BUENAS PRÁCTICAS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO



TABLA DE CONTENIDO

1. SISTEMA DE APOYO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD GRUPO 2
2. HIGIENE MAYOR
   - BAÑO
   - UTILIZACION DE PRENDAS DE VESTIR DE CADA PERSONA
3. HIGIENE MENOR
   - HIGIENE ORAL
   - LAVADO DE MANOS
   - CORTE DE UÑAS
   - LIMPIEZA DE OIDOS
   - PREVENCIÓN PEDICULOSIS
4. CUIDADOS DE LA PIEL
   - CAMBIOS DE POSICION
   - CAMBIO DE PAÑAL
   - PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION Y ESCARAS
   - RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
   - APLICACIÓN DE LA ESCALA DE NORTON PARA LOS Y LAS PARTICIPANTES CON USO DE PAÑAL Y POYOS EXTENSOS GENERALIZADOS (SI APLICA)
5. BUENAS PRACTICAS EN ENFERMERIA
   - LAVADO DE MANOS
   - RONDAS DE ENFERMERIA
   - RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA
   - BUENAS PRATICAS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
   - MANEJO DE EPISODIOS CONVULSIVOS
   - MANEJO DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD USUARIOS DE GASTROSTOMIA Y COLOSTOMIA
   - INFORME DE FALLECIMIENTO

1. SISTEMA DE APOYO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CONSECUTIVO	Tipo de documento	Número de documento	Nombres y apellidos
1	CC	79183814	ALEXANDER ACOSTA
2	CC	81715919	ALEXANDER CALERO LEAL
3	CC	4139988	ALIRIO DEL CARMEN LOPEZ CORDERO
4	CC	79210072	ALIRIO CASTAÑEDA
5	CC	51981617	AMINDA JIMENEZ CHINCHILLA
6	CC	51901110	ANA MERCEDES DUEÑEZ SUAREZ
7	CC	1016000594	AURA PATRICIA ABRIL
8	CC	1024479675	AYDA MAGDALENA ORJUELA
9	CC	1072168362	CARLOS JULIO ROMERO RINCON
10	CC	1136911563	DEISY PAOLA MARTINEZ MOLINA
11	CC	1136910249	DIANA CAROLINA BERNAL BERNAL
12	CC	1136909390	DIANA PAOLA RAMIREZ MORENO
13	CC	52813916	DIANA PATRICIA MORALES

14	CC	79818614	DIEGO ANDRES CARRANZA
15	CC	53080880	ERIKA LICETH ROA REY
16	CC	81716159	FABIAN ALEXANDER GONZALEZ CUBEROS
17	CC	52016260	FANNY YANETH OBANDO GARCIA
18	CC	1136910792	FONCHOW ALEXANDER SOTO PEREZ
19	CC	1019119230	JHONATAN BRAVO PACHECO
20	CC	1136909031	JOHANA AVILA AVILA
21	CC	80895834	JOHN ANDERSON CASTRO CABRERA
22	CC	1003710383	JONATHAN ANDRES RODRIGUEZ PEÑA
23	CC	3034083	JOSE ARMANDO PEÑA ORTÍZ
24	CC	79804282	JOSE ELBERTO CONTRERAS AGUILERA
25	CC	1121934382	JOSE MIGUEL CARVAJAL RAMIREZ
26	CC	7276517	JOSE REINALDO TECANO
27	CC	81715915	JOSE WILLIAM CHIRVA MONROY
28	CC	1022937796	JUAN ANTONIO OCHOA TORRES
29	CC	79967144	JUAN CARLOS MALDONADO LÓPEZ
30	CC	1070009308	JUAN DIEGO MENDEZ
31	CC	20817021	JULIA PEÑALOZA MORENO
32	CC	1003670783	JULIAN EDUARDO DIMATE GONZALEZ
33	CC	1016012233	JULIO ARMANDO DIAZ CALDON

34	CC	80115572	LEONEL CIFUENTES GARCIA
35	CC	1136910315	LIBARDO ARIEL RAMIREZ FERNANDEZ
36	CC	1023873962	LUIS ERNESTO ALARCON BARRETO
37	CC	91070845	LUIS ALBERTO PINTO ZUÑIGA
38	CC	20965476	LUZ ANGELICA LEON AVILAN
39	CC	1111772203	MARIA ELCY SANCHEZ RAMOS
40	CC	1026560606	MARIA DEL CARMEN ARANDA
41	CC	53053937	MARIA DEL PILAR ALFONSO BERMUDEZ
42	CC	52409949	MARIA EUGENIA ROMERO
43	CC	1026274781	MARIA MERCEDES CALDERON CASTRILLON
44	CC	52582437	MARISOL VILLAMARIN QUESADA
45	CC	1136909202	MIGUEL ANGEL CEFERINO GARAVITO
46	CC	53905459	NOHEMY ARIZA
47	CC	23994206	NORA DEL CARMEN SUAREZ GAMBOA
48	CC	1136910726	NUBIA LILIANA CAICEDO MARTINEZ
49	CC	81715738	OMAR PUENTES PUENTES
50	CC	11276575	OSCAR FERNANDO MARTINEZ NIETO
51	CC	1014187607	RODOLFO DIAZ ROA
52	CC	1233496992	ROSA CAMILA ALZATE GARZON
53	CC	79582723	RUBEN LIZARAZO OROZCO

54	CC	51762041	RUTH MARINA ROMERO GALINDO
55	CC	1020719365	SARA YAMILE MARTINEZ ROMERO
56	CC	80813978	SEVERO GOMEZ AMAYA
57	CC	81715892	SIMON CORREA
58	CC	1010170017	SONIA DEL MAR VILLAMIZAR COBOS
59	CC	79183798	WILLIAM ALVAREZ
60	CC	53905639	YADIRA ELENA AREVALO
61	CC	79801330	YEISSON DENNIS ALVAREZ CASTELLANOS
62	CC	1000221691	YONNY ALEXANDRO CHAPARRO RIOS
63	CC	1136912701	ANA AURELIA VIVAS
64	CC	51766600	ADA MERY VELASQUEZ BERNAL
65	CC	1136909655	FLOR MARIA DAZA CALDERON
66	CC	1056994002	MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA
67	CC	81715983	VICENTE HUERTAS
68	CC	1000575549	JUAN PABLO RODRIGUEZ CARDENAS
69	CC	17391118	NELSON FRANCIONY GUALDRON CASTAÑEDA
70	CC	1049895100	DANIEL ARIAS CISNEROS
71	CC	1000338399	JOHAN SMITH BUITRAGO ESPINOSA
72	CC	1033097133	LUNA NICOL CAÑAS CONTRERAS
73	CC	1031801318	JOHAN ANDRES LONDOÑO CRUZ

74	CC	1000216791	JOSE LUIS RAMIREZ SABRICA
75	CC	1000035860	JUAN ESTEBAN REYES RODRIGUEZ
76	CC	1097640225	BRAYAN STIVEN SANTAMARIA SUAREZ

2. HIGIENE MAYOR

BAÑO

1. OBJETIVO.

Establecer criterios para el desarrollo de las actividades de baño corporal, generando pasos y criterios básicos para el desarrollo de esta por parte de las personas con discapacidad y el personal de cuidado de la salud (auxiliares de enfermería) de forma que se promuevan y mantengan los hábitos higiénicos de los participantes.

2. CONSIDERACIONES GENERALES.

1. Educación de manera continua, sobre la importancia del baño.
2. Proporcionar una silla a la persona que no pueda sostenerse de pie mucho tiempo, o en según su limitación.
3. Poner un tapete antideslizante, para evitar caídas.
4. Observar condiciones de piel, eritemas, tumores, erosiones y otros.
5. Colocar soportes o barras que se conviertan en un apoyo.
6. Evitar dejar solo a la persona en el baño, cuando requiera supervisión e indicarle que NO cierre la puerta con llave.
7. Proteger heridas que no hayan cicatrizado.

8. Indicarle a la persona el manejo de chanclas.
9. Estar atento a la ayuda que requiera la persona.
10. En el caso de que la persona sea de manejo se silla de ruedas, trasladarlo a la silla de baño de manera segura, evitando movimientos o eventos que traumaticen la persona.
11. El personal de enfermería debe de utilizar la biomecánica corporal, para evitar esfuerzos innecesarios.

Se debe tener con anticipación los implementos de aseo necesarios para realizar el baño:

-Toalla

-Jabón

-Champo

-talco, desodorante y ropa, pañal si es necesario

- Silla de baño, si el sistema de apoyo lo requiere.

3. Técnicas

Para las personas de sistema de apoyo limitado e intermitente, se realizarán las siguientes tareas:

- Verificación de la temperatura del agua acción realizada por la persona con discapacidad en compañía del auxiliar de enfermería
- La persona con discapacidad realizara el alistamiento de los insumos y elementos necesarios (jabón líquido, toalla, crema corporal) para la ejecución de la actividad.
- La persona con discapacidad realizará el traslado de la zona de habitaciones a la zona del baño donde se realizará el Higiene mayor
- La persona con discapacidad se desvestirá guardando sus procesos de intimidad y colocar la ropa sucia en la caneca de la ropa sucia.
- La persona con discapacidad controlar la dosificación del jabón en supervisión continua por el auxiliar de enfermería.

- La persona con discapacidad esparcir el jabón de cuello a pies
- Refregar todas las partes de su cuerpo
- Realizar el enjuagado del jabón
- Aplicar champo en el cabello aprendiendo y reforzando los procesos de dosificación
- Enjuague de cabello hasta no dejar rastro de jabón.
- Secaran el cuerpo haciendo un adecuado manejo de la toalla y secando cada parte del cuerpo de iniciando en cabeza y terminando en pies.
- Aplicaran desodorante y talco

Nota Se describe que la persona con discapacidad dado sus sistemas de apoyo serán los encargados de la realizar la actividad de baño siempre en supervisión continua por un auxiliar de enfermería a fin de mitigar situaciones de riesgo en las personas y la generación de eventos adversos. De igual manera se recomienda que los procesos de higiene mayor sean supervisados por personas del mismo sexo a las PCD.

Para las personas de sistema de apoyo generalizado y extenso, se realizarán las siguientes tareas:

Trasladar la silla de baño a la ducha o hacer el acompañamiento de la persona de ser necesario:

- Solicitar de apoyo (otro auxiliar de enfermería), si se requiere.
- El auxiliar de enfermería verificara la temperatura del agua.
- El auxiliar de enfermería realizara el alistamiento de los insumos y elementos necesarios (jabón líquido, toalla, crema corporal) para la ejecución de la actividad.
- El auxiliar de enfermería desvestirá a la persona con discapacidad guardando sus procesos de intimidad y colocar la ropa sucia en la caneca de la ropa sucia.
- El auxiliar de enfermería controlar la dosificación del jabón
- El auxiliar de enfermería esparcir el jabón de cuello a pies
- El auxiliar de enfermería refregara todas las partes de su cuerpo
- El auxiliar de enfermería realizara el enjuagado del jabón

- El auxiliar de enfermería aplicar champo en el cabello aprendiendo y reforzando los procesos de dosificación
- El auxiliar de enfermería enjuague de cabello hasta no dejar rastro de jabón.
- Secara el cuerpo haciendo un adecuado manejo de la toalla y secando cada parte del cuerpo de iniciando en cabeza y terminando en pies.
- Aplicara desodorante y talco

Es importante dejar organizado completamente a las personas dependientes, antes de iniciar otras actividades.

NORMAS DE SEGURIDAD - PRECAUCIONES

- Utilizar elementos de protección el personal de enfermería como: botas, delantal de caucho, guantes y tapabocas, gafas.
- Antes y Después de realizar la actividad lavarse las manos
- Dejar espacio organizado
- Realizar registro de enfermería correspondiente o novedades



BIBLIOGRAFIA

- Procesos de Atención en Enfermería 2013.
- Junta de Andalucía ministerio de Sanidad.
- Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_ HUVR.pdf
- Manual de Enfermería Oceano/ Centrum 2012
- Manual de Enfermería Zamora 2008

UTILIZACION DE PRENDAS DE VESTIR

1. Objetivo del protocolo

Establecer criterios para el desarrollo de las actividades de vestido, generando pasos y criterios básicos para el desarrollo de esta por parte de las personas con discapacidad y el personal de cuidado de la salud (auxiliares de enfermería) de forma que se promuevan y mantengan la adecuada presentación personal de los participantes.

2. Marco conceptual

Marco teórico del auto cuidado: En la vida de una persona debe existir un equilibrio en las competencias ocupacionales, el autocuidado, la socialización, el trabajo y el tiempo libre, una alteración en este equilibrio conlleva a una disfunción para desempeñarse competentemente en ambientes diversos que finalmente es lo que facilitará el desarrollo y estrategias para explorar y dominar el ambiente y que dará paso a la consecución de metas a lo largo de la vida, (MOH, Kielhofner – 1985). La primera definición de ABC y AVD fue expuesta por Spackman en 1947 y las denominó actividades de auto-ayuda; posteriormente Pedretti afirma que las tareas de auto-mantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar capacitan al individuo para alcanzar independencia en su entorno, en 1990, trombly distingue claramente las AVD (alimentación, baño, vestido) de las AIVD (tareas ocupacionales básicas en las que el individuo se cuida a sí mismo en función de los roles que vaya a desempeñar independientemente en casa. Hagedorn, define las AVD como fundamentales para la supervivencia

3. Condiciones generales

La actividad de vestido es parte de la ocupación humana, que puede requerir apoyo gradual según las habilidades y destrezas, brindando la posibilidad de alcanzar la independencia gradual en el paso a paso y en el accionar repetitivo. La independencia es directamente proporcional el movimiento, la voluntad y la capacidad de disfrute que la persona pueda llegar expresar a través del deseo de hacer parte de la actividad, así esta se desarrolle en su mayor parte con apoyos

que pueden ir desde el generalizado hasta el intermitente o alcanzar la total independencia. Adicionalmente, con esta actividad se logra identificar alteraciones de la piel, se evalúa el estado de ánimo, todo esto con el fin de generar un estado de higiene, salud y bienestar en función de mantener la calidad de vida, proporcionando cuidado humanizado y estandarizado.

3. Técnicas

Para las personas de sistema de apoyo limitado e intermitente, se realizarán las siguientes tareas:

- La persona con discapacidad seleccionara las prendas de vestir apropiados para el entorno y el día.
- El auxiliar de enfermería realizara la verificación que las prendas de vestir por la persona con discapacidad correspondan a ella mediante la inspección de la marquilla.
- La persona con discapacidad en un espacio intimo que resguarde su intimidad iniciara con la colocación de las prendas de vestir (ropa interior), verificando el derecho y el revés en el momento de la colocación, en este paso las mujeres verificar la colocación de las tiras del brasier.
- La persona con discapacidad realizara la colocación de las prendas de vestir (ropa exterior), verificando el derecho y el revés en el momento de la colocación.
- La persona con discapacidad realizara la colocación de medias, realizando la verificación que sean parejas y queden bien puestas sin generar puntos de presión en dedos con las costuras.

- La persona con discapacidad realizara la colocación de calzado, verificando de pares, y colocación de los zapatos ubicando las lengüetas.
- Finalmente, la persona con discapacidad realización del amarrado de los cordones de los zapatos.

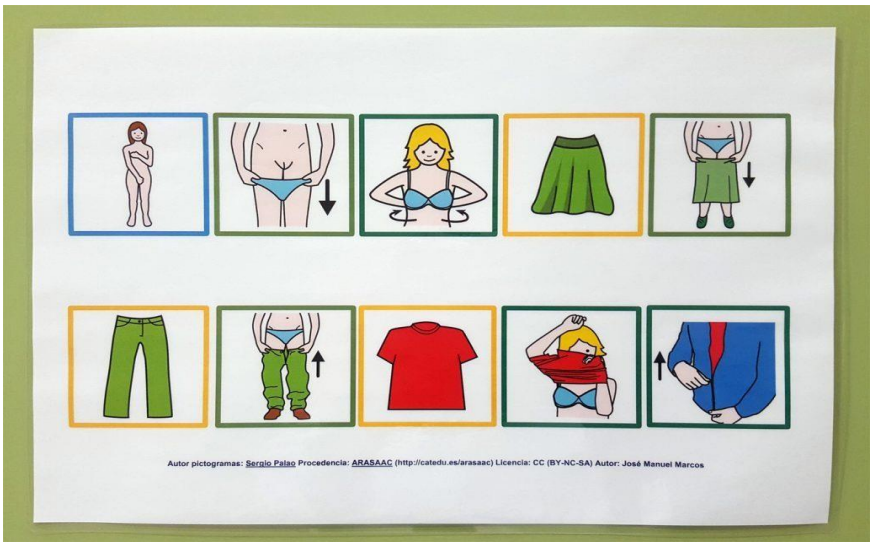
Nota Se describe que la persona con discapacidad dado sus sistemas de apoyo serán los encargados de la realizar la actividad de vestido siempre en supervisión continua por un auxiliar

de enfermería a fin de mitigar situaciones de riesgo en las personas y la generación de eventos adversos. De igual manera se recomienda que los procesos el auxiliar de enfermería oriente y refuerce en la persona la adecuada combinación de las prendas de vestir según las condiciones climática o actividades a desarrollar.

Para las personas de sistema de apoyo generalizado y extenso, se realizarán las siguientes tareas:

Realizar el traslado de la persona que requiere el apoyo del baño al dormitorio.

- El auxiliar de enfermería seleccionara las prendas de vestir apropiados para el entorno y el día desde el dia anterior en la noche.
- El auxiliar de enfermería realizara la verificación que las prendas de vestir por la persona con discapacidad correspondan a ella mediante la inspección de la marquilla.
- El auxiliar de enfermería en un espacio intimo que resguarde su intimidad iniciara con la colocación de las prendas de vestir (ropa interior), verificando el derecho y el revés en el momento de la colocación, en este paso las mujeres verificar la colocación de las tiras del brasier.
- El auxiliar de enfermería realizara la colocación de las prendas de vestir (ropa exterior), verificando el derecho y el revés en el momento de la colocación.
- El auxiliar de enfermería realizara la colocación de medias, realizando la verificación que sean parejas y queden bien puestas sin generar puntos de presión en dedos con las costuras.
- El auxiliar de enfermería realizara la colocación de calzado, verificando de pares, y colocación de los zapatos ubicando las lengüetas.
- Finalmente, El auxiliar de enfermería realización del amarrado de los cordones de los zapatos.



Es importante dejar organizado completamente a las personas dependientes, antes de iniciar otras actividades.

BIBLIOGRAFIA

- Adirón, F. (2005). ¿Qué es la inclusión? La diversidad como Valor. Recuperado de http://redescepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/EDUCACIONESPECIA L/QUE%20ES%20LA%20INCLUISON.pdf Andréu, J. (2001).
- Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Sevilla. España: Fundación Centro de Estudios Andaluces. Recuperado de http:// public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf Anónimo. (6 de octubre de 2015).
- Las señales sustituirán el término “discapacitado” por “diversidad funcional”. Onda Fuenlabrada. Recuperado de http://ondafuenlabrada.es/las-senales-sustituiran-el-termino-discapacitado-por-diversidad-funcional/ Arco, J., y Fernández, A. (2004).
- Manual de evaluación e intervención psicológica en necesidades educativa s especiales. Recuperado de http://es.calameo.com/ read/000472518da7e20b86339 Audi, R. (2004). Diccionario Akal de Filosofía. Madrid, España: Ediciones Akal, S.A

3. HIGIENE MENOR

HIGIENE ORAL

1. Objetivo del protocolo

Promover hábitos de higiene oral en los participantes de los servicios sociales de la atención de la secretaria Distrital de Integración Social, que ayuden a mantener o mejorar las condiciones de salud oral y a controlar los factores de riesgo asociados a la aparición de placa bacteriana.

2. Marco conceptual

Barrido en seco: Cepillado que se hace a la superficie de los dientes sin utilizar crema dental ni agua, es decir, con cepillo dental seco, para eliminar los restos de alimentos que quedan en los dientes y encías.
Cepillero: Elemento en acrílico o acero inoxidable, de superficie lisa, de fácil limpieza con orificios para colocar varios cepillos de forma vertical.

Cepillado dental: Es el método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o afecciones de la cavidad bucal.

Cepillo dental: Es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes. Está constituido por fibras, cabeza y mango.

Crema dental: Dentífrico pasa de dientes, es una sustancia que ayuda a eliminar tanto los restos de alimentos como la placa bacteriana que esta alojada en los dientes. Para que su acción sea

optima es necesario que cumpla con una seri de componentes como abrasivos, detergentes, Flúor, etc.

Enjuague Bucal: Es una solución que suele usarse como coadyuvante de la higiene oral, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Higiene Oral: Conjunto de acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral mediante la remoción de los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encías, paladar y surco vestibular, con cepillos dentales, seda dental, etc.

Placa Bacteriana: Es una película incolora y pegajosa compuesta con bacterias y azucares que se forma adhiere constantemente sobre los dientes. Es la principal causa de la caries y de la enfermedad de las encías.

Protector: Elemento plástico que se coloca a la cabeza del cepillo de dientes para protegerlo de la contaminación del medio ambiente y evitar infecciones cruzadas por el contacto con otros elementos.

Seda Dental: Es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. su material es fibra sintética a la cual se le puede o no adicionar será. Se utiliza para eliminar la placa que se aloja en los espacios interdentales, donde el cepillo no alcanza a llegar.

3. Condiciones generales

El cuidado de salud bucal se inicia desde temprana edad en la vida y se debe mantener a lo largo de esta. Por esto es importante fomentar hábitos de higiene oral como rutina diaria de autocuidado, con el fin de evitar la aparición prematura de enfermedades bucales. De acuerdo con lo anterior en los servicios sociales de atención de la secretaria Distrital de Integración Social, el personal que asiste a los participantes debe reforzar, apoyar y supervisar las actividades de higiene oral según el grupo de edad, condición de discapacidad, limitación física y/o condición de salud, teniendo en cuenta los horarios establecidos en cada centro de atención para esta rutina y siguiendo los pasos correctos indicados en este protocolo.

3.1 Indicaciones generales

- *Cumplir los horarios asignados para efectuar la actividad de higiene oral.*
- *El lavado de manos antes y después de realizar la actividad de higiene oral por parte del personal asistencial y de los participantes.*
- *Uso de los baños en adecuadas condiciones de higiene para efectuar la actividad con disponibilidad de un espejo de pared y lavamanos.*
- *Es obligatorio el uso de protectores para el cepillo, así como de cepilleros para el almacenamiento y organización de estos.*
- *Los protectores y cepilleros deben mantenerse limpios después de cada momento de la higiene.*
- *El proceso de limpieza y desinfección de los cepilleros debe estar incluido en el documento plan de saneamiento.*
- *Es importante que en cada momento de la higiene oral el cuidador refuerce y fortalezca conocimientos, actitudes y prácticas en hábitos saludables, así como las técnicas apropiadas teniendo en cuenta las características del participante.*
- *Cada elemento de higiene oral (cepillo dental, protector) debe encontrarse debidamente marcado con el nombre del participante para garantizar su uso exclusivo.*
- *El cepillo dental debe cambiarse idealmente cada 2 meses o antes si se han deformado sus fibras, o cuando hay enfermedades infectocontagiosas o lesiones en la cavidad oral.*
- *El tiempo adecuado para la realización de un cepillado correcto es mínimo de tres minutos.*
- *El uso del enjuague bucal se limita a participantes adolescentes, adultos o aquellos que presenten condición de discapacidad con un manejo cuidadoso por parte del personal asistencial.*
- *Es importante que el enjuague bucal no contenga alcohol.*
- *Si el participante tiene prótesis dental, debe retirarla y limpiarla con crema de dientes y un cepillo dental preferiblemente de cerdas duras. Esta actividad se debe realizar después de cada comida, antes de ir a dormir y después de la higiene corporal. Se debe mantener la prótesis en un recipiente con agua fría hasta su próxima utilización para*

evitar el riesgo de obstrucción de la vía aérea.

3.2 Técnicas de higiene oral

- Colocar el cepillo en un ángulo de 45º respecto de las encías.
- Cepillar suavemente hacia adelante y hacia atrás con movimientos cortos, aplicando una presión suave.
- Usar movimientos de ida y vuelta para cepillar las superficies de masticación de los dientes.
- Sostener el cepillo verticalmente para lavar las zonas internas de los dientes.



- Cepillar el interior hacia arriba y hacia abajo. Las fibras del cepillo deben penetrar en todas las zonas para evitar que se queden restos de comida.
- La lengua también debe cepillarse con movimientos de atrás hacia adelante.
- El cepillado debe hacerse al menos durante dos minutos. La mayoría de las personas suelen cepillarse durante menos tiempo, según un estudio de 2009, en el que los expertos reconocen que un cepillado de dos minutos puede ayudar a eliminar hasta un 26 % más de placa.
- Antes de cepillarse, esperar al menos 60 minutos después de comer, sobre todo si se consume algo ácido: hacerlo inmediatamente después puede eliminar el esmalte de los dientes, debilitado por el ácido.

- Guardar el cepillo en posición vertical, dejando que se seque al aire libre. Si lo hacemos en un recipiente cerrado, los gérmenes tendrán más oportunidad de crecer.
- Utilizar pasta dental con flúor porque ayuda a fortalecer y proteger los dientes y es el mejor agente anti-caries.
- Evitar enjuagar con agua porque se disminuyen los efectos beneficiosos del flúor. Es recomendable escupir, no enjuagar.

- *Lavado de manos y de la persona con discapacidad y de la persona que la asiste.*

- *Ubicar el cepillo de dientes del participante, retirar el protector.*

Nota: Para las personas con sistema de apoyo limitado e intermitente el auxiliar de enfermería realizara supervisión de la actividad a fin de garantizar que se ejecute de la mejor manera.

Para las personas de sistema de apoyo extenso y generalizado la actividad de proceso de higiene oral estará a cargo del auxiliar de enfermería mínimo en la realización de la actividad en los tres momentos grandes de alimentación.

Desinfección de los cepillos de dientes



Los cepillos de dientes son uno de los objetos que más sufren las consecuencias de una mala higiene. En ocasiones, con las prisas del día a día, no reparamos en la importancia de mantener limpios algunos objetos cotidianos como los cepillos de dientes.

La mayoría de las personas consideran, ya sea por comodidad o por desconocimiento, que es suficiente con enjuagar con agua los cepillos de dientes tras su uso. Pero lo cierto es que en sus cerdas se van acumulando restos provenientes de nuestra boca y residuos de la pasta dental que el agua no ha conseguido eliminar.

Todas estas partículas pueden generar bacterias que nos llevamos a la boca en usos sucesivos y que son nocivas para nuestra salud.

Por todas estas razones, es conveniente conocer el modo de **desinfectar nuestro cepillo de forma periódica.** Nosotros te ofrecemos varias opciones con productos que todos tenemos en casa. Antes y después de llevar a la práctica cualquier acción sobre el cepillo, recuerda lavarte las manos con agua tibia y jabón para no contaminarlo ni para adquirir sus propias bacterias.



1. Vinagre:

Una vez enjuagados los cepillos de dientes, colócalos en un vaso con vinagre blanco, de modo que la cabeza de todos ellos quede cubierta en su totalidad. Déjalos reposar unas horas y acláralos de nuevo. Este producto no solamente te ayudará a eliminar los residuos de los cepillos, ya que el vinagre es, además, un buen remedio para acabar con el sarro.

2. Agua oxigenada:

Llena un vaso de agua oxigenada hasta la mitad y cubre el resto con agua del grifo. Introduce los cepillos en el vaso y mantenlos de este modo durante un par de horas. Pasado este tiempo, acláralos y ya estarán perfectamente desinfectados.

3. Bicarbonato de sodio:

Tras limpiar los cepillos en agua caliente, vierte dos cucharadas de vinagre blanco y dos cucharadas de bicarbonato de sodio en medio vaso de agua. Introduce los cepillos de dientes en el vaso y déjalos reposar media hora. Transcurrido este tiempo, aclara los cepillos con agua fría para que no se ablanden las cerdas.

4. Pastilla desinfectante:

Sumerge los cepillos de dientes en un vaso de agua e introduce una pastilla para limpiar dentaduras postizas. El efecto efervescente eliminará los restos de residuos.

5. Enjuague bucal:

Remoja los cepillos de dientes en enjuague bucal durante 30 minutos. El poder antibacteriano del enjuague eliminará los gérmenes que puedan quedar en los cepillos gracias a la elevada cantidad de alcohol que poseen este tipo de productos.

No es necesario desinfectar los cepillos de dientes de forma estricta todos los días, pero sí recuerda que, para una correcta limpieza diaria de los cepillos, debes intercalar agua caliente y fría para así liberar las bacterias que queden retenidas entres sus cerdas tras cada uso.

También **es importante que utilices una cubierta para los viajes**, pues al transportarlos en una maleta o neceser pueden impregnarse de todo tipo de suciedad y polvo. Eso sí, cuando estés en casa, no utilices dicha cubierta, pues la situación húmeda que experimentan los cepillos puede provocar que crezcan en ellos todo tipo de bacterias.

Todos estos consejos te ayudarán a mantener completamente limpios tus cepillos de dientes, pero recuerda que **la vida útil de un cepillo (no eléctrico) es de 3/4 meses.** Si pasado este tiempo, continúa estando impecable, es probable que no estés llevando a cabo una limpieza de tus dientes totalmente eficaz. Si este fuera tu caso, te recomendamos que **consultes a tu odontólogo** para que te ayude a corregir dicho hábito.

Desinfección de Cepilleros

Estuche del cepillo dental Lugar en el cual será alojado el cepillo dental favoreciendo su protección y cuidado, debe evitar la contaminación y humedad. El cobertor debe proteger el cepillo dental y poseer ventilación ya que al cubrir el cepillo húmedo pueden proliferarse los microorganismos en el ambiente cerrado; de esta manera el estuche sería un ambiente ideal para que estos gérmenes y bacterias se puedan desarrollar libremente y aumentar el grado de contaminación, lo cual no es ideal para el cepillo dental.

Los cepilleros es un dispositivo que está situado en un lugar determinado, el cual es elaborado en diversidad de materiales y es empleado en organizar los cepillos en un sitio para ser utilizados. La función de los cepilleros es permitir el alojamiento del cepillo en forma vertical, alejado de los demás evitando su contacto, para disminuir el riesgo de contaminación entre sí y facilitando su correcto secado. Estos artefactos deben estar protegidos de moscas, vectores, entre otros. Es importante que los cepillos dentales se conserven alejados, así se lograra impedir la contaminación cruzada de microorganismo orales y ambientales que se encuentran en estos.

Microorganismos La cavidad bucal tiene la capacidad de albergar gran cantidad de bacterias ya que posee muchas superficies, entender el microbioma bucal es una tarea compleja, por la variedad de hábitats dentro de ella. Las especies del género Estreptococos se hallan en una alta proporción en tejidos blandos, saliva y en la lengua. Las del género Actinomices se encuentran en fisuras de la lengua, supragingival y subgingival; Otras bacterias como Veillonella párvula y Neisseria pueden ser aisladas en todos los hábitats orales. Estudios han demostrado que la mayoría de los microorganismos orales son cultivables; que el microbioma oral es mucho más diverso de lo que se pensaba; y que las infecciones bucales son de naturaleza polimicrobiana. En cavidad oral, el cepillo y el lugar en el cual se almacenan los cepillos dentales se encuentran

poblaciones microbianas variadas y concentradas, notablemente colonizada. Estos microorganismos pueden llegar a causar caries dental, gingivitis, estomatitis, endocarditis infecciosa en un individuo.

E. coli E. coli (abreviatura de Escherichia coli) es un germen patógeno (bacteria) que normalmente vive en los intestinos de las personas y los animales. Detergente Agente sintético que será utilizado en la limpieza, capaz de emulsificar la grasa. Este producto contiene surfactantes que no se precipitan en agua dura y pueden contener enzimas (proteasas/lipasas/amilasas) y blanqueadores. Desinfección Proceso mediante el cual se inactivan prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, pero no todas las formas de vida microbiana (ej.: esporas). Su aplicación está indicada sobre objetos inanimados únicamente, existen 3 niveles de desinfección con un efecto microbicida de agentes químicos sobre los microorganismos: Desinfección de alto nivel (DAN): Es realizada con agentes químicos líquidos que eliminan a todos los microorganismos. Como ejemplos: el orthophthaldehído, el glutaraldehído, el ácido peracético, el dióxido de cloro, el peróxido de hidrógeno y el formaldehído, entre otros.

Desinfección de nivel intermedio (DNI): Se realiza utilizando agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas y algunas esporas bacterianas. Aquí se incluyen el grupo de los fenoles, el hipoclorito de sodio, el alcohol y el cloruro de benzalconio. Desinfección de bajo nivel (DBN): Es realizado por agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas, hongos y algunos virus en un período de tiempo corto menor a 10 minutos entre ellos los amonios cuaternarios. Niveles de desinfección de acuerdo con el tipo de microorganismos. Niveles de desinfección de acuerdo con el tipo de microorganismos.

Métodos de desinfección Existe variedad de desinfectantes utilizados en combinación o solos, algunos de ellos son: el alcohol, formaldehído, fenólicos y compuestos de amonio cuaternario. Es importante conocer el alcance y el mecanismo de acción de cada uno de los desinfectantes para su correcto uso y aplicación. La siguiente descripción de las características de funcionamiento de cada uno provee información para seleccionar un desinfectante apropiado para cualquier artículo y para utilizarlo de la manera más eficiente. Peróxido de hidrogeno Desinfectante en concentración de 3% al 6% sobre superficies inanimadas. Es un germicida, bactericida, viricida, esporicida y fungicida. Formaldehído Utilizado como desinfectante y

esterilizante en sus estados líquido actúa como bactericida, tuberculoide, fungicida, virucida esporicida y gaseoso. Precaución ya que es un potente carcinógeno, problemas respiratorios y de la piel. Glutaraldehído Es un desinfectante de alto nivel y esterilizante, no es esporicida. Actúan alterando la síntesis de ARN, ADN y proteínas. No es corrosivo.

Hipoclorito sódico: Es bactericida y actúa sobre virus. Es utilizado como desinfectante de sanitarios, de superficies, de alimentos como frutas y verduras de consumo crudo, al 5% como desinfectante de recipientes de alimentos (biberones), de material quirúrgico y de sistemas de diálisis peritoneal. Sólo las soluciones diluidas al 0,5% de cloro disponible se pueden utilizar como antiséptico de heridas sucias, aunque puede disolver coágulos sanguíneos causando hemorragias y se inactiva por contacto con materia orgánica. Alcohol: Es un bactericida, actúa contra la forma vegetativa de bacterias, fungicidas y viricidas, sin lograr la erradicación de esporas vegetativas.

Para obtener eficacia debe llegar a una 16 concentración de 60% a 90%. Su método de operación es la desnaturalización de proteínas causada por la inhibición de la producción de los metabolitos esenciales para la división celular rápida. Posee un nivel de acción Intermedio. Se utiliza principalmente en desinfección de elementos no críticos. Cloro: Compuestos del cloro actúan como antimicrobianos, no deponen residuos tóxicos. Presentan acción rápida, bajo costo, logran remover microorganismos y son de baja toxicidad. Actúa oxidando las enzimas de aminoácidos, pierden su contenido intracelular, deducción del suministro de nutrientes y ruptura del DNA. Presenta un nivel de acción intermedio. Presenta actividad bactericida, fungicida y viricida. Generalmente es utilizado en equipos.

Compuestos de Amonio Cuaternario: Gran acción fungicida, bactericida y viricida. Utilizado como desinfectante en pisos, paredes, equipo médico no crítico.



BIBLIOGRAFIA

- Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid*: Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.
- Potter P, Perry A. *Higiene.* En Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería.* 5º ed. Madrid: Mosby/Doyma;2001. p.1075-1094.
- Campo M.A., Espinalt Casajuana M.A. et cols. *Proceso de Enfermería. Valoración.* Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina;2000.

LAVADO DE MANOS

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el día 5 de mayo como el "Día Mundial del Lavado de Manos". El objetivo es promover el hábito del lavado de manos bajo el fundamento de que este acto es una de las formas más efectivas y económicas para prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en la comunidad e infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Con el fin de concientizar acerca de la importancia de un correcto lavado de las manos, en los momentos indicados, se planeó la realización de este protocolo.

OBJETIVO GENERAL

Crear el hábito para el lavado de manos entre la población, en todos los momentos en los que se requiere.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enseñar la técnica correcta para el lavado de manos.
- Enseñar los beneficios que trae lavarse las manos correctamente en los momentos en los que se requiere.
- Mostrar los perjuicios del no lavado de las manos.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

*Lavamanos

*Jabón para manos

*Agua

*Toallas para manos

*Instructivo para el lavado de manos

5. Indicaciones generales

- Mantener las uñas cortas y sin esmalte, facilitando así la limpieza.
- No usar anillos, relojes, manillas, pulseras u otros adornos en la piel. Estos elementos actúan como reservorio y dificultan la limpieza de manos.
- Mantener limpios y desinfectados los lavamanos.
- No reutilizar los envases del jabón, ya que se vuelven reservorio de microorganismos potencialmente patógenos.
- Usar mecanismos de secado eléctrico para manos o toallas de papel, ya que las toallas de tela se contaminan con facilidad.
- En los servicios de alimentación, deben hacer uso de los lavamanos con grifos de accionamiento no manual1.

Importancia del lavado de manos.

- Una mejor higiene de las manos reduce la frecuencia de las infecciones en la comunidad y protege tanto a la persona que proporciona el cuidado como a la persona que lo recibe.

Técnica correcta para el lavado de las manos

1. Suba las mangas de la ropa y retire las joyas, incluyendo argolla y reloj.
2. Moje las manos y antebrazos (5 cm por encima de la muñeca).
3. Aplique jabón líquido y haga abundante espuma.
4. Frote las manos palma con palma.
5. Frote la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
6. Frote las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

7. Frote el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
8. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frótelo con un movimiento de rotación, y viceversa.
9. Frote la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y, viceversa.
10. Enjuague las manos.
11. Seque las manos con una toalla de un solo uso
12. Utilice la toalla para cerrar el grifo.

Momentos para el lavado de las manos

1. Después de ir al baño.
2. Antes de pasar al comedor.
3. Después de participar en labores de aseo, agricultura o manualidades.
4. Después de sonarse la nariz

Momentos para la fricción antiséptica (alcohol glicerinado)

Este procedimiento NO reemplaza el lavado de manos; se recomienda utilizarlo mientras no se haya tenido contacto con sangre, secreciones o fluidos corporales, no se haya manipulado material contaminado o tenido contacto con participantes potencialmente infectados.

Puede utilizarse:

- Después del contacto entre persona y persona.
- Después de actividades rutinarias como: actividades lúdicas, el examen físico y control de signos vitales.

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

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



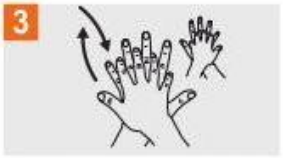
Mójese las manos con agua;



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 si;



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 si, 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.



Nota: Para las personas de sistema de apoyo extenso y generalizado la actividad estará a cargo del auxiliar de enfermería mínimo en la realización de la actividad cada tres horas.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Modelo de Cardiología, en: www.imcnet.com.ar/noticias-de-salud/la-importancia-del-lavado-manos/
- World Health Organization: Save lives, clean your hands. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf; jsessionid=173060F911AE0596066630C18EED3415?sequence=1
- Fundación Santa Fe de Bogotá: Taller lavado de manos. En: https://es.slideshare.net/adrianaarguello/taller-lavado-manos.

CORTE DE UÑAS

1. Objetivo del protocolo

Promover hábitos de higiene y cuidado de las uñas en los participantes de los servicios sociales de la atención de la secretaria Distrital de Integración Social, que ayuden a mantener o mejorar las condiciones de salud y la presentación personal de los participantes.

Marco conceptual

Antisepsia: conjunto de procedimientos destinados a combatir, prevenir y controlar la contaminación con microorganismos infecciosos.
Antiséptico a base de alcohol: preparado (líquido, gel o espuma) que contiene alcohol, destinado a la higiene y antisepsia de las manos.
Fluido corporal: cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo como (orina, heces, vómito, sangre, secreciones, saliva, mucosidades, lágrimas, cerumen)
Jabón antibacterial: sustancia cuyas propiedades son capaces de eliminar agentes bacterianos o inhibir su crecimiento y/o proliferación.
Microbiota residente: población de microorganismos que habitan en la piel y cumplen funciones de protección al cuerpo humano.
Microbiota transitorio: población de microorganismos que llegan a la piel por contacto directo con superficies contaminadas o por aerosoles.
Microorganismos potencialmente patógenos: poblaciones de bacterias, hongos, protozoos o virus que pueden generar enfermedades en el cuerpo humano.

Reservorio: cualquier animal, humano, planta, sustancia donde normalmente vive un agente

infeccioso, del que depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un hospedero susceptible.

2. Condiciones generales

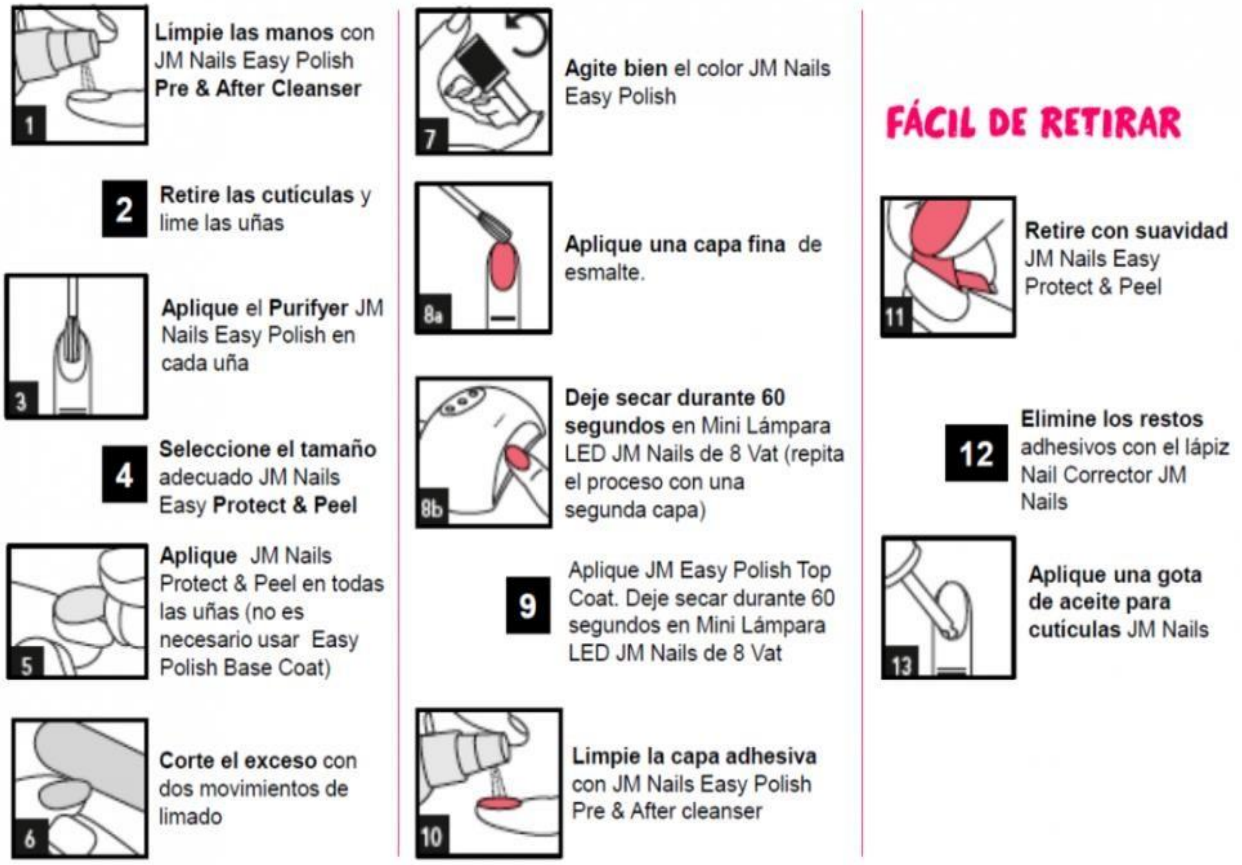
El corte de uñas es una actividad del cuidado de las manos de las personas con discapacidad que se requiere para mantener una adecuada presentación personal e higiene, teniendo en cuenta que las uñas son agente receptor de micropartículas que puedes promover la aparición de bacterias y hongos.

2.1 Indicaciones generales

- Realizar el cuidado de las uñas después de la higiene de los pies y las manos
- Retirar el esmalte de las uñas, si lo tuviera, con un algodón o una gasa impregnada en acetona.
- Si es necesario cortar las uñas, según su dureza, se puede sumergir el pie y/o las manos en agua tibia, durante 10 a 20 minutos, si no existe contraindicación.
- Limpiar las uñas con el cepillo.
- Secar el pie.
- Cortar o limar las uñas en línea recta y con los bordes lisos, por encima de la punta del dedo.
- Recoger, ordenar y limpiar todos los útiles empleados.
- Quitarse los guantes y realizar la higiene de manos en la persona que haya ejecutado la actividad.

Nota: Para las personas con sistema de apoyo limitado e intermitente el auxiliar de enfermería realizara supervisión de la actividad a fin de garantizar que se ejecute de la mejor manera.

Para las personas de sistema de apoyo extenso y generalizado la actividad de proceso estará a cargo del auxiliar de enfermería mínimo una vez a la semana.



BIBLIOGRAFIA

- Diccionario de términos sanitarios. [Web en Internet]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra-p.htm Consultado en: Abril, 2007.
- Auxiliares de Enfermería. Técnicas y Protocolos. Aseo del paciente encamado. Técnica de aseo del paciente encamado. [Web en Internet]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/ Consultado en: Abril, 2007.
- El Cuidado de los Pies. Diciembre 29, 2005. [Web en Internet]. Disponible en: http://www.niapublications.org/agepages/footcare-sp.asp Consultado en: Abril, 2007.
- Cuidados de los pies. Enero 7, 2005. [Web en Internet]. Disponible en: http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/consejos-de-salud/cuidados-de-los-pies/ Consultado en: Abril, 2007. 5.- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanih/ency/esp-imagepages/17275.htm

LIMPIEZA DE OIDOS

1. Objetivo del protocolo

Promover hábitos de higiene en los oídos en los participantes de los servicios sociales de la atención de la secretaria Distrital de Integración Social, que ayuden a mantener o mejorar las condiciones de salud y presentación personal de los participantes.

2. Marco conceptual

Cerumen: Producto de la secreción de glándulas sebáceas y ceruminosas de la porción externa y cartilaginosa del conducto auditivo externo, que cubre en forma laminar la epidermis del conducto, proporcionando un medio ligeramente ácido y de acción bacteriostática. El recambio epitelial del conducto tiene una migración externa llevando consigo el cerumen evitando la acumulación. La formación de tapones puede ocurrir por: aumento de la secreción normal de la piel del conducto, obstáculo a nivel del canal del conducto, introducción del cerumen por manipulación externa.

•Complicaciones: Son aquellas circunstancias previstas e imprevistas que se derivan de una enfermedad, ya sea por su inadecuado manejo o como parte de la evolución de esta.

•Cuerpo Extraño: Es todo aquel material ajeno que no corresponde con las estructuras normales presentes en un órgano o tejido del cuerpo.

Otoscopia: Exploración del conducto auditivo externo, tímpano e indirectamente del oído medio

3. Condiciones generales

El cuidado de salud auditiva, esta amarrada a la higiene de la cavidad auricular. Por esto es importante fomentar hábitos de higiene como rutina diaria de autocuidado, con el fin de evitar la aparición de tapones ceruminosos, que generen dificultades auditivas y/ afecciones. La técnica de lavado de oídos es una de las actividades muy frecuentes dentro de los padecimientos especialmente en adultos mayores, que acuden a las consultas médicas por padecer de molestias especialmente por disminución de la agudeza auditiva, es importante definir que es el personal médico quien realiza directamente el procedimiento, pero el personal auxiliar colabora preparando y ayudando como circulante cuando se realice el procedimiento.

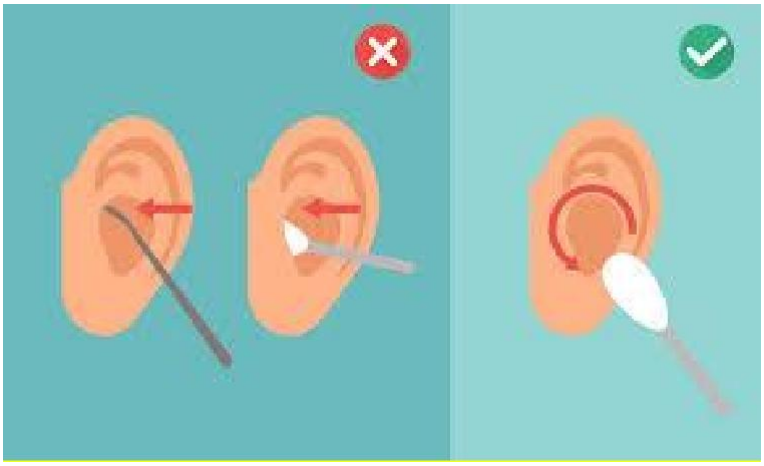
3.1 Indicaciones generales

- No introducir bastoncillos higiénicos ni objetos rectos y rígidos, como horquillas para eliminar la cera de los oídos.
- No permitir el ingreso de agua y jabón al canal auditivo para minimizar el riesgo de infecciones auditivas
- Evitará la humedad en el oído
- Después de bañarse, secar las orejas con una toalla y sacra el agua de los oídos ladeando la cabeza de un lado a otro.

3.2 Técnicas de limpieza de los oídos

Para conocer cómo debemos limpiar los oídos:

- Humedecer un pañuelo en agua tibia.
- Escurrir el pañuelo para que no coja tanta agua.
- Limpiar con cuidado la parte externa del oído.
- Limpiarnos también detrás de las orejas.



BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ DE CÓZAR F, Martínez Vidal A, De La Hoz Bel M. Cuerpos extraños en ORL. Urgencias ORL. Lab Menarini 1999: 127-36.

- CABRERA García A, Quintana Luzón C. Cuerpos extraños en conducto auditivo externo y fosas nasales. JANO 2001; 1425:27-28.

- Fundamentos de Enfermería. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 2004. Vol 1. Cap. 28. Pag. 612-616.

- GONZÁLEZ Compta X, J Menén Navarro. Lavado del oído. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalete Llobregat. Barcelona. AMF 2009; 5(5): 304- 306.

- Manual de Procedimiento. Cuidado de los Oídos (Lavado Ótico). Área 11 Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2007.

- QUIRÓZ Jiménez J.R. Extracción de tapones de cerumen por irrigación (lavado de oídos) en sala de curas. Enfermería del trabajo 2013; III: 39-43.

PREVENCION DE PEDICULOSIS

1. Objetivo del protocolo

Promover hábitos de higiene en el cabello en los participantes de los servicios sociales de la atención de la secretaria Distrital de Integración Social, que ayuden a mantener o mejorar las condiciones de salud y presentación personal de los participantes.

2. Marco conceptual

Pediculosis: es la infestación producida por ectoparasitos humanos de la familia Pediculidae, comúnmente conocidos como piojos. Anidan en la raíz del pelo y en las costuras de la ropa, donde depositan sus huevos (liendres) quedando adheridos. Son particularmente comunes: - Pediculosis capitis o piojo de la cabeza. - Pediculosis corporis o piojo del cuerpo. - Pediculosis pubis o ladillas.

3. Condiciones generales

• Realizar un examen minucioso de toda la cabeza, prestando especial atención a la región occipital y retro auricular, para detectar las zonas afectadas por parásitos (el piojo huye de la luz y en cabello mojado es más torpe), vigilando posibles lesiones erosivas en la piel indicativas de una posible existencia de pediculosis.

• Instaurar medidas para prevenir la trasmisión de la infestación (empleo de guantes, gorro y bata), cuando estemos en contacto directo con la persona con discapacidad.

• Considerar la ropa y objetos personales (peines, cepillos), como contaminados hasta la completa eliminación de los parásitos.

• Informar a la persona y a todas las personas que tienen o hayan tenido contacto con él sobre las medidas a adoptar.

- Nunca usar pediculicidas como medida profiláctica para evitar la creación de resistencias.

- En personas con discapacidad con afecciones respiratorias, tener especial cuidado con las lociones que contienen alcohol en su excipiente y con los sprays.

- En caso de pediculosis complicada con lesiones del cuero cabelludo y piel, avisar al médico.
- No utilizar conjuntamente productos pediculicidas diferentes.

- Si se han utilizado con anterioridad otros productos pediculicidas, lavar la zona antes de una nueva aplicación.

- Vigilar las posibles reacciones a los productos utilizados.

- Examinar de manera periódica a la persona con discapacidad por si se produjera reinfestación.

ELIMINACIÓN MECÁNICA: LENDRERAS Las lendreras pueden utilizarse tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la pediculosis. Básicamente, son peines con las púas muy juntas que al pasar por el cabello arrastran los piojos y las liendres. •Clásicas: Pueden ser de plástico o de metal. Lo fundamental es que tengan las púas muy juntas (menos de 0,3 mm de distancia entre ellas). Los dientes de los peines de plástico no son tan rígidos como los de los metálicos, y por ello pueden no ser lo suficientemente fuertes como para arrastrar los huevos; sin embargo, son prácticos para desenredar el pelo sin provocar daños sobre el cuero cabelludo (un problema común de los peines metálicos).

Las lendreras de plástico están diseñadas para la detección y retirada de los piojos; las metálicas para retirar tanto los piojos como las liendres. Es importante que el pelo esté mojado durante la operación, ya que de este modo los piojos se mueven con más dificultad; así mismo, el uso de un acondicionador inmoviliza los piojos, por lo que resulta más fácil su visualización. Conviene

separar el cabello en varias secciones y luego peinarlo intensivamente, sección por sección, con la lendrera; empezando desde la raíz del cabello y moviéndose hacia su extremo.

TRATAMIENTO TÓPICO El uso de las lendreras por sí solo habitualmente no es suficiente para eliminar los piojos. Existen diferentes tipos de tratamientos tópicos disponibles: insecticidas químicos (comomalation o piretrinas), productos de acción física como las siliconas (dimeticona) y los llamados «productos naturales» tipo aceites y esencias. Los pediculicidas eliminan piojos, ninfas y liendres, pero no siempre en un 100%: varía con cada producto. Durante los primeros 4 días de su existencia el embrión en desarrollo no tiene sistema nervioso central y es insensible a los agentes químicos. Los productos con efecto residual prolongado son más probablemente ovicidas y como ello no siempre es posible o seguro el uso de lendreras es básico.



BIBLIOGRAFIA

- López Sánchez S. Guía práctica para el control de piojos. 2008.
- CDC. Piojo de la cabeza. http://www.cdc.gov/parasites/lice/head/es/index.html.
- Irurzun SA. Vuelve" el cole" y.… vuelven los piojos. Acofar: revista de la distribución farmacéutica cooperativista. 2013(526):42-46.
- Gairí Tahull J, Molina Morales V, Moraga Llop F, Viñallonga Sardá X, Baselga Torres E. Pediculosis de la cabeza. Protocolos de dermatología. (Actualizado 2006). Disponible en: http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm.

4.CUIDADOS DE LA PIEL

DESCRIPCION:

Modificación de las posturas de la persona encamada que se practica de forma regular y periódica.

OBJETIVO:

- Evitar zonas de presión
- Evitar la aparición de ulceras por presión.
- Mejorar la circulación de las zonas de contacto.
- Proporcionar comodidad a la persona

RECURSOS HUMANOS:

- Personal auxiliar de enfermería y equipo profesional

RECURSOS MATERIALES:

- Almohadas, rollos
- Sabanas de movimiento
- Barandillas
- Sillas y camas

TECNICA DE EJECUCION:

- proteger la intimidad de la persona
- frenar las ruedas de la cama
- colocar la cama en posición horizontal
- colocarse a ambos lados de la cama
- dependiendo del peso de la persona, se necesitaría de 1 o 2 personas para realizar la movilización y el cambio de posición.
- Una vez que hayamos decidido la nueva postura en la cual se va a dejar a la persona, actuar al unisonó, tirando de la sabana hasta colocarla en la posición deseada, evitando tirones y movimientos bruscos.
- En el caso en que la postura adoptada por la persona sea decúbito lateral, nos ayudaremos de almohadas que colocaremos bajo la espalda para evitar que involuntariamente adopte la posición de cúbito dorsal.
- Así mismo colocaremos almohadas en puente, en el costado de la persona, una almohada entre las piernas que deberán estar flexionadas, para evitar el roce entre ellas y una almohada para evitar el contacto de los talones con el colchón.
- Nos aseguraremos de que la sabana este bien estirada y de que no existen arrugas.
- Colocar barandillas de seguridad. incorporar la cama.
- Verificar que la ropa de la persona no quede con pliegues para evitar que se puedan generar punto de presión.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse al horario de cambio de postura (generalmente cada 1 o 2 hr) respetando las horas de sueño y a necesidad de la persona según su fisiología, patologías de base o estados anímicos o comportamental y susceptibilidad de la piel.
- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Tener en cuenta diagnóstico y patología de la persona para evitar posturas que pudieran ser nocivas para su condición de salud.
- En algunos casos el cambio postural nos puede facilitar el drenaje de secreciones respiratorias.

- El personal que realiza el cambio postural debe adquirir una postura sana para evitar lesiones de espalda, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

CUIDADO DE LA PIEL:

Es necesario realizar revisión diaria del estado de la piel primordialmente en prominencias óseas, en lugares con antecedentes de lesión, como así mismo detectar aspectos alterados de las propiedades de la piel como falta de hidratación, eritema, temperatura, etc.

Mantener la piel limpia, seca e hidratada

Cambia de posición al usuario: cuando esté acostado hazlo cada dos horas (como mínimo) y cuando esté sentado cada hora. Además de prevenirle una úlcera en la piel, evitas otras complicaciones pulmonares y vasculares.

Si la persona permanece acostada la posición de la cabecera debe elevarse sólo hasta 30 grados, así evitarás deslizamientos y fricción en la cadera.

Libera las zonas de presión con el uso de almohadas, intercalando en miembros inferiores y superiores, espalda, debajo de los muslos, piernas, cintura. También puedes utilizar colchones anti-escaras.

-Evitar contactos entre las prominencias óseas para esto use cojines y verifique a menudo que estén ubicados correctamente.
-Ante eventualidades de sudoración excesiva, de ser necesario cambie su ropa y los tendidos. Si la persona usa pañal revisar constantemente y realizar los cambios necesarios.
-Verifique que la ropa como los tendidos no estén húmedos ni mojados.
-No aplique alcohol, ni colonias ya que son abrasivos

- No le coloque ropa, ni calzado ajustado.

-Alce al usuario para realizar cambios de decúbito evite arrastrar o halar ya que genera fricción y se convierte en otro actor de riesgo, procure realizar los cambios entre dos personas

-Aplique cremas hidratantes, en caso de uso de talcos solo aplicarlos en la zona que se necesita ya que estos tienden a retirar la humedad propia de la piel aumentando el riesgo de lesión.

-Evite el uso de materiales que generen calor y humedad

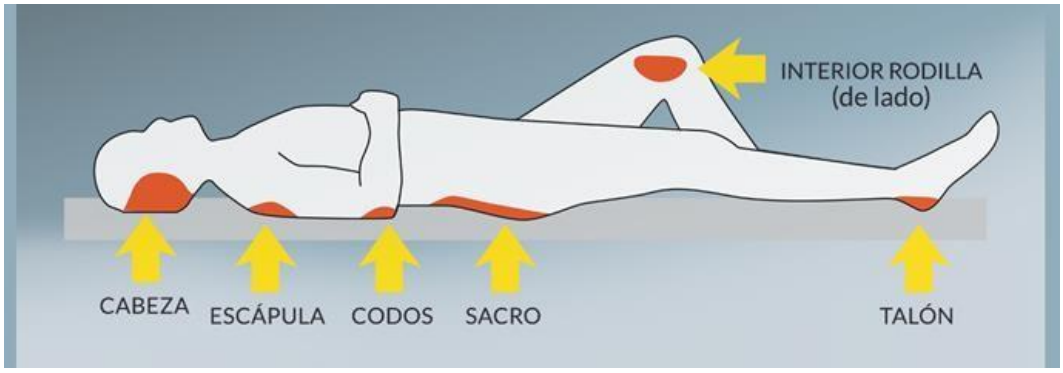
-Revisar que los tendidos estén lisos sin arrugas que generen presión al igual que la ropa debe estar bien acomoda.

-Use cobijas que proporcionen bajo peso

-En caso de que se empleen ayudas ortésicas, o algún tipo de aditamento verifique contantemente que no ocasione puntos de presión.

CAMBIOS DE POSICION

- En el decúbito supino se debe proteger el occipucio, omoplatos, codos, sacro, coxis y talones, a nivel de la cabecera si se eleva no exceder los 30 grados para evitar fuerzas de cizallamiento. Esta posición también se puede usar en los casos que el usuario no puede adoptar una posición sedente completa para recibir alimentos y posterior al consumo como prevención.



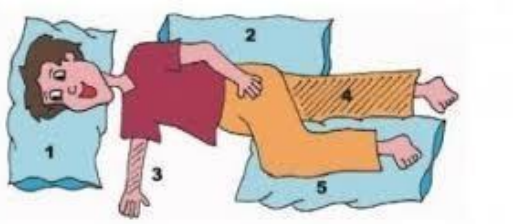
- Colocaremos una almohada bajo la cabeza en la que también reposen cuello y hombros.
- Situaremos sus brazos paralelos a lo largo del cuerpo, ligeramente separados de éste y apoyándolos en almohadas.
- Separe un ligeramente las piernas, evitando que se roten.

- Colocar un cojín y almohada bajo las pantorrillas dejando los talones sin contacto con la cama.
- Mantener los pies en ángulo recto poniendo un cojín entre estos y la parte distal de la cama, para evitar que se Incline el pie hacia algún lado.

EN DECUBITO LATERAL

- En decúbito lateral se debe proteger la oreja, parte lateral del hombro, codos, costillas, crestas iliacas, a nivel del fémur tanto en el trocánter y cóndilos internos, tibia y maléolos, para esto es importante usar en la cabeza una almohada de manera que la columna cervical este alineada, para mantener el equilibrio las piernas deben quedar ligeramente





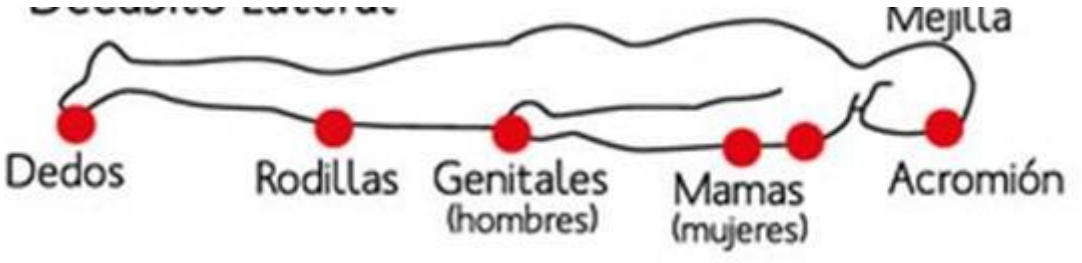
flexionadas y con una almohada que no permita el contacto en rodillas y maléolos.

- Colocar una almohada en cuello revisando que quede alineada la columna cervical.
- Poner otra almohada paralela a la espalda y girando al para que se apoye sobre esta. Sacar el hombro sobre el que apoya.
- Situar ambos brazos en ligera flexión.
- Disponemos una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie, logrando separar cóndilos femorales y maléolos.
- También se puede colocar una almohada lo suficientemente alta donde puede ubicar la pierna que queda libre sobre ella como un cojín para que repose el brazo o la mano.
- Si el usuario no mantiene el decúbito lateral es necesario colocar un cilindro o cuña para evitar que se voltee.

- Es importante proteger el hombro en esta posición para evitar inflamación de las bursas ubicadas en el hombro.

EN DECUBITO PRONO

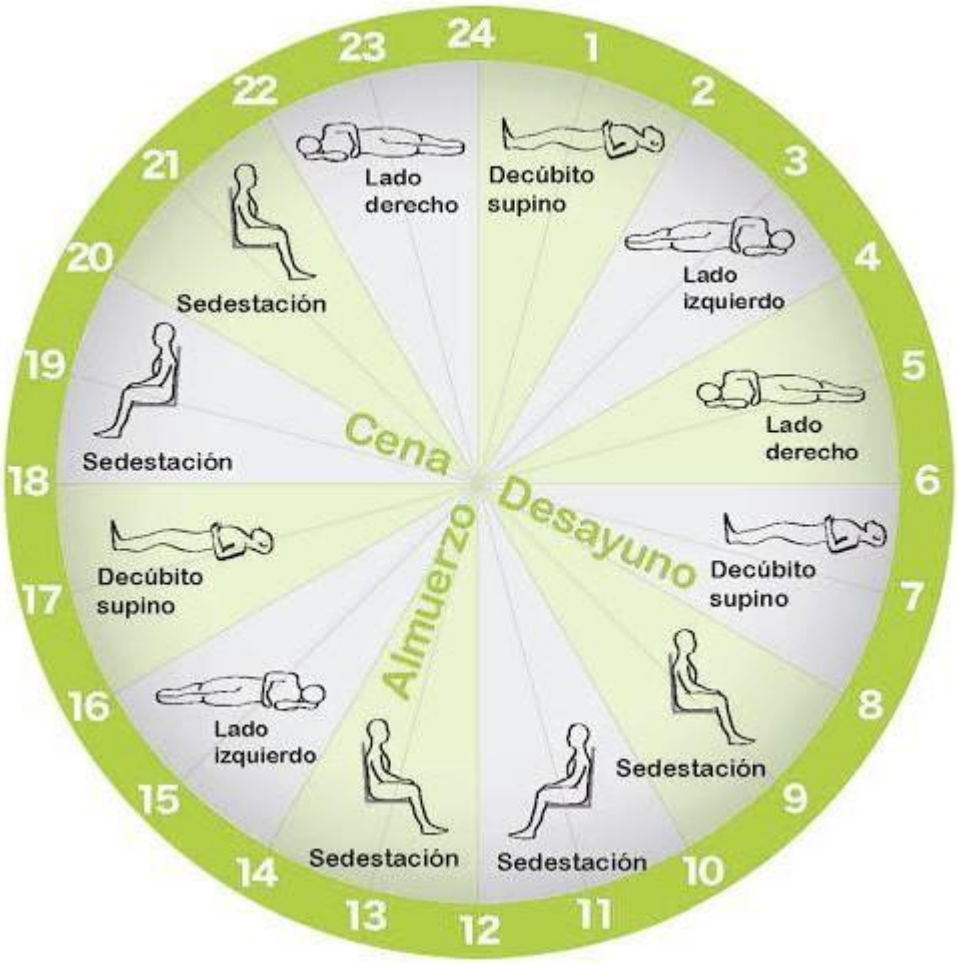
- En decúbito prono se debe proteger y/o supervisar orejas, codos, acromion, esternón, mamas, espinas iliacas anterosuperiores, rodillas y dedos de los pies. Este decúbito es menos usado por la falta de tolerancia. Se requiere cuando hay ulcera por presión a nivel sacro.



- Giraremos a la persona sobre sí misma hasta que quede boca abajo.
- La cabeza reposará de lado sobre una almohada, la cual no debe ser alta se debe recordar en todo momento la alineación corporal.
- A nivel del abdomen se colocará una almohada para evitar molestias a nivel lumbar.
- En la pierna se colocará una almohada para evitar presión a nivel de los pies, en los posible estos en ángulo recto, teniendo en cuenta que no se eleve demasiado la presión en rodilla.
- Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Revisar que las mamas, genitales en el hombre, rodilla y dedos de los pies no estén soportando elevadas presiones.

EL RELOJ

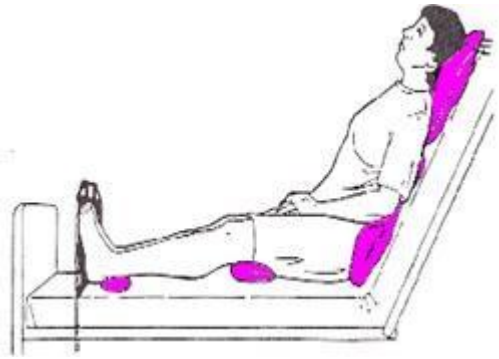
- Se debe tener en cuenta los cambios de posición de forma rigurosa y detallar la sensibilidad y susceptibilidad de la propiedades mecánicas y tróficas de la miel de cada una de las personas con discapacidad y se debe acompañar de un reloj que permite mantener la integridad de la piel, de igual manera no se tiene cuenta la posición de cubito prono o ventral dado que esta está sujeta a las patologías que pueda presentar la persona o las restricciones dada por el médico tratante



EN POSICION SEDENTE

- En la posición sedente se debe proteger y/o supervisar omoplatos, espinas dorsales, sacro, tuberosidades isquiáticas, hueco poplíteo, maléolos o pies para mantener su alineación debida y en caso de que presente deformidades.
- La mejor postura en sedestación es de 90 gados a nivel de articulación de cadera, rodilla y cuello de pie, adicionalmente el cojín del asiento no debe llegar hasta el pliegue de la rodilla debe estar a 2.5 cms del mismo.
- En esta posición es importante recalcar nuevamente generar cada 15 minutos descargas de peso hacia la derecha y luego hacia la izquierda, así como elevaciones o los denominados push-up, esto si el usuario lo puede realizar por sí mismo.
- Según Defloor y Grypdonck, las presiones en sedestación con apoyo bipodal en un reposapiés, provocando una flexión de cadera mayor de noventa grados que cuando el apoyo es directamente sobre el suelo.





- Colocaremos a la persona boca arriba.
- Elevar el cabecero de la cama entre 45º y 60º (posición semis entado).
- La cabeza queda apoyada y recta sobre una almohada.
- Disponer una almohada en la región lumbar, otra bajo los muslos y otra bajo los tobillos para que éstos queden al aire.
- Utilizar almohadas laterales para sujetar los brazos si el enfermo no tiene control voluntario.
- Poner otra almohada bajo los muslos para mantener las piernas en ángulo recto.
- Los pies descansarán sobre el suelo en ángulo recto.
- Dejaremos descansar los brazos sobre almohadas flexionados y alineados con el cuerpo.

FORMA ADECUADA DE REALIZAR CAMBIOS DE DECUBITO Y DE POSICION PARA PREVENCION DE LESIONES EN EL CUIDADOR

- El cuidador se coloca en el lado de la cama, hacia el que va a girar al paciente y le gira la cabeza hacia ese mismo lado para orientarle. Después sitúa las diferentes partes del cuerpo en dirección al movimiento (Imagen 1):
- El brazo más próximo lo separa del cuerpo.
- El brazo más alejado lo aproxima y lo deja colocado sobre el cuerpo del paciente.
- Flexiona la rodilla del miembro inferior más alejado, dejándola un poco inclinada hacia el otro miembro inferior que permanece completamente extendido.



Imagen 1

Imagen 2. Si no se puede flexionar la rodilla, la extremidad se cruza sobre la otra.

Finalmente se sujeta con una mano el brazo más alejado del paciente y la otra mano la sitúa en el glúteo de ese mismo lado y a continuación tira del paciente hacia sí mismo, dejándolo colocado en decúbito lateral (Imagen 3).



- b) Movilización hacia un lateral de la cama.
- Se procede a dividir el cuerpo del paciente en tres segmentos: tronco, pelvis y miembros inferiores y se van a movilizar cada uno por separado.
- El cuidador se coloca del lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente, a la altura del segmento que va a mover en ese momento y manteniendo siempre una postura dinámica.
- Para movilizar el tronco el cuidador pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente para sujetarle por la espalda (Imagen 4).



Imagen 4

A continuación, el cuidador desliza el tronco del paciente hacia sí mismo, hasta desplazarle la distancia deseada (Imagen 5).



Imagen 5

Para movilizar los otros segmentos se seguirán los mismos pasos; en el caso de la pelvis las presas irán debajo de los glúteos (Imagen 6) y en el caso de los miembros inferiores las presas serán con un brazo debajo de las rodillas y el otro a nivel de los gemelos (Imagen 7).



Imagen 6. Movilización pelvi.



Imagen 7. Movilización MMII.

- c) Sentar al paciente en el borde de la cama.
- Esta movilización se puede realizar con el paciente en decúbito supino, aunque lo ideal es hacerlo en decúbito lateral, ya que la técnica es más sencilla y supone menos esfuerzo para el cuidador

- El cuidador se coloca en el lateral hacia el que se va a sentar al paciente manteniendo una postura dinámica y coloca al paciente en decúbito lateral (Imagen 8)



.

- Después pasa uno de sus brazos por debajo de la nuca del paciente para sujetarle a la altura de la escápula y con el otro brazo le sujeta los miembros inferiores a la altura de las rodillas mientras el paciente coloca el brazo libre sobre el hombro del cuidador. (Imagen 9).



Imagen 9

Finalmente eleva y rota el cuerpo del paciente en un sólo movimiento hasta que quede sentado al borde de la cama (Imagen 10).



Imagen 10

- d) Sentar correctamente al paciente en la silla.
- Es una movilización habitual, ya que los pacientes sentados tienden a deslizarse sobre la silla quedando en una postura inadecuada (Imagen 11).



Imagen 11

El cuidador primero flexiona las rodillas del paciente y le deja los pies a la misma altura (pies paralelos). (Imagen 12)



Imagen 12

- Después se coloca por detrás del paciente (en posición de dar un paso) y le cruza los brazos e introduce sus brazos por debajo de las axilas del paciente hasta sujetarle con las manos a la altura de los codos





. .

Imagen 13. Posición desde el lateral y vista de frente Finalmente inclina al paciente hacia delante y después tira de él hacia atrás, hasta dejarle en la posición adecuada (Imagen 14)

Movilización imprescindible para realizar una transferencia, por ejemplo: de sedestación a bipedestación, de la silla a la cama, etc.

- El cuidador primero debe alinear correctamente el cuerpo del paciente (Imagen 15).



Imagen 15

Después se coloca por delante y sujetándole con un brazo por la espalda y con el otro por debajo de la rodilla del lado contrario, inclina al paciente hacia un lado y mueve hacia adelante la pierna contralateral (Imagen 16).



Imagen 16

Posteriormente le inclina hacia el otro lado y repite lo mismo alternativamente hasta que el paciente quede al borde de la silla (Imagen 17).



Imagen 17

- Es importante recordar que después de cada una de estas movilizaciones y una vez colocado el paciente, es preciso tomar las precauciones necesarias; como realizar cambios posturales cada cierta frecuencia, colocar almohadas o hacer cualquier otra modificación para prevenir complicaciones como las úlceras por presión.
- Técnicas de transferencia de pacientes.
- No es necesario explicar todas y cada una de las transferencias, ya que en definitiva todas ellas son variaciones de tres movimientos básicos que son los que se precisa comprender, para adaptarlos a la situación concreta que se tenga que resolver en cada momento. A continuación, se explican estos tres movimientos básicos.
- a) Pasar de la posición de sentado a la bipedestación.
- El paciente debe estar sentado lo más cerca del borde, siempre que sea posible, con los pies bien apoyados en el suelo y sobre un asiento duro y lo suficientemente alto.
- El cuidador se coloca por delante del paciente, con la espalda recta y piernas en posición de dar un paso (con una pierna suya entre las piernas del paciente y la otra hacia atrás flexionando las rodillas), después rodea la espalda del paciente con sus brazos a la altura de la cintura y al mismo tiempo el paciente apoya sus brazos sobre los hombros del cuidador. Finalmente, y manteniendo la postura, inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo levanta hacia arriba hasta dejarlo colocado en bipedestación (Imagen 18).



Imagen 18.

Secuencia de movimientos

*Para esta misma transferencia, en el caso de los pacientes que pueden mantener por sí mismos la posición erguida, las presas se pueden cambiar como se observa en la Imagen 19.



Imagen 19

- b) Pasar de la bipedestación a la posición de sentado.
- Esta técnica se realiza igual que la anterior, pero en sentido contrario.
- Tanto la posición del paciente, como la del cuidador, como las presas, son las mismas; lo que cambia es la dirección del movimiento, es decir, partiendo de la bipedestación el cuidador inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo desplaza hacia atrás hasta dejarlo sentado en el asiento.
- Hay que tener en cuenta que en este caso el paciente se encuentra de espaldas al asiento lo que le puede provocar inseguridad, por este motivo se debe caminar hacia

atrás con él hasta que la parte trasera de sus piernas contacten con el borde del asiento. Es entonces cuando el paciente empezará a sentarse sin miedo.

- c) Pasar de una superficie a otra desde la posición de sentado.
- El paciente se encuentra sentado cerca del borde del asiento (siempre que sea posible), con pies apoyados en el suelo y en una posición estable.
- El cuidador se coloca por delante del paciente en posición de dar un paso con una de sus piernas entre las del paciente y la otra hacia atrás.
- A continuación, rodea con sus brazos la espalda del paciente (el paciente también se agarra al profesional) y comienza el movimiento despegándolo del asiento y levantándolo hacia arriba mientras gira con los pies en dirección al asiento donde se le quiere trasladar. *(El giro puede hacerse en bloque o mediante pequeños avances).
- Y una vez situado enfrente del otro asiento, inclina el tronco del paciente hacia adelante y después hacia atrás hasta dejarlo sentado (Imagen 20).



Imagen 20. Secuencia de movimientos

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de descripción de actividades y procedimiento la hora del cambio y la postura adoptada en el mismo.
- Anotar si ha habido algún incidente o si ha aparecido alguna zona enrojecida susceptible de ulceras por presión.

BIBLIOGRAFIA

- Mencía Seco, Victor Ramón. (2003): Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: editorial Formación Alcalá.
- Dotte, Paul. (1992): Métodos de movilización de enfermos e incapacitados. Barcelona: editorial Doyma.
- Dotte, Paul. (1999): Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario, generalidades y educación general específica (Tomo **I.** 5ª edición). Barcelona: editorial Springer-Verlag Ibérica, D.L.
- Dotte, Paul. (1999): Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario. Aplicaciones clínicas (Tomo **II. 2ª edición). Barcelona: editorial** Springer-Verlag Ibérica, D.L.
- Movilización de enfermos. Teoría (Formación Sanitaria). Madrid: editorial CEP Oposiciones, S. L. 2006.
- Colección Nursing photobook. (1988): Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería. Barcelona: editorial Doyma.

CAMBIO DE PAÑAL

El cambio de pañal constituye una parte esencial del cuidado de la persona con discapacidad que no tiene control de esfínteres. el cambio de pañal en persona dependientes se convierte en una de las tareas habituales en su cuidado. Esta tarea ha de hacerse con especial cuidado, previniendo posibles infecciones y asegurando la comodidad del usuario y del cuidador.

PROCEDIMIENTO.

-Explique e informe las acciones que realizará y mantenga la privacidad. Si hay terceros invítelos a salir de la habitación.

- Promueva la participación o la colaboración de su familiar o para saber si tiene alguna molestia.

- Previamente reúna todo el material necesario

- Antes de iniciar la tarea, cierre puertas y ventanas para evitar cambios de temperatura.

- Evite movimientos bruscos, dolorosos.

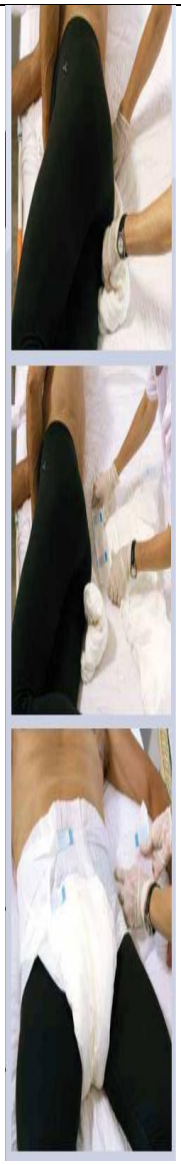
- No desabrigue innecesariamente.

- No debe realizar gestos que puedan incomodar a su familiar.

- Observe las condiciones de los genitales para pesquisar irritaciones o secreciones no naturales.

- Se recomienda revisar cada 4 horas, y según necesidad cambiar pañal.

- Si el pañal está limpio, no lo cambie

RETIRO DE PAÑAL	- Coloque plástico protector y toalla bajo la pelvis. - Retire suavemente los adhesivos del pañal, lateralice a la persona y evite que la deposición entre en contacto con cualquier otra parte del cuerpo (genitales, por el riesgo de infección), o de la cama. - Observe si alguna zona de los genitales se encuentra enrojecida o si hay lesiones. - Observe el estado de la orina, específicamente en el olor muy intenso, u otra situación que le parezca anormal, informe al equipo de salud	
ELIMINACIÓN DEL PAÑAL SUCIO	- Al retirar el pañal “sucio”, deséchelo de inmediato en una bolsa plástica.	
HIGIENE	. - El aseo genital, debe realizarse en seguida al retiro del pañal utilizando las tórulas con agua tibia jabonosa o tórulas con agua limpia. - Recordar que para la mujer el aseo genital debe ser por arrastre desde la zona vaginal hacia la zona anal. - En el caso del hombre, debe limpiar genitales, pene y testículos (glande, prepucio, pene, escroto y zona anal) así como pliegues. - Seque suave y detalladamente, palpando.	
COLOCACIÓN DEL PAÑAL	- Lateralice a la persona. - Coloque el pañal limpio, éste debe quedar justo, y centrado para evitar que se puedan escapar residuos. Algunos tienen unas áreas de cierre especiales, trátelas con cuidado ya que pueden permitir abrir y cerrar para control, varias veces sin que se rompan.	
DIARREA	- Si la persona tiene diarrea, puede ser importante poner un pañal adicional o una sabanilla debajo de la zona pélvica, para evitar que se manche la cama.	

MATERIALES

-Guantes

- Pañal

- Jabón neutro o sólo agua, dependiendo de las indicaciones del centro de salud.

- 2 toallas humedas

- Unidad de deshechos (bolsa).

- Plástico protector.

RETIRO DE PAÑAL

- Coloque plástico protector y toalla bajo la pelvis.

- Retire suavemente los adhesivos del pañal, lateralice a la persona y evite que la deposición entre en contacto con cualquier otra parte del cuerpo (genitales, por el riesgo de infección), o de la cama.

- Observe si alguna zona de los genitales se encuentra enrojecida o si hay lesiones, olor intenso, u otra situación que le parezca anormal que se debe informar.

BIBLIOGRAFIA

-Erazo, A. (2016). Cambio de. 1–31.

-Responsable, P., Humanos, R., & Materiales, E. Y. (n.d.). GUIA DE PROCEDIMIENTO: 1 Técnica (o) de Enfermería. 1–4.

PREVENCION ULCERAS POR PRESION Y ESCARAS

DEFINICION

Son todas aquellas medidas encaminadas para evitar la aparición de ulceras por presión evitando factores de riesgo y proporcionando los cuidados de enfermería necesarios acorde al riesgo de aparición. (Aplicación escala de Braden).

JUSTIFICACION

La mayoría de las UPP pueden prevenirse. La educación sanitaria es primordial para evitar su aparición. Las ulceras conllevan un daño físico y emocional que comporta importantes sufrimientos para la persona, aumento considerable del tiempo de posibles tiempos de hospitalización y, en consecuencia, incremento del gasto de salud. Por ello, nuestro papel en cuanto a la prevención, control y limpieza de las ulceras es fundamental.

Las úlceras por decúbito se presentan con mayor frecuencia en personas con alteraciones de la sensibilidad y movilidad, en aquellas que por su situación clínica o tratamiento tienen limitada la actividad y en general las personas de cuidado de cama.

DEFINICION DE LA ULCERA POR PRESION

Las úlceras por presión son lesiones que se producen en la piel y en los tejidos que se encuentran inmediatamente por debajo, debido a la presión que ejercen sobre estos los objetos de superficies duras (como camas y sillas) y el sistema óseo. Estas lesiones están relacionadas con el tiempo que permanece la persona en la misma posición, haciendo que los tejidos no se oxigenen y se mueran de adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro.

- la zona ósea y la otra
- La superficie de apoyo que da lugar a una isquemia local y según la duración de la presión pueden provocar diferentes grados de deterioro del tejido.

OBJETIVOS

Todos estos puntos inciden en la mejora de los indicadores de eficacia y eficiencia de la institución.

1. Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de UPP.
2. Valorar el grado de riesgo de desarrollo de UPP.
3. Registrar las actividades de enfermería destinadas a la prevención
4. Instruir a cuidadores, usuarios y familia sobre la importancia de la prevención en medio familiar.

FUERZAS RESPONSABLES DE LA APARICION DE LAS ULCERAS POR PRESION

- Presión
- Fricción
- Cizallamiento

PRESION

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, alterando el flujo sanguíneo, capilar de los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se soluciona, necrosis.

- **FRICCION**

Es una fuerza tangencial producida por roces, movimientos o arrastre.

- **CIZALLAMIENTO**

Combina los efectos de presión y fricción, (deslizamiento del paciente en la cama, en posición de fowler).

FACTORES PREDISPONENTES A ULCERAS POR PRESION

- **FISIOPATOLOGICOS**

  - **Lesiones cutáneas: edema**, sequedad, y falta de elasticidad de la piel
  - **Alteración en el transporte de oxígeno:** trastornos vasculares periféricos, éxtasis venos y trastornos cardio –pulmonares.
  - **Trastornos nutricionales:** delgadez, obesidad, deshidratación, desnutrición, hipoproteinemia, etc.
  - **Trastornos inmunológicos:** cáncer, infecciones.
  - **Alteraciones del estado de conciencia:** coma, confusión, estupor, etc.
  - **Deficiencias motoras;** parecías, parestesias, parálisis.
  - **Deficiencias sensoriales:** perdida de la sensación del dolor
  - **Alteraciones de la eliminación:** incontinencia urinaria e intestinal

- **DERIVADOS DEL TRATAMIENTO**

- **inmovilidad impuesta por necesidades terapéuticas:** escayolas, tracciones, respiratorias.
- **Tratamiento de inmunosupresores:** radioterapia, quimioterapia, corticoides.

- **Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos:** sonda vesical, naso gástrico.

- **SITUACIONES**
  - Cambios en las condiciones personales
  - Inmovilidad relacionada con: dolor, fatiga, y estrés,
  - Hábitos tóxicos (cigarrillo, licor)
  - Arrugas en la ropa de la cama, camisones y objetos de roce
  - Hábitos y estado de la higiene.
- **DEL DESARROLLO**
  - cambios en las diferentes etapas de la vida
  - ciclos vitales (dermatitis del pañal)
  - ancianos (la piel se vuelve más frágil, seca, fina y su movilidad es reducida)
- **DEL ENTORNO**
  - Deterioro de la imagen de la persona durante la enfermedad
  - Falta de educación sanitaria a la persona, familiares y cuidadores
  - Falta de criterios unificados por parte del equipo profesional en la planificación de los cuidados de las heridas
  - Falta o mala utilización del material de prevención, tanto básico como complementario
  - Falta de formación y /o información específica del personal de salud
  - Saturación del trabajo del equipo de enfermería

- **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS**

NADA /riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C (ver conductas de riesgo). instrumento de valoración del riesgo que utilizaremos será la escala de Braden).

ACTIVIDADES Y OBJETIVOS

- Ejercicios de movilización activa
- Analgesia previa a la higiene y a los ejercicios s/p
- Fomentar la independencia de la persona, incitándole a la colaboración.

Nuestro objetivo será evitar la aparición de UPP durante el proceso de institucionaliza de la persona y la educación de la familia o cuidador durante la estadía en medio familiar.

CUIDADOS DE LA PIEL

-Es muy importante que al iniciar el aseo de la persona perciba un ambiente agradable y sin afanes y de privacidad. (se adjuntan escala en anexo)
-Controlar la temperatura de la habitación para evitar frio-calor de la persona
-Preservar la intimidad de la persona en todo momento del proceso de la higiene.
-Examinaremos diariamente la piel: su color, aspecto, hidratación, etc., así como la existencia de lesiones: ulceras, heridas, llagas en la boca, irritación ocular, etc.; esto se llevará a cabo mediante la observación directa: edemas, enrojecimiento, rozaduras, hematomas y del estado del pelo y uñas.
-No aplicar el alcohol ni colonias por su efecto secante e irritante. Si la persona o el familiar desean usar colonia pueden hacerlo en la ropa.
-Hidratar la piel con cremas hidratantes, etc., en zonas integras de especial riesgo de UPP utilizaremos cremas ricas en oxido de zinc, aplicando una capa delgada.
-No friccionar ni masajear profundamente sobre las prominencias óseas. Si puede hacerse en las otras partes del cuerpo mientras no haya alteraciones cutáneas o si las patologías lo permiten.
-Después de la higiene bucal facilitaremos colutorios para enjuague para evitar ulceras bucales, así como vaselina o protector labial.
-Al hacer la cama estiraremos bien las sábanas evitando las arrugas y observando que no haya ningún objeto que pueda dañar la piel de la persona, la ropa de cama y los pijamas se cambiaran todas las veces que sean necesarias.
-Proteger las barandas de protección laterales para evitar rozaduras, golpes, pinzamientos, etc.

-Evitar que las sábanas de movimiento estén en contacto directo con la piel.

-Cambiar los pañales cada vez que sea necesario, (muy importante)

-Vigilar los exudados y drenajes protegiendo la piel con productos barrera.

CONTROL DE NUTRICION E HIDRATACION

-Mantener la ingesta adecuada de proteínas y vitaminas para evitar pérdida de masa corporal. Procurar que la persona esté limpia y la habitación ordenada cuando tenga que comer fomentando un ambiente tranquilo y agradable.

-Control Hídrico: En las personas de riesgo es muy importante que beban agua, zumos, infusiones, etc. Ya que la hidratación es un factor importante de prevención y protección.
-Para realizar una valoración nutricional exhaustiva, debe interconsulta a la nutrición.

MANEJO DE LA PRESION

-Movilización de la persona si tolera (deambulación, sedestación, etc.)

-Cambios postulares cada 1 o 2 horas o según necesidad.

-Mantener la alineación corporal y distribución del peso de forma adecuada.

-Evitar el arrastre

-No apoyar a la persona sobre sus lesiones.

-Movilizar dos veces al día a aquellas personas que estén sentados

-En la posición de decúbito lateral, no sobrepasar un ángulo de 30

- No utilizar flotadores (Producen isquemia en la zona y no deja Utilizar dispositivos que reduzcan al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protectores locales, etc. Manteniendo siempre una posición cómoda y relajada para el paciente).

BIBLIOGRAFÍA

• International Journal of Nursing Studies Volume 42, Issue 1, January 2005, Pages 37-46. • Portal geriátrico. Residencia Virgen de la Guardia. [Citado Nov 2004]. Disponible en: http://www.portalgeriatrico.net/notas_varios.htm

APLICACIÓN ESCALA DE NORTON

OBJETIVOS

- Valorar el grado de riesgo de desarrollo de UPP.
- Identificar los factores claves que pueden ayudar a predecir el riesgo del desarrollo de UPP en la población actual.

DEFINICION DE LA ESCALA DE NORTON

López Ortega describe que, se trata del primer instrumento que se elaboró en el año de 1962, el hecho de ser tan antigua ha permitido a este instrumento ser el más conocido; además de posibilitar valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar UPP, es una escala de fácil aplicación.

Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos:

A. Valoración del Estado Físico General.
B. Valoración del Estado Mental
C. Valoración de la Actividad.
D. Valoración de la Movilidad.
E. Valoración de la Incontinencia.

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener varía entre “5” (máximo riesgo) y “20” (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de “14” supone una situación de riesgo.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11, muy alto riesgo.
- Índice de 12 a 14, riesgo evidente.

- Índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

A· Valoración del estado físico general:

Bueno: 4

- Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25
- Líquidos: 1.500-2.000cc/día (8-10 vasos)
- Tª corp.: de 36-37º C
- Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo

Mediano: 3

- Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 Kcal. IMC >20 y <25
- Líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos)
- Tª corp.: de 37º a 37, 5º C
- Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento

Regular: 2

- Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal IMC >50
- Líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos)
- Tª corp.: de 37. 5º a 38º C
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa

Muy malo: 1

- Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de

proteínas al día y menos de 1.000Kcal IMC >50

- Líquidos: < 500cc/día (<3 vasos)
- Tª corp.: + de 38. 5º ó - de 35. 5º C
- Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.

B· Valoración del estado mental:

Alerta: 4

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar
- Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles
- Comprende la información

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora

Apático: 3

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso
- Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado
- Obedece ordenes sencillas
- Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante

Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz

Confuso: 2

- Inquieto, agresivo, irritable, dormido
- Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos

- Cuando despierta, responde verbalmente, pero con discurso breve e inconexo
- Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja

Estuporoso: 1

- Desorientado en tiempo, lugar y persona
- Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal
- Nunca está totalmente despierto

Valoración: Presionar el tendón de aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo

Comatoso: 1

- Desorientado en tiempo, lugar y persona
- Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja

Valoración: Igual que en paciente estuporoso

C· Valoración de la actividad:

Total: 4

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentara

Disminuida: 3

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos

Muy limitada: 2

- Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos

Inmóvil: 1

- Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla

D· Valoración de la movilidad:

Ambulante: 4

- Independiente total
- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis

Camina con ayuda: 3

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo

Sentado: 2

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón
- La persona precisa ayuda humana y/o mecánica

Encamado: 1

- Dependiente para todos sus movimientos
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse.)

E· Valoración de la incontinencia:

Ninguna: 4

- Control de ambos esfínteres
- Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal

Ocasional: 3

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.

Urinaria o fecal: 2

- No controla uno de los dos esfínteres permanentemente
- Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación

Urinaria y fecal: 1

- No controla ninguno de sus esfínteres

BIBLIOGRAFÍA

- LOPEZ ORTEGA, Jesús. Cuidados al paciente critico adulto II. Capítulo 19: Úlceras por presión
- LOPEZ ALONSO, Sergio R. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, test e índices? En: Revista Index enfermería. Granada. Vol. 14. Nº 48-49. Base de datos: Scielo
- RICH RUIZ, Manuel. Protocolo de Cuidados en úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofia. Ed. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. 1999 Cordoba, España

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

		ESCALA DE NORTON					
		ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA	RESULTADO
		1. Muy malo	1. Estuporoso y	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Urinaria y fecal	
		2. Malo	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Sentado	2. Urinaria o fecal	
		3. Regular	3. Apático	3. Disminuida	3. Camina con ayuda	3. Ocasional	
		4. Bueno	4. Alerta	4. Total	4. Ambulante	4. ninguna	
5-12 RIESGO MUY ALTO		12-14 RIESGO ALTO		14-16 RIESGO MEDIO		16-20 RIESGO BAJO	
	NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							

5.BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERIA

LAVADO DE MANOS

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el día 5 de mayo como el "Día Mundial del Lavado de Manos". El objetivo es promover el hábito del lavado de manos bajo el fundamento de que este acto es una de las formas más efectivas y económicas para prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en la comunidad e infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Con el fin de concientizar acerca de la importancia de un correcto lavado de las manos, en los momentos indicados, se planeó la realización de este protocolo.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la práctica del lavado de manos de forma adecuada en el personal de enfermería con el fin de minimizar el riesgo de infecciones cruzadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enseñar la técnica correcta para el lavado de manos.
- Enseñar los beneficios que trae lavarse las manos correctamente en los momentos en los que se requiere.
- Mostrar los perjuicios del no lavado de las manos.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

*Lavamanos

*Jabón para manos

*Agua

*Toallas para manos

*Instructivo para el lavado de manos

Indicaciones generales

- Mantener las uñas cortas y sin esmalte, facilitando así la limpieza.
- No usar anillos, relojes, manillas, pulseras u otros adornos en la piel. Estos elementos actúan como reservorio y dificultan la limpieza de manos.
- Mantener limpios y desinfectados los lavamanos.
- No reutilizar los envases del jabón, ya que se vuelven reservorio de microorganismos potencialmente patógenos.
- Usar mecanismos de secado eléctrico para manos o toallas de papel, ya que las toallas de tela se contaminan con facilidad.
- En los servicios de alimentación, deben hacer uso de los lavamanos con grifos de accionamiento no manual.

Importancia y beneficios del lavado de manos.

- Una mejor higiene de las manos reduce la frecuencia de las infecciones en la comunidad y protege tanto a la persona que proporciona el cuidado como a la persona que lo recibe.

Técnica correcta para el lavado de las manos

- Suba las mangas de la ropa y retire las joyas, incluyendo argolla y reloj.
- Moje las manos y antebrazos (5 cm por encima de la muñeca).
- Aplique jabón líquido y haga abundante espuma.
- Frote las manos palma con palma.
- Frote la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
- Frote las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frote el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frótelo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frote la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y, viceversa.
- Enjuague las manos.
- Seque las manos con una toalla de un solo uso
- Utilice la toalla para cerrar el grifo.

Momentos para el lavado de las manos

- Después de ir al baño.
- Antes de pasar al comedor.
- Después de participar en labores de aseo, agricultura o manualidades.
- Después de sonarse la nariz

Personal administrativo, pedagógico, asistencial

- Antes de iniciar las labores.
- Antes y después del contacto directo con los participantes.
- Entre dos actividades con los mismos participantes.
- Antes y después de administrar medicamentos (solo aplica para servicios sociales donde se realiza esta actividad).
- Antes y después de ir al baño.
- Antes y después de la atención asistida: administración de alimentos, baño, cambio de ropa, etc. (Solo aplica para servicios sociales donde se realiza esta actividad).
- Antes y después de manipular los alimentos.
- Al tener contacto con fluidos orgánicos, secreciones, excreciones.
- Al momento de cambio de pañal.
- Después de tener contacto con elementos contaminados.
- Después de sonarse la nariz, estornudar o toser.
- Al finalizar las actividades diarias.

Personal de servicios de alimentación

- Antes de iniciar las labores.
- Cada vez que salga y regrese al servicio de alimentación.
- Durante la preparación de los alimentos.
- Después de cambiar de actividad.
- Antes y después de ir al baño.
- Después sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocarse el cabello, la cara o el cuerpo.

- Antes y después de manipular los alimentos (recibo, clasificación, pre-alistamiento y almacenamiento).
- Durante la manipulación de alimentos de diferente origen, ejemplo pollo, queso, carnes, pescados, verduras, frutas, entre otros.
- Antes de realizar la actividad de servido y distribución de alimentos.
- Después de manipular cualquier material que pueda representar riesgo de contaminación para los alimentos.
- Después de las actividades de limpieza.
- Después de manipular residuos.
- Al finalizar las actividades diarias.

Personal de servicios generales

- Antes de colocarse o cambiarse los guantes.
- Antes de comenzar la actividad diaria.
- Antes y después de manipular o ingerir alimentos.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de sonarse la nariz, estornudar o toser.
- Al tener contacto con fluidos orgánicos, secreciones, excreciones.
- Después del contacto con suciedad o elementos contaminados.
- Después de manipular residuos.
- Después de finalizar la limpieza y desinfección.
- Al finalizar las actividades diarias.

Participantes del servicio

- Antes y después de comer.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de sonarse la nariz, estornudar o toser.
- Después de una actividad lúdico-pedagógica.
- Antes y después de amamantar.

Momentos para la fricción antiséptica (alcohol glicerinado)

Este procedimiento NO reemplaza el lavado de manos; se recomienda utilizarlo mientras no se haya tenido contacto con sangre, secreciones o fluidos corporales, no se haya manipulado material contaminado o tenido contacto con participantes potencialmente infectados.

Puede utilizarse:

- Después del contacto entre persona y persona.
- Después de actividades rutinarias como: actividades lúdicas, el examen físico y control de signos vitales.

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

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



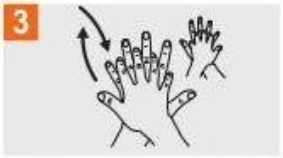
Mójese las manos con agua;



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 si;



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 si, 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.

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

DESINFECTAR MANOS CON GEL

www.consejosdelimpieza.com

Duración del procedimiento: 30 segundos.



Deposite abundante gel en la palma de la mano

Frote el gel en las palmas para generar fricción



Repita los procesos de frotación como si fuera un lavado con agua y jabón, en las zonas de las manos que corresponden



Siga de esa forma hasta el final y extienda las manos para secar.

World Health Organization | Patient Safety — A World Alliance for Safer Health Care | SAVE LIVES Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Modelo de Cardiología, en: www.imcnet.com.ar/noticias-de-salud/la-importancia-del-lavado-manos/
- World Health Organization: Save lives, clean your hands. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf; jsessionid=173060F911AE0596066630C18EED3415?sequence=1

RONDA DE ENFERMERIA

OBJETIVO

Realizar seguimiento a los procedimientos y actividades que realizan los enfermeros en los diferentes turnos a fin de garantizar cumplimiento en las funciones.

ALCANCE

Aplica en centro integrarte de atención interna.

DEFINICIONES

RONDA: Acción de recorrer un lugar en servicio de vigilancia

RESPONSABLES

SUPERVISION: enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos EJECUCION: profesional de enfermería y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos **DESARROLLO**

Enfermeros de la jornada diurna

6:00 am proceso de higiene mayor e higiene menor y administración de medicamentos 7:00 am entrega de la bebida caliente
8:00 am suministro de desayunos, entrega de medicamentos y proceso de higiene menor lavado de dientes

10:00 am control de signos vitales, proceso de higiene menor afeitado los martes jueves y domingo, cambio de pañal a las personas que lo requieren, cambios posturales y suministro de onces

12:00 am suministro de alimentos y apoyo en proceso de higiene menos lavado de manos y cepillado de dientes

14:00 pm suministro de medicamentos y corte de uñas los jueves y fines de semana

16:00 pm suministro de onces y cambios posturales

18:00 pm cambio de pañal y suministro de cena, realización de higiene menos cepillado de dientes

10:00 pm se acuesta las personas con discapacidad

Nota: en todos los horarios se realizan de manera periódica las rondas de seguridad y se hace acompañamiento de las actividades propuestas por el equipo profesional según el plan de intervención

Enfermeros de la jornada nocturna

19:00 Se recibe turno persona a persona con novedades y sugerencias.

20:00 Se administran medicamentos y se realiza respectivo registro y se administran onces nocturnas.

21:00 Se realiza doblado y acomodación de ropa en respectivos lokers.

22:00 Se realiza ronda de enfermería paso a baño según necesidad de las personas y se realiza cambio de posición de las personas que lo requieren.

23:00 Terminación de arreglo de ropa, alistamiento de ropa para cambio y alistamiento de toallas.

00;00 Ronda de enfermería paso a baño según necesidad cambio de posición a las personas que lo requieren y se hace hidratación de la piel, en cada ronda va incluidas las personas de habitaciones individuales.

2:00 Se realiza ronda de enfermería cambio de posición paso a baño de las personas que lo requieren.

4:00 Ronda de enfermería alistamiento de kits de aseo para higiene y jabones para baño.

5:40 Se administran y registran omeprazol y levotiroxinas según orden médica para las personas que lo tengan formulados

6:00 Se inicia higiene mayor y menor de hombres y mujeres. Y se dejan unidades arregladas

7:00 Entrega de turno.

En caso de que una persona presente alguna novedad de salud que requiera traslado a centro de salud, uno de los enfermeros de turnos acompañara el traslado.

BIBLIOGRAFIA

- Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enf Neurol. 2010; 9(2): 94 – 104.
- Ferrer E. La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. Reduca. 2009; 1(2): 501-515.
- Guevara M, Laverde O. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. Index Enferm [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 febrero 28]; 24(1- 2). Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132- 12962015000100017
- García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción Emergente del Concepto: Cuidado Profesional de Enfermería. Texto Contexto Enferm. 2011; 20: 74-80.

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN ENFERMERIA

OBJETIVO

Definir las actividades necesarias para la entrega y recibo de turno por el personal de enfermería, esto con el fin de garantizar la continuidad del cuidado del paciente.

ALCANCE

Aplica en centro integrarte de atención interna.

DEFINICIONES

- Entrega de turno: Es el proceso de comunicación mediante el cual el personal de enfermería entrante y saliente de turno; intercambia información sobre la situación actual de salud y el plan de cuidados de enfermería de los pacientes que están bajo su responsabilidad, así como toda la información sobre el funcionamiento administrativo de la Unidad funcional, con el fin asegurar y mantener la continuidad y la calidad de la atención en pro de la seguridad del paciente.
- Personal de enfermería que entrega o recibe turno: Es el equipo asistencial que brinda atención de Enfermería a todos los pacientes de la Unidad Funcional o de los que le corresponden, integrados por la Enfermera Jefe y los Auxiliares de Enfermería distribuidos por turnos.
- Paciente: Es el sujeto objeto de cuidado que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

RESPONSABLES

SUPERVISION: enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos
EJECUCION: profesional de enfermería y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos

DESARROLLO

CONDICIONES GENERALES

El personal de enfermería que entra debe presentarse uniformado en el servicio correspondiente en el siguiente horario:

De lunes a viernes:

Dia: 6:00 AM.
Noche: 7.00 PM.

Fines de semana:

Dia: 7:00 AM.
Noche: 7.00 PM.

Todo el personal de enfermería que entra y sale debe estar presente a la hora indicada del cambio de turno y permanecer durante todo el procedimiento excepto cuando las circunstancias así lo requieran a criterio de la Enfermera Jefe del servicio. La entrega y recibo de turno se hará en forma de ronda, paciente por paciente, con el objeto de verificar la información dada. La entrega y recibo de turno debe ser: completa, organizada, detallada, veraz.

Para estandarizar la comunicación se deben tener en cuenta como pautas generales:

- Buscar un entorno libre de ruido.
- Todos nos debemos expresar en un idioma común para para expresar la información crucial.
- Situarse lo más próximo al paciente (permite señalar e identificar in situ los elementos y plantear dudas operacionales
- Reservar un tiempo suficiente para la transferencia de información. •
- NUNCA mezclar información de varios pacientes.
- • Permitir que se planteen dudas y consultas.

El método IDEAS trata de abarcar los elementos esenciales que garanticen la continuidad de la asistencia, organizando su transmisión entre profesionales de una forma lógica y estructurada. Sus siglas corresponden a:

• I – IDENTIFICACIÓN: nombre, edad, días de estancia, ubicación y otros datos básicos. También el profesional responsable o de referencia.

• D – DIAGNÓSTICO: definición clara del problema actual objeto de asistencia, así como de los antecedentes y enfermedades crónicas de relevancia.

• E – ESTADO: exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes. Condiciones generales y clínicas. Evolución durante el turno

• A – ACTUACIONES: medidas diagnosticas y/o terapéuticas que se han llevado a cabo hasta el momento y el plan de tratamiento a seguir. Tratamientos de especial atención.

• S – SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: aspectos clave que requieren de una atención especial (sobre todo en pacientes críticos o graves). Cuidados y controles especiales. Recomendaciones

BIBLIOGRAFIA

- INSTRUCTIVO ENTREGA DE TURNO. METROSALUD. http://www.metrosalud.gov.co/intrajoomla/images/planeacion/Estructura%20Documental/Instructivos/I%20ENTREGA%20TU RNO%20MEDICO.pdf
- ENTREGA Y RECIBO DE TURNO. HOSPITAL EL TUNAL. http://hospitaleltunal.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?uuid=fc9f5c72-99a4-4e97-805f-fa70b1514291&groupId=141490
- ENTREGA Y RECIBO DE TURNO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA https://hsdp.gov.co/portal/wp-content/uploads/2020/10/P-GA04-02-v.00-procedimiento-de-entrega-de-turno-y-traspaso-de-pacientes-1...pdf

BUENAS PRÁCTICAS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:

JUSTIFICACION:

"Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente"
La administración de medicamentos es una de las intervenciones de cuidado más frecuentes que realiza el profesional de enfermería en el ámbito clínico y comunitario, su eficiente y efectivo desempeño en este campo es de gran impacto en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y el buen morir de las personas. Por esta razón, es considerada una de las tareas que demanda más atención y conocimiento, puesto que las decisiones que se tomen y las acciones que se realicen son de gran trascendencia para los resultados en salud y calidad de vida de la población.

OBJETIVO

Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos. Minimizar los riesgos a los que se expone al paciente al usar un medicamento.

ALCANCE

Aplica en centro integrarte de atención interna.

DEFINICIONES

- Medicamento: toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas que se presenta dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar funciones medicinales o sus combinaciones que pueden ser administrados a personas con cualquiera de estos fines.

• Fármaco: cualquier sustancia administrada a la especie humana para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para modificar una o más funciones fisiológicas.

• Administración segura de medicamentos: es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo (disponibilidad, prescripción, dispensación, administración, uso, seguimiento, respuesta), en sus diferentes contextos. Dichas acciones e intervenciones están estandarizadas bajo normas de una correcta utilización, para asegurar así la calidad de la prestación eficiente y segura de los servicios y de los cuidados a los pacientes

- Seguridad del paciente: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
- Riesgo: probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.
- • Evento adverso: resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- • Evento adverso prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- • Evento adverso no prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencia

RESPONSABLES

SUPERVISION: enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos

EJECUCION: profesional de enfermería y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos

DESARROLLO

CONDICIONES GENERALES

Administración segura de medicamentos Para complementar y facilitar la integración del proceso de atención de enfermería en el acto de cuidado en relación a la administración de medicamentos.

A continuación, se describen el material y equipo básico para la ASM (Administración Segura de Medicamentos), las acciones y fundamentos generales que se realizan en la administración de un fármaco antes, durante y al finalizar el procedimiento.

Material y equipo, esta unidad está conformada por un kit que contiene:

- Tarjeta de medicamentos
- Medicamentos en sus diferentes formas farmacéuticas permitidas (tableta, píldora,)
- Computador o formatos de registro
- Caneca de desecho verde, roja y gris

Un kit de bioseguridad:

- Guantes de manejo
- Tapabocas
- Otros, de acuerdo con la condición clínica del usuario

Procedimiento general, antes de realizar la administración de un medicamento, es necesario asegurar unos pasos generales que son transversales en cada acción o intervención de cuidado en las diferentes vías. Estos pasos propenden por el fomento de las prácticas seguras para la minimización del riesgo y el evento adverso en el proceso de atención de salud. Las acciones que se describen a continuación se deben realizar cada vez que se ejecute la administración de un medicamento:

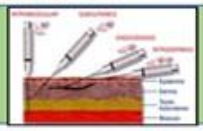
- Conocer el estado de salud de la persona, validar la información con los registros de las notas de enfermería.
- Conocer la indicación por la cual se va a administrar el medicamento.
- Conocer las patologías de base y co-morbilidades de la persona, así como los medicamentos prescritos, autotratamientos, tratamientos homeopáticos y biológicos, identificando el motivo de uso, dosis, frecuencia, duración.
- Indagar por reacciones alérgicas documentadas por el uso de medicamentos
- Verificar la integridad de los tejidos según la vía de administración prescrita.
- Valorar el estado mental de la persona, con el fin de establecer la condición de comprensión del uso del medicamento y asegurar la autonomía del paciente.
- Alistar el carro de medicamentos donde se encuentra el kit básico de administración de medicamentos.
- Realizar el lavado clínico de las manos antes de preparar, envasar, reconstituir, durante y posterior a la administración del medicamento.
- Póngase los guantes, tapabocas y monogafas y demás equipo de bioseguridad requerido según el protocolo institucional. Tenga en cuenta el estado de salud del paciente y tipo de medicamento a preparar, reconstituir o envasar y administrar
- Evaluar el efecto de la terapia instaurada y ajustar el plan de cuidado con relación a los hallazgos encontrados
- Al finalizar el proceso de administración de medicamentos proporcione medidas de comodidad y seguridad al paciente (posición adecuada, mantenimiento de la temperatura corporal, barandas elevadas, timbre al alcance, medidas de sujeción, entre otras).
- Dar continuidad a los principios básicos en la administración de medicamentos: 10 correctos:

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO



10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

EMS España / Emergency Medical Services en España

1. MEDICAMENTO CORRECTO 
2. PACIENTE CORRECTO 
3. DOSIS CORRECTA 
4. VIA CORRECTA 
5. HORA CORRECTA 
6. VERIFICAR FECHA DE CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO 

7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO 
8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACION 
9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA 
10. ESTAR ENTERADOS DE POSIBLES ALTERACIONES 

BIBLIOGRAFIA

- Manual para la administración de medicamentos desde el proceso de atención de enfermería - Universidad el bosque - https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/7fd3fc91-f821-4ee9-9209-22285eaaab7e/content

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008

- Secretaria de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Farmacovigilancia: Resultados y perspectivas. Programa Distrital de Farmacovigilancia [Internet] Colombia: 2012-2016. [citado 12 mar 2014] Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Coves%20 2014/2014/8.%20COVE%20Septiembre/Presentaciones/Farmacovigilancia.pdf

MANEJO DE EPISODIOS CONVULSIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es el trastorno neurológico crónico más común, caracterizado, de acuerdo con la definición de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) por crisis e interrupciones recurrentes de la actividad cerebral normal, llamadas crisis epilépticas.

En el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2, de las 60 personas con discapacidad, 15 tienen diagnóstico de epilepsia.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Establecer las acciones a ejecutar para el manejo de episodios convulsivos que puedan presentar las personas con discapacidad del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificación de las personas con discapacidad susceptibles de presentar episodios convulsivos por parte de todo el talento humano
2. Proporcionar cuidados óptimos y seguros a la persona con discapacidad que un episodio convulsivo
3. Direccionar las actividades de cuidado que se deben ejecutar con las personas con discapacidad con diagnóstico de epilepsia

3. GLOSARIO

Auras: sensaciones o movimientos inusuales que advierten de la ocurrencia inminente de una convulsión más grave. Estas auras son, en realidad, crisis focales simples en las cuales la persona no pierde el conocimiento.

Automatismos: acciones automáticas involuntarias o mecánicas.

Callosotomía: cirugía que separa el cuerpo calloso, es decir, desconecta la red de conexiones neurales entre los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro.

Convulsiones: fuertes contracciones súbitas de los músculos que pueden ser causadas por una crisis.

Crisis atónicas: convulsiones que causan una pérdida súbita del tono muscular. También se conocen como *crisis o ataques de caída*.

Crisis clónicas: crisis convulsivas que causan movimientos bruscos repetidos de los músculos en ambos lados del cuerpo.

Crisis de ausencia o "ausencias típicas": tipo de crisis que se ven en la epilepsia de ausencia en los que la persona tiene una pérdida momentánea de conocimiento. La persona puede tener la vista fija en el espacio por varios segundos y puede tener espasmos o sacudidas suaves de los músculos. Antes se conocía este término como "petit mal" o" pequeño mal".

Crisis o ataques de caída: crisis epiléptica que causan caídas súbitas; otro término para las crisis atónicas
Crisis de gran mal: término anticuado para describir las crisis tónico-clónicas.

Crisis febriles: crisis convulsivas en bebés y niños que son asociadas con una fiebre alta.

Crisis focales (antes conocidas como crisis parciales): crisis que ocurren en solo una parte del cerebro.
Crisis generalizadas: crisis que resultan de una actividad neuronal anormal en muchas partes del cerebro. Estas crisis pueden causar pérdida del conocimiento, caídas o movimientos anormales como convulsiones.

Crisis mioclónicas: crisis que causan movimientos súbitos o sacudidas, especialmente en la parte superior del cuerpo, los brazos o las piernas.

Crisis no epilépticas: cualquier fenómeno que parece una crisis, pero no resulta de una actividad anormal del cerebro. Los eventos no epilépticos pueden incluir crisis psicogénicas o síntomas de afecciones médicas tales como trastornos del sueño, síndrome de Tourette o arritmia cardiaca. Pseudocrisis es un término antiguo para referirse a la crisis no epiléptica.

Crisis tónicas: crisis que causan rigidez de los músculos del cuerpo, generalmente aquellos de la espalda, las piernas y los brazos.

Crisis tónico-clónicas: crisis convulsivas que causan una mezcla de síntomas, entre los que se incluyen pérdida del conocimiento, rigidez del cuerpo y movimientos bruscos repetidos de los brazos y las piernas. Anteriormente se referían a este tipo de crisis como crisis de gran mal.

de novo: nuevo, por primera vez.

déjà vu: sensación de que algo ya ha sucedido.

Desencadenantes de las crisis: fenómenos que desencadena las crisis epilépticas en ciertas personas. Los factores que desencadenan las crisis no causan epilepsia, pero pueden provocar las primeras crisis o causar crisis en personas que de otra manera las tienen bien controladas con medicamentos.

Dieta cetogénica: una dieta estricta, rica en grasas y baja en carbohidratos, que hace que el cuerpo descomponga las grasas en vez de los carbohidratos para sobrevivir.

Encefalitis de Rasmussen: un tipo progresivo de epilepsia en el cual la mitad del cerebro muestra inflamación crónica.

Enfermedad de Lafora: una forma grave y progresiva de epilepsia que comienza en la infancia

y que se ha relacionado con un gen que ayuda a descomponer los carbohidratos.

Epilepsia de ausencia: epilepsia en la cual una persona tiene repetidas crisis de ausencia.

Epilepsia del lóbulo frontal: un tipo de epilepsia que se origina en el lóbulo frontal del cerebro. Por lo general, involucra una serie de crisis epilépticas de corta duración, que aparecen y terminan en forma súbita.

Epilepsia del lóbulo temporal: el síndrome epiléptico más común con crisis focales.

Epilepsia mioclónica juvenil: un tipo de epilepsia caracterizada por espasmos musculares (mioclónicos) súbitos que generalmente se inician en la infancia o en la adolescencia.

Epilepsia mioclónica progresiva: tipo de epilepsia que ha sido relacionado con una anomalía en el gen que codifica la proteína llamada cistatina B. Esta proteína regula las enzimas que descomponen otras proteínas.

Epilepsia neocortical: epilepsia que se origina en la capa exterior del cerebro llamada corteza cerebral. Las crisis epilépticas pueden ser tanto focales como generalizadas y pueden causar sensaciones extrañas, alucinaciones o cambios emocionales.

Espasmos infantiles: serie de crisis epilépticas que generalmente se inician antes de los 6 meses de edad. Durante estas crisis el bebé puede doblarse y llorar a gritos.

Estimulador cerebral: una forma de tratamiento que utiliza un dispositivo implantado para detectar la próxima crisis e intervenir ya sea con una estimulación eléctrica o un medicamento de acción rápida para prevenir que ocurra.

Estimulador del nervio vago: dispositivo que se implante quirúrgicamente y envía impulsos cortos de energía eléctrica al cerebro a través del nervio vago y ayuda a algunas personas a

reducir sus crisis epilépticas.

Foco de la crisis: área del cerebro donde se originan las convulsiones.

Hamartoma hipotalámica: una forma rara de epilepsia infantil que se asocia con malformaciones del hipotálamo en la base del cerebro.

Hemisferectomía: cirugía que involucra la extracción o desactivación de un hemisferio del cerebro.

Hemisferios: las mitades derecha e izquierda del cerebro.

Hemisferotomía: extracción de la mitad de la capa exterior del cerebro llamada corteza cerebral.

Intratable: difícil de curar; cerca de un 30 a 40 por ciento de las personas con epilepsia seguirán teniendo convulsiones, aunque reciban el mejor tratamiento disponible.

Lesión: parte dañada o disfuncional del cerebro o de otra parte del cuerpo.

Lesionectomía: extirpación quirúrgica de una lesión cerebral específica.

Lobectomía: extirpación quirúrgica de un lóbulo del cerebro.

Monoterapia: tratamiento que utiliza un solo medicamento antiepiléptico.

Muerte súbita e inesperada en las epilepsias (SUDEP, por sus siglas en inglés): muerte que ocurre repentinamente sin ninguna razón aparente en las personas con epilepsia. La epilepsia duplica el riesgo de sufrir una muerte súbita e inesperada.

No convulsiva: cualquier tipo de crisis epiléptica que no presenta contracciones musculares violentas.

Postictal: después de la crisis.

Pródromo: sensación de que la crisis es inminente, la que puede durar horas o días antes de que se presente la crisis.

Resección del lóbulo temporal: tipo de cirugía para tratar la epilepsia del lóbulo temporal, en la cual se extirpa parte o todo el lóbulo temporal afectado del cerebro.

Síndrome de Dravet: un tipo de epilepsia intratable que comienza en la infancia.

Síndrome de Lennox-Gastaut: un tipo de epilepsia que se inicia en la infancia y que generalmente causa varios tipos diferentes de crisis, entre ellas, las crisis de ausencias.

Síndromes epilépticos: trastornos que presentan un conjunto de síntomas específicos, entre ellos la epilepsia.

Estatus epilepticus (a veces conocido como estado de mal epiléptico): es un estado potencialmente mortal en el cual una crisis epiléptica se prolonga en forma anormal. Aunque no hay una definición estricta sobre el momento en el cual la crisis se convierte en estatus epilepticus, la mayoría de las personas están de acuerdo en que cualquier crisis que dure más de 5 minutos debería, para efectos prácticos, ser tratada como si fuera un estatus epilepticus. Las crisis epilépticas repetidas sin recuperar el conocimiento entre crisis y crisis se consideran una forma de estatus epilépticos.

Transección subpial múltiple: tipo de operación en la cual los cirujanos hacen una serie de cortes en el cerebro diseñados para prevenir que las crisis epilépticas se propaguen a otras partes del cerebro y que se realiza sin afectar las capacidades normales de la persona.

Umbral de crisis: término que hace referencia a la predisposición que tiene una persona a sufrir crisis epilépticas.

4. MARCO CONCEPTUAL

Una crisis epiléptica o convulsiva es una alteración brusca y transitoria causada por una actividad anormal de las neuronas que puede causar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares y pérdida de conocimiento; las crisis epilépticas tienen una etiología muy variada (anoxias neonatales, TCE, encefalitis,). La epilepsia consiste en una predisposición a sufrir crisis epilépticas repetidas; se dice que una persona tiene epilepsia cuando ha tenido dos o más crisis epilépticas. En España la prevalencia está situada en torno a 8/1000 habitantes (unos 360000 casos aproximadamente), y su incidencia anual es de 31 a 57/100000 habitantes. Por tanto, el cometido del personal de enfermería consiste en generar buenas prácticas en el cuidado y atención de las crisis epilépticas garantizando así la seguridad del paciente.

¿Por qué es importante reconocer las crisis epilépticas? Ser capaz de reconocer una crisis epiléptica es importante porque las crisis epilépticas pueden confundirse con otras enfermedades (como sufrir un ataque al corazón o estar ebrio). Si sabe cómo responder a las crisis epilépticas, usted puede ayudar a prevenir lesiones serias, mantener a la persona segura y llamar al 123 si es necesario.

Hay más de 20 tipos distintos de crisis epilépticas. Lo que sucede durante una crisis epiléptica depende de la persona individual y del tipo de crisis epiléptica. Pero para brindar primeros auxilios para las crisis epilépticas, solo debe reconocer unas pocas categorías generales. Estas son:

• Crisis epilépticas con pérdida de consciencia, en las que la persona parece “desmayarse” y puede tener convulsiones (temblor en todo el cuerpo).

• Crisis epilépticas con consciencia alterada en las que la persona parece consciente, pero actúa de manera extraña, se mueve de manera inusual y puede parecer confusa.

• Crisis epilépticas sin ningún cambio de consciencia, en las que la persona está alerta y sabe lo que está sucediendo, pero no puede controlarlo.

CONVULSIONES Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Aunque la mayoría de las veces los niños llegan a la consulta en la fase poscrítica, es decir sin actividad convulsiva, en ocasiones puede tratarse de una urgencia vital, especialmente en las crisis prolongadas que conducen al estatus convulsivo. El objetivo de este capítulo es dar un enfoque práctico de cómo abordar los casos de los niños que tienen una convulsión

CONCEPTO

Una crisis convulsiva es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia. Las convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral (hipoglucemia, traumatismos, fiebre, infección del sistema nervioso central), o de carácter idiopático sin relación temporal con un estímulo conocido; cuando éstas últimas tienen un carácter recurrente se utiliza el término epilepsia. En la Tabla I aparece esquematizada la clasificación de las crisis epilépticas según la Liga Internacional contra la Epilepsia (1981).

CLASIFICACIÓN

Crisis parciales (focales)

- Crisis parciales simples (sin afectación del nivel de conciencia)
  - Motoras
  - Con signos somato-sensoriales (visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, vertiginosos)
  - Con síntomas autonómicos
  - Con síntomas psíquicos
- Crisis parciales complejas (con afectación del nivel de conciencia)
- Crisis parciales que evolucionan a crisis secundariamente generalizadas

Crisis generalizadas

- Ausencias
- Crisis mioclónicas simples o múltiples
- Crisis clónicas
- Crisis tónicas
- Crisis tónico-clónicas
- Crisis atónicas (astáticas)

Crisis inclasificables

5. METAS

Garantizar los cuidados de las personas que tienen diagnóstico de epilepsia y son susceptibles de presentar eventos convulsivos.

Capacitar al 100% del talento humano en la atención inicial de convulsiones

6. POBLACIÓN SUJETO

a. BENEFICIARIOS INMEDIATOS

El presente protocolo beneficiará directamente a todas las personas con discapacidad

del centro integrarte atención interna grupo 2. Específicamente a las 18 personas que presentan un diagnóstico actual de epilepsia:

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

A partir de la presente guía, la población indirectamente beneficiada será:

Talento humano

Referentes familiares y/o visitantes del centro integrarte La comunidad en general circundante al centro integrarte.

PRIMEROS AUXILIOS PARA CRISIS EPILÉPTICAS CON PÉRDIDA DE CONSCIENCIA

Algunos tipos de crisis epilépticas pueden hacer que la persona pierda la consciencia. El tipo más común se llama crisis epiléptica a tónico-clónica generalizada o crisis epiléptica o convulsiva (consultar el gráfico en la página 17 para obtener más detalles sobre este tipo de crisis epiléptica). Durante esta crisis epiléptica, la persona no puede responder. Esto significa que la persona no puede caminar, no sabe qué está sucediendo y no recordará lo que sucedió. Si la persona siente una advertencia al inicio de la crisis epiléptica (llamada aura), puede ser capaz de llegar hasta un lugar seguro. Si no reciben ninguna advertencia, corren riesgo de lesionarse durante y después de la crisis epiléptica.

• Proteger a la persona de lesiones.

• No ponerle nada en la boca.

• Asegurarse de que pueda respirar. Llamar al 123 en el caso poco frecuente de que se le dificulte respirar

• Si está en el piso, voltee a la persona de lado para ayudar a mantener las vías aéreas abiertas.

PRIMEROS AUXILIOS PARA CRISIS EPILÉPTICAS CON CONSCIENCIA ALTERADA

Durante algunos otros tipos de crisis epilépticas (incluido el tipo llamado “compleja parcial”), la persona estará consciente, aunque no esté completamente segura de lo que está sucediendo. Pueden parecer confundidos y desorientados y pueden hacer cosas como caminar sin tener el control de lo que hacen. Esto puede exponerlos al riesgo de lesiones.

Para estos tipos de crisis epilépticas, siga los pasos de los primeros auxilios de cuidado y confort y asegúrese de lo siguiente:

• Suavemente, aleje a la persona de los peligros, como objetos puntiagudos, o de los lugares peligrosos si se está moviendo.

• Mantenga a la persona en un área cerrada, si es posible.

• Hable con calma y dígale que está segura.

• Continúe dándole instrucciones sobre lo que debería hacer, pero no asuma que puede escucharlo o que seguirá sus instrucciones.

• NO sujete o agarre a la persona. Si agarra a la persona, esta puede retroceder, así que actúe con moderación.

PRIMEROS AUXILIOS PARA CRISIS EPILÉPTICAS SIN CAMBIOS EN LA CONSCIENCIA

Durante las crisis epilépticas en esta categoría (incluido el tipo llamado “parciales simples”), las personas están completamente despiertas y alertas. Para estos tipos de crisis epilépticas, usualmente no se necesita recurrir a los primeros auxilios. Asegúrese de mantener la calma y asegurar a la persona que no está en peligro. Si la persona está asustada o ansiosa, sugiérale respirar profunda y lentamente o hacer algo que la calme y la relaje.

SI ALGUIEN TIENE UNA CRISIS EPILÉ TI A EN UNA SILLA DE RUEDAS

• No retire a la persona de la silla ruedas si es posible.

• Coloque la traba de la silla de ruedas para mantenerla en su lugar.

• Coloque el cinturón de seguridad sin mucha rigidez para evitar que se caiga de la silla de ruedas. • Proteja y sostenga su cabeza lo mejor que pueda.

• Asegúrese de que sus vías aéreas estén despejadas para que pueda respirar libremente. También puede resultar útil acojinar la silla de ruedas de la persona para evitar lesiones en el futuro.

¿CUÁNDO SE CONVIERTE UNA CRISIS EPILÉPTICA EN UNA EMERGENCIA?

Aunque pueden ser atemorizantes, la realidad es que la mayoría de las crisis epilépticas no son emergencias: Por supuesto, hay excepciones, y es importante saber en qué consisten. Una crisis epiléptica es una emergencia cuando dura mucho tiempo (más de 5 minutos) o cuando las crisis epilépticas suceden muy juntas y la persona no se recupera plenamente en el medio. Alguien también puede necesitar ayuda de emergencia si se lesionó durante la crisis epiléptica, tiene otra enfermedad o nunca tuvo una crisis epiléptica.

Además, si la respiración parece dificultarse o la persona parece ahogarse (cianosis y/o dificultad respiratoria).

Si la persona no recupera la conciencia después de la convulsión.

REGISTRO DE CUIDADO DE LA SALUD

REGISTRO DE ENFERMERÍA

OBSERVAR	DESCRIBIR Y REGISTRAR
La crisis epiléptica	El orden cronológico y la duración.
El inicio	-Hora de inicio y conducta previa (llanto, movimientos estereotipados,....). -Factores desencadenantes (estimulación luminosa/auditiva/sensitiva/emocional fiebre, sueño, alcohol, hipo/hiperventilación, menstruación,.....).
Los movimientos	-Cambios de posición y sitio de comienzo (mano, pulgar, boca o generalizadas). -Fase tónica, si la hay. -Fase clónica (sacudidas, partes corporales afectadas, características en general).
La cara	-Cambios de color (palidez, cianosis o enrojecimiento) y transpiración. -Boca (posición, desviación de la comisura, mordedura de la lengua,...).
Los ojos	-Posición (hacia adelante, arriba, los lados o movimientos divergentes). -Pupilas (cambio de tamaño, igualdad y reacción a la luz).
El esfuerzo respiratorio	-Presencia y duración de la apnea. -Presencia de estertores.
Otros eventos	-Micción y defecación involuntaria.
Después de la crisis	-Hora de terminación -Estado de conciencia/motor (si habla, se mueve,...) y constantes vitales. -Fomentar el reposo y reducir la ansiedad familiar.

7. CONCLUSIONES

La familia y cuidadores deben tener unos conocimientos básicos de la enfermedad para poder actuar correctamente ante una crisis.

El personal de enfermería debe proporcionar un entorno seguro que evite las lesiones y complicaciones (traumatismos, anoxia,) que pueden producir las crisis epilépticas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. FEEN. Informe de la epilepsia en España.

2. Loiseau P, Jallon P. Las epilepsias.

3. Lyon G, Evrard P. Neuropediatría.

4. Lorenzo Ruiz M, Martínez Granero MA, Natera de Benito D, García Pérez A. Estatus epiléptico. En: Verdú A (ed). Manual de neurología infantil. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p.881-93.

5. Ramos Lizana J, Aguilera López P, Aguirre Rodríguez FJ. Crisis epilépticas y epilepsia en la infancia. Aspectos generales. En: Verdú A (ed). Manual de neurología infantil. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p.433-41.

MANEJO DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD USUARIOS DE GASTROSTOMÍA

JUSTIFICACION:

En la práctica diaria del cuidado de personas en condición de discapacidad existen diversas condiciones en las que se presenta incapacidad para ingerir alimentos por la vía oral en cantidades adecuadas para llenar los requerimientos proteico-calóricos diarios, encontramos diagnósticos de retraso en el desarrollo neurológico de diversa índole , quienes presentan un riesgo elevado de desarrollar dificultades asociadas a la alimentación, incluyendo reflujo gastro-esofágico, disfunción motora oral, disquinesia faringo-esofágica y conducta de aversión a la comida, por lo tanto si no se establece una alternativa de alimentación segura en estos casos, pueden resultar complicaciones adicionales como esofagitis, enfermedad reactiva de la vía aérea, neumonía por aspiración etc ,la alternativa más confiable es la alimentación enteral, que puede utilizarse como tratamiento primario (si la condición que la origina es permanente) o como terapia de apoyo (en presencia de una condición transitoria).

Cuando se considera que el soporte enteral va a prolongarse por más de 6 semanas, la alternativa puede ser un tubo de gastrostomía, el cual puede ser colocado por vía quirúrgica, endoscópica o radiológica, en este documento haremos mención de la sonda de gastrostomía con sus diferentes indicaciones de manejo en la población con discapacidad que permanece en el centro integrarte de atención interna.

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

OBJETIVO:

Establecer criterios para el desarrollo de las actividades diarias del manejo de las personas en condición de discapacidad usuario de gastrostomía.

ALCANCE:

Aplica en centro integrarte de atención interna.

DEFINICIONES:

- **Sonda de gastrostomía:** tubo que se introduce a través de la pared del abdomen directo al estómago para permitir la salida de aire y líquido del estómago. También sirve para administrar medicamentos, suero y alimentos líquidos. La administración de alimentos por una sonda de gastrostomía es un tipo de nutrición entérica. También se llama sonda de gastrostomía endoscópica percutánea, tubo de gastrostomía y tubo PEG.
- **Ajuste razonable:** son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad, el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 – 2022, MSPS).

RESPONSABLES:

SUPERVISION: enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos
EJECUCION: profesional de enfermería y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos

DESARROLLO:

Cuidados con la Sonda de la Gastrostomía:

- Siempre, antes y después de manipular la sonda, lávate las manos con agua y jabón. Recuerda secarlas bien para evitar infecciones.

- Limpia diariamente, con agua y jabón, el orificio de la piel por donde sale la sonda. No olvides limpiar la zona alrededor del orificio con un aplicador de algodón, haciéndolo desde la sonda hacia afuera, con movimientos circulares, sin ejercer ninguna presión sobre ella.

- Gira levemente la sonda para permitir una mejor limpieza y evitar que se pegue (nunca debes girarla de forma total ni bruscamente).

- Seca alrededor de la sonda y la piel del abdomen luego del baño, o si hay alguna secreción.

- Si existe el riesgo de que el paciente se quite la sonda, debes taparla con un microporo, pegándola a 10 centímetros del orificio. Evita que la sonda se doble o se tuerza.

- Lavar los dientes mínimos 2 veces al día evitando tragar agua o enjuague

- La sonda se debe cambiar cada 6 o 12 meses. Si se oscurece o presenta deterioro reportar inmediatamente.

¿Cómo administrar la nutrición?



- Si el paciente está en cama eleva la cabeza poniendo almohadas. Mantenlo sentado, si es posible, durante el tiempo que se está administrando el alimento y dos horas más, posterior a la alimentación.
- •Comprobar la fecha de vencimiento y anotar la fecha y la hora de apertura (leer las recomendaciones del producto).
- Aspira con una jeringa sin aguja el contenido gástrico de la sonda, antes de la nutrición.
- Si el contenido es mayor a las tres cuartas partes de la cantidad de la nutrición administrada anteriormente, o es de color verde o negra, no administres la nutrición.
- Debes esperar de una a dos horas y volver a tomar el residuo, y si persiste informar a coordinación.
- Nunca devuelvas el contenido aspirado si es de color negro, rojo o verde.
- Agita la alimentación antes de dársela al paciente. Llena la cámara y abre la rueda reguladora de la bolsa hasta que la nutrición llegue al extremo, luego conecta la bolsa a la sonda.
- Administra la nutrición en la cantidad, hora y manera como lo indicó el médico (por bolos o infusión continua). Respecto a los medicamentos debes triturar o disolver el contenido de la cápsula y pasarla de forma lenta, siempre diluida en agua.
- Cuando termines la nutrición o la administración de los medicamentos, lava la sonda con 20 cc. de agua, utilizando una jeringa sin aguja.

- Si al lavarla observas que hay resistencia al paso del agua, intenta aspirar y volver a introducir el agua para desobstruir la sonda. Si no es posible, informar a coordinación.

¿Cómo almacenar la nutrición?

- La nutrición sin abrir no es necesario mantenerla en la nevera, pero sí debe guardarse en un lugar fresco y seco, evitando el contacto directo con la luz. Una vez abierta, la nutrición se debe mantener tapada en la nevera por un máximo de 24 horas.

- Saca la nutrición para que quede a temperatura ambiente dos horas antes de la siguiente toma.

- Comprueba siempre la fecha de vencimiento, y anota la fecha y la hora de la apertura. Lee las recomendaciones del producto hechas por el fabricante.

Signos de alarma para consultar:

  - Cuando la sonda se obstruya y no la puedas destapar enjuagándola.
  - Si la sonda se sale o no está en el lugar correcto.
  - Cuando el alimento se sale alrededor de la sonda o se presenta secreción de color café oscuro o amarillo alrededor del orificio de la piel, si tiene sangre o muy mal olor.
  - Si la piel alrededor del orificio presenta enrojecimiento, hinchazón, está sensible y caliente al tacto.
  - Fiebre de más de 38. 3º C
  - Cuando el paciente presente náuseas o vómito por más de 24 horas.
  - Si tiene el estómago hinchado, dilatado o sensible.
  - Si no ha hecho deposición durante más de tres días o tiene diarrea con más de cuatro deposiciones líquidas al día.

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO



BIBLIOGRAFIA:

- . Martín A, Espinós J, Forné M, Rius J, Corbera G, Quintana S. et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: estudio de 35 enfermos. MedClín 1994; 103:449-451.
- Pereira JL, Belda O, Parejo J, Serrano P, Bozada JM, Fraile J et al. La gastrostomía endoscópica percutánea. Realidad en la práctica nutricional clínica intra y extrahospitalaria. Rev Clin Esp 2005; 205:472-477.
- Fernández Ruiz MV, Flórez Almonacid CI, Jiménez Julián A et al. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Alimentación por sonda nasogástrica y de gastrostomía. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010

MANEJO DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD USUARIOS DE COLOSTOMÍA

JUSTIFICACION:

Las personas en condición de discapacidad colostomizadas se enfrentan a una serie de cambios a nivel físico y psicológico, debido a la nueva situación deben adaptarse a nuevos hábitos y a una nueva imagen, para ayudar a la población en el afrontamiento de estos cambios se requieren nuevas necesidades y cuidados que deben ser tenidos en cuenta para lograr la comodidad y adaptación a un nuevo estilo de vida.

¿A qué pacientes se les realiza una ostomía digestiva?

En ciertas ocasiones y dependiendo de la complejidad de la enfermedad y de la intervención, el cirujano decide realizar una estoma. Enfermedades como el cáncer de colon, cáncer de recto, diverticulitis con peritonitis intensa, infartos intestinales, traumatismos graves, problemas anales complejos, etc. pueden requerir de estomas digestivos que suelen ser temporales, en las que se reconstruye el intestino en una segunda cirugía. Hay casos menos frecuentes en los que las ostomías son definitivas como el cáncer de recto bajo y avanzado, tumores complejos del ano, colitis ulcerosa complicada, etc.

OBJETIVO:

Establecer criterios para el desarrollo de las actividades diarias del manejo de las personas en condición de discapacidad usuario de colostomía.

ALCANCE:

Aplica en centro integrarte de atención interna.

DEFINICIONES:

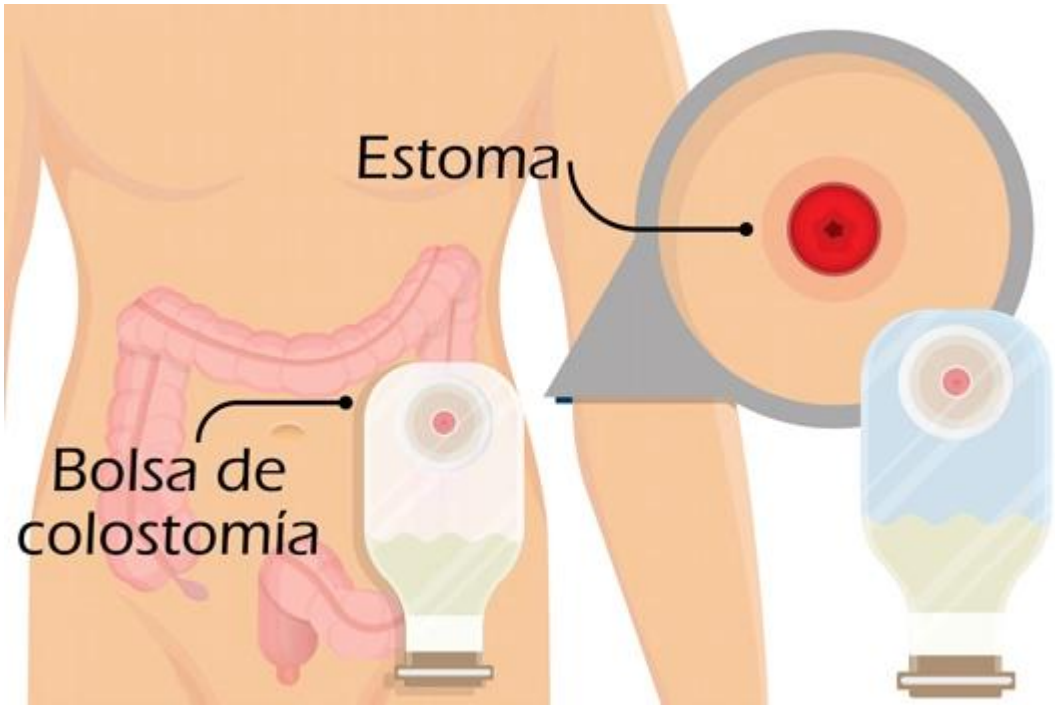
- **Colostomía:** es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por la estoma hasta la bolsa adherida a la piel del abdomen
- **Ajuste razonable:** son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad, el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 – 2022, MSPS).
- **Ostomizado**: persona que tiene una colostomía, ileostomía o urostomía
- **Prolapso:** una “salida” o protrusión en la cual el estoma se vuelve más largo.
- **Recto**: porción inferior del intestino grueso.

RESPONSABLES:

SUPERVISION: enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos
EJECUCION: profesional de enfermería y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos

DESARROLLO:

cuidados de una colostomía:



Protección de la piel alrededor del estoma:

- La piel que circunda el estoma siempre debe verse como la piel del resto del abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hipersensibilidad o dolor en esta área.
- Use el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel. Una abertura demasiado pequeña puede cortar o lesionar el estoma y puede que esto lo inflame. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal podría entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, reemplace la bolsa o barrera cutánea por una que le quede bien.
- Cambie el sistema de bolsa recolectora de manera periódica para evitar fugas e irritación de la piel. Es importante tener un horario establecido para cambiar la bolsa. No espere a que se presenten fugas u otros signos de problemas, como picazón y ardor.

- Tenga cuidado al retirar el sistema de bolsa recolectora de la piel y no lo quite más de una vez por día, salvo que se haya presentado algún problema. Quítese la barrera cutánea separando suavemente la piel de la barrera adhesiva en lugar de jalar la barrera de su piel.
- Limpie con agua la piel que circunda al estoma. Antes de colocar la cubierta, la barrera cutánea o la bolsa, seque la piel por completo.
- Esté alerta a las sensibilidades y alergias al material del adhesivo de la barrera cutánea, de la cinta o la bolsa. Éstas pueden surgir semanas, meses o incluso años después del uso de un producto, ya que el cuerpo se puede sensibilizar gradualmente. Si la piel se irrita solamente en el punto donde la bolsa de plástico tiene contacto con su piel, puede cubrir la bolsa o probar otra marca de bolsa.

¿Cómo realizar la higiene de la colostomía?

• Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). Evite tirar con brusquedad para no irritar la piel.

• Retire los restos de heces de la colostomía ayudándose con papel de celulosa.

• Limpie la colostomía y la piel de alrededor con la esponja enjabonada.

• Aclare y seque la piel con una toalla suave o papel de celulosa, dando pequeños toques. Al secarse no se frote para no irritar la piel. La colostomía puede sangrar durante la higiene, no se alarme. Limpie suavemente; si persiste el sangrado, presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría, si a pesar de esto continua el sangrado reportar a la coordinación.

Irrigación de la colostomía (solamente para colostomías descendentes y sigmoideas)

- La irrigación de la colostomía se puede hacer con ciertos tipos de colostomías para ayudar a mover las heces a través del colon. Si la persona en condición de discapacidad presenta una colostomía descendente o sigmoidea, se puede optar por la irrigación de la colostomía. En la irrigación, simplemente se introduce agua en el colon a través del estoma para ayudar a regular

los movimientos intestinales (evacuaciones).

- La irrigación de la colostomía se ha utilizado durante muchos años, pero en la actualidad no se utiliza tanto como en el pasado. Esto se debe probablemente a que los sistemas de bolsas han mejorado.

- La aplicación de irrigaciones dependerá de cada persona, pero deberá estar ordenado por su médico o enfermera enterostomista (enfermera especializada en colostomías).

Vaciado y cambio del sistema de bolsa recolectora:

Cómo vaciar la bolsa

- Vacíe la bolsa de la ostomía cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad para evitar que se llene mucho y tenga fugas.
- Sujete la parte inferior de la bolsa hacia arriba y abra el sujetador en el extremo
- Lentamente desenrolle el extremo sobre el inodoro o pato
- Vacíe suavemente el contenido. Puede poner un poco de papel higiénico en el inodoro o pato primero para ayudar a evitar salpicaduras si es necesario.
- Limpie tanto el lado externo e interno del extremo de la bolsa con papel sanitario
- Enrolle el extremo de la bolsa y el clip

Cuando hacer el cambio del sistema de bolsa recolectora:

- Es mejor tener un horario de cambio establecido para que no se presenten complicaciones. Hay distintos sistemas de bolsa recolectora según el plazo de utilización. Algunas se cambian cada día, otras alrededor de cada tres días y algunas una vez por semana dependiendo del tipo de bolsa elegida.

- A ciertas horas del día puede haber una menor actividad intestinal. Es más fácil cambiar la bolsa

del sistema recolector a esas horas. Puede que le parezca mejor cambiarlo al despertar la persona o antes de comer o beber. Si lo hace después de comer, es aconsejable que permita que transcurra al menos una hora después de la comida, cuando el movimiento digestivo se reduce.

Factores que afectan el sello del sistema de bolsa recolectora:

- El sistema de bolsa recolectora deberá adherirse a la piel y es importante cambiar la bolsa antes de que se afloje o de que surjan fugas. La cantidad de tiempo que una bolsa permanecerá sellada dependerá de muchos factores, como el clima, la condición de la piel, cicatrices, cambios en el peso, alimentación, actividad, cuerpo de la persona y naturaleza de la materia que se excreta a través de la ostomía.

A continuación, se presentan algunas otras cosas que pueden afectar el tiempo que la bolsa se adhiere:

- La sudoración reducirá el número de días que podrá portar una misma bolsa del sistema recolector. El calor del cuerpo, aunado con la temperatura ambiente, ocasionará que las barreras para la piel se aflojen más rápido de lo habitual.
- La piel grasosa y húmeda reduce el tiempo de uso
- Los cambios en el peso también afectarán por cuánto tiempo se podrá usar una bolsa. El peso que aumente o pierda el usuario después de la cirugía para la ostomía puede cambiar la forma de su abdomen, lo cual puede hacer que necesite un sistema totalmente distinto.
- Puede que la alimentación afecte el sellado. Ciertos alimentos causan una descarga acuosa son más propensos a desprender el sellado que las evacuaciones de consistencia más sólida.
- Puede que las actividades físicas afecten el tiempo de uso de una aplicación. Nadar, practicar deportes intensos o cualquier cosa que le haga sudar puede reducir el tiempo de uso de una misma aplicación.
- Bañarse / Ducharse
- El agua no dañará la ostomía.
- La exposición normal al aire o el contacto con jabón y agua no dañará al estoma. El agua no se

introducirá al estoma y el jabón no lo irritará, pero puede que el jabón interfiera con la adhesividad de la barrera cutánea. Lo mejor es usar solamente agua al lavar la piel alrededor del estoma. En caso de usar jabón, asegúrese de enjuagar bien la piel con agua.

- En la ducha, puede retirarse la bolsa, pero no es necesario y no suele recomendarse. Una razón importante para no quitarse la bolsa cuando se ducha o se baña es evitar que salga materia fecal.

Afeitado debajo de la bolsa:

La presencia de mucho vello alrededor del estoma puede ocasionar que la barrera dérmica no se adhiera bien y causar dolor cuando se retire. Afeitar con una rasuradora, o recortar el vello con tijera resulta útil en estos casos. Al hacer esto, siempre se debe tener mucho cuidado. Se recomienda afeitar en seco la piel alrededor del estoma con un talco para estomas, debido a que el jabón y las cremas de afeitar contienen humectantes y aceites que podrían ocasionar que la barrera cutánea no se adhiera. Tras afeitar, enjuague y seque bien la piel antes de colocar la bolsa.

Qué ropa usar con una colostomía

Para el uso diario, no se requiere de ropa especial, ya que las bolsas de ostomía (especialmente ciertos tipos) son bastantes planas y es difícil notarlas a través de la mayoría de las prendas de vestir. La presión de las prendas interiores elásticas no dañará al estoma, ni detendrá la función del intestino.
Algunas prendas interiores de algodón como las trusas (calzones o calzoncillos), camisetas o camisones que sean elásticos pueden ofrecer más soporte y seguridad para fijar y ocultar la bolsa. Una simple cubierta para la bolsa aumenta la comodidad al absorber el sudor del cuerpo, y además evitar que la bolsa de plástico haga contacto con su piel. Los hombres pueden utilizar calzoncillos largos ya sea tipo bóxer (holgados) o tipo jockey (ajustados).

Cómo manejar los problemas de la colostomía:

- Gas (flatulencia): ciertas comidas pueden causar gas, como huevos, repollo, brócoli, cebollas, pescado, frijoles, leche, queso, bebidas carbonatadas y alcohol, el comer bajo un horario establecido puede ayudar a evitar los gases coma pequeñas cantidades de alimentos de 4 a 5 veces al día.
- Problemas graves de la piel: las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que se logre un buen cierre alrededor de la estoma. Es importante tratar inmediatamente las irritaciones menores. Si presenta una región grande con irritación, o alguna irritación que esté empeorando a pesar de estarla atendiendo minuciosamente reportar a la coordinación y jefe de turno.
- Bloqueo (obstrucción):se presentarán ocasiones en que no saldrá materia fecal de la ostomía por breves periodos de tiempo. Esto es normal. Pero si el estoma no ha tenido actividad por 4 a 6 horas y se presentan cólicos, dolores o náuseas, es posible que haya una obstrucción (bloqueo) en el intestino. Si esto sucede, reportar a la coordinación y jefe de turno.

Signos de alarma para consultar:

- Nota un cambio en el tamaño o color del estoma, especialmente si se vuelve rojo, púrpura, negro o blanco
- Tiene heces sanguinolentas o hay sangrado en el estoma (o si encuentra varias veces sangrado moderado en la bolsa cuando la vacía). (NOTA: el consumo de betabel o remolachas causará un manchado rojizo).
- Tiene dolor abdominal, náuseas o vómitos
- Tiene irritación o la piel que rodea la ostomía está roja , Irritación de la piel grave o úlceras (llagas) profundas
- No pasan las heces
- Tiene diarrea (requiere el vaciado de la bolsa con más frecuencia

- Cólicos que duran más de 2 o 3 horas
- Mal olor que dura más de una semana (esto puede ser un signo de infección)

BIBLIOGRAFIA:

- ESPINOZA HERRERA, Magali Sujeli. Cuidado en colostomía. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005.
- MARRINER, Tomi. Modelos y teorías de enfermería. España: Mosby Doyma Libros, 1994.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de seguridad social en salud. Santa Fe de Bogotá: República de Colombia, 2

INFORME DE FALLECIMIENTO

Justificación:

Es un deber humano atender a los pacientes en condición de discapacidad fallecidos con la mayor oportunidad y respeto digno. Con este manual se pretende delimitar las funciones que cada disciplina debe cumplir, para que, en el momento de presentarse un caso asimilen y cumplan el proceso descrito para evitar problemas de cualquier índole.

Desarrollo:

- Verificar signos de vida (lo realiza el auxiliar de enfermería de turno)
- Informar de manera inmediata al coordinador y enfermero jefe del centro. (lo realiza el auxiliar de enfermería de turno)
- Se debe activar la línea 123 y reportar ante el cuadrante de la policía el fallecimiento; el cual deben realizar la verificación y formulación del documento llamado primer respondiente. (se realiza en conjunto con el auxiliar de enfermería de turno, enfermero jefe del centro, coordinador del centro y trabajadora social)
- Área de trabajo social y coordinación deben informar al referente familiares sobre el fallecimiento “si cuenta con ellos”.
- El equipo psicosocial se encarga de verificar con la familia si cuentan con asistencia exequial.
- Después que se realice el documento primer respondiente se debe activar el grupo quincy de medicina legal, el cual es encargado de realizar el levantamiento del cadáver y posterior entrega de certificado de defunción.

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2
BUENAS PRACTICAS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

