

Higiene y Salud Comunitaria

PRÁCTICA EN SALUD II Y CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Nombre: _____

Plantel: ____ Grupo: ____ Turno: _____

COLEGIO DE BACHILLERES DE TABASCO

Mtro. Fernando Yrys Hernández

Director General

Mtra. Ana Fanny Hernández Montero

Directora Académica

Lic. Celis del Carmen Ranero Lara

Subdirectora de Planeación Académica

Mtra. Natividad Vertiz Hernández

Jefa del Departamento Capacitación para el Trabajo

FORMACIÓN LABORAL BÁSICA: HIGIENE Y SALUD COMUNITARIA

Módulo IV: Práctica en salud II y cuidado del paciente geriátrico.

SUBMÓDULO I. Técnicas clínicas II

SUBMÓDULO II. Cuidado del paciente geriátrico

En la realización del presente material participaron:

Coordinador Mtra. Leidy Ninet del Río Osorio

Asesora Dra. Estrella Gutiérrez Fuentes

Edición: 2025-2026B

Revisado por moderador a cargo del seguimiento académico:

Lic. Elsy del Carmen Martínez Palma

Este material fue elaborado bajo la coordinación y supervisión del Departamento Capacitación para el Trabajo de la Dirección Académica del Colegio de Bachilleres de Tabasco y el contenido del mismo es gratuito, sin fines de lucro y con la responsabilidad de su buen uso para fines educativos www.cobatab.edu.mx



Contenido

Mensaje del Director General	VII
Presentación Programas de Estudio.....	VIII
Programa de Estudios de la Formación Laboral Básica	IX
Fundamentación de la Formación Laboral Básica	X
Justificación de la Formación Laboral Básica.....	XII
Enfoque de la disciplina	XIII
Ubicación de la Formación Laboral Básica	XVI
Mapa de la Formación Laboral Básica.....	XVII
Competencias Laborales Básicas.....	XVIII
Proceso de Evaluación Bajo el Enfoque en Competencias.....	XX
Rol del Estudiantado	XXI
Simbología	XXII
Temario.....	XXIV
SUBMÓDULO I: TÉCNICAS CLÍNICAS II.....	1
Propósito del Submódulo I.....	2
Sugerencias de Evidencias de Evaluación.....	2
Competencia Laboral Básica	2
DOSIFICACIÓN PROGRAMÁTICA SUBMÓDULO I.....	3
Encuadre Submódulo I Técnicas Clínicas I	5
Situación Didáctica Submódulo I.....	6
Evaluación diagnóstica Submódulo I	7
1. Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico.....	9
1.1 Conceptos básicos de primeros auxilios	9
1.2 Cadena de supervivencia.....	10
1.3 Evaluación primaria de la escena y evaluación del paciente	12
1.4 Soporte vital básico: Adulto, niño y lactante	14
Actividad 1. Cadena de supervivencia: Eres el primer eslabón.....	20
1.5 Hemorragias, heridas y quemaduras: Control y tratamiento inicial.....	23
1.5.1 Heridas y hemorragias.....	23



1.5.2 Quemaduras	24
1.6 Emergencias por obstrucción de la vía aérea.....	27
Actividad 2. Emergencia en el comedor	31
1.7 Movilización y traslado seguro	34
1.8 Botiquín de emergencias: Integración y uso	36
Actividad 3. Botiquín Express: ¡Tu Salón en Buenas Manos!	38
2. Asepsia VS Antisepsia: técnicas y materiales.....	40
2.1 Microorganismos y riesgos en entornos de salud	40
2.2 Asepsia vs. antisepsia: técnicas y materiales	41
2.2.1 Higiene de manos adecuada.....	42
Actividad 4. Manos limpias, salud segura	44
2.3 Esterilización de Instrumental.....	46
2.4 Clasificación, manejo y disposición del RPBI	48
3. Técnicas básicas clínicas: Vacunas y Muestras.....	50
3.1 Esquemas de Vacunación y técnica de seguridad para la vacunación.....	50
3.1.1 Inmunización y su clasificación	48
3.1.2 Clasificación de las vacunas	48
3.1.3 Programa de vacunación universal y esquema nacional de vacunación	49
3.2 Tomas de Muestra: Técnica de aplicación de inyectables y vías de administración	52
3.3 Habilidades clínicas básicas relacionadas con los tipos de punciones.....	57
Actividad 5. Inmunización avanzada.....	59
Situación de Aprendizaje 1. "Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"	60
SUBMÓDULO II: CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO.....	66
Propósito del Submódulo II	67
Sugerencias de Evidencias de Evaluación	67
Competencia Laboral Básica	67
DOSIFICACIÓN PROGRAMÁTICA SUBMÓDULO II.....	68
Encuadre Submódulo II	71
Situación Didáctica Submódulo II.....	72
Evaluación diagnóstica Submódulo II	73



1. Envejecimiento y dignidad humana	75
1.1 Concepto de vejez y envejecimiento activo	75
1.2 Derechos de las personas adultas mayores.	76
1.3 Entorno Familiar, social y emocional.	77
1.4 Prevención del abandono y la discriminación	78
1.5 sensibilización hacia el adulto mayor	79
Actividad 1. Ensayo "Envejecer con dignidad"	81
2. Actividad física y bienestar funcional	84
2.1 Cambios fisiológicos en la vejez.	84
2.2 Beneficios de la actividad física en adultos mayores.	86
2.3 Ejercicios de bajo impacto y movilidad articular.	86
2.4 Prevención de caídas	87
2.5 Planificación de rutinas físicas seguras.	89
Actividad 2. Video Tutorial "Activación física"	91
3. Alimentación geriátrica	95
3.1 Requerimientos nutricionales del adulto mayor.	95
3.2 Dietas para enfermedades crónico-degenerativas.	95
3.3 Diseño de un plan alimenticio individualizado.	96
3.4 Hidratación y señales de alerta nutricional.	96
Actividad. 3 "Mi Receta de Cuidado Nutricional!"	98
4. Salud emocional en la vejez	101
4.1 Depresión, duelo, ansiedad y soledad.	101
4.2 Estrategias de contención emocional	102
4.3 Actividades de integración y socialización	103
4.4 Comunicación asertiva y acompañamiento.	105
4.4.1 Principales técnicas de comunicación con personas mayores.	106
4.5 Inclusión en la comunidad.	107
5. Técnicas de movilización y autocuidado asistido.	108
5.1 Limitaciones de movilidad en la vejez.	108
5.2 Técnicas seguras de movilización, transferencias y deambulación	109
5.3 Uso de dispositivos auxiliares (bastón, andador, silla de ruedas).	109
5.4 Prevención de úlceras por presión	110
5.5 Apoyo en actividades de la vida diaria con enfoque humanista	114



6. Proyecto de intervención para un envejecimiento digno	116
6.1 Integración de actividad física + plan dietético + apoyo emocional	116
6.2 Diseño de un Programa de Acompañamiento al Adulto Mayor	118
Actividad 4. Campaña escolar "Un Día con Nuestros Adultos Mayores"	120
6.3 Entrega y Socialización del Proyecto.....	124
6.4 Evaluación del Impacto del Proyecto.....	125
Situación Didáctica 2. "Cuidado Humanizado en Casa"	126
REFERENCIAS	130
ANEXOS	139





GUÍA DE ESTUDIANTES

Estimada comunidad estudiantil del Colegio de Bachilleres de Tabasco: quiero hacer énfasis en nuestra Institución, la cual tiene 5 décadas forjando el aprendizaje de cada uno de los jóvenes, hoy muchos de los que han pasado por nuestras aulas de clases son profesionistas exitosos.

Dentro del marco del 50 aniversario COBATAB, me permito como Director General enviarles un cordial saludo y dirigirme a ustedes a través de esta guía de estudio diseñada para acompañarlos como una herramienta en su formación académica y personal.

En esta etapa de su vida, el aprendizaje autónomo es clave para descubrir sus talentos, fortalecer sus habilidades y construir un futuro con propósito. Cada actividad, cada lectura y cada reto que encuentren en esta guía de estudio está pensado para impulsar su Desarrollo integral.

Les invito a asumir con responsabilidad su proceso de aprendizaje, a colaborar con sus compañeros, docentes y a mantener siempre una actitud de respeto y apertura. En el Colegio de Bachilleres de Tabasco promovemos la equidad y creemos firmemente en el potencial de cada uno de ustedes.

Esta guía de estudio busca ser clara y accesible, con objetivos definidos y contenidos relevantes para su contexto. Les animo a aprovecharla al máximo, a preguntar, reflexionar y aplicar lo aprendido en su vida diaria.

Confío en su capacidad para superar desafíos, alcanzar metas y contribuir positivamente a su comunidad. Cuentan con el apoyo de sus docentes y de todos los que integramos esta institución.

Con entusiasmo y compromiso, sigamos construyendo juntos una educación de calidad, que genera cambio.

Con aprecio y confianza,

Fernando Yrys Hernández

Director General

Colegio de Bachilleres de Tabasco



Presentación Programas de Estudio

La Dirección General del Bachillerato (DGB) presenta las Competencias de las diversas Unidades de Aprendizaje Curricular del Competente de Formación Laboral, para el Plan de estudios propio de esta Dirección General. Estas tienen su sustento, teórica y conceptualmente, en el modelo educativo del Marco Curricular Común de la Educación Media Superior (MCCEMS)¹, y dan cumplimiento a las atribuciones conferidas a esta Dirección por el Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el cual se establece, en el Artículo 19 Fracciones I y II la importancia de “proponer las normas pedagógicas, contenidos, planes y programas de estudio, métodos, materiales didácticos e instrumentos para la evaluación del aprendizaje del bachillerato general, en sus diferentes modalidades y enfoques, y difundir los vigentes”; además de “impulsar las reformas curriculares de los estudios de bachillerato que resulten necesarias para responder a los requerimientos de la sociedad del conocimiento y del desarrollo sustentable”. (RISEP, 2020) En este sentido, los planteamientos del MCCEMS buscan una formación integral en el estudiantado mediante el desarrollo de la capacidad creadora, productiva, libre y digna del ser humano, con amor al país, a su cultura e historia. Por ello, el Bachillerato General plantea las diversas Unidades de Aprendizaje Curricular (UAC) y Formaciones Laborales Básicas para que con sus estudiantes egresados y egresadas contribuya al logro de su objetivo específico, el cual radica en la “conformación de una ciudadanía reflexiva, con capacidad de formular y asumir responsabilidades de manera comunitaria, interactuar en contextos plurales y propositivos, trazarse metas y aprender de manera continua y colaborativa”. En este contexto, se presenta la Formación Laboral Básica en Higiene y Salud Comunitaria específica del Bachillerato General, con objetivos delimitados acorde a las características del subsistema y de la población a la cual se dirige. El documento se encuentra conformado por apartados mediante los cuales se describe la justificación y los elementos claves para su implementación en el aula.

¹ El cual puede ser consultado a través del siguiente enlace:
https://educacionmediasuperior.sep.gob.mx/work/models/sems/Resource/13634/1/images/Documento_Base_rediseño_MCCEMS_SegEdfinal.pdf

Programa de Estudios de la Formación Laboral Básica

Semestre	Tercero, Cuarto, Quinto y Sexto	
Créditos	56 totales / 14 por semestre	
Componente	De formación laboral	
Nivel de formación laboral	Básica	
Tiempo asignado	Mediación docente	Estudio independiente
	448 h. totales 112 h. por semestre	112 h. totales 28 h. por semestre
Sector productivo	Servicios Profesionales y Técnicos ²	

² Acorde al RENECE – Registro Nacional de Estándares de Competencia por Sector Productivo. Disponible en: <https://conocer.gob.mx/renec-registro-nacional-deestandares-de-competencia-por-sector-productivo/>

Fundamentación de la Formación Laboral Básica



La Dirección General del Bachillerato (DGB), acorde a la Nueva Escuela Mexicana (NEM) y al Marco Curricular Común de la Educación Media Superior (MCCEMS), y en su responsabilidad de enfrentar tanto los nuevos retos como los objetivos que de estos se desprenden, actualiza el presente Programa de estudios, el cual responde a una visión de educación integral, pertinente, de calidad y excelencia.

Dicho programa forma parte del Componente de Formación Laboral Básico del Bachillerato General, el cual busca ser un espacio vinculado con el sector productivo, permitiendo al estudiantado no solo cumplir con su trayecto educativo, sino construir su proyecto de vida, con mayores posibilidades de inserción en el mercado de trabajo.

Esto atendiendo al mandato constitucional que en materia educativa, con base en la Reforma Constitucional a los artículos 3°, 31° y 73° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la emisión de la Legislación Secundaria, publicadas el 30 de septiembre de 2019 en el Diario Oficial de la Federación, determinan la reorientación del Sistema Educativo Nacional para "garantizar el derecho a la educación con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva, para incidir en la cultura educativa mediante la corresponsabilidad y el impulso de transformaciones sociales dentro de la escuela y en la comunidad".

Bajo este contexto, es que el Componente de Formación Laboral Básico, adquiere mayor relevancia, pues tendrá como ejes rectores:

- **Enfoque en competencias**, que busca desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para el desempeño laboral.
- **Enfoque humanista**, que valora y respeta la diversidad y la dignidad del estudiantado, su potencial creativo, su participación, su bienestar integral y su compromiso social.

Estos enfoques se orientan a promover una educación inclusiva, equitativa y de calidad, que favorezca el aprendizaje permanente y el máximo logro de los aprendizajes.

Así pues, el Componente de Formación Laboral Básico, busca desarrollar en el estudiantado competencias laborales básicas, que permitan aplicar en forma integrada los conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y valores con responsabilidad y autonomía para desenvolverse en contextos específicos del desarrollo personal, académico, social y profesional en situaciones de la vida común, de estudio o trabajo a lo largo de la vida.³

³ Subsecretaría de Educación Media Superior. (2023b). El currículum laboral en la educación media superior. SEP.

"Educación que genera cambio"

Para lograr dicho propósito, lo que a continuación se presenta es una serie de competencias laborales básicas las cuales permitirán al personal docente el abordaje de aprendizajes con la amplitud y profundidad acorde a los diversos contextos.

Es decir, a partir de estas competencias, se diseñarán estrategias de enseñanza aprendizaje que permita a las y los estudiantes ser capaces de conducir su vida hacia su futuro con bienestar y satisfacción, con sentido de pertenencia social, conscientes de los problemas sociales, económicos y políticos que aquejan al país, pero también de su entorno inmediato, dispuestos a participar de manera responsable y decidida en los procesos de democracia participativa y a comprometerse en las soluciones de las problemáticas que los aquejan y que tengan la capacidad de aprender a aprender en el trayecto de su vida.⁴

Para lo cual, es de primordial importancia visualizar que debe existir una articulación contextualizada del Componente Laboral Básico, con el Currículum Fundamental y el Ampliado, para garantizar así la transferencia de los conocimientos, experiencias, habilidades, capacidades, actitudes y valores.

Es decir, esta articulación permitirá:

- La transversalidad del conocimiento adquirido en el Currículum Fundamental con las competencias laborales básicas requeridas en el mercado laboral.
- Fomentar el aprendizaje en contextos diversos, utilizando métodos y estrategias de aprendizaje.
- Centrar las necesidades del mercado laboral.
- Fomentar la interacción entre la vida educativa y la comunidad, a fin de propiciar la adquisición de conocimientos y competencias, de acuerdo con el desarrollo biopsicosociocultural del estudiantado.
- Aprovechar, mediante el Programa Aula, Escuela, Comunidad (PAEC), todas las oportunidades para poner en práctica lo que se ha aprendido; su aplicación no se limitará solo a los recursos sociocognitivos y a las áreas de conocimiento, sino que abarcará los aspectos funcionales (competencias laborales) y recursos socioemocionales.
- Mejorar la relación entre la escuela y los sectores productivos.⁵

^{4y5} Subsecretaría de Educación Media Superior. (2023b). El currículum laboral en la educación media superior. SEP.



Justificación de la Formación Laboral Básica

La Formación Laboral Básica en Higiene y Salud Comunitaria se ubica dentro del Área de Conocimiento de las Ciencias Naturales, Experimentales y Tecnología, las cuales en el MCCEMS tienen como objeto de estudio los fenómenos naturales y tecnológicos, así como el fomento del pensamiento científico y tecnológico en las y los estudiantes.

Esta Área de Conocimiento coadyuva en el desarrollo de habilidades para la investigación, el análisis crítico, la resolución de problemas y la aplicación del conocimiento en contextos reales. Además, busca que el estudiantado adquiera una comprensión profunda de los principios éticos y sociales relacionados con la ciencia y la tecnología, así como una conciencia crítica sobre su impacto en la sociedad y el medio ambiente.

Con base en ello, a lo largo del Componente de Formación Laboral Básico, se brindará una formación de carácter genérico y transversal que le permita al estudiantado incorporarse al sector productivo con actividades relativamente sencillas, de autonomía y responsabilidad mínima.

De manera específica, a través de la Formación Laboral Básica en Higiene y Salud Comunitaria, el estudiantado estructurará las bases del conocimiento en el área de la salud, y se preparará para desarrollar procesos de trabajo en un campo laboral específico mediante procedimientos, técnicas e instrumentos adecuados. Además, se fomentarán actitudes de valoración y responsabilidad hacia esta actividad, lo que le permitirá interactuar de manera eficiente en su entorno social y productivo.

La Formación Laboral Básica en Higiene y Salud Comunitaria tiene un enfoque interdisciplinario que vincula conocimientos y metodologías de las áreas de medicina preventiva, promoción y educación para la prevención de enfermedades. Ofrece al estudiantado la posibilidad de adquirir competencias en el área de la salud, desempeñándose como auxiliar en actividades que requieran conocimientos básicos sobre diversas enfermedades vinculadas al proceso salud-enfermedad. Estos conocimientos derivan de campos como la epidemiología, salud pública, nutrición, sexualidad, práctica clínica y geriatría. Además, se enfoca en el desarrollo de habilidades para el manejo de primeros auxilios y estrategias para promover la salud dentro de la comunidad.

Con base en lo anterior, esta Formación Laboral Básica tiene el propósito de estructurar las bases del conocimiento en el área de la salud, permitiendo que las y los estudiantes adquieran una comprensión sólida de los principios fundamentales relacionados con la higiene y la salud comunitaria.

En resumen, el propósito principal de esta formación es capacitar a personas comprometidas con la mejora de la salud comunitaria, dotándolas de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para contribuir de manera efectiva al bienestar de la población a la que pertenecen.

Enfoque de la disciplina

Ante la problemática de salud que enfrenta nuestro país, se considera la necesidad de formar un estudiantado con un plan de estudios con los principios básicos del Nuevo Modelo Educativo cuyo propósito es fortalecer y consolidar la identidad del estudiantado y proporcionar una educación pertinente y relevante que le permita establecer una relación entre la escuela y su entorno, y facilitar el tránsito académico de los estudiantes entre los subsistemas y las escuelas.

El propósito general de la capacitación de Higiene y Salud Comunitaria se basa en que el estudiantado estructure las bases del conocimiento en el área de la salud, así como preparar al estudiantado para que desarrolle procesos de trabajo en un campo laboral específico, por medio de procedimientos, técnicas e Instrumentos, además de generar actitudes de valoración y responsabilidad ante esta actividad, lo anterior le permitirá interactuar de manera eficiente en su entorno social y productivos. La capacitación de Higiene y Salud Comunitaria tiene un enfoque interdisciplinario que vincula conocimientos y metodología de las áreas de Medicina preventiva, a nivel de promoción y educación para la prevención de las enfermedades; ofrece al estudiantado la posibilidad de ejercer competencias en el área de salud, desempeñándose como auxiliar en actividades que requieran de conocimientos básicos sobre algunas enfermedades vinculados con el proceso salud-enfermedad, que derivan de la epidemiología, salud pública, nutrición, sexualidad, la práctica clínica y la geriatría, el desarrollo de habilidades para el manejo de primeros auxilios y estrategias para promover la salud entre la comunidad.

La estructura de la capacitación nace de la necesidad de formar personas con conocimientos y comprensión de la educación para la salud, para revertir las carencias de higiene individual, familiar, colectiva o comunal, contribuyendo así, al mejoramiento del nivel de salud de la población a la que pertenece el estudiantado.

Tales propuestas serán posibles si se forman personas capaces de sostener participación en el área de la epidemiología, en el estudio de enfermedades infecciosas y no infecciosas, mediante el conocimiento de las causas, la historia natural de la enfermedad, consecuencias y medios de transmisión, agentes causales, factores predisponentes de las mismas, integrados en el módulo 1.

En el módulo II, el estudiantado adquirirá las herramientas necesarias para dar respuesta a los factores de riesgo y saneamiento ambiental, que en muchos de los casos son provocados por el comportamiento y hábitos de los que conforman una población; con la finalidad de proponer alternativas de solución para mejorar el medio ambiente donde viven. Por esta misma razón, es importante que el estudiantado al cursar la presente capacitación logre la competencia para explicar la importancia de la bioquímica de los alimentos, indicadores antropométricos, dietas adecuadas para diferentes estratos de la población, indicadores clínicos y déficit o alteraciones nutricionales; así como, la fisiología de los mismos con el fin de contribuir a una educación y fomento de la salud en nivel individual, familiar y comunitaria.

"Educación que genera cambio"

Los objetivos propuestos para el módulo III buscan por un lado, consolidar y diversificar los aprendizajes y desempeños adquiridos del estudiantado, ampliando y profundizando sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores, pero también busca generar en el mismo la conciencia de orientar a las personas en edad reproductiva de su comunidad, para la atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio, así como los cuidados del infante durante su crecimiento; haciendo que el estudiantado se vincule con los sectores de salud presente en su población y contribuir al mejoramiento del medio ambiente, integrándolo al ámbito laboral. Así mismo, se contemplan como práctica clínica todas las herramientas necesarias para que el bachiller desarrolle sus competencias como son: la toma de signos clínicos, historia clínica del paciente, transcurso del tratamiento y recuperación o alta, el cual, se va a formar como auxiliar en el área de la salud por un lado y por el otro, tiene los conocimientos necesarios para fortalecer sus habilidades en el servicio social en cualquier institución hospitalaria.

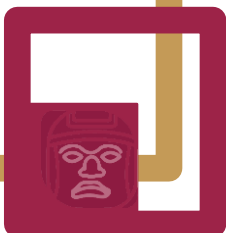
Finalmente, los objetivos que persigue en el módulo IV le brindará los conocimientos necesarios en la organización hospitalaria, áreas y especialidades médicas, manejo de desechos biológicos y productos de desecho, características que le servirán de mucho para la manipulación del paciente y las habilidades que muestra en: primeros auxilios y soporte básico de vida, que le permitirán generar un ambiente colaborativo actuando de manera ética y responsable en casos de situaciones de emergencia. Considerando que la pirámide poblacional en nuestros tiempos se está invirtiendo; el estudiantado, se le dan las bases en gerontología y geriatría en respuesta para contribuir al auxilio de personas adultas mayores, elaborando planes dietéticos que coadyuven al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, que le permita el manejo adecuado según sus necesidades y condiciones en la que se encuentre inmerso con una conducta responsable, empática y de servicio a la sociedad.

En ese sentido, dado que el módulo se vincula con el sector salud a su alrededor como son el IMSS, SSA, ISSSTE, Centros de Salud, Seguro Popular, etc., cercanos a su comunidad donde colabore en la vigilancia y control de las problemáticas del campo de la salud y contribuya a la elaboración de proyectos de manera que le sirvan para alcanzar su desarrollo.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de acuerdo a la Secretaría de Salud (SSA) comprenden regulaciones de tipo técnico, que se utilizan para establecer las características que presentan los procesos o servicios, para que estos no constituyan un riesgo para la salud o seguridad de las personas.

Por lo tanto, el conocimiento y aplicación de las mismas son necesarias en la formación del alumnado, para que su función en áreas clínicas y comunitarias se realice considerando los criterios normativos que señalan acciones que guían su desempeño y prestación de servicios labores

Las normas que enseguida se enlistan comprenden las áreas de la salud en las que el estudiantado incide de manera directa, esto último con el fin de contribuir en los espacios en donde se realizan acciones para la atención y promoción de la salud, a partir de la valoración y consideración aspectos normativos que ayudan a mejorar la calidad de los servicios médicos:



NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar.

NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

NOM-010-SSA2-2010 Promoción de la salud escolar.

NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

NOM-031-SSA3-2012 Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

NOM-030-SSA2-2017 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-020-STPS-1994 Relativa a los medicamentos, materiales de curación y personal que presta los primeros auxilios en los centros de trabajo.

NOM-010-SSA32-012 Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería.

"Educación que genera cambio"

Ubicación de la Formación Laboral Básica

Primer semestre	Segundo semestre	Tercer semestre	Cuarto semestre	Quinto semestre	Sexto semestre
Unidad de aprendizaje curricular	Unidad de aprendizaje curricular	Unidad de aprendizaje curricular	Unidad de aprendizaje curricular	Unidad de aprendizaje curricular	Unidad de aprendizaje curricular
La materia y sus interacciones	Conservación de la energía y sus interacciones con la materia	Ecosistemas: interacciones, energía y dinámica	Reacciones químicas: conservación de la materia en la formación de nuevas sustancias	La energía en los procesos de la vida diaria	Organismos: estructuras y procesos. Herencia y evolución biológica
Ciencias Sociales I	Ciencias sociales II		Conciencia histórica I. Perspectivas del México antiguo. Los contextos globales	Conciencia histórica II. México durante el expansionismo capitalista	Conciencia histórica III. La realidad actual en perspectiva histórica
Cultura digital I	Cultura digital II		* Taller de cultura digital		* Temas selectos de matemáticas II
Pensamiento matemático I	Pensamiento matemático II		* Temas selectos de matemáticas I		
Lengua y comunicación I	Lengua y comunicación II	Lengua y comunicación III	* Pensamiento literario		
Inglés I	Inglés II	Inglés III	Inglés IV	** (UAC optativas)	** (UAC optativas)
Humanidades I	Humanidades II	Humanidades III	* Espacio y sociedad	** (UAC optativas)	** (UAC optativas)
* Laboratorio de investigación	* Taller de ciencias I	* Taller de ciencias II	Ciencias sociales III	** (UAC optativas)	** (UAC optativas)
* Orientación Educativa: Escolar	* Orientación Educativa: Personal y ocupacional	* Orientación Educativa: Psicosocial	* Orientación Educativa: Vocacional y Profesional	** (UAC optativas)	** (UAC optativas)
* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales I	* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales II	* Taller de Cultura y Recreación I	* Taller de Cultura y Recreación II	* Taller de Cultura y Recreación III	* Orientación Educativa: Proyecto de Vida y Profesional
- Currículum ampliado	- Currículum ampliado	* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales III	* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales IV	* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales V	* Laboratorio de Ciencias Naturales y Experimentales VI
		✓ Bases anatómicas y fisiológicas y el proceso salud-enfermedad	✓ Salud pública	✓ Salud sexual y reproductiva	✓ Técnicas clínicas II
		✓ Epidemiología	✓ Nutrición	✓ Técnicas clínicas I	✓ Cuidado del paciente geriátrico
		- Currículum ampliado	- Currículum ampliado	- Currículum ampliado	- Currículum ampliado





Mapa de la Formación Laboral Básica

Módulo I: Principios básicos de anatomía, fisiología y epidemiología.

Submódulo 1	Bases anatómicas y fisiológicas y el proceso salud-enfermedad
	64 horas de mediación docente 16 horas de estudio independiente 8 créditos
Submódulo 2	Epidemiología
	48 horas de mediación docente 12 horas de estudio independiente 6 créditos

Módulo II: Salud pública y nutrición.

Submódulo 1	Salud pública
	64 horas de mediación docente 16 horas de estudio independiente 8 créditos
Submódulo 2	Nutrición
	48 horas de mediación docente 12 horas de estudio independiente 6 créditos

Módulo III: Práctica en salud I y salud sexual y reproductiva.

Submódulo 1	Salud sexual y reproductiva
	64 horas de mediación docente 16 horas de estudio independiente 8 créditos
Submódulo 2	Técnicas clínicas I
	48 horas de mediación docente 12 horas de estudio independiente 6 créditos

Módulo IV: Práctica en salud II y cuidado del paciente geriátrico.

Submódulo 1	Técnicas clínicas II
	64 horas de mediación docente 16 horas de estudio independiente 8 créditos
Submódulo 2	Cuidado del paciente geriátrico
	48 horas de mediación docente 12 horas de estudio independiente 6 créditos





Competencias Laborales Básicas

Hacen referencia a la capacidad para aplicar conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y valores en el desarrollo personal, académico, social y profesional en situaciones de la vida común, de estudio o trabajo para que el estudiantado desarrolle la formación fundamental o laboral básica, que les permite desempeñar **funciones laborales de nivel dos** de competencia, aplicando soluciones a problemas simples en contextos conocidos y específicos.

Tienen validez oficial dentro del Sistema Educativo Nacional (SEN), lo cual se expresa con la emisión del documento que acredita su formación.

Estas competencias se caracterizan por:

- **Pertinencia:** Atiende a las necesidades del sector productivo y son valoradas.
- **Relevancia:** Favorece la empleabilidad y emprendimientos productivos, sin disparidades de género, étnicas o exclusión de grupos vulnerables.
- **Coherencia:** Acorde al tipo educativo de media superior.
- **Suficiencia:** Abarca un proceso completo e independiente a las demás funciones que desempeña quien egresa de la formación laboral básica, técnica o tecnológica en el sector productivo.
- **Autonomía:** Faculta para el análisis y toma de decisiones.
- **Responsabilidad:** Capacidad para asumir compromisos orientados al logro de objetivos y metas laborales.
- **Variedad:** Abarca la ejecución de actividades rutinarias – no rutinarias, predecibles – impredecibles – contextos diversos.
- **Complejidad:** Moviliza recursos cognitivos, procedimentales y actitudinales en diferentes niveles para la ejecución de actividades y funciones.

De igual forma es importante señalar, que, para el caso de la Formación Laboral Básica, como se señaló anteriormente, se logrará en el estudiantado el nivel de competencia dos, el cual se caracteriza por:

- Realización de actividades programadas.
- Aplicación de habilidades cognitivas y de comunicación para recibir, transmitir y recordar información.
- Utiliza técnicas, materiales, herramientas y equipamiento que no requieren un nivel de especialización para realizar actividades en contextos conocidos, además del uso de tecnologías de la información y comunicación básicas, actuando con ética, con un enfoque de sostenibilidad y responsabilidad sobre su entorno

Así mismo, para el caso de la Formación Laboral Básica en Higiene y Salud Comunitaria, se considera el siguiente el perfil de egreso:



1. Utiliza conceptos básicos del proceso de salud y enfermedad, mediante el reconocimiento de sus determinantes y distribución para explicar de manera crítica y reflexiva los factores que influyen para mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Contribuye en la elaboración de un diagnóstico de salud mediante el uso de técnicas sencillas de investigación epidemiológica, demostrando ética y creatividad al promover estrategias básicas para solucionar problemas de salud colectiva.
3. Selecciona acciones y estrategias básicas para el manejo y control del saneamiento, demostrando un compromiso proactivo en la prevención de enfermedades en la comunidad.
4. Reconoce acciones, medidas y programas de fomento, educación y promoción de la salud alimentaria, considerando las características nutricionales y socioeconómicas de la población, así como las políticas y normas sanitarias existentes para fomentar estilos de vida saludables.
5. Describe los elementos y características fundamentales de la sexualidad y reproducción, utilizando un marco de derechos para establecer acciones básicas en educación, promoción y prevención que atiendan las necesidades de salud sexual y reproductiva de los grupos sociales.
6. Adquiere habilidades y destrezas clínicas básicas mediante el conocimiento teórico, utilizando procedimientos sencillos para asistir en las funciones de los profesionales de la salud.
7. Implementa de manera responsable y ética un protocolo básico de seguridad, utilizando técnicas y maniobras simples de primeros auxilios para prevenir accidentes y contribuir al cuidado de la salud en los grupos sociales.
8. Aplica de forma responsable los métodos y técnicas básicas para el cuidado de personas adultas mayores para intervenir en sus necesidades de la vida cotidiana.⁶





Proceso de Evaluación Bajo el Enfoque en Competencias

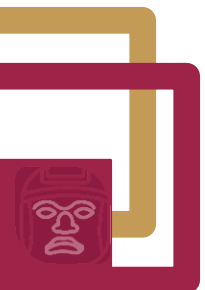
La evaluación por competencias es un proceso que permitirá mediante la obtención de evidencias conocer el dominio de conocimientos, habilidades y actitudes socioafectivas desarrolladas por el estudiantado. Dicho proceso deberá ser formativo e integral, es decir, permitirá visualizar no solo el saber, saber hacer y saber ser, sino también el bagaje histórico y cultural lo cual permitirá al estudiantado la comprensión de la realidad social y laboral de los sectores y de la comunidad para a partir de ello lograr su intervención y aporte. Para ello lo que a continuación se presentan son los principios que orientarán el proceso de evaluación:

1. Validez: debe existir correlación entre los resultados de la evaluación y los resultados esperados en situaciones laborales reales.
2. Confiabilidad: producir resultados consistentes al evaluar en momentos diferentes y en diversos contextos.
3. Accesibilidad: facilitar el acceso a cualquier persona que pueda ser capaz de demostrar el desarrollo de la competencia.
4. Comunicación: dar a conocer previamente las condiciones en que se va a evaluar, y posteriormente, los resultados mediante la retroalimentación.
5. Equidad: evitar cualquier práctica discriminatoria, es decir, el estudiantado será evaluado bajo los mismos criterios e indicadores.
6. Flexibilidad: adaptarse a diferentes modalidades y opciones de formación, así como a las características y necesidades del estudiantado.⁷

Así pues para poder llevar a cabo lo aquí planteado, se propone la utilización de una amplia gama de instrumentos que permitan visualizar tanto el proceso como el resultado final del aprendizaje del estudiantado, entre los que se encuentran: rúbricas, pruebas de ejecución, portafolios de evidencias, diario de campo o bitácora, organizadores gráficos, ensayos, resolución de ejercicios y problemas, exámenes o pruebas tipo saber, exposición, método de casos, proyectos y debates o discusiones dirigidas, entre otros.

De igual forma, es necesario que la evaluación contemple:

- Autoevaluación: cuando el estudiantado valora su desarrollo y la forma en que aprendió.
- Coevaluación: a través de la retroalimentación entre pares, fomentando la cooperación, la colaboración, la empatía y la crítica constructiva.





Rol del Estudiantado

El rol del estudiantado en el proceso educativo no se limita simplemente a recibir información y repetirla, sino que debe ser un agente activo en la construcción de su propio conocimiento y de su identidad. En este sentido, no sólo se trata de aprender a leer y escribir; implica aprender a narrar y comprender su propia vida, tanto como autor o autora de su historia personal, como testigo de su contexto social y cultural. Este proceso es fundamental para que el estudiantado se convierta en un sujeto consciente y crítico de su realidad. La educación es un motor de transformación social, pero también puede perpetuar las desigualdades existentes al tratar a todos y todas por igual sin considerar la diversidad inherente al estudiantado.

La educación debe empoderarles, dándoles las condiciones necesarias para reconocer y cuestionar las desigualdades que les rodean.

Si las y los estudiantes son insertados en una educación que no considera su clase, sexo, género, etnia, lengua, cultura, capacidad, condición migratoria, religión o cualquier otro aspecto de su identidad, es muy probable que se apropien de la idea de que "la escuela no es para ellos y ellas", ya que se enfrentarían constantemente a comentarios o actitudes que les califican de incapaces, ignorantes, indolentes o inútiles terminando por creerlo y asumirlo como verdad.

Esta autodesvalorización es una barrera significativa para su desarrollo ya que puede llevar a creer que el conocimiento y la sabiduría pertenecen únicamente a las y los "profesionales" y no reconocen el valor de su propio conocimiento y experiencia. El rol de las y los estudiantes, entonces, debe ser el de un sujeto activo que desafía y transforma estas narrativas opresivas que fomentan las desigualdades. Debe aprender a valorar su propia voz y experiencia, y a reconocer su capacidad para conocer y transformar su realidad. La educación debe ser un proceso liberador que les permita verse a sí mismos o mismas como agentes de transformación social, capaces de escribir su propia historia y de participar activamente en la construcción de una sociedad más justa y humana.



Simbología

Icono	Descripción
	Lectura: Indica que se realizará la lectura que contiene información de los conocimientos básicos del Programa de Estudio.
	Material audio visual: Representa recursos adicionales al contenido de los conocimientos básicos del Programa de Estudio a través de un video mostrado por el docente, indicado por QR.
	Actividad: Es momento de realizar una actividad teórica – escrita que contribuye a evidenciar el propósito del aprendizaje esperado de los conocimientos básicos del Programa de Estudio.
	Práctica: Hagamos la práctica guiada, que contribuye a la aplicación de los saberes obtenidos con relación al conocimiento básico del Programa de Estudio, se acompaña con el instrumento de evaluación correspondiente.
	Docente explica: Se sugiere que esta sección el docente profundice los conocimientos para adecuarlos a su contexto.
	Actividad SIGA: Indica el producto que se contempla para la plataforma SIGA.
	Evaluación Diagnóstica: Presenta el momento para llevar a cabo la evaluación diagnóstica del submódulo.
	Instrumento de evaluación: Documento en el que tanto el estudiante como el docente observan los criterios con los que se evaluará el producto a realizar.





"Educación que genera cambio"

	Encuadre: Presenta cada aspecto y el porcentaje de calificación con el que se evaluará el submódulo.
	Dosificación: Muestra las fechas en que los conocimientos básicos del Programa de Estudio se van a desarrollar.
	PEC: Proyecto Escolar Comunitario





Temario

Submódulo I: Técnicas clínicas II

Unidad 1. Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico

- 1.1 Conceptos básicos de primeros auxilios
- 1.2 Cadena de supervivencia
- 1.3 Evaluación primaria de la escena y evaluación del paciente
- 1.4 Soporte vital básico: Adulto, niño y lactante
- 1.5 Hemorragias, heridas y quemaduras: Control y tratamiento inicial
- 1.6 Emergencias por obstrucción de la vía aérea
- 1.7 Movilización y traslado seguro
- 1.8 Botiquín de emergencias: Integración y uso

Unidad 2. Asepsia, antisepsia y manejo de RPBI

- 2.1 Microorganismos y riesgos en entornos de salud
- 2.2 Asepsia vs. antisepsia: técnicas y materiales
- 2.3 Esterilización de instrumental
- 2.4 Clasificación, manejo y disposición del RPBI

Unidad 3. Procedimientos invasivos: Vacunación, muestreo y bioseguridad

- 3.1 Concepto de inmunización y esquema de vacunación
 - 3.1.2 Programa de vacunación universal y esquema nacional de vacunación
- 3.2 Tomas de Muestra: Técnica de aplicación de inyectables y vías de administración
- 3.3 Habilidades clínicas básicas relacionadas con los tipos de punciones



SUBMÓDULO I: TÉCNICAS CLÍNICAS II





Propósito del Submódulo

Desarrolla habilidades, destrezas y actitudes en primeros auxilios a través del conocimiento de las técnicas del soporte básico de vida para actuar de manera activa y responsable en caso de accidente.

Sugerencias de Evidencias de Evaluación

Utiliza las especialidades médicas según las necesidades detectadas en su entorno para canalizar a las y los usuarios según sus necesidades, manteniendo una actitud de servicio y colaboración en diversos equipos de trabajo.

Aplica técnicas de asepsia y antisepsia en el equipo e instrumental clínico infiriendo la necesidad del manejo adecuado del RPBI para preservar la salud pública y la conservación del medio ambiente.

Emplea técnicas de primeros auxilios y soporte vital básico generando ambientes colaborativos que le permitan actuar de manera ética y responsable en casos de situaciones de emergencia, consciente de sus limitaciones.

Utiliza técnicas de aplicación de vacunas, canalización y recolección de muestras biológicas administrando tiempo y recursos para el manejo, traslado y conservación de los mismos.

Competencia Laboral Básica

Implementa de manera responsable y ética un protocolo de seguridad, utilizando técnicas y maniobras simples de primeros auxilios para prevenir accidentes y contribuir al cuidado de la salud en los grupos sociales.



DOSIFICACIÓN PROGRAMÁTICA SUBMÓDULO I

Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria

Módulo IV: Práctica en salud II y cuidado del paciente geriátrico

Submódulo I: Técnicas clínicas II

Clave: C6TE

Semestre: 6to

Turno: Matutino/ Vespertino

Periodo: 2026A– 2026B



Submódulo	Momento	Tiempo (minutos)	Conocimientos	Semana	Fecha inicio	Observaciones
SUBMÓDULO I: TÉCNICAS CLÍNICAS II	Apertura	30min. 15min. 5min. 30min.	Bienvenida Encuadre Exposición de actividad SIGA Reglamento	1	03 – 06 de Febrero de 2026	Inicio del semestre 03 de febrero
		20min. 50min. 100min.	Instrumento de valuación. Evaluación diagnóstica. Unidad 1. Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico			
	Desarrollo	100min.	1.1 Conceptos básicos de primeros auxilios 1.2 Cadena de supervivencia	2	09 – 13 de Febrero de 2026	
		350 min	1.3 Evaluación primaria de la escena y víctima (triage básico) 1.4 Soporte vital básico en adulto, niño y lactante: RCP/Ventilación de rescate/DEA			
		350 min	1.5 Hemorragias, heridas y quemaduras: control y tratamiento inicial 1.6 Emergencias por obstrucción de vía aérea			
		350 min	1.7 Movilización y traslado seguro (férulas y posiciones de seguridad) 1.8 Botiquín de emergencias: integración y uso.	4	23 – 27 de Febrero de 2026	Suspensión 27 de febrero

		350 min	Unidad 2. Asepsia, Antisepsia y Manejo del RPBI 2.1 Microorganismos y riesgos en entornos de salud 2.2 Asepsia vs. antisepsia: técnicas y materiales	5	02 – 06 de Marzo de 2026	Campaña "Te extrañamos en el salón"
	Cierre	350 min	2.3 Esterilización de instrumental 2.4 Clasificación, manejo y disposición del RPBI	6	09 – 13 de Marzo de 2026	Campaña "Te extrañamos en el salón"
		350 min	Unidad 3. Técnicas Básicas Clínicas: Vacunas y Muestras 3.1 Esquemas de vacunación y técnica de seguridad para la vacunación 3.2 Tomas de muestra. 3.3 Habilidades clínicas básicas relacionadas con los tipos de punciones: procedimiento, electrocardiograma.	7	16 – 20 de Marzo de 2026	 16 de Marzo Suspensión oficial de labores
	Total	2450 Minutos				

"Educación que genera cambio"
Encuadre Submódulo I Técnicas Clínicas I



Situación Didáctica	
"Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"	
Actividades	Puntaje
Evaluación diagnóstica.	NA
Actividad 1 Cadena de supervivencia: Eres el primer eslabón	.5
Actividad 2 Emergencia en el comedor	.5
Actividad 3 Botiquín Express: ¡Tu salón en buenas manos!	.5
Actividad 4 Manos limpias, salud segura	.10
Actividad 5 Inmunización avanzada	.5
Subtotal	30%
Proyecto Escolar Comunitario	30%
Examen	10%
Situación de Aprendizaje 1:" " Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"	30%
Reporte con fotografías de la realización de laboratorios móviles y ejecución de técnica de venopunción.	
Total	100%





Situación Didáctica Submódulo I

Título: "Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"

Propósito de la Situación de Aprendizaje: Organizado en equipos de 4 a 5 estudiantes aplicaran los conocimientos sobre, procedimientos invasivos: vacunación, muestreo y bioseguridad diseñando y construyendo de manera colaborativa un espacio completo de simulación para practicar venopunción, aplicando todos los principios de bioseguridad.

Contexto de la Situación de Aprendizaje:

En el Colegio de Bachilleres Plantel No.5 se ha identificado que los estudiantes de la capacitación de higiene y salud comunitaria presentan dificultades para practicar de manera segura y correcta los procedimientos invasivos básicos, como la venopunción, la toma de muestras y la aplicación de vacunas, debido a la falta de un espacio adecuado de simulación. Actualmente, los grupos deben turnarse para usar materiales limitados, no existe una zona específica que cumpla con los protocolos de bioseguridad, y los estudiantes no cuentan con un ambiente que les permita practicar sin poner en riesgo su seguridad ni la de sus compañeros.

Ante esta situación, el docente de la capacitación de higiene y salud comunitaria solicita al grupo diseñar y construir un espacio integral de simulación clínica, funcional, seguro y didáctico, que permita practicar todos los pasos del procedimiento de venopunción y demás técnicas invasivas sin riesgos. Para ello, deben aplicar rigurosamente los principios de bioseguridad, seleccionar y justificar los materiales adecuados, organizar estaciones de práctica, definir normas de uso y asegurarse de que el espacio permita desarrollar habilidades clínicas reales.

1. Conflicto Cognitivo:

- ¿Qué riesgos existen al realizar procedimientos invasivos sin una adecuada capacitación y sin un espacio de práctica seguro?
- ¿Qué elementos debe incluir un espacio de simulación clínica para permitir la práctica correcta de la venopunción y la toma de muestras?
- ¿De qué manera un entorno de simulación adecuado mejora el aprendizaje y reduce los riesgos en los procedimientos invasivos?
- ¿Cómo podemos organizar las estaciones de trabajo para que representen situaciones reales de venopunción, vacunación y muestreo?
- ¿Qué protocolos de bioseguridad se deben considerar desde el diseño del espacio hasta su uso cotidiano?
- ¿Cómo evaluar si el espacio de simulación realmente cumple con las condiciones necesarias para una práctica segura y efectiva?





"Educación que genera cambio"

Evaluación diagnóstica Submódulo I



NOMBRE _____ GRUPO: _____

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y selecciona o escribe la respuesta correcta.

1. La posición lateral de seguridad se utiliza cuando:

- a) La persona está consciente
- b) La persona está inconsciente, pero respira
- c) Hay una fractura abierta
- d) Existe hemorragia arterial

2. Si encuentras a una persona inconsciente que no respira y no sientes su pulso, ¿qué haces primero?

- a) Dar respiración boca a boca
- b) Llamar a emergencias y empezar compresiones en el pecho
- c) Buscar su identificación
- d) Moverla a un lugar más seguro

3. Si una persona se está atragantando y no puede toser ni hablar, ¿qué debes hacer?

- a) Darle agua
- b) Hacer compresiones abdominales (maniobra de Heimlich)
- c) Darle palmadas en la cabeza
- d) Acostarla de lado

4. ¿Para qué sirve limpiar una herida con yodo?

- a) Acelera el proceso de cicatrización
- b) Funciona como un analgésico
- c) Evita la aparición de hematomas
- d) Se utiliza como un antiséptico

5. Al hacer RCP en un adulto, ¿cuántas compresiones en el pecho se hacen?

- a) 15 compresiones
- b) 30 compresiones
- c) 50 compresiones
- d) 5 compresiones





"Educación que genera cambio"

6. Sobre principios de desinfección y esterilización:

¿Cuál de estas situaciones requiere necesariamente de una técnica de antisepsia en lugar de asepsia?

- a) Esterilización de material quirúrgico en autoclave
- b) Preparación de la piel antes de una venopunción
- c) Limpieza de superficies del área de vacunación
- d) Lavado de manos del personal de salud

7. ¿Qué tipo de inmunidad generan las vacunas?

- a) Inmunidad pasiva
- b) Inmunidad activa
- c) Inmunidad temporal
- d) Inmunidad congénita

8. Al realizar RCP en un adulto, la profundidad de las compresiones torácicas debe ser:

- a) 1-2 cm
- b) 5-6 cm
- c) 10-12 cm
- d) 15-20 cm

9. En caso de quemadura por ácido, la acción inmediata correcta es:

- a) Aplicar ungüento antibiótico
- b) Lavar con abundante agua
- c) Neutralizar con álcalis
- d) Cubrir con hielo

10. La cadena de frío en vacunación se refiere a:

- a) Congelar todas las vacunas
- b) Mantener la temperatura adecuada de las vacunas
- c) Refrigerar los espacios de vacunación
- d) Transportar vacunas con hielo seco





1. Primeros Auxilios y Soporte Vital Básico

1.1 Conceptos básicos de primeros auxilios

México, al igual que otras naciones con economías en crecimiento, se enfrenta a desafíos complejos en materia de salud pública. Esto se debe al aumento constante de personas que necesitan servicios de emergencia, ya sea por accidentes o por enfermedades repentinas. Sin embargo, muchas muertes, lesiones y casos de discapacidad pueden evitarse si se recibe ayuda rápida y adecuada por parte de personas que están preparadas para darla.

La atención inmediata es la base de los servicios médicos de emergencia, porque el tiempo que transcurre entre que ocurre una lesión o enfermedad y el momento de recibir los primeros cuidados es crucial para salvar una vida o evitar daños permanentes en los órganos afectados. Por esta razón, saber aplicar primeros auxilios es una habilidad esencial. Es por esto que todos deberíamos estar en capacidad de brindar esta ayuda inicial. El primer paso en la cadena de atención no lo dan los médicos, sino la propia persona afectada, sus acompañantes, o cualquier testigo como tú, que puede alertar al sistema de emergencias y ofrecer los cuidados más urgentes a la víctima con los recursos disponibles, mientras llega la ambulancia.

El objetivo de capacitar a la ciudadanía es formar personas con los conocimientos, las habilidades, y, sobre todo, el sentido común necesario para asistir a alguien que ha sufrido un accidente o una enfermedad súbita.

Resulta necesario que conozcas los principios generales de los primeros auxilios y los conceptos básicos necesarios para el desarrollo de habilidades para identificar una urgencia médica.

Primera respuesta: Cuidados o atención inmediata, temporal y necesaria que se le proporciona a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad súbita o enfermedad crónica, agudizada, utilizando los materiales que se tienen a la mano, hasta la llegada de los servicios de atención médica prehospitalaria, que se encargarán de la atención en el sitio de la urgencia y del trasladado a una unidad hospitalaria para su tratamiento integral.

Ejemplo: Aplicar presión sobre una herida para controlar una hemorragia, es una acción crucial que puede salvar una vida mientras llega la ayuda profesional.

Víctima: Es aquella persona lesionada, con enfermedad súbita o crónica, que requiere atención médica de urgencia.





"Educación que genera cambio"

Ejemplo: Estabas formado en el homenaje a la bandera y una persona se desvanece, por lo que requiere atención inmediata.

Urgencia médica: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Ejemplo: Un profesor estaba dando clases cuando comenzó a sentir un dolor intenso en el pecho que se irradia a brazo izquierdo y comenzó a tener dificultad respiratoria.

Primer respondiente: Es el encargado de evaluar la escena, comenzar la revisión de la víctima, activar al servicio médico de urgencia o atención médica prehospitalaria e iniciar la atención inmediata de la urgencia médica, mediante soporte básico de vida.

Ejemplo: Un compañero que durante un partido de fútbol en la escuela asiste a otro estudiante que sufrió de una contusión en la cabeza hasta que llegue el servicio de emergencias.

Debes de tener en cuenta que, si alguna vez eres el primer respondiente ante una emergencia, tus prioridades siempre serán: preservar tu integridad física, preservar la vida de la víctima, evitar agravar lesiones, promover la recuperación, evitar complicaciones y asegurar el traslado a un hospital.

1.2 Cadena de supervivencia

La Cadena de Supervivencia es un concepto fundamental en la reanimación cardiopulmonar (RCP) que representa una serie de eslabones críticos e interconectados que deben realizarse de manera rápida y eficiente para maximizar las posibilidades de supervivencia de una persona que sufre un paro cardíaco súbito.

Su utilidad principal es servir como un modelo mental simple y poderoso para que tanto los testigos como el personal de emergencia comprendan la secuencia de acciones vitales. Visualizarlo como una "cadena" enfatiza que cada eslabón es indispensable; si uno se rompe, las probabilidades de sobrevivir disminuyen drásticamente.

Una de las actualizaciones más significativas en las guías de RCP más recientes fue la unificación de las dos "cadenas de supervivencia" en una sola cadena universal.

Anteriormente, se manejaban dos cadenas separadas:

1. Cadena de Supervivencia Intrahospitalaria: Para paros cardíacos que ocurran dentro de un hospital.



"Educación que genera cambio"

2. Cadena de Supervivencia Extrahospitalaria: Para paros cardíacos que ocurrían en la comunidad (en la calle, casa, trabajo, etc.).

La actualización eliminó esta división y creó una sola Cadena de Supervivencia (Imagen 1.1) que aplica para todos los escenarios, con seis eslabones fundamentales:

Imagen 1.1 Cadena de supervivencia



1. Reconocimiento y activación de emergencia: Reconocer el paro cardíaco, llamar inmediatamente a los servicios de emergencia (como el 911) y, si es posible, pedir un desfibrilador externo automático (DEA).
2. RCP de alta calidad: Comenzar compresiones torácicas de inmediato, enfocándose en que sean fuertes, rápidas y permitiendo que el pecho se expanda completamente entre cada compresión.
3. Desfibrilación: Usar un DEA lo antes posible para administrar una descarga eléctrica que puede restablecer un ritmo cardíaco efectivo.
4. Reanimación avanzada: Llegada de los servicios de emergencia médica (paramédicos, enfermeras, médicos) para administrar medicamentos y procedimientos avanzados.
5. Atención post-paro cardíaco: Una vez que se restablece la circulación, el paciente requiere cuidados intensivos y monitorización en un hospital para estabilizarse y tratar la causa del paro.
6. Recuperación y supervivencia: Incluye la rehabilitación, el apoyo emocional y el seguimiento médico necesario después del alta hospitalaria para mejorar la calidad de vida del sobreviviente.

"Educación que genera cambio"

1.3 Evaluación primaria de la escena y evaluación del paciente

Su seguridad, ante todo, por ello debe evaluar los riesgos y tomar precauciones para controlarlos. En la escena de un accidente, debe comenzar recabando información sobre el terreno, evaluando la escena, observando el lugar, los familiares y testigos, para tener una impresión general de lo sucedido e información sobre los mecanismos de lesión, la situación previa al episodio y el grado general de seguridad. Para hacerlo, puede efectuar una estimación de tres condiciones importantes, la técnica de las 3S: Seguridad, escena y Situación.



Otro ámbito de la seguridad es la protección frente a enfermedades contagiosas. Es necesario tomar precauciones para evitar el contacto directo con las sustancias corporales del paciente, como la sangre, la saliva, el vómito, la orina o las heces. Como auxiliares para la protección suelen utilizarse algunos artículos; entre ellos, guantes, batas, cubre bocas, máscaras de protección, lentes transparentes, etc.

En cualquiera de los escenarios que se atiendan como primer respondiente, debe asegurarse de activar el SME, aun en el caso extremo de que sea lo único que pueda hacer por el paciente. Este paso asegurará la continuidad de la atención.

Una vez se haya evaluado la escena y asumido el control se deben de tomar las precauciones estándares contra la transmisión de enfermedades y comenzar la evaluación del paciente. Un



"Educación que genera cambio"

formato sistemático es la evaluación primaria, que determina la afección más riesgosa para la vida, considerando los tres sistemas corporales más importantes:

- Sistema nervioso (estado de consciencia)
- Sistema respiratorio (respira o no)
- Sistema cardiovascular (pulso o hemorragias)

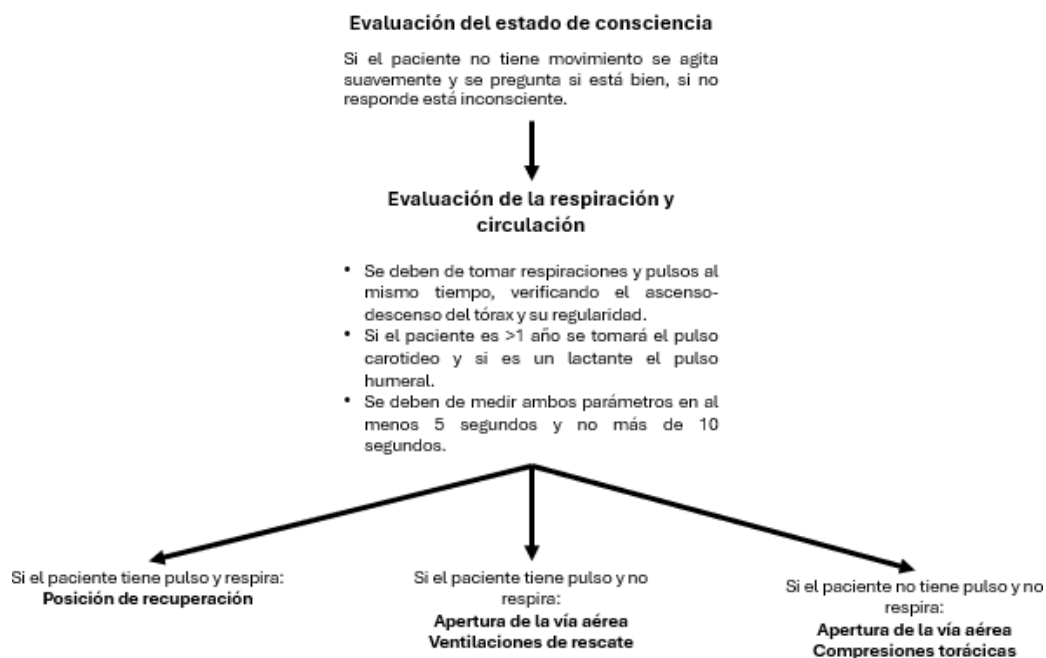


Imagen 1.2 Posición lateral de seguridad





"Educación que genera cambio"

1.4 Soporte vital básico: Adulto, niño y lactante

La RCP es la técnica de reanimación o soporte vital que se emplea cuando en la exploración de una víctima o lesionado no se detecta la ventilación y no tiene pulso.

La maniobra radica en apoyar la función del corazón y los pulmones, moviendo la sangre hacia el corazón y el cerebro, mediante compresiones torácicas y ventilaciones periódicas, para llevar oxígeno a los pulmones de la víctima.

Los puntos clave para la reanimación cardiopulmonar son:

- Compresiones efectivas.
- Comprimir fuerte y rápido de 100 a 120 compresiones por minuto.
- Permitir la expansión del tórax.
- No interrumpir las compresiones por más de 10 segundos.
- Las ventilaciones duran un segundo.
- Evitar la ventilación excesiva.

Para poder actuar debemos de determinar la seguridad de la escena, para así poder ingresar, presentarse como primer respondiente y ofrecer la ayuda. Para determinar si se requieren las maniobras de reanimación se deberá determinar el AVDI (A: Estado de alerta, V: Respuesta verbal, D: Respuesta al dolor, I: Inconsciente); Si no está Alerta, no hay respuesta Verbal ni al Dolor, y esta Inconsciente, active el sistema médico de emergencias, marcando el 911 y solicite un DEA si lo amerita.

Posteriormente iniciaremos la verificación de la respiración y el pulso de la siguiente manera, este paso debe de durar más de 5 segundos y no superar los 10 segundos, así como deben de verificarse ambos sistemas simultáneamente:

- Evaluación de la ventilación: Vea el pecho del lesionado tratando de identificar los movimientos de expansión del tórax, trate de oír y sentir si ventila normalmente, jadea o boquea, lo cual es signo de una respiración anormal.
- Evaluación de la circulación: En los adultos y niños el pulso se revisa en la arteria carótida, a un costado del cuello tomando de referencia el cartílago tiroides, con los dedos índice y medio, también se puede revisar el pulso femoral.

Si el paciente tiene pulso, pero no respira o respira de forma anómala, se iniciarán las ventilaciones de rescate.



"Educación que genera cambio"

Si el paciente no respira y no tiene pulso, se realizará el RCP comenzando con las compresiones torácicas (que son la prioridad en las maniobras).

Cuando una persona está inconsciente, todos los músculos se relajan, incluida la lengua, la cual puede relajarse y obstruir la faringe, siendo la principal causa de obstrucción, por lo que se realizarán maniobras para mantener la vía aérea permeable (Imagen 1.3).

Apertura de las vías respiratorias y respiración boca a boca	
Inclinación de la cabeza y levantamiento del mentón (Frente-mentón)	Se usa cuando no hay sospecha de lesión en la columna. Se coloca la palma de la mano sobre la frente de la persona para inclinar su cabeza hacia atrás y con dos dedos de la otra mano se levanta la parte ósea del mentón. En los niños no se debe de hiperextender el cuello al inclinar la cabeza ya que puede producir colapso de la tráquea.
Tracción mandibular	Se realiza en sospecha de lesión de la columna. Se colocan los dedos índice y medio en los ángulos del maxilar inferior y los pulgares en los huesos cigomáticos. Mueva el maxilar inferior hacia adelante sin inclinar la cabeza.

Tabla 1.1 Técnica de apertura de la vía aérea

Imagen 1.3 Técnicas de apertura de la vía aérea



Las ventilaciones de rescate o en este caso, la respiración boca a boca, consiste en la habilidad de soplar aire hacia los pulmones de un paciente que no respira.

Frecuencia de espiración boca a boca	
Niños (1 año al inicio de la pubertad)	1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20-30 rpm)
Adultos (o inicio de la pubertad)	1 ventilación cada 6 segundos (10 rpm)



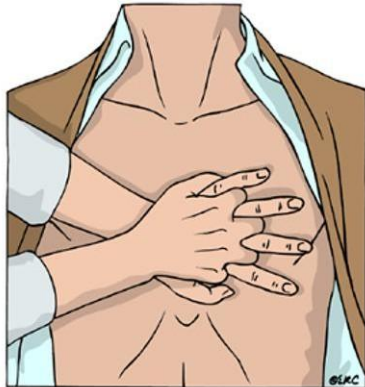
"Educación que genera cambio"

Cada respiración debe de durar un segundo, lo suficiente para lograr la expansión del tórax. No se debe de ventilar al paciente demasiado rápido o con volumen excesivo ya que se podría producir una hiperventilación y con ello causar distensión gástrica, así como mayor presión torácica y reducir el retorno sanguíneo.

La respiración boca a boca se puede realizar con elementos de protección, si se cuenta con ellos.

Tabla 1.2 Frecuencia de respiraciones según la edad

La RCP es una combinación de compresiones torácicas y respiraciones boca a boca, utilizadas en aquel paciente que no tiene pulso y no respira o respira de forma anómala; otra indicación de inicio de la RCP es en aquellos niños inconscientes que no respiran, no tienen pulso o tienen menos de 70 pulsaciones por minutos con signos de baja perfusión.

RCP en adultos	
1. Coloque al paciente en posición plana sobre una superficie dura y ubíquese de manera que sus rodillas queden a un lado del tórax del paciente. 2. Coloque el talón de una mano sobre el centro del tórax (en el punto medio entre ambos pezones) y coloque su otra mano sobre esta, procurando que solo el talón toque el pecho del paciente. 3. Se debe de inclinar de forma que sus hombros queden sobre sus manos y el esternón del paciente, manteniendo ambos brazos estirados sin flexionar nunca los codos, usará el peso de su cuerpo y comprimirá al menos 5 cm de profundidad, en cada compresión debe de permitir la expansión del tórax relajando la presión sin perder la posición. Se deben de realizar 30 compresiones contando en voz alta con una frecuencia de 100 a 120 por minuto. 4. Después de 30 compresiones, abrirá la vía respiratoria y proporcionará dos ventilaciones efectivas (que expandan el tórax).	 



"Educación que genera cambio"

5. Se deberán iniciar nuevamente las compresiones hasta cumplir 5 ciclos de compresiones y posteriormente reevaluar la respiración y el pulso.	
--	--

Tabla 1.3 Técnica de RCP en adultos

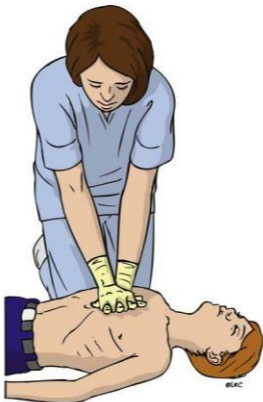
RCP en niños	
1. Coloque al paciente en posición plana sobre una superficie dura y ubíquese de manera que sus rodillas queden a un lado del tórax del paciente. 2. Coloque el talón de una mano sobre el centro del tórax (en el punto medio entre ambos pezones). Solo en casos de niños de mayor tamaño se colocarán ambas manos. 3. Se debe de inclinar de forma que sus hombros queden sobre sus manos y el esternón del paciente, manteniendo ambos brazos estirados sin flexionar nunca los codos, usará el peso de su cuerpo y comprimirá al menos 5 cm de profundidad, en cada compresión debe de permitir la expansión del tórax relajando la presión sin perder la posición. Se deben de realizar 30 compresiones contando en voz alta con una frecuencia de 100 a 120 por minuto. 4. Después de 30 compresiones, abrirá la vía respiratoria y proporcionará dos ventilaciones efectivas (que expandan el tórax). 5. Se deberán iniciar nuevamente las compresiones hasta cumplir 5 ciclos de compresiones y posteriormente reevaluar la respiración y el pulso.	 

Tabla 1.4 Técnica de RCP en niños mayores de 1 año

Siempre que sea posible, idealmente la RCP debe trabajarse entre dos personas, porque permite la individualización de las tareas y evita el desgaste físico prematuro. En la RCP con dos personas uno se encargará de las compresiones, mientras que el otro puede proveer las respiraciones y



"Educación que genera cambio"

verificar los signos y calidad del RCP. En este caso la frecuencia de las respiraciones cambiará en los niños, en los que se usará una relación de compresión-ventilación de 15:2.

Los respondientes deben de intentar de trabajar de lados contrarios para poder alternarse según sea necesario o a la finalización de cada ciclo de 2 minutos.

La RCP no debe de detenerse en ningún momento, cuando llegue el DEA debe de continuar las compresiones mientras este se instala (Imagen 1.4 y 1.5), y deberá detenerse hasta que este indique que no debe de tocar al paciente.

La únicas indicaciones para la detención de la RCP son:

- Reanudación de la circulación espontánea (pulso o signos de vida)
- Reemplazo por personal capacitado
- Indicación médica
- Agotamiento físico
- Escena insegura

Aun cuando la RCP se realice de forma correcta existen posibles complicaciones como las fracturas de costillas o esternón, formación de hematomas, perforaciones de vísceras por las fracturas o desgarros en tejido pulmonar (por ventilación excesiva en niños y lactantes).

Imagen 1.4 Colocación de electrodos del DEA en adultos

Colocación de los electrodos en adultos y niños de más de 25 kg de peso u 8 años de edad (antero-anterior).

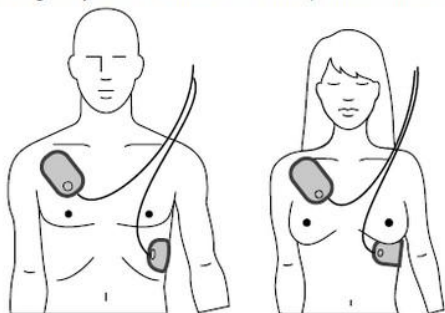


Imagen 1.5 Colocación de electrodos del DEA en infantes

Colocación de los electrodos en bebés o niños de menos de 25 kg de peso u 8 años de edad (antero-posterior).



En el caso de los lactantes menores 1 año, es frecuente que los paros cardiacos se produzcan por una insuficiencia respiratoria, aunque de igual manera no se deben de descartar otras etologías como lesiones, asfixia, infecciones o la muerte súbita del lactante.

La evaluación primaria de un lactante que no responde es similar a la revisada con anterioridad, el estado de consciencia se debe de verificar moviendo con suavidad al niño y un grito, se pueden dar golpecitos en las plantas de los pies con los dedos.



"Educación que genera cambio"

En caso de que no responda se deberá de verificar la respiración y el pulso, este último debe de ser revisado en la cara interna del segmento superior del brazo, buscando el pulso humeral (braquial). Si el pulso no se percibe o tiene una frecuencia menor a 60 pulsaciones por minuto con signos de baja perfusión, deberá iniciar la RCP.

Se deberá de abrir la vía aérea con posición de olfateo (en caso de sospecha de lesión en la columna realizar tracción mentoniana) y en caso de realizarse ventilaciones de rescate deberán de tener una frecuencia de 1 respiración cada 2 a 3 segundos (20-30 rpm), el volumen ventilatorio se puede alcanzar soplando suavemente la boca y nariz del bebé.

En caso de no tener pulso se deberán de iniciar las compresiones, las cuales se realizan con las puntas de los dedos medio e índice sobre el esternón, con una distancia del ancho de un dedo de la línea que atraviesa los pezones (Imagen 1.6). Se debe de comprimir a una profundidad de al menos un tercio del tórax con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto.

Imagen 1.6 Posición de compresión en lactantes



En el caso de los lactantes es importante que se inicien las primeras 30 compresiones desde que se identifica el paro, aun si esto implica retrasar la llamada al servicio de emergencias. Una vez realizadas las primeras 30 compresiones se deberán verificar los signos del paciente, si este no responde se iniciarán los ciclos de 2 minutos, recordando que si hay un reanimador deberá ser con la relación 30:2 y si hay dos reanimadores con la relación 15:2.



Material audiovisual	
 ProTrainings Porque la Vida Importa RCP en adultos RCP EN ADULTOS https://www.youtube.com/watch?v=YO3NrDvbHww	



Actividad 1. Cadena de supervivencia: Eres el primer eslabón



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRUPO: _____

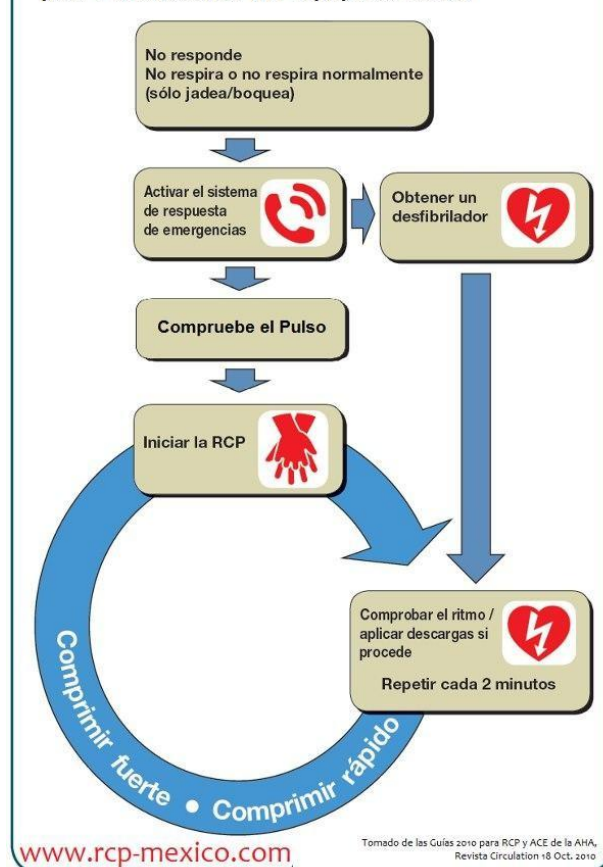
Instrucciones:

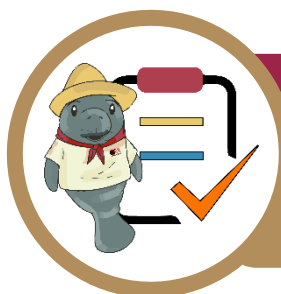
1. El docente explicará la técnica adecuada de RCP con el uso de un maniquí, narrando cada paso en voz alta.
1. Organiza al grupo en equipos de 4-6 integrantes, y se asigne a cada uno de los equipos un maniquí (según la disponibilidad) para poder presentar un caso asignado por el docente.
2. Solicite a los alumnos prestar mucha atención a las características del caso que le asigne, ya que deberán de aplicar todos los eslabones de la cadena de supervivencia.
3. Solicite practicar RCP con dos rescatistas, por lo que deben de seguir la secuencia necesaria según las condiciones de su paciente (puedes apoyarte del algoritmo).
4. Cuando finalice la práctica una pareja, solicite a otra pareja repetir el ejercicio con el maniquí.

Imagen 1.7 Algoritmo simplificado de SVB

Figura 3

Algoritmo simplificado de SVB/BLS para Profesionales del Equipo de Salud





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 1: Cadena de supervivencia: Eres el primer eslabón

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)			Matriculas(s)			
Producto: Maniobra de RCP			Fecha			
Formación Laboral Básica:			Periodo: 2025-2026B			
Nombre del docente:			Firma del docente			
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Verifica que el área sea segura y utiliza equipo de protección			1		
2	Verifica el estado de consciencia			1		
3	Verifica pulso y respiración con la técnica correcta			1		
4	Activa el sistema de emergencias con indicaciones claras			1		
5	Apertura la vía respiratoria con la técnica correcta			2		
6	Realiza las compresiones con la técnica correcta			2		
7	Utiliza la frecuencia indicada para su caso			1		

"Educación que genera cambio"

	de ventilaciones y/o compresiones					
8	Coloca al paciente en posición de seguridad			1		
				CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		



1.5 Hemorragias, heridas y quemaduras: Control y tratamiento inicial

1.5.1 Heridas y hemorragias

Heridas: Se definen como la pérdida de continuidad de una sección de la piel, acompañada o no de lesiones en los tejidos subyacentes. Atendiendo al agente externo que las produce, las heridas pueden ser:



Lacerantes

- Son causadas por instrumentos romos, sin filo y de superficie plana; los bordes son irregulares y salientes y se produce desgarramiento.
- Características: dolor, hemorragia abundante, cianosis y enrojecimiento de la zona afectada



Contusas

- Son causadas por objetos de forma irregular y pueden dejar bordes regulares o irregulares.
- Características: Dolor, hemorragia abundante, deformidad y, en algunos casos, se pueden presentar fracturas.



Cortantes

- Son causadas por instrumentos con filo que dejan bordes regulares
- Características: Dolor y hemorragia abundante



Punzantes

- Producidas con objetos con punta; de ahí que los bordes sean de forma irregular.
- Características: Dolor, hemorragia interna y externa en forma escasa, hinchazón y amoratamiento.



Abrasivas

- Causadas por fricción, presentan bordes irregulares.
- Características: Dolor y hemorragia capilar



Avulsión

- Se deben a un traumatismo y desgarran la piel y los tejidos, se producen por mordeduras o arracamientos por máquinas o animales.
- Características: Dolor, hemorragia abundante, inflamación y choque.

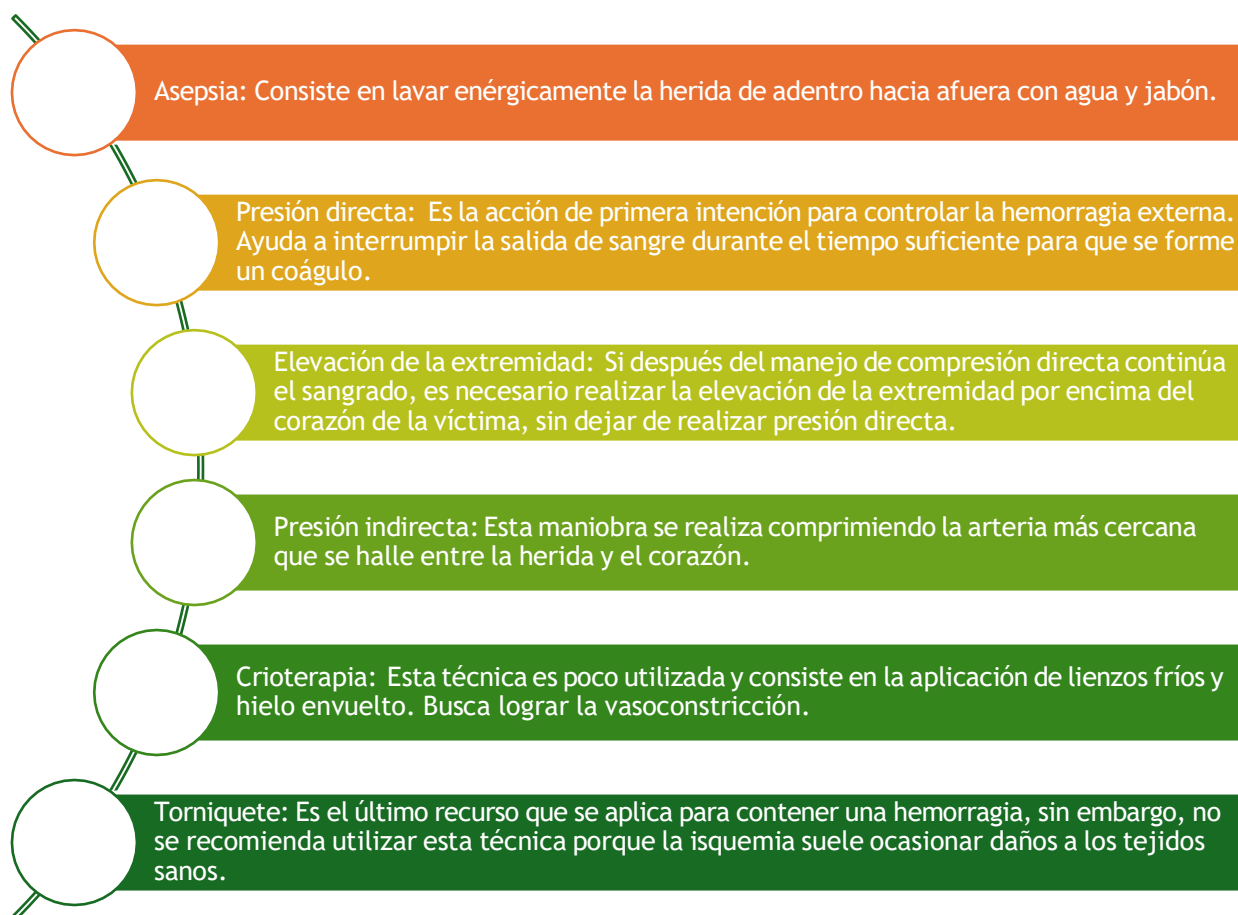


"Educación que genera cambio"

Hemorragia: Es la pérdida de sangre por la ruptura de la pared de uno o más vasos sanguíneos o vías naturales. Se consideran vías naturales de circulación sanguínea las arterias, venas y vasos capilares.

- Externa: Se ocasionan por desgarros, amputación, fractura, traumatismo por aplastamiento o hemorragia nasal
- Interna: Cuando hay una lesión traumática, el sangrado interno puede no ser aparente en forma inmediata, datos como el sangrado en oídos, recto, o vagina, los vómitos con sangre, alguna contusión en el abdomen o tumefacción pueden ser indicativos de este tipo de hemorragia.

Los métodos de contención de hemorragia se resumen en el siguiente esquema:



1.5.2 Quemaduras

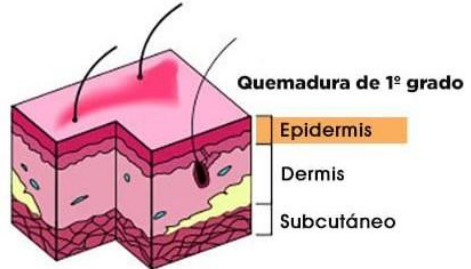
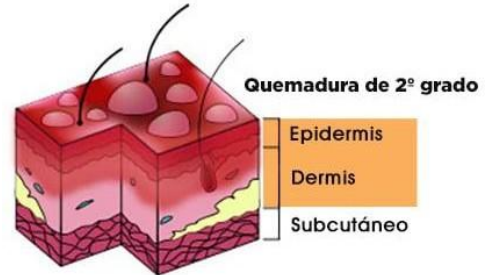
Una quemadura es una lesión de los tejidos de la piel causada por la acción de agentes físicos, eléctricos, térmicos o químicos cuya aparición tiene tres efectos:



"Educación que genera cambio"

- Pérdida de líquidos (se necesita reemplazar fluidos)
- Pérdida de calor, que puede causar hipotermia
- Pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, lo que aumenta la susceptibilidad de infección

Las quemaduras pueden clasificarse según su etiología, por el grado de afectación y por su extensión:

Tipos de quemaduras por grado	
Primer grado Implica solo la epidermis (capa superior de la piel). Sus datos clínicos son: • Piel roja y seca. • Descamación superficial. Ardor. • Inflamación moderada en el lugar de la lesión. No causa ampollas.	 Quemadura de 1º grado Epidermis Dermis Subcutáneo
Segundo grado Implica la epidermis y alguna porción de la dermis, se caracterizan por: • Producir ampollas, que pueden ser eritematosas o blanquecinas y dolorosas. • La piel está moteada de rojo y la superficie está húmeda y con gran sensibilidad. • Son muy dolorosas. Las quemaduras de segundo grado se dividen en: Superficiales: Implica la primera capa y parte de la segunda capa. No se presenta daño en las capas más profundas, ni en las glándulas sudoríparas o productoras de grasa. Hay dolor y presencia de flictenas o ampollas. Profunda: Implica daños en la capa media de la piel y en las glándulas de sudor o las glándulas productoras de grasa. Puede haber pérdida de piel	 Quemadura de 2º grado Epidermis Dermis Subcutáneo

Tercer grado

Abarca todas las capas de la piel, pueden incluir capas del tejido subcutáneo, músculo, huesos u órganos internos. Clínicamente pueden presentarse como aquellas que:

- No producen ampollas.
- Su superficie puede estar blanca y flexible, negra, calcinada y cariácea o de color rojo brillante por la fijación de sangre en la piel.
- No son dolorosas.
- Se acompañan de otras quemaduras que son las responsables del dolor.

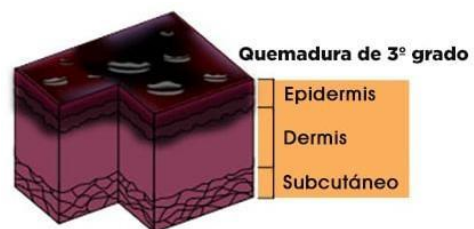


Tabla 1.5 Clasificación de la quemaduras por grado

Ante cualquier paciente quemado es fundamental iniciar la atención en el escenario del accidente bien sea doméstico o fuera del domicilio, siendo fundamental la seguridad del interviniente. A continuación, están descritas las consideraciones de primeros auxilios que brindaremos a un paciente quemado:

1. Evitar ponerse en riesgo
2. Interrumpir el proceso de la quemadura
3. Enfriar la zona quemada
4. Quitar la ropa quemada no adherida y aquello que pueda causar constricción (como joyería o accesorios)
5. Cubrir con un apósito limpio, seco y no adherente
6. Calentar al paciente (para evitar la hipotermia)
7. Buscar ayuda médica

Interrupción del proceso de quemadura

- En caso de fuego: Dejarse caer al suelo, cubrirse la cara y rodar hasta que el fuego se apague o sofocar las llamas con ropa/mantas/etc. Retirar la fuente de calor: ropa, brasas, etc.
- Escaldaduras: Retire toda la ropa empapada. Una escaldadura es más profunda donde la ropa es más gruesa o produce compresión, y en los pliegues naturales del cuerpo (lactantes y pequeños alrededor del cuello, pliegues de las piernas).
- Quemaduras eléctricas: Apague la red / desconecte la fuente. Retire al paciente de la fuente de electricidad recordando su propia seguridad (use madera o plástico)
- Quemaduras químicas (válido para la mayoría de productos químicos encontrados en el hogar): Quitar la ropa. Cepillar o sacudir los agentes en polvo, como la cal viva (óxido de calcio) y lavar la quemadura con abundante agua, preferiblemente dentro de los primeros 10 minutos (No lavar con agua si cal viva).

Enfriamiento del área quemada

- Irrigar con agua corriente durante 20 minutos (Indicado hasta 60 minutos después de ocurrida la quemadura). Nunca aplicar hielo o agua muy fría pues producen vasoconstricción y aumentan el daño tisular, además del riesgo de hipotermia).
- La aplicación de compresas húmedas o almohadillas de gel frío (nunca del congelador) puede ser una alternativa si no se dispone de agua, que deben ser renovadas cada 20 minutos.
- En las quemaduras químicas, la irrigación de la zona contaminada debe realizarse de forma que caiga directamente al suelo para evitar que se produzcan lesiones en otras áreas.
- Las lesiones oculares requieren riego continuo hasta la revisión oftalmológica.
 - Ácido: irrigar con agua hasta 1 hora o hasta que el dolor se detenga
 - Alkali: irrigar con agua hasta 2 horas o hasta que el dolor se detenga

1.6 Emergencias por obstrucción de la vía aérea

El atragantamiento es la obstrucción súbita de la vía aérea que ocurre cuando se intenta tragar algo. En niñas y niños, puede ser consecuencia del juego o de la exploración de su espacio, en los casos de asfixia por atragantamiento, las vías aéreas se obstruyen comúnmente por algún alimento o cuerpo extraño. El cuerpo extraño impide la respiración parcial o totalmente.

- **Atragantamiento parcial:** La víctima tose, puede respirar, está consciente y habla. Anímela a seguir tosiendo.
- **Atragantamiento total:** a víctima no tose ni habla ni puede respirar. Hay ausencia de sonidos respiratorios. Está morada o desmayada. Debe aplicar la maniobra de desobstrucción de la vía aérea.



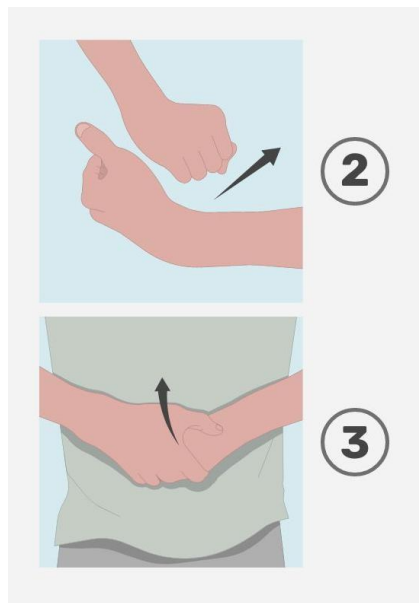
Maniobra de desobstrucción de vía aérea en el adulto

1. Ubique a la víctima en un lugar seguro, donde pueda moverse con libertad y, en caso de que la víctima se desmaye, tener espacio para seguir aplicando el procedimiento.
2. Colóquese de pie por detrás de la víctima, separando sus pies; coloque la pierna en la que tiene mayor fuerza en medio de las piernas de la víctima.
3. Rodee a la víctima con sus brazos a la altura de la cintura. Con una de sus manos localice el ombligo; dos dedos por arriba de éste se coloca el puño de la mano de lado, procurando que el dedo gordo quede sobre la línea media del abdomen, por arriba del ombligo.
4. Apriete este puño con la otra mano, la que empleó para buscar el ombligo, y presiónelo hacia el abdomen de la víctima con rápidas compresiones hacia adentro y hacia arriba.

Personas inconscientes: Ubíquese por encima de la persona con una pierna a cada lado. Empujar el puño agarrado hacia arriba y hacia adentro.

En de una obstrucción total, se deben de realizar maniobras de manejo de la vía aérea y proporcionar 30 compresiones torácicas para posteriormente revisar si se observa el objeto, en caso de no hacerlo, se repite el procedimiento.

Maniobra de autoayuda: Si la persona se encuentra sola y se atraganta, lo primero que debe hacer es intentar una tos potente. En caso de no poder eliminar el objeto, coloque una mano por encima del ombligo y otra sobre esta, presione con ambas el



tórax hasta lograr la expulsión.

Tabla 1.6 Técnica de desobstrucción en el adulto

Maniobra de desobstrucción de vía aérea en el bebé

Obstrucción parcial: Tos enérgica, aleteo nasal, ruidos respiratorios, llanto y ronquidos.

Maniobra: Acueste al bebé boca abajo en uno de sus antebrazos. La cara del bebé debe quedar sobre la palma de su mano, de manera que la cabeza se encuentre más abajo que el resto del cuerpo inclinado, con el fin de que la gravedad ayude a que el objeto extraño no se introduzca en la vía aérea

Obstrucción total: Tos inefectiva, llanto débil o ausencia de llanto y cianosis (coloración azul/morado).

En esta situación debe de activarse el sistema de emergencias.

1. Siéntese con el bebé en su brazo, sostenga la cabeza y el cuello del infante con una mano, asegurando firmemente su mandíbula y cuello entre el pulgar y los dedos opuestos; recuéstelo boca abajo sobre su antebrazo y sobre la palma de su mano, con la cabeza más abajo que el tronco; descanse el antebrazo sobre su muslo.
2. Con el talón de su otra mano, aplique cinco golpes distintos y separados, con fuerza, entre la espalda y los omóplatos, empleando la



"Educación que genera cambio"

palma de la otra mano. 3. Voltee de inmediato al bebé boca arriba, acto seguido realizará cinco (5) compresiones torácicas. 4. En caso de expulsar el cuerpo extraño y respirar con normalidad, se procederá a la posición de seguridad, si no, se repetirá la maniobra. Bebé inconsciente: Coloque al bebé en una superficie plana y firme y abra la vía aérea. Busque visualmente el cuerpo extraño. Si el objeto es accesible y puede verlo bien, intente retirarlo con la "técnica de barrido digital". Si el objeto no sale, con la vía aérea abierta aplique dos insuflaciones suaves y lentas, sellando adecuadamente con la boca y nariz del bebé. Si el aire no pasa, inicie maniobras de RCP. Al concluir el primer ciclo, revise nuevamente la boca del bebé.	
---	--

Tabla 1.7 Técnica de desobstrucción en el bebé



Material audiovisual



¿QUÉ HACER SI ALGUIEN SE ATRAGANTA?

<https://www.youtube.com/watch?v=2txGz7zLdHE>



"Educación que genera cambio"

Actividad 2. Emergencia en el comedor



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRUPO: _____

INTRUCCIONES:

1. Presente a los estudiantes un caso con preguntas seriadas.
2. Solicite analizarlas con detalle y tomar las decisiones más adecuadas para salvar una vida.

Caso Práctico:

Estás almorzando en el comedor de tu escuela con tu amiga Catalina. De repente, Catalina se lleva las manos al cuello después de intentar tragar un gran trozo de carne. Su rostro comienza a enrojecerse.



Pregunta 1: Evaluación Inicial

Catalina está tosiendo con fuerza, pero puede emitir algunos sonidos y está consciente. Su rostro está enrojecido. Lo primero que debes hacer es:

- a) Aplicar inmediatamente la maniobra de Heimlich, ya que se está atragantando.
- b) Darle golpes fuertes en la espalda mientras está sentado.
- c) Preguntarle "¿Te estás atragantando? ¿Puedes hablar?", y animarlo a que siga tosiendo.
- d) Dejarlo solo para ir a buscar urgentemente ayuda de un profesor.

Pregunta 2: La Situación Empeora

De repente, la tos de Catalina se vuelve débil e inefectiva. Ya no puede emitir sonidos, solo hace gestos de pánico y se lleva las manos al cuello. Su rostro comienza a ponerse azulado. Ahora la obstrucción es:





"Educación que genera cambio"

- a) Parcial, porque está consciente.
- b) Completa, porque no puede toser, hablar ni respirar.
- c) Leve, porque ya no tose con tanta fuerza.
- d) Emocional, producto del pánico.

Pregunta 3: Acción Inmediata

Frente a este caso, tu primera acción debe ser:

- a) Intentar alcanzar el objeto con los dedos en su boca.
- b) Preguntarle en voz alta si está bien para ver si reacciona.
- c) Comenzar inmediatamente con ciclos de 5 golpes en la espalda (compresiones interescapulares) seguidos de 5 compresiones abdominales (Maniobra de Heimlich).
- d) Dejarlo tirado en el suelo para realizar RCP.

Pregunta 4: Pidiendo Ayuda

Mientras realizas la maniobra correcta, es crucial:

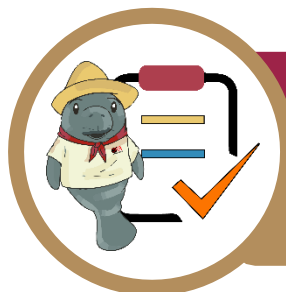
- a) Gritar pidiendo ayuda específica a alguien cercano: "¡Tú, de la camiseta azul, llama a un profesor y trae un DEA (Desfibrilador Externo Automático) ahora!".
- b) No distraerte y concentrarte solo en las maniobras, la ayuda llegará eventualmente.
- c) Dejar a Catalina solo por un momento para correr a la dirección.
- d) Pedirle a otro compañero que grabe el incidente con su celular como evidencia.

Pregunta 5: El Peor de los Casos

A pesar de tus esfuerzos, Catalina cae al suelo y pierde el conocimiento. Al verificar, no responde y no respira con normalidad. ¿Cuál es el siguiente paso?

- a) Continuar con la Maniobra de Heimlich ahora que está en el suelo.
- b) Iniciar inmediatamente RCP, comenzando con compresiones torácicas, y detenerse solo para revisar la boca en busca del objeto antes de dar respiraciones.
- c) Esperar a que llegue la ambulancia sin tocar al paciente.
- d) Abrir su boca y realizar un barrido con el dedo a ciegas en busca del objeto.





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 2: Emergencia en el comedor

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)			Matriculas(s)			
Producto: Maniobra de RCP			Fecha			
Formación Laboral Básica:			Periodo: 2025-2026B			
Nombre del docente:			Firma del docente			
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Identifica signos de obstrucción parcial y pregunta al paciente.			2.5		
2	Anima a seguir tosiendo y no realiza maniobras innecesarias.			2.5		
3	Identifica los signos de obstrucción completa y actúa correctamente			2.5		
4	Pide ayuda específica y da instrucciones claras.			2.5		
				CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		



1.7 Movilización y traslado seguro

La movilización de las víctimas puede usar un primer respondiente con la finalidad de movilizar a una persona lesionada o víctima de una enfermedad súbita de un escenario inseguro hacia un lugar seguro, para proporcionarle los cuidados inmediatos de las urgencias médicas.

Para mover al lesionado es necesario garantizar que las lesiones no aumentarán y que no se causarán nuevas lesiones con los movimientos innecesarios o el transporte inadecuado. Es preferible proporcionar la atención inmediata al lesionado y esperar la ayuda especializada, a menos que se detecte un peligro inminente para la víctima y el primer respondiente.

Una vez tomada la decisión de movilizar a la víctima, debe considerar las siguientes normas de seguridad:

- No sujetarse de la ropa, relojes o alhajas, tanto de la víctima como de los compañeros.
- Hacer los movimientos únicamente si se tiene la seguridad de poder con el peso del lesionado.
- No efectuar acciones temerarias.
- No correr con el lesionado, a menos que fuera absolutamente necesario.
- Nunca caminar hacia atrás y en caso necesario, hágalo auxiliado por otra persona.
- Tener cuidado con escaleras o declives.
- No cargue con la espalda.
- Ajuste su cinturón o use una faja si está a su disposición antes de cargar.
- No olvide activar el sistema de emergencias 911.

Existe una gran diversidad de técnicas de movilización, sin embargo, en esta guía abordaremos dos estrategias básicas que puedes utilizar en caso de presenciar una emergencia que requiera de la movilización de la persona.



Material audiovisual	
 Primeros Auxilios: Traslado, Muleta Humana https://www.youtube.com/watch?v=42tWC6EH7YA	



Movilización de lesionados con un solo primer respondiente

Muleta humana:

1. Colóquese del lado afectado del lesionado.
2. Ponga el brazo del lesionado alrededor de su cuello y sostenga todo el tiempo su mano, con firmeza, pero gentilmente.
3. Sujete a la persona por la cintura con el brazo que le queda libre.
4. Inicie el movimiento comenzando con el pie que esta junto al lesionado.
5. De pasos cortos manteniéndose siempre junto al lesionado, al ritmo que el lesionado pueda seguir.
6. Brinde seguridad y apoyo al lesionado durante el trayecto



Material audiovisual



TÉCNICA DEL PUENTE SIMPLE

<https://www.youtube.com/watch?v=5VDli86MvD4>



Movilización de lesionados con dos primeros respondientes

Levantamiento de puente: Es útil en lugares sumamente estrechos, donde es imposible que los primeros respondientes se coloquen a los lados, pero que exista la posibilidad de desplazar una camilla o una tabla que facilite la movilización del lesionado.

1. Un primer respondiente se debe de colocar a la altura de la cabeza, otro en la cadera de la víctima y el tercero sujetando las piernas, por debajo de las rodillas. Quien está a la cabeza dirige la maniobra y da las indicaciones a la cuenta de tres.
2. Fórmense a los pies del lesionado. Abran el compás de las piernas, caminando hacia la cabeza, quedando el paciente en medio de sus pies.
3. Flexionen las rodillas, agachándose y metiendo sus manos a los costados del lesionado.
4. A la cuenta de tres del que está a la cabeza, levanten al lesionado, despegándolo del suelo, entre diez y quince centímetros, aproximadamente.
5. Una cuarta persona deslice una camilla o una tabla debajo del lesionado.
6. A la cuenta de tres, depositen al lesionado en la camilla o tabla.
7. Retiren las manos.
8. Incorpórense.
9. Retírense caminando hacia atrás, para salir por los pies



1.8 Botiquín de emergencias: Integración y uso

Botiquín: Se considera así al conjunto de materiales y equipo que se utiliza para aplicar los primeros auxilios a una persona que ha sufrido un accidente o una enfermedad repentina.

Un botiquín puede ser cualquier armario, caja o maleta que pueda contener el material sanitario necesario para poder realizar las

Imagen 1.8 Botiquín de emergencias



"Educación que genera cambio"

acciones de atenuación del daño y manejo inicial de lesiones por un primer respondiente. Sea cual sea el contenedor del material, tendrá que estar convenientemente identificado (Imagen 1.8). Los botiquines deben ser, preferentemente, fáciles de transportar, estar en un lugar visible y de fácil acceso.

En general, podemos decir que el contenido básico de un botiquín es el siguiente:

Material seco	Por sus características, debe conservarse en un lugar fresco y seco. Comprende: • Torundas de algodón. • Gasas de 5x5 cm. • Compresa de gasa de 10x10 cm. • Tela adhesiva. • Microporo. • Vendas de rollo elásticas de 5, 10 y 15 cm. • Vendas de rollo de gasa de 5, 10, y 15 cm. • Venda triangular. • Abatelenguas. • Apósitos de tela (venditas adhesivas o curitas). • Sábana térmica desechable	
Materiales líquidos	Incluye las siguientes soluciones: • Cloruro de benzalconio. • Tintura de yodo. • Jabón neutro líquido. • Vaselina. • Gel antibacterial. • Agua.	
Instrumental	Puede estar conformado por: • Tijeras. • Pinzas de depilar. • Termómetro. De acuerdo con los antecedentes puede incluir: • Estetoscopio • Esfigmomanómetro • Glucómetro	
Equipo de protección personal	• Guantes de látex • Cubrebocas • Lentes de protección • Mascarilla con válvula unidireccional para RCP	
Material complementario	• Linterna • Piola • Férulas desechables	





Actividad 3. Botiquín Express: ¡Tu Salón en Buenas Manos!

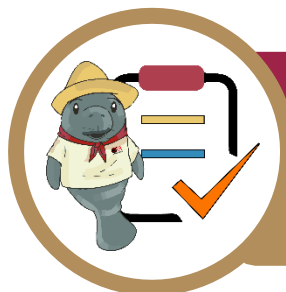


NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRUPO: _____

INSTRUCCIONES:

- Identificación de Riesgos:** Realice, mediante una lluvia de ideas con el grupo una lista en el pizarrón de los accidentes o malestares más comunes que podrían pasar aquí en el salón de clases.
- Investigación en equipos:** Divida al grupo en equipos de 4-5 integrantes. Solicite a cada equipo investigar qué se necesita para atender 2 o 3 de los riesgos identificados. Deberán anotar los materiales específicos y los pasos básicos a seguir.
- Diseño y propuesta:** indique que cada equipo deberá realizar una propuesta de botiquín de primeros auxilios, enfatice en que deberán pensar no solo en qué va dentro del botiquín, sino también en cómo organizarlo.
 - Deberán proponer: ¿En qué tipo de caja o contenedor lo guardaremos? (debe ser rígido, portable y con tapa).
 - ¿Cómo organizaremos los materiales por categorías? (ejemplo: "Curación", "Medicamentos", "Protección").
 - ¿Cómo aseguraremos que todos sepan usarlo? (ejemplo: incluir una guía básica o pegar instrucciones en la tapa).
- Puesta en Común y Votación:** Solicite a cada equipo presentar su propuesta de materiales y diseño. Entre todos decidirán que materiales deberá de contener el botiquín del salón y el diseño más adecuado (recuerda que pueden recoger ideas de todos).
- ¡Manos a la obra!** Solicite organizar el botiquín del salón. Entre todos conseguirán los materiales y se encargarán de organizar el botiquín del salón.
- Solicite diseñar un cartel en donde especifiquen los cuidados que deben de dar a su botiquín.





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 3: Botiquín Express: ¡Tu Salón en Buenas Manos!

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)			Matriculas(s)			
Producto: Botiquín de emergencias			Fecha			
Formación Laboral Básica:			Periodo: 2025-2026B			
Nombre del docente:			Firma del docente			
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Identificó correctamente los riesgos y los materiales necesarios para sus casos asignados.			2		
2	Su idea para organizar el botiquín fue práctica, creativa y segura.			2		
3	Trabajó bien con los otros equipos durante la puesta en común y la construcción.			2		
4	Trajo los materiales que le fueron asignados para la construcción del botiquín real.			2		
5	Participa en el pacto de cuidado para el botiquín.			2		
				CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		





"Educación que genera cambio"

2. Asepsia, antisepsia y manejo de RPBI

2.1 Microorganismos y riesgos en entornos de salud



En los hospitales y clínicas, existen muchos elementos como los edificios, el personal, los pacientes, visitantes, el aire, las superficies, los equipos médicos, los medicamentos e incluso los residuos, que en conjunto pueden permitir que sobrevivan y crezcan microorganismos como bacterias y hongos. Cómo estas comunidades de microbios logran mantenerse y adaptarse dentro de un hospital es un tema que preocupa mucho, pues afecta la salud pública.

Dentro de estos espacios, las personas pueden respirar bioaerosoles, que son pequeñas partículas con microorganismos suspendidos en el aire, lo que incrementa el riesgo de contraer una infección. Estar expuesto a estos patógenos puede traer consecuencias graves, desde enfermedades infecciosas hasta alergias o intoxicaciones.

Los hospitales presentan un riesgo alto de infecciones, en gran parte porque muchos pacientes tienen sus defensas bajas, lo que los hace más vulnerables a infecciones bacterianas, virales, parasitarias y por hongos oportunistas.

Por otro lado, aunque los antibióticos han sido una herramienta muy útil para prevenir infecciones dentro de los hospitales, su uso excesivo en las últimas décadas ha provocado que muchas bacterias se vuelvan resistentes a ellos, reduciendo su efectividad.

Las principales fuentes de infección en centros de salud son los pacientes y el personal médico, aunque el ambiente también influye. Los pacientes infectados pueden dispersar microbios al toser, estornudar, o a través de heridas, fluidos corporales, ropa o sábanas contaminadas.

Los microbios se propagan principalmente por gotitas de saliva, contacto directo con una persona infectada, o al tocar objetos contaminados con material infeccioso.

Según un reporte de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica de enero de 2022, la mayoría de las infecciones asociadas a la atención de la salud son causadas por bacterias. Aproximadamente el 80% de estos casos son provocados por bacterias como *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter* y *Staphylococcus aureus*.



2.2 Asepsia vs. antisepsia: técnicas y materiales

Asepsia: Consiste en la conservación de la esterilidad en todo momento del material de curación o bienes de consumo y de los dispositivos médicos, para el uso indicado.

Antisepsia: Consiste en la aplicación de un antiséptico en piel y/o mucosas para disminuir la concentración bacteriana, justo antes del procedimiento invasivo o quirúrgico, la amplitud y extensión de la antisepsia depende de la región anatómica.

	Asepsia	Antisepsia ENTENDIENDO ALIX SANTIANO
Definición	Destrucción de los microorganismos sobre superficies u objetos inanimados.	Remoción o destrucción de microorganismos sobre seres vivos.
Utilidad	Eliminar la contaminación por microorganismos patógenos.	Prevenir las infecciones de heridas por microorganismos del cuerpo o del ambiente.
Agentes utilizados	Desinfectantes, y esterilización	Antisépticos, detergentes y jabones
Ejemplos	Esterilización de material y equipo quirúrgico, desinfección de mesas y zona de trabajo	Lavado de manos, preparación de la zona corporal quirúrgica yoaomoenfermeriablog.com

Imagen 2.1 Diferencias entre la asepsia y la antisepsia

Para prevenir infecciones dentro de los hospitales y clínicas, se aplican medidas básicas de protección con todos los pacientes, sin importar si están o no diagnosticados con una enfermedad infecciosa. Estas reglas, conocidas como Precauciones Estándar, son el conjunto mínimo de prácticas que todo el personal de salud debe seguir en cualquier lugar donde se atienda a un paciente.

La idea central es tratar siempre como potencialmente infecciosos a la sangre, todos los fluidos corporales (a excepción del sudor), las heridas abiertas y las mucosas (como las de la boca o los ojos). Estas precauciones son una medida de seguridad dual: no solo protegen a los trabajadores de la salud de una posible exposición a gérmenes, sino que también evitan que los pacientes se transmitan infecciones entre ellos.

Las precauciones estándar actuales según los CDC (2019) incluyen las siguientes:

1. Higiene de manos adecuada
2. Uso de equipo de protección individual (por ejemplo, guantes, batas, mascarillas, gafas) siempre que pueda producirse exposición a materiales infecciosos
3. Colocación y cuidado adecuados del paciente utilizando precauciones basadas en la transmisión cuando sea indicado
4. Higiene respiratoria/etiqueta para la tos
5. Manejo y limpieza adecuados del entorno, equipos y dispositivos
6. Manejo seguro de la colada
7. Seguridad en los objetos punzantes (es decir, controles de ingeniería y prácticas laborales)



"Educación que genera cambio"

8. Técnica aséptica para procedimientos invasivos de lactancia como la administración de medicación parenteral

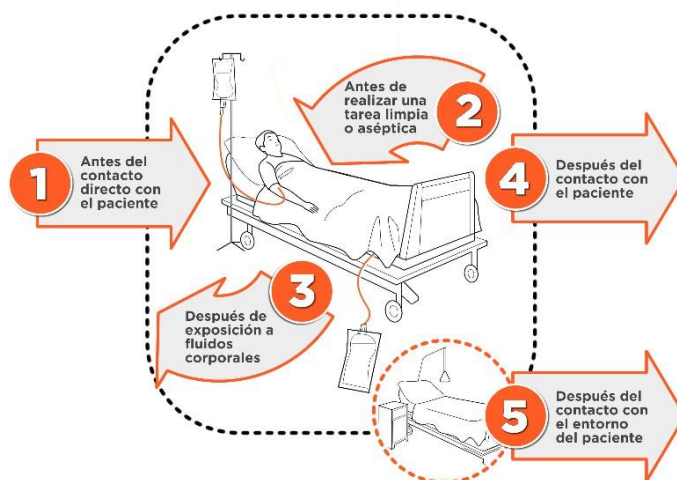
De estas, la más importante que debes de conocer y manejar es la higiene de manos adecuada, y es en la que pondremos mayor hincapié.

2.2.1 Higiene de manos adecuada

El lavado de manos es la medida número uno para evitar que los gérmenes se propaguen en hospitales y clínicas, y es la base de todas las medidas de protección básicas.

Existen guías oficiales, basadas en estudios científicos, que indican cómo, cuándo y con qué lavarse las manos correctamente. El comité de expertos en control de infecciones (HICPAC) recomienda que el personal de salud debe lavarse las manos en cinco momentos clave durante la atención a un paciente, conocidos como "Los 5 Momentos para la Higiene de Manos" (Imagen 2.2).

Imagen 2.2 Los 5 momentos de la higiene de manos



Al realizar la higiene de manos, se puede usar lavado con agua y jabón o una solución aprobada de alcohol que contenga al menos un 60% de alcohol.

A continuación, puedes observar una infografía que incluye la técnica correcta del lavado de manos (Imagen 2.3).

Imagen 2.3 Técnica correcta de lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

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 ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands





"Educación que genera cambio"

Actividad 4. Manos limpias, salud segura

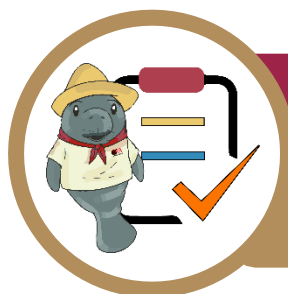


NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRUPO: _____

INSTRUCCIONES:

- Solicite al grupo organizarse en equipos de 3 a 5 integrantes.
- Indique investigar y familiarícese con los 11 pasos de la técnica de lavado de manos de la OMS. Enfátice en que deberán entender la importancia de cada movimiento y la duración total recomendada (40-60 segundos).
- Solicite cada equipo elegir un formato para su campaña:
- **Cartel o Infografía Digital:** Debe ser visualmente atractivo, incluir los 11 pasos de forma clara y un eslogan memorable. Puede ser impreso o diseñado para pantallas.
- **Video o Reel:** Debe tener una duración máxima de 60 segundos. Debe mostrar la técnica completa de manera creativa, precisa y fácil de entender. Puede ser una animación, un tutorial con actores o un formato tipo "reel" de redes sociales.
- **Historieta o Cómic:** Debe narrar una historia breve donde el lavado de manos sea clave para prevenir una enfermedad. Debe incluir la técnica completa de manera integrada.
- Solicite a los equipos diseñar y producir su material. Debe ser original, creativo y con información 100% precisa.
- Indique a los equipos que deberán prepararse para presentar su material a la clase, explicando brevemente su concepto creativo y por qué es efectivo para promover el lavado de manos. Recuérdeles que el material diseñado será usado para colocarlos en zonas estratégicas de las instalaciones de la escuela.





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 4: Manos limpias, salud segura

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)			Matriculas(s)			
Producto: Material de difusión			Fecha			
Formación Laboral Básica:			Periodo:2025-2026B			
Nombre del docente:			Firma del docente			
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Incluye de manera clara y precisa los 11 pasos de la técnica de la OMS.			2		
2	Menciona o muestra la duración correcta del lavado			1		
3	Explica los momentos cruciales para el lavado de manos.			1		
4	El material es original, innovador y llama la atención del público juvenil.			2		
5	Utiliza colores, imágenes y tipografías de forma efectiva y atractiva.			2		
6	La información se presenta de forma ordenada y lógica.			1		
7	El material es adecuado para su difusión en la escuela			1		
				CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		



2.3 Esterilización de Instrumental

La esterilización es el proceso mediante el cual se eliminan o destruyen todos los microorganismos, incluyendo bacterias, virus, hongos y esporas, presentes en un objeto o superficie.

En el área de la salud, este proceso es fundamental para prevenir infecciones, proteger al paciente y garantizar la seguridad en los procedimientos clínicos.

2.3.1 Importancia de la esterilización del instrumental

La esterilización del instrumental médico y de enfermería es esencial porque:

- Previene infecciones cruzadas.
- Reduce el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Garantiza prácticas seguras y éticas.
- Cumple con normas de bioseguridad y protocolos sanitarios.
- Protege tanto al paciente como al personal de salud.

2.3.2. Clasificación del instrumental según su uso

Antes de esterilizar, el instrumental se clasifica para elegir el método adecuado:

- Instrumental crítico: Penetra tejidos estériles o el sistema vascular (bisturí, pinzas quirúrgicas).

☞ Requiere esterilización obligatoria.

- Instrumental semicrítico: Contacta mucosas (endoscopios).

☞ Requiere esterilización o desinfección de alto nivel.

- Instrumental no crítico: Contacta piel intacta (estetoscopios).

☞ Requiere limpieza y desinfección.

2.3.3 Etapas del proceso de esterilización

1. Limpieza
 - Eliminación de restos orgánicos (sangre, secreciones).
 - Uso de agua, detergente y cepillado.
2. Enjuague y secado
 - Evita residuos químicos que interfieran con la esterilización.
3. Empaquetado
 - Uso de envoltorios especiales que permitan el paso del agente esterilizante.
4. Esterilización
 - Aplicación del método seleccionado.
5. Almacenamiento
 - En áreas limpias, secas y cerradas.
6. Control y vigilancia
 - Uso de indicadores químicos y biológicos.



2.3.4 Métodos de esterilización del instrumental



Esterilización por calor

- Calor húmedo (autoclave)
- Vapor de agua a alta presión y temperatura.
- Método más utilizado en hospitales.
- Calor seco
- Hornos especiales.
- Para instrumental metálico y vidrio.



Esterilización química

- Uso de sustancias como:
- Glutaraldehído
- Óxido de etileno
- Peróxido de hidrógeno
- Indicada para material termosensible.



Esterilización por radiación

- Uso de radiación gamma.
- Empleada principalmente en la industria médica.

2.3.5 Indicadores de control de esterilización

- Indicadores físicos: tiempo, temperatura y presión.
- Indicadores químicos: cambian de color al alcanzar condiciones adecuadas.
- Indicadores biológicos: confirman la eliminación total de microorganismos.

2.3.6 Normas de seguridad durante la esterilización

- Uso de equipo de protección personal (guantes, bata, cubrebocas).
- Manejo adecuado de sustancias químicas.
- Respeto de tiempos y temperaturas.
- Registro y verificación de cada ciclo de esterilización.

2.3.7 Conclusión

La esterilización del instrumental es un pilar fundamental de la atención en salud, ya que garantiza prácticas seguras, reduce riesgos de infección y refleja el compromiso ético y profesional del personal sanitario. Un proceso correcto protege vidas y fortalece la calidad del servicio.



2.4 Clasificación, manejo y disposición del RPBI

La correcta gestión de los residuos generados en los establecimientos de atención de la salud es una actividad fundamental para proteger al personal, los pacientes y el medio ambiente. En este contexto, la clasificación de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) se erige como el primer y más crítico eslabón en su manejo integral. Esta clasificación se realiza bajo el estricto marco legal establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, la cual define los criterios específicos para identificar, segregar y envasar los materiales que, por sus características biológicas, representan un riesgo potencial de infección, con el objetivo primordial de neutralizar dicho peligro y garantizar una disposición final segura.

Los residuos son materiales o productos cuyo propietario o poseedor desecha y que se encuentran en estado sólido o semisólido, líquido o gaseoso, contenidos en recipientes o depósitos y que pueden ser susceptibles de ser valorizados o requieren sujetarse a tratamiento o disposición final. Estos pueden ser:

- Sólidos Urbanos (RSU)
- Residuos de manejo especial (RME)
- Residuos peligrosos (RP)

Por su parte, los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos, y que puedan generar efectos nocivos a la salud y al ambiente. Entre los RPBI podemos considerar a los siguientes compuestos:

- Sangre y sus componentes (exceptuando sangre seca)
- Cultivos y cepas de agentes biológicos-infecciosos
- Tejidos y órganos extirpados
- Muestras de análisis (excluyendo orina y excremento)
- Materiales de curación (con sangre, líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido céfalo raquídeo o líquido peritoneal)
- Materiales desechables con esputo o aquellos utilizados para su contención en pacientes con tuberculosis u otra enfermedad infecciosa
- Objetos punzocortantes

Los desechos deben ser identificados inmediatamente después del procedimiento que los generó en el sitio que se originaron y por el personal que los generó.



"Educación que genera cambio"

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FÍSICO	ENVASADO	COLOR
4.1 Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
4.2 Cultivos y cepas de agentes infecciosos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
4.3 Patológicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Amarillo
4.4 Residuos no anatómicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
4.5 Objetos punzocortantes	Sólidos	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

Tabla 2.1 Clasificación y manejo de los RPBI

Las bolsas se llenarán al 80% de su capacidad, cerrándose antes de ser transportadas al sitio de almacenamiento temporal y no podrán ser abiertas o vaciadas. Se deberán cerrar las bolsas con un mecanismo de amarre seguro que evite que los residuos salgan (nudo o cinta adhesiva). Las bolsas no se deben de comprimir.

La basura común se colocará en botes o bolsas de cualquier color excepto roja o amarilla.

Los RPBI serán tratados por métodos físicos o químicos que garanticen la eliminación de microorganismos patógenos y deben hacerse irreconocibles para su disposición final en los sitios autorizados. Los residuos patológicos deben ser incinerados o inhumados, excepto aquellos que estén destinados a fines terapéuticos, de investigación y las muestras biológicas para análisis químicos, citológico.

Los RPBI tratados e irreconocibles, podrán disponerse como residuos no peligrosos en sitios autorizados por las autoridades competentes.





3. Técnicas básicas clínicas: Vacunas y muestras

3.1 Esquemas de vacunación y técnica de seguridad para la vacunación

- **Inmunización y su clasificación**

Aunque el término vacunación significó inicialmente la inoculación del virus de la viruela de las reses, para inmunizar contra la viruela humana, hoy en día se utiliza para referirse a la administración de cualquier vacuna, independientemente de que el receptor quede adecuadamente inmunizado.

Inmunización es un término que denota un proceso destinado a inducir o transferir inmunidad artificialmente, mediante la administración de un inmunobiológico. La inmunización puede ser activa o pasiva.

- ☐ Inmunización activa: Se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunización activa natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente.
- ☐ Inmunización pasiva: Se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos o antitoxinas preformadas en otros organismos, en cuyo caso es artificial. En la inmunización pasiva no hay respuesta inmunológica por parte del huésped. La inmunización pasiva natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto.

- **Clasificación de las vacunas**

Las vacunas pueden clasificarse de diversas formas; desde el punto de vista microbiológico, pueden distinguirse los siguientes tipos:

- ☐ Bacterianas o Virales
- ☐ Vivas atenuadas e inactivadas
- ☐ A célula completa o fracción

Es importante conocer el tipo de vacuna que vamos a aplicar porque de acuerdo con el tipo de vacuna puede cambiar la indicación y entre otros la duración de la inmunidad. A continuación, describiremos algunas características de las vacunas atenuadas y las inactivadas.



Vacunas inactivadas	Vacunas atenuadas
- Son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, luego se inactivan con calor o con productos químicos. - Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar la enfermedad ni aún en personas inmunocomprometidas. - Los anticuerpos disminuyen en el tiempo y muchas veces es necesario dar dosis de refuerzo.	- Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuadas, o sea, debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. - La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural, por lo que puede generar una forma leve de la enfermedad. - Son generalmente efectivas con una sola dosis, salvo cuando se administran por vía oral.
EJEMPLOS: Difteria Tétanos Hepatitis B Rabia	EJEMPLOS: BCG Varicela Sarampión Rubeola

Tabla 3.1 Diferencias entre vacunas inactivadas y atenuadas

• **Programa de vacunación universal y esquema nacional de vacunación**

El Programa de Vacunación Universal (PVU) en México es una política pública de salud, cuyo objetivo es otorgar protección específica a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de las vacunas. Este programa contiene las acciones que deben llevarse a cabo en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud del país para lograr el control, eliminación y erradicación de estas enfermedades. Sus objetivos principales son:

- ☐ Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.
- ☐ Mantener la erradicación de la viruela y la poliomielitis en el territorio nacional.
- ☐ Consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal.
- ☐ Garantizar el acceso equitativo a las vacunas en todo el país.

La columna vertebral del PVU es el Esquema Nacional de Vacunación (Imagen 3.1), un documento oficial y dinámico que especifica las vacunas, las dosis y las edades precisas en que deben administrarse para garantizar una protección óptima a lo largo de la vida.



"Educación que genera cambio"

El éxito de este programa ha posicionado a México como un líder regional en materia de prevención y ha sido fundamental para lograr y mantener uno de los niveles más bajos de mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación en su historia.

Imagen 3.1 Esquema de vacunación

Esquema de Vacunación adolescentes y adultos		
Vacuna	Enfermedad que previene	Edad
Td	Tétanos, difteria	A partir de los 15 años de edad y cada 10 años.
SR	Sarampión, rubeola	Adolescentes de ≥ 11 años de edad, que no cuenten con dos dosis de SRP o SR.
Antihepatitis B	Hepatitis B	Adolescentes de 11 años de edad que no cuenten con el antecedente vacunal.
VPH	Infección por Virus del Papiloma Humano	Niñas en 5° grado de primaria o de 11 años de edad no escolarizadas.
Tdpa	Tétanos, difteria, tos ferina	Embarazadas de la semana 20 a 32 de gestación.
Antiinfluenza	Influenza	Población de 19 a 59 años de edad considerada con factores de riesgo. Toda la población a partir de los 60 años.
Antineumocócica polivalente	Infecciones por neumococo	Población de 60 a 64 años con factores de riesgo. Toda la población de 65 años de edad.

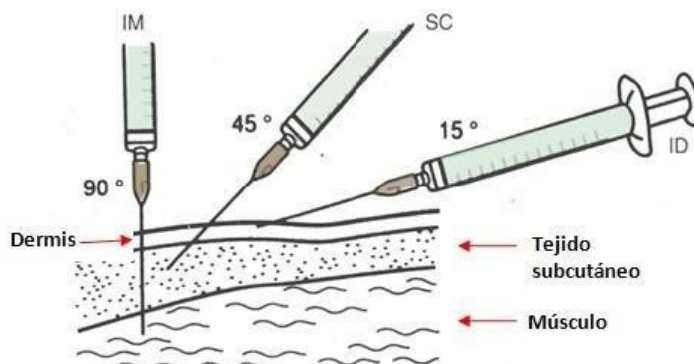
Esquema Nacional de Vacunación				
Nacimiento	BCG	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	SRP			
18 meses	Pentavalente acelular			
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual			
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual			
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)			
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre-marzo)			
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)			
11 años o quinto grado de primaria	VPH (Virus de Papiloma Humano)			

3.2 Toma de muestras:

Técnica de aplicación de inyectables y vías de administración

Para la aplicación de las vacunas se utiliza la vía oral, intradérmica, subcutánea e intramuscular (Imagen 3.2), para otros productos biológicos también se utilizan la vía intravenosa o intranasal.

Imagen 3.2 Vías de administración de vacunas





"Educación que genera cambio"

- **Administración oral:** Es la vía utilizada para administrar la vacuna anti-rotavirus. La vacuna se aplica en la mucosa oral.
- **Administración intradérmica:** Es la introducción dentro de la dermis, de una cantidad mínima (0.01 ml a 0.1 ml) de un producto que será absorbido en forma lenta y local.
- **Administración subcutánea o hipodérmica:** Es la introducción de un producto en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, para que sea absorbido lentamente. Se utiliza para la administración de vacunas atenuadas vivas y algunos medicamentos. El lugar de inyección en lactantes, niños y adultos puede ser la región deltoidea o el área tricpital. En los lactantes puede aplicarse en el tercio medio cara lateral externa del muslo. Para su aplicación se debe formar un pliegue de piel entre los dedos, la aguja se inserta en un ángulo de 45 grados.
- **Administración intramuscular:** Consiste en la introducción de sustancias medicamentosas en el tejido muscular, sin embargo, es importante considerar que la región glútea NO deberá ser utilizada para la administración de vacunas o toxoides. Las inyecciones intramusculares se administran en un ángulo de 90 grados. Los sitios más utilizados para este tipo de inyecciones son el vasto externo y el músculo deltoides, la elección de cualquiera de los dos depende de la edad del individuo y el grado de desarrollo de los músculos.

• **Normas de bioseguridad en la vacunación**

La bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición de agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico. Los principios de la bioseguridad se pueden resumir en: universalidad, uso de barrera y medios de eliminación de material contaminado.

Para que una inyección sea segura se debe:

- Revisar que sea el usuario correcto por vacunar, el esquema de administración apropiado para la edad, y la dosis.
- Leer atentamente las características de la vacuna que se va a aplicar para conocer sus componentes.
- Revisar el etiquetado y fechas de caducidad de todos los insumos.
- Realizar siempre higiene de manos, asepsia y antisepsia.
- Revisar el lugar anatómico correcto (ninguna vacuna se administra en región glútea)



"Educación que genera cambio"

- Transporte y manejo de cadena de frío adecuado.
- Eliminación apropiada del material desechado según el manejo de RPBI.

Imagen 3.3 Prácticas seguras de inyección



3.3 Habilidades clínicas básicas relacionadas con los tipos de punciones

La toma de muestra por venopunción consiste en la extracción de sangre venosa tras el pinchazo directo de una vena, con el apropiado sistema de aguja, adaptador de tubos y tubos de vacío, o de aguja y jeringuilla y posterior rellenado de los tubos de muestra. El tipo de espécimen al que aplica este procedimiento es sangre destinada a la obtención de suero, plasma y sangre total.

Tipo de muestra	Recipiente	Especificaciones	
Sangre total	Tubo de vacío tapón malva, 3 ml o similar	Con EDTA K3	
	Jeringa de gasometría, 3 ml o similar	Con heparina de litio sólida	
	Tubo de vacío tapón verde, 3 mL o similar.	Con heparina de litio	
Plasma	Tubo de vacío tapón malva, 3 ml o similar	Con EDTA K3	
	Tubo de vacío tapón azul, 2,7 ml o similar	Con citrato sódico	
	Tubo de vacío tapón verde, 3 ml ó similar	Con heparina de litio y gel separador	
	Tubo de bajo vacío tapón verde, 3,5 ml o similar	Con heparina de litio y separador mecánico	
Suero	Tubo de vacío tapón rojo, 8,5 mL o similar	Con gel separador	
	Tubo de vacío de tapón gris, 3 ml o similar	Con fluoruro y gel separador	

Tabla 3.1 Tipo de recipiente conservantes y anticoagulantes

"Educación que genera cambio"

La obtención de muestras requiere de un proceso seriado, que contempla los siguientes pasos fundamentales:

1. Identificación del paciente
2. Consentimiento del paciente
3. Identificación de la muestra
4. Proceso de extracción

El primer paso del procedimiento (y el más importante) es la correcta identificación del paciente, ya que siempre se debe de verificar la identidad de aquel a quien se extrae una muestra, corroborando sus datos completos y, en caso de no poder responder, verificarlos con un familiar, de manera que se pueda preparar el material adecuado y que al finalizar la extracción de la muestra corresponda su etiquetado.

Una vez considerado esto, procederemos a explicar la técnica de extracción de muestras venosas:

1. Verificar los requerimientos del estudio o prueba solicitado

Algunas pruebas pueden requerir que el paciente se encuentre en ayunas, así como también existen patologías de relevancia con respecto al sangrado, por lo que conocer sus antecedentes con extracciones previas es importante.

2. Colocación en posición correcta

El paciente debe encontrarse en una posición cómoda (preferentemente sentado o si es necesario recostado), con su antebrazo apoyado y el brazo extendido, de forma que se trace una línea recta entre el hombro y muñeca.

3. Selección de sitio de punción

La mayoría de los procedimientos de punción venosa en adultos utilizan las venas del brazo. La vena cubital media o mediana del codo es la más utilizada, porque es grande, está cercana a la piel y es la menos dolorosa para el paciente. Si no puede hacerse la punción en esta vena, puede utilizarse la vena cefálica o la basílica; en éstas, sin embargo, la sangre fluye con más lentitud y tienen tendencia a magullarse (Imagen 3.4).

Factores que influyen en la elección del lugar:

- Cicatrices extensas: Deben evitarse las áreas donde haya quemaduras antiguas.
- Mastectomía: Elegir el brazo del lado opuesto
- Hematomas: Las muestras obtenidas en una zona con hematomas pueden dar lugar a resultados erróneos.



- Terapia intravenosa: En estos casos deben extraerse las muestras del brazo opuesto

4. Colocación de compresor

El uso del compresor provoca estasis del retorno venoso, que a su vez aumenta la prominencia de las venas y facilita su punción. La tira de goma debe enrollarse bien ajustada alrededor del brazo por encima del lugar de la extracción. Es conveniente, también, asegurarse de que la ropa no presione el brazo haciendo el efecto de un segundo compresor.

5. Limpieza de la zona de punción

Se empapa una compresa con una solución antiséptica y se aplica con un movimiento circular. Se deja secar la piel para evitar la producción de hemólisis en la muestra de sangre y la sensación de escozor que experimenta el paciente cuando se le pincha.

6. Realización de la punción venosa

- Agarrar firmemente el brazo del paciente para facilitar la punción, y utilizar el pulgar para mantener la piel tirante y fijar la vena.
- La vena se pincha con el bisel de la aguja mirando hacia arriba. Se recomienda un ángulo de entrada con respecto al plano de la superficie de 15 grados.
- Una vez llenos, los tubos se deben invertir suavemente aproximadamente 5 veces para que la muestra se homogenice correctamente (ya sea que se tome al vacío o con jeringa).

7. Finalización de la extracción

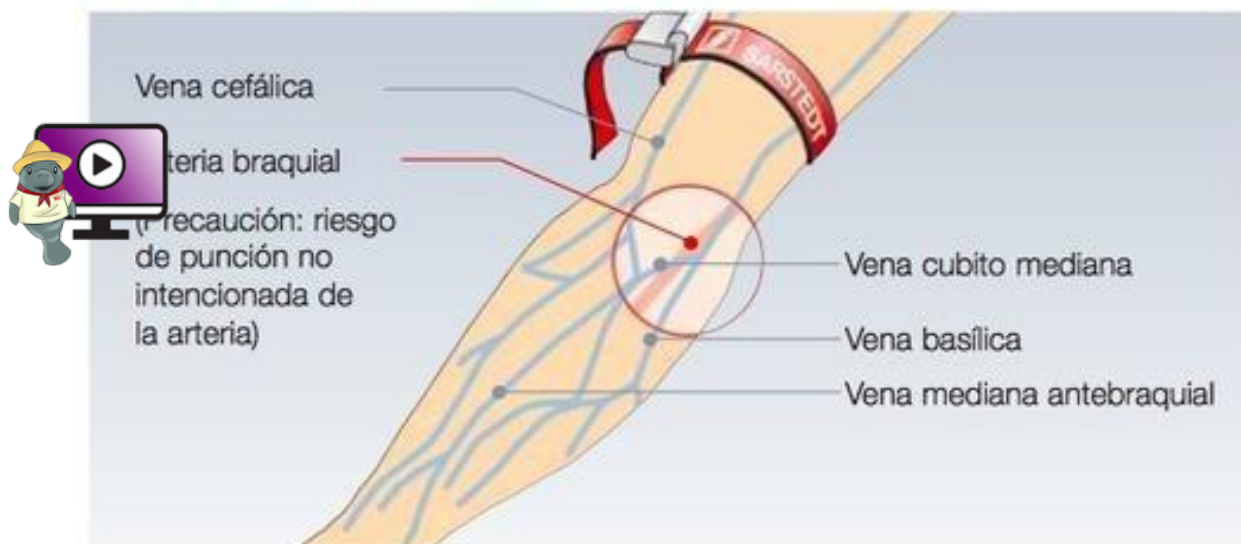
El paciente puede abrir su mano y se retira el compresor, se coloca una compresa seca y se sujeta sobre la aguja, que se saca suavemente y con cuidado. La compresa se mantiene en el sitio de punción unos minutos para detener la hemorragia.

Es importante que sepas que cuando se está administrando una solución intravenosa a un paciente en un brazo, la sangre extraída por encima del lugar de la infusión está diluida con el líquido que se administra. Por lo tanto, para extraer la sangre debe elegirse un punto del otro brazo.



Imagen 3.4 Sitios de punción venosa

Venas importantes para la extracción de sangre en la parte interior del antebrazo o en el pliegue interior del codo:



Material audiovisual



TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

<https://www.youtube.com/watch?v=Q-uXCgoYLH8>



Actividad 5. Inmunización avanzada



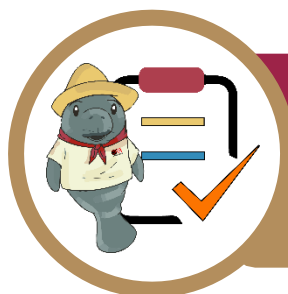
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRUPO: _____

INTRUCCIONES:

1. Relaciona los siguientes conceptos con la definición que les corresponde.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Proceso por el cual una persona se hace resistente a una enfermedad infecciosa | () Vacuna atenuada |
| 2. Vacuna que requiere un ángulo de 45° en tejido adiposo del brazo o muslo | () Cadena de frío |
| 3. Dosis adicional para reactivar memoria inmunológica | () Inmunización |
| 4. Sistema de almacenamiento, transporte y distribución de las vacunas. | () Vacuna inactivada |
| 5. Política de salud que busca otorgar protección a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de las vacunas. | () Vacuna subcutánea |
| 6. Vacunas que no causan enfermedad en personas inmunocomprometidas. | () Esquema de refuerzo |
| 7. Producen respuesta semejante a la enfermedad natural pero más leve. | () Programa universal de vacunas |





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 5: Inmunización avanzada

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)			Matriculas(s)			
Producto: Relación			Fecha			
Formación Laboral Básica:			Periodo: 2025-2026B			
Nombre del docente:			Firma del docente			
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Relaciona todos los conceptos de forma correcta			2		
2	Identifica y define a que se refiere la cadena de frío			2		
3	Sabe diferenciar los distintos tipos de vacunas			2		
4	Conoce las características de los sitios de punción			2		
5	Conoce e identifica las características del Programa de Vacunación Universal			2		
				CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		

Situación de Aprendizaje 1. "Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"



Propósito de la Situación de Aprendizaje: Organizado en equipos de 4 a 5 estudiantes aplicarán los conocimientos sobre, procedimientos invasivos: vacunación, muestreo y bioseguridad diseñando y construyendo de manera colaborativa un laboratorio móvil completo de simulación para practicar venopunción, aplicando todos los principios de bioseguridad.

INSTRUCCIONES:

1. El docente solicita la formación de equipos de 4 a 5 integrantes, cada uno de los equipos tendrá una función específica en el diseño de los laboratorios. Los roles serán asignados al concluir el diagnóstico y planeación, de manera tal, que las mejores propuestas sean llevadas a cabo.

Equipo 1	Diseñadores de simuladores Misión: Crear 2 modelos de brazos para venopunción. Especificaciones: • Deben incluir "venas" funcionales (tubos de plástico delgado con líquido rojo) • Marcar zonas de venopunción
Equipo 2	Simulación y capacitación en inmunización Misión: Diseñar, protocolizar y enseñar la implementación de sitios de vacunación seguros, eficientes y pedagógicos. Especificaciones: • Crear modelos que permitan observar los diferentes tipos de punción en la vacunación. • Enseñanza de técnica estéril a terceros.
Equipo 3	Expertos en RPBI Misión: Diseñar y construir los contenedores de residuos.



"Educación que genera cambio"

	Especificaciones: • Contenedor para punzocortantes (caja rígida decorada en rojo) • Contenedor para residuos biológicos (bolsa o recipiente amarillo) • Contenedor para residuos no peligrosos • Material gráfico de demostración de manejo de RPBI
Equipo 4	Organizadores de material Misión: Preparar todo el material médico simulado. Especificaciones: • Tubos de muestra con etiquetas correctas (tapa lila, roja, azul) • Jeringas "cargadas" con suero fisiológico • Kit de curación (gasas, alcohol, torundas) • Guantes de diferentes tallas
Equipo 5	Diseñadores de espacio Misión: Planear y montar la estación de trabajo. Especificaciones: • Distribución física del espacio • Carteles de bioseguridad • Check-list de procedimiento • Instrucciones paso a paso de organización

2. Desarrollo de la actividad.

Fase 1 Diagnóstico y planeación:

1). Se solicita a cada equipo analizar lo siguiente:

¿Qué debe contener un espacio seguro de simulación?

¿Qué materiales pueden transportarse y montarse fácilmente?





"Educación que genera cambio"

¿Cómo garantizar la bioseguridad en un espacio temporal?

2). Indique a cada equipo elaborar un boceto del laboratorio móvil, considerando:

Área de preparación

Zona de procedimiento

Zona sucia

Ruta de desecho de RPBI simulado

3). El docente realiza retroalimentación inmediata a cada equipo.

Fase 2: Construcción del laboratorio

1. Los equipos montan su espacio utilizando los materiales disponibles. Deben lograr que sea:

- Seguro (bioseguridad nivel básico)
- Funcional (pasos del procedimiento sin interferencias)
- Móvil (puede desmontarse y guardarse)
- Reutilizable (pensado para futuras presentaciones)

Incluye:

- Señalética de zonas
- Organización del material
- Estaciones de práctica
- Flujograma visible de procedimientos

Fase 3: Simulación de procedimientos invasivos

1. El docente organiza a los equipos para realizar una rotación donde practiquen:

A) Venopunción básica en brazo simulado

B) Simulación de aplicación de vacunas (sin aguja)

C) Simulación de toma y etiquetado de muestra

D) Cumplimiento estricto de normas de bioseguridad

2. El docente utiliza un checklist de observación para evaluar:

- Higiene de manos
- Preparación del material
- Técnica correcta de venopunción





"Educación que genera cambio"

- Comunicación con el "paciente"
- Eliminación correcta de material simulado

3. Evaluación y retroalimentación:

1. Al término de la actividad el docente induce al grupo a:

- Reflexionar sobre qué funcionó y qué debe mejorar.
- Comentar cómo su diseño puede guardarse, transportarse y adaptarse.

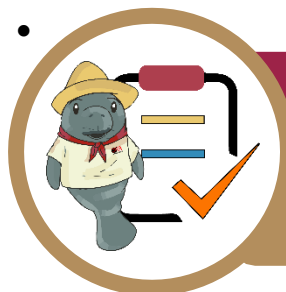
2. El docente retroalimenta con base en técnica, bioseguridad y diseño del laboratorio móvil.

3. El docente solicita a cada equipo entregar un reporte final considerando:

- Fotografías del laboratorio móvil
- Boceto o plano final del diseño
- Checklists completos
- Reflexión escrita:

"¿Qué mejoras recomendaríamos para los próximos grupos?"





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 5: Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura

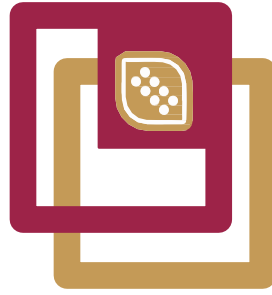
DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)				Matriculas(s)		
Producto: Reporte				Fecha		
Formación Laboral Básica:				Periodo: 2025-2026B		
Nombre del docente:				Firma del docente		
CRITERIO	INDICADORES	VALOR OBTENIDO		PONDERACIÓN	CAL	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
		SI	NO			
1	Diseño de modelos de venopunción funcionales			1		
2	Protocolo de punción para vacunación bien explicado			1		
3	Manejo y desecho correcto de RPBI			1		
4	Espacios del laboratorio móvil bien definidos y funcionales			1		
5	Materiales completos para la simulación			1		
6	Técnica de lavado de manos adecuada			1		
7	Técnica de venopunción adecuada			1		
8	El reporte incluye introducción y conclusiones en las que			1		



"Educación que genera cambio"

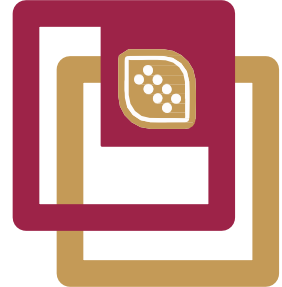
	considere posibles mejoras					
9	El reporte incluye el boceto del diseño del laboratorio móvil			1		
10	El reporte incluye al menos 10 fotografías diferentes de las áreas del laboratorio			CALIFICACIÓN		
Logros				Aspectos de Mejora		





SUBMÓDULO II: CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO





"Educación que genera cambio"

Propósito del Submódulo

Integra habilidades y actitudes de salud alimentaria y nutricional por medio del conocimiento de la bioquímica aplicando de forma responsable los indicadores antropométricos, clínicos y dietéticos para la evaluación nutricional en las diferentes etapas de la vida.

Sugerencias de Evidencias de Evaluación

Propone planes alimenticios de manera creativa aplicando las leyes de la alimentación que promuevan un estilo de vida saludable, mediante la evaluación del estado nutricional de las personas.

Competencia Laboral Básica

Reconoce acciones, medidas y programas de fomento, educación y promoción de la salud alimentaria, considerando las características nutricionales y socioeconómicas de la población, así como las políticas y normas sanitarias existentes para fomentar estilos de vida saludables.



"Educación que genera cambio"
DOSIFICACIÓN PROGRAMÁTICA SUBMÓDULO II

Formación Laboral Básica: Higiene y salud comunitaria

Módulo IV: Práctica en salud II y cuidado del paciente geriátrico.

Submódulo II: Cuidado del paciente geriátrico

Clave: C6CG

Semestre: 6to

Turno: Matutino/ Vespertino

Periodo: 2025 – 2026B



Submódulo	Momento	Tiempo (minutos)	Conocimientos	Semana	Fecha inicio	Observaciones
SUBMÓDULO 2: CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO		20min. 5min. 20min.	Bienvenida Encuadre Exposición de actividad SIGA Reglamento de Instrumentos de evaluación. Evaluación diagnóstica.			
	Apertura	15min. 20min.	Unidad 1. Envejecimiento y dignidad humana 1.1 Concepto de vejez y envejecimiento activo 1.2 Derechos de las personas adultas mayores 1.3 Entorno familiar, social y emocional 1.4 Prevención del abandono y la discriminación 1.5 Sensibilización hacia el adulto mayor (empatía y trato digno)			
		20min.			23 – 27 de	
				8	Marzo de	
					2026	
		100min.				
		100min. min				
		350 min	Unidad 2. Actividad física y bienestar funcional 2.1 Cambios fisiológicos en la vejez 2.2 Beneficios de la actividad física en adultos mayores	9	13 – 17 de Abril de 2026	17 de abril, Reunión de Academia



"Educación que genera cambio"

			2.3 Ejercicios de bajo impacto y movilidad articular 2.4 Prevención de caídas 2.5 Planificación de rutinas físicas seguras			
		350 min	Unidad 3. Alimentación geriátrica 3.1 Requerimientos nutricionales del adulto mayor 3.2 Dietas para enfermedades crónico-degenerativas 3.3 Diseño de un plan alimenticio individualizado 3.4 Hidratación y señales de alerta nutricional	10	20 – 24 de Abril de 2026	
		350 min	Unidad 4. Salud emocional en la vejez 4.1 Depresión, duelo, ansiedad y soledad 4.2 Estrategias de contención emocional	11	27 de Abril - 01 de Mayo de 2026	Suspensión 1 de Mayo
		350 min	4.3 Actividades de integración y socialización 4.4 Comunicación asertiva y acompañamiento 4.5 Inclusión en la comunidad	12	04 – 08 de Mayo de 2026	Suspensión 5 de Mayo
		350 min	Unidad 5. Técnicas de movilización y autocuidado asistido 5.1 Limitaciones de movilidad en la vejez 5.2 Técnicas seguras de movilización, transferencias y deambulación	13	11 - 15 de Mayo de 2026	Suspensión 15 de Mayo

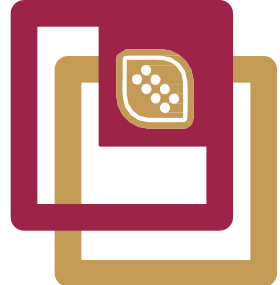




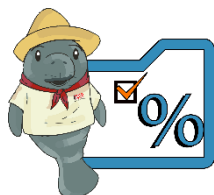
"Educación que genera cambio"

		350 min	5.3 Uso de dispositivos auxiliares (bastón, andador, silla de ruedas) 5.4 Prevención de úlceras por presión 5.5 Apoyo en actividades de la vida diaria con enfoque humanista	14	18 - 22 de Mayo de 2026	Evaluación extraordinaria intersemestral
		350 min	Unidad 6. Proyecto de intervención para un envejecimiento digno 6.1 Integración de actividad física + plan dietético + apoyo emocional 6.2 Diseño de un programa de acompañamiento	15	25 - 29 de Mayo de 2026	
			6.3 Entrega y socialización del proyecto 6.4 Evaluación del impacto del proyecto	16		
				17 y 18	08 - 12 de Junio de 2026	Evaluación sumativa, retroalimentación
				19	15 - 19 de Junio de 2026	Reforzamiento académico 18 de junio Reunión de Academia
				20	22 - 26 de Junio de 2026	Evaluación final
				21	29 de Junio – 3 de julio de 2026	Trabajos colegiados Fin de periodo
	Total	3150 Minutos				





"Educación que genera cambio"
Encuadre Submódulo II



Situación Didáctica	
"De la Teoría a la Práctica con mi Familiar Adulto Mayor"	
Actividades	Puntaje
Evaluación diagnóstica.	NA
Actividad 1 Ensayo "Envejecer con dignidad"	5
Actividad 2 Video tutorial "Activación física"	5
Actividad 3 Mi receta de cuidado nutricional	5
Actividad 4 Campaña escolar "Un día con nuestros adultos mayores"	15
Subtotal	30%
PAEC (Programa, aula, escuela y comunidad)	30%
Examen	10%
Situación de Aprendizaje 1: "Construyendo Nuestro Laboratorio de Práctica Segura"	30%
Reporte con fotografías de la realización de laboratorios móviles y ejecución de técnica de venopunción.	
Total	100%





Situación Didáctica Submódulo II

Título: "De la Teoría a la Práctica con mi Familiar Adulto Mayor"

Propósito de la Situación Didáctica: El estudiante aplicará el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en un caso real y utilizando la metodología de un Portafolio de Evidencias (Bitácora) durante 4 semanas, esté valorando de manera integral (física, emocional y social) a un adulto mayor en su entorno familiar, identificando, priorizando y planificando una intervención de cuidado para promover su salud, autonomía y bienestar emocional.

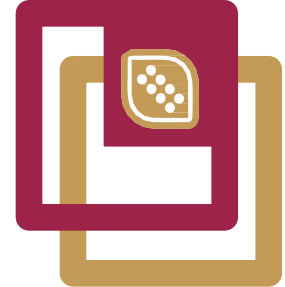
Contexto de la Situación Didáctica:

Dejaremos por un momento los manuales y las aulas para adentrarnos en el hogar, el lugar donde la vida transcurre sin filtros ni uniformes. Nuestro paciente de estudio no será un caso clínico frío en una hoja, sino una persona real, con nombre, historia y, sobre todo, un futuro que todos compartimos. La persona adulta mayor que van a acompañar—ya sea su abuela, su tío, un vecino— no es solo un conjunto de patologías o de signos vitales. Esa persona que tal vez hoy camina despacio, ayer bailó toda la noche. La que tiene una piel frágil y arrugada, antes sostuvo un bebé, trabajó arduamente o construyó un hogar. Las manos que necesitan apoyo para sostener un vaso, alguna vez escribieron cartas de amor o levantaron pesas. El envejecimiento no es una derrota, es una acumulación de victorias y cicatrices. Su tarea en este proyecto no es solo aplicar escalas o medir riesgos. Su tarea fundamental es MIRAR DE VERDAD.

Preguntas de Conflicto Cognitivo, Reflexión y Evaluación

- 1.- ¿Qué factores en su estilo de vida (alimentación, actividad social, ejercicio) crees que más contribuyen a mantener una **edad funcional menor**?
- 2.- ¿Cómo se relaciona la Polifarmacia con el riesgo de Caídas?
- 3.- ¿Por qué el adulto mayor a menudo minimiza el dolor o la tristeza, y cómo debe el personal de enfermería **ir más allá de la respuesta verbal** para valorar el bienestar?"
- 4.- ¿Cómo los factores externos (economía, seguridad del vecindario) influyen en el riesgo de caída de tu familiar, demostrando la importancia de la **Prevención Quinaria**?"





"Educación que genera cambio"
Evaluación diagnóstica Submódulo II



NOMBRE _____ GRUPO: _____

Lee cuidadosamente cada pregunta y responde de acuerdo con tus conocimientos previos.

Parte I. Preguntas de opción múltiple

1. ¿Qué se entiende por ciclo vital humano?

- a) Un proceso que inicia en la adolescencia y termina en la vejez.
- b) Un proceso biológico que abarca desde el nacimiento hasta la muerte.
- c) Un conjunto de etapas que solo implican cambios físicos.
- d) Un proceso que solo afecta a los seres humanos.

2. Según la OMS, el envejecimiento es:

- a) Un proceso que puede detenerse con hábitos saludables.
- b) El resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo.
- c) Una enfermedad que afecta a las personas mayores.
- d) Un fenómeno exclusivamente psicológico.

3. El concepto de envejecimiento activo busca:

- a) Acelerar el proceso de envejecimiento.
- b) Promover la dependencia de las personas mayores.
- c) Mejorar la calidad de vida mediante la participación y la salud.
- d) Limitar la participación social de los adultos mayores.

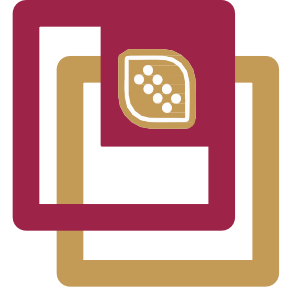
4. ¿A partir de qué edad se considera que inicia la vejez según el INAPAM?

- a) 50 años
- b) 55 años
- c) 60 años
- d) 65 años

5. ¿Cuál de los siguientes factores forma parte de los determinantes del envejecimiento activo?

- a) Factores económicos y sociales
- b) Factores genéticos únicamente
- c) Factores políticos y religiosos
- d) Factores tecnológicos



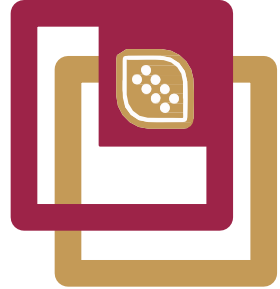


"Educación que genera cambio"

Parte II. Verdadero o Falso

6. La vejez es una etapa de la vida caracterizada únicamente por el deterioro físico.
☐ Verdadero ☐ Falso
7. El envejecimiento activo incluye intervenciones desde distintos sectores para mejorar la calidad de vida.
☐ Verdadero ☐ Falso
8. El término "persona adulta mayor" fue adoptado en México para sustituir palabras consideradas discriminatorias.
☐ Verdadero ☐ Falso
9. El ciclo vital no incluye la muerte como parte del proceso natural de la vida.
☐ Verdadero ☐ Falso
10. La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) busca promover vidas más largas y saludables.
☐ Verdadero ☐ Falso





"Educación que genera cambio"

1. Envejecimiento y dignidad humana

1.1 Concepto de vejez y envejecimiento activo

En México, la vejez se establece generalmente a partir de los **60 años** según el INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores).

Características:

- Conlleva cambios significativos a nivel biológico, psicológico y social.
- Implica una disminución gradual de la reserva funcional del organismo, haciéndolo más susceptible a enfermedades y fragilidad.
- Periodo marcado por la pérdida de roles (jubilación, pérdida de seres queridos), pero también por la adquisición de nuevos roles (abuelos, mentores).

Para poder comprender el concepto de envejecimiento como un proceso dentro del cual se encuentra la vejez, es importante comprender el ciclo de vida humano. Esto es de total relevancia en la actualidad debido a que por mucho tiempo se ha denominado a las personas mayores con palabras que las discriminan o denigran.

Ciclo vital: proceso de los seres vivos que abarca desde el nacimiento hasta la vejez y finaliza con la muerte. El ciclo vital involucra una serie de crecimiento biológico, psicológico y social (Rodríguez Daza, 2011)

De acuerdo con la OMS el **envejecimiento** es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Para ello Rodríguez Daza, 2011, sugiere el concepto de **envejecimiento**

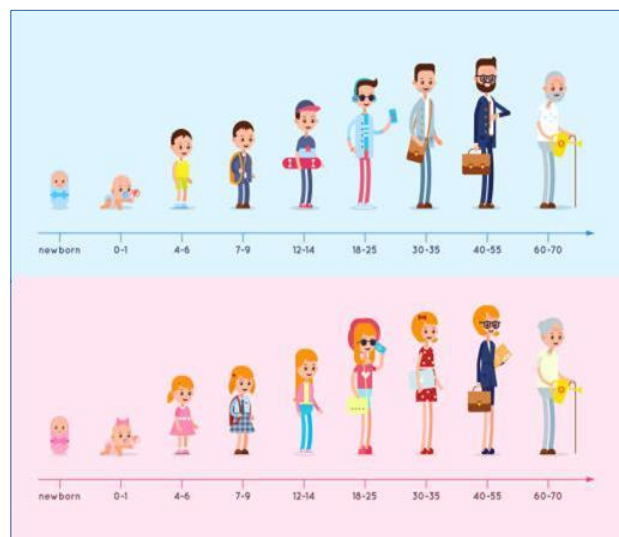


Imagen 1.1 Ciclo de vida. Generada por IA





"Educación que genera cambio"

activo como una estrategia creada para contrarrestar la problemática general de la población de personas mayores; incluye intervenciones desde diferentes sectores con distintas estrategias que influyen de forma positiva en los determinantes del envejecimiento activo: 1 "género y cultura, salud y sistema de servicios sociales, factores económicos, ambiente físico, factores personales, del comportamiento, y el ambiente social". Todo esto para resultar en una mejor calidad de vida del adulto mayor. Según Rodríguez Daza vejez es la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción.



Imagen 1.2 Estilos de vivir la vejez. Generada por IA

1.2 Derechos de las personas adultas mayores.

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargara de liderar su puesta en práctica. La Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables.



"Educación que genera cambio"



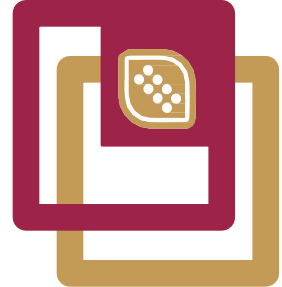
Imagen 1.3 Derechos de los adultos mayores. Generada por IA

En México el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) creó los Consejos de Ancianos donde se pensaba aprovechar igualmente los conocimientos de éstos; sin embargo, los legisladores consideraron que los términos senecto y anciano eran demeritorios por lo que en la Legislación mexicana se acordó utilizar persona adulta mayor para aquellas mayores de 60 años de edad.

1.3 Entorno Familiar, social y emocional.

Enfoque familiar: Las personas mayores deben enfrentar la situación donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto, tienden a vivir solos, sin embargo, si por el contrario viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminados y poco útiles. Por lo anterior la propuesta de formar núcleos familiares donde se adquieran acciones de convivencia y lazos fraternos con las personas mayores que ayudan a disminuir el aislamiento y la soledad.

Enfoque Social: La sociedad actual relaciona la vejez con el comienzo de enfermedades, la disminución o el término de la vida productiva, son algunos de los elementos que resultan fundamentales en las representaciones que constituyen los ancianos. La globalización, los avances tecnológicos (por ejemplo, en el transporte y las comunicaciones), la urbanización, la migración y los cambios en las normas de género influyen en la vida de las personas mayores de formas tanto directas como indirectas. Una respuesta de salud pública debe hacer balance de las tendencias actuales y futuras y encuadrar sus políticas en consecuencia (OMS).



"Educación que genera cambio"

Enfoque emocional: El proceso de envejecimiento es una etapa natural de la vida que puede estar acompañada de diversos cambios emocionales y psicológicos. la gestión adecuada de las emociones es de suma importancia para promover el bienestar emocional en la vejez y el envejecimiento activo y saludable. La gestión emocional es un aspecto fundamental para el bienestar y la salud a lo largo de la vida, permite a las personas enfrentar, resolver, responder y adaptarse de manera adecuada a diversas situaciones, así como establecer relaciones interpersonales.



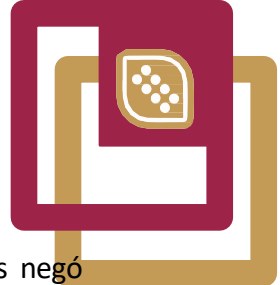
Esquema 1.1 Entorno de los adultos mayores. Gómez, E.

1.4 Prevención del abandono y la discriminación.

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) hace un llamado a erradicar la gerontofobia debido a que excluye y limita los derechos humanos de las personas mayores de ámbitos como el laboral, educativo o de atención médica, lo que también deriva en violencia por abandono, exclusión social y discriminación.

El 15 de junio se conmemora el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez y sobre este tema la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis 2022) revela que en México:





"Educación que genera cambio"

- Cuatro de cada 10 personas mayores dijeron que en los últimos cinco años se les negó injustificadamente alguno de sus derechos.
- Cuatro de cada 10 personas mayores aseguraron haber sido discriminadas al momento de buscar empleo.
- Siete de cada 10 mujeres de 60 años de edad declararon que fueron discriminadas por su edad.
- En los últimos cinco años, 7.1 por ciento de las mujeres mayores en México dijeron que fue insultada o molestada por su edad.
- El principal problema que dijeron enfrentar es que su pensión no les alcanza para cubrir sus requerimientos básicos.



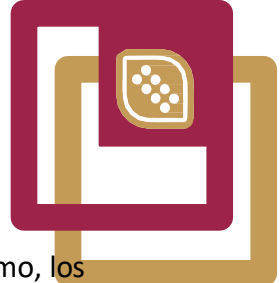
Imagen 1.4 CONAPRED. <https://share.google/U2jtViMNtpnvMQGg>

El especialista en derechos humanos del Conapred, Ignacio Cuevas de la Garza, advirtió que la gerontofobia genera un problema social que es comunitario y limita a las personas mayores a seguir con autonomía y libertad el desarrollo de su vida y actividades.

1.5 sensibilización hacia el adulto mayor

El maltrato de las personas mayores es un problema social que existe en los países en desarrollo y desarrollados y, por lo general, no se notifica suficientemente en todo el mundo. Las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de las personas mayores tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo que tienen una especificidad cultural.





"Educación que genera cambio"

El aislamiento social, el deterioro cognitivo, la falta de autonomía personal, el analfabetismo, los problemas de convivencia en el entorno familiar o la falta de información o motivación para la autoprotección también son factores que se relacionan con el maltrato hacia personas mayores (2).

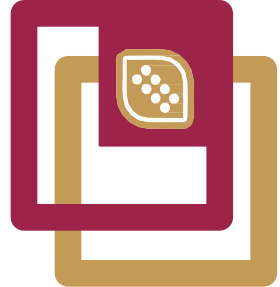
Recurso didáctico sugerido



Envejecer con dignidad

<https://www.youtube.com/watch?v=RBreyizjQ1k>





"Educación que genera cambio"
Actividad 1. Ensayo "Envejecer con dignidad"



Instrucciones: Solicite a los estudiantes que, de manera individual, realicen un ensayo en base a lo observado en el video anterior, en donde mencionen de igual manera las acciones a realizar para mejorar el entorno de algún adulto mayor cercano a su familia.

Ensayo: Envejecer con Dignidad

*Envejecer con dignidad es asegurar la **autonomía, la participación y el respeto incondicional** del adulto mayor, trascendiendo la mera supervivencia biológica. La dignidad es un derecho esencial que exige la acción de la sociedad y del propio individuo.*

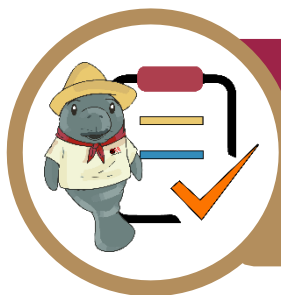
*La dignidad se cimienta en la **autonomía funcional**. Aun en situaciones de dependencia física, el adulto mayor debe mantener el control sobre sus decisiones y su plan de cuidados. Cuidar con dignidad significa evitar el paternalismo y asegurar que la persona sea el protagonista de su propia vida, protegiendo su identidad y valor moral.*

*El principal enemigo de la dignidad es el **edadismo** (discriminación por edad). Este prejuicio reduce a la persona a un estereotipo de fragilidad o "carga", limitando su participación social y bienestar mental, lo cual contradice el concepto de **Envejecimiento Activo**. Combatir el edadismo es fundamental para reconocer la valía y el potencial continuo de los mayores.*

*Finalmente, en la **fragilidad**, la dignidad depende de la calidad del cuidado. El personal de salud y los familiares deben practicar la **ética del cuidado**, manifestada en actos de respeto, paciencia y escucha activa. Preservar la intimidad y la privacidad, incluso en procedimientos invasivos, es esencial para que la tecnología y los tratamientos nunca despojen al individuo de su valor humano.*

En conclusión, envejecer dignamente es una responsabilidad colectiva. Requiere que la sociedad fomente la autonomía, erradique los prejuicios y brinde un cuidado ético. La manera en que honramos la dignidad de nuestros mayores hoy, define el estándar de respeto que aseguramos para nuestro propio futuro.





INSTRUMENTO DE EVALUACION

LISTA DE COTEJO

Actividad 1. Ensayo "Envejecer con dignidad"

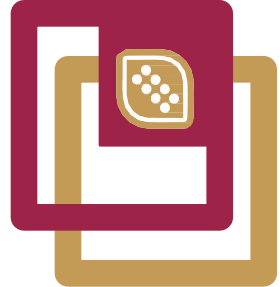
DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)					Matriculas(s)	
Producto: Reporte					Fecha	
Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria					Periodo:2025-2026B	
Nombre del docente:					Firma del docente	
Criterio de Evaluación	Puntos a Revisar	Cumple (Sí/No)		CAL	Ponderación	Observaciones
I. Análisis del Contenido Audiovisual (40%)						
1. Identificación de la Fuente	El ensayo menciona el título del video, su fuente (ej. canal de YouTube, documental, etc.) y/o el orador principal en la introducción o en una cita.					
2. Integración de Ideas Centrales	El ensayo retoma y desarrolla las tres ideas o argumentos principales presentados en el video.					
3. Uso de Evidencia Visual/Verbal	Se hace referencia a un momento, escena o testimonio específico del video para respaldar un argumento del ensayo (ej. "Como se mostró en el minuto 4:15...").					
4. Postura Crítica (Acuerdo/Desacuerdo)	El estudiante expresa una postura (tesis) que va más allá de resumir el video, mostrando acuerdo, desacuerdo o					



"Educación que genera cambio"

	una extensión de las ideas presentadas.					
II. Estructura y Argumentación (40%)						
5. Introducción y Tesis	La introducción es clara, contextualiza el video y culmina con la tesis propia del estudiante.					
6. Desarrollo Argumentativo	El desarrollo contiene al menos tres párrafos temáticos, cada uno con una idea principal que se relaciona con la tesis y el video.					
7. Conclusión y Reflexión	La conclusión resume los puntos clave, reafirma la tesis y ofrece una reflexión ética o propuesta de solución/acción.					
8. Coherencia y Flujo	Las ideas están conectadas lógicamente, usando conectores textuales para asegurar la fluidez del argumento.					
III. Lenguaje y Formato (20%)						
9. Uso de Conceptos Clave	Se emplean correctamente los términos académicos y gerontológicos pertinentes (ej. dependencia, autonomía, fragilidad).					
10. Ortografía y Gramática	El texto presenta ortografía, sintaxis y puntuación correctas.					
11. Lenguaje Respetuoso	Se utiliza un lenguaje formal y respetuoso, evitando términos despectivos o estereotipos hacia el adulto mayor.					
Puntuación Final:						





"Educación que genera cambio"

2. Actividad física y bienestar funcional

2.1 Cambios fisiológicos en la vejez

Los ritmos fisiológicos se alteran con el envejecimiento y en el sueño puede inducir sincronización, provocando sueño en las personas adultas mayores hasta dos horas antes que en los jóvenes. La secreción regular de gonadotrofinas coriónicas, hormona de crecimiento, tirosina, melatonina y ACTH se atenúan con la edad.

1. Sistema Cardiovascular

- Corazón: El músculo cardíaco se vuelve menos elástico y más rígido (hipertrofia ventricular izquierda). Disminuye la sensibilidad a los estímulos nerviosos que aceleran el ritmo cardíaco.
- Vasos Sanguíneos: Aumento de la rigidez de las arterias (arterioesclerosis), lo que provoca un aumento de la Resistencia Vascular Periférica.
- Efecto Clínico: Aumento de la Presión Arterial Sistólica (Hipertensión), disminución de la capacidad del corazón para responder al estrés o al ejercicio (menor Gasto Cardíaco máximo).

2. Sistema Respiratorio

- Pulmones: Disminución de la elasticidad pulmonar y rigidez de la caja torácica. Los músculos respiratorios (intercostales y diafragma) se debilitan.
- Capacidad: Disminuye la Capacidad Vital y la eficacia del intercambio gaseoso.
- Efecto Clínico: Menor capacidad para toser y eliminar secreciones, aumentando el riesgo de infecciones respiratorias (neumonía).

3. Sistema Nervioso Central (SNC)

- Cerebro: Disminución del peso cerebral y pérdida de algunas neuronas (atrofia cerebral). Disminuye la velocidad de conducción nerviosa.
- Memoria: Disminución de la memoria reciente y de la velocidad de procesamiento de la información (lentitud cognitiva). La memoria de largo plazo suele estar bien conservada.





"Educación que genera cambio"

- Sueño: Reducción de las fases de sueño profundo (REM), lo que puede llevar a despertar nocturno frecuente (insomnio).

4. Sistema Musculoesquelético

- Músculos: Pérdida de masa y fuerza muscular (aproximadamente 3% por década después de los 30 años), fenómeno conocido como Sarcopenia.
- Huesos: Pérdida de masa ósea (más pronunciada en mujeres después de la menopausia), aumentando el riesgo de Osteoporosis y fracturas.
- Articulaciones: El cartílago se desgasta, causando dolor y rigidez articular (Osteoartritis).
- Efecto Clínico: Debilidad, inestabilidad y alto riesgo de caídas.

5. Sistema Renal y Urinario

- Riñones: Disminución del tamaño renal y del número de nefronas. Esto reduce la capacidad de los riñones para filtrar la sangre (disminución de la Tasa de Filtración Glomerular).
- Vejiga: Disminución de la elasticidad de la vejiga y de su capacidad de almacenamiento.
- Efecto Clínico: Menor capacidad para eliminar medicamentos y toxinas (mayor riesgo de toxicidad farmacológica) y urgencia urinaria (que puede llevar a incontinencia).

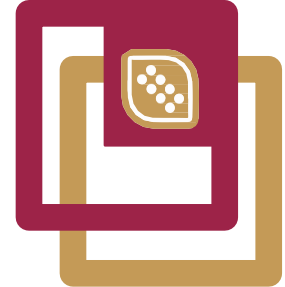
6. Sistema Inmunológico

- Inmunosenescencia: El sistema inmunológico se vuelve menos eficiente (fenómeno llamado inmunosenescencia).
- Efecto Clínico: Aumento de la susceptibilidad a infecciones y menor respuesta a las vacunas. Las infecciones pueden presentarse de forma atípica (ej. sin fiebre).

7. Sistema Endocrino y Metabólico

- Metabolismo: Disminuye la tasa metabólica basal. Aumenta la resistencia a la insulina, incrementando el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Efecto Clínico: Mayor facilidad para ganar peso corporal y alteración en el manejo de la glucosa.





"Educación que genera cambio"

2.2 Beneficios de la actividad física en adultos mayores

Como se expuso anteriormente, las personas mayores se ven rodeadas de un sinnúmero de circunstancias como las enfermedades crónicas no transmisibles, la pérdida de la capacidad funcional, el sedentarismo, la exclusión social y la disminución de la participación en un rol económico y en la comunidad, lo cual afecta la calidad de vida.

Existen diferentes estudios que demuestran que los programas de ejercicio aeróbico y de resistencia traen grandes beneficios para la salud, como la reducción del riesgo cardiovascular, de sufrir diabetes, hipertensión u obesidad; aumentan la densidad ósea, la masa y la fuerza muscular, el metabolismo energético, el fitness cardiovascular, el consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx), las capacidades funcionales, los niveles de actividad física espontánea, la participación en actividades de la vida diaria y el bienestar psicológico y social; y además ayudan a mantener la independencia. (Rodríguez Daza 2011).



Imagen 2.1 Activación física para adultos mayores. IA

2.3 Ejercicios de bajo impacto y movilidad articular.

Definimos como los ejercicios de bajo impacto a los movimientos o actividades fluidas que no ejercen demasiada presión en las articulaciones.

El ejercicio cardiovascular es fundamental para la calidad de vida, ayuda a mantener un corazón fuerte, controla la presión arterial y mejora la circulación. Además, mejora la capacidad pulmonar, lo que proporciona a las personas mayores energía para las actividades cotidianas.





"Educación que genera cambio"

La recomendación general de la OMS es que los adultos mayores realicen al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, además de ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos días a la semana.

Algunos ejercicios cardiovasculares ideal de bajo impacto para personas mayores incluidos:

- Caminando
- ¿Nadar
- Ciclismo
- Baile
- Ejercicios en silla

2.4 Prevención de caídas.

Los Adultos Mayores son más propensos a sufrir caídas, siendo las causas más comunes la debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, enfermedades del corazón (como presión baja y alta), disminución de la visión, el uso de bastones y andaderas de forma inadecuada; además de los efectos de algunos medicamentos, entre muchos otros.



Esquema 2.1 Tipos de caídas en adultos mayores.

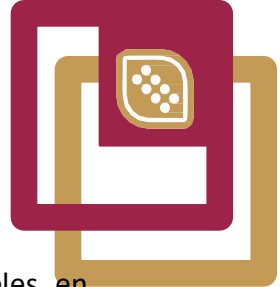
La prevención de caídas en personas adultas mayores tiene como finalidad la disminución o eliminación del riesgo, detener su avance y atenuar las consecuencias en caso ocurrencia; esta se divide en cinco niveles:



"Educación que genera cambio"

I. La Base: Prevención Primaria (Fortaleciendo o la Roca)	Se dirige a la persona activa y sana . Nuestro objetivo aquí es evitar que la primera caída siquiera suceda. Esto se logra fortaleciendo la base del individuo: promoviendo el Envejecimiento Activo con ejercicio que mejore la fuerza y el equilibrio, y educando sobre los peligros que acechan en el hogar. Se trata de instalar pasamanos <i>antes</i> de que se necesiten y de revisar los medicamentos <i>antes</i> de que causen mareos. Es la prevención en su estado más puro y proactivo.
II. La Detección: Prevención Secundaria (A tiempo de Desviar el Peligro)	Se activa cuando la persona ya muestra señales de vulnerabilidad (es frágil) o ha tenido el primer tropiezo . Aquí no solo prevenimos, sino que identificamos y medimos el riesgo. El equipo de salud aplica herramientas como la Valoración Geriátrica Integral y las escalas de riesgo para determinar qué tan cerca está la persona de volver a caer. La intervención se vuelve específica: se prescriben ejercicios dirigidos a la debilidad muscular detectada y se revisan las causas de esa primera caída para corregirlas de inmediato.
III. La Limitación del Daño: Prevención Terciaria (Resurgir tras la Adversidad)	Cuando la caída sucede y es grave (ejemplo: una fractura de cadera), entramos en la prevención terciaria. El objetivo ha cambiado: ahora es limitar el daño, restaurar la funcionalidad y evitar que esa lesión genere una dependencia permanente. Es la etapa de la rehabilitación intensiva , donde la fisioterapia, la terapia ocupacional y el manejo del dolor trabajan para que la persona recupere la marcha, aprenda a usar sus ayudas técnicas (andadores o bastones) y supere el miedo a caer , que a menudo inmoviliza más que la lesión física misma.
IV. La Vigilancia Ética: Prevención Cuaternaria (El Cuidado del Cuidador)	Esta capa es crucial y se centra en los riesgos generados por el propio sistema de salud (la iatrogenia). El adulto mayor, al ser frágil, es extremadamente sensible a los efectos secundarios de los medicamentos. La prevención cuaternaria se convierte en una vigilancia ética : ¿Estamos dando demasiados fármacos (polifarmacia)? ¿Hay un sedante que está causando la inestabilidad y el riesgo de caída? Se trata de la desprescripción activa de medicamentos innecesarios y de evitar intervenciones invasivas o la sujeción física, que a menudo causan más daño que beneficio.
V. La Equidad: Prevención Quinaria (Combatiend o las Barreras Sociales)	Finalmente, la capa quinaria mira más allá del cuerpo y el hospital, enfocándose en la justicia social . Las caídas a menudo son consecuencia de un entorno hostil: viviendas inseguras, falta de dinero para comprar un andador, aislamiento social. Esta prevención se enfoca en eliminar las barreras socioeconómicas y ambientales que ponen en riesgo a los más vulnerables. Es abogar por políticas de vivienda accesible, programas que combatan la pobreza y sistemas de transporte seguros, reconociendo que la dignidad del adulto mayor comienza con la equidad de las oportunidades.





"Educación que genera cambio"

Se pueden categorizar los daños y consecuencias de la lesión tras una caída en seis niveles, en función de las necesidades clínicas de la persona que la padece (4).

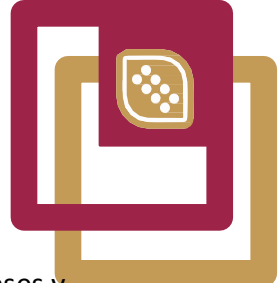


Esquema 2.2 Daños y consecuencias de una caída en adultos mayores.

2.5 Planificación de rutinas físicas seguras.

Aunque es muy necesario iniciar a moverse de forma activa lo antes posible, es indispensable contar con una previa valoración médica que considere condición física, nivel de actividad, factores de riesgo, hábitos, motivaciones, deseos, entre otros aspectos; lo que permite adaptar la actividad a sus necesidades y contexto; por el contrario, las personas que presentan estos factores no necesitan de forma estricta esta valoración, sin embargo se recomienda visiten a su médico antes de comenzar a realizar ejercicio.





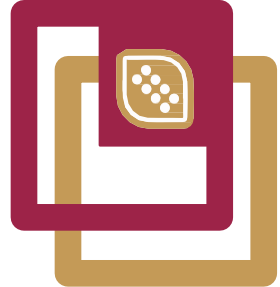
"Educación que genera cambio"

En la siguiente tabla se puede elegir el tipo de ejercicio que se amolde a los deseos, intereses y necesidades de cada persona:

Tipo de ejercicio	Actividad	Intensidad		
		Baja	Moderada	Alta
Calentamiento	Ejercicio donde se pueda mover todo el cuerpo o los músculos implicados en el ejercicio aeróbico planeado.			
Aeróbico	Caminar	X		
	Bicicleta fija	X		
	Bailar		X	
	Caminar a paso ligero		X	
	Aerobics acuático		X	
	Pasear en bicicleta		X	
	Tenis (dobles)		X	
	Natación			X
	Trotar o correr			X
	Ciclismo			X
	Subir escaleras			X
	Saltar la cuerda			X
	Aerobics			X
Fuerza	Ejercicio con bandas elásticas			
	Subir escaleras			
	Sentarse y levantarse de la silla			
	Transportar objetos			
	Ejercicio con pesas libres			
	Ejercicio con el peso propio			
Equilibrio	Pararse sobre un pie (sujetándose de una superficie firme)			
	Pararse en "talón a punta"			
	Pasar de posición sentada a de pie			
	Ejercicios oculares (cabeza inmóvil)			
	Movimientos de la cabeza y ojos			
	Movimientos de brazo y cuerpo (sentado)			
	Tai chi			
Estiramiento	Yoga			
	Se debe realizar el estiramiento de cada parte del cuerpo implicada en el ejercicio previo (duración total de 15 a 20 minutos), mantener la posición durante 5 o 10 segundos y descansar 5 o 10 segundos entre cada uno. Es necesario repetir cada estiramiento dos veces.			

Tabla 2.1 Relación de actividad con tipo de ejercicio y su intensidad.





"Educación que genera cambio"

Actividad 2. Video Tutorial "Activación física"



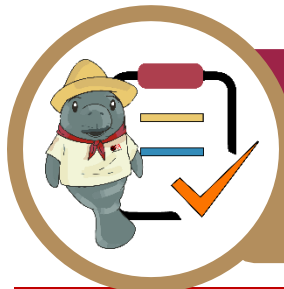
Instrucciones: Solicite a los estudiantes que, se organicen en equipos de 5 integrantes para realizar un video tutorial que muestre una rutina de ejercicios que puedan realizar en casa para activarse físicamente, considerando diversas condiciones en los adultos mayores.

Recurso didáctico sugerido



La OMS lanza programa para el envejecimiento saludable |
Noticias con Yuriria Sierra
https://www.youtube.com/watch?v=YVC_4yaHD2U





INSTRUMENTO DE EVALUACION

RUBRICA

Actividad 2. "Video Tutorial "Activación física"

DATOS GENERALES		
Nombre(s) del alumno (s)		Matriculas(s)
Producto: Reporte		Fecha
Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria		Periodo:2025-2026B
Nombre del docente:		Firma del docente

Criterio de Evaluación	Nivel 4: Excelente (100%)	Nivel 3: Satisfactorio (80%)	Nivel 2: Suficiente (60%)	Nivel 1: Deficiente (0-50%)	Puntuación Obtenida
I. Contenido y Pertinencia Geriátrica (40%)					
1. Seguridad y Adaptación (15%)	Todos los ejercicios son seguros, adecuados para la funcionalidad promedio del adulto mayor (ej. se usan sillas, pared) y se ofrecen variaciones para diferentes niveles de capacidad.	La mayoría de los ejercicios son seguros, pero se omiten algunas adaptaciones importantes para niveles de fragilidad.	Incluye ejercicios que podrían ser riesgosos (ej. movimientos bruscos, riesgo de desequilibrio) o no utiliza apoyos básicos (silla).	El video es peligroso o inapropiado para el adulto mayor (ej. exige alta intensidad o movimientos complejos).	
2. Foco en la Funcionalidad (15%)	El video incluye ejercicios que trabajan específicamente: fuerza, equilibrio y flexibilidad, justificando verbalmente el beneficio de cada uno.	Incluye ejercicios de fuerza y flexibilidad, pero descuida o minimiza el trabajo de equilibrio, esencial para la prevención de caídas.	Se centra solo en estiramientos o movimientos muy básicos sin trabajar la fuerza o el equilibrio.	El video no tiene una estructura de ejercicios funcional ni objetivos claros.	



"Educación que genera cambio"

3. Duración y Estructura (10%)	El video tiene una duración adecuada (ej. 10-15 minutos) e incluye fases claras: calentamiento, parte principal y enfriamiento (vuelta a la calma).	El video incluye las tres fases, pero el calentamiento o el enfriamiento son demasiado breves o superficiales.	No hay una distinción clara entre calentamiento/enfriamiento; los ejercicios inician y terminan abruptamente.	La duración es excesivamente corta o larga, y la estructura es caótica.	
II. Habilidades de Comunicación (30%)					
4. Instrucciones Verbales (15%)	Las instrucciones son claras, lentas, sencillas y se utiliza un tono de voz motivador y respetuoso. Se ofrecen recordatorios constantes sobre la respiración y la postura.	Las instrucciones son correctas, pero a veces son muy rápidas, lo que podría dificultar el seguimiento por parte del adulto mayor.	El lenguaje es técnico o el tono es monótono. Se dan instrucciones incompletas o se omiten recordatorios clave (respiración).	Las instrucciones son confusas, y el tono es irrespetuoso o infantil.	
5. Demostración Visual (15%)	El alumno demuestra los ejercicios de frente y de perfil (si aplica) con movimientos exagerados y precisos. El plano de la cámara siempre muestra el cuerpo completo.	La demostración es correcta, pero en algunos ejercicios el plano de la cámara es deficiente (ej. corta parte del cuerpo importante).	La demostración es vaga o el alumno no muestra la postura correcta, lo que podría inducir a errores o lesiones.	No hay demostración clara, o el alumno se ve distraído.	
III. Calidad Técnica y Edición (30%)					
6. Audio y Música (10%)	El audio del instructor es limpio, sin ruidos de fondo. La música, si existe, es suave, instrumental y no interfiere con las instrucciones verbales.	El audio es claro, pero hay momentos de ruido de fondo o la música es ligeramente distractora.	El audio es deficiente (demasiado bajo, eco, etc.). La música es ruidosa o inadecuada para la actividad.	El audio es incomprensible.	
7. Iluminación y Escenario (10%)	El escenario es ordenado, bien iluminado y libre de distractores. El fondo es neutro.	La iluminación es aceptable, aunque el fondo podría ser más neutro o tiene elementos	La iluminación es insuficiente (demasiada sombra) o el escenario está desordenado y	La calidad visual es muy pobre.	





"Educación que genera cambio"

		ligeramente distractores.	distrae del ejercicio.		
8. Edición y Títulos (10%)	El video está bien editado, la transición es fluida y, si se usan textos en pantalla, son grandes y legibles.	El video es funcional, pero la edición es simple o las transiciones son bruscas.	El video presenta errores de edición evidentes (cortes mal hechos, saltos).	El video no ha sido editado o presenta fallas técnicas graves.	
Puntuación Total					/100



3. Alimentación geriátrica

3.1 Requerimientos nutricionales del adulto mayor.

La cantidad de requerimientos nutricionales en las personas adultas mayores no distan mucho de las establecidas para la población en general, pero deben considerarse aquellas situaciones que requieran ajustes específicos tomando en cuenta el estado de salud de la persona adulta mayor y respetar de igual manera sus gustos, costumbres y situación social. Por lo que además de las recomendaciones que se proponen en este documento, la valoración por un profesional de la materia abonará en una atención personalizada y un plan nutricional específico.

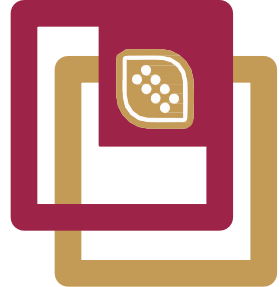


Energía (kcal/ kg de peso / día)	25 -40
% calorías de grasa	< 30
% calorías de carbohidratos	> 55
Proteínas (g/ kg de peso/ día)	0.6- 0.7
Agua (litros/día)	1.8 – 2.8
Fibra (g/día)	28 – 34
Sodio (g/día)	1.5 – 2.3
Calcio (mg/día)	1.0 – 1.2
Vitamina D (UI/día)	200 (5 mcg/día)
Vitamina B12 (mcg/día)	1.3
Folatos (mcg/día)	400



Energía (kcal/ kg de peso / día)	25-30
% calorías de grasa	25 – 30
% calorías de carbohidratos	50
Proteínas (g/ kg de peso/ día)	1 – 1.25
Agua (litros/día)	1.5 – 2
Fibra (g/día)	25 – 35
Sodio (g/día)	3.5
Calcio (mg/día)	1.2
Vitamina D (UI/día)	> 800 (20 mcg/día)
Vitamina B12 (mcg/día)	2.4
Folatos (mcg/día)	400

Imagen 3.1 Requerimientos por edad.



"Educación que genera cambio"

3.2 Dietas para enfermedades crónico-degenerativas.

Durante el envejecimiento, se producen diversos cambios como el aumento o disminución de órganos internos, tejidos musculares y tejidos óseos de nuestro organismo, resultado de alteraciones metabólicas y alimentarias, de sus capacidades funcionales, en ocasiones por la polifarmacia y por la situación socioeconómica, que afectan al estado nutricional de las personas y que en varios casos coinciden con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Por ello, es esencial que exista un estado nutricional óptimo en la vejez, para obtenerlo es necesaria una alimentación adecuada. En la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, "Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación", se establecen las características de una dieta correcta, derivándose de ésta el "Plato del Bien Comer" para la orientación alimentaria de la población.

3.3 Diseño de un plan alimenticio individualizado.

Con la edad, es posible no tener mucha sed como antes. Por lo tanto, aunque no haya tal necesidad es importante mantener la ingesta de agua y otros líquidos. A menos que el médico por prescripción limite los líquidos, tomar líquidos a lo largo del día, como sopas bajas en grasa a manera de refrigerio, beber un vaso de agua cuando tome una pastilla, tomar sorbos de agua, leche o jugo entre bocados durante una comida, etc.

Para lograr una alimentación saludable, con cantidad y calidad idónea de los nutrimentos que las personas adultas mayores requieren para mantener y/o mejorar su estado de salud y su calidad de vida, se debe considerar que una dieta es correcta cuando contempla las siguientes características (Secretaría de Salud [SSA], 2012; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2008).

3.4 Hidratación y señales de alerta nutricional.

El agua no proporciona valor calórico en la dieta, sin embargo, se considera un nutriente al contener algunos minerales (calcio, fósforo, magnesio, flúor) y electrolitos (sodio, potasio, cloro, etcétera).

Las personas adultas mayores son susceptibles a la deshidratación cuando se alteran los mecanismos reguladores del control de la sed, generando una percepción o sensación de sed retardada o saciedad prematura al percibirla. Además de que problemas como la incontinencia



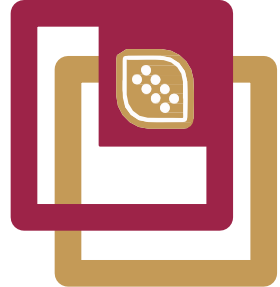
urinaria y su impacto en la calidad de vida de las personas adultas mayores puede condicionar a una disminución voluntaria de la ingesta de líquidos.

Aunque para la población en general se recomienda al menos la ingesta de 2 a 2.5 litros de agua al día, en el caso de las personas adultas mayores se recomiendan alrededor de 1 litro y medio. Sin embargo, se debe contar con el respaldo de una valoración especializada en caso de presentar alguna condición donde estos requerimientos deban presentar mayor restricción o meritén una mayor ingesta (7).



Imagen 3.2 Alimentación saludable en adultos mayores.





"Educación que genera cambio"

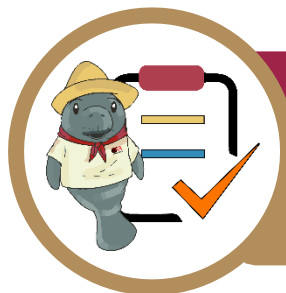
Actividad. 3 "Mi Receta de Cuidado Nutricional!"



Instrucciones: El estudiante debe **investigar, adaptar y preparar** una receta de alimento saludable, aplicando los conocimientos de nutrición y las restricciones dietéticas específicas del adulto mayor asignado (o su familiar), garantizando la seguridad alimentaria y promoviendo el bienestar.

- **Revisión del Expediente:** El estudiante debe revisar la valoración de las Semanas 1 y 2 del Portafolio de Cuidado Geriátrico, enfocándose en los antecedentes patológicos del paciente (Diabetes, Hipertensión, problemas de masticación/digestión, etc.).
- **Investigación y Selección:** El alumno investiga una receta que sea adecuada para un tiempo de comida específico (ej. desayuno, colación o cena ligera).
- **Adaptación Nutricional:** El alumno debe adaptar la receta original, asegurándose de que:
 - **No use alimentos prohibidos** (ej. exceso de sodio para hipertensos, azúcares simples para diabéticos).
 - **Ajuste la consistencia** (si el adulto mayor tiene problemas de deglución o masticación).
 - **Priorice nutrientes** esenciales para el adulto mayor (ej. proteína para combatir la sarcopenia, fibra para la digestión).
- **Preparación y Documentación:** El alumno prepara la receta en casa. **Debe documentar el proceso** con fotografías o un video corto (máximo 1 minuto), mostrando los ingredientes, el proceso y el resultado final.
- **Ficha Técnica y Justificación:** Creación de una Ficha Técnica de la receta que incluya la justificación de por qué es un alimento ideal para su paciente, citando los beneficios nutricionales.
- **Presentación:** El estudiante presenta la Ficha Técnica y las evidencias visuales al grupo/profesor.





INSTRUMENTO DE EVALUACION

LISTA DE COTEJO

Actividad. 3 "Mi Receta de Cuidado Nutricional!"

DATOS GENERALES			
Nombre(s) del alumno (s)		Matriculas(s)	
Producto: Reporte		Fecha	
Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria		Periodo:2025-2026B	
Nombre del docente:		Firma del docente	
Criterio de Evaluación	Puntos a Revisar	Cumple (Sí/No)	Observaciones / Puntuación
I. Análisis Nutricional y Seguridad (40%)			
1. Adecuación Patológica	La receta <i>no contiene ingredientes</i> prohibidos o perjudiciales para la condición médica del paciente (ej. sin azúcar para DM, bajo sodio para HTA).		
2. Consistencia Apropia	La textura/consistencia del alimento es adecuada para la capacidad de deglución y masticación del paciente (ej. suave, fácil de masticar, no requiere fuerza excesiva).		
3. Densidad Nutricional	La receta integra un buen aporte de proteínas y/o fibra , justificando su beneficio para la salud geriátrica.		
4. Seguridad Alimentaria	El proceso de preparación demuestra higiene y manipulación adecuada de los alimentos (evidencia visual de limpieza o uso correcto de utensilios).		
II. Ficha Técnica y Justificación (40%)			
5. Estructura Completa	La Ficha Técnica incluye: Título, Porciones, Ingredientes, Procedimiento y Tiempo de Preparación.		
6. Justificación Nutricional	El alumno explica claramente por qué eligió esta receta, citando los beneficios específicos para su paciente y la forma en que combate un factor de riesgo		

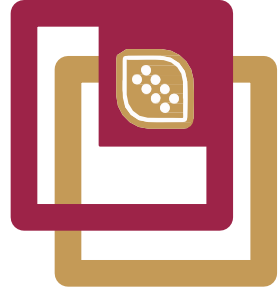




"Educación que genera cambio"

7. Claridad del Procedimiento	Las instrucciones de la receta son claras, sencillas y fáciles de replicar.		
III. Presentación y Evidencia (20%)			
8. Evidencia Visual (Fotos/Video)	El alumno proporciona evidencia visual de la preparación y el producto final de la receta.		
9. Exposición	El estudiante presenta la actividad con claridad y seguridad, respondiendo a las preguntas sobre la adaptación nutricional.		
Puntuación Total:			





"Educación que genera cambio"

4. Salud emocional en la vejez

4.1 Depresión, duelo, ansiedad y soledad.

La población mundial envejece rápidamente. En 2023, 1100 millones de personas tenían 60 años o más. Según las previsiones, esa cifra casi se duplicará a 2100 millones en 2050, lo que representa en torno a una quinta parte de la población mundial. A finales de la década de 2060, el número de personas de 60 años o más alcanzará los 2500 millones y superará al de menores de 18 años a escala mundial. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique con creces entre 2023 y 2060, hasta llegar a los 545 millones.

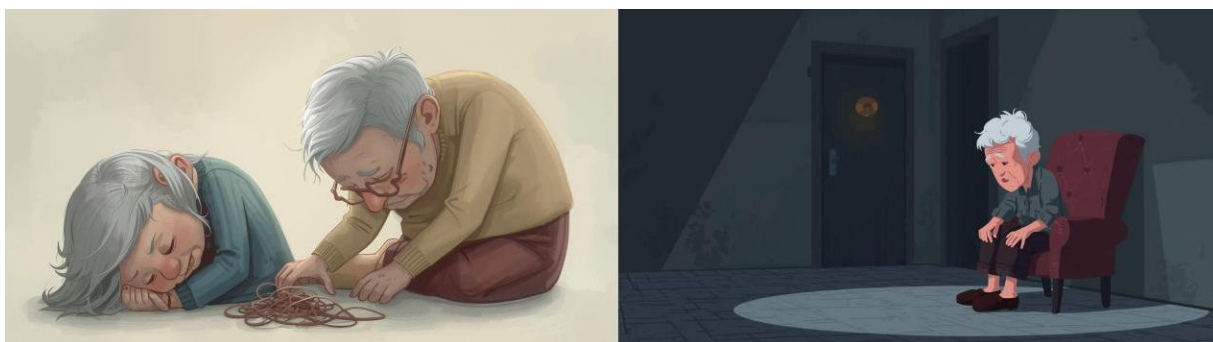


Imagen 4.1 Adultos mayores con depresión y duelo.

Los adultos mayores contribuyen a la sociedad en tanto que miembros de la familia y la comunidad, y muchos son voluntarios o trabajan. Aunque la mayoría goza de buena salud, muchos corren el riesgo de presentar afecciones de salud mental como depresión y trastornos de ansiedad. Muchos también pueden tener movilidad reducida, dolor crónico, fragilidad, demencia u otros problemas de salud, para los que necesitan algún tipo de cuidados a largo plazo. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de padecer varias afecciones al mismo tiempo.

Los adultos mayores tienen más probabilidades de experimentar eventos adversos como el duelo, una reducción de los ingresos o un menor sentido de propósito con la jubilación. A pesar de sus muchas contribuciones a la sociedad, muchos adultos mayores sufren discriminación por motivos de edad (edadismo), lo que puede afectar gravemente a su salud mental.

El aislamiento social y la soledad, que aquejan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo cruciales para las afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida. También lo son los malos tratos a las personas de edad, que incluyen





"Educación que genera cambio"

cualquier tipo de maltrato físico, verbal, psicológico, sexual o económico, así como la desatención. Uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por parte de sus propios cuidadores. El maltrato de los adultos mayores tiene graves consecuencias y puede provocar depresión y ansiedad.

Algunos adultos mayores corren un mayor riesgo de depresión y ansiedad, debido a las pésimas condiciones de vida, la mala salud física o la falta de acceso a apoyo y servicios de calidad. Esto incluye a los adultos mayores que viven en entornos humanitarios y a los que tienen enfermedades crónicas (como cardiopatías, cáncer o accidentes cerebrovasculares), afecciones neurológicas (como demencia) o problemas de uso indebido de sustancias (8).

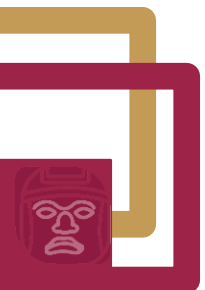
De acuerdo con la OMS las principales estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental para un envejecimiento saludable destacan las siguientes:

- Medidas para reducir la inseguridad financiera y la desigualdad en los ingresos.
- Programas para garantizar viviendas, edificios públicos y transportes seguros y accesibles.
- Apoyo social a los adultos mayores y a las personas los cuidan.
- Apoyo a los comportamientos saludables, especialmente a seguir un régimen alimentario equilibrado, mantenerse físicamente activo, abstenerse del tabaco y disminuir el consumo de alcohol.
- Programas de salud y sociales dirigidos a grupos vulnerables, como las personas que viven solas o en zonas remotas y las que tienen una afección crónica.

4.2 Estrategias de contención emocional

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) es una iniciativa de colaboración mundial liderada por la OMS para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS han respaldado el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, que promueve la mejora de la salud mental y la atención de salud mental para todos los grupos de población, incluidos los adultos mayores.

El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la OMS proporciona protocolos clínicos basados en la evidencia para la evaluación, gestión y seguimiento de un conjunto prioritario de afecciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias en



entornos no especializados, entre ellos la depresión y la demencia. La guía de intervención mhGAP incluye consejos clínicos para trabajar con adultos mayores.

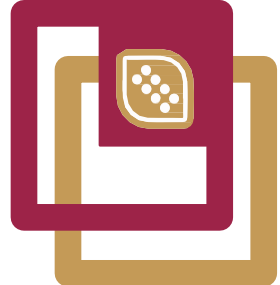
Recurso didáctico sugerido	
 LA CONVERSACIÓN - Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, 23.AGO https://www.youtube.com/watch?v=LjUNteomCOo	

4.3 Actividades de integración y socialización.

De acuerdo con la OMS, el envejecimiento no tiene que ir necesariamente acompañado por limitaciones de movilidad y aislamiento social. En este sentido, existen algunos documentos que explican la recreación en el adulto mayor como una acción para elevar su calidad de vida y con ello obtener diferentes beneficios como:

- Disminuye los sentimientos de soledad.
- Aumenta la creatividad y las capacidades estética y artística.
- Mejora el estado de ánimo y la motivación
- Favorece el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
- Incrementa los niveles de autoestima.
- Fomenta los contactos interpersonales y la integración social.
- Mantiene, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Genera niveles significativamente más bajos de enfermedad y depresión
- Ayuda a mantener el equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
- Fomenta la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- Facilita la adaptación al entorno.





"Educación que genera cambio"

- Aumenta la percepción de competencia.

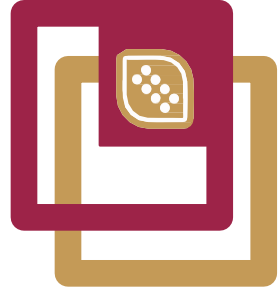


Imagen 4.2 Plan de acción de la OMS.

Entre las acciones para alcanzar los beneficios señalados, se sugiere aplicar algunas de las modalidades de recreación, tales como se observan en el siguiente cuadro:

MODALIDAD DE RECREACIÓN	DESCRIPCIÓN
Artística y cultural	Tienen como finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, con favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.
Deportiva	
Pedagógica	
Ambiental	Además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, propicia la identificación con este y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación de su preservación.
Comunitaria	Se orienta a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas o tienen escasos recursos.
Terapéutica	Puede estar orientada a personas con problemas funcionales, físicos o psicológicos y puede ser ella misma vehículo o instrumento de rehabilitación o complemento de programas para este fin.
Destreza	Mediante los juegos de mesa, las personas mayores mejoran la movilidad y agilidad, estimulan la percepción sensorial, potencia el contacto social y la comunicación, además de ofrecer nuevos entornos para el aprendizaje.





"Educación que genera cambio"

4.4 Comunicación asertiva y acompañamiento.

La comunicación afectiva y familiar es fundamental para el bienestar emocional y físico de los adultos mayores, proporciona soporte emocional y refuerza los lazos interpersonales. Las familias que mantienen una comunicación abierta con sus adultos mayores observan un aumento en el bienestar psicológico y una reducción en los sentimientos de exclusión. Asimismo, la participación en decisiones sobre su cuidado fortalece su sentido de autonomía y respeto. Un entorno donde predomina la comunicación cálida, empática, constante, fortalece los vínculos familiares y proporciona sentido de pertenencia y apoyo, elementos cruciales para reducir sentimientos de soledad, ansiedad o depresión, comunes en esta etapa de la vida.

4.4.1 Principales técnicas de comunicación con personas mayores.

Existen diversas técnicas de comunicación que pueden aplicarse para mejorar la interacción con personas mayores. Aquí mencionamos algunas de las más efectivas y recomendadas para quienes conviven o trabajan con este colectivo.

a) Escucha activa

La escucha activa es una técnica que consiste en prestar total atención al interlocutor, mostrando interés en sus palabras y evitando. Para lograr una escucha activa es importante:

- Mantener contacto visual.
- Asentir con la cabeza o hacer pequeños gestos que demuestren atención.
- Evitar distracciones como el uso del móvil o mirar hacia otro lado.

La escucha activa no solo mejora la comunicación, sino que también fortalece el vínculo emocional entre ambas partes, haciendo que la persona mayor se sienta comprendida y valorada.

b) Comunicación clara y sencilla

Es esencial adaptar el lenguaje a la capacidad de comprensión de cada persona mayor. Utiliza frases cortas y claras, evitando el uso de términos técnicos o demasiado complejos. Habla despacio y vocaliza adecuadamente para asegurar que tu mensaje sea entendido, sobre todo si la persona tiene dificultades auditivas.

Además, es útil verificar si la persona ha comprendido lo que has dicho, para lo cual puedes hacer preguntas como: "¿Me he explicado bien?" o "¿Te gustaría que lo repitiera?".



"Educación que genera cambio"

c) Uso de la comunicación no verbal

La comunicación no verbal es igualmente importante, ya que transmite emociones y refuerza el mensaje hablado. Gestos como una sonrisa, un toque en el hombro o mantener una postura abierta y relajada pueden hacer que la persona mayor se sienta cómoda y bien acompañada. El contacto visual es fundamental, ya que ayuda a establecer confianza y permite captar la atención de la persona.

d) Adaptación del entorno

El entorno juega un papel clave en la comunicación con personas mayores. Asegúrate de que el espacio sea tranquilo y sin ruidos que dificulten la conversación, como la televisión o el tráfico. Si la persona usa audífonos, verifica que estén funcionando adecuadamente y que el volumen esté ajustado a sus necesidades.

Además, es útil ubicarse frente a la persona, a una distancia adecuada que facilite la conversación y permita leer los labios si es necesario.

e) Empatía y paciencia

La empatía y la paciencia son esenciales al comunicarse con personas mayores. Recuerda que puede llevar más tiempo procesar y responder a la información, especialmente si la persona enfrenta problemas cognitivos. Es importante esperar a que

Técnicas de Comunicación

con Personas adulto Mayor.

COMUNICACIÓN CLARA

Paso 1

Es una técnica que consiste en prestar total atención al interlocutor, mostrando interés en sus palabras y evitando interrupciones.

COMUNICACIÓN CLARA Y SENCILLA

Paso 2

Utiliza frases cortas y claras, evitando el uso de términos técnicos o demasiado complejos.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Paso 3

Es importante, ya que transmite emociones y refuerza el mensaje hablado.

ADAPTACIÓN DEL ENTORNO

Paso 4

Asegurar que el espacio sea tranquilo y sin ruidos que dificulten la conversación.

EMPATÍA Y PACIENCIA

Paso 5

Es importante esperar a que terminen de hablar, evitar interrupciones y mostrar siempre una actitud comprensiva.

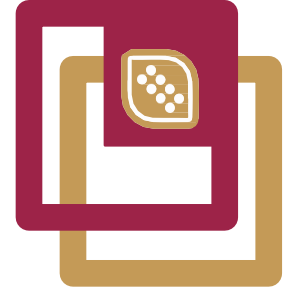
USO DE PREGUNTAS ABIERTAS

Paso 6

Las preguntas abiertas son aquellas que requieren más de una respuesta de "sí" o "no".

Esquema 4.1 Técnicas de comunicación.





"Educación que genera cambio"

terminen de hablar, evitar interrupciones y mostrar siempre una actitud comprensiva.

f) Uso de preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son aquellas que requieren más de una respuesta de "sí" o "no". Este tipo de preguntas fomenta una conversación más profunda y permite que la persona mayor exprese sus pensamientos y emociones. Preguntas como "¿Qué opinas sobre esto?" o "¿Cómo te sientes hoy?" ayudan a la persona a participar activamente en la conversación.

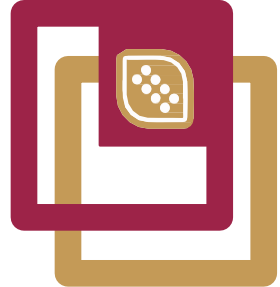
4.5 Inclusión en la comunidad.

Es necesario sensibilizar a la sociedad sobre el hecho de que el envejecimiento es un proceso natural, es fundamental respetar a quienes han llegado a esa etapa y prepararnos para estar sanos y ser autónomos el mayor tiempo posible

Instituciones como el Inapam fortalecen estrategias que promuevan la participación igualitaria de la población adulta mayor en la sociedad no sólo entre los ciudadanos sino entre las dependencias públicas, privadas, de la sociedad civil y de la academia, donde aún hay retos que vencer.

El maltrato sigue siendo una constante en la población de adultos mayores hoy en día y es necesario trabajar en equipo para solucionar éste y otros problemas de inclusión de este grupo.





5. Técnicas de movilización y autocuidado asistido

5.1 Limitaciones de movilidad en la vejez

Cuanto más nos acercamos a la tercera edad, nuestro cuerpo sufre modificaciones en cuanto a nuestra movilidad, estamos más cansados y nuestra recuperación es más lenta. Esta falta de movilidad puede finalizar en una limitación funcional ya sea por la propia edad o por un accidente traumático, por ejemplo, una caída.

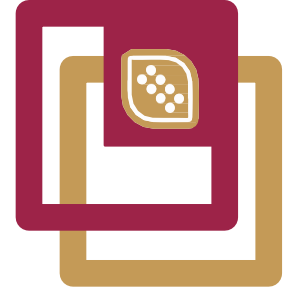
Al vernos sometidos a una disminución de nuestra movilidad y una peor recuperación tendemos a no movernos o a no mover la sección de nuestro cuerpo que tenemos más delicada. Al hacer esto creamos una limitación ya que el cuerpo lo que no usa, lo debilita.

¿Cómo podemos retrasar o mantener nuestro cuerpo para que esa disminución de movilidad no se traduzca en limitación funcional?

La respuesta es sencilla, y aunque parezca obvia, es simplemente moviéndonos. Con esto ayudaremos a que nuestras articulaciones y nuestra musculatura se mantengan activas. De hecho, la OMS recomienda que 10.000 pasos al día son los necesarios para evitar enfermedades como la diabetes, hipertensión u obesidad.

Recurso didáctico sugerido	
 Técnicas de movilización de pacientes - Adultos mayores https://www.youtube.com/watch?v=5eH-1zP7CR4	





5.2 Técnicas seguras de movilización, transferencias y deambulación

La movilización y transferencia de personas con movilidad reducida o con cualquier otro trastorno del movimiento, son actividades que están muy presentes en el sector hospitalario, geriátrico, centros de día... y que suponen una carga física considerable para el cuidador del adulto mayor que en el caso de no estar entrenado para ello pueden provocarse importantes lesiones musculoesqueléticas.

Principios básicos para la movilización y transferencia de pacientes. La movilización y transferencia no deberían ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones para el fisioterapeuta ni el paciente.

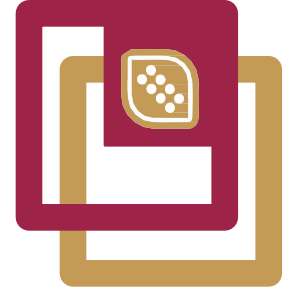
Para conseguir estos objetivos es necesario tener en consideración una serie de principios básicos:

1. Adaptar el medio.
2. Colaboración del paciente.
3. Orientar al paciente.
4. Emplear un único fisioterapeuta
5. Basar la movilización en el contacto.
6. Hablar poco.
7. Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento.
8. Postura del fisioterapeuta.
9. Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano.
10. No mover todo el cuerpo a la vez.
11. No levantar pesos.
12. No hacer daño al paciente.
13. Mantener el cuerpo del paciente bien alineado.

5.3 Uso de dispositivos auxiliares (bastón, andador, silla de ruedas).

La movilidad, es la capacidad de moverse o caminar con libertad y facilidad, algo fundamental para desarrollar las actividades cotidianas y vivir de forma independiente. No obstante, a medida que se envejece, también en el caso de las personas con discapacidad, se va perdiendo autonomía en varias áreas vitales o de sufrir cambios en la movilidad desde la manera de caminar hasta el equilibrio y la fuerza.





"Educación que genera cambio"

Dentro de la gama de ayudas técnicas o dispositivos para la movilidad de las personas se encuentran, por mencionar algunos:

- Bastones
- Andaderas
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Ayudas para subir/bajar escaleras
- Adaptaciones para coches
- Adaptaciones para casa como barras de apoyo.

Antes de usarlo, es necesario que los técnicos o especialistas realicen algunos ajustes previos, necesarios para que el producto se adapte perfectamente a las necesidades de la persona.

5.4 Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión se consideran una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia, así como por las repercusiones asociadas. Las úlceras por presión, son una complicación trágica, pero evitable, de la inmovilidad, afectan la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a ocasionarles la muerte. Son consideradas un problema de salud pública, impactan en las diferentes esferas humanas debido a que esta entidad conduce a desgaste físico, emocional, carga económica y social del entorno familiar, lleva a hospitalizaciones prolongadas, con el consecuente consumo de recursos materiales y humanos, lo cual se traduce en altos costos para los sistemas de salud. Ante esta situación, se reconoce que la prevención es la piedra angular en el manejo de las úlceras por presión, sin embargo, no se ha logrado concientizar al personal de salud sobre los beneficios que ofrecen las intervenciones oportunas para evitar la aparición de esta entidad inherente a la inmovilidad.



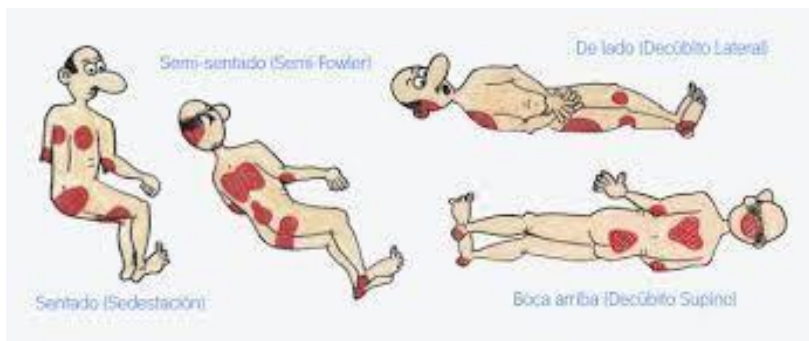
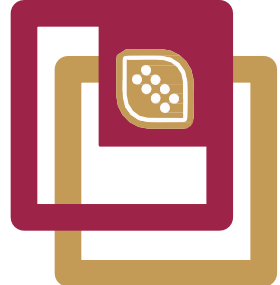


Imagen 5.1 Úlceras por presión.

Todos los pacientes

tienen riesgo potencial de desarrollar una úlcera por presión, aunque son más propensos las personas de edad avanzada, las mujeres, pacientes gravemente enfermos, con condición neurológica, problemas de movilidad, alteraciones nutricionales, mala postura, ingreso a unidad de cuidados intensivos y hospitalización prolongada a úlcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida. Dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular.

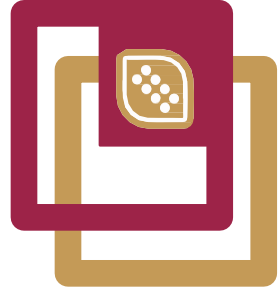


"Educación que genera cambio"

Tabla 5.1 Intervención para prevenir y cuidar las úlceras por presión.

Las directrices para el tratamiento local de la herida tienen como objetivo preparar el lecho de la herida y la creación del ambiente óptimo para que cicatrice, estas directrices son: • Limpieza de la herida. • Desbridamiento. • Tratamiento de las flictenas. • Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección. • Elección del apósito.	Con la presencia de úlcera por presión, colocarse guantes para realizar cualquier manipulación de la lesión. Limpia la herida con solución salina. Ante la ausencia de ésta puede realizarse con agua potable o hervida.
En caso de lesiones limpias o cerradas en categoría I se puede utilizar agua templada y jabón y la limpieza por arrastre es el método más adecuado.	La presión de lavado eficaz es la proporcionada por la gravedad o con jeringas de 20-50 ml y aguja o catéter de 0.9 mm.
Ante la presencia de datos de infección se deberá intensificar la limpieza y el desbridamiento efectivo.	Minimizar la colonización de las úlceras y mejorar su curación protegiéndolas de fuentes externas de contaminación (heces, orina, etc.).
Las úlceras con pus o mal olor se asocian con la presencia de microorganismos anaerobios, la presencia de tejido necrótico o esfacelos en el lecho úlcera es signo de proliferación bacteriana y pronóstico de mala cicatrización	En presencia de exudado, escaras o tejido necrótico, limpiar la úlcera de dentro a fuera con movimientos circulares, el uso de productos con plata es de utilidad en el tratamiento de úlceras contaminadas y/o infectadas
No utilizar antisépticos de forma rutinaria en la limpieza de heridas crónicas, ya que puede provocar problemas sistémicos su uso se limita a aquellos casos que se requiera de control de la carga bacteriana (Ej. toma de muestras para cultivo).	Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local con sulfadiazina argéntica en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2-4 semanas.
Para evitar la formación de abscesos o cierres en falso, es conveniente rellenar las cavidades, tunelizaciones, y el lecho úlcera a $\frac{1}{2}$ o $\frac{3}{4}$ partes con productos enzimáticos tipo hidrogeles de estructura amorfa.	Realizar cultivos bacterianos cuantitativos cuando la úlcera no responda a terapia antibiótica local después de 2 semanas de tratamiento



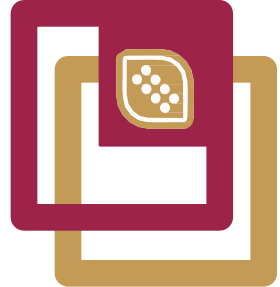


"Educación que genera cambio"

Tabla 5.2 Intervenciones generales para prevención y cuidado de las úlceras presión.

1. Realizar valoración del riesgo al ingreso de hospitalización aplicando escala de valoración de Braden.
2. Identificar al cuidador principal y/o familia considerando sus posibles dificultades para informarle y educarlo acerca de las medidas de intervención.
3. Realizar valoración del entorno de los cuidados, incidiendo en la disponibilidad y habilidad del cuidador principal, condiciones del domicilio y recursos disponibles en pacientes que vayan a ser atendidos en su domicilio.
4. Valorar de manera rutinaria el estado de la piel, en paciente expuesto a inmovilizaciones deberá realizarse cuando menos cada 8 horas.
5. Mantener actualizados los registros y estadísticas del riesgo.
6. Comprobar la movilidad y actividad del paciente, recomendar al paciente con cierta independencia cambiar de posición cada 15 minutos, en el paciente inmovilizado los cambios posturales deben ser al menos cada 2 horas
7. Realizar cambios posturales, en el paciente inmovilizado, al menos cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche, la secuencia recomendada para los cambios es: decúbito supino, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito supino.
8. Cambiar de posición al paciente en riesgo incluyendo posición supina y sentado, con el propósito de aliviar o redistribución la presión y mejorar su comodidad, se debe considerar el estado general del paciente y la superficie de soporte en uso.
9. Movilizar al paciente en lo posible a un sillón reclinable, se debe usar un reposapiés para favorecer una posición adecuada en términos de redistribución de la presión y evitar que el cuerpo se deslice hacia adelante.
10. No utilizar dispositivos tipo rosca o flotador en silla/sillón. Usar dispositivos especiales de alivio de presión para sentarse.
11. Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y los movimientos que originen cizallamiento.
12. Colocar al paciente en una posición que le evite tensiones, dolor o apoyo directo sobre una lesión.
13. Usar pliegues en ropa de cama para evitar la presión sobre los dedos de los pies, recomendar el uso de superficies que alivian la presión.
14. Aplicar dispositivos hidrocoloides en talones en lugar de vendaje almohadillado e instaurar medidas encaminadas al alivio de la presión y la fricción especialmente en las zonas más propicias para desarrollar úlceras por presión.
15. En posición decúbito supino, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter.
16. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Vaselina) en piel sana sometida a presión.
17. Observar si hay riesgo de excesiva humedad en la piel por causas extrínsecas (incontinencia fecal y/o urinaria).
18. Realizar una valoración del estado nutricional, si es adecuado mantener dieta con aporte calórico (30-35 Kcal/Kg), proteico (1.25-1.5 gr/Kg) y de vitaminas y minerales según sea recomendable.
19. Ante un resultado anormal del estado nutricional, se deben corregir las deficiencias con dieta normo calórica e hiperproteica (1.5-1.7 gr/Kg), con amino ácidos específicos (arginina), enriquecida con vitaminas (A, B, C), ácido fólico y Zinc.





"Educación que genera cambio"

5.5 Apoyo en actividades de la vida diaria con enfoque humanista

La interacción de las personas adultas mayores con el entorno se da a través de las actividades instrumentales de la vida diaria, estas indican la capacidad de la persona para tener una vida independiente en la comunidad y aunque existen casos donde las personas han delegado estas actividades aún desde edades tempranas debido a la exigencia laboral o cuestiones culturales, también están quienes sí se han encargado de realizarlas a lo largo de su vida y cuando aparece una condición limitante son las primeras actividades que dejan de realizar.

Recomendaciones para el apoyo en los cuidados básicos relacionados a las actividades instrumentales de la vida diaria:

NUMERO	RECOMENDACIÓN
1	Es importante que mantenga una actitud comprensiva y proactiva.
2	Evite sobreproteger a la persona adulta mayor.
3	Haga partícipe a la persona adulta mayor en alguna de las tareas (aunque sean pequeñas o simples) que implican estas actividades.

a) Preparación de alimentos

El cocinar implica realizar diversas tareas al mismo tiempo y el recuerdo constante de múltiples recetas, por lo cual suele considerarse una actividad compleja.

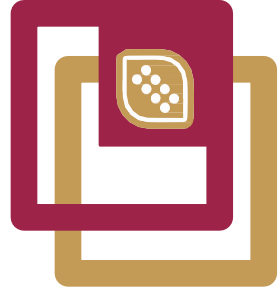
b) Lavado de ropa

Si dentro de la rutina previa de la persona adulta mayor estaba el lavar su ropa, es importante que siga siendo partícipe de esta actividad ya sea encargándose de lavar a mano prendas pequeñas, usar la lavadora, clasificar la ropa en función del color, doblando la ropa o realizando cualquiera de las actividades que se sienta cómoda y segura para realizar.

c) Tareas del hogar

El cuidado del hogar es una tarea ardua que implica mayor esfuerzo físico y que comprende actividades como la organización y limpieza de los espacios, el cuidado de la ropa, uso de electrodomésticos, etcétera. Si la persona adulta mayor ha asumido el manejo de estas actividades desde edades tempranas hasta convertirse en algo muy importante en su vida diaria, es relevante hacerla partícipe de estas actividades para contrarrestar la impotencia de no poder seguir realizando las en su totalidad de manera independiente.





"Educación que genera cambio"

d) Apoyo en el uso de transporte

El uso del transporte en las personas adultas mayores es una de las actividades que les brindan mayor sensación de independencia y autonomía en su vida diaria, la elección del medio se encuentra determinada por factores: como la funcionalidad, el estado de salud, el nivel económico, la residencia, el apoyo de terceros y la distancia del destino.

e) Asistencia en el uso de teléfono

La persona que otorga cuidados debe de promover el uso accesible a los dispositivos de comunicación en las personas adultas mayores, esto permitirá que se mantengan conectadas con el mundo exterior donde puede que se encuentren personas que son muy importantes en su vida, favoreciendo la independencia y autonomía.

f) Manejo de finanzas

Las personas adultas mayores que reciben cuidados tienen la capacidad de tomar decisiones por sí mismas y el manejo de sus finanzas es una de las más importantes. Cuando el proveedor de cuidados tenga que apoyar en el manejo de las finanzas de la persona adulta mayor, es importante que en todo momento promueva su autonomía y participación.

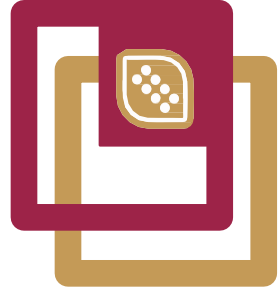
g) Realización de compras

El comprar implica la planificación, elección de lugares o aplicaciones de venta por internet, salir de casa, seleccionar los productos, pagar y transportar la compra, siendo una de las actividades necesarias para obtener productos indispensables en el día a día.

h) Ministración de medicamentos

En la ministración de medicamentos se hace referencia a una serie de recomendaciones que son de gran importancia debido a que permiten brindar este cuidado de forma segura para coadyuvar en el control de las enfermedades de las personas adultas mayores.





"Educación que genera cambio"

6. Proyecto de intervención para un envejecimiento digno

6.1 Integración de actividad física + plan dietético + apoyo emocional

Este enfoque holístico representa el pilar fundamental para promover el Envejecimiento Activo y Saludable en el adulto mayor, reconociendo que el bienestar es la suma de las dimensiones biológicas, conductuales y psicosociales.

La Tríada del Bienestar Geriátrico

La integración de estos tres componentes es esencial porque en el adulto mayor, el deterioro en una dimensión afecta directamente a las otras (por ejemplo, la depresión [emocional] reduce la actividad física y el apetito [dieta]).

1. Actividad Física (AF) en la Vejez

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía (OMS, 2010). Su papel va más allá del mantenimiento cardiovascular:

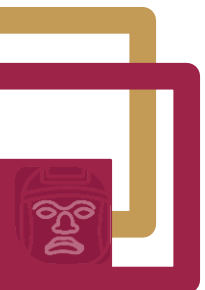
Combate la Sarcopenia: El ejercicio de resistencia (fuerza) es la intervención más efectiva para prevenir la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular (sarcopenia), una de las principales causas de fragilidad y dependencia (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Prevención de Caídas: La AF centrada en el equilibrio y la marcha (ej. Tai Chi o entrenamiento funcional) es la estrategia de prevención secundaria más eficaz contra las caídas, un síndrome geriátrico clave (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Función Cognitiva: El ejercicio aeróbico regular incrementa el flujo sanguíneo cerebral, lo que se relaciona con la mejora en la memoria y una reducción en el riesgo de demencia (Ahlskog et al., 2011).

2. Plan Dietético (Nutrición Geriátrica)

El plan dietético debe ir más allá de una dieta "saludable" general; debe ser específico para contrarrestar los cambios metabólicos del envejecimiento.





"Educación que genera cambio"

Necesidades Proteicas: Los adultos mayores tienen requerimientos proteicos más altos que los adultos jóvenes para contrarrestar la sarcopenia (1.0 a 1.2 g/kg/día), especialmente si están enfermos o desnutridos (Bauer et al., 2013).

Prevención de Riesgos: La nutrición es fundamental para controlar enfermedades crónicas (ej. dieta DASH para Hipertensión) y prevenir el Estreñimiento, al asegurar una ingesta adecuada de líquidos y fibra.

Vitaminas Clave: Se debe garantizar la ingesta adecuada de micronutrientes como la Vitamina D y el calcio, esenciales para la salud ósea y la función muscular, impactando directamente en la prevención de caídas y fracturas (Bauer et al., 2013).

3. Apoyo Emocional (Bienestar Psicosocial)

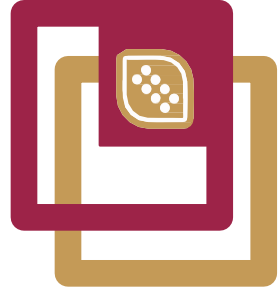
El bienestar emocional se relaciona con la satisfacción vital y el mantenimiento de roles sociales, elementos centrales del Envejecimiento Activo.

Combate el Aislamiento: El apoyo emocional previene la soledad y el aislamiento social, que son factores de riesgo independientes para la depresión, el deterioro cognitivo y la mortalidad temprana (Holt-Lunstad et al., 2015).

Impacto Físico: El apoyo psicosocial efectivo mejora la adherencia a la actividad física y a los planes dietéticos. Un adulto mayor que se siente escuchado y valorado es más propenso a participar activamente en su autocuidado.

Dignidad y Autonomía: El apoyo emocional se brinda a través de la escucha activa y la promoción de la autonomía en la toma de decisiones, asegurando que el adulto mayor mantenga su dignidad y un sentido de propósito (Organización Mundial de la Salud, 2020).





"Educación que genera cambio"

6.2 Diseño de un Programa de Acompañamiento al Adulto Mayor

El programa debe buscar optimizar la calidad de vida y la autonomía, con un enfoque triple:

- **Físico/Funcional:** Mantener o mejorar la capacidad funcional del adulto mayor (ABVD y AIVD) para reducir el riesgo de caídas y la fragilidad.
- **Psicosocial/Emocional:** Prevenir y combatir el aislamiento social, la soledad y los síntomas depresivos, fomentando la sensación de propósito.
- **Cognitivo:** Estimular las funciones cognitivas (memoria, atención, velocidad de procesamiento) para retrasar o prevenir el deterioro cognitivo.

Fases del Diseño e Implementación

A. Valoración Inicial (Punto de Partida)

- **Valoración Geriátrica Integral (VGI):** Determinar el estado de salud física, mental (ej. Mini-Mental), funcional (Katz, Barthel) y social.
- **Detección de Intereses:** Identificar los *hobbies*, intereses y habilidades previas del adulto mayor para asegurar la adherencia al programa.

B. Planificación Individualizada

El programa debe ser flexible y adaptarse al nivel de **fragilidad** del paciente.

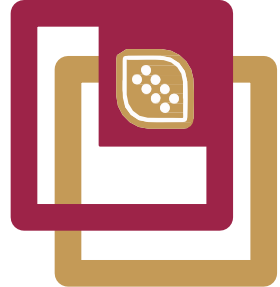
- **Establecimiento de Metas:** Definir metas pequeñas, alcanzables y medibles (ej. "Caminar 10 minutos al día", "Leer un capítulo a la semana").
- **Selección de Actividades:** Elegir las intervenciones que aborden las áreas de déficit identificadas en la VGI

C. Ejecución (La Integración de la Tríada)

Aquí se ponen en práctica los tres componentes clave del bienestar:

Componente	Tipo de Actividades Recomendadas	Frecuencia Sugerida
1. Actividad Física	Ejercicios de bajo impacto y resistencia (fuerza), ejercicios de equilibrio (Tai Chi, estiramientos), caminatas cortas y seguras.	3 a 5 veces por semana.
2. Nutrición / Hábitos	Talleres de cocina adaptada (recetas saludables y fáciles), planificación de menús, asegurar la correcta hidratación y adherencia al plan dietético.	Diaria (refuerzo) o semanal (talleres).
3. Apoyo Emocional / Social	Escucha activa diaria, visitas sociales, actividades grupales (club de lectura, juegos de mesa), tutoría a otros (mantener roles).	Diaria (interacción) y semanal (actividades grupales).





"Educación que genera cambio"

D. Monitoreo y Evaluación

El acompañamiento requiere un seguimiento constante para asegurar su efectividad y seguridad.

- **Revaloración Periódica:** Reaplicar escalas funcionales y de riesgo (ej. Escala de Caídas) cada 3 meses para medir el progreso y ajustar la dificultad de las actividades.
- **Registro de Observación:** Documentar cualquier cambio de ánimo, deterioro físico o cognitivo, y registrar la adherencia del paciente al programa.

Principios Éticos y Humanos

El programa de acompañamiento debe regirse por:

- **Autonomía:** El adulto mayor siempre debe tener la última palabra en las actividades a realizar. La participación debe ser voluntaria.
- **Dignidad:** Asegurar el respeto de la privacidad y el trato humano en todas las interacciones, promoviendo la imagen positiva de sí mismo.
- **Individualización:** El programa no puede ser una plantilla; debe ser único para cada persona, considerando su historia de vida y contexto cultural.





"Educación que genera cambio"

Actividad 4. Campaña escolar "Un Día con Nuestros Adultos Mayores"



Instrucciones: Los alumnos visitarán una casa que alberga a adultos mayores u organizara una reunión con adultos mayores. Esta no es solo una actividad de servicio social, sino una oportunidad de aprendizaje crucial para aplicar los principios de la dignidad, la autonomía y el Envejecimiento Activo. Su misión es crear un espacio de interacción significativo.

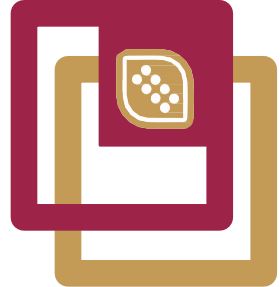
Su participación se enfoca en tres áreas clave que serán evaluadas en su reflexión final:

Área de Conciencia	Objetivo Específico
Física y Funcional	Identificar y comprender las necesidades funcionales (limitaciones de movimiento, problemas de equilibrio) del adulto mayor al aplicar el programa de actividad física.
Emocional y Psicosocial	Tomar conciencia del impacto de la soledad y la pérdida de roles a través de la escucha activa, fomentando la empatía genuina.
Ética y Disposición	Demostrar disposición y respeto ante posibles escenarios de rechazo, apatía o dificultad de comunicación, sin tomarlos como algo personal y respetando la autonomía del adulto mayor.

El contacto humano es el componente más sensible y fundamental de la visita:

1. **Obtener Consentimiento:** Antes de iniciar cualquier actividad (ej. tocar, bailar, fotografiar o preguntar), siempre **preséntense y soliciten permiso**. Frases como "¿Me permite acompañarle en este baile?" o "¿Le gustaría que le lea un cuento?" son obligatorias.
2. **Escucha Activa:** Durante el segmento de escucha activa, su función es **escuchar sin interrumpir y sin juzgar**. Utilicen preguntas abiertas que inviten a compartir historias o recuerdos. El foco es la historia del adulto mayor, no sus propias experiencias.
3. **Manejo del Rechazo:** Si un adulto mayor expresa apatía o rechazo, **no lo fuerce a participar**. Reconozca su decisión (ej. "Entiendo, tal vez en otro momento. Me quedaré aquí si necesita algo"). Este acto de respeto es un indicador de su conciencia ética y será evaluado.
4. **Seguridad Primero:** Monitoreen constantemente el estado físico de los participantes. Ante cualquier señal de fatiga, dolor o malestar durante la actividad física o el baile, detengan de inmediato la actividad y notifiquen al personal de la casa hogar.





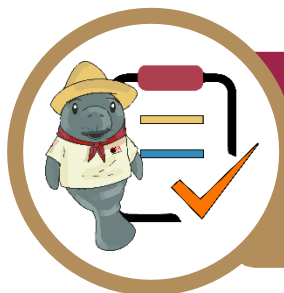
"Educación que genera cambio"

Agenda del Programa (Ejemplo)

Tiempo	Actividad	Objetivo Funcional
10 min	Llegada y Calentamiento: Saludos formales, presentación y estiramientos suaves sentados.	Aumentar el flujo sanguíneo y preparar músculos.
20 min	Actividad Física Adaptada: Ejercicios de fuerza (bandas elásticas ligeras) y equilibrio (ejercicios de peso corporal con apoyo de silla).	Combatir la sarcopenia y prevenir caídas.
20 min	Juegos Interactivos: Juegos de mesa grandes, bingos adaptados o rompecabezas.	Estimulación cognitiva, memoria y coordinación mano-ojo.
20 min	Baile y Música: Música suave que invite al movimiento (incluso sentados) y contacto social.	Motivación, bienestar emocional y conexión.
20 min	Cierre y Escucha Activa: Momentos de conversación personal y despedida.	Valoración emocional y fomento de la dignidad.

Recuerden: la meta no es el programa perfecto, sino la **conexión humana genuina**. Su presencia y respeto son la mejor medicina.





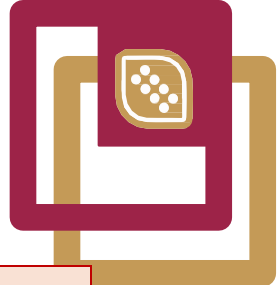
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

LISTA DE COTEJO

Actividad 5. Campaña escolar "Un Día con Nuestros Adultos Mayores"

DATOS GENERALES						
Nombre(s) del alumno (s)				Matriculas(s)		
Producto: Reporte				Fecha		
Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria				Periodo:2025-2026B		
Nombre del docente:				Firma del docente		
Criterio	Instrucción Específica	VALOR OBTENIDO		PONDERACION	CAL.	OBSERVACION
		SI	NO			
Planificación	Diseño para la Diversidad: Su plan de actividades debe ser adaptable. Investiguen y planifiquen variaciones de los juegos y la actividad física que funcionen para adultos mayores con diferentes discapacidades funcionales (ej. ejercicios sentados, juegos táctiles o de memoria para baja visión).					
Organización	Logística y Tiempos: Elaboren un cronograma detallado con tiempos definidos para cada segmento (calentamiento, juegos, baile, escucha). Aseguren que todo el material necesario (música, pelotas,					

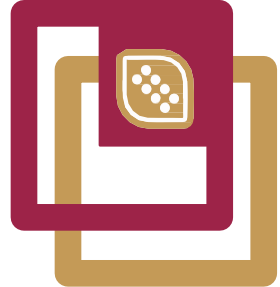




"Educación que genera cambio"

	fichas) esté listo y etiquetado para evitar retrasos.					
Interacción	Roles Definidos: Cada miembro del equipo debe tener un rol claro (Líder de actividad física, encargado de música, mediador de escucha, apoyo logístico) para garantizar una transición fluida entre actividades.					





"Educación que genera cambio"

6.3 Entrega y Socialización del Proyecto

Esta fase transforma la documentación individual (el Portafolio) en una experiencia colectiva de aprendizaje, permitiendo a los estudiantes compartir sus hallazgos, desafíos y éxitos.

- **Intercambio de Experiencias:** Que los alumnos conozcan las diversas situaciones de cuidado que enfrentaron sus compañeros.
- **Fortalecimiento de la Empatía:** Reforzar el vínculo humano al escuchar cómo la intervención afectó la vida de otros adultos mayores.
- **Habilidad de Comunicación Profesional:** Desarrollar la capacidad de presentar un caso clínico y sus intervenciones de forma clara y ética.

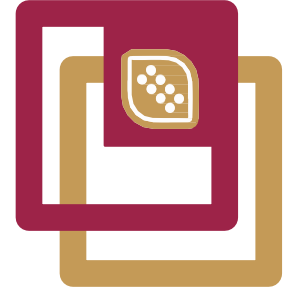
1. Entrega Final del Portafolio:

- **Portafolio Físico/Digital:** Debe incluir toda la documentación semanal (Valoración, Riesgos, Diario de Escucha Activa, PAE de la intervención) y la Conclusión Personal Reflexiva.
- **Anexos:** Evidencia fotográfica o enlaces al video de la intervención (ej. la preparación de la receta nutricional).
- **Sesión de Socialización (Formato "Presentación de Caso"):**
- **Duración:** Se recomienda un tiempo limitado (ej. 5 a 7 minutos) por equipo/alumno.
- **Contenido Mínimo a Exponer:**
 - ✓ **Introducción del Caso:** Presentación breve del adulto mayor (edad funcional, principales diagnósticos de riesgo).
 - ✓ **El Hallazgo Clave:** ¿Cuál fue la necesidad o riesgo más importante que detectó el alumno (ej. la soledad, el riesgo de caída, la Polifarmacia)?
 - ✓ **La Intervención y Resultados:** Explicación de la actividad realizada (ej. el Plan de Cuidados implementado en la Semana 4) y su impacto inmediato.
 - ✓ **Aprendizaje Ético:** Una reflexión personal (inspirada en las preguntas detonadoras) sobre el mayor desafío ético o emocional enfrentado.

2. Mesa Redonda o Debate Grupal:

- El profesor modera una discusión sobre las **similitudes y diferencias** en los casos presentados, preguntando: *"¿Qué intervenciones funcionales o sociales se podrían haber aplicado en otros casos?"*





"Educación que genera cambio"

6.4 Evaluación del Impacto del Proyecto

Esta fase asegura que el proyecto no fue solo una tarea, sino una acción con resultados medibles. Se evalúa el impacto *en el adulto mayor* y el impacto *en el estudiante*.

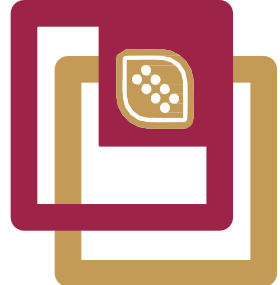
A. Evaluación del Impacto en el Adulto Mayor

1. **Revaloración Post-Intervención (PAE):** El estudiante debe revalorar el objetivo de su intervención específica.
 - **Ejemplo:** Si el objetivo era **Mejorar el Equilibrio**, el alumno debe medir si hubo una mejora en la prueba de equilibrio que aplicó en la Semana 2. Si el objetivo era **Reducir la Soledad**, debe registrar la percepción de bienestar del familiar después de la intervención de escucha activa.
2. **Indicadores Subjetivos (Feedback del Familiar):** El alumno debe incluir una breve cita o testimonio del adulto mayor o del cuidador primario sobre cómo se sintieron con la intervención del estudiante.
 - *Preguntas clave:* "¿Se sintió más escuchado?", "¿Le gustó la receta?", "¿Se siente más seguro en casa?"

B. Evaluación del Impacto en el Estudiante

1. **Conclusión Final (Reflexión Integrada):** El punto más importante del Portafolio, donde el alumno debe responder a las preguntas detonadoras y reflexionar sobre la integración de los conocimientos:
 - **Integración de la Tríada:** ¿Cómo se relacionaron la dieta, la actividad física y el apoyo emocional en el caso real?
 - **Cambio de Percepción:** ¿Cómo cambió su visión del proceso de envejecimiento y del rol de enfermería después de la práctica?
 - **Aplicación Futura:** ¿Qué concepto o técnica aprendida en este proyecto utilizaría obligatoriamente en su práctica profesional futura?
2. **Instrumento de Evaluación Sumativa:**
 - Se utiliza la **Rúbrica del Portafolio de Cuidado Geriátrico** para asignar la calificación final, ponderando fuertemente el análisis (Criterios I y II) y la reflexión ética (Criterio IV).





"Educación que genera cambio"

Situación Didáctica 2. "Cuidado Humanizado en Casa"

Instrucciones: De forma individual



- 1.- El estudiante deberá elegir un adulto mayor cercano y de confianza, y de su consentimiento para realizar un proyecto que se detalla a continuación:
- 2.- Visitar a su paciente semanalmente, para realizar actividades cuyo propósito será:

- A. Mirar con Respeto: Reconozcan la sabiduría que reside en esas canas y arrugas. Entiendan que sus historias son el mapa de dónde venimos como sociedad.
- B. Mirar con Paciencia: Las necesidades del adulto mayor a menudo vienen disfrazadas. El dolor físico puede expresarse como irritabilidad; la soledad, como silencio. La paciencia no es esperar, es dar tiempo para que la persona se sienta segura y pueda expresar sus verdaderas necesidades.
- C. Mirar con Conciencia: Recuerden que la dependencia y la fragilidad que observan hoy son etapas de la vida. Están cuidando a la persona que ustedes mismos serán en cincuenta o sesenta años. Cada acto de bondad, de escucha activa, de cuidado digno que brinden hoy, es el estándar que estarán sentando para el día en que necesiten ser cuidados.

3.- Las Actividades Semanales son:

Semana	Actividad Central / Enfoque	Producto a Documentar en la Bitácora	Integración de Conocimientos del Submódulo
1	Valoración Integral y Entrevista	Anamnesis Geriátrica: Historia de vida, antecedentes patológicos, hábitos y uso de medicamentos. Aplicación de la Escala de Katz (para la Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD).	Concepto de envejecimiento normal vs. patológico. Bases de la valoración geriátrica integral (VGI).
2	Observación de Necesidades Físicas y Riesgos	Reporte de Observación: Documentación detallada sobre: movilidad (riesgo de caídas), estado nutricional (apariencia, ingesta), hidratación, patrones de sueño y manejo de la medicación. Identificación de 3 riesgos prioritarios .	Riesgos asociados a la inmovilidad (Úlceras por Presión), síndromes geriátricos (Caídas) y farmacocinética en el adulto mayor.
3	Cuidado Psicosocial y Escucha Activa	Diario de Reflexión y Escucha Activa: Dedicar al menos una hora a la escucha activa (sin distracciones). Documentar temas abordados, emociones expresadas (miedo, alegría, soledad, etc.) y la respuesta terapéutica del estudiante.	Comunicación terapéutica. Teorías del desarrollo psicosocial (Erikson). Manejo de la soledad y la depresión en el adulto mayor.



"Educación que genera cambio"

4	Planeación, Intervención y Evaluación	Plan de Cuidados de una Sola Intervención (Suplir una Necesidad): Selección de la necesidad más urgente (física, funcional o emocional) identificada en las semanas 1-3. Implementación de una acción concreta para suplir o mejorar esa necesidad.	Priorización de necesidades. Diseño de intervenciones de Enfermería (NIC) y resultados esperados (NOC). Ética del cuidado.
---	---------------------------------------	---	--

4.- Responde

Estas preguntas deberán ser respondidas en la conclusión del Portafolio y buscan evaluar la integración de los conocimientos con la experiencia práctica y el humanismo.

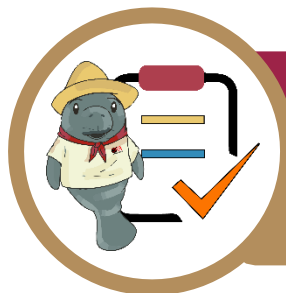
I. Integración de la Teoría a la Práctica

- Describe la principal **diferencia** que encuentraste entre la *teoría* de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) aprendida en clase y la *práctica* de realizar la entrevista en el entorno familiar del adulto mayor.
- Tras la observación de las **necesidades físicas** (Semana 2), ¿qué riesgo crees que está más subestimado por la familia o el propio adulto mayor? ¿Cómo un cambio en el hogar (ej. una alfombra, la luz) puede considerarse una intervención de enfermería?
- Seleccionaste una necesidad para **suplir** (Semana 4). Si tuvieras que justificar esa intervención ante un equipo médico, ¿qué **conocimiento fisiológico o psicosocial** del submódulo utilizarías como principal argumento?

II. Humanismo y Ética del Cuidado

- Durante el tiempo de **escucha activa** (Semana 3), ¿lograste identificar algún problema que **no era físico** (ej. sentimiento de soledad, miedo a la dependencia)? Si la dependencia es inevitable, ¿cómo puede el enfermero promover la dignidad del paciente a través de su lenguaje y acciones?
- Basado en tu experiencia, ¿qué papel juega el **entorno cultural o familiar** (propio de Tabasco) en el cuidado de este adulto mayor? ¿La enfermería debe adaptarse a las costumbres o intentar cambiarlas? Justifica tu respuesta.
- ¿Cuál fue el mayor **desafío emocional** que enfrentaste al cuidar de tu familiar/persona cercana? ¿Cómo crees que esta experiencia práctica te prepara mejor para ser un profesional de enfermería **humanista** en el futuro?





INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

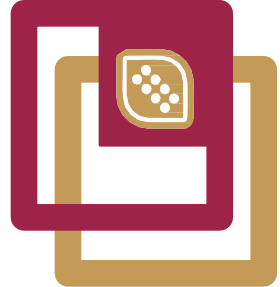
RUBRICA

Situación Didáctica 2. "Cuidado Humanizado en Casa"

DATOS GENERALES					
Nombre(s) del alumno (s)		Matriculas(s)			
Producto: Menú nutritivo		Fecha			
Formación Laboral Básica: Higiene y Salud Comunitaria		Periodo:2025-2026B			
Nombre del docente:		Firma del docente			
Criterio de Evaluación (Ponderación)	Nivel 4: Excelente (100%)	Nivel 3: Satisfactorio (80%)	Nivel 2: Suficiente (60%)	Nivel 1: Deficiente (0-50%)	
1. Valoración Geriátrica Integral y Uso de Escalas (30%)	La documentación de la Semana 1 y 2 está completa. Aplica correctamente la Escala de Katz (ABVD) y otra escala relevante. Identifica claramente todos los riesgos y necesidades (físicas, funcionales y psicosociales).	Aplica la Escala de Katz y una más, pero la interpretación de los resultados es superficial o se omite algún riesgo evidente.	Solo aplica la Escala de Katz o no la aplica correctamente. La documentación de riesgos y necesidades es limitada y genérica.	La valoración está incompleta. No utiliza ninguna escala geriátrica o los datos son irrelevantes.	
2. Aplicación del PAE y Planificación de la Intervención (30%)	La Semana 4 muestra la identificación de la necesidad prioritaria y se justifica con el PAE (Diagnóstico de Enfermería, Objetivo/NOC e Intervención/NIC). La intervención realizada es concreta, viable y promueve la autonomía y la dignidad.	La necesidad es prioritaria, pero falta justificación teórica o la estructura del PAE (NIC/NOC) es incompleta o confusa.	Solo identifica la necesidad y describe una acción, sin seguir la estructura formal del PAE (sin uso de taxonomías o justificación).	No se realiza o documenta la intervención, o esta no aborda la necesidad más urgente del adulto mayor.	

3. Desarrollo de Habilidades (Escucha Activa y Empatía) (15%)	La documentación de la Semana 3 (Diario de Reflexión y Escucha Activa) es profunda. Revela problemas no físicos (soledad, miedo) y demuestra una respuesta terapéutica y empática proactiva.	Documenta el tiempo de escucha activa y los temas abordados, pero la reflexión sobre las emociones del paciente y la respuesta terapéutica es superficial.	Solo documenta el cumplimiento del tiempo de escucha, sin ofrecer ninguna reflexión sobre las emociones o el rol terapéutico propio.	No realiza el ejercicio de escucha activa o la documentación es una simple transcripción de conversación.	
4. Conclusión Personal Reflexiva y Conflicto Cognitivo (15%)	La conclusión es un ensayo coherente que responde a todas las preguntas de conflicto cognitivo (Integración, Humanismo y Ética) con análisis crítico, relacionando la experiencia práctica con la teoría del submódulo.	La conclusión responde la mayoría de las preguntas, relacionando la teoría y la práctica, pero el nivel de análisis crítico es limitado o superficial.	La conclusión es breve y descriptiva, sin lograr conectar claramente la experiencia práctica con los conceptos teóricos y éticos clave.	La conclusión es incompleta, no responde a las preguntas o solo describe las actividades realizadas sin análisis.	
5. Presentación y Organización del Portafolio (10%)	El portafolio es ordenado, legible, incluye todas las evidencias de las 4 semanas (Bitácora, Anamnesis, Reportes) y sigue el formato profesional solicitado.	El portafolio incluye todas las evidencias, pero la organización o la limpieza podrían mejorar.	Faltan algunas evidencias semanales o la presentación general dificulta la revisión y comprensión de la información.	El portafolio está incompleto, desordenado o no cumple con los requisitos mínimos de entrega.	
Puntuación Total					/100





REFERENCIAS SM1

American Heart Association. (2020). American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>

Centro Hospitalario de Alta Especialidad Pediátrica (CHEAP). (2017). *Conceptos generales sobre vacunas*. CHLA EP. <https://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2020/02/1-Conceptos-Generales-sobre-Vacunas.pdf>

García Cruz, O. (2008). Manual de primeros auxilios. Secretaría de Salud.

Gobierno de México. (s.f.). *Esquema Nacional de Vacunación*. Secretaría de Salud. Recuperado el 17 de julio de 2024, de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/vacunacion-esquema-nacional-de-vacunacion>

Hernández, L. (2011). *Vacunación & bioseguridad* [Diapositivas]. Slideshare. <https://es.slideshare.net/slideshow/vacunacin-bioseguridad/10547985>

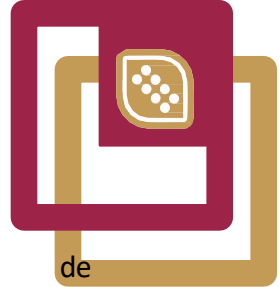
Instituto Mexicano del Seguro Social Bienestar (IMSS-BIENESTAR). (2023). *Guía de bolsillo Programa de Vacunación Universal* (2ª ed.). IMSS-BIENESTAR. <https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/transparencia/coordinaciones/normatividad/Gu%C3%ADa%20bolsillo%20Programa%20de%20Vacunaci%C3%B3n%20Universal%20IMSS-BIENESTAR.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. (2003, 17 de febrero). Diario Oficial de la Federación.

Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. (2022, enero). Boletín Epidemiológico de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

Reyes-Cadena A. Esquema de vacunación ideal vs Cartilla Nacional de Vacunación. *Acta Pediatr Mex.* 2018;39(4): 356-362.

Secretaría de Salud. (2021). *Manual para primeros respondientes* (2a ed.). Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/783774/Manual_Primeros_Respondientes_v2_030321_compressed.pdf



"Educación que genera cambio"

Secretaría de Salud. (2023). *Manual de Vacunación*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/873269/MANUAL_DE_VACUNACION_2023.pdf

Servicio Extremeño de Salud. (2021, marzo 31). *Procedimiento de venopunción* [Documento de procedimiento]. Área de Salud de Plasencia. <https://www.areasaludplasencia.es/docs/pgc/tecnicas/ses-plasencia-procedimiento-venopuncion-210331.pdf>

Sociedad Castellano Manchega de Patología Dual y Trastornos de la Personalidad (SCPTFE). (2023). *Quemaduras: Guía de actuación en Atención Primaria y derivación especializada*. <https://scptfe.com/wp-content/uploads/2023/06/Quemaduras-Guia-de-actuacion-en-Atencion-Primaria-y-derivacion-especializada.pdf>

World Health Organization. (s. f.). *My 5 Moments for Hand Hygiene*. Recuperado 19 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>



"Educación que genera cambio"



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN



"Educación que genera cambio"

IMÁGENES SM1

Imagen 1.1 https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/2025-documents-for-cpr-heart-edits-posting/Resuscitation-Science/JN1582_ESXM_Hghlghts_2025ECCGuidelines_Final_251022.pdf?sc_lang=en

Imagen 1.2 <https://montanasegura.com/wp-content/uploads/2014/07/posicion-lateral-de-seguridad.jpg>

Imagen 1.3 https://adst.mp.pl/s/empendium/img_zoom/B34/034_2548.jpg

Imagen 1.4

<https://image.jimcdn.com/app/cms/image/transf/dimension=441x10000:format=png/path/sa93b837186f9691f/image/i1a511cdd42ba1fa8/version/1627067096/image.png>

Imagen 1.5

<https://image.jimcdn.com/app/cms/image/transf/dimension=441x10000:format=jpg/path/sa93b837186f9691f/image/ibeeb973f146c7e18/version/1627067073/image.jpg>

Imagen 1.6 <https://cdn.lecturio.com/assets/Two-hand-technique-infant-CPR-01.png>

Imagen 1.7 7ba19f06fe7da1090deed0208d40bb96.jpg (728×971)

Imagen 1.8 <https://grupophiladelphia.com.mx/wp-content/uploads/2020/09/botiquin.jpg>

Imagen 2.1 <https://yoamoenfermeriablog.com/wp-content/uploads/2020/05/wp-1590968688718.jpg>

Imagen 2.2 <https://www.barnaclinic.com/blog/enfermeria/wp-content/uploads/sites/11/2018/03/5-momentos-higiene-de-manos.jpg>

Imagen 2.3 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/infografias/preview/lavadomanos-1.jpg>

"Educación que genera cambio"

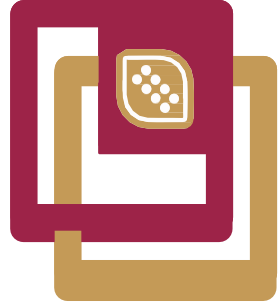
Imagen 3.1 <https://www.gob.mx/salud/articulos/esquema-de-vacunacion>

Imagen 3.2 <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/fig5.1.jpg>

Imagen 3.3 imssbienestar.gob.mx/assets/doc/transparencia/coordinaciones/normatividad/Guía bolsillo Programa de Vacunación Universal IMSS-BIENESTAR.pdf

Imagen 3.4 <https://o.quizlet.com/N69YrWWkTwbKxc.CMM9JSg.jpg>





REFERENCIAS SM2

Abellán, J. (2018). Geriatria para enfermería. (3ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
Relevante para el PAE en el adulto mayor y cuidados específicos

Bazo, M. T. (2016). Manual de nutrición y geriatría. Editorial Médica Panamericana.
Fundamental para la adaptación de planes dietéticos y la sarcopenia

Bermejo, L. (2018). Enfermería geriátrica: Valoración e intervención. Editorial Síntesis.
Clave para las escalas de valoración y el proceso de enfermería.

Cano, J. F., & Gil, R. (2017). Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos, Clínica y Terapéutica. Elsevier Masson.

Texto base para los cambios fisiológicos y patologías comunes.

Gutiérrez, L. M. (2015). Geriatria y Gerontología: Aspectos teóricos y clínicos. Manual Moderno.
Útil para diferenciar la geriatría de la gerontología y conceptos teóricos.

Irazusta, J. (2018). Ejercicio, nutrición y salud en el adulto mayor. Editorial Paidotribo.
Esencial para los contenidos de actividad física y su integración con la dieta.

León, M. A., & Bermejo, L. (2019). Protocolos y procedimientos de enfermería en geriatría. DAE
Difusión Avances de Enfermería

Guía práctica para la atención directa y técnicas de cuidado

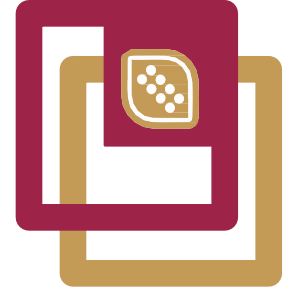
Mizrahi, F. (2015). Cuidados paliativos en geriatría: El arte de acompañar. Editorial Corpus.
Necesario para el manejo del dolor, la dignidad y el final de la vida.

Morales, E., & Rodríguez, M. (2016). Manual de Síndromes Geriátricos. Editorial Alfil.
Imprescindible para el estudio de caídas, incontinencia, inmovilidad y delirium.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030): Marco de acción. OMS.

Aunque es un informe, es la guía de referencia global para la filosofía de Envejecimiento Activo.





"Educación que genera cambio"

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2022). Diets and nutrition. FAO. <https://www.fao.org/nutrition/es>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Healthy diet. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Pan American Health Organization. (2022). Healthy eating and physical activity to prevent noncommunicable diseases. <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

Ribera Casado, J. M. (2017). Manual de Geriátría y Gerontología. (5ª ed.). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) / Editorial Panamericana.

Uno de los textos de referencia más completos y utilizados en España e Hispanoamérica.

Rodríguez, M. L., & Martínez, M. S. (2019). Psicogeriatría: Abordaje integral en el adulto mayor. Manual Moderno.

Fundamental para los temas de apoyo emocional, demencia, depresión y escucha activa.

Salas, J. (2018). Nutrición y Dietética Clínica. (4ª ed.). Elsevier.

(Útil para adaptar dietas a patologías crónicas como diabetes e hipertensión en la vejez.

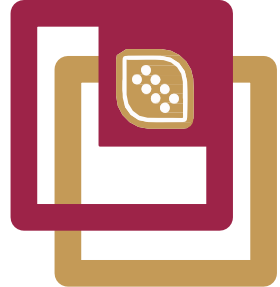
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). (2015). Guía de buena práctica clínica en Geriátría. SEGG.

Ideal para conocer los estándares de manejo de casos y prevención de iatrogenia.

Torres, S., & Almagro, A. (2018). Cuidado de enfermería al paciente con enfermedad crónica. Editorial Médica Panamericana.

Relevante para el manejo de la polifarmacia y el cuidado *a largo plazo*.





IMÁGENES

Imagen 1.1 Ciclo de vida. Generada por IA

Imagen 1.2 Estilos de vivir la vejez. Generada por IA

Imagen 1.3 Derechos de los adultos mayores. Generada por IA

Imagen 1.4 CONAPRED. <https://share.google/U2jtViMNtpnvyMQGg>

Imagen 2.1 Activación física para adultos mayores. IA

Imagen 3.1 Requerimientos por edad.

Imagen 3.2 Alimentación saludable en adultos mayores.

Imagen 4.1 Adultos mayores con depresión y duelo.

Imagen 4.2 Plan de acción de la OMS.

Imagen 5.1 Úlceras por presión.

ESQUEMAS

Esquema 1.1 Entorno de los adultos mayores. Gómez, E.

Esquema 2.1 Tipos de caídas en adultos mayores.

Esquema 2.2 Daños y consecuencias de una caída en adultos mayores.

Esquema 4.1 Técnicas de comunicación

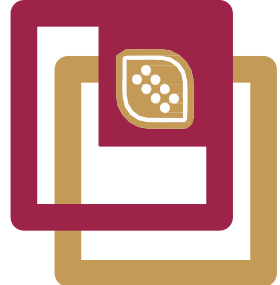
TABLAS

Tabla 2.1 Relación de actividad con tipo de ejercicio y su intensidad. Tabla 5.1

Intervención para prevenir y cuidar las úlceras por presión.

Tabla 5.2 Intervenciones generales para prevención y cuidado de las úlceras presión.





"Educación que genera cambio"

ANEXOS

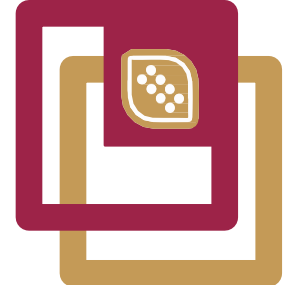
HIMNO DEL COBATAB

¡Oh!, Colegio de Bachilleres, impetuosa y querida
institución casa fiel del conocimiento,
hoy te canto este himno con amor,
eres rayo de esperanza del mañana,
eres la voz de la verdad.

¡Oh!, Colegio de Bachilleres, eres
luz en medio de la oscuridad.
//Colegio de bachilleres conducta
clara y firme decisión
Colegio de bachilleres tu misión
para siempre es ser mejor.//

En Tabasco se ha sembrado
la semilla que un día germinara,
el impulso de la vida modernista
en progreso de toda la sociedad,
es tu memorable historia gran
orgullo para toda la región,
educación que genera cambio,
ejemplo digno en cada generación.





PORRA INSTITUCIONAL

¡Somos!
¡Somos!

Jóvenes Bachilleres
Jóvenes Bachilleres

Con Valor y Lealtad
De Norte a Sur
De Este a Oeste

Somos líderes Bachilleres del Sureste
COBATAB Unido, COBATAB Fortalecido.
Este encuentro lo gano porque lo gano
Como dijo el Peje, me canso ganso.

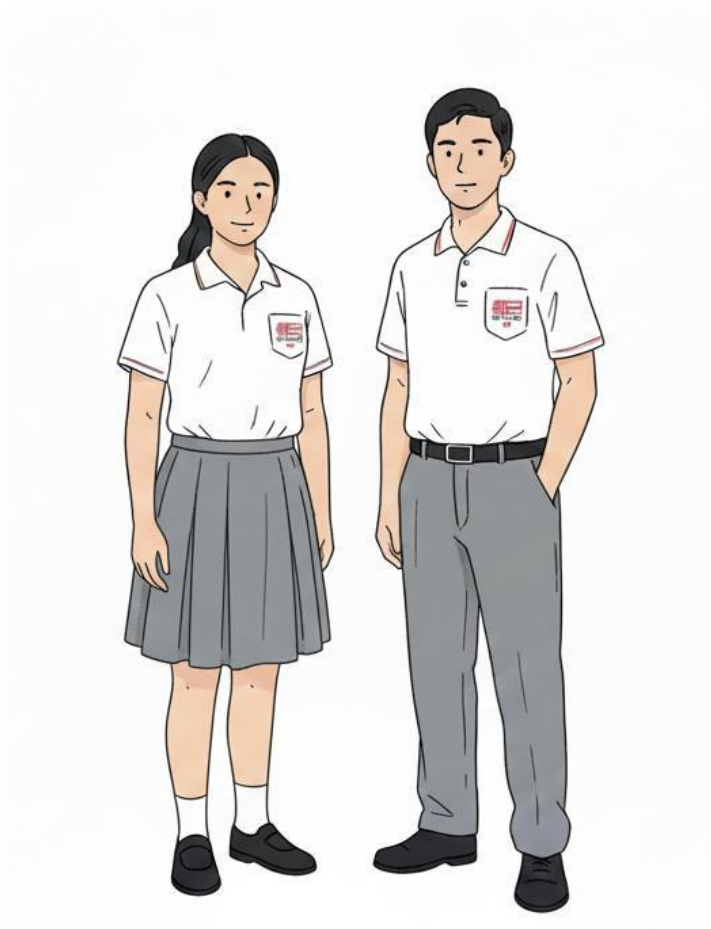
¡Somos!
¡Somos!

Jóvenes Bachilleres
Jóvenes Bachilleres

¡Somos!
¡Somos!

Jóvenes Bachilleres
Jóvenes Bachilleres

COBATAB Unido, COBATAB Fortalecido



"Educación que genera cambio"

COBACHITO

Colegio de Bachilleres,
Está de fiesta señores
Pues todos sus estudiantes
Hoy celebran con honores.

Que ya llegó la alegría
Es hora de motivar
Bailemos con algarabía
Cobachito nos guiará.

Allá por el acahual
En los ríos de Tabasco
Aconchado en unas ramas
O nadando sin parar.

Un manatí se ha ganado
El cariño de la gente
Cobachito le han llamado
Y no para de bailar.

Cobachito, con él vamos a ganar
Cobachito, eres espectacular
Cobachito, respetamos tu hábitat
Cobachito, mascota del COBATAB.

Mientras la orquesta se escucha
Y la porra se emociona
Los jóvenes bachilleres
A una voz ovacionan

Con orgullo representan
A una gran institución
COBATAB está presente
Y Cobachito ya llegó.

