PROTOCOLO BUENAS PRÁCTICAS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

CONVENIO 8418 DE 2024

Servicio / Estrategia

CENTROS INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA

Unidad Operativa/ Subdirección Local

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10

ELABORADO POR:

KEVIN SANCHEZ - ENFERMERO PROFESIONAL

JENNY LUGO - ENFERMERA PROFESIONAL

REVISADO POR:

MAYRA MILENA HERRERA FANDIÑO/ COORDINADORA

TABLA DE CONTENIDO

1. TABLA DE CONTENIDO
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. ALCANCE DEL PROTOCOLO
5. CARGO LÍDER Y RESPONSABLES DELCUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS.
7. DESCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE PROCESOS DE ENFERMERÍA DEL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL PARTICIPANTE
    7.1 BAÑO DE LOS PARTICIPANTES
    7.2 BAÑO GENERAL EN DUCHA
    7.3 BAÑO GENERAL EN CAMA
7.4 VESTIDO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
7.5 HIGIENE MENOR
    7.5.1 HIGIENE ORAL DE LOS PARTICIPANTES
    7.5,2 LAVADO DE MANOS
    7.5.3 CORTE DE UÑAS
    7.5.4 LIMPIEZA DE OÍDOS
    7.5,5 CONTROL Y MANEJO DE LA PEDICULOSIS
7.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
    7.6.1 IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
    EN EL CIAI GRUPO 10 Y APLICACIÓN DE ESCALA DE NORTON
7.7 CAMBIOS DE PAÑAL EN PERSONA CON DISCAPACIDAD
7.8 ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN
8. MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD USUARIOS DE GASTROSTOMÍA
9. MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD USUARIOS DE COLOSTOMÍA
10. BUENAS PRACTICAS DE ENFERMERIA
10.1 RONDA DE ENFERMERÍA
10.2 PROCESO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO
10.3 BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
10.4 MANEJO DE EPISODIOS CONVULSIVOS
10.5 ATENCIÓN DE NOVEDADES EN SALUD RELEVANTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA.
10.6. INFORME DE FALLECIMIENTO
11. BIBLIOGRAFÍA

2. OBJETIVO GENERAL

Implementar un modelo de cuidado para las personas que presentan discapacidades, por medio de un documento realizado desde talento humano, estableciendo procedimientos con el fin de ejecutar actividades de cuidado que mejoren la calidad de vida y condiciones saludables hacia los participantes.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la situación física, psicológica y social en los participantes.
- Mejorar la calidad de atención en los participantes según su patología.
- Disminuir la presencia de efectos adversos asociados al cuidado de enfermería
- Promover el autocuidado en la persona con discapacidad.
- Fomentar en la personal continuidad en las actividades de cuidado en especial a las participantes que en el momento tengan una condición especial en salud.
- Promover la información completa de las condiciones en las que se encuentra el servicio y los elementos biomédicos.

4. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo tiene aplicabilidad en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10, incluye a todos los integrantes de los equipos de enfermería, el enfermero(a) y los auxiliares de enfermería.

5. CARGO LÍDER Y RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO.

El líder corresponde al profesional de Enfermería del el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10, y es responsable del equipo en general de enfermería que debe corroborar el cumplimiento y seguimiento de las indicaciones dadas en el siguiente documento.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Aflicción: respuesta a una pérdida por fallecimiento; experiencia subjetiva de quien pierde una persona con la que mantenía una relación significativa.

- Auto concepto: integración dinámica y compleja, por parte del sujeto, de sentimientos, actitudes y percepciones conscientes e inconscientes sobre su propia identidad, su estado físico, su valía y sus funciones; forma en la que una persona se percibe y define a sí misma.

- Autonomía: capacidad o tendencia a funcionar de forma independiente.

- Bienestar: estado dinámico de salud en el que un sujeto evoluciona hacia un nivel más alto de funcionamiento, alcanzando un equilibrio óptimo entre los medios interno y externo.

- Características definitorias: signos o síntomas relacionados o grupos de datos que apoyan el diagnóstico de enfermería.

- Colaboración: trabajo conjunto de los miembros de un equipo sanitario en el desarrollo de la asistencia a una persona con discapacidad o una colectividad.

- Comportamientos observables: aquellos comportamientos que muestra un determinado sujeto y que son observados por otra persona.

- Comunicación: serie de acontecimientos en curso y dinámicos que implica la transmisión de información de un transmisor a un receptor.

- Cuidado: El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos

- Diagnóstico de enfermería: informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas de la persona con discapacidad, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.

- Enfermedad: proceso anormal en el que algún aspecto del funcionamiento de la persona se encuentra disminuido o debilitado en comparación con su estado previo.

- Factor de riesgo: toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.

- Necesidades fisiológicas: requerimientos del ser humano para su supervivencia, entre los que se incluyen los referentes a oxígeno, líquido, nutrición, temperatura, eliminación y refugio.

- Higiene: Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden tener efectos nocivos sobre la salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano

.

7. DESCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE PROCESOS DE ENFERMERÍA DEL CUIDADO Y ATENCIÓN

HIGIENE MAYOR

7.1 BAÑO DE LOS PARTICIPANTES.

Objetivo

Promover y mantener hábitos de higiene personal mediante la actividad específica de baño, de acuerdo al sistema de apoyo requerido para las personas con discapacidad.

Definición

Baño: Es un procedimiento por medio del cual se hace limpieza de todo el cuerpo o de una parte de él. Existen diferentes tipos de baño:

Baño general en ducha: procedimiento que se realiza cuando el participante puede levantarse y deambular, y no necesita gran asistencia

Baño general en cama: procedimiento que se realiza cuando el participante no se puede levantar o deambular fácilmente.

Baño genital externo: es el aseo que se hace diariamente a los genitales externos de la participante que no puede levantarse o tiene alguna dificultad móvil en los miembros

Responsables:

Auxiliares de enfermería, profesional de enfermería, profesional de terapia ocupacional y auxiliar de terapia ocupacional.

Indicaciones

Se realiza al participante para mantener la piel limpia y en buen estado, prevenir alteraciones de la piel, prevenir infecciones, contribuir al bienestar físico y psíquico del participante, estimular la circulación sanguínea de la persona con discapacidad, dar comodidad y seguridad al usuario, enseñar hábitos higiénicos al usuario, prevenir las úlceras por presión. Son procedimientos que se realizan a diario en el domicilio, se debe preparar con anticipación al usuario explicándole paso a paso el procedimiento, para hacerlo parte de su autocuidado, además se debe explicar los beneficios de este procedimiento.

Responsables

Es responsabilidad de los auxiliares de enfermería realizar esta actividad y de informar cualquier alteración oportunamente al jefe de enfermería del centro cualquier novedad.

Precauciones generales:

- Preparar el equipo necesario. Verificar que se encuentre completo, disponible para utilizar.
- Informar al participante sobre el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
- Fomentar un ambiente de confianza, seguridad y favorecer la intimidad del Participante.
- Realizar el procedimiento en compañía de otro auxiliar.
- Evitar que haya corrientes de aire.
- Proteger la intimidad del participante.
- Tener precaución ante resbalones o caídas

Baño-higiene en cuello, hombros y axilas

Equipo

- Jabón líquido.
- Toalla.
- Guantes de manejo.

Procedimiento

- Preparar el equipo y dejarlo lo más cercano posible
- Informar al participante el procedimiento a realizar
- Pedir colaboración de otro auxiliar si es necesario
- Levantar el brazo más cercano a nosotros y colocar la toalla pequeña
- debajo de él.
- Sostener el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo, se procede a enjuagar y secar.

Baño- higiene tórax y abdomen

. Equipo

- Toalla y jabón
- Guantes de manejo

. Procedimiento

- Indicar al participante el proceso a realizar
- Enjabonar y enjugar esa zona y secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer
- Para el abdomen; enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.

Baño-higiene de pies

Los pies deben lavarse diariamente o según sea el caso y secar perfectamente la piel, especialmente en los pliegues interdigitales para evitar el desarrollo de posibles infecciones. Las uñas, al igual que las de las manos, se cortarán frecuentemente, pero en el caso de los pies el borde debe cortarse en línea recta para evitar que, al crecer, se produzcan inflamaciones. Recordar que las uñas de los pies se cortan de manera cuadrada y las de las manos en redondo.

Equipo

- Jabón
- Toalla
- Corta uñas
- Guantes de manejo

Procedimiento

- Indicar al participante la actividad a realizar

- Mojar los pies con agua tibia.
- Lavar la pierna desde el tobillo hacia la rodilla
- Lavar de forma eficaz todos los dedos y la zona debajo de las uñas con jabón, durante más de treinta segundos. Es importante hacer bastante espuma y restregar para eliminar los microbios.
- 5. Secar muy bien los pies y espacios interdigitales con una toalla limpia.
- 6. Para que las uñas se conserven limpias, se recomienda tenerlas cortas.
- 7. Observar el estado de la piel del pie, sobre todo el talón.
- 8. Lubricar si existen zonas de presión.

Baño Genital Externo Femenino

Preparación de la Participante

- Garantizar su privacidad, el respeto por su pudor y sus costumbres.
- Explicar el procedimiento a la Participante.
- Retirar cobijas, sábanas y ropa de la Participante.
- Estimule a la Participante para que participe dentro de sus posibilidades.
- Prepare y revise el equipo antes de llevarlo a la unidad de la Participante.
- Ofrezca el pato a la Participante o desplazar al baño si es posible
- Colocar soportes o barras a una altura adecuada para que el participante pueda sostenerse.
- Verifique que la temperatura del agua está tibia.
- Utilice guantes durante todo el procedimiento.
- acomode a la Participante
- Desplace o guía al participante a la ducha si es posible.

Equipo

- Jabón.
- Ropa de la Participante.
- Jarra con agua adecuada para la tolerancia de la Participante.
- Riñoneras o recipiente plástico
- Compresas o toalla pequeña
- Guantes limpios, y estériles.
- Pato
- agua a temperatura ambiente o tibia.

Técnica

- Salude a la Participante.
- Explíquele el procedimiento.
- Garantice condiciones de privacidad para la Participante.
- Si la participante se puede hacer el baño suministrarle los elementos
- necesarios y colaborarle.
- Afloje tendidos y deje a la Participante con la sobresabana.
- Coloque a la participante en posición ginecológica y colóquela el pato para que elimine.
- Vierta agua sobre la región perineal.

- Emplee una sola vez cada gasa. Inicie la limpieza tomando la gasa jabonosa, limpie de arriba hacia abajo entre los labios mayores. Cambie la gasa. Luego limpie ambos lados entre los labios mayores y menores.
- Para lavar la vulva no utilice jabón.
- Por último, limpie la parte central de arriba hacia abajo.
- Retire el pato.
- Asegúrese que la Participante queda limpia y cómoda
- Lávese las manos
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento.

Baño genital masculino

Preparación del participante.

- Garantizar su privacidad, el respeto por su pudor y sus costumbres.
- Explicar el procedimiento al Participante.
- Retirar cobijas, sábanas y ropa del Participante.
- Estimule al participante para que participe dentro de sus posibilidades.
- Prepare y revise el equipo antes de llevarlo a la unidad del Participante.
- Ofrezca el pato al Participante.
- Colocar soportes o barras a una altura adecuada para que el participante pueda sostenerse.
- Verifique que la temperatura del agua esté tibia.
- Utilice guantes durante todo el procedimiento.
- Acomode a la persona con discapacidad, coloque la bandeja con el equipo sobre la mesa de noche.
- Desplace o guía al participante a la ducha si es posible.

Equipo

- Jabón.
- Ropa del usuario.
- Jarra con agua adecuada para la tolerancia del usuario
- Riñoneras
- Compresas
- Guantes limpios, y estériles.
- Pato
- Bandeja con: gasa estéril, agua a temperatura ambiente o tibia.

Técnica

- Brinde intimidad al Participante con la ayuda de la cortina o biombo.
- colóquese guantes limpios
- explíquele el procedimiento al participante.
- coloque el pato debajo de la pelvis del participante.
- verifique que el agua esté tibia
- tome el pene con la mano enguantada y una compresa enjabonada.

- haga limpieza teniendo en cuenta el siguiente orden: pubis, ingle,
- cuerpo del pene, surco prepucial, glande y escroto.
- enjuague el área con una compresa húmeda
- seque el área incluyendo los glúteos
- retire el pato
- cubra al usuario
- registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del participante

.

Baño-higiene de Espalda y Glúteos

Equipo

- Jabón
- Toalla
- Crema

Procedimiento

- Explicar al participante el Procedimiento
- Poner al participante en decúbito lateral de tal forma que nos muestre la espalda
- Asegurarnos de que está estable y no se pueda caer
- Colocar la toalla protectora sobre la cama, a lo largo de la espalda de la persona con discapacidad
- Enjabonar, enjuagar y secar la espalda y los glúteos, utilizando movimientos largos y circulares.
- lubricar la piel con crema humectante para evitar zonas de presión o dar masaje para activar la circulación.

7.2 BAÑO GENERAL EN DUCHA

Preparación del participante.

- garantizar su privacidad, el respeto por su pudor y sus costumbres.
- explicar el procedimiento al participante, si este puede hacerse el baño suministrarle los elementos necesarios y colaborarle.
- estimule al participante para que participe dentro de sus posibilidades.
- prepare y revise el equipo antes de llevarlo a la unidad del participante.
- ofrezca el pato al participante.
- acompañar al participante y supervisar su baño.
- colocar soportes o barras a una altura adecuada para que el participante pueda sostenerse.
- sugerir el uso de sandalias de caucho antideslizantes para evitar caídas

Equipo

- jabón. toalla. champú. ropa del usuario.
- peinilla.

- cepillo de dientes.
- crema de dientes.
- máquina de afeitar.
- desodorante.
- silla plástica o silla pato según lo requiera.

. Técnica

- Realice lavado de manos
- Informe que va realizar el procedimiento.
- Prepare el equipo necesario y llévelo a la unidad de la persona con discapacidad.
- Explíquele el procedimiento a realizar y solicite su colaboración.
- Verifique que cuenta con el equipo necesario para realizar el procedimiento.
- Verifique que la ventana esté cerrada.
- Solicite los implementos necesarios de uso personal del participante y verifique que cuenta con lo necesario para comenzar el procedimiento.
- Colóquese los guantes.
- Comience a lavar la cara en el siguiente orden: frente, mejillas, mentón, orejas y cuello.
- Si el participante es hombre pídalo permiso para rasurarse la cara antes de lavarla.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del participante.

7.3 BAÑO GENERAL EN CAMA

Es una técnica que se realiza en la habitación del participante, quienes por su condición y/o estado de salud, no puede abandonar la cama. Consiste básicamente en ir jabonando, enjuagando y posteriormente secando al participante por partes para no enfriarlo demasiado, protegiendo simultáneamente la cama para no mojarla y cambiarle finalmente la ropa usada de la cama por otra limpia, todo esto sin tener que levantarlo y en aproximadamente 15 minutos.

Equipo

- Jabón líquido de dispensador (10 ml/día, por persona).
- Shampoo líquido de dispensador (8ml/día, por persona).
- Agua Tibia
- Elementos para la persona con discapacidad: toalla de cuerpo, calzado antideslizante.
- Elementos de protección personal auxiliar de enfermería: guantes de caucho, delantal de caucho, botas de caucho, tapabocas, gorro.

Preparación

- Garantice los implementos necesarios para llevar a cabo la actividad.

- La toalla de cuerpo y el calzado antideslizante deben estar listos desde la noche anterior, al alcance de la persona con discapacidad o quien asiste.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional, antes de iniciar la actividad.
- Utilice elementos de protección personal dispuestos para la actividad, como son: botas de caucho, tapabocas, gorro y delantal de caucho.
- Realice el traslado de la persona con discapacidad hacia el baño, según sistema de apoyo, por tanto, tenga en cuenta si se debe realizar la movilización en silla de asistencia sanitaria o la persona con discapacidad puede desplazarse por sus propios medios.
- Realice la verificación de la temperatura del agua. Si necesita regular el flujo de agua, notifique a su jefe directo que se va a realizar un ajuste al registro.

Técnica

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo limitado e Intermitente:

- Explique a la persona con discapacidad la actividad que se disponen a realizar.
- Indique a la persona con discapacidad que pase al baño con su respectiva toalla, calzado antideslizante, jabón y shampoo de uso personal.
- Indique a la persona con discapacidad que se despoje de su ropa de noche y la deposite en el lugar destinado para la clasificación de dicha prenda.
- Verifique si la persona con discapacidad porta elementos de uso personal que puedan interferir con la adecuada higiene de la participante (pulseras, collares, relojes), e indique retirarlos para proceder con el baño.
- Realice inspección de la piel de la persona con discapacidad, en busca de posibles anomalías en la piel.
- Verifique que la persona con discapacidad no tiene recogido su cabello durante el momento del baño, para garantizar completa limpieza del mismo (en caso de que la persona con discapacidad tenga cabello largo). Si es así, indique a la persona con discapacidad que suelte el recogido de su cabello.
- Verifique la temperatura del agua en el cubículo que la persona con discapacidad va a utilizar para su baño. Notifique si el agua se encuentra en temperaturas extremas y no inicie la actividad hasta garantizar la temperatura adecuada.
- Indique a la persona con discapacidad que realice el procedimiento de manera cefalo-caudal.
- Verifique que la cantidad de jabón y shampoo que la persona con discapacidad se dispone a usar, es la indicada.
- Verifique que la persona con discapacidad realice la fricción adecuada en la piel, garantizando la limpieza de la misma.
- Indique a la persona con discapacidad cerrar la llave del agua mientras se aplique jabón en el cuerpo.
- Verifique que la persona con discapacidad remueve el jabón y shampoo completamente de la superficie corporal, con abundante agua.

- Indique a la persona con discapacidad cerrar la llave del agua, una vez finalice la actividad.
- Verifique que la persona con discapacidad utiliza la toalla debidamente identificada, cubriendo su cuerpo, y el calzado antideslizante para salir del baño.
- Indique a la persona con discapacidad que se traslade a su respectiva habitación para la actividad de vestido.

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo extenso:

- Explique a la persona con discapacidad la actividad que se disponen a realizar.
- Facilite el traslado de la persona con discapacidad de la habitación al baño, con su respectiva toalla y calzado antideslizante.
    - Determine si se requiere silla de asistencia sanitaria para el traslado de alguna participante y úsela en ese caso para apoyar el traslado.
- Apoye a la persona con discapacidad para que se despoje de su ropa de noche y sea deposite en el lugar destinado para la clasificación de dicha prenda.
- Verifique si la persona con discapacidad porta elementos de uso personal que puedan interferir con la adecuada higiene de la participante (pulseras, collares, relojes), y retírelos para proceder con el baño.
- Realice inspección de la piel de la persona con discapacidad, en busca de posibles anomalías en la piel.
- Verifique que la persona con discapacidad no tiene recogido su cabello durante el momento del baño, para garantizar completa limpieza del mismo (en caso de que la persona con discapacidad tenga cabello largo). Si es así, apoye a la persona con discapacidad para que suelte el recogido de su cabello.
- Verifique la temperatura del agua que se va a utilizar para el baño de la persona con discapacidad. Notifique si el agua se encuentra en temperaturas extremas y no inicie la actividad hasta garantizar la temperatura adecuada.
- Acompañe y/o apoye, a la persona con discapacidad para que se realice el procedimiento de manera cefalo-caudal.
- Suministre la cantidad adecuada de jabón y shampoo que la persona con discapacidad requiere para el baño.
- Apoye a la persona con discapacidad para activar el jabón y realizar la fricción adecuada en la piel, garantizando la limpieza de la misma.
- Garantice la remoción completa de jabón y shampoo, de la superficie corporal de la persona con discapacidad, con abundante agua.
- Cierre la llave del agua, una vez finalice la actividad.
- Proporcione la toalla de cuerpo debidamente identificada a la persona con discapacidad y apóyela para salir del baño cubriendo su cuerpo con la toalla, y usando el calzado antideslizante.
- Acompañe y/o apoye el traslado de la persona con discapacidad a su respectiva habitación o espacio dispuesto para la actividad de vestido.

Finalización del procedimiento

- Notifique al personal de servicios generales cuando haya finalizado la actividad para que el área sea arreglada.

- Evite mantener reservas de agua en recipientes dentro del baño, para evitar la ocurrencia de eventos adversos.
- Verifique la clasificación de la ropa de noche y demás ropa con destino al área de lavandería.
- Registre el desarrollo de la actividad en el registro diario de actividades de cuidado para la salud.

7.4 VESTIDO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Objetivo general:

Promover y mantener hábitos de higiene personal mediante la actividad específica de vestido, de acuerdo al sistema de apoyo requerido para las personas con discapacidad.

Objetivos específicos

- ✔ Proporcionar buena presentación personal a las personas con discapacidad mediante la actividad de vestido, proporcionando la individualización en las prendas de vestir de cada una.
- ✔ Favorecer el autoconcepto y autoestima de las personas con discapacidad.
- ✔ Favorecer la adquisición del sentido de pertenencia por los elementos de uso personal, por parte de la persona con discapacidad.

Responsables:

Equipo interdisciplinario

Consideraciones generales:

- Tener en cuenta el sistema de apoyo de las personas con discapacidad para desempeñar la actividad.
- La ropa debe encontrarse debidamente marcada con el nombre de la persona con discapacidad, así como los elementos de aseo personal, para garantizar su individualización.
- Utilice elementos de protección personal (gorro y tapabocas), para la supervisión o asistencia de la actividad.

Equipo:

- Ropa de la persona la persona con discapacidad debidamente individualizada.
- Toalla para secado debidamente marcada.
- Crema humectante.
- Elementos de aseo personal requeridos para la actividad, debidamente marcados con el nombre de la persona con discapacidad (desodorante, polvos para píes, peinilla).

Preparación

- Verifique las prendas que serán usadas por la persona con discapacidad, el día anterior, garantizando que dichas prendas se encuentren en adecuadas condiciones.
- Garantice las prendas completas desde el día anterior.

- Verifique el estado y la cantidad de los elementos de aseo, el día anterior, de manera que se pueda suplir la carencia del insumo faltante.
- Verifique que el calzado se encuentre en adecuadas condiciones, desde el día anterior.

Técnica

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo limitado e Intermitente:

- Anticipe a la persona con discapacidad para la actividad.
- Garantice la intimidad de la persona con discapacidad para el desarrollo de la actividad.
- Indique a la persona con discapacidad que se provea de la ropa y los elementos de aseo de su respectivo armario.
- Permite que la persona con discapacidad elija la ropa que usará. Favorecer la autoimagen.
- Verifique que la ropa y los elementos de aseo estén debidamente identificados con el nombre de la persona con discapacidad, previo a su uso.
- Compruebe que la piel está limpia y seca. Indique a la persona con discapacidad que realice adecuado secado de pliegues, pies y espacios interdigitales.
- Inspeccione la piel en busca de lesiones o anomalías.
- Proporcione la cantidad adecuada de crema corporal para que la persona con discapacidad realice lubricación de la piel.
- Indique a la persona con discapacidad cómo realizar la lubricación de piel de manera cefalocaudal, realizando adecuada fricción y verificando la absorción del producto.
- Oriente a la persona con discapacidad que utilice los elementos de aseo, de manera correspondiente y en la cantidad proporcional.
- Observe el adecuado uso de desodorante y polvo para píes.
- Verifique que la persona con discapacidad hace uso de todas las prendas dispuestas para el vestido (ropa interior, camiseta y/o camisa, saco, pantalón, medias, zapatos).
- Verifique que la postura de las prendas es la correcta.
- Indique a la persona con discapacidad que peine su cabello y realice el arreglo personal como ella lo considere. Supervise dicho arreglo personal.
- Verifique la adecuada presentación personal.
- Indique a la persona con discapacidad que organice los elementos de aseo y su espacio habitacional, una vez finalice la actividad.

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo extenso:

- Anticipe a la persona con discapacidad para la actividad.
- Garantice la intimidad de la persona con discapacidad para el desarrollo de la actividad.
- Ubique a la persona con discapacidad en una silla fija, si lo requiere, antes de iniciar con la actividad.
- Supervise y/o apoye a la persona con discapacidad para tomar su ropa y los elementos de aseo de su respectivo armario.
- Permite que la persona con discapacidad elija la ropa que usará. Favorecer la autoimagen.

- Verifique que la ropa y los elementos de aseo estén debidamente identificados con el nombre de la persona con discapacidad, previo a su uso.
- Compruebe que la piel está limpia y seca. Apoye a la persona con discapacidad para realizar adecuado secado de pliegues, pies y espacios interdigitales.
- Inspeccione la piel en busca de lesiones o anomalías.
- Aplique la cantidad adecuada de crema corporal y apoye a la persona con discapacidad para realizar lubricación de la piel.
- Garantice la adecuada fricción y absorción del producto.
- Acompañe y/o apoye a la persona con discapacidad para el uso de los elementos de aseo, de manera correspondiente y en la cantidad proporcional.
- Asista el adecuado uso de desodorante y polvo para píes.
- Apoye a la persona con discapacidad para hacer uso de todas las prendas dispuestas para el vestido (ropa interior, camiseta y/o camisa, saco, pantalón, medias, zapatos).
- Verifique que la postura de las prendas es la correcta. Brinde instrucciones a la persona con discapacidad en caso de que no se haga uso correcto de alguna prenda.
- Apoye a la persona con discapacidad para el arreglo de su cabello y arreglo personal en general.
- Verifique la adecuada presentación personal.
- Apoye a la persona con discapacidad para organizar los elementos de aseo y su armario, una vez finalice la actividad.

Finalización del procedimiento

- Notifique al personal de servicios generales cuando haya finalizado la actividad para que el área sea arreglada.
- Observe si quedan prendas o piezas de calzado antideslizante en el espacio y organícese.
- Realice recepción de las toallas de cuerpo para entregar a personal de lavandería y garantizar secado de las mismas.
- El auxiliar de enfermería debe registrar el desarrollo de la actividad en el registro diario de actividades de cuidado para la salud.

7.5 HIGIENE MENOR

7.5 .1 HIGIENE ORAL DE LOS PARTICIPANTES.

Objetivo

Promover la salud oral de las personas con discapacidad del centro, mediante la aplicación del procedimiento de cepillado de dientes.

Objetivos específicos:

- ✔ Satisfacer las necesidades de higiene y confort.
- ✔ Reducir la colonización bacteriana en piezas dentales.
- ✔ Favorecer la autonomía y empoderamiento de las personas con discapacidad en relación a su propia salud.
- ✔ Favorecer a un adecuado proceso nutricional, garantizando la salud oral.

Definición.

La cavidad oral es asiento de numerosas patologías que, frecuentemente, dificultan el tratamiento del participante y condicionan de forma importante su calidad de vida. Cabe destacar entre éstas, la sequedad de boca (60-70% de los participantes). A pesar de esto, los problemas de la boca sólo son considerados una cuestión menor que no requiere de cuidados especiales en muchas ocasiones. Y que, además, para algunos resulta desagradable proporcionar. Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial; de lo contrario puede dar lugar a síntomas muy incómodos y dolorosos para el participante, como molestias locales, problemas en la alimentación y dificultad en el habla. Por ello los cuidados de enfermería son fundamentales para el bienestar del participante.

Responsable:

El cuidado de la boca es responsabilidad de los auxiliares de enfermería e incluye la valoración del estado de la mucosa, educar a la persona con discapacidad sobre la importancia de mantener una buena higiene oral, ayudarle o suplirle en la realización de esta higiene y observar la evolución de la cavidad bucal.

Equipo

- Cepillo de dientes debidamente marcado con el nombre de la persona con discapacidad.
- Crema de dientes.
- Toalla
- Agua.
- Guantes desechables

Procedimiento

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo limitado e intermitente:

- Anticipar a la persona con discapacidad para el desarrollo de la actividad.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Garantice el uso de los elementos de protección personal.
- Indique a la persona con discapacidad que se desplace al baño para realizar la actividad, junto con su cepillo de dientes, toalla y crema dental.
- Verifique que los elementos que trae la persona con discapacidad son de su propiedad y están marcados con su nombre.
- Apoye a la persona con discapacidad para el uso de la cantidad adecuada de crema dental en las cerdas del cepillo de dientes.
- Indique a la persona con discapacidad que humedezca las cerdas del cepillo y la crema.
- Indique a la persona con discapacidad que debe realizar movimientos repetitivos y aplicar fricción con las cerdas del cepillo de dientes, contra la superficie dentaria y las encías.
- Oriente a la persona con discapacidad para que mueva el cepillo de dientes en las direcciones que se muestran en la ilustración anterior, de manera que garantice un barrido general de la boca.

- Verifique cepillado de la lengua con movimientos hacía abajo.
- Indique a la persona con discapacidad que enjuague su boca con abundante agua.
- Indique a la persona con discapacidad que debe lavar el cepillo de dientes con agua y ubicarlo en el lugar que le corresponde.
- Verifique que la persona con discapacidad realiza el secado con su respectiva toalla.
- Indique a la persona con discapacidad que organice sus elementos de aseo oral en su armario, nuevamente.
- Retírese los guantes y desechos en caneca roja
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Registre el desarrollo de la actividad en el registro diario de cuidados de la salud.

Personas con discapacidad que requieren de sistema de apoyo extenso:

- Anticipar a la persona con discapacidad para el desarrollo de la actividad.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Garantice el uso de los elementos de protección personal.
- Apoye a la persona con discapacidad para el desplazamiento al baño.
- Apoye a la persona con discapacidad para la identificación de su cepillo de dientes, crema dental y toalla.
- Verifique que los elementos son de la propiedad de la persona con discapacidad y están marcados con su nombre.
- Administre la cantidad adecuada de crema dental en las cerdas del cepillo de dientes de la persona con discapacidad.
- Apoye a la persona con discapacidad para que humedezca las cerdas del cepillo y la crema.
- Apoye o asista a la persona con discapacidad para realizar movimientos repetitivos y aplicar fricción con las cerdas del cepillo de dientes, contra la superficie dentaria y las encías.
- Apoye o asista a la persona con discapacidad para que mueva el cepillo de dientes en las direcciones que se muestran en la ilustración anterior, de manera que garantice un barrido general de la boca.
- Apoye el cepillado de la lengua con movimientos hacía abajo.
- Apoya el enjuague de la boca de la persona con discapacidad con abundante agua.
- Oriente a la persona con discapacidad para lavar el cepillo de dientes con agua y ubicarlo en el lugar que le corresponde.
- Apoye a la persona con discapacidad para el secado, con la correspondiente toalla.
- Apoye a la persona con discapacidad para que organice sus elementos de aseo oral en su armario, nuevamente.
- Retírese los guantes y desechos en caneca roja
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Registre el desarrollo de la actividad en el registro diario de cuidados de la salud.

Precauciones a tener en cuenta

- Tenga precaución con las personas que permanecen en silla de ruedas, en posición semifowler o supino dorsal, o aquellas que representen riesgo de bronco-aspiración.
- Evite movimientos que puedan provocar reflejo nauseoso en la persona con discapacidad.
- No realice fricción con demasiada fuerza para evitar laceraciones o sangrados.
- Si se presenta sangrado, informe al profesional de enfermería para establecer manejo.

7.5.2 LAVADO DE MANOS

Objetivo general:
Promover hábitos de higiene y estilo de vida saludable en las personas con discapacidad del centro, mediante la práctica del lavado de manos y la identificación de la importancia de esta práctica.

OBJETIVOS

- ✔ Establecer criterios para la higienización de las manos.
- ✔ Disminuir las infecciones en el Centro eliminando la flora microbiana transitoria y disminuyendo la flora microbiana normal de la piel.
- ✔ Prevenir la diseminación de microorganismos vía mano portadora
- ✔ Garantizar la calidad y seguridad en la atención de los participantes

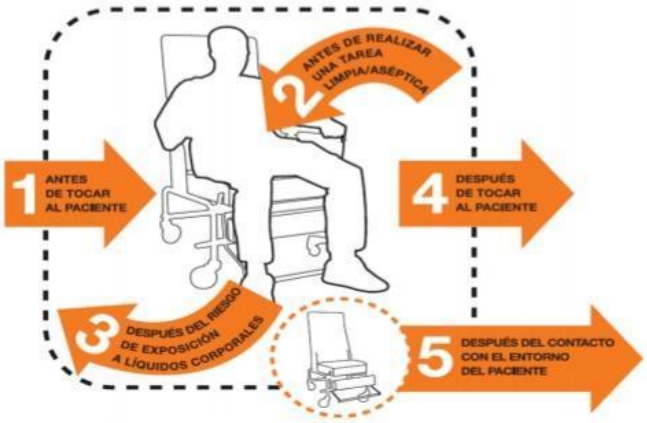
Definición
El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.
Es necesario establecer que la piel humana está colonizada por bacterias con diferentes recuentos según el lugar de la anatomía. Así, en las manos de una persona, podemos encontrar tres tipos de flora:
a) Microbiota transitoria: Son los microorganismos que se depositan en la piel que en condiciones normales no se multiplican en ella.
b) Microbiota residente: Son los microorganismos que colonizan los huecos más profundos de la piel y los folículos pilosos y que no afecta a la persona si está en buenas condiciones de salud, pero si está inmunodeprimida puede ocasionar una infección oportunista.
c) Microbiota residente temporal: Son aquellos microorganismos contaminantes que se multiplican en la piel y permanecen en ella por breves períodos de tiempo.

Responsables:

Los encargados para realizar esta labor son los auxiliares de enfermería, bajo seguimiento y supervisión de los profesionales

MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS

La Organización Mundial de la Salud ha establecido cinco momentos (indicaciones) esenciales en los que se requiere la higiene de las manos durante la prestación de los servicios de salud. Estos son:



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Lavado Rutinario de Manos

Es el lavado con agua y jabón común, para remover la mugre y varias sustancias orgánicas de las manos. (Tiene baja actividad antimicrobiana). Se realiza con el objetivo de REMOVER la flora transitoria de la piel de las manos y evitar llevar microorganismos de un lado a otro causando una posible infección. Todo el personal del centro al ingresar a su jornada laboral debe hacer un lavado de manos rutinario para retirar mugre y suciedad presente en las manos.

¿CUÁNDO REALIZARLO?

- Cuando las manos estén visiblemente sucias o estén contaminadas con sangre u otros fluidos corporales.
- Se realizará bien sea con jabón común y agua o jabón antimicrobiano y agua.
- Como parte de la Higiene Personal. Antes de comer y después de usar el baño.
- Antes y después de estar en contacto directo con participantes.

- Después de tener contacto con piel intacta del participante (tomar el pulso, tomar la presión, levantar persona con discapacidad, limpiar persona con discapacidad, etc.).
- Antes de ponerse y después de retirarse guantes.
- Después del contacto con objetos que están situados cerca del participante, incluyendo los equipos médicos y material sanitario
- Cuando al realizar cuidado a un participante se pasa de una zona contaminada a una limpia.
- En los casos que se sospecha o está confirmada la exposición al Bacillus anthracis y Clostridium difficile, está recomendada la acción mecánica del lavado y aclarado dado que los alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos, tienen escasa actividad frente a esporas

Procedimiento de lavado de manos rutinario

Antes de iniciar el lavado, es recomendable retirar anillos, pulseras y todos los elementos que puedan servir de reservorio a microorganismo.



7.5.3 CORTE DE UÑAS

Objetivo general:
Promover hábitos de higiene en las personas con discapacidad del centro, mediante el corte de uñas, favoreciendo la integridad de la piel y los anexos, y favoreciendo la salud general.

Objetivos específicos:

- ✔ Satisfacer las necesidades de higiene y confort.
- ✔ Reducir la colonización bacteriana en anexos de piel.
- ✔ Brindar comodidad y seguridad.
- ✔ Evitar laceraciones por episodios hetero agresivos con pares o cuidadores, o por episodios autoagresivos.

Definición.

Cortarse las uñas es una tarea que se hace tanto por estética como por higiene. Es muy importante aprender a cortar correctamente las uñas de las manos y los pies para darles una buena apariencia y evitar que se formen en ellas los famosos uñeros y pellejos, que pueden terminar siendo todo un problema.

Indicaciones.

- ➢ Las uñas de las manos tardan de 3 a 6 meses en volver a crecer completamente.
- ➢ Las uñas de los pies tardan en volver a crecer completamente de 12 a 18 meses.
- ➢ El ritmo exacto depende de la edad, la cantidad de calcio, de los ejercicios hechos y factores hereditarios.
- ➢ Si no se cortan, las uñas pueden alcanzar una longitud considerable.
- ➢ Las uñas de las manos crecen cuatro veces más rápido que las de los pies.
- ➢ El examen del aspecto de las uñas se ha usado frecuentemente en el pasado como herramienta de diagnóstico de diversas enfermedades o desequilibrios fisiológicos.

¿Cuál es el cuidado y la higiene que se les debe brindar a la uña?

El cuidado de las uñas es otro aspecto de la higiene personal, que la mayoría de las personas adultas pueden atender solas, sin embargo, en los casos de los participantes con movilidad limitada o que no pueden moverse, es responsabilidad de los auxiliares enfermería.

- ➢ No es aconsejable pintar las uñas, porque es posible que el médico o el jefe de enfermería deseen ver el color del tejido subyacente.
- ➢ Cuando las uñas se cortan con tijeras suelen quebrarse y quedarse estriadas, lo que proporciona rasguños y molestias, por lo que preferiblemente deben limarse para darles una forma atractiva
- ➢ El extremo anterior libre de las uñas tiende a recoger suciedades, lo que da un aspecto poco estético e higiénico y las convierte en portadoras de gérmenes que pueden provocar enfermedades.
- ➢ El corte debe ser ovalado en las manos y anatómico en los pies, pues de esta manera se evita que las uñas se encarnen.

- Existen corta uñas especiales para uñas gruesas. Si se dificulta cortarlas, debe solicitar los servicios de un podólogo. Es recomendable mantener las cutículas retraídas hacia la matriz de la uña y lubricadas con aceite para prevenir los "padrastros".
- Las uñas de los recién nacidos son delgadas y flexibles, pueden cortarse con unas tijeras pequeñas. Deben conservarse cortas para evitar que los movimientos desordenados de las extremidades les produzcan arañazos en la cara y el cuerpo.

Responsables: Los encargados para esta labor son los auxiliares de enfermería y auxiliares de terapia ocupacional.

Equipo:

- Elementos de protección personal: guantes de manejo, tapabocas, gorro.
- Corta uñas debidamente identificado con el nombre de la persona con discapacidad.
- Gasas o torunda de algodón.
- Alcohol antiséptico.
- Quitaesmaltes, si se precisa.
- Toalla.
- Crema humectante.

Procedimiento

- Anticipe a la persona con discapacidad acerca de la actividad.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Indique a la persona con discapacidad que realice lavado de manos según las indicaciones del apartado anterior.
- Colóquese guantes de manejo para apoyar el procedimiento. Garantice el uso de los demás elementos de protección personal.
- Verifique que los implementos que se van a utilizar para la actividad se encuentren dispuestos y en buen estado.
- Indique a la persona con discapacidad que se siente en una silla en el espacio dispuesto para tal fin.
- Verifique si la persona con discapacidad tiene esmalte en sus uñas, si es así, apóyese para el retiro del mismo.
- Apoye a la persona con discapacidad para realizar el corte de uñas manteniendo una medida de 0.5cm desde el lecho ungueal. Siga esta misma indicación para corte de uñas de manos y pies.
- Apoye la mano o pie de la persona con discapacidad en una toalla, de manera que los residuos de las uñas puedan ser recogidos y desechados fácilmente después de la actividad.
- Indique a la persona con discapacidad que aplique crema hidratante en manos y pies, si no existe contraindicación.
- Indique a la persona con discapacidad que proceda con la postura de medias y calzado, una vez haya realizado el corte de uñas de pies.
- Oriente a la persona para realizar la desinfección del corta uñas utilizado, empleando una gasa o torunda de algodón y alcohol antiséptico.
- Indique a la persona con discapacidad que organice los elementos utilizados.

- Oriente a la persona con discapacidad para desechar los residuos de uñas y otros desechos en caneca roja.
- Indique a la persona con discapacidad que realice lavado de manos al finalizar la actividad.
- Retírese los guantes y desecharlos en la caneca roja.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Registre el desarrollo de la actividad en el registro diario de cuidados de la salud.

Precauciones:

- Evite cortar la piel o generar alteraciones secundarias al procedimiento.

- Realice un adecuado lavado de manos antes y después del procedimiento para disminuir el riesgo de infección asociada a la atención.

7.5.4 LIMPIEZA DE OÍDOS

Objetivo.

Establecer los criterios para el proceso de lavado de oídos, mediante este procedimiento en pro de la seguridad y el bienestar del participante.

Objetivos específicos

- ✔ Favorecer la higiene de oídos y confort de la persona con discapacidad.
- ✔ Realizar inspección constante de oídos y conducto auricular externo.
- ✔ Promover hábitos de higiene en las personas con discapacidad

Definiciones.
Lavado de oído: es el procedimiento por medio del cual el personal auxiliar de enfermería realiza Irrigación del oído externo, con una cantidad de líquido determinado para la extracción de tapón de cerumen.
La irrigación del conducto auditivo externo es el procedimiento otorrinolaringológico más frecuente que se realiza en atención primaria. Sus indicaciones son el lavado del cerumen y la extracción de cuerpos extraños inertes o animales, es decir, de tipo no hidrolítico.

Cerumen: al conjunto de productos de descamación, secreción sebácea y secreción de las glándulas ceruminosas, que se encuentran en el conducto auditivo externo.
La otoscopia dos. Es la exploración del conducto auditivo externo, del tímpano y, en su defecto, de la caja del tímpano.

Responsables:

Los encargados de esta labor son los auxiliares de enfermería y auxiliares de terapia ocupacional, bajo supervisión

Generalidades.

Eres muy importante antes de la realización del procedimiento, preguntar al participante sobre la existencia de perforaciones timpánica o de problemas de oído previos, así como la aplicación de las gotas otológicas ordenadas por el médico tres o cuatro veces al día, los 3 o 5 días anteriores a la realización del procedimiento (según criterio médico).

En caso de perforación nunca se debe manipular el oído ni usar ningún tipo de gotas, excepto las formuladas por el médico. Sí existen dudas sobre si el tímpano está perforado, se debe consultar con un especialista.

La cera de los oídos:

- No causa sordera, aunque puede bloquear temporalmente la audición si no se limpia.
- La acumulación de cerumen no es signo de una higiene deficiente.
- Lo más importante, no necesita ser extraída diariamente.

Contraindicaciones para el lavado de oídos.

- Presencia de otitis media y externa, (hasta que se resuelva).
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de otitis crónica y Supurada.
- Heridas recientes de tímpano y conducto auditivo externo.
- Presencia de cuerpos extraños.

Equipo.

- Solución salina a temperatura corporal.
- Otoscopio.
- Riñonera o recipiente contenedor
- Jeringa desechable de 20 CC.
- Sondas nelatón #6
- Pinzas otológicas.
- Guantes.
- Toalla o compresa.
- Torundas estériles

Preparación del Participante.

Se debe explicar el proceso al participante e indicarle qué se siente cómodamente. Se le pone una toalla sobre el hombro. Se le da un pañuelo para secarse y se le pide que no se mueva. El procedimiento puede ser molesto, pero no produce dolor, y si aparece cualquier sintomatología anómala debe detenerse en lavado de inmediato. La jeringa se carga con agua templada a la temperatura corporal para evitar el estímulo térmico del oído y se purga de aire en posición vertical para evitar la presencia de burbujas qué produce ruido y reducen la presión del flujo. Se introduce cuidadosamente la cánula de la jeringa dirigida hacia el cuadrante posterosuperior del conducto y se inicia la irrigación manteniendo una presión constante

pero no excesiva. Es fundamental controlar la posición de la cánula y evitar su desplazamiento mientras se ejerce presión para no lesionar el conducto. Se va observando el producto del lavado en la riñonera hasta que sale limpio. Si el procedimiento no es efectivo puede repetirse, pero se recomienda no exceder tres irrigaciones seguidas (unos 500 ml). Tras el lavado se indica al participante que se seque el oído y se realiza una otoscopia para comprobar la limpieza del oído. Ante cualquier lesión del conducto o del tímpano que se observe o si el participante ha experimentado dolor intenso o sensación de flujo de agua en la garganta, se recomienda que se prescriban gotas óticas antibióticas y se le dé aviso al médico.

Desarrollo del Procedimiento.

1. Informar al participante sobre el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones.
2. Revisar consentimiento informado.
3. Colocar al participante sentado en una silla con la cabeza ligeramente hacia el lado afectado, o acostado sobre el lado opuesto.
4. Colocar la toalla Hola compresas sobre el cuello y el hombro del participante.
5. Enseñarle al participante a sostener la riñonera debajo del pabellón de la oreja ajustándose suficientemente.
6. Lavado de manos y postura de guantes.
7. Cargar las gringas solución salina a temperatura corporal 37 °C. usar cantidad suficiente de líquido.
8. Enderezar el conducto, traccionando con los dedos índice y pulgar el pabellón auricular, hacia atrás y ligeramente hacia arriba.
9. Se coloca una riñonera ajustada bajo el oído para recoger el agua y se tracciona el pabellón auricular para alinear las curvaturas del conducto auditivo y facilitar la entrada del agua y la salida de la cera.
10. Tome la jeringa utilizando el pulgar de la mano izquierda para apoyarla, con lo que la punta de la jeringa dentro del conducto, dirigiendo el chorro hacia la pared superior del mismo.
11. Utilizar poca presión al introducir el líquido.
12. Deje al participante acostado sobre el oído que se lavó.
13. Registre en la historia clínica del participante, el desarrollo de la técnica.

Precauciones

- En caso de sangrado del pabellón auricular o proveniente del conducto auricular, suspenda el procedimiento e informe a su jefe inmediato.
- En caso de que se presente tapón de cerumen, no intente removerlo introduciendo objetos en el conducto auditivo ni realice lavados de oído en el espacio institucional, pues son prácticas que ponen en riesgo la integridad de la membrana timpánica.

7.5.5 CONTROL Y MANEJO DE LA PEDICULOSIS

Objetivo

Proporcionar los conocimientos necesarios para: detectar y eliminar piojos y liendres, evitar la diseminación y las infecciones que originan, y aliviar las manifestaciones físicas y emocionales.

Objetivos específicos:

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort.

- Favorecer la autonomía y empoderamiento de las personas con discapacidad en relación a su propia salud.
- Evitar laceraciones o sangrado por prurito y fricción constante por parte de la persona con discapacidad.

Definición
Pediculosis es la infestación producida por ectoparásitos 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.

Responsables:
Equipo interdisciplinario

Consideraciones generales

- Comprobar la identidad de la persona con discapacidad.
- Realizar un examen minucioso de todo el cuerpo, prestando especial atención a la región occipital y retroauricular, 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 o sus fómites.
- Considerar la ropa y útiles personales (peines, cepillos, cuñas...), como contaminados hasta la completa eliminación de los parásitos.
- Informar a la persona con discapacidad 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 persona con discapacidad con afecciones respiratorias, tener especial cuidado con las lociones que contienen alcohol en su excipiente y con los sprays.
- En caso de contacto del producto pediculicida con los ojos, lavar inmediatamente con agua.
- En caso de pediculosis complicada con lesiones del cuero cabelludo y piel, avisar al facultativo.
- 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 re infestación.
- Intentar evitar el rechazo por parte del entorno del centro integrarte y familiar.
- Extremar estas consideraciones en menores de dos años y embarazadas. En caso de lactancia y pediculosis corporal limpiar la región mamaria antes de amamantar al niño.

Material necesario

- Guantes no estériles
- Bata desechable.

- Gorro quirúrgico
- Peine de dientes finos (lendrera).
- Toallas.
- Ropa limpia.
- Peine o cepillo.
- Rasuradora y tijeras (si es necesario).
- Bolsa azul para la ropa.
- Bolsa de residuos verde o blanca.
- Gasas no estériles para cubrir los ojos.
- Mascarillas, si es necesario.
- Algodón (oídos).

Procedimiento

- Informe a la persona con discapacidad el procedimiento a realizar.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Garantice una posición fowler, con espalda recta, de manera que la persona con discapacidad esté en la posición adecuada para el procedimiento.
- Proveer a la persona con discapacidad los materiales necesarios para realizar la actividad.
- Coloque una capa o toalla sobre los hombros de la persona con discapacidad.
- Indique a la persona con discapacidad que humedezca su cabello, desde el cuero cabelludo hasta las puntas.
- Apoye a la persona con discapacidad en la distribución del producto que va a utilizar sobre el cuero cabelludo de la persona con discapacidad, masajeando con movimientos circulares para facilitar la absorción del producto.
- Indique a la persona con discapacidad que deje actuar el producto según lo recomendado.
- Indique a la persona con discapacidad que realice cepillado del cabello, empleando el peine metálico para realizar barrido, en caso de que se evidencian parásitos.
- Explique a la persona con discapacidad que debe remojar el peine en el recipiente con agua y repetir el cepillado las veces que se considere necesario.
- Supervise a la persona con discapacidad en el lavado del cabello, con abundante agua, una vez haya finalizado la actividad.
- Supervise a la persona con discapacidad para realizar el secado de su cabeza.
- Indique a la persona con discapacidad que separe la ropa y toallas utilizadas en el día para su respectivo lavado en el área de lavandería.
- Indique a la persona con discapacidad que realice lavado de manos, según protocolo institucional, una vez finalice el procedimiento.

7.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Objetivo

Realizar cambios de posiciones u otras maniobras según la situación a los participantes que lo requieran para así mantener su integridad de la piel.

Objetivos específicos

- Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de UPP.
- Valorar el grado de riesgo de desarrollo de UPP.
- Registrar las actividades de enfermería destinadas a la prevención de UPP.
- Instruir a cuidadores y familia sobre la importancia de la prevención en medio familiar y en el centro Integrarte.

Responsables:

- Talento humano programa de acciones del cuidado de la salud (auxiliares y profesionales de enfermería)
- Profesional de fisioterapia

El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería, dado que la aparición de UPP es una complicación frecuente e importante que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, además de producir una prolongada estancia Hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento.

Las UPP son en su mayoría prevenibles y en un 95% evitable, por lo que reviste de mucha importancia contar con una guía de cuidados que unifique los criterios de actuación del personal de enfermería, protocolizando acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento con base en las mejores evidencias científicas disponibles.

Las UPP constituyen un serio problema con trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro a la calidad de vida de la persona con discapacidad y sus familiares, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial y un aumento de costes a los servicios de salud.

La piel

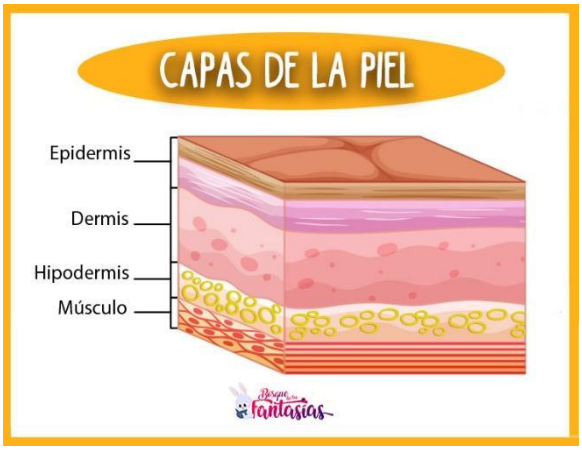
La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones o infecciones la piel también cumple las siguientes funciones:

- Regula la temperatura corporal.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la perdida de agua.
- Previene la entrada de bacterias.

Las características (es decir el grosor, el color la textura) no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, en la cabeza existen más folículos pilosos que cualquier otra parte, mientras que en la planta de los pies no se tiene ninguno. Además, la planta de los pies y de la palma de las manos es más gruesa.

La piel está compuesta por las siguientes capas:

- Epidermis: Capa externa delgada compuesta por: estrato corneo, queratinocitos, capa basal. La epidermis continente melanocitos que producen melanina que le da el color de la piel.
- Dermis: Capa media de la piel. Compuesta por: vasos sanguíneos, vasos linfáticos, folículos pilosos, glándulas sudoríparas, fibras de colágeno, fibroblastos, nervios. La capa de la dermis se mantiene unida por una proteína denominada colágeno, también contiene los receptores del dolor y del tacto.
- Capa de grasa subcutánea: Capa más profunda de la piel. Compuesta de fibras de colágeno y grasa, ayudan a conservar el calor corporal y protegen de lesiones puesto que amortiguan los impactos.

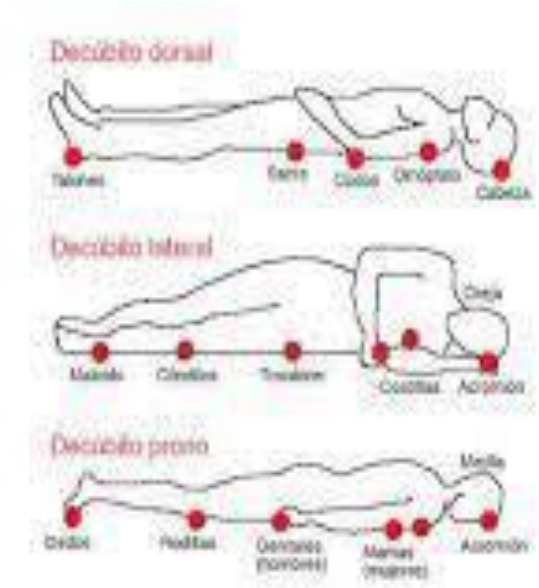


Definición de úlcera por presión:

Es una lesión de la piel producida por la comprensión prolongada del tejido blando entre dos planos duros:

- La zona ósea y otra que ejerce presión.
- 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.







Etiopatogenia

La formación de UPP se ve influenciada por los siguientes factores de riesgo primarios:

Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento de los tejidos entre dos planos, uno que pertenece a la persona con discapacidad y el otro es externo puede ser la silla, cama, sondas, etc. **La Presión capilar oscila entre 16 mmHg, si esta aumenta > 32 mmHg ocluirá el flujo sanguíneo en los tejidos blandos provocando Hipoxia**, si no se cambia de posición puede provocar necrosis de los tejidos blandos.

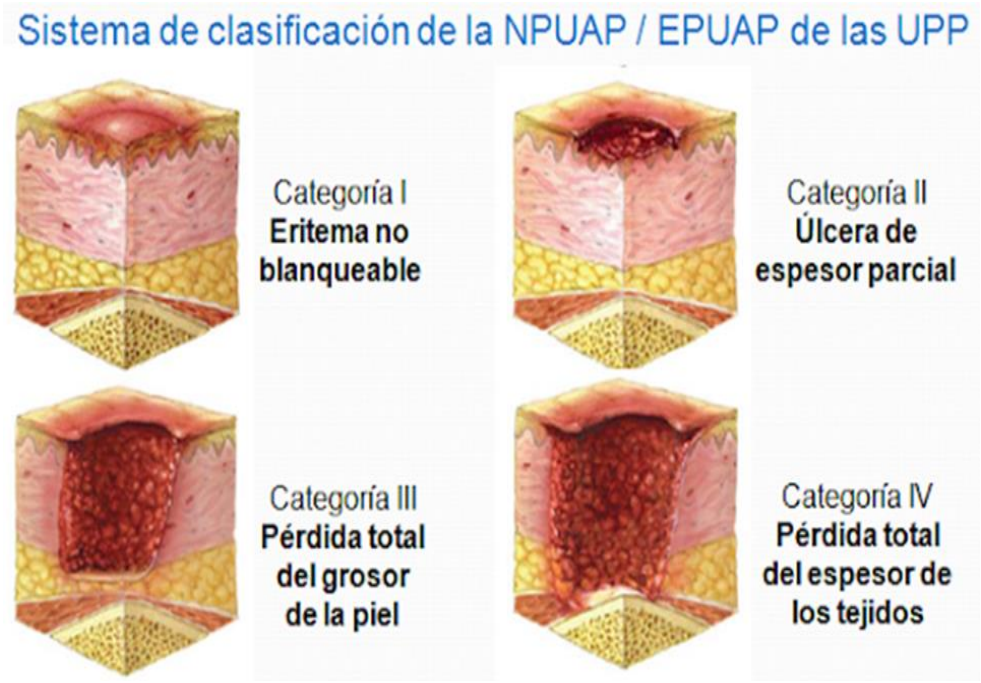
Fricción: Es la fuerza tensil que actúa paralelamente a la piel produciéndose rozaduras por los movimientos o arrastres.

Cizallamiento: En él se combinan los efectos de presión y fricción. Ejemplos: fuerza externa de pinzamiento vascular. Posición fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad: El control ineficaz de la humedad provoca la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel después de los cuidados del baño o higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, provocando disminución de resistencia, se vuelve más vulnerable la piel a la erosión y ulceración.

Tipos de úlceras por presión- clasificación

- Grado I: eritema en punto de presión que no cede y que aparenta pérdida de perfusión de la región.
- Grado II: pérdida de la continuidad de epidermis.
- Grado III: pérdida de la continuidad de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo.
- Grado III: pérdida de la integridad de epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo, músculo y en ocasiones, hueso.



7.6.1 Identificación de riesgo de úlceras por presión en el CIAI grupo 10 (aplicación de la escala de NORTON



Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:
- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**

Escala implementada para la identificación de riesgo de desarrollar úlceras por presión.

INTERPRETACION		
Valor	**Riesgo**	**Acción**
De 5 a 11	Alto	Cuidados básicos de enfermería
De 12 a 14	Medio	Implementación de plan de prevención
Mayor 14	Bajo	Implementación de medidas especiales

Se realiza aplicación a la población y se muestra interpretación de riesgo en la tabla de identificación anexa.

Reporte de Escala de Norton a aplicada

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE ULCERAS POR PRESION**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	BAJO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	BAJO

4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	ALTO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	BAJO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	BAJO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	MEDIO
9	AURA ROMERO	1032440058	MEDIO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	BAJO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	MEDIO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	BAJO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	BAJO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	MEDIO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	MEDIO
16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	MEDIO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	MEDIO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	MEDIO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	MEDIO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	MEDIO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	BAJO
22	DIEGO ROJAS	79183954	BAJO
23	DORIS FORERO	52409950	MEDIO
24	DORIS GAITAN	53159567	MEDIO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	BAJO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO

28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	MEDIO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	BAJO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	MEDIO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	MEDIO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	BAJO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	MEDIO
34	GLADYS RINCON	51969026	BAJO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	BAJO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	BAJO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	ALTO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	MEDIO
39	JACKELINE HERRERA	52409981	BAJO
40	JAIRO MEDINA	79938522	BAJO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	ALTO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	ALTO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	BAJO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	MEDIO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	ALTO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	ALTO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	BAJO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	MEDIO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	ALTO

50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	ALTO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	ALTO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	ALTO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	MEDIO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	MEDIO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	MEDIO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	ALTO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	BAJO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	MEDIO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	MEDIO
61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	ALTO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	MEDIO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	BAJO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	MEDIO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	BAJO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	ALTO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	ALTO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	ALTO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	ALTO
71	VICKY RINCÓN	53905997	ALTO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	MEDIO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	BAJO

74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	BAJO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	BAJO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	BAJO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	BAJO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	BAJO

Cuidados de la piel

- Es muy importante que al iniciar las actividades de cambio de pañal o de aseo personal de las personas con discapacidad, ellas perciban un ambiente agradable sin afanes y de privacidad.
- Controlar la temperatura de la habitación para evitar cambios de temperatura.
- 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: úlceras, 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 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 óxido 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 úlceras bucales, así como vaselina o protector labial.
- Al hacer la cama o colchonetas, estiraremos bien las sábanas evitando las arrugas y observando que no haya ningún objeto que pueda dañar la piel de los participantes, la ropa de cama y la ropa de ellas, se cambiarán todas las veces que sean necesarias.
- Evitar que las sábanas de movimiento estén en contacto directo con la piel.
- Cambiar los pañales cada vez que sea necesario, (muy importante)

Implementación de cuidados de enfermería

Manejo de la presión

- Movilización de la persona si tolera (deambulación, sedestación, etc.)
- Cambios posturales a necesidad y tolerancia de cada uno de ellos.
- 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.

Actividad y reposo

- Realizar cambios de posición alternando las áreas más expuestas a la presión (se recomienda cada 2 horas).
- Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma frecuente (durante el baño, en cada cambio de posición, cambio de ropa de cama, en la eliminación). Estandarización de Horarios.
- Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.
- Aseo general (baño) cada 24 horas y parcial cuando se precise.
- Mantener el alineamiento corporal, distribución del peso y el equilibrio.
- No sobrepasar los 30° en posición fowler con un tiempo mínimo posible muy útil para la ingesta de alimentos, luego reacomodar.
- Optima utilización de dispositivos mecánicos.

Nutrición

- Potencializar la ingesta oral de la persona con discapacidad, administrando suplementos nutricionales indicados para mantener una ingesta calórica óptima.
- Brindar alimentación asistida con el objetivo de garantizar la ingesta de la dieta indicada.
- Potencializar una ingesta hídrica adecuada (aporte de ingesta hídrica 30cc/kg/d)

Eliminación

- Mantener la piel de la persona con discapacidad en todo momento limpia y seca.
- Lavar la piel de la persona con discapacidad si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales o a otro tipo de contaminación.
- Utilizar jabones neutros evitando la abrasión de la piel.
- Colocar pañal absorbente y cambiarlo las veces necesarias.
- Utilizar los sistemas de drenaje de forma adecuada.
- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Utilizar tópicos para la protección de la piel en el área genital y perianal.

Seguridad y protección

1. Colocar a la persona con discapacidad en colchones de aire de presión alternante.
2. Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
3. Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.
4. Evitar ejercer presión sobre las prominencias óseas.
5. Utilizar apósitos protectores hidrocálidos para reducir las lesiones por fricción.
6. Realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento.
7. Valorar periódicamente la eficacia de las medidas o cuidados implementados.
8. Apoyar emocionalmente y facilitar adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras.
9. Fomentar la participación de la persona con discapacidad en la medida de lo posible en la planificación y realización de sus cuidados.
10. Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad color, induración, lesiones).
11. No utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas).
12. No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.

Utilización del índice o escala de Norton de riesgo de úlceras por presión
Es un instrumento objetivo para valorar y tomar decisiones de forma muy sencilla. Mide el riesgo que tiene una persona con discapacidad de padecer UPP. Fue creada por Doreen Norton (enfermera, inglesa) en el año 1962, valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.

Escala de Norton

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD
4- Bueno	4- Alerta	4- Caminando	4- Total
3- Débil	3- Apático	3- Con ayuda	3- Disminuida
2- Malo	2- Confuso	2- Sentado	2- Muy limitada
1- Muy Malo	1-Estuporoso	1- En cama	1- Inmóvil

Se consideran persona con discapacidad de riesgo aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

- ✔ Puntuación de 5 a 9 = Riesgo muy alto.
- ✔ Puntuación de 10 a 12 = Muy alto.
- ✔ Puntuación de 13 a 14 = Riesgo moderado.
- ✔ Puntuación mayor de 14 = Riesgo mínimo/no riesgo.

Existen varias escalas muy útiles para valorar a la persona con discapacidad e implementar los cuidados necesarios para prevenir las UPP. Entre ellas tenemos:

- ✔ Escala o índice de Norton.
- ✔ Escala de Braden.
- ✔ Escala de Arnell.
- ✔ Escala Nova 5.
- ✔ Escala Emina.
- ✔ Escala de Waterlow.

Valoración específica de una persona con discapacidad con UPP

Aspectos a tomar en cuenta:

1. Descripción y localización de la lesión:

- ➢ Extensión y tamaño en centímetros de diámetro.
- ➢ Profundidad.
- ➢ Coloración de los tejidos

2. Estudio de la piel y los tejidos circundantes

    - ➢ Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
    - ➢ Textura: ruda, gruesa, fina.
    - ➢ Turgencia: buena, mala.
    - ➢ Temperatura: fría < 37° C, caliente > 37° C, normal.
    - ➢ Humedad: seca, humedad, normal.
    - ➢ Edema: grado y localización.

3. Dolor.

    - ➢ Localización y erradicación.

4. Factores que contribuyen al desarrollo o deterioro de los Tejidos

    - ➢ Trastornos sensoriales: disminución del nivel de conciencia, confusión, parestesias.
    - ➢ Inmovilidad.
    - ➢ Irritantes químicos, incontinencia (heces y orina).
    - ➢ Estado nutricional: delgadez, obesidad, desnutrición.
    - ➢ Enfermedades que pueden favorecer las lesiones hísticas:
    - ➢ Trastornos neurológicos.
    - ➢ Vasculares.
    - ➢ Endocrinos. Diabetes Mellitus
    - ➢ Cáncer.
    - ➢ Persona con discapacidad Renales.

7.7 CAMBIOS DE PAÑAL EN PERSONA CON DISCAPACIDAD

Objetivo general

Establecer las pautas de manejo para realizar cambio de pañal a las personas con discapacidad, ofreciendo cuidado integral de la piel y evitar factores de riesgo para lesiones en piel.

Objetivos específicos

- ✔ Realizar cambios de pañal a necesidad.
- ✔ Favorecer confort e higiene en la persona con discapacidad.
- ✔ Favorecer la presentación personal de la persona con discapacidad.

Responsables

Auxiliares de enfermería con orientación de profesionales de enfermería del centro.

Consideraciones generales

- Se debe reportar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo, en caso de que se presenten lesiones en la piel por uso de pañal.
- El procedimiento debe ser realizado en un área que favorezca la intimidad de la persona con discapacidad y acondicionado con colchonetas y superficies dispuestas para el cambio (Baño de las personas con discapacidad).
- Recuerde llevar a cabo la actividad teniendo en cuenta la clasificación de prendas de vestir según protocolo institucional.
- Realice desecho de pañal según protocolo institucional.

Materiales

- ➢ Pañal de la talla correspondiente para la persona con discapacidad.
- ➢ Agua y Jabón (si requiere)
- ➢ Crema para la piel
- ➢ Ropa de cambio (en caso de ser necesario)
- ➢ Elementos de protección personal para el talento humano que realiza el procedimiento (gorro, tapabocas y guantes para cambio de pañal).

Descripción del procedimiento

- Realice lavado de manos previo, según protocolo institucional.
- Informe a la persona con discapacidad acerca del procedimiento a realizar.
- Colóquese elementos de protección personal requeridos para el procedimiento.
- Garantice una posición cómoda para la persona con discapacidad, procurando la intimidad.
- Retire las prendas de la persona con discapacidad, de la cintura hacia abajo.
- Retire el pañal contaminado que se va a cambiar y deséchalo en la caneca correspondiente.
    - Traslade la caneca con su respectiva tapa a la zona de cambio para evitar contaminación cruzada.
- Verifique el estado de la piel de la persona con discapacidad, de manera que se pueda identificar la presencia o no de dermatitis por pañal, u otras lesiones asociadas.
- Realice limpieza de la zona genital, glúteos y línea interglútea de la persona con discapacidad, utilizando agua y jabón si se requiere.
    - Si la persona con discapacidad presenta contaminación por orina o materia fecal en alguna región corporal fuera del área de pañal (miembros inferiores, superiores, espalda, etcétera), realice baño de la persona con discapacidad, con agua tibia, para favorecer el confort.
- Realice secado de la piel de la persona con discapacidad, usando una toalla de la participante.
    - Verifique que la piel se encuentra limpia sin evidencia de orina y materia fecal antes de pasar la toalla por la superficie corporal de la persona con discapacidad para evitar contaminación de esta prenda.
- Lubrique la piel de la zona glútea de la persona con discapacidad con una fina capa de crema humectante.
- Determine el lado anterior y posterior del pañal, identificando los sellos del pañal y tomando como referente esa cara como lado posterior.
- Asegure el pañal con los sellos del mismo y verifique que no está desplazado.
- Coloque ropa interior a la persona con discapacidad para evitar desplazamiento del pañal.
- Coloque prendas de vestir limpias a la persona con discapacidad, una vez haya realizado el cambio de pañal. Incluya cambio de zapatos si se requiere.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Ubique a la persona con discapacidad en silla, colchoneta o cama, según requiera, para continuar con las actividades diarias.

Precauciones

- Evite aplicar crema lubricante a la persona con discapacidad si observa que la piel está contaminada con materia fecal u orina, esto puede ocasionar lesiones en la piel.
- Realice el cambio de pañal a necesidad, no espere a que se generen lesiones en la piel por demoras innecesarias.
- Tome las precauciones necesarias para evitar riesgos de caída.
- No realice usted solo el cambio en una persona con discapacidad que excede su peso; pida ayuda.

7.8 ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN

Objetivo general:
Garantizar la administración de la dieta indicada por nutrición, de manera completa y agradable para la persona con discapacidad, teniendo en cuenta las necesidades individuales y favoreciendo el bienestar y calidad de vida de la población.

Objetivos específicos:

- ✔ Contribuir al estado nutricional de las personas con discapacidad.
- ✔ Garantizar el consumo de alimentos a temperaturas adecuadas.
- ✔ Favorecer la autonomía y/o conserva del patrón mano-boca, para quien requiera.
- ✔ Facilitar el disfrute de los alimentos por parte de la persona con discapacidad.

Responsables:
Equipo interdisciplinar del centro Integrarte, liderado por profesionales de enfermería.

Consideraciones generales:

- ➢ Tenga a la mano el instructivo de dietas proporcionado por el nutricionista del centro, de manera que se garantice el suministro de la dieta indicada a la persona con discapacidad.
- ➢ Reporte hallazgos que puedan afectar la recepción o aprovechamiento de los nutrientes de la dieta, así como: lesiones peribucales, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal en general, consistencia incorrecta y demás.
- ➢ Verifique la temperatura de los alimentos y la tolerancia de la persona con discapacidad a los mismos.

Consistencia de los alimentos:
actualmente, en el centro integrarte se realiza la programación de dietas de la población, teniendo en cuenta las consistencias disponibles, que son:

- ➢ **Blanda:** preparación en la cual los alimentos se encuentran proporcionados por trozos pequeños y son alimentos blandos de fácil masticación**.** El objetivo de la **dieta blanda** es que sea **fácil de digerir** y que **no estimule la secreción gástrica.**
- ➢ **Semiblanda:** preparación en la cual los alimentos se encuentran triturados y/o de consistencia pastosa, de tal manera que no se requiera abundante masticación y sea de fácil deglución. Ideal para personas con hiperfagia.

- **Líquida total:** preparación en la cual los alimentos son procesados y licuados para lograr preparaciones líquidas en casos de que la persona no pueda realizar masticación.

Variaciones dietarias:

- Hipocalórica
- Hipercalórica
- Normocalórica
- Hipoproteica
- Hiperproteica
- Normoproteica
- Hiposódica
- Hipoglucida
- Alta en fibra
- Sin irritantes gástricos

Materiales:

- Menaje metálico dispuesto.
- Guantes de manipulación para el talento humano y sí requiere, para personas con discapacidad.
- Elementos de protección para el talento humano: gorro, tapabocas.
- Protectores para la ropa de las personas con discapacidad, de material lavable y anti fluido.
- Alimento a suministrar.

Descripción del procedimiento:

- Garantice lavado de manos previo de la persona con discapacidad, según protocolo institucional.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Anticipe a la persona con discapacidad acerca del procedimiento que se dispone a realizar y los alimentos que va a recibir.
- Verifique que cuenta con los materiales necesarios para realizar la actividad.
- Colóquese elementos de protección personal y guantes de manipulación para la asistencia a la alimentación.
- Garantice una posición cómoda y segura para la persona con discapacidad (fowler o semifowler, según sea el caso).
- Coloque el protector para la ropa a la persona con discapacidad.
- Garantice suficiente espacio para usted y la persona con discapacidad, de manera que no se vea interrumpido el suministro de la dieta por algún factor locativo.
- Reciba la dieta asignada a la persona con discapacidad y verifique que los alimentos corresponden. Si hay alguna inconsistencia, no suministre los alimentos y solicite cambios de dieta.
- Verifique la temperatura de los alimentos antes de suministrarlos. Si se encuentra demasiado caliente el alimento, espere unos minutos a que repose, sin embargo, no descuide el alimento.
- Coloque el plato frente a la persona con discapacidad, aproximadamente a 40 cm de distancia.
- Suministre un bocado a la vez, teniendo en cuenta que se trate de una cantidad consecuente con el tamaño de la boca de la persona con discapacidad.

- Procure que la punta de la cuchara se acerca de frente a la persona con discapacidad.
- Espere el tiempo suficiente para suministrar el siguiente bocado.
- Evite realizar mezclas de alimentos que no sean necesarios, especialmente si se trata de líquidos y sólidos a la vez.
- Evite recoger el alimento que cae al piso o a la mesa, para suministrar a la persona con discapacidad.
- Suministre el alimento desde la mitad de la lengua y boca, si la persona con discapacidad escupe el alimento, una vez ingresa a la boca.
- Procure la ingesta de todo el alimento, por parte de la persona con discapacidad.
- Proceda a la recolección y organización del mensaje, una vez haya terminado la actividad.
- Proceda con el cepillado de dientes, teniendo en cuenta los aspectos contemplados en el presente documento.
- Retire el protector de ropa a la persona con discapacidad.
- Realice lavado de manos a la persona con discapacidad.

Precauciones:

- Dedique el tiempo necesario a la persona con discapacidad para que reciba los alimentos; no suministre más de un bocado a la vez y verifique la deglución del mismo.
- Tenga precaución con el tamaño de los bocados y de los trozos de alimentos, especialmente aquellos que tienen un tamaño que dificulta la masticación (huevo cocido, pan, carne o pollo en trozos o porción, frutas), y realice trituración de los alimentos con sus manos antes de suministrarlos a la persona con discapacidad.
- En caso de atragantamiento o atoramiento, permita que la persona con discapacidad tosa, si no lo hace y evidencia cianosis peri bucal o signo de asfixia (manos en el cuello), proceda con maniobra de Heimlich hasta eliminar obstrucción de las vías aéreas.
- Finalmente, avise a su jefe inmediato y acuda a alguna línea de urgencia, en caso de que se requiera.

8 MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD USUARIOS DE GASTROSTOMÍA

En el centro integrarte atención interna grupo 10 se encuentran actualmente dos participantes usuarios de Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) (Anderson Fabián silva Imbachi e Iván David Vargas Pulido) desde el cual se establece la necesidad de protocolizar el manejo de personas con discapacidad con esta condición adicional.

Glosario asociado:

Alimentación enteral: es una medida de soporte nutricional mediante la cuál se introducen los nutrientes directamente en el tubo digestivo a través de una sonda. Uno de sus extremos quedará en el exterior y el otro en uno de los distintos tramos del tubo digestivo. En este caso, la alimentación salta algunas fases del proceso digestivo, como son la fase bucal y la esofágica. Se utiliza cuándo no es posible la alimentación voluntaria y el aparato digestivo sigue manteniendo su funcionalidad.

Estoma: proviene del griego stoma (boca); es la abertura creada quirúrgicamente entre una víscera hueca y la superficie corporal u otra víscera.
Gastrostomía endoscópica percutánea: es la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación a participantes con disfagia (dificultad para tragar los alimentos), debida a un problema mecánico o neurológico y que se suponga que puedan tener una adecuada esperanza de vida (superior a 2 meses).
Sonda: es un instrumento que se introduce en un cuerpo para explorar alguna de sus partes o extraer o introducir sustancias.
Sonda nasogástrica: sonda que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Se puede usar para administrar medicamentos, líquidos y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago. La administración de alimentos a través de una sonda nasogástrica es un tipo de nutrición enteral.

Objetivo general

Definir las prácticas clínicas que se han de llevar a cabo en un participante portador de sonda de PEG, para lograr un nivel óptimo de calidad asistencial.

Objetivos específicos

- Instruir a los profesionales de enfermería en los cuidados post colocación de la sonda de PEG y en la prevención de complicaciones.

- Conseguir un método seguro y efectivo para la administración de la nutrición enteral durante largos períodos de tiempo en participante que no pueden deglutir

Población diana

Este procedimiento es de aplicación a todos los usuarios del centro integrarte grupo portadores de una gastrostomía percutánea.

Responsables

Este protocolo es de aplicación a todos los enfermeros/os y técnicos auxiliares de enfermería del CIAI grupo 10.

Materiales

- Guantes
- Gasas
- Jabón neutro
- hisopo de algodón
- Agua tibia
- Solución antiséptica

- Apósito
- Esparadrapo hipoalergénico o Micropore
- Jeringuilla (50 cc)

Procedimiento

- Saludar al participante.
- Respetar su intimidad.
- Informar al participante la actividad que se le va a realizar y solicitar su colaboración si es posible, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores.
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.
- Comprobar sus alergias.
- Colocar el participante en su posición idónea (semi- fowler)
- Realizar la higiene de manos y colocarse guantes no estériles.

Cuidados del soporte externo

- El soporte externo debe quedar colocado de modo que se apoye sobre la piel sin ejercer presión.
- Fijación de la PEG al Participante
- Fijar la sonda sobre la pared abdominal con cinta hipoalergénica, aprovechando la flexión natural de la sonda que sobresale del estómago. Evitaremos así que esta se doble y reduciremos al mínimo la presión ejercida en la zona de incisión.
- Cambiar todos los días el esparadrapo, o siempre que esté sucio, despegado o deteriorado.
- Rotar todos los días el punto de fijación del esparadrapo.

6.2.4 Cuidados de la PEG

- Limpiar diariamente y de forma minuciosa la parte externa de la PEG y el soporte externo, así como la conexión adaptadora de la sonda, con agua tibia y jabón suave. Aclarar y secar.
- Limpiar la parte interna de la conexión periódicamente con agua y bastoncillos de algodón.
- Girar diariamente la sonda por lo menos una vuelta, para que no quede adherida a la piel ni la aguja de aletas interna quede embebida por la pared gástrica (Grado C).
- Cerrar el tapón de la sonda cuando no se use.
- Comprobar cada dos semanas la estanqueidad de las sondas con balón. Para eso, controlar el agua del balón aspirando su volumen

Cuidados del estoma

- Comprobar que alrededor de la incisión no existe irritación cutánea, inflamación o secreción y que la zona no está enrojecida o dolorosa. Si se presenta alguna de estas circunstancias, se debe informar al profesional de enfermería y extremar los cuidados del estoma.
- Durante los primeros 15 días, lavar el estoma, con la ayuda de una gasa estéril, con agua tibia y jabón. Secar el estoma y la zona circundante con otra gasa estéril, desde la sonda hacia fuera, sin ejercer presión sobre ella. Si se observa suciedad debajo del soporte y la sonda está fijada, se puede levantar o girar ligeramente el soporte externo para limpiarlo mejor.
- Aplicar una solución antiséptica y colocar una gasa estéril abierta debajo del estoma. A partir de la tercera semana, es suficiente con limpiar diariamente el estoma con agua y jabón.

- Traccione la sonda suavemente y ajuste la barrera a la pared abdominal, para evitar filtraciones de contenido gástrico a través del estoma.
- Se recomienda la utilización de ropa holgada que no oprima el estoma.
- Se puede duchar tras una semana de la colocación del estoma de manera tradicional.

Proceso de administración de la Nutrición enteral

- Lavar las manos previamente a la manipulación de la nutrición.
- El participante estará sentado o incorporado (posición de Fowler o semi- Fowler)
- Durante la administración de la nutrición y entre 30-60 minutos después de finalizar esta. Si no se puede mantener esta postura, se colocará de lado en la cama.
- Comprobar que la posición de la sonda es la correcta: se hará observando la graduación de la sonda en centímetros.
- Antes de la administración de la alimentación, comprobar el residuo gástrico aspirando lentamente con una jeringa de 50 ml. Si este es superior A 50 ml, se esperará una hora. Pasado ese tiempo, se volverá a hacer la comprobación: si continúa siendo superior a 100 ml, se pondrá en conocimiento del jefe de enfermería. El aspirado SIEMPRE se vuelve a introducir en el estómago. Después de la aspiración de residuos, se debe limpiar la sonda con 30-50 ml de agua.
- Comprobar que la sonda está permeable antes de cada ingestión, pasando una jeringuilla con 30-50 ml de agua. (Nivel II). Si al administrar cualquier tipo de sustancia se percibe alguna resistencia que impide su introducción, la causa puede ser que la sonda esté obstruida por restos de medicamentos o de alimentación; en este caso, se puede introducir a través de ella agua tibia para que los ablande.
- Después de la administración de alimentación, pasar 50 cc de agua (si la alimentación es continua, se recomienda hacerlo igualmente cada 6 horas)

Administración de los medicamentos

- No mezclar nunca los medicamentos con la alimentación.
- Limpiar la sonda irrigando 30 ml de agua con una jeringa antes y después de la administración de la medicación.
- La administración de medicamentos debe hacerse de forma líquida o triturándolos hasta obtener un polvo fino y diluidos en 10-15 ml de agua, siempre que lo permita la presentación; si la presentación no ofreciera esta posibilidad, se debe escoger una que sí lo haga.
- Los medicamentos se administrarán inmediatamente después de ser preparados.
- Se administrará cada fármaco por separado, primero las formas líquidas y después las más densas; las soluciones viscosas se administrarán en último lugar. Se lavará la sonda con 5 ml de agua después de cada uno.
- No se deben triturar los comprimidos efervescentes, las formas farmacéuticas con cubierta entérica, de liberación retardada, de absorción sublingual, las cápsulas que contienen gránulos, las cápsulas gelatinosas que contienen líquidos y los medicamentos con actividad carcinogénica o teratogénica.

Cuidado de la boca de los participantes

- Lavar la boca y cepillar los dientes y la lengua del participante con cepillo y pasta dentífrica, aunque no coma, por lo menos dos veces al día. Enjuagar con agua y un antiséptico bucal. No debe tragar el agua. Si el participante no puede realizar estos cuidados personalmente, el cuidador debe realizar la limpieza de su boca con una gasa y antiséptico bucal diluido (Nivel I).

Cambio de la PEG

- Debe hacerse por lo menos cada 6 meses.

Observaciones

- Lavar la sonda PEG entre las comidas, así como antes y después de administrar medicamentos, puede reducir al mínimo la posibilidad de obstrucción.
- Para manejar la obstrucción, pueden emplearse técnicas de aclarado, enzimas .
- El uso de sulfadiazina de plata micronizada puede tener algún beneficio en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda o los productor de protección de piel como el stomahesive.
- Proporcionarle al participante instrucciones verbales si aplica, sobre el cuidado de la sonda PEG y la zona de inserción y que hacer en el caso de cualquier complicación.
- En caso de desplazamiento de la sonda por ruptura del balón, se debe cubrir el estoma con gasa limpia y micropore y trasladar el participante al área asistencial.

9 MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD USUARIOS DE COLOSTOMIA

DEFINICIÓN OSTOMIA.

Es la derivación quirúrgica de una víscera (generalmente intestino o vías urinarias) que aflora a piel a través del estoma (de origen griego, significa boca) con un fin terapéutico. La pauta de actuación es de aplicación en el centro integrarte atención interna grupo 10 y en general, residencias para personas dependientes.

OBJETIVO GENERAL

Educación para el cuidador para la adaptación al medio social, familiar y laboral en el manejo óptimo de participantes con colostomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener el estoma en condiciones óptimas de higiene, así como la integridad de la piel periestomal.
- Prevención de complicaciones.
- Lograr una adaptación del dispositivo a la persona ostomizada según sus necesidades.

RECURSOS HUMANOS

Personal de enfermería de Atención, auxiliares de enfermería y cuidadores(as) del participante.

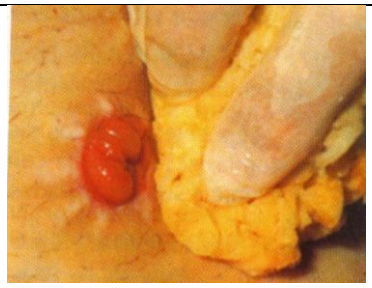
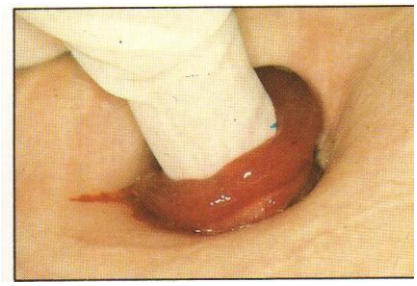
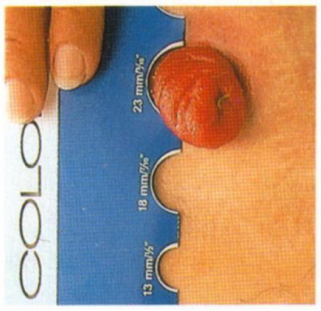
RECURSOS MATERIALES

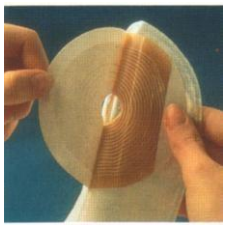
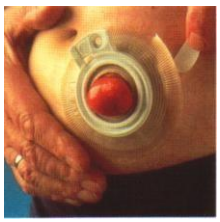
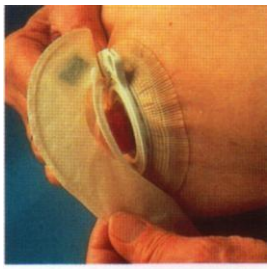
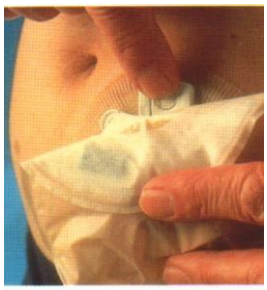
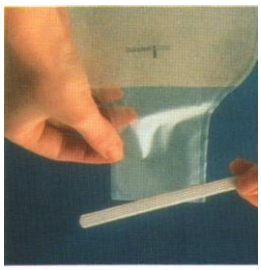
- Bolsa de plástico para desechar el dispositivo usado.
- Gasas no estériles, papel higiénico o pañitos húmedos.
- Agua tibia, jabón neutro, esponja y toalla pequeña de algodón.
- Medidor del estoma (guía milimetrada que se incluye en la caja del dispositivo).
- Tijeras de punta curva.

- Dispositivos adecuados para el tipo de estoma. (bolsa de ostomía)
- Materiales de protección cutánea si apareciera dermatitis, retracción, etc. (placas, pasta, cremas, tiras moldeables etc.)
- Guantes no estériles.

PROCEDIMIENTO / EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

1. Retirada del dispositivo.
2. Higiene del estoma y piel periestomal.
3. Colocación del dispositivo.
4. Cuidados de la piel periostomal.
5. Elección del tipo de dispositivo.
6. Recomendaciones dietéticas.
7. Posibles complicaciones.

<table>
<tr>
<td>
Retirada de bolsa suavemente</td>
<td>
Higiene zona periestomal</td>
<td>
Corte de vello</td>
</tr>
<tr>
<td>
Dilatación manual</td>
<td>
Medición con guía milimetrada</td>
<td>
Recorte de bolsa</td>
</tr>
</table>

 Aplicación de desodorante	 Separación de adhesivo	 Centrado de la placa
 Colocación de bolsa en la placa	 Cierre del clip de seguridad	 Cierre de bolsa abierta con pinza

RETIRADA DEL DISPOSITIVO

- Lavado de manos
- Colocación de guantes.
- Si la bolsa está abierta y está llena, se vacía abriéndose por abajo.
- Se despega suavemente el adhesivo de arriba hacia abajo, sujetando siempre la piel circundante al estoma, protegiéndola.
- Desechar la bolsa en papel de periódico e introducirla en una bolsa de plástico cerrada.

HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL:

- Lavar la piel periestomal con agua tibia y jabón neutro, sin friccionar, haciendo limpieza de fuera hacia adentro, en movimientos circulares, con gasa o esponja, suavemente. Aplicar al estoma sólo agua. Aclarar la piel y secar con toalla, en toques suaves.
- Observar el estoma y piel circundante por si hay complicaciones.
- Puede que aparezca una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma; esto es normal pero si es muy frecuente requiere valoración por personal médico.
- Es conveniente dejar la piel al aire durante unos minutos, para la oxigenación de la parte cubierta por el adhesivo de la bolsa.

- Puede ducharse o bañarse con la bolsa puesta o quitada. No existe ninguna garantía de que no haya descargas, pero, no obstante, una vez que ha establecido una rutina, podrá encontrar el momento adecuado para hacerlo con la bolsa quitada.
- Si hay vello en piel periostomal recortar con tijeras punta curva, no rasurar.

Evitar :

- Arrancar la bolsa tirando de ella sin sujetar la piel.
- Usar maquinillas de afeitar y cremas depilatorias para retirar el vello.
- Limpiar la piel con esponja y secar con toalla en forma de arrastre.
- Evitar agresiones químicas:
- Limpiar el estoma con jabón neutro.
- Usar aceites y cremas de baño, así como, alcohol, aerosol ó antiséptico.
- El contacto con heces u orina.

COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO:

- Medir estoma con guía milimetrada, realizar una vez a la semana durante los 3 primeros meses, ya que va disminuyendo de tamaño.
- Recortar el dispositivo al diámetro medido, teniendo en cuenta que entre la bolsa y el estoma debe de existir de 3-5 mm de piel.
- Cubrir la estoma con gasa ó celulosa por si hubiera expulsión de efluente.
- Si se sabe el diámetro de la estoma se recorta la placa ó bolsa por la enumeración, dejándola preparada antes de retirar la bolsa usada.
- Cuando la estoma es de forma irregular se hace una plantilla a su tamaño, aplicarla al dispositivo, recortando la bolsa o placa (tijera curva), para evitar que quede más superficie de piel entre estoma y dispositivo (irritaciones).
- Se retira el papel adhesivo de la bolsa ó placa, comenzando a colocarla de abajo hacia arriba, centrándose en la estoma, por si sale efluente que caiga al interior del dispositivo, cerrando la parte inferior en bolsas abiertas, haciendo presión suave con los dedos para que se adhiera a la piel y cerrando clip de seguridad en el sistema triple.
- Existe la posibilidad de aplicar al interior de la bolsa, antes de su colocación, un desodorante de ostomías.

ELECCIÓN DEL TIPO DE DISPOSITIVO

Valorar de forma integral a la persona mediante los siguientes parámetros:

a) Características del estoma:

Tipo de ostomía:

- Colostomía (ascendente, transversa, descendente)
- Ileostomía.
- Sigmoide ostomía.
- Urostomía.
- Tamaño y protuberancia.

- Ubicación y dificultades de la misma.
- Complicaciones locales del estoma (hundimiento, estenosis, prolapso, etc.).
- Frecuencia y consistencia de las descargas fecales.

Características del atomizado:

- Habilidad de manejo.
- Nivel de comprensión.
- Aceptación de la ostomía.
- Constitución corporal y edad.
- Actividad laboral, ocio, hábitos y costumbres.

c) Características de los dispositivos:

- Cerrados. Se utilizan para recoger heces sólidas y poseen un filtro (carbono activado) que permite el paso de los gases. Están indicadas generalmente en colostomías transversas, descendentes y sigmoideas.
- Abiertos con pinza ó cierre de velcro integrado. Permiten el vaciado del efluente por una abertura en la parte inferior de la bolsa. Se utilizan para recoger heces semisólidas- líquidas. Indicadas generalmente en ileostomías y colostomías ascendentes.
- Abiertos con válvula de vaciado. Permiten el vaciado de la bolsa mediante una válvula que se cierra con un tapón. Indicados en urostomías.
- Sistema de una pieza o único. Tiene la base adhesiva-protectora y la bolsa colectora en una pieza.
- Sistema doble o triple. Constan de una base adhesiva-protectora y una bolsa colectora por separado que se acopla por medio de un disco. El sistema cuando se presenta junto a un aro con clip de seguridad es de tres piezas. Permite cambiar la bolsa tantas veces como se requiera, protegiendo así la piel periestomal del riesgo que entrañan las manipulaciones frecuentes.
- Con base adhesiva convexa. Indicados en estomas hundidos o retraídos.
- Con base adhesiva recortable. Útiles en estomas irregulares.
- Con base precortada. En forma circular u ovalada a medidas determinadas.
- Indicadas cuando se ajustan al tamaño del estoma.
- Opacas, transparentes,
- Con diferentes tamaños-
- Maxi
- Midi,
- Mini.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

OBJETIVO

- Regular el tránsito intestinal. Evitar diarrea y estreñimiento.
- Restablecer un buen estado nutritivo.

}CONSEJOS GENERALES

- Comer despacio, masticar bien (reduce la formación de gases), tomar 3 comidas diarias regulares y espaciadas.
- Probar por separado y en poca cantidad cualquier alimento nuevo. Si se tolera mal, no desecharlo, intentarlo de nuevo.
- Puede comer de todo, teniendo en cuenta que hay alimentos pueden dar un olor desagradable: coliflor, col, cebolla, huevo, quesos fuertes, legumbres, guisantes, ajo, especies (evitar excesos de pimienta y pimentón), frutos secos...etc. y bebidas carbónicas que producen gases: cerveza, sidra El
- vino tomado con moderación no perjudica.
- El yogurt, la mantequilla, espinacas y el perejil ayudan a eliminar el mal olor y gases, actuando como desodorantes en el tracto intestinal.
- Si no tolera bien la leche, debe introducir progresivamente.
- En ileostomías, los alimentos que contienen celulosa (coco, guisantes, habas, apio, palomitas de maíz, vegetales usados en comidas chinas...) deben tomarse con cautela, pueden producir problemas de obstrucción.
- En urostomizados, los espárragos producen orina muy olorosa; se aconseja beber zumos de fruta ricos en Vitamina C, evitan las infecciones y mal olor.
- Tomar líquidos (1.5 litros al día como mínimo). Los urostomizados e ileostomizados necesitan beber 2 litros/día, sobre todo en tiempo caluroso.

POSIBLES COMPLICACIONES:

ESTENOSIS: Estrechamiento de la luz del estoma, que puede llegar incluso hasta el cierre de la misma, impidiendo una adecuada evacuación. Requiere dilataciones manuales
HERNIA: Constituye la complicación más frecuente del estoma. Consiste en un fallo o defecto de la pared abdominal protruyendo tanto la ostomía como la piel de alrededor
Requiere evitar esfuerzos físicos y aumento de peso. Valorar que dispositivo se adapta mejor. Tratamiento quirúrgico si es grande, oclusión, afectación psicológica.
PROLAPSO: Es la complicación orgánica más frecuente después de la hernia. Consiste en la protrusión del asa estomal sobre el plano cutáneo del abdomen. Requiere, si es pequeño, enseñar al participante a su reducción manual, dispositivo adecuado en tamaño y diámetro. Tratamiento quirúrgico si es grande.
GRANULOMAS: Pueden ser debidas al material de sutura, o bien, por traumatismo continuado de la piel o de la mucosa por una irritación persistente o por un adhesivo rígido sobre la misma.
RETRACCIÓN: Hundimiento del estoma, siendo una de las causas al aumento de peso. Puede acompañarse de estenosis. Requiere evitar estreñimiento, hacer dilatación digital periódicamente. Deben utilizarse discos convexos.
IRRITACIONES CUTÁNEAS: Si la piel se deteriora, exuda, dificultando la correcta adherencia del dispositivo, lo cual provoca fugas de mayor entidad que a su vez causan más irritación.
Constituyen una frecuente complicación en todo tipo de estomas. Las más frecuentes son:
Dermatitis irritativa: Producida por el contacto entre el efluente (heces u orina) y la piel periestomal. Suele utilizarse dispositivo 2-3 piezas, base convexa si el estoma es plano, con pliegues ó retraído, pasta, resina moldeable en tiras, cremas barrera, placas autoadhesivas.
Dermatitis mecánica: Se produce cuando el adhesivo se cambia con demasiada frecuencia ó cuando las maniobras se realizan bruscamente. Tratamiento con cremas barreras, placas autoadhesivas, dispositivos 2-3 piezas.

Dermatitis alérgica: Causada por la sensibilización a alguno de los componentes del adhesivo. Cambiar a otro dispositivo.
Dermatitis micótica: Producida por una infección de hongos. Tratamiento farmacológico.
Formación de cristales: De fosfato. En orinas alcalinas. Producen pequeñas heridas en piel y mucosa llegando a sangrar. Tratamiento profiláctico: aplicar ácido acético en estoma y piel periestomal.
De oxalato. Producidos por la orina junto con el moco que se expulsa en estoma ileal.
Tratamiento: Aplicar gasas empapadas 2 partes de agua más 1 de vinagre durante 10 minutos.

OBSERVACIONES:

- Realización de cambios del dispositivo cuando esté lleno a 2/3 de su capacidad.
- Cambiar la bolsa o placa cuando se note un escape de efluente o empiece a deteriorarse (Duración 5-7 días).
- Realizar en el cuarto de baño, delante de un espejo si no ve su estoma.
- Sin interrupciones en la hora del cambio.
- Asegurar la intimidad del participante y que no se sienta como fuente de olores que molesten a los demás.
- Involucrar en la enseñanza a un familiar o persona más cercana, valorando la relación que existe entre ambos.
- Ofrecer tranquilidad, escuchar y responder a sus preguntas de forma objetiva, precisa y fiable, apoyándolo si se observa signos de repugnancia o rechazo

10. BUENAS PRACTICAS DE ENFERMERIA

En el presente protocolo se establecen los lineamientos de manejo en la práctica de buen quehacer de enfermería y se realiza una guía práctica en el manejo de los procesos en el programa de cuidado a la salud del centro integrarte atención interna grupo 10.

10.1RONDA DE ENFERMERÍA

Qué son las Rondas de enfermería y para qué sirven

Las Rondas de Seguridad consisten en una visita planificada de la Adjunta de Enfermería relacionada con el área, para establecer una interacción directa con el personal y la persona con discapacidad, desde un enfoque de aprendizaje. Actualmente están enfocadas a los aspectos que tienen que ver principalmente con el cuidado.

Los recorridos de observación durante los cuales el personal de enfermería valora el estado de cada persona con discapacidad, del ambiente y del funcionamiento de los equipos para asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería en los centros de asistencia clínica o no, son la primera medida preventiva ante riesgos relacionados a las condiciones neuro perceptivas de la población encontrado en el servicio del centro femenino José Joaquín Vargas.

Es una manera ágil de concienciación y aprendizaje.

¿En qué consisten?

Las Rondas consisten en una visita planificada de Enfermería relacionada, para establecer una interacción directa con el personal y los participantes, desde un enfoque de aprendizaje.

Actualmente están enfocadas a los aspectos que tienen que ver principalmente con el cuidado.

Su desarrollo permite hacer seguimiento al cumplimiento de prácticas seguras recomendadas por la institución, así como detectar otras acciones potencialmente inseguras. Buscamos identificar prácticas potencialmente inseguras en los servicios, realizar educación al personal en el mismo momento en que se evidencien estas acciones y tomar contacto con los participantes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.

Las Rondas como plan de seguridad impactan en las siguientes Líneas de acción que componen la Estrategia de Seguridad del Persona con discapacidad de Osakidetza:

- Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).
- Seguridad en el proceso asistencial.
- Buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación.
- Buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.
- Formación en seguridad del participante.
- Identificación inequívoca de los participantes
- Implicación del participante en la seguridad de la atención.
- Reducción de las zonas de presión y riesgos de lesiones de piel relacionadas con la falta de atención y cambio postural.

Estas rondas son dinámicas dando respuesta a los objetivos conseguidos y las nuevas áreas de mejora detectadas.

Alcance

- A los procesos en centro integrarte atención interna grupo 10.
- Implican a los participantes ingresados en las Unidades de Enfermería Interinstitucional.

Objetivo general:
Convertir la seguridad de la persona con discapacidad en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria.

Objetivos específicos:

- Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras.
- Identificar áreas de mejora y establecer medidas correctoras si procede.
- Minimizar el riesgo de eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria.
- Fortalecer la cultura de seguridad de la persona con discapacidad

PROCEDIMIENTO:

- La entrega y recibo de turno se hará en cada cambio de turno del personal de enfermería asignado al área, en los siguientes horarios: 6 a.m. Y 18 pm.
- El personal auxiliar y profesional de enfermería debe presentarse en el lugar establecido (Estación de Enfermería).
- La entrega y recibo de turno se hará con los responsables frente a la persona con discapacidad revisándolas en forma cefalocaudal.
- Se debe identificar a la persona con discapacidad, diagnóstico, médico tratante.
- Se informa hora y estado en que ingresa al centro en salidas a citas médicas, medio familiar, hospitalización o actividades interdisciplinarias.
- Para la entrega de turno se utilizará el Kardex o las hojas de registro de enfermería de cada uno de las personas con discapacidad. Informar las condiciones clínicas de cada usuario de acuerdo con lo consignado en el plan de enfermería (signos vitales, balances de líquidos, datos relevantes de la evolución de la persona con discapacidad, tratamiento médico o quirúrgico, tratamiento farmacológico y las reacciones al mismo, dieta y aceptación de la misma, líquidos administrados, líquidos eliminados y líquidos ordenados), cuidados específicos PAE como cambios de posición, etc.
- Enterar al personal entrante acerca del estado de cumplimiento de procedimientos especiales (exámenes, solicitudes administrativas y demás procesos), procedimientos realizados y procedimientos pendientes.
- El auxiliar de enfermería que recibe el turno registrará en el libro destinado para este fin los datos más importantes de las personas con discapacidad.
- Realice la ronda de enfermería y tenga en cuenta lo siguiente:

    - Ingreso a la habitación de la participante.
    - Saludar cordialmente a la participante.
    - presentarse e informar el cambio de turno.
    - Verificar toda la información recibida.
- Revisar el inventario del área correspondiente (fonendoscopio, termómetros, tensiómetros, pulsímetro, y demás insumos propios del servicio en responsabilidad a la persona de enfermería).
- Realizar revisión con supervisión del jefe de turno el estado de carro de medicamentos, cantidad y estados de las dosis.
- La información que se proporciona sobre el estado de la persona con discapacidad debe seguir un orden cefalocaudal y se hará un comentario global sobre el estado general de la persona con discapacidad y las novedades en el manejo del mismo.
- Dentro de las actividades del recibo de turno deberá ser a cargo de la auxiliar de botiquín hacer recibo y entrega del carro de medicamentos haciendo conteo y verificación dosis y medicamentos faltantes de las participantes, con supervisión del profesional de enfermería.
- Por anexo el personal auxiliar de enfermería debe presentarse 20 min antes de la hora de entrega de turno para agilizar el recibo de las participantes, revisión y verificación de condición de salud, actividad liderada por el auxiliar de cuidado según cuadro de actividades.
- La socialización de novedades del servicio y de las participantes se realizará en presencia de todo el personal tanto entrante como saliente del turno.
- La enfermera jefa hará supervisión al azar del cumplimiento de esta actividad, por turno por lo menos 3 veces por semana.

10.2 PROCESO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO

Definición: Es el procedimiento oral, por medio del cual el personal de enfermería, al iniciar o terminar su jornada de trabajo, entrega o recibe en forma clara y completa todo lo que ha ocurrido durante su turno con los participantes, en forma individualizada.

Objetivo General: Describir de formas clara y concisa la información en la entrega y recibo de turno, con el propósito de transmitir la información relacionada con las novedades presentadas por las personas con discapacidad.

Objetivos Específicos:

- Especificar todas las novedades puntuales de los eventos presentados durante el turno con los participantes.
- Recibo de los elementos existentes en el inventario del servicio o informe de alguna novedad ocurrida con los mismos.
- Enunciar todas las novedades al turno que ingresa al servicio, como al jefe de enfermería.

Responsables:

Auxiliares de enfermería y verificación pro el profesional de enfermería.

Recomendaciones:

- Cumplir puntualmente el recibo de turno, según horario establecido (5:45am- 5:45 pm)
- El personal saliente debe esperar a ser relevado por quien corresponda, ya que los turnos son de relevo.
- No hacer comentarios imprudentes.
- Si durante la entrega de turno se presenta una emergencia, ésta debe ser atendida por el personal en conjunto temporalmente y posteriormente se continuará con la entrega de turno.
- El tiempo que dure la entrega de turno, el personal siempre mantendrá una actitud de respeto, utilizando un lenguaje acorde.
- Entregar a la persona con discapacidad en la unidad, limpia y en orden.
- Si está dormido despertarlo, si está cubierta la cabeza descubrirla, para que las personas que reciben y entregan turno se den cuenta de las condiciones en que esta el participante.

ENTREGA DE TURNO
➢ Informar al personal entrante, los datos administrativos y clínicos del usuario, usando el Kardex el plan de cuidados de cada persona con discapacidad (cama, identificación del usuario, edad, médico tratante, procedimientos, cuidados especiales de enfermería e impresión diagnostica). ➢ Comunicar las condiciones clínicas de cada usuario de acuerdo con lo consignado (signos vitales, control neurológico, tratamiento ordenado, control de líquidos, resultados de exámenes etc.). ➢ Verificar el registro de las notas de enfermería realizadas por el turno saliente. ➢ Enterar al personal entrante acerca del estado de cumplimiento de los procedimientos ordenados y de las solicitudes administrativas. ➢ Revisar la persona con discapacidad para confirmar su estado.

- Reunirse con el personal que llega a recibir el turno (entregar individualmente cada persona con discapacidad evitando comentarios que puedan intranquilizarlo).
- Verificar la entrega de insumos del servicio al igual que las pertenencias del usuario. (de todos los elementos dejados en custodia).
- Verificar el carro de medicamentos verificando estado del mismo, cantidad y estado de las dosis de medicamentos por participante.

RECIBO DE TURNO

- Ingresar a la habitación de la persona con discapacidad e informar la disposición para atender cualquier necesidad que presente el o sus familiares y resolver las inquietudes con relación a la atención.
- Verificar toda la atención recibida del equipo de turno que está entregando (goteos, medicamentos que se están administrando).
- Revisar el estado del sitio de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, líquidos etc.
- Salir de la habitación del usuario recordando el nombre de la auxiliar y/o jefe de enfermería responsables de su atención.
- Registrar en el plan de cuidados, la información de cada persona con discapacidad (al recibir el turno, consignar toda la información recibida sobre la persona con discapacidad).
- Confirmar la información (revisar toda la persona con discapacidad y notas de enfermería).
- Recibir inventario de los elementos de trabajo (revisar y contar los elementos de trabajo entregados por el personal que entrega turno).
- El proceso se repite con cada uno de la persona con discapacidad que hacen parte del servicio.

10.3 BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Definición:

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, garantizando el uso seguro y apropiado de los medicamentos.

Objetivo General:

Lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

Objetivos Específicos:

- Verificar según orden médica la administración, dosis y vía de administración.
- Verificar el seguimiento de enfermería antes de administrar medicamentos.
- Realizar adecuada desinfección antes de administrar cada medicamento.
- Realizar los respectivos registros.

Responsables: auxiliares de enfermería más supervisión y seguimiento por profesional en enfermería

Existen medidas que, al ser tomadas, se constituyen en barreras de seguridad, precisamente para evitar fallos en la administración de medicamentos.

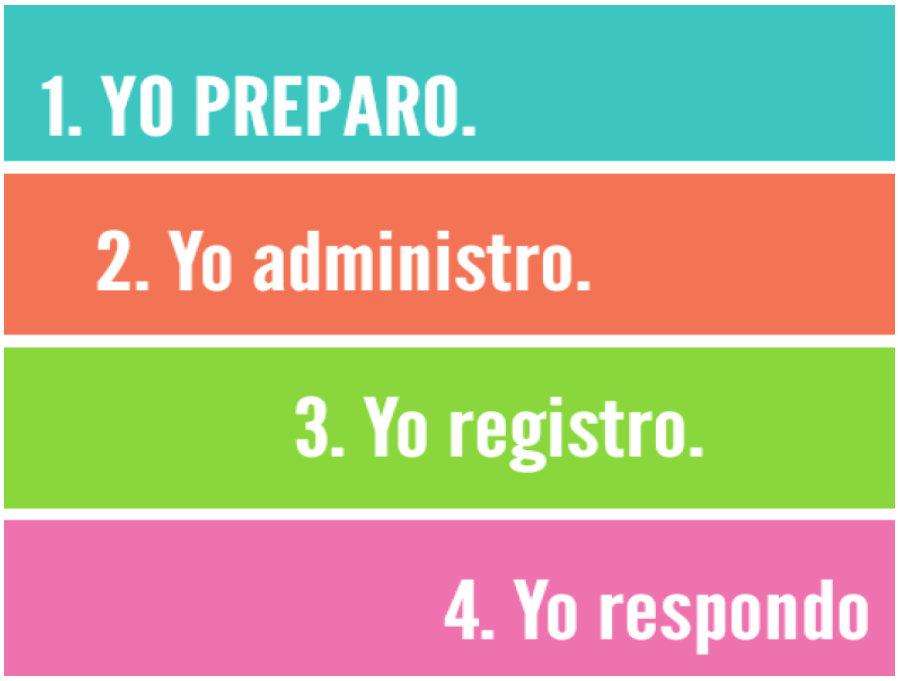
- Trabajo interdisciplinario: permite establecer canales de comunicación entre médicos y personal de enfermería, se debe pasar previo el proceso donde se formula (por parte del médico), se hace la solicitud a farmacia.
- Recibo y verificación: Esta labor es realizada por el personal de enfermería, con la verificación del lote, fecha de vencimiento y rotulado.
- Administración de medicamentos: siempre se verifica el Kardex donde incluye nombre completo del participante, nombre del medicamento, dosis, hora; el Kardex cumple con los siguientes (guía para la identificación de medicamentos, horario y dosis)
- Establecimiento de los correctos previos: consta la prescripción del medicamento, hora de administración, entre otros.

Reglas de seguridad para la administración de medicamentos

1. Medicación correcta (Rectificar medicamento, tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el Kardex de fármacos, rectificar la fecha de caducidad)
2. Dosis correcta (verificar dosis exactas según presentación)
3. Vía correcta (verificar según vía oral, Im, Iv)
4. Hora correcta (verificar hora según orden médica y dosis asignada)
5. Participante correcto (nombre, apellido, documento, edad)



Se complementa con:



Para una adecuada administración de medicamentos se deben de tener en cuenta estas reglas, para evitar al máximo algún error y estar siempre seguros del procedimiento a realizar.

10.4 MANEJO DE EPISODIOS CONVULSIVOS

Definición:

Las crisis convulsivas son causadas por descargas eléctricas cerebrales que producen contracciones musculares y se limitan en el tiempo

Objetivo General:

Garantizar el cuidado del participante en el momento de presentar un episodio convulsivo.

Objetivos Específicos

- Examinar al participante cuando presente el episodio convulsivo e informar al jefe de enfermería
- Evitar cualquier elemento u objeto que pueda generar riesgo de lesión o aspiración para el participante en el momento del episodio convulsivo.
- Verificar si fueron administrados los medicamentos ordenados.

Reconocer la crisis y distinguir los diferentes tipos, ayuda a estar prevenido permitiendo una actuación rápida y precisa y disminuye los riesgos de lesión y efectos secundarios.

Los síntomas específicos de una convulsión dependen de que parte del cuerpo se vea comprometida. Ocurren súbitamente y pueden abarcar síntomas tan diversos como balbuceos, resoplidos, desvanecimientos, relajación de esfínteres, caídas repentinas, entre otros.

• Identificar que se trata realmente de una crisis convulsiva.

• Evitar siempre abrir la boca por la fuerza, ya que podríamos lesionar la mucosa bucal o provocar rotura de las piezas dentales.

• Garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Posteriormente a la finalización de la convulsión, se deben identificar si hay deficiencias de oxigenación.

•Se observará tipo de convulsión, características (movimientos oculares, automatismos o pérdida de esfínteres).

• No debemos sujetar al participante durante la crisis, pero trataremos de controlar y guiar sus movimientos para evitar lesiones.

Las crisis convulsivas pueden ser:

- Parciales: afectan solo a una parte del cuerpo.
- Generalizadas: cubren una afectación cerebral total

El participante con riesgo de sufrir episodios convulsivos dependerá de que sea o no epiléptico conocido, del tipo de crisis, de la existencia de alteraciones en la exploración neurológica y de la causa sospechada.

Tipos de convulsión



Medidas preventivas en el momento que algún participante presente una convulsión:

- Gira suavemente al participante hacia un lado
- Colócale algo blando debajo de la cabeza
- Afloja las prendas que ajusten el cuello
- No pongas los dedos u otros objetos en la boca de la persona
- No intentes sujetar al participante que está teniendo una convulsión
- Si el participante se está moviendo, aleja los objetos peligrosos
- Controla la duración de la convulsión
- Mantener la calma
- Evitar la ingesta de alimentos o bebidas hasta que el participante haya recuperado totalmente el estado de consciencia.
- Realizar el reporte y registros respectivos.

10.5 ATENCIÓN DE NOVEDADES EN SALUD RELEVANTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA

Eventos inherentes a la atención en el interior del CIAI grupo 10 o durante una salida extrainstitucional, que pueden quebrantar la salud de las personas con discapacidad y poner en riesgo su salud o su vida, si este evento sucede debemos activar la siguiente ruta de acción o protocolo a seguir:

DURANTE EL DÍA:

1. Auxiliar de enfermería designado al área o actividad realiza valoración física, informando al profesional de enfermería o profesional a cargo,
2. Realizar toma de constantes vitales y reportar.
3. Establecer de ser necesario requerimiento o remisión a servicio de urgencias.
4. Profesional debe informar a la coordinadora Mayra Herrera la novedad para remisión.
5. Solicitar ruta institucional para realizar el traslado en el menor tiempo posible.
6. Reporte de novedades de salud que se debe enviar a la SDIS, por medio de correo electrónico.
7. Se establece acompañamiento por parte de un auxiliar de enfermería quien deberá reunir documentos indispensables para el proceso: **a).** fotocopia de documento de identificación del PCD, **b).** copia del seguimiento de enfermería en el cuál debe estar registrado los medicamentos, cambios y/o modificaciones que se le hayan realizado, **c).** validar si tiene o no referente familiar, **d).** afiliación a la EPS **e).** cuidados específicos.
8. Reunir elementos de aseo, vestido y medicamentos.
9. Se debe acompañar en ruta institucional hasta el ESE más cercano o convenido para su atención.
10. El traslado en ruta institucional se realiza durante el día (máximo 20:00 horas).

DURANTE LA NOCHE:

1. Si la urgencia o el evento se presenta durante la noche o en las horas de la noche se realiza. Solicitud con entes ESE Hospital San Francisco de Sales o La Vega, solicitando traslado en ambulancia. (Números de contacto: ESE San francisco: **servicio de urgencias: 301608664 – ESE hospital de la vega: 311 6603223)**
2. Se realiza primer contacto con médico de turno o área de referencia/contrarreferencia solicitando atención y/o traslados basados en las constantes vitales de la PCD.
3. Hasta definir el proceso de atención, traslados o egreso se debe hacer acompañamiento constante en la unidad médica.
4. Si el PCD queda hospitalizado se envían seguimientos necesarios, en el área de trabajo social se deben presentar como trabajadores de la SDIS como tercerizados y dejar teléfonos de contactos (Coordinadora, jefe de enfermería y/o trabajo social).
5. Elementos de aseo, ropa y/o medicamentos según requerimientos.
6. Se establecen compromisos para desarrollar durante el proceso de hospitalización.
7. En caso de egreso, se retorna a la PCD a la unidad y se deja en observación constante durante las primeras 48 horas.

ABC DENTRO DEL SERVICIO ANTE NOVEDADES EN SALUD

En el caso de afecciones físicas graves durante el proceso de atención y cuidado dentro de la unidad operativa realizamos el mismo protocolo de atención inmediata y hasta que se cuente con atención médica se realiza un proceso de monitoreo continuo de las constantes vitales hasta tener respuesta de la atención inicial de urgencias.

1. Auxiliar de enfermería realiza valoración física, informando al profesional de enfermería o profesional a cargo, se realiza toma de constantes vitales.
2. Observación rigurosa de las constantes vitales.
3. Información y contacto continuo con área de enfermería de la unidad operativa.
4. Seguimiento e información desde el área de enfermería con coordinación.
5. Si se logra estabilizar y controlar la emergencia se deja por escrito en las notas de enfermería lo ocurrido.
6. Si se debe acudir a un centro asistencial se activa ruta de atención para traslado de urgencias.

10.6 INFORME DE FALLECIMIENTO

Es el proceso realizado una vez se realiza el deceso de una persona con discapacidad, participante del centro integrarte atención interna grupo 10, perteneciente a los servicios de la secretaría distrital de integración social, brindando la atención necesaria a la persona con discapacidad fallecida, sus referentes familiares o sociales y equipo profesional.

Existe la probabilidad del fallecimiento por causas naturales, antecedentes patológicos desencadenantes o ante una situación inesperada como un accidente, en cualquiera de los casos, es necesario realizar las acciones pertinentes y de manera oportuna para dar conocimiento a los hechos desencadenantes

Una vez ocurrido el hecho se establece la ruta de acción de la siguiente manera:

ABC en casos de Fallecimiento

1 Información inmediata a la coordinadora del centro integrarte atención interna grupo 10, Mayra Herrera, describiendo los hechos del deceso

2 Preparación y envió de informe inicial desde el programa de cuidado a la salud, que se envia de inmediato a la coordinadora informando la novedad y causas presuntas de deceso, para posteriormente enviar informe al equipo de apoyo a supervisión y con copia al Referente Técnico en Salud Jonathan Nick y subdirección de discapacidad.

3 Si el participante fallece en la unidad asistencial se establece comunicación con el ESE hospital de San francisco y con la policía nacional para realizar el la respectiva revisión a las que de lugar como primer respondiente y determinar una inicial causa de muerte de qui se determinará si requiere realizar necropsia o se emitirá el certificado desde el servicio médico..

4 Si el participante fallece en el hospital se esperará a la emisión del certificado de defunción.

5 Una vez se obtenga el certificado de defunción la coordinadora del centro realizará el proceso de coordinación con la empresa aseguradora,, quien se encargará de realizar el proceso de inhumación del cuerpo.

6 Si el participante cuenta con referentes familiares en el área de trabajo social del CIAI G 10, deberá establecer comunicación con ellos y establecer los procesos de acompañamiento y seguimiento desde las áreas de trabajo social, salud y psicología.

7 Se debe informar a la familia todos los sucesos desencadenantes y hacer entrega de las pertenencias.

8 El proceso de seguimiento y acompañamiento se realiza desde las tres áreas mencionadas hasta el destino final del cuerpo.

9 Realizar el informe multidisciplinar con salud, trabajo social y psicología con reporte detallado de sucesos desencadenantes descritos cronológicamente durante el convenio y que sean determinantes en el fallecimiento.

- Reportar antecedentes médicos, patológicos o farmacológicos
- Antecedentes farmacológicos
- Antecedentes comportamentales si influyeron
- Antecedentes de hospitalizaciones
- Antecedentes familiares y sociales
- Descripción detallada con soportes, al que se anexa la copia de la cc y fotografías.
- Cierre de la Historia Social con el cierre debido de todos los documentos del programa de cuidado a la salud y con registro de cierre del registro diario de actividades para el cuidado de la salud.
- Enviar informe con copia de los documentos y estos también se deben anexar en la historia social, con certificado de defunción, informe de respondiente o epicrisis.

11. BIBLIOGRAFÍA

• Charles, I.P. y Azon Masoliver, A. Infestaciones cutáneas y reacciones a artrópodos en atención primaria. Revista Jano. Barcelona. Junio 2009. Páginas 34-36. [Citado en noviembre de 2010] Disponible en: www.jano.es • De Hoyos López, M.C. y Pascual Pérez, J.M. Pediculosis.

Pediatría Integral diciembre 2008. Páginas 365-368. [Citado en noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/PI_mayo_2008.pdf#p age=30

• Martínez, J.A. Pediculosis y Sarna. Revista Jano. Barcelona. Octubre 2007. Páginas 103-106. [Citado en noviembre de 2010]. Disponible en: www.jano.es

• Corretger, J.M. Pediculosis. [Citado en noviembre de 2004]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/infectología29.

• Pediculosis. Colegio de farmacéuticos de Argentina. [Citado en octubre 2004]. Disponible en: www.alfabeta.net/afecciones/afecciones-pediculosis.

• Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Citado en noviembre 2004]. Disponible en: www.pfarmals.portalfarma.com.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860923791&ssbinary=true#:~:text=Actuar%20igual%20que%20en%20la%20pediculosis%20de%20cabeza.&text=Prestar%20especial%20atenci%C3%B3n%20a%20los,los%20piojos%20ponen%20sus%20huevos.&text=Aplicar%20el%20producto%20pediculicida%20en,dejando%20actuar%20el%20tiempo%20indicado.&text=Realizar%20ba%C3%B1o%20higi%C3%A9nico%20o%20ducha%20si%20fuera%20posible%20y%20colocar%20ropa%20limpia.

https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/1%20Hospitalizacion%20Baja%20Complejidad/4%20Documentos%20de%20Apoyo/SH-S1D13-V2Protocolo_entrega_turno.pdf

https://es.slideshare.net/monikme88/2-entrega-y-recibo-de-turno#:~:text=Es%20el%20procedimiento%20oral%2C%20por,del%20usuario%2C%20los%20cuidados%20especiales%2C

https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/g7.pp_guia_tecnica_del_componente_de_alimentacion_y_nutricion_para_las_personas_con_discapacidad_en_los_marcos_del_los_procesos_de_atencion_del_icbf_v2.pdf