

PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA **BÁSICA Y COMUNITARIA**

CUADERNILLO DE TÉCNICAS Y HOJAS DE COTEJOS
1° AÑO 1° CUATRIMESTRE (turno tarde)



2026

TÉCNICAS:

1. **Técnica de entrevista-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Valoración [Cap. 11]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 186-190). Pearson Educación.
2. **Técnica de examen físico y observación- Anexo**
3. **Técnica de toma de temperatura corporal-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Signos vitales [Cap. 29]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 534-545). Pearson Educación.
4. **Técnica de toma de pulso y frecuencia cardíaca-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Signos vitales [Cap. 29]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 545-555). Pearson Educación.
5. **Técnica de toma de frecuencia respiratoria-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Signos vitales [Cap. 29]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 555-560). Pearson Educación.
6. **Técnica de toma de tensión arterial-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Signos vitales [Cap. 29]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 560-567). Pearson Educación.
7. **Técnica de toma de oximetría-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Signos vitales [Cap. 29]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 567-570). Pearson Educación.
8. **Técnica de higiene en cama-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Higiene [Cap. 33]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 749-766). Pearson Educación.
9. **Técnica de higiene perineal-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Higiene [Cap. 33]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 764-766). Pearson Educación.
10. **Técnica de tendido de cama-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Higiene [Cap. 33]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 795-805). Pearson Educación.
11. **Técnica de posiciones anatómicas del paciente-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Valoración de la salud [Cap.30]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.ª ed., Vol. 1, pp. 578). Pearson Educación.
12. **Técnica de mecánica corporal- movilización de paciente-** Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013) Actividad y ejercicio [Cap. 44].

En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.^a ed., Vol. 1, pp. 1122-1147). Pearson Educación.

13. Técnica de higiene de manos- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Asepsia [Cap. 31]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.^a ed., Vol. 1, pp. 695-713). Pearson Educación.

14. Técnica de colocación y retiro de EPP- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Asepsia [Cap. 31]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.^a ed., Vol. 1, pp. 695-713). Pearson Educación.

15. Técnica de manejo de material estéril- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2013). Asepsia [Cap. 31]. En *Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería* (9.^a ed., Vol. 1, pp. 695-713). Pearson Educación.

LISTAS DE COTEJO

1. Técnica de entrevista
2. Técnica de examen físico y observación
3. Técnica de toma de temperatura corporal
4. Técnica de toma de pulso y frecuencia cardíaca
5. Técnica de toma de frecuencia respiratoria.
6. Técnica de toma de tensión arterial
7. Técnica de toma de oximetría
8. Técnica de higiene de manos
9. Técnica de tendido de cama sin paciente
10. Técnica de tendido de cama ocupada
11. Técnica de higiene en cama
12. Técnica de higiene perineal
13. Técnica de posiciones anatómicas del paciente
14. Técnica de mecánica corporal- movilización de paciente
15. Técnica de colocación y retiro de EPP
16. Técnica de manejo de material estéril; guantes estériles.

2. Técnica de examen físico y observación

Guía de valoración:

Apellido y nombre del estudiante:

.....

Nombre del paciente: **Edad:** **Sexo:** **Fecha:** .../.../

Motivo de consulta:

..... **Diagnóstico**

médico (si aplica):

Q 1. ESTADO GENERAL

- Orientado en persona, lugar y tiempo
- Nivel de conciencia: **Alerta / Somnoliento / Obnubilado / Coma**
- Posición y marcha:
- Facies: **S/A / Dolorosa / Ansiosa / ____ Otro:**

• 2. ASPECTO NEUROLÓGICO

- Estado de conciencia: **Lúcido / Confuso / Inconsciente**
- Pares craneales: **Sin alteraciones / Alteraciones:**
- Coordinación y equilibrio: **Adecuados / Inadecuados**
- Reflejos osteotendinosos: **S/A / Alterados**

❓ 3. CABEZA

- Cráneo: **Normocéfalo / Dolicocefalo / Braquicefalo**
- Lesiones, masas, dolor a la palpación:
- Cabello: **Cantidad / Color / Alopecia / Seborrea / Piojos / S/A**

4. OJOS

- Pupilas: **Isocóricas / Anisocóricas** – Reacción a luz: **+** / **-**
- Conjuntivas: **Rosadas / Pálidas / Ictéricas**
- Escleróticas: **Blancas / Amarillentas**
- Visión referida: **Buena / Alterada / Uso de anteojos**

5. OÍDOS

- Forma y simetría: **S/A / Alterada**
- Secreciones: **No / ___Sí**: Tipo:
- Audición: **S/A / Disminuida / Audífonos** Dolor: **Sí / No**

6. NARIZ

- Fosas nasales permeables: **Sí / No**
- Secreciones: **No / ___Sí**: Tipo:
- Tabique: **Centrado / Desviado**
- Olfato: **Intacto / Alterado**

7. BOCA Y GARGANTA

- Labios: **Húmedos / Secos / Cianóticos**
- Mucosa oral: **Húmeda / Pálida / Lesiones**
- Lengua: **Móvil / Fija / Saburral**
- Dientes: **Conservados / Caries / Ausencias / Prótesis**
- Faringe: **S/A / Hiperémica / Placas**

8. CUELLO

- Movilidad: **Libre / Limitada**
 - Glándulas: **Tiroides palpable / No palpable**
 - Ganglios: **No palpables / ___Palpables**: Zona:
 - Presencia de dolor: **Sí / No**
-

9. TÓRAX

- Simetría: **Conservada / Alterada**
- Expansión torácica: **S/A / Disminuida**
- Ruidos respiratorios: **S/A / Roncus / Sibilancias / Estertores**
- Uso de músculos accesorios: **Sí / No**

T/A..... FC..... PULSO..... FR..... T°AX.....

♥ 10. SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Ruidos cardíacos: **Presentes / Alterados / Soplos**
- Pulsos periféricos: **Presentes / Ausentes** – Simétricos: **Sí / No**
- Edemas: **No / ___Sí**: Localización:
- Coloración de piel: **S/A / Cianosis / Palidez**

• 11. ABDOMEN

- Forma: **Plano / Globoso / Depresible**
- Ruidos intestinales: **Presentes / Ausentes**
- Dolor a la palpación: **Sí / No**
- Masas: **No / Sí** – Localización:
- Evacuaciones: **S/A / Diarrea / Estreñimiento**

• 12. GENITOURINARIO

- Micción: **S/A / Disuria / Incontinencia**
- Genitales externos: **S/A / Lesiones / Secreciones**
- Características de orina: **Clara / Turbia / Hemática**

• 13. EXTREMIDADES SUPERIORES

- Simetría: **Conservada / Alterada**
- Fuerza muscular: **Acorde a edad / Disminuida – Localización:**
- Movilidad: **Libre / Limitada**
- Presencia de edema: **Sí / No** * Deformidades: **Sí / No**
- Deformidades..... Onicomycosis... ..

• EXTREMIDADES INFERIORES

- Simetría: **Conservada / Alterada**
- Fuerza muscular: **Acorde a edad / Disminuida – Localización:**
- Movilidad: **Libre / Limitada**
- Presencia de edema: **Sí / No** * Deformidades: **Sí / No**
- Deformidades..... Onicomycosis

• 14. PIEL Y ANEXOS

- Color: **Acorde a su raza / Pálida / Cianótica / Ictérica**
- Hidratación: **piel humectada / Piel seca**
- Lesiones: **No / ___Sí: Tipo y ubicación:**
- Turgor: **Adecuado / Disminuido**

- Uñas: **S/A / Cianóticas / Frágiles**

• OBSERVACIONES ADICIONALES:

.....

Pautas de cotejo Examen físico			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

Procedimiento realizado en forma correcto	SI	NO
1. Lavado de manos		
2. Piel.		
3. Pelo.		
4. Uñas		
5. Cabeza		
6. Rostro.		
7. Oídos		
8. Ojos		
9. Nariz y senos paranasales		
10. Boca y garganta		
11. Cuello		
12. Pecho y axilas.		
13. Torax – espalda.		
14. Corazón y circulación periférica.		
15. Extremidades superiores.		
16. Abdomen		
17. Genitales – ano.		
18. Extremidades inferiores.		
19. Nivel de conciencia.		
20. Acondicionar al sujeto de cuidados y la unidad.		
Criterio de evaluación Cada ítem equivale a un punto. ----- Firma del docente	1 - 0 2 - 1.00 3/3 - 1.50 5/6 - 2.00 7/8 - 2.50 9/10 - 3.00 11 - 3.00 12 - 4.00 13 - 4.50	14 - 5.00 15 - 6.00 16 - 7.00 17 /18 - 8.00 19 - 9.00 20 - 10.00

Procedimiento: Control de Signos Vitales.

DEFINICIÓN: Los signos vitales (signos de vida) son parámetros o indicadores hemodinámicos que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales, expresando de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en nuestro organismo.

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar en los estudiantes las habilidades y destrezas propias de la exploración de los signos vitales:

1. Pulso Arterial - Frecuencia Cardíaca (FC).
2. Frecuencia Respiratoria (FR).
3. Tensión Arterial (TA).
4. Temperatura (T).
5. Saturometría (Sat)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- I. Demostrar al estudiante las técnicas de la toma de signos vitales.
- II. Identificar los valores normales de Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Pulso, Frecuencia Respiratoria, Temperatura y Saturometría.
- III. Aplicar los conocimientos adquiridos al término del gabinete para el manejo inicial del paciente.
- IV. Evaluar las técnicas adquiridas por los alumnos al finalizar el gabinete.

VALORES NORMALES DE SIGNOS VITALES EN PERSONAS ADULTAS

TENSIÓN ARTERIAL	
PRESIÓN	RANGO
SÍSTOLE (Rango para Normotensión)	100 a 139 mmHg
DIASTOLE (Rango para Normotensión)	60 a 90 mmHg
HIPERTENSIÓN	> 139/90 mmHg
HIPOTENSIÓN	< 90/60 mmHg

FRECUENCIA CARDIACA // PULSO	CENTRAL Frecuencia Cardiaca (FC)	PERIFÉRICO Frecuencia del Pulso
60 a 100 Lpm // Ppm	NORMOCARDIA	NORMOFIGMIA
>100 Lpm // Ppm	TAQUICARDIA	TAQUISFIGMIA
<60 Lpm Ppm	BRADICARDIA	BRADISFIGMIA

RESPIRACIÓN (FR)	
EUPNEA	12 a 20 rpm ó ciclos pm
TAQUIPNEA	> 20 rpm ó ciclos pm
BRADIPNEA	< 12 rpm ó ciclos pm

TEMPERATURA AXILAR	
NORMOTERMIA	35,9 a 36,9°C
ESTADO SUBFEBRIL // FEBRÍCULA	37 a 37,9°C
FIEBRE	38 a 38,9°C
HIPERTERMIA	> 39°C
HIPOTERMIA	<=35.8

OXIMETRIA DE PULSO

NORMAL	95% A 100 %
HIPOXEMIA LEVE	90% 94%
HIPOXEMIA	MENOR A 90%

MATERIALES:

El alumno deberá traer:

Termómetro axilar.

Tensiómetro y estetoscopio.

Reloj con segundero.

Oxímetro de pulso/ Saturómetro

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA: Se formarán grupos de estudiantes y se realizará una sesión teórico-práctica de 2 horas y posteriormente una sesión de 1 hora para realizar una evaluación práctica mediante listas de cotejo.

Se realizará en el área de gabinete o lugar destinado para realizar la práctica de Habilidades y Destrezas.

El alumno se presentará puntual con uniforme requerido, limpio, debidamente en condiciones, con calzado clínico adecuado y material e instrumental previamente indicados por el docente para realizar dicha práctica.

Al registro de asistencia de los alumnos que utilizan el gabinete, se procederá a colocar sus pertenencias personales en el área destinada para ello, cargando consigo únicamente el material indicado para la práctica, además de su Manual del Procedimiento correspondiente.

TÉCNICAS: Antes de realizar cualquier procedimiento, es nuestro deber informar al paciente lo que le vamos a hacer.

PROCEDIMIENTO:

1. PULSO ARTERIAL – FRECUENCIA CARDIACA - (FC).

LOCALIZACIÓN DE LOS PULSOS:

Pulso Humeral. Se palpa sobre la cara anterior del pliegue el codo, hacia medial.

Pulso Braquial. Se palpa sobre la cara interna del músculo bíceps, o en la zona media antero cubital (miembro superior).

Pulso Radial. Se palpa en la cara interna (zona media) de la muñeca realizando presión sobre la arteria radial.

VALORACIÓN DEL PULSO:

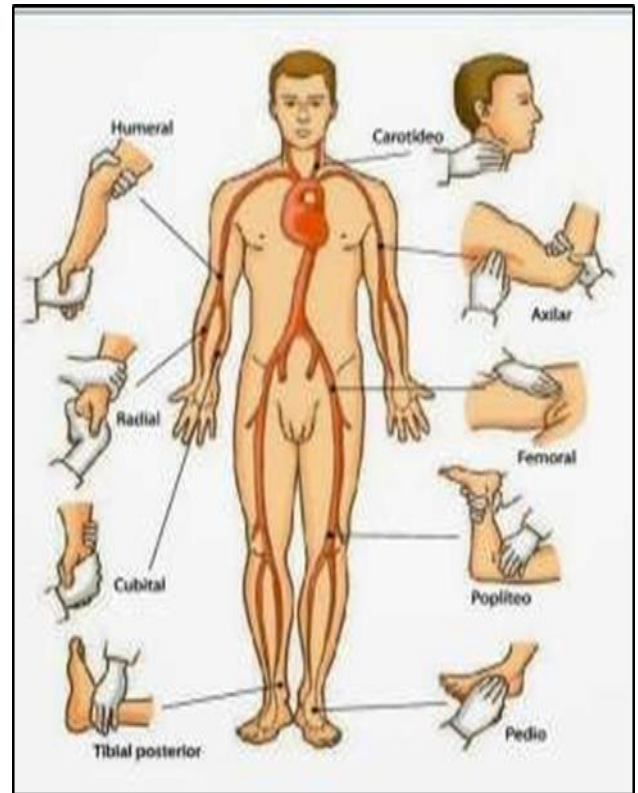
i. El paciente debe ser colocado en una posición cómoda. El Personal de Enfermería por su parte deberá verificar si el mismo está recibiendo medicación alguna, si ha realizado actividad física o si se encuentra agitado, en tal caso, esperar 15 minutos antes de realizar el control. (evita errores en la medición).

ii. Se utilizará un reloj con segundero para la medición.

iii. Se palpara cada pulso en forma individual evaluando Frecuencia, Ritmo, Amplitud, Forma y Elasticidad Arterial.

MÉTODO PARA TOMAR PULSO (RADIAL):

- Se le solicita al paciente que se siente y se explica el procedimiento a realizar.
- El pulso se palpa a nivel de la muñeca, en el canal del pulso, formado por los tendones del supinador largo, por fuera y el palmar mayor, por dentro.
- Se coloca el brazo de la persona extensión moderada y el antebrazo en semipronación por su cara ventral, la muñeca debe estar un poco flexionada.
- Se aplica una pinza formada por el dedo pulgar apoyado en la cara dorsal de la muñeca y los dedos índice y medio sobre la arteria radial (en la cara

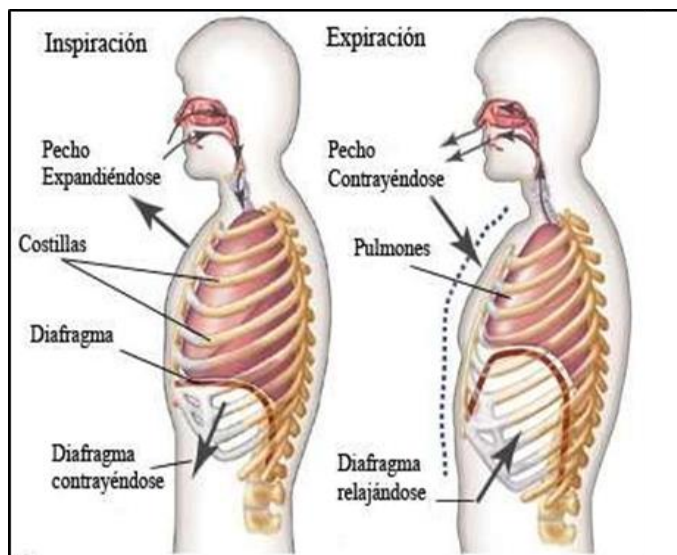


ventral) Se ejerce una presión moderada para detectar la intensidad máxima de las pulsaciones.

2. FRECUENCIA RESPIRATORIA - (FR).

TÉCNICA DE LA TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA:

- Colocar al paciente en decúbito supino o en sedestación, siempre que sea posible.
- No es conveniente informarle de que se le va a medir la frecuencia respiratoria, ya que podría cambiar involuntariamente el ritmo.
- Se puede realizar el conteo mientras se toma el pulso radial (evita que el paciente modifique los movimientos o frecuencia respiratoria).
- La frecuencia respiratoria puede variar durante el sueño y vigilia.



3. TENSIÓN ARTERIAL (TA).

LOS PUNTOS DE MEDICIÓN DE LA TA FRECUENTEMENTE UTILIZADOS SON:
Miembro superior (arterias braquial y humeral).

Miembro inferior (arteria poplítea) ubicada por detrás de la rodilla, como opción secundaria. Al valor de la TA sistólica obtenido en la zona poplítea, se

deberá restar (-) 10 mmHg.

- Otros puntos opcionales son: arterias tibial posterior o dorsal del pie y la arteria radial a nivel de la muñeca.

Debe registrarse el sitio de medición de la TA, cuando no se utilice la arteria braquial.

VALORACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL:

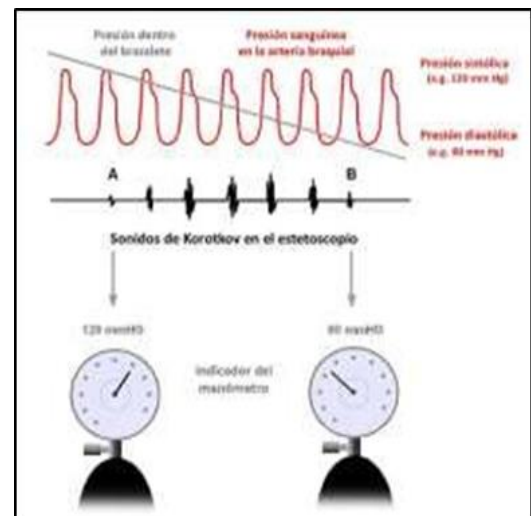
- La tensión arterial conviene medirla en el brazo, estando el paciente sentado o acostado, cómodo y relajado.
- Debe haber descansado unos 5 minutos y no haber consumido café, bebidas alcohólicas o haber fumado en los 30 minutos anteriores.
- Verificar que la sala se encuentra en silencio y a una temperatura agradable.
- Asegurarse que el brazo seleccionado no tenga ropa, asegurarse que no haya fístulas arteriovenosas para diálisis, cicatrices por disecciones arteriales braquiales previas. En caso de que vaya a utilizar una pierna, retirar la ropa para evitar que haya presión sobre la extremidad.
- Palpe el pulso braquial o pedio, para verificar la presencia de pulso viable
- Si el paciente está sentado, coloque el brazo sobre una mesa un poco arriba de su cintura, si está de pie intente apoyar el brazo del sujeto a la altura de la parte media del tórax; si se va a tomar la presión arterial en el tobillo el paciente deberá estar acostado.
- Habitualmente la medición se efectúa al final del examen físico, momento en el que el paciente debiera estar más relajado.
- Si la arteria humeral está mucho más abajo del nivel del corazón, el registro de la presión sanguínea indica resultados altos y falsos.



TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

TÉCNICA BRAQUIAL:

- Explicar la técnica al paciente.
- El brazalete se aplica en la mitad del brazo (el borde inferior queda 2 a 3 cm por arriba del pliegue antecubital). Debe quedar bien aplicado y no suelto (esto último favorece lecturas falsamente elevadas).
- El brazo debe estar desnudo, sin ropas que interfieran la colocación del brazalete, conviene que el brazo este apoyado sobre una mesa a nivel del corazón o que cuelgue relajado al lado del cuerpo. El esfuerzo del paciente por sostener el brazo, puede elevar la presión sanguínea.
- El manguito debe quedar ubicado de tal forma que justo a la mitad de ella esté sobre la arteria braquial. Además el brazalete debe quedar a la altura del corazón. Si se ubica más abajo, se registran presiones falsamente elevadas.
- Se palpa con los dedos índice y medio el pulso braquial y se comienza a inflar el brazalete hasta donde se deja sentir los pulsos y se infla el brazalete 20-30 mmHg por arriba de donde se dejó sentir el pulso.
- Coloque a continuación la campana del estetoscopio sobre la arteria braquial (evitando compresión por el tensiómetro) e inflar la bolsa 30 mmHg por arriba del valor encontrado en el paso anterior.
- Desinfe lentamente el manguito de 2-3mmHg por segundo, escuchando los ruidos de Korotkoff, anotando el primer ruido (presión sistólica) y el finalizar del último ruido (presión diastólica).
- Aunque frecuentemente la TA se mide en un solo brazo, es conveniente la medición en ambos brazos para determinar diferencias (la TA es aproximadamente de 10 mmHg mayor en el brazo dominante).
- En caso de no ser posible la medición de la TA en el miembro superior por razones de patologías o amputación, se puede realizar la medición en el miembro inferior.



- Si existe alguna duda sobre las cifras obtenidas, se deberá repetir el procedimiento en el otro miembro, o esperar un lapso de 5 minutos antes de realizar una nueva insuflación.
- Una vez finalizado el procedimiento registrar la posición del paciente, el brazo donde se realizó la medición y las cifras de la tensión Sistólica y Diastólica obtenidas.

4. TEMPERATURA CORPORAL – T°

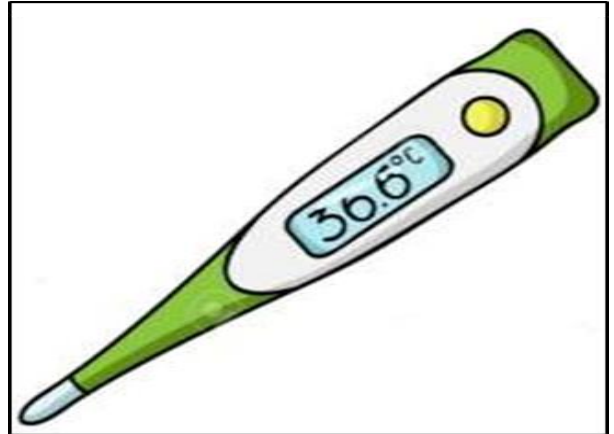
LOS PUNTOS ANATÓMICOS PARA LA MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL SON LAS SIGUIENTES:

- **Temperatura Oral:** el bulbo del termómetro debe colocarse debajo de la lengua (sublingual) manteniendo los labios suavemente apretados hasta que termine de sonar la alarma. Esta temperatura puede tomarse en todos los pacientes, excepto en aquellos que se encuentran inconsciente, presentan confusión o desorientación, convulsiones, sondaje nasogástrico, administración de oxígeno por cánula nasal, afecciones bucales o nasales y en niños menores de 6 años.
- **Temperatura Axilar:** para su medición la axila debe estar seca, sin inflamación y la ropa no debe imponerse entre la piel y el termómetro, el que debe permanecer colocado hasta que termine de sonar la alarma. Es el punto frecuentemente utilizado en adultos y niños mayores de 6 años por razones de comodidad e higiene. El valor obtenido será aproximadamente 0,5°C menor (-) que las temperaturas rectal y oral.
- **Temperatura Rectal:** el termómetro previamente lubricado se introduce cuidadosamente en el orificio anal. El paciente debe permanecer en decúbito lateral con las piernas ligeramente flexionadas durante un tiempo aproximado de 3 minutos (en todos los casos cuidar la intimidad del paciente). La toma de temperatura rectal es aconsejable para niños menores de 6 años.



TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL: TÉCNICA AXILAR:

- Presentarse al paciente con nombre, apellido.
- Identificar al paciente, explicar el procedimiento a realizar.
- Colocarse guantes si el paciente tiene aislamiento de contacto.
- Verificar que la axila del paciente esté sin lesiones, limpia y seca (si no está en condiciones cambiar de axila y/o realizar higiene).
- Retirar el termómetro de su estuche y encenderlo.
- Colocar el termómetro en el hueco axilar del paciente, solicitar flexione el brazo sobre el tórax y apoye la mano sobre el hombro opuesto (ayudar al paciente si no lo sostiene solo).
- Retirar el termómetro cuando suena la alarma y deje de tintinear el símbolo.
- Leer la temperatura que marca el termómetro y apagarlo.
- Limpiar el termómetro con una torunda de algodón humedecido con agua y jabón, enjuagar y secar.
- Desinfectar con torunda humedecida en alcohol al 70%, acondicionar el termómetro en su estuche.
- Retirarse los guantes y descartarlos junto a las torundas de algodón en recipiente con bolsa roja. Acondicionar el resto del material.
- Dejar en posición confortable al paciente.
- Realizar higiene de manos.



5. TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN SATURACIÓN DE OXÍGENO

La saturación de oxígeno (SpO_2) es el porcentaje de hemoglobina en sangre que se encuentra unida al oxígeno en relación con la hemoglobina total disponible.

Se mide de forma no invasiva mediante un dispositivo llamado oxímetro de pulso, que utiliza luz infrarroja para estimar la cantidad de oxígeno transportado por la sangre arterial.

Factores que pueden alterar la medición

- Movimiento del paciente
- Esmalte oscuro
- Hipotermia
- Mala perfusión periférica
- Anemia severa
- Intoxicación por monóxido de carbono



Procedimiento

1. Higiene de manos.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.
3. Colocar al paciente en posición cómoda, preferentemente sentado o en semi-Fowler.
4. Verificar que el dedo:
 - Esté limpio y seco
 - Sin esmalte oscuro o uñas postizas
 - Sin hipotermia o mala perfusión
5. Colocar el oxímetro en el dedo índice o medio (también puede usarse lóbulo de la oreja).
6. Esperar unos segundos hasta que el valor se estabilice.
7. Registrar:
 - % de SpO_2
 - Frecuencia cardíaca (que también muestra el dispositivo)
 - Hora y condiciones del paciente (con o sin oxígeno)
8. Retirar el dispositivo.
9. Higiene de manos nuevamente.



Pautas de cotejo de Control de Signos Vitales				
APELLIDO Y NOMBRE				
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA	
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO	
CONDUCTAS A OBSERVAR			SI	NO
Preparación Previa				
1. Uniforme completo y en condiciones.				
2. Identifica al paciente.				
3. Se presenta al paciente como estudiante de enfermería, con su nombre y apellido.				
4. Explica el procedimiento a realizar.				
5. Se lava las manos.				
6. Prepara el equipo: Completo y lo ordena en la bandeja.				
7. Prepara el ambiente para el control de signos vitales, asegurando sitio de apoyo para bandeja.				
Temperatura Axilar				
8. Comprueba el funcionamiento del termómetro.				
9. Lo limpia antes de colocar al paciente.				
10. En caso de presencia de humedad en la zona axilar, proporciona toalla de papel para secarla y la elimina al cesto de desechos.				
11. Coloca el bulbo del termómetro en el hueco axilar, en posición perpendicular al cuerpo, cuidando que el bulbo quede en el hueco axilar y el brazo adosado al troco.				
12. Retira el termómetro después de 3 o 5 minutos. Permaneciendo junto al paciente en todo momento y manteniendo el termómetro en la posición adecuada.				

13. Lee la temperatura correctamente (sin tocar el bulbo).		
14. Limpia el termómetro luego de utilizarlo.		
Pulso Radial		
15. Ubica la arteria y la presiona suavemente con los dedos índice y medio.		
16. Cuenta las pulsaciones durante un minuto completo.		
17. Logra identificar y valorar las diferentes características del pulso.		

Valoración Respiratoria.		
18. Observa el tórax del paciente y cuenta los movimientos respiratorios por un minuto (sin que este se dé cuenta).		
19. Logra identificar las características de la respiración.		
Saturación de oxígeno		
20. Enciende el saturómetro		
21. Verifica que el dedo este limpio, seco, sin esmalte de uñas, su coloración.		
22. coloca el oxímetro en el dedo índice o medio.		
23. Espera unos segundos hasta que el valor se estabilice		
24. Retira, apaga y limpia el saturómetro		
25. Registra		
Tensión Arterial		

26. Ubica la arteria humeral o braquial por palpación.		
27. Coloca el manguito según la edad, sobre el brazo desnudo abarcando 2/3 de la superficie del brazo, sin comprometer el pliegue del codo, más arriba de la arteria humeral.		
28. Enrolla el manguito alrededor del brazo con presión uniforme. Los tubos de conexión los ubica sobre el trayecto de la arteria, hacia distal.		
23. Palpa la arteria braquial e insufla el manguito en forma gradual, monitoreando el cese del pulso y elevando por sobre los 30 mmHg o más.		
29. Coloca la membrana del estetoscopio sobre el lugar de la palpación braquial.		
30. Baja lentamente la columna de mercurio o el manómetro aneroide a una velocidad aproximada de 2 mmHg, auscultando con detención la aparición de los ruidos.		
31. Desinfla el manguito en forma completa y suavemente lo retira, junto al equipo de presión.		
32. Reconoce los rangos correctos de la T/a y sus características.		
33. Se retira a la unidad de enfermería, limpia estetoscopio con alcohol al 70%. (En área sucia).		
34. Deja cómodo al paciente y ordena la unidad.		
Consideraciones Finales.		
35. Guarda y ordena el equipo en el lugar asignado de área limpia.		
36. Realiza lavado de manos clínico.		
37. Registra correctamente los valores obtenidos de Signos Vitales, anotando los parámetros de cada uno de ellos y las anomalías si las hubiera en la hoja de enfermería		
Total de Puntuación		

Observaciones:

Porcentaje de aprobación: 60% (22 Puntos) = 4 (cuatro)

Pautas de cotejo higiene de manos			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

Secuencia	Procedimiento	SI	NO
	Inicio		
1.	Prepara/ reconoce los elementos para el lavado de manos solicitado		
2.	Se retiran anillos, pulseras, reloj.		
	Desarrollo		
3.	Abre el grifo y se humedece las manos con agua.		
4.	Se coloca jabón común o antiséptico en las manos.		
5.	Fricciona vigorosamente las líneas de las palmas, espacios interdigitales, región ungueal, realizando el lavado hasta las muñecas		
6.	Fricciona durante el tiempo que corresponda al tipo de lavado de manos fuera del chorro de agua corriente		
7.	Enjuaga profundamente.		
8.	Se seca las manos con toalla de papel y cierra el grifo con el mismo.		
9.	Descarta el papel correctamente en el cesto con bolsa roja		
	Acondicionamiento		
10.	Deja en orden los elementos utilizados.		
	Escala de Evaluación: Cada ítem vale 1 punto		

Pautas de cotejo higiene en cama			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

I. Preparación

Criterio	4	3	2	1	Observaciones
Realiza higiene de manos antes del procedimiento					
Verifica identidad del paciente					
Explica el procedimiento y brinda privacidad					
Reúne y organiza el material necesario					
Ajusta altura de cama y posición adecuada					

II. Ejecución del Procedimiento

Criterio	4	3	2	1	Observaciones
Aplica técnica correcta en lavado por segmentos corporales					

Respetar dirección adecuada en higiene genital					
Enjuaga y seca correctamente sin fricción excesiva					
Observa y valora el estado de la piel					
Mantiene normas de bioseguridad durante todo el procedimiento					

III. Finalización

Criterio	4	3	2	1	Observaciones
Deja al paciente cómodo y seguro					
Ordena y descarta material correctamente					
Realiza higiene de manos posterior al procedimiento					
Registra el procedimiento en historia clínica					

Escala de valoración: 4 = Excelente | 3 = Bueno | 2 = Regular | 1 = Insuficiente

Pautas de cotejo mecánica corporal y movilización de paciente			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

<i>Lista de cotejo En este ítems se deben anotar todos los pasos detallados para la habilidad que se quiere lograr . En el desarrollo del escenario se tildará las acciones que se observan en el escenario</i>				
Maniobra o habilidad esperada	Realiza			Valor General
	Completa	Incompleta	No realiza	
1. Valora el estado de lucidez de la persona y le anticipa la maniobra				
2. Detecta el grado de incapacidad de la persona				
3. Solicita la colaboración del paciente de lo anticipado				
4. Se posiciona adecuadamente sin apoyarse en la cama				
5. Amplía su base de sustentación antes de maniobrar				
6. Toma al paciente adecuadamente de la espalda y cadera				
7. Moviliza al paciente sin arrastrar				
8. El operador mantiene las rodillas flexionadas y la espalda recta				
9. Protege la posición e integridad de los 4 miembros				

10. Utiliza los recursos materiales pertinentes para la maniobra (saleas, almohadas, cuñas)				
11. Pasar al paciente a la silla				
12. Eleva la cabecera de la cama o semi sienta al paciente para evitar mareos antes de pasarlo a la silla				
13. Coloca la silla en // a la cama.				
14. Toma al paciente por debajo del hombro y sobre los muslos para sentarlo al borde de la cama				
15. Al ponerlo de pie, sujeta al paciente del tórax con las dos manos y traba sus rodillas con las del paciente.				
16. Hace el movimiento rotatorio hacia la silla y lo sienta lentamente.				

cada ítem equivale a 1 punto: 1 -1.00/ 2 – 2.00/ 3 – 2.00/ 4 – 3.00 / 5 – 3.00 / 6 – 4.00/ 7 – 5.00/ 8 – 5.71/ 9 – 6.42/ 10 – 7.14/ 11 – 7.85/ 12 – 9.00/ 13 – 9.28/ 14 - 10.00

Apreciaciones extras <u>solamente</u> para ser tratadas en el momento de reflexión con el/la estudiante	
Estudiante	
Firma y sello docente	

Pautas de cotejo posiciones anatomicas del paciente			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

Acción	SI	NO
POSICIÓN SUPINA		
1. Coloca al paciente sobre su espalda con la columna vertebral en alineación recta.		
2. Coloca una almohada debajo de su cabeza.		
3. Coloca sus brazos a los lados o elevados sobre almohadas con las manos en pronación.		
4. Coloca rollos para las manos si es necesario.		
5. Mantiene las piernas rectas.		
6. Coloca rollos para el trocánter o para los tobillos en ambos lados.		
7. Coloca los pies con las puntas de los dedos hacia arriba y apoyarlos en un apoyo para pies.		
POSICIÓN DECÚBITO LATERAL		
1. Voltear al paciente sobre su lado		
2. Colocar una pequeña almohada bajo su cabeza.		
3. Colocar una almohada a lo largo de su espalda.		
4. Colocar el brazo de abajo hacia adelante del cuerpo.		
5. Flexionar y apoyar el brazo de abajo sobre la almohada utilizada para la cabeza.		
6. Flexionar el brazo de arriba y apoyarlo sobre almohadas frente al cuerpo.		
7. Colocar rollos para las manos si es necesario.		

8. Flexiona la pierna de arriba ligeramente hacia adelante.		
9. Coloca una almohada entre las piernas.		
10. Apoya los pies con ayuda para evitar la flexión plantar.		
POSICIÓN PRONA		
1. Colocar al paciente sobre su abdomen.		
2. Colocar la cabeza del paciente hacia un lado.		

3. Verifica que la columna este en posición recta.		
4. Coloca una toalla doblada bajo cada hombro.		
5. Colocar los brazos horizontales a cada lado del cuerpo o flexionando el codo cerca de la cabeza del paciente.		
6. Colocar rollos para manos si es necesario.		
7. Colocar los pies del paciente en el espacio que queda entre el colchón y la piesera de la cama o utilizar rollos debajo de los tobillos.		

POSICIÓN FOWLER

1. Coloca al paciente en posición supina.		
2. Eleva la cabecera de la cama 45 a 50 cm.		

POSICIÓN ORTOPNEICA

1. Hace que el paciente esté en la cama reclinado sobre una mesa de cama.		
2. Cubre la mesa con almohadas y elevarlas a la altura más adecuada.		
3. Hace que el paciente apoye su cabeza y sus brazos sobre la mesa.		

POSICIÓN DE LITOTOMÍA

1. Acomode al paciente sobre su espalda.		
2. Eleva las rodillas y separa las piernas.		
3. POSICIÓN GINECOLÓGICA: Coloca los pies sobre estribos		

POSICIÓN DE SIMS		
1. Utiliza la posición de decúbito lateral con una sola almohada bajo la cabeza.		
2. Voltea al paciente sobre su lado izquierdo, lo suficiente sobre su abdomen de manera que el brazo de abajo quede extendido a un lado de su espalda.		
POSICIÓN TRENDELEMBURG		
1. Coloca al paciente en decúbito dorsal.		
2. Eleva el extremo de los pies de la cama con tacos.		
POSICIÓN TRENDELEMBURG MODIFICADA		
1. Coloca al paciente en decúbito dorsal.		
2. Eleva el extremo de los pies de la cama 45°.		
POSICIÓN ANTI-TRENDELEMBURG		
1. Coloca al paciente en decúbito dorsal.		
2. Coloca tacos de madera en el cabecero de la cama.		
3. Alinea la cabeza del paciente.		
Criterio de evaluación (cada ítem equivale a medio punto) 1 – 0/ 2 – 1.00/ 3/3- 1.50/ 5/6 – 2.00 / 7/8 – 2.50/ 9/10 – 3.00/ 11 – 3.00/ 12 – 4.00/ 13 – 4.50/ 14 – 5.00/ 15 - 6.00/ 16 – 7.00/ 17 /18 – 8.00/ 19 – 9.00/ 20 – 10.00		

Pautas de cotejo colocación y retiro de guantes estériles			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

COLOCACIÓN DE GUANTES	NO	SI
1. Se lava las manos según técnica		
2. Verifica que el paquete de guantes no esté dañado el envoltorio, fecha de vencimiento y estado del viraje químico externo.		
3. Abre el paquete de guantes por donde indica la marca.		
4. Retira el envoltorio y coloca sobre una superficie plana, limpia seca y segura.		
5. Abre el envoltorio desde el pliegue medio, extendiéndose desde el exterior sin contaminar.		
6. Toma el guante de la mano dominante con el pulgar e índice de la mano opuesta. Introduce el dedo pulgar dentro del guante y luego la mano en forma de pala. Desliza el guante sobre la mano hasta ajustar cada uno de los dedos.		
7. Coloca los 4 dedos de la mano que tiene el guante puesto por el debajo del dobléz del guante faltante e introduce lentamente e introduce lentamente la mano de la misma forma que la anterior y ajusta los dedos.		
RETIRO DE LOS GUANTES		
1. Toma con una mano el borde interno de la cara externa del otro guante.		
2. Desliza hacia adelante, dándole vuelta y enrollándolo sobre sí mismo, dejándolo en la palma de la mano que aún tiene el guante.		

3. Introduce con la mano que no tiene el guante, el dedo índice por la cara interna del guante y procede a enrollarlo sobre sí mismo, incluyendo el otro guante ya retirado.		
4.Descarta los guantes en bolsa para residuos patológicos.		
5.Procede a lavarse las manos según técnica.		
OBSERVACIONES		

Pautas de cotejo higiene perineal			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

I. PREPARACIÓN		SI	NO
01.	Verificar la orden médica/enfermería.		
02.	Lavado de manos clínico (normativa MINSAL).		
03.	Reunir material: guantes, jabón neutro, jarra con agua tibia, paños/algodón, toalla, chata.		
04.	Explicar el procedimiento al paciente para disminuir ansiedad.		
05.	Preservar la intimidad (cerrar cortinas/puertas).		
06.	Colocación de guantes de procedimiento.		
II. Procedimiento (Femenino/Masculino)			
1.	Colocar al paciente en posición ginecológica o supina.		
2.	Colocar la chata (cuña) bajo la pelvis.		
3.	Limpiar zona inguinal de arriba hacia abajo.		
4.	Mujeres: Limpiar labio mayor, luego labio menor y meato urinario, de		
5.	arriba (pubis) hacia abajo (ano) sin devolverse.		
6.	Hombres: Retraer el prepucio para limpiar el glande, limpiar surco		
7.	balanoprepucial, cuerpo del pene y escroto.		
8.	Usar paños limpios en cada pasada para evitar contaminación cruzada.		

9.	Enjuagar con abundante agua tibia.		
10.	Secar prolijamente de arriba hacia abajo.		
11.	Limpiar la zona anal al final.		
12.	Colocar al paciente en posición ginecológica o supina.		
13.	Colocar la chata (cuña) bajo la pelvis.		
III. Finalización			
1.	Retirar la chata y asegurar que la ropa de cama esté seca.		
2.	Retirar guantes y desechar materiales.		
3.	Realizar higiene de manos.		
4.	Registrar el procedimiento (hora, características de loquios/secreciones,		
5.	estado de la piel).		

OBSERVACIONES:

Pautas de cotejo tendido de cama sin paciente, abierta, cerrada y quirúrgica			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

Secuencia	Procedimiento	SI	NO
	Inicio		
1	Realiza lavado de manos		
2	Prepara la ropa de cama necesaria		
3	Coloca ropa en la silla del usuario de acuerdo al orden que se usara		
4	Prepara bolsa cristal		
	Desarrollo		
5	Deshace la cama aflojando la ropa comenzando desde la cabecera		
6	Quita funda de almohada y la coloca en la silla		
7	Retira la ropa de cama sucia respetando normas de bioseguridad		
8	Aplica técnica correcta en el tendido de cama		
9	Logra un tendido de cama libre de arrugas, limpia y prolijo.		
	Acondicionamiento		
10	Descarta ropa sucia respetando normas de bioseguridad		
11	Deja la unidad en orden		
12	Realiza lavado de manos		

ANECDOTARIO

Pautas de cotejo tendido de cama ocupada				
APELLIDO Y NOMBRE				
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA	
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO	
Secuencia	Procedimiento		SI	NO
	Inicio			
1	Realiza lavado de manos social			
2	Prepara la ropa de cama necesaria			
3	Prepara bolsa cristal			
	Desarrollo			
4	Se presenta ante el paciente			
5	Le explica el procedimiento a realizar			
6	Se lava las manos y se coloca los guantes			
7	Deshace la cama aflojando la ropa comenzando desde la cabecera			
8	Quita funda de almohada y la coloca en la silla			
9	Le explica al paciente que lo va a movilizar (lateralizar)			
10	Extiende la sabana usada por debajo del cuerpo del paciente según técnica			
11	Desplaza la ropa de cama limpia (sabana y salea) por debajo del cuerpo del paciente según técnica.			
12	Retira la ropa de cama sucia respetando normas de bioseguridad			
13	Controla que la ropa de cama inferior quede sin arrugas			
14	Queda el paciente en una posición cómoda			
	Acondicionamiento			
15	Descarta ropa sucia respetando normas de bioseguridad			
16	Deja la unidad en orden			
	OBSERVACIONES			

Pautas de cotejo colocación y retiro de EPP (elementos de protección personal)			
APELLIDO Y NOMBRE			
CURSO	COMISIÓN	TURNO	FECHA
PUNTAJE		NOTA	DOCENTE A CARGO

	SI	NO
1. Realiza higiene de manos antes de colocarse el EPP		
2. Prepara y verifica que el EPP esté completo		
3. Coloca correctamente el camisolín o bata		
4. Ajusta el camisolín por la parte posterior		
5. Coloca el barbijo o mascarilla cubriendo nariz y boca		
6. Ajusta el barbijo al puente nasal		
7. Coloca protección ocular (antiparras o máscara facial) si corresponde		
8. Coloca gorro descartable si corresponde		
9. Coloca guantes cubriendo el puño del camisolín		
10. Evita contaminar el EPP durante la colocación		
11. Verifica que todo el EPP esté correctamente colocado antes de la atención		
OBSERVACIONES		