien, al término del tratamiento pinzar el catéter de infusión para su retiro.
13. Registrar fecha y hora de inicio, cambio o término de solución, medicamentos agregados, goteo y reacciones locales y sistémicas en caso de haberse presentado.



Figura 7.9
RioDoce. (2022). *Imagen de venoclisis o sueroterapia* [Imagen]. RioDoce.mx.
<https://riodoce.mx/2022/04/21/la->



Figura 7.10
Mi Consultorio MX. (2023). *Suero vitaminado o aplicado por venoclisis* [Imagen]. MiConsultorioMX. <https://www.miconsultoriomx.com/mi-consultorio/blog/suero-vitaminado-que-es>

LOS PRINCIPALES RIESGOS QUE PODEMOS ENCONTRARNOS DURANTE LA CANALIZACIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SON:

HEMATOMA

El riesgo de hematoma aumenta con el número de punciones fallidas. El uso del ecógrafo podría ayudarnos a disminuir su incidencia (en algunos hospitales o clínicas privadas ya son de uso diario).

INFECCIONES

El riesgo de infección aumenta de forma tiempo-dependiente (10% si se mantiene más de 7 días). Por eso se recomienda su cambio de forma periódica (recomendación para la práctica en el ambiente hospitalario) y el lavado de manos clínico (anexo 1).

TROMBOSIS Y/O OBSTRUCCIÓN

La obstrucción del catéter en el paciente pediátrico es muy frecuente dado el pequeño calibre de estos. Se pueden realizar lavados periódicos con 2-3 ml de suero fisiológico, siempre de forma suave para disminuir el riesgo de embolias.

EMBOLIA

La embolia puede llegar a ser retrógrada por lavados excesivamente enérgicos y mantenidos.

ISQUEMIA DISTAL

La gravedad de la isquemia distal puede variar desde una isquemia leve y recuperable en unos días a una isquemia completa que requiera la amputación, dependiendo del tiempo de evolución y del flujo distal que conserve el miembro.

Podemos disminuir el riesgo de isquemia realizando el test de Allen previamente a la realización de la técnica si vamos a canalizar la arteria radial para comprobar la permeabilidad de la circulación colateral (cubital). Además, en el paciente pediátrico es importante seleccionar correctamente el calibre del catéter que vamos a utilizar, pues si es demasiado grande y no deja pasar suficiente sangre a nivel distal el miembro en cuestión desarrollará isquemia si no existe circulación colateral.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar las características anatómicas y fisiológicas de las distintas vías parenterales (IV, IM, SC, ID) para seleccionar adecuadamente el sitio de administración.
2. Preparar y administrar medicamentos por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea e intradérmica utilizando técnicas estandarizadas, con base en principios de bioseguridad, asepsia y farmacología.
3. Realizar la técnica de canalización venosa periférica de manera segura, minimizando el riesgo de complicaciones y respetando las normas institucionales.
4. Seleccionar el equipo y material adecuado (jeringas, agujas, ángulos de punción, tipo de medicamento) según la vía de administración, el volumen y la condición del paciente.
5. Aplicar los "diez correctos" de la administración de medicamentos: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta.
6. Observar y registrar adecuadamente la respuesta del paciente, incluyendo reacciones adversas inmediatas y posibles complicaciones locales o sistémicas.
7. Comunicar de manera empática y profesional con el paciente, explicando el procedimiento y generando confianza antes, durante y después de la administración del medicamento.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Qué dificultades encontraste para encontrar una vena correcta para canalizar?
2. ¿Qué criterios tuviste en cuenta para elegir el sitio de punción en la vía IM?
3. ¿Crees que es necesario respetar los 10 correctos en una práctica de laboratorio?
4. ¿Qué debes vigilar luego de administrar un medicamento por diferentes vías?
5. ¿Pudiste tratar a tu compañero como si fuera tu paciente o te resultó difícil?
6. ¿Pudiste participar como enfermero (a) y paciente en la práctica?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

1. La correcta administración de medicamentos por vía IM y IV es una competencia fundamental del profesional de enfermería, que requiere dominio técnico, conocimiento farmacológico y responsabilidad ética.
2. La preparación previa, el respeto a los cinco correctos (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta), y la vigilancia posterior son esenciales para evitar errores y complicaciones.
3. La práctica permite adquirir habilidades motrices y reflexivas para intervenir con seguridad y eficacia.
4. La comunicación y la empatía también son parte esencial del acto de administrar medicamentos, ya que reducen la ansiedad del paciente y fortalecen el vínculo terapéutico.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Simulación de errores en la administración (tipo role-play) para identificar riesgos y proponer soluciones.
2. Análisis de casos clínicos donde se relacione el medicamento, la vía de administración y la condición del paciente.
3. Elaboración de una tabla con medicamentos de uso frecuente por vía IM y IV, incluyendo indicaciones, dosis y precauciones.
4. Revisión de guías institucionales (por ejemplo, **NOM-022-SSA3-2012** sobre administración de medicamentos) para familiarizarse con la normativa aplicable.
5. Práctica en maniqués con retroalimentación entre compañeros y docentes.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	8. Vendajes: Compresión, contención, corrección o inmovilización.
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Aplicar medicamentos por vías intramuscular, subcutánea e intradérmica para cumplir el tratamiento farmacológico del paciente, empleando técnica aséptica y protocolos de seguridad, en un entorno clínico simulado, fomentando precisión, autocontrol y profesionalismo.

FUNDAMENTO TEÓRICO
Los vendajes o la acción de vendar consisten en la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo con fines preventivos o terapéuticos, y tienen como propósito: a. Compresión: para detener hemorragias, fomentar la absorción de líquidos tisulares y prevenir la pérdida de líquidos tisulares. b. Contención: para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en casos de luxación, esguince o fractura, sujetar material de curación y proporcionar calor y protección. c. Corrección: Para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades. Se emplean para proporcionar apoyo a un miembro, controlar la inflamación, limitar el movimiento de una articulación, sostener otro vendaje en posición (férulas), fijar apósitos en heridas, favorecer la homeostasia de un punto sangrante de una forma provisional o definitiva, activar el retorno venoso de las extremidades, promover absorción de líquidos tisulares, y proteger la piel a fin de evitar erosiones por roce.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
• Vendas elásticas de 5 cm • Vendas elásticas de 10 cm • Vendas elásticas de 15 cm • Vendas elásticas de 20 cm • Micropore de 1 pulgada • Venda de 30 cm (una cada cinco alumnos) • Talco si se le solicita para la práctica Nota: Cada alumno deberá tener su material para la práctica con su compañero.

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
• Descripción detallada de las actividades a seguir de manera clara y ordenada • Incluir precauciones o advertencias necesarias para garantizar la seguridad y correcta ejecución. Precauciones: 1. Mantener la zona limpia y seca antes de aplicar el vendaje: Asegurarse de que la piel esté bien limpia y seca para evitar la proliferación de gérmenes en ambientes húmedos y tibios. Si hay una herida abierta, cubrirla primero con material antiséptico antes de colocar el vendaje. Evitar arrugas en el vendaje y, si es necesario, usar gasa entre superficies cutáneas adyacentes para prevenir maceración por humedad y fricción. 2. Controlar la presión del vendaje para no comprometer la circulación: Aplicar el vendaje desde la parte distal hacia la proximal del cuerpo para favorecer el retorno

venoso.

Verificar periódicamente que no haya interferencia en la circulación (observando color, temperatura y sensibilidad en la zona distal).

Evitar apretar demasiado el vendaje, especialmente si se usa sobre apósitos húmedos, ya que al secarse puede retraerse y aumentar la presión.

A. TÉCNICA PARA COGER LA VENDA

La venda debe estar colocada hacia arriba en relación al extremo inicial de la venda, de modo que se facilite su deslizamiento sobre la cara interna de ésta y que sea la cara externa la que entre en contacto con el paciente.

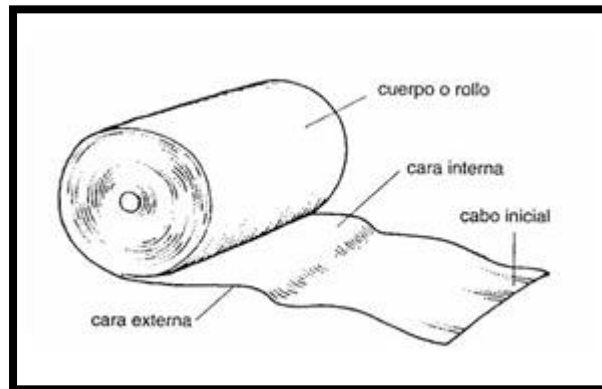


Figura 8.1. Partes de una venda. **Fernández Martos, B. F.** (s.f.). *Manual de vendajes*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. <https://www.cecv.es/publicaciones/manual-vendajes>

Cogeremos el rollo o extremo libre de la venda con una u otra mano dependiendo la dirección que queremos darle al vendaje, y esto va a estar relacionado con la lesión que vayamos a tratar.

B. TIPOS DE VUELTAS DE UN VENDAJE

Hay cinco vueltas básicas del vendaje, y se utilizan para dar variedad a los vendajes que se aplican en las diversas partes del cuerpo.

B.1 Vuelta circular

Se usa para vendar una parte cilíndrica del cuerpo o fiar el vendaje en su extremo inicial o distal.

En una vuelta circular, el vendaje se enrolla alrededor de la zona de modo que cada vuelta cubra exactamente la anterior. Se suele usar dos vueltas circulares para iniciar y terminar un vendaje. Para proporcionar comodidad, los extremos inicial y terminal no se deben situar directamente sobre una herida. Si cada vuelta de la venda cubre la anterior, el ancho de la venda corresponde al ancho de la venda misma.

B.2 Vuelta en espiral

Se usa para vendar una parte del cuerpo que es de circunferencia uniforme. El vendaje se lleva hacia arriba en ángulo ligero, de esta manera sus espirales cubren toda la parte que se desea.

Cada vuelta es paralela a la que va antecediendo y se superpone a la misma en unos dos tercios de ancho de la venda. Se usa en partes del cuerpo como dedos, brazos y piernas.

B.3 Vuelta en espiral invertida o en espiga

Se usa para vendar partes cilíndricas del cuerpo que tienen circunferencia variable, como la pierna y en ocasiones el antebrazo. Se inicia el vendaje como un espiral y enseguida se vuelve hacia atrás, de modo que las vueltas se van superponiendo de forma cruzada. Así, cada vuelta será paralela a la anterior de la que le antecede.

B.4 Vueltas en ocho

Se usa para vendar articulaciones. La venda se asegura con varias espirales o circulares por debajo de la articulación. Se realiza una vuelta hacia arriba en la articulación y se asegura con varias espirales o circulares en la parte superior; después se alternarán vueltas ascendentes y descendentes cruzadas entre sí y superponiéndose a las que les anteceden en dos tercios del ancho de la venda, de modo que se consiga cubrir todo el ancho de la articulación. Es especialmente útil para rodilla.

B.5 Vuelta Recurrente

Se utiliza para vendar o fijar un apósito en la cabeza, en un muñón o en un dedo. Después de fiar la venda con dos vueltas circulares en la porción proximal de la zona a vendar, se voltea el rollo para que quede perpendicular a las vueltas circulares y se hace pasar de atrás hacia adelante y a la inversa, de forma que cada vuelta cubra una parte de la anterior, hasta que la zona queda totalmente cubierta. Para finalizar se fija por medio de vueltas circulares que cubran las iniciales.



Figura 8.2. Vendaje circular o Espiga. <https://yoamoenfermeriablog.com/wp-content/uploads/2018/01/123456.jpg>

C. VENDAJES ESPECÍFICOS

C.1 Pie y tobillo

Indicado

- Esguince de primer y segundo grado del ligamento lateral

Técnica:

1. Colocar el pie en dorsiflexión de modo que su ángulo con la pierna sea de 90°, y en eversión.
2. Comenzar a vendar justo por encima del inicio de los dedos, en la cara dorsal del pie y en dirección hacia adentro. De este modo favoreceremos que el pie quede en eversión cuando vendemos el tobillo.
3. Dar dos vueltas circulares en esta primera posición para fijar el vendaje.
4. Llevar la venda hacia atrás para dar una vuelta alrededor del talón.
5. Continuar en forma de ocho en el dorso del pie.
6. Dar la vuelta por encima del talón, por el dorso del pie y por debajo del talón, dando dos o tres vueltas completas.
7. Continuando con la misma tensión, vendar la pierna con vueltas en espiral o en espiga hasta justo por debajo de la rodilla (englobando el vientre muscular de los gemelos por completo).

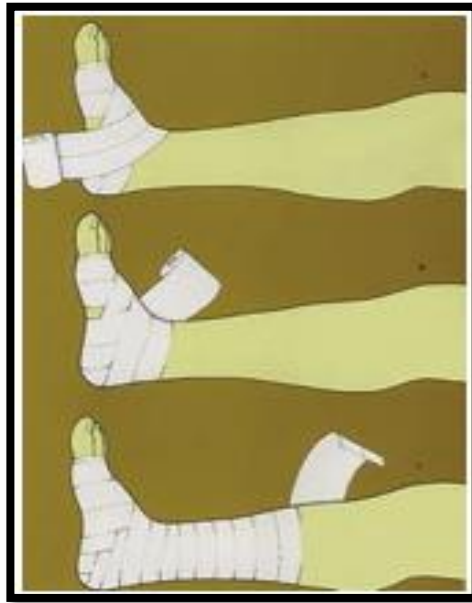


Figura 8.3. Vendaje de tobillo. **Fernández Martos, B. F.** (s.f.). *Manual de vendajes*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. <https://www.cecv.es/publicaciones/manual-vendajes>

- Esguince de primer y segundo grado del ligamento medial o interno

Técnica

1. Proceder de igual que el anterior con las siguientes diferencias.
2. Colocar el pie en ángulo de 90° con la pierna y en inversión.
3. Comenzar a vendar en la cara dorsal del pie, justo por encima del inicio de los dedos, en dirección hacia afuera. De esta manera se favorece que el pie quede en inversión cuando vendemos el tobillo.

C.2 Rodilla

Indicaciones

- Aplicar lo antes posible si se sospecha de lesión en articulación para soporte y compresión de tal manera que se controla el derrame.

Técnica

1. Colocaremos la rodilla en posición de semiflexión (unos 5° ó 10°).
2. Aplicaremos una capa de venda de algodón desde justo por debajo de la rodilla hasta justo por encima de ella. Cuando el estado vascular del paciente no lo permita, el vendaje se extenderá desde los maléolos del tobillo o incluso la base de los dedos, hasta el final del muslo en la región inguinal.
3. Aplicaremos venda elástica no adhesiva, cohesiva o adhesiva comenzando con dos vueltas circulares de fijación por debajo de la rodilla.
4. Teniendo cuidado de conseguir la suficiente compresión, empleando el grado adecuado de tensión y superposición, se va realizando el vendaje alrededor de la pierna en forma de espiral.
5. Terminaremos el vendaje con dos vueltas circulares justo por encima de la rodilla.

VENDAJE PARA INMOVILIZAR RODILLA

Lo realizaremos cuando la lesión requiera de una inmovilización total o casi total, bien sea por rotura ósea o ligamentosa, o por esguinces. El vendaje en 8 es el que se realizará

Técnica

1. El paciente sentado apoya el talón sobre una silla o taburete o bien la pierna es sostenida por un ayudante.
2. La rodilla se coloca en posición de semiflexión (de 5 a 10°).
3. Se empieza con dos vueltas circulares de fijación debajo de la rodilla.
4. Se pasa una vuelta en diagonal a través de la rótula hacia arriba.
5. Se da una vuelta circular de fijación por encima de la rodilla.
6. Se pasa otra vuelta en diagonal a través de la rótula hacia abajo, que cruzará a la primera.
7. Se da una vuelta circular por debajo de la rodilla.
8. Se repiten los pasos 4,5,6 y 7 teniendo cuidado de asegurar una superposición regular en cada vuelta para que la rodilla quede cubierta por completo en toda su extensión.
9. El vendaje se puede terminar vendando en espiral de abajo hacia arriba toda la rodilla para cubrir el hueco poplíteo con el objetivo de evitar el edema de ventana.
10. En pacientes con problemas vasculares se procederá a realizar un vendaje compresivo en espiral o en espiga de toda la pierna antes de hacer el vendaje en ocho.



Figura 8.4. Vendaje de rodilla. <https://yoamoenfermeriablog.com/wp-content/uploads>

C.3 MANO Y MUÑECA

Indicaciones

- Esguince u otros trastornos menores.
- Después intervención quirúrgica de muñeca (venda elástica).
- Proporcionar soporte firme sin inmovilización total.

Técnica

1. Colocaremos la mano del paciente como si estuviera sosteniendo un vaso o una botella: pulgar separado de los demás dedos y curvado hacia ellos, muñeca y resto de dedos en semiflexión (Simon & Koenigsknecht, 1987).
2. Realizaremos una vuelta circular a nivel de la muñeca en dirección de radial a cubital, comenzando en la cara dorsal del antebrazo. opcionalmente, según el estado de la piel del paciente y del grado de compresión que vayamos a procurar, se pueden aplicar unas vueltas de venda de algodón.
3. Aplicaremos dos o tres vueltas en forma de ocho alrededor de la palma y del pulgar, con la suficiente tensión para mantener un soporte adecuado y procurando una superposición de las vueltas de venda de modo que quede cubierta toda la superficie palmar y dorsal de la mano desde la base de los dedos.
4. Finalizaremos continuando por el antebrazo hacia arriba, hasta justamente por debajo del codo.
5. Aplicaremos un cabestrillo para descansar, dar soporte al brazo y evitar la inflamación de los dedos (podrán hacerlo antes de ir a la práctica).



Figura 8.5. Vendaje de mano, muñeca. **Gómez Enríquez, C., & Rodríguez Rodríguez, M. J.** (2015). *Vendajes e inmovilizaciones: Manual de bolsillo para enfermería*. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

C.4 HOMBRO

Indicaciones

- Impedir la movilidad del hombro, la articulación acromioclavicular o el húmero proximal en casos de lesión de partes blandas.
- En casos de fracturas o luxaciones de las zonas antes mencionadas.

VENDAJE DE VELPEAU

Técnica

1. Almohadillaremos la axila del lado afectado, a lo largo del tórax en la zona donde reposará el brazo. En las mujeres protegeremos la piel de la zona infra mamaria para evitar irritación y maceración.
2. Colocaremos el brazo lesionado a través del tórax, de forma que la mano descansa sobre el hombro del lado opuesto.
3. Alejaremos la venda del sitio de la lesión comenzando por debajo del brazo cruzado, en el centro del tórax, y pasando el rollo por debajo de la axila no lesionada.
4. Llevaremos la venda, en sentido diagonal, por la espalda del paciente y hacia la parte superior del brazo afectado.
5. Dirigiremos la venda hacia abajo, en sentido diagonal, sobre el brazo doblado haciendo un asa a nivel del tercio medio del húmero.
6. Repetiremos la dirección inicial a través del tórax, pasando esta vez por delante del brazo.
7. Volveremos en diagonal por la espalda hacia el hombro afecto.
8. Bajaremos esta vez la venda en dirección al codo, rodeándolo para llevar la venda a la axila del lado no lesionado.
9. Cruzaremos el tórax en sentido horizontal para rodearlo en su circunferencia completa a nivel del tercio medio del húmero en la cara anterior.
10. Seguiremos el mismo patrón superponiendo de forma parcial las vueltas sobre el hombro y el codo, y alrededor del tronco de forma alterna, hasta conseguir una buena fijación.

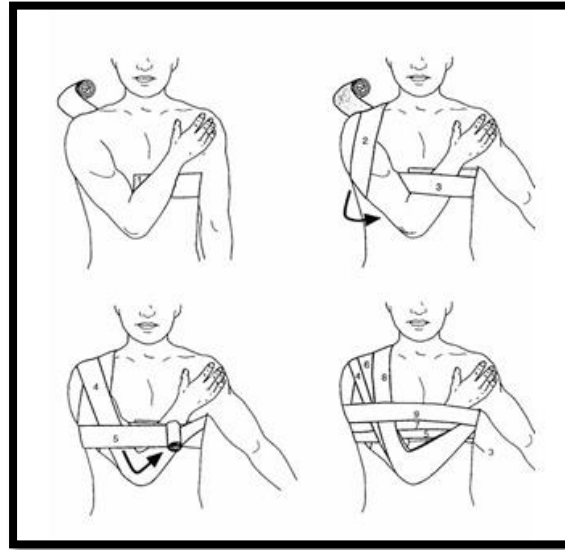


Figura 8.6. Vendaje de tobillo. **Fernández Martos, B. F.** (s.f.). *Manual de vendajes*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

D. CABEZA: CAPELINA

Indicaciones

- Cubrir cabeza en periodo preoperatorio.
- Tratamiento de cabello o cuero cabelludo.
- Cubrir heridas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas.
- Detener hemorragias.

Técnica

1. Inicia el vendaje efectuando una vuelta circular en sentido horizontal alrededor de la cabeza.
2. Realiza un dobléz de 90 grados al finalizar la primera vuelta, continuando el vendaje en sentido sagital, siguiendo la línea media de la bóveda craneana, hasta encontrarse a nivel de la primera vuelta.
3. La o el primer respondiente libre sujetará los dobleces, mientras el que maneja la venda realiza una nueva vuelta circular, de modo que queden aprisionados los dos dobleces de los tramos sagitales.
4. De esta forma, efectúa vueltas recurrentes intercalándolas con los tramos sagitales.
5. Termina con dos vueltas circulares.
6. Fija el vendaje con cinta de tela, recuerda mantener la tracción cervical en pacientes traumatizados.

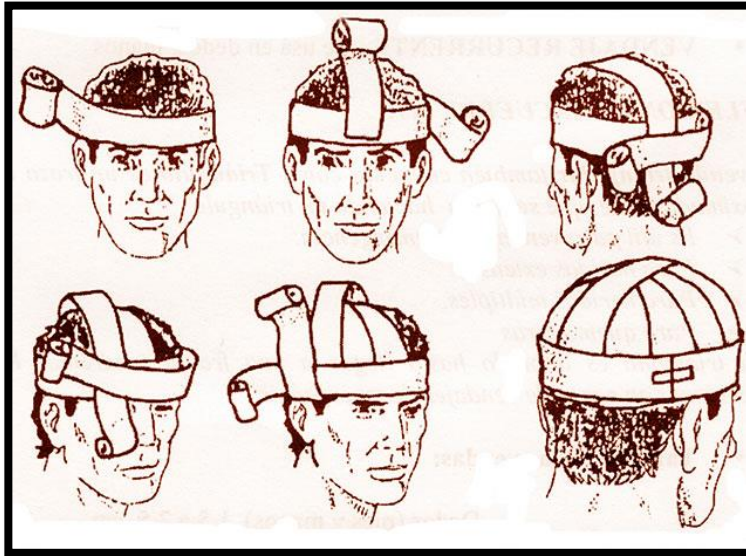


Figura 8.7. Vendaje Capelina. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/25/tecnica-de-vendaje/>

RESULTADOS ESPERADOS

1. Explicar el propósito de los vendajes.
2. Distinguirá los tipos de vendas, según el material y forma para su uso clínico.
3. Diferenciará los vendajes más usados desde el punto de vista de su uso clínico, método de aplicación y región en que se aplican.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Qué dificultades encontraste al aplicar cada tipo de vendaje?
2. ¿Cuál técnica te resultó más sencilla y por qué?
3. ¿Cuál te resultó más compleja y por qué?
4. ¿Cómo verificaste que el vendaje no interfería la circulación del miembro vendado?
5. ¿Crees que es relevante la selección del vendaje y por qué?
6. ¿Detectaste errores en tus procedimientos que corregiste a tiempo?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

1. La práctica de vendajes es esencial para la atención integral del paciente, ya que contribuye a la protección, inmovilización, soporte y recuperación de estructuras anatómicas lesionadas.
2. El dominio de las técnicas de vendaje permite al personal de enfermería actuar con seguridad y precisión ante heridas, esguinces, fracturas o procedimientos quirúrgicos.
3. Cada tipo de vendaje tiene una función específica y su correcta aplicación depende del

conocimiento anatómico, del objetivo terapéutico y de la capacidad de adaptación al caso clínico.

4. El uso inadecuado de un vendaje puede generar complicaciones como mala circulación, presión excesiva, lesiones cutáneas o desplazamiento del material.
5. Esta práctica también fortalece valores profesionales como el respeto, la empatía, tolerancia y la comunicación efectiva con el paciente, ya que se requiere explicación, cuidado y observación constante.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Tomar el puesto de enfermero (a) y también de paciente.
2. Toma de video para que puedan observar sus errores y trabajar en ellos.
3. Sugerir las prácticas en los vendajes que tiene más dudas y tomarse el tiempo pensando en un escenario real.
4. Que puedan mencionar los efectos negativos que podría tener el paciente si se hace un mal vendaje.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

NOMBRE DE LA PRÁCTICA	9. Curación de heridas: quirúrgicas e infectadas
COMPETENCIA DE LA PRÁCTICA	Aplica correctamente las técnicas de curación de heridas limpias, contaminadas y úlceras por presión, utilizando principios de asepsia, bioseguridad, valoración clínica y cuidados integrales, con base en guías clínicas y evidencia científica, en un entorno simulado de laboratorio.

FUNDAMENTO TEÓRICO
La curación de heridas es una intervención clave en enfermería que busca favorecer la cicatrización, prevenir infecciones y aliviar el dolor. El tratamiento varía según el tipo de herida (limpia o contaminada), la etapa de cicatrización y el estado del paciente. Las heridas limpias requieren técnicas de protección estéril, mientras que las heridas contaminadas o infectadas exigen limpieza profunda, eliminación de tejido necrótico (si aplica) y uso de apósitos terapéuticos (anexo 5). Las úlceras por presión representan un tipo de herida crónica con manejo integral.

MATERIALES, EQUIPAMIENTO Y/O REACTIVOS
• Guantes estériles y no estériles • Gasas estériles • Solución salina 0.9% • Povidona yodada, clorhexidina o antiséptico que se indique • Jeringas y agujas sin filo para irrigación • Pinzas de traslado y tijeras de puntos • Apósitos absorbentes y/o hidrocoloides (si hubiere en existencia) • Campos estériles • Bolsa para desecho contaminado • Bata y mascarilla (si aplica para la práctica) • Modelos de heridas o simuladores (herida limpia, contaminada, úlcera)

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA
HERIDA QUIRÚRGICA Una herida quirúrgica es aquella que se causa de forma intencionada comprometiendo la integridad de la piel e interrumpiendo su continuidad. Se genera dentro del ámbito de intervención de un profesional de la salud y precisa el mantenimiento de estrictas medidas de asepsia, para conseguir unos objetivos terapéuticos y/o reparadores.



Figura 9.1. Características de la herida quirúrgica. GuÃ_a de heridasCURACIONHERIDAS.pdf

TÉCNICA PARA LA CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

1. Evaluar al paciente: edad, estado hídrico y nutricional, factores estresantes, presencia de enfermedades crónicas y estado inmune.
2. Lavado de manos clínico: disminuye la transmisión de enfermedades.
3. Preparar y trasladar el carro (si se cuenta con el) o la charola con el material a usar.
4. Explicar al paciente (compañero) el procedimiento y forma en que puede colaborar: evitará que el paciente se sienta ansioso proporcionándole calma y obteniendo cooperación.
5. Colocar al paciente en una posición adecuada de acuerdo al lugar donde se hará la curación (idear un caso clínico), descubriendo únicamente la zona a curar.
6. Retirar el material sucio con la pinza de traslado o alguna pinza hemostática o guantes.
7. Observar la herida y el curso de la cicatrización (siguiendo el caso clínico imaginario); en este punto se requerirá de un modelo de herida, simulador o en tal caso en la práctica de laboratorio recrear una herida para el caso clínico que se requiera con materiales de uso casero.
8. Lavarse las manos y abrir los equipos estériles (abrir el campo estéril para colocar el equipo y material requerido).
9. Calzarse los guantes estériles (usar técnica aprendida).
10. Limpiar con jabón líquido (quirúrgico o el usado en el laboratorio) la herida del centro a la periferia o en línea recta, con una gasa sostenida por una pinza hemostática. Cambiar gasas cuantas veces sea necesario. Realizar estos pasos hasta lograr una herida limpia.
11. Enjuagar la herida con solución para irrigación o agua estéril usando la jeringa y solución fisiológica.
12. Usar gasa estéril para secar, de preferencia cambiar de pinza y gasa para evitar contaminación.
13. Si el caso lo aplica colocar nuevas gasas estériles para cubrir o colocar un apósito estéril o vendaje: pueden comentar diferentes ideas de como se vería la herida y qué hacer en diferentes casos y porqué harían eso.
14. Colocar el material sucio en recipiente con agua jabonosa y el resto de material sucio en el

lugar indicado.

15. Lavar el instrumental usado con los guantes que estaba usando.

16. Indicar que en el ambiente real hospitalario se deberá reponer el material usado en la curación, asimismo, indicar los datos de valoración.



Figura 9.2. Curación de heridas quirúrgicas. <https://qualisskopein.mx/wp-content/uploads/2021/02/El-perfil-de-los-especialistas-en-el-tratamiento-de-heridas-768x316.jpg>



Figura 9.3. Curación de herida quirúrgica. E:<http://bloginformaticaprotocolosdeenfermeria.blogspot.com/2018/12/cuidados-heridas-quirurgicas.html>

TÉCNICA DE CURACIÓN DE HERIDAS INFECTADAS

1. Seguir el procedimiento anterior del 1-5.
2. Evaluación de signos de infección (olor, exudado purulento, dolor zonas cercanas, enrojecimiento, cicatrizaciones bordes, etc.).

3. Retiro de apósito con precaución (caso clínico creado para la práctica).
4. Limpieza por arrastre o irrigación con solución salina a presión (hacer la indicación que se haría en el escenario real; si es factible en su cuarto o deberá pasar a quirófano).
5. Eliminación de tejido necrótico (en práctica simulada, solo observación o explicación).
6. Aplicación de apósito terapéutico (hidrocoloide, plata, si se cuenta con ellos en el laboratorio, etc.).
7. Registro de hallazgos simulados, requeriré valoración antes, durante y después de la curación.
8. El resto seguir igual que la técnica anterior.



Figura 9.4. Herida infectada de rodilla. https://scielo.isciii.es/img/revistas/geroko/v24n3/helcos2_f9.jpg

Anexo 5: Clasificación de apósitos de acuerdo a la clasificación de heridas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diferencie entre una herida quirúrgica y una herida contaminada, aplicando el tipo de técnica (aséptica o limpia) que corresponde.
2. Realice la curación siguiendo el procedimiento estandarizado, respetando principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad.
3. Utilice correctamente el material y equipo (guantes, apósitos, soluciones, etc.).
4. Evalúe el estado de la herida simulada, identificando signos de infección, inflamación o cicatrización.
5. Registre adecuadamente los hallazgos y el procedimiento realizado, como parte de la documentación de enfermería.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ¿Qué tipo de herida traté? ¿Era quirúrgica limpia, contaminada o infectada?
2. ¿Apliqué correctamente la técnica de curación según el tipo de herida?
3. ¿Respeté el campo estéril y los principios de bioseguridad?
4. ¿Identifiqué correctamente signos simulados de infección o buena evolución?
5. ¿Qué errores técnicos cometí y cómo puedo corregirlos en futuras prácticas?

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Desde la teoría:

1. Las curaciones no son solo procedimientos técnicos, sino intervenciones terapéuticas que requieren conocimientos anatómicos, microbiológicos y éticos.
2. Comprender la fisiopatología de la herida permite aplicar un tratamiento más racional y efectivo.

Desde la experiencia:

1. La práctica evidenció la importancia de la precisión, la preparación y la concentración.
2. El respeto al paciente simulado y al procedimiento refleja la profesionalización del cuidado.
3. Cometí errores, pero entendí su causa, lo cual me ayudará en mi formación clínica.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Análisis de casos clínicos con imágenes de heridas (cuidando aspectos éticos).
2. Elaboración de una infografía sobre tipos de apósitos y sus indicaciones.
3. Simulación de evolución de una herida contaminada a infectada: identificar cambios clínicos y modificar el plan de curación.
4. Discusión ética: ¿Qué hacer ante un paciente que rechaza la curación por dolor o miedo?
5. Mapa mental o ficha comparativa entre heridas quirúrgicas, contaminadas y crónicas.

EVALUACIÓN Y EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

Criterios de evaluación	Anexo 2
Rúbricas o listas de cotejo para valorar desempeño	Anexo 3
Formatos de reporte de prácticas	Anexo 4

FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes de información utilizadas para la elaboración del manual. Formato APA 7ma. Edición

1. Temple, J. S., & Johnson, J. Y. (2007). *Guía de procedimientos para enfermeras* (2.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
2. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., & otros. (1998). *Fundamentos de enfermería*. Nueva Editorial Interamericana.
3. Ricarte, P. (2009, septiembre). *Baño de paciente en cama*.
<http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/09/bano-depaciente-en-cama.html>
4. Aibarra.org. (s.f.). *Enema de limpieza*. Manual de técnicas y procedimientos en enfermería.
http://www.aibarra.org/Manual/Digestivo/enema_limpieza.htm
5. Medisana. (s.f.). *Guía de uso: Termómetro express*.
6. Municipalidad de Florencio Varela. (s.f.). *Lavado de manos*.
<http://varelaenred.com.ar/lavado%20de%20manos.htm>
7. Pastor Osete, M. del C. (s.f.). *Técnicas de aseo en el adulto*.
<http://www.aibarra.org/Manual/General/aseo.htm>
8. Potter, P., & Perry, A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Harcourt Brace.
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). (s.f.). *Anexo 02-CONAMED-POP Secc. 7.5.1-36 (Versión 01)* [Archivo PDF].
https://www.dgrh.salud.gob.mx/AcercaDe/MANUAL_PROC/M00%20CONAMED.pdf
10. Alba, M. (2015). *Fundamentos de enfermería*. Trillas.
11. Potter, P., & Perry, A. (2005). *Fundamentos de enfermería*. Océano.
12. Reyes, E. (2015). *Fundamentos de enfermería*. Manual Moderno.
13. Rosales, S., & Reyes, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Manual Moderno.
14. **Procedimientos de enfermería. Guía rápida de la enfermera**. (s.f.). Editorial Interamericana McGraw-Hill.
15. **Gómez Enríquez, C., & Rodríguez Rodríguez, M. J.** (2015). *Vendajes e inmovilizaciones: Manual de bolsillo para enfermería*. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
16. García González, R. F., Gago Fornell, M., Chumilla López, S., & Gaztelu Valdés, V. (2013). Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos*, 24(3), 132–138.
<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007>
17. González Aguña, A. (2020). *Manual de técnicas y procedimientos de enfermería* (2.^a ed.). McGraw-Hill.
18. Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentos de enfermería*. Océano.
19. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2020). *Documento técnico de prevención y tratamiento de úlceras por presión*.
<https://www.gneaupp.info>
20. Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Guía clínica de prevención y tratamiento de úlceras por presión*. <https://www.minsal.cl>
21. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (s.f.). *Manual de procedimientos de enfermería*.
<https://www.conamed.gob.mx>

NORMAS TÉCNICAS APLICABLES

NOM, ISO, etc.

NORMA oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo
<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR14.pdf>

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009#gsc.tab=0

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-STPS-2008, COLORES Y SEÑALES DE SEGURIDAD E HIGIENE, E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR FLUIDOS CONDUCTOS EN TUBERIAS
<https://asinom.stps.gob.mx/upload/noms/Nom-026.pdf>

GUÍA PARA EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS (RPBI), EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSSTE.
http://www.issste.gob.mx/images/downloads/todo-el-publico/g_operativas/20_GUIA_OPERATIVA.pdf

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-022-SSA3-2012, QUE INSTITUYE LAS CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/marconormativo/NormasOficiales/4377.pdf>

MANUAL CLÍNICO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO A PACIENTES CON HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS
http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/manual_heridas.pdf

PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL UES CAMPUS NAVOJOA

[PLAN DE CONTINUIDAD DE OPERACIONES \(1\).pdf](#)



ANEXOS

1.- Diagramas, tablas, ejemplos de reportes

Anexo 1: Higiene de manos

¿Cómo lavarse las manos?

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIADA MÚLTIPLE PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

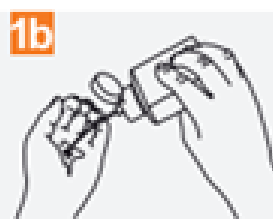
¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

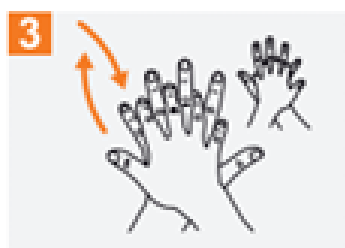
 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



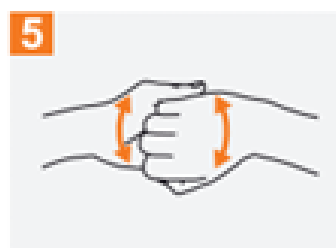
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



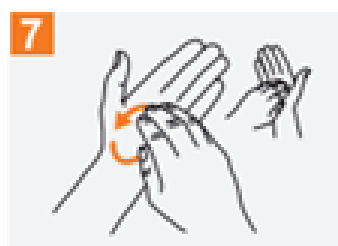
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



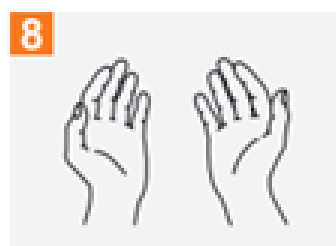
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1. **Antes de tocar al paciente:**
Lavarse las manos antes de hacer contacto físico. Para proteger al paciente de gérmenes externos y mantener la higiene.
2. **Antes de realizar una tarea aséptica:**
Lavarse las manos inmediatamente antes de procedimientos que requieren esterilidad. Para evitar la introducción de gérmenes, incluidos los del propio paciente.
3. **Después de exposición a fluidos corporales:**
Lavarse las manos tras riesgo de contacto con fluidos (y después de quitarse los guantes). Para protegerse y evitar la propagación de gérmenes en el entorno.
4. **Después de tocar al paciente o su entorno:**
Lavarse las manos al salir de la zona del paciente. Para prevenir la transmisión de gérmenes a otras áreas.
5. **Después de tocar objetos o superficies cercanas:**
Lavarse las manos incluso si no hubo contacto directo con el paciente. Para mantener la seguridad del entorno sanitario.

2.- Formatos de seguridad y protocolos adicionales

Anexo 2: Criterios de evaluación

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterio	Descripción	Porcentaje
1. Preparación y organización del procedimiento	El estudiante demuestra que conoce la técnica, prepara el material necesario y el espacio adecuadamente.	20%
2. Realización correcta del procedimiento con apego a la técnica y normas de seguridad	Ejecuta la técnica siguiendo los pasos establecidos, con precisión técnica, higiene y medidas de seguridad.	30%
3. Actitud profesional y comunicación	Muestra respeto, empatía, escucha activa, uso del lenguaje adecuado y trato digno durante la práctica.	20%
4. Cumplimiento de normas y principios éticos	Aplica principios de bioseguridad, confidencialidad, respeto al paciente simulado o compañero.	15%
5. Capacidad de análisis y reflexión crítica	Al finalizar, identifica errores, propone mejoras, y vincula la práctica con la teoría aprendida.	15%

Anexo 3: Rúbrica para evaluación

NOMBRE DE LA PRÁCTICA: _____ FECHA: _____
NOMBRE DEL ALUMNO: _____ CALIFICACIÓN: _____

100 = 80 65 A 78 = 80 A 90 50 A 64 = 60 A 70 menor de 50 = Reprobado. Debe repetir la práctica

CRITERIOS Y NIVELES DE DESEMPEÑO	4 EXCELENTE	3 SATISFACTORI	2 EN PROCESO	1 DEFICIENTE
APLICACIÓN CORRECTA DE LA TÉCNICA: Realiza todos los pasos de la técnica correctamente	Realiza todos los pasos o elementos de la práctica correctamente, con seguridad y creatividad.	Ejecuta la mayoría de los pasos con precisión y responsabilidad.	Omite elementos clave o comete errores que afectan la simulación.	No cumple con los pasos de la práctica o desconoce la técnica.
IDENTIFICACIÓN Y USO ADECUADO DEL MATERIAL: Conoce y selecciona el material necesario con seguridad y criterio.	Selecciona y utiliza materiales adecuados, visuales o didácticos, con criterio y pertinencia.	Utiliza los materiales requeridos correctamente, aunque sin optimizarlos.	Presenta dificultades en identificar o usar los materiales con propiedad.	Usa material inapropiado, incompleto o no lo identifica correctamente.
TRATO DIGNO Y RESPETUOSO AL PACIENTE (COMPAÑERO): Demuestra empatía, respeto, privacidad, paciencia y cuidado en todo momento.	Demuestra empatía, respeto, cuidado, escucha activa y lenguaje apropiado durante toda la práctica.	Muestra disposición y respeto, aunque le falta empatía o seguridad.	Presenta actitudes mecánicas o poco sensibles hacia los otros.	Actitudes inadecuadas, indiferencia o falta de respeto evidente.
HIGIENE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: Aplica lavado de manos, uso de guantes y manejo adecuado de desechos (cuando aplique).	Aplica estrictamente lavado de manos, uso de guantes y eliminación de residuos según normas.	Cumple con medidas básicas de higiene con algunas omisiones menores.	Aplica higiene solo parcialmente o de forma incorrecta.	Desconoce o ignora las normas de bioseguridad.
POSTURA Y ERGONOMÍA (MECÁNICA CORPORAL): Aplica los principios de alineación y cuidado postural durante la práctica.	Cuida su postura, seguridad física y aplica principios de ergonomía con naturalidad.	Aplica las técnicas posturales adecuadas, aunque con inseguridad ocasional.	Presenta posturas inadecuadas o esfuerzo corporal innecesario.	No cuida su postura ni la seguridad física durante la práctica.
COMUNICACIÓN Y HABILIDADES BLANDAS: Se comunica con claridad, trabaja en equipo y responde con actitud profesional.	Se comunica con claridad, respeto, lenguaje técnico y colaboración activa en equipo.	Se expresa con lenguaje comprensible y se integra al equipo.	Le cuesta comunicarse o colaborar con fluidez.	Dificulta la dinámica grupal o no se comunica adecuadamente.
CUMPLIMIENTO DEL TIEMPO ASIGNADO: Realiza la técnica dentro del tiempo establecido sin afectar la calidad.	Realiza la actividad en el tiempo indicado, sin sacrificar la calidad ni la reflexión.	Finaliza dentro del tiempo, aunque con algo de presión.	No logra organizarse bien y excede o apura los tiempos.	No termina la práctica o lo hace precipitadamente y mal hecho.
AUTOEVALUACIÓN Y REFLEXIÓN: Reconoce aciertos y errores, propone mejoras de manera consistente.	Reconoce aciertos, errores, propone mejoras y vincula con su rol como profesional.	Reflexiona con claridad sobre su participación y aprendizaje.	Hace una reflexión básica o incompleta.	No reflexiona o desconoce el valor de análisis personal.

Anexo 4: Reporte de práctica de laboratorio

Reporte de Práctica de Laboratorio de Fundamentos de Enfermería

Nombre del alumno: _____

Maestro: _____

Fecha: _____

1. TITULO	Nombre de la práctica
2. OBJETIVO	¿Cuál fue el objetivo de la práctica?
3. FUNDAMENTO CIENTÍFICO	Deberá buscar dos bibliografías que fundamente la práctica realizada.
4. MATERIAL PARA LA PRÁCTICA	Enumerar el material usado en la práctica.
5. PROCEDIMIENTO	Describir el procedimiento de la práctica que realizó.
6. RESULTADOS	Describir los resultados que obtuvo.
7. OBSERVACIONES	Redactar las observaciones que pudo hacer antes, durante y después de la práctica tales como: demora al realizar la práctica, faltó algún material, miedo al realizar la práctica, etc.
8. CONCLUSIONES	La importancia de la práctica para el fortalecimiento de la teoría, importancia de conocer el procedimiento correcto y llevarlo a cabo con responsabilidad.
9. BIBLIOGRAFÍA	Escribir la bibliografía que utilizó para el reporte de la práctica.

Anexo 5: Clasificación de apósitos para heridas

Cuadro 13-5. Apósitos

Tipos	Gasa	Hidro-gel	Hidro-coloi-de	Algi-nato cálcico	Poliu-retano en espu-ma	Con solu-ción fisioló-gica	Mix-tos	Trans-paren-tes
Propiedades-indicaciones								
Absorbente	X	X	X	X				
Autoadherente			X				X	
Analgésico		X	X					
Aplicación sencilla	X			X	X			
Aplicación apósito secundario		X		X	X	X		
Autoretención								
Desbridación autolítica		X	X	X			X	X
En heridas limpias	X							
En heridas infectadas		X		X		X		
En heridas con tejido necrótico			X	X				X
Exudado*		E	E M	A M	E M		A M	E
Favorece granulación		X						
Frecuencia en cambio		8 a 48 h	3 a 7 días	12 h a 4 días	8 a 48 h	8 a 12 h	24 a 48 h	24 a 72 h
Fijación								X
Hipoalergeno								X
Impermeable			X					X
Mantiene aporte sanguíneo y oxigenación		X	X					
Protector bacteriana			X		X			X
Protector de terminaciones nerviosas			X					
Protector de roce y fricción			X					
Retención de humedad fisiológica		X	X	X		X	X	
Transparencia								X
Visualización de herida								X

* A: abundante; M: moderado; E: escaso.

Rosales Barreras, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Manual Moderno.

4. Casos clínicos-Apoyo para temas de la materia de Fundamentos de Enfermería

Clasificación de las cicatrices

Rivera-Secchi, K., Acosta, G., Vélez, M., & Trelles, M. A. (2013). Remodelación con láser de cicatrices hipertróficas y queloides: Estudio prospectivo en 30 pacientes. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 39(3), 307–317. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922013000300015>

Caso clínico de herida infectada

Merchán Mayado, E., Terry Osset, C., & Melero Rubio, E. (2006). Caso clínico: Cura de heridas infectadas post-implantación de catéter peritoneal mediante tratamiento tópico con azúcar y vitamina C. *Enfermería Nefrológica (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica)*, 9(1), 65–68. <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170098093100424170>

Casos clínicos de heridas

<https://ulceras.net/casos-clinicos.php?clase=2>

Lavado de manos para disminuir infecciones intrahospitalarias

<https://www.gob.mx/salud/prensa/216-lavado-de-manos-reduce-50-riesgo-de-enfermedades-diarreicas-en-la-ninez>

La amenaza de las bacterias resistentes en los hospitales y acciones para evitar su propagación y salvar vidas.

<https://www.paho.org/es/historias/amenaza-bacterias-resistentes-hospitales-acciones-para-evitar-su-propagacion-salvar-vidas>

El buen trato en el encuentro clínico de enfermería: Características y atributos

Dois-Castellón, Angelina, Bravo-Valenzuela, Paulina, & Martínez-Pereira, Alejandra. (2022). El Buen Trato en el encuentro clínico de enfermería: características y atributos. *Index de Enfermería*, 31(4), 250-254. Epub 17 de abril de 2023. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225169>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000400003



UES

Universidad Estatal de Sonora
La Fuerza del Saber Estimularé mi Espíritu