ACTA N°517

FECHA: 12 de mayo 2022

HORA: 13:00 pm.

LUGAR: Centro Cuidado gratitud

TEMA: Socialización protocolos de enfermería

ASISTENTES: Coordinadora, Enfermera jefe y auxiliares de enfermería

OBJETIVO: Socializar los protocolos de enfermería establecidos para la comunidad de Cuidado Gratitud.

INTRODUCCIÓN:
Dando cumplimiento al proceso inducción, reinducción y mejora continua de la comunidad de cuidado Gratitud, se realiza socialización de los protocolos de enfermería a todo el personal de auxiliares de enfermería que prestan sus servicios en la comunidad de cuidado

ORDEN DEL DIA

1. Verificación de asistentes y saludo
2. Socialización de protocolos de enfermería por parte de la enfermera jefe.
3. Dudas y respuestas

DESARROLLO:

Siendo las 13:00 horas la jefe de enfermería Wendy Quijano inicia la reunión dando un saludo a todas las asistentes realiza verificación de asistencia y procede a socializar los siguientes protocolos

1. **PROTOCOLO TOMA DE SIGNOS VITALES**: El objetivo de este protocolo es realizar la toma de temperatura, toma de tensión arterial, toma de frecuencia cardiaca y toma de frecuencia respiratoria.

- **PRESIÓN ARTERIAL:** es la fuerza o presión que lleva la sangre a todas las partes de su cuerpo. Al tomar la presión arterial se conoce el resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.
- **HIPERTENSIÓN:** es cuando la presión de la sangre se eleva en sus arterias. La mayoría de las consecuencias de la hipertensión suceden al cabo de un tiempo largo. Cuando su presión arterial se mantiene elevada durante muchos meses, o años, puede ocasionar daños en sus órganos

Escaneado con CamScanner

internos. Y hasta podría causar la muerte. Existen dos tipos principales de hipertensión: Primaria que se produce por hábitos inadecuados como cigarrillo y sedentarismo y secundaria que se ocasiona por múltiples enfermedades.

- **HIPOTENSIÓN:** cuando las lecturas de la presión arterial son inferiores a las normales. La hipotensión tiene muchas causas.
- **CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA:** Secuencia de actividades mediante las cuales se determina el número de pulsaciones del corazón por minuto el pulso se mide en: - La parte posterior de las rodillas - La ingle - El cuello - La muñeca - La sien - La parte alta o la cara interna del pie - La muñeca

- **CONTROL DE TEMPERAURA:** La termorregulación es la capacidad del cuerpo para regular su temperatura, dentro de ciertos rangos, incluso cuando la temperatura circundante es muy diferente. La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su sexo, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren.

2. **PROTOCOLO: HISTORIA CLINICA:** El objetivo de este protocolo es Realizar un registro completo de los cambios, cuidados y observaciones relacionados con el estado de salud y evolución de la persona mayor, registrando todos los cuidados, tratamientos realizados a la persona mayor y el estado general, físico y emocional que conlleve a un cambio en el estado de salud de la persona mayor.
    - Historia clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud de la persona mayor, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo interdisciplinario que interviene en su atención
    - La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, psicólogo, enfermero, kinesiólogo, odontólogo) y el usuario donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los usuarios. La historia clínica permite evidenciar el registro del proceso de atención que se ha llevado a cabo con la persona mayor, además de identificar los diagnósticos y tratamientos recomendados en orden cronológico de forma legible y ordenada, basada en la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.
    - La apertura de la historia clínica estará a cargo de las (os) enfermeras(os) jefes de los centros de protección, en aquellos casos que él la Enfermero (a) Jefe no se encuentra en la institución lo realizara el o la Auxiliar de enfermería y luego será revisado por la enfermera en el turno siguiente. Para la apertura se deben tener en cuenta la siguiente lista:
        - Haga una revisión completa de los documentos traídos por la persona mayor, tales como: Epicrisis Última fórmula médica
        - Revise los diagnósticos médicos con los que ingresa la persona mayor, el nivel de dependencia.

Escaneado con CamScanner

- Revise los medicamentos y formulas médicas con los que ingresa la persona mayor.
- Diligencie los formatos de ingreso
- Diligenciar completamente los encabezados de cada uno de los formatos, de acuerdo a las estipulaciones de cada uno.
- Realice la nota de ingreso en la hoja de enfermería, recuerde colocar lo observado en la valoración física, el motivo de ingreso, si tiene familiares o acompañantes, medicamentos, trámites pendientes, faltantes en la documentación, relación de los equipos médicos con los que ingrese. En caso de llegarse a algún compromiso con los familiares para traer algún elemento olvidado recuerde hacer las firmas.

3. **PROTOCOLO: TRASLADO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS:** el objetivo de este protocolo es brindar lineamientos de acción cuando la persona mayor requiere traslado al servicio de urgencias.

Emergencia: cuando hay un compromiso vital de forma inmediata. Como máximo tenemos una hora para actuar.

Urgencia: todos los procesos que requieren una rápida intervención. Más de una hora.

Persona Mayor Crítica: persona mayor con riesgo actual o potencial para la vida de forma inmediata o prolongada, por compromiso de las funciones vitales (respiratoria, cardiológica y neurológica).

Persona Mayor Grave no crítico: persona mayor con proceso patológico que no entraña riesgo vital, pero que produce disfunción orgánica importante con peligro de secuelas.

Persona Mayor No grave: persona mayor con proceso patológico que no entraña riesgo vital ni produce insuficiencia orgánica relevante.

Desarrollo del protocolo: Esta actividad la realiza el personal capacitado, como la (el) enfermera (o) jefe o el auxiliar de enfermería en cada centro de protección Social, en caso de llegarse a presentar una alteración vital en una persona mayor, se llevaran a cabo los siguientes pasos: Se realizara toma de signos vitales y se informa la urgencia a la enfermera jefe o médico del CPS para que determinen la complejidad de la urgencia y el direccionamiento a seguir:

Traslado de la persona mayor sea por medio del 123 CRUE ó directamente a un hospital de la red distrital de salud.

TRASLADO DE LA PERSONA MAYOR A TRAVES DEL CRUE

a. Se solicita servicio de ambulancia medicalizada al 123 y se informa en portería para que la dirijan al sitio correspondiente en el que se presentó la urgencia.

Escaneado con CamScanner

b. Se realizará toma de signos vitales y se mantendrán controlados hasta que llegue el personal paramédico.

c. Mientras llega el servicio de ambulancia se alista un resumen de la condición de salud de la persona mayor con cada uno de los tratamientos instaurados, No se lleva historia clínica en físico del CPS.

d. Se deben alistar cuatro 4 copias del carnet de salud y documento de identidad, para entregar a los funcionarios del CRUE y a la entidad de salud a la que sea trasladada la persona mayor.

e. Se debe alistar (1) pijama, toalla y kit de aseo de la persona mayor.

f. Cuando llega el servicio de ambulancia, se brinda acompañamiento por parte del auxiliar de enfermería hasta que los funcionarios del CRUE, definan conducta a seguir.

g. Si se decide trasladar a la persona mayor, un (a) auxiliar de enfermería o de servicios generales de apoyo debe acompañar a la persona mayor, hasta que se defina hospitalización o salida

TRASLADO DE LA PERSONA MAYOR DEL CPS A LA RED DISTRITAL DE SALUD

a. Se solicita servicio de taxi o transporte de la SDIS.

b. Se deben alistar (4) cuatro copias del carnet de salud y documento de identidad, para entregar a la entidad de salud a la que sea trasladada la persona mayor.

c. Se debe alistar (1) una pijama, toalla y kit de aseo de la persona mayor.

d. Cuando llega el servicio de transporte, se decide trasladar a la persona mayor a uno de los hospitales de la red distrital de salud.

4. **PROTOCOLO: ANOTACIONES DE ENFERMERIA:** Realizar una nota o registro de enfermería completo de los cambios, cuidados y observaciones relacionados con el estado de salud y evolución de la persona mayor.

- **Las anotaciones de enfermería** son utilizadas como un instrumento legal, en el cual las enfermeras y enfermeros tienen una participación importante por su conocimiento al momento del registro, ya que ellas son las personas que redactan con mayor precisión cada momento de la evaluación del paciente y así puede determinar las necesidades y cuidados que el paciente manifieste, ya sean físicas, sociales o morales y es por ello que es vital la presencia de sus registros en la historia clínica para llevar un manejo adecuado.
- Las anotaciones de enfermería forman parte de la historia clínica. El artículo 34 de la Ley 23 de 1981 define la historia clínica: "Es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona mayor. Es un documento privado, sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización de la persona mayor o en los casos previstos por la ley.

Escaneado con CamScanner

- Notas de Enfermería: Son las observaciones hechas por la enfermera (o) y la manera como proporciona los cuidados a la persona mayor. En general las notas de enfermería sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera (o) que no fueron ordenadas por el médico, conducta de la persona mayor y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas de la persona mayor al tratamiento y los cuidados.

5. **PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS:** El objetivo de este protocolo es establecer criterios para la higienización de las manos del personal y de los participantes de los diferentes servicios sociales

    - Cuidado de las manos: consiste en las acciones que disminuyen el riesgo de irritación o deterioro de la piel.
    - La higiene de las manos es toda medida higiénica conducente a la limpieza y desinfección de las manos con el fin de reducir el microbiota transitorio que consiste en frotar las manos con antiséptico a base de alcohol.
    - Las indicaciones generales son las siguientes:
        - Mantener unas cortas y sin esmalte facilitando así la limpieza.
        - No usar anillos, relojes, manillas, pulseras u otros adornos en la piel.
        - Mantener limpios y desinfectados los lavamanos.
        - No reutilizar los envases de jabón.
        - Utilizar mecanismo de secado eléctrico o toallas de o papel.

6. **PROTOCOLO: CUIDADOS BASICOS CON LOS EQUIPOS DE OXIGENOTERAPIA:** El objetivo es mantener un adecuado manejo de los equipos de oxigenoterapia, previniendo complicaciones respiratorias en la persona mayor y garantizando el adecuado manejo de los equipos de oxigenoterapia

- Cuidados básicos con los equipos de oxigenoterapia: Son todas aquellas acciones que contribuyan al mantenimiento adecuado de los equipos de oxigenoterapia.
- Desarrollo del protocolo:
- Todo equipo de oxígeno que llegue al CPS, debe ser relacionado en el formato de control de personas mayores con oxigenoterapia.
- En los documentos de préstamo o recibido de los equipos de oxígeno, siempre se debe relacionar el nombre de la persona mayor no el del funcionario que lo recibe.
- En el momento del ingreso de la persona mayor, se debe contar con toda la documentación al día, de autorización de oxígeno, de lo contrario no se puede recibir, debe ser remitida de inmediato a entidades de la Red Publica en Salud, para prevenir complicaciones en salud.
- Siempre que vaya a ingresar una persona mayor por primera vez y sea oxigeno dependiente, los equipos de oxígeno deben llegar primero al CPS, y con las autorizaciones del mismo al día.

Escaneado con CamScanner

- Todo cilindro de oxígeno debe estar sujetado, por medio de cadenas.
  Se debe estar pendiente de la solicitud de cambio de cilindro cuando este en un límite de 500 libras, con el fin de prevenir que la persona mayor quede sin suministro de oxígeno.
- Cuando la persona mayor, cuenta con concentrador de oxígeno, se debe solicitar a la empresa un cilindro de emergencia en caso de que se vaya la luz.
- Los cables del concentrador de oxígeno deben quedar ocultos, con el fin de prevenir caídas en las personas mayores.
- Los cilindros de oxígeno deben ser transportados en carros, por parte de los funcionarios de oxígeno y no cargados manualmente.

7. **PROTOCOLO: MANEJO DE INSULINA Y TOMA DE GLUCOMETRIAS:** el objetivo es Identificar los niveles de glucosa en la sangre de la persona mayor, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, mediante la toma de glucometrías para mantener estable los niveles de glucosa en sangre, evitando hipoglucemias e hiperglucemias.

- El manejo de insulina y toma de glucometrías es: La secuencia de actividades que se realiza para la administración, almacenamiento y manejo de insulina en las personas mayores conun diagnóstico de diabetes mellitus tipo I (insulinodependiente) o tipo II (no responden ahipoglucemiantes orales) institucionalizadas en los CPS.
- La insulina es una hormona polipeptídica formada por 51 aminoácidos, producida y secretada por las células beta de los islotes de Langerhansdel páncreas; interviene en el aprovechamiento metabólico de los nutrientes, sobre todo con el anabolismo de los carbohidratos. Su déficit provoca la diabetes mellitus y su exceso provoca hiperinsulinismo con hipoglucemia.
- Las insulinas pueden ser de procedencia animal (porcina o bovina) y de procedencia humana (humana semisintética y humana recombinante). Actualmente las más usadas son las de origen humano ya que además de ser absorbidas más rápidamente, causan menos reacciones alérgicas.

TIPOS DE INSULINA

Existen diversos preparados de insulina los cuales varían de acuerdo con el inicio de acción,

periodo necesario para el efecto máximo y duración de la acción. De esta manera estos

productos se clasifican en tres grupos:

- Insulina de corta y rápida acción.
- Insulina de acción intermedia.
- Insulina de acción prolongada.

Escaneado con CamScanner

TOMA DE GLUCOMETRIA Medición de la cantidad de glucosa en la sangre, Se toma una muestra en sangre capilar, colocándola en la tira reactiva y obteniendo un resultado inmediato con un sistema de lectura de sangre periférica, a través de un medidor (glucómetro).

Precauciones y recomendaciones

- Verificar la perfusión sanguínea, la temperatura de la mano.
- El uso de antisépticos en la zona altera los resultados. Por lo tanto utilizar SSN para limpieza del área.
- Realizar la punción en los laterales de los dedos para evitar el dolor y lesiones en la innervación de los dedos. En la primera gota hay mayor cantidad de fluido seroso, que puede dar resultados erróneos.
- El tamaño de la gota dependerá del tipo de tiras reactivas.
- El tipo y el grosor de la piel determinan el grado de profundidad de la punción.
- Seguir estrictamente las instrucciones del fabricante del medidor (glucómetro) para evitar resultados poco fiables y costos innecesarios.
- Utilizar la tira reactiva recomendada por el proveedor del medidor.

Indicaciones

- Pacientes diabéticos como control o para determinar la dosificación del medicamento hipoglicemiante.
- Pacientes con síntomas de hipoglucemias

8. **PROTOCOLO: MANEJO DE CONVULSIONES:** Dar el adecuado manejo y control a cualquier tipo de actividad convulsiva de la persona mayor y prevenir la aparición de lesiones secundarias a esta situación.

   CONVULSIONES

   Se dan las convulsiones cuando una actividad anormal eléctrica en el cerebro causa un cambio involuntario de movimiento o función del cuerpo, de sensación, en la capacidad de estar alerta o de comportamiento. Las convulsiones pueden durar desde unos segundos hasta varios minutos.

   MORFOLOGIA DE LAS CONVULSIONES.

   Se clasifican por:

   A. Su extensión:

   - Generalizadas: afectan a todo el cuerpo.
   - localizadas: solo se afecta una zona.

   B. Su morfología:

   - Tónicas: se caracterizan por rigidez e hipertonía en los miembros.
   - Clónicas: hay movimientos rápidos en forma de sacudidas.
   - Tónico-clónicas: son mixtas.

Escaneado con CamScanner

9. **PROTOCOLO: HEMORRAGIA NASAL:** el objetivo del protocolo es brindar los cuidados necesarios cuando se presente hemorragia nasal en la persona mayor, con el fin Prevenir complicaciones y garantizar la atención oportuna.

- Hemorragia nasal: Es la salida de sangre por la nariz.

Algunas de las causas comunes de las hemorragias nasales incluyen:

- El aire seco, caliente y de interior, seca las membranas nasales y causa que seagrieten o se les haga una corteza y entonces sangren cuando se frote o se hurgueo cuando se sople uno la nariz (más común en los meses de invierno).
- Los climas secos, calientes, de humedad baja, que puede secar la mucosa de las membranas.
- Los resfriados (infecciones respiratorias superiores) y la sinusitis, especialmente los episodios que causen repetidos estornudos, tos, y tenerse que sonarse la nariz.
- Sonarse la nariz vigorosamente o hurgarse en la nariz vigorosamente.
- Meterse un objeto extraño en la nariz.
- Una lesión en la nariz y/o en la cara.
- Rinitis alérgica y no-alérgica (inflamación de las paredes nasales).
- Uso de medicamentos anticoagulantes que disuelvan la sangre (como la aspirina, los medicamentos antinflamatorios sin esteroides, Warfarina, y otros).
- Presión arterial alta (hipertensión arterial).
- Irritantes químicos (ej. cocaína, elementos químicos industriales, y otros)
- Tabique desviado (una forma anormal de la estructura que separa los dos lados de la nariz).
- Tumores o trastornos hemorrágicos heredados (raros).
- Operaciones quirúrgicas faciales o nasales.

10. **PROTOCOLO: CUIDADOS DE LA PIEL:** Mantener la integridad de la piel de la persona mayor con el fin de prevenir la aparición de ulceras por presión o laceraciones.

- Cuidado de la Piel: Técnica mediante la cual se busca mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de ulceras por presión o laceraciones en la piel de la persona mayor.

Piel

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel de la persona mayor en todo momento limpio y seco.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes o sustancias irritantes.
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Durante el tendido de la cama, evite que queden arrugas, ya que esto puede afectar la integridad de la piel.

Escaneado con CamScanner

- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán utilizar almohadas que brinden protección a nivel de prominencias óseas.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

11. **PROTOCOLO: PREVENCIÓN DE CAIDAS:** Evitar accidentes en las personas mayores provocados por las caídas, prevenir complicaciones a nivel Nuero-osteo-muscular en la persona mayor, fomentar ambientes seguros, que prevengan la aparición de un accidente.

- **CAÍDA** Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas

- **TIPOS**
  Accidental (factor extrínseco)
  No accidental (factor intrínseco), perdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación.
- **PREVENCIÓN DE CAIDAS** Manipulación del entorno físico de la persona mayor, para fomentar la seguridad.
- Identificar las necesidades de seguridad en la persona mayor, según la función
- física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles, en si evitar colocar cualquier obstáculo al paso de la persona mayor).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Inmovilización de la persona mayor dependiente en actividades de la vida diaria,
- cuando se encuentre en la cama o en la silla.
- Acompañar todo el tiempo durante el proceso de higiene mayor y menor.
- No dejar solas a las personas mayores, siempre brindar acompañamiento.

12. **PROTOCOLO: HIGIENE DE LA PERSONA MAYOR:** Realizar higiene de la persona mayor según procedimiento establecido para mantener la piel integra y evitar enfermedades y lesiones de la misma.

- Con la higiene corporal intervenimos en la comodidad y el aspecto físico de la persona mayor y favorecemos indirectamente su integración en el medio. La higiene del paciente se realiza por la mañana, antes o después de desayunar o siempre que sea necesario.
- Higiene de la persona mayor: Son el conjunto de acciones por medio de las cuales se realiza baño a la persona mayor para mantener la piel integra y evitar enfermedades y lesiones de la misma.

13. **PROTOCOLO: INMOVILIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR:**

Escaneado con CamScanner

- Proteger a la persona mayor de caídas o lesiones físicas.
- Mantener a la persona mayor en determinada posición cuando es necesario.
- En personas mayores con alteraciones de conciencia para evitar retiro
- involuntario de sondas, drenes etc.

Inmovilización: Es la forma correcta de asegurar a la persona mayor a la cama, camilla o a la silla o para fijar los miembros superiores e inferiores en caso de tratamiento o exámenes especiales.

Precauciones:

- Realizar cuidados de enfermería para evitar la formación de escaras.
- Cerciorarse de que la persona mayor quede cómoda y de que las correas no le impiden la expansión torácica.
- En personas mayores muy agitadas, esta inmovilización de tronco se Complementa con inmovilización de las cuatro extremidades.

14. **PROTOCOLO: ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA**
Evaluar el estado de conciencia de la persona mayor a través de la escala de Glasgow

- Preservar la intimidad de la persona mayor.
- Utilizar la escala de Glasgow para determinar el nivel de conciencia. Cuanta mayor puntuación, más normal es la función neurológica
- La escala debe utilizarse con precaución en personas mayores con déficit sensoriales.
- En estos casos, la persona mayor puede estar alerta, pero puede ser incapaz de sentir estímulos dolorosos en determinadas zonas del cuerpo.
- Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow, notificar de inmediato al médico de la institución o llamar Ambulancia.

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.

15. **PROTOCOLO: COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR:** Asegurar el intercambio de información entre la persona mayor, el enfermero y la familia, dando soporte informativo, incluyendo la comunicación verbal y no verbal
trasmitida por parte de la persona mayor.

Este protocolo es la secuencia de actividades que se llevan a cabo para asegurar el

Escaneado con CamScanner

- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán utilizar almohadas que brinden protección a nivel de prominencias óseas.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

11. **PROTOCOLO: PREVENCIÓN DE CAIDAS:** Evitar accidentes en las personas mayores provocados por las caídas, prevenir complicaciones a nivel Nuero-osteo-muscular en la persona mayor, fomentar ambientes seguros, que prevengan la aparición de un accidente.

- **CAÍDA** Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas

- **TIPOS**
  Accidental (factor extrínseco)
  No accidental (factor intrínseco), perdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación.
- **PREVENCIÓN DE CAIDAS** Manipulación del entorno físico de la persona mayor, para fomentar la seguridad.
- Identificar las necesidades de seguridad en la persona mayor, según la función
- física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles, en si evitar colocar cualquier obstáculo al paso de la persona mayor).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Inmovilización de la persona mayor dependiente en actividades de la vida diaria,
- cuando se encuentre en la cama o en la silla.
- Acompañar todo el tiempo durante el proceso de higiene mayor y menor.
- No dejar solas a las personas mayores, siempre brindar acompañamiento.

12. **PROTOCOLO: HIGIENE DE LA PERSONA MAYOR:** Realizar higiene de la persona mayor según procedimiento establecido para mantener la piel integra y evitar enfermedades y lesiones de la misma.

    - Con la higiene corporal intervenimos en la comodidad y el aspecto físico de la persona mayor y favorecemos indirectamente su integración en el medio. La higiene del paciente se realiza por la mañana, antes o después de desayunar o siempre que sea necesario.
    - Higiene de la persona mayor: Son el conjunto de acciones por medio de las cuales se realiza baño a la persona mayor para mantener la piel integra y evitar enfermedades y lesiones de la misma.

13. **PROTOCOLO: INMOVILIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR:**

Escaneado con CamScanner

- Proteger a la persona mayor de caídas o lesiones físicas.
- Mantener a la persona mayor en determinada posición cuando es necesario.
- En personas mayores con alteraciones de conciencia para evitar retiro
- involuntario de sondas, drenes etc.

Inmovilización: Es la forma correcta de asegurar a la persona mayor a la cama, camilla o a la silla o para fijar los miembros superiores e inferiores en caso de tratamiento o exámenes especiales.

Precauciones:

- Realizar cuidados de enfermería para evitar la formación de escaras.
- Cerciorarse de que la persona mayor quede cómoda y de que las correas no le impiden la expansión torácica.
- En personas mayores muy agitadas, esta inmovilización de tronco se Complementa con inmovilización de las cuatro extremidades.

14. **PROTOCOLO: ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA**
Evaluar el estado de conciencia de la persona mayor a través de la escala de Glasgow

- Preservar la intimidad de la persona mayor.
- Utilizar la escala de Glasgow para determinar el nivel de conciencia. Cuanta mayor puntuación, más normal es la función neurológica
- La escala debe utilizarse con precaución en personas mayores con déficit sensoriales.
- En estos casos, la persona mayor puede estar alerta, pero puede ser incapaz de sentir estímulos dolorosos en determinadas zonas del cuerpo.
- Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow, notificar de inmediato al médico de la institución o llamar Ambulancia.

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.

15. **PROTOCOLO: COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR:** Asegurar el intercambio de información entre la persona mayor, el enfermero y la familia, dando soporte informativo, incluyendo la comunicación verbal y no verbal
trasmitida por parte de la persona mayor.

Este protocolo es la secuencia de actividades que se llevan a cabo para asegurar el

Escaneado con CamScanner

intercambio de información entre la persona mayor y el enfermero; dando apoyo o soporte informativo a la familia, referente o persona mayor incluyendo la comunicación verbal y no verbal trasmitida por parte de la persona mayor.

- Preservar la intimidad de la persona mayor
- Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que
- dificulten la comunicación (Ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas)
- Comenzar dirigiéndose a la persona mayor por su nombre. Realizar la
- presentación indicando a la persona mayor nombre y nuestro papel dentro del
- equipo.

    - Tener en cuenta:
        - Capacidad para el lenguaje presentada por la persona mayor.
        - Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera o mudez)
        - Idioma
        - Edad
        - Tipo de patología

16. **PROTOCOLO: MANEJO DE HIPOTERMIA E HIPERTERMIA:** Definir la hipotermia y la hipertermia para reconocer su importancia en la persona mayor.

- La hipotermia se define como temperatura central menor de 35 C.
- La hipotermia accidental primaria, ocurre cuando una persona sana es expuesta a condiciones ambientales de frío extremo, como inmersión en agua helada.
- La hipotermia accidental secundaria, es debida a enfermedad o inducida por cambios en la termorregulación y producción de calor (hipotiroidismo, intoxicación por drogas y trauma).

- Hipertermia: Es una elevación de la temperatura corporal por encima del punto de regulación del centro termorregulador debido a una insuficiente disipación del calor (no hay variación del termostato). El centro termorregulador se mantienen en el límite normal. No obstante, la temperatura corporal aumenta de forma incontrolada sobrepasa los mecanismos compensadores de pérdida de calor. A partir de los 38 °C se considera (Hipertermia)
- **Manejo de hipotermia e hipertermia**: Son la secuencia de actividades que se le realizan a la persona mayor mediante la aplicación de medios físicos y/o administración de medicamentos para conseguir que la temperatura de la persona mayor se eleve (Hipotermia) o disminuya (Hipertermia) hasta su valor normal.

17. **PROTOCOLO: MANEJO DE OXIGENO U OXIGENOTERAPIA:** Mejorar la calidad de vida de la persona mayor, con insuficiencia respiratoria Crónica durante su estadía en los Centros de Protección Social – CPS de la Secretaría Distrital de Integración Social en el Distrito Capital, reduciendo el grado de disnea, la frecuencia de hospitalizaciones y Prolongar la sobrevida.

Escaneado con CamScanner

- Es un conjunto de actividades de tipo terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia aumentando el contenido de oxigeno (O2) en la sangre arterial. Los factores que influyen en la oxigenación tisular son fundamentalmente la transferencia de O2 a través de la membrana alvéolo-capilar, la concentración de hemoglobina en sangre y el volumen minuto cardíaco. La existencia de una alteración en alguno de estos factores puede producir hipoxia.
- Hipoxia: es un estado en el cual el cuerpo completo, o una región del cuerpo, se ven privado del suministro adecuado de oxígeno.

18. **PROTOCOLO: TOMA DE PARCIAL DE ORINA:** Obtener una muestra de orina significativa para evaluar los elementos formes contenidos en la misma y realizar determinaciones diagnósticas.
    - La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico (suigéneris), secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario.
    - Después de la producción de orina por los riñones, esta recorre los uréteres hasta
    - la vejiga urinaria donde se almacena y después es expulsada al exterior del cuerpo a través de la uretra, mediante la micción.

PARCIAL DE ORINA

Es el análisis de la orina puede dividirse en tres etapas:
Análisis físico: Color, Aspecto, Olor Análisis Químico: Densidad, pH, glucosa, proteínas, sangre, cuerpos ce tónicos,urobilinógeno, bilirrubina y nitritos.
Análisis microscópico: Cilindros, eritrocitos, leucocitos, células epiteliales, cristales, bacterias, hongos y filamentos de moco.

19. **PROTOCOLO: VALORACIÓN DEL DOLOR:** Evaluar la sensación y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: Intensidad, duración, ubicación, características somatosensoriales, emociones.
- El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. Es una "sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior", pero también un "sentimiento de pena y congoja".
- Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso.
- Esuna experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.
- Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico y su tratamiento. Estas características son:
    - Localización, Tipo, Duración, Frecuencia, Intensidad, Irradiación, Síntomas acompañantes, Signos acompañantes, Factores agravantes, Factores atenuantes, Medicamentos.

Clasificación del dolor

Según el tiempo de evolución, Dolor crónico, Dolor agudo, Dolor nociceptivo, Dolor neuropático.

Según la localización del dolor: Dolor somático, Dolor visceral

Escaneado con CamScanner

intercambio de información entre la persona mayor y el enfermero; dando apoyo o soporte informativo a la familia, referente o persona mayor incluyendo la comunicación verbal y no verbal trasmitida por parte de la persona mayor.

- Preservar la intimidad de la persona mayor
- Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que
- dificulten la comunicación (Ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas)
- Comenzar dirigiéndose a la persona mayor por su nombre. Realizar la
- presentación indicando a la persona mayor nombre y nuestro papel dentro del
- equipo.

    - Tener en cuenta:
        - Capacidad para el lenguaje presentada por la persona mayor.
        - Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera o mudez)
        - Idioma
        - Edad
        - Tipo de patología

16. **PROTOCOLO: MANEJO DE HIPOTERMIA E HIPERTERMIA:** Definir la hipotermia y la hipertermia para reconocer su importancia en la persona mayor.

- La hipotermia se define como temperatura central menor de 35 C.
- La hipotermia accidental primaria, ocurre cuando una persona sana es expuesta a condiciones ambientales de frío extremo, como inmersión en agua helada.
- La hipotermia accidental secundaria, es debida a enfermedad o inducida por cambios en la termorregulación y producción de calor (hipotiroidismo, intoxicación por drogas y trauma).

- Hipertermia: Es una elevación de la temperatura corporal por encima del punto de regulación del centro termorregulador debido a una insuficiente disipación del calor (no hay variación del termostato). El centro termorregulador se mantienen en el límite normal. No obstante, la temperatura corporal aumenta de forma incontrolada sobrepasa los mecanismos compensadores de pérdida de calor. A partir de los 38 °C se considera (Hipertermia)
- **Manejo de hipotermia e hipertermia**: Son la secuencia de actividades que se le realizan a la persona mayor mediante la aplicación de medios físicos y/o administración de medicamentos para conseguir que la temperatura de la persona mayor se eleve (Hipotermia) o disminuya (Hipertermia) hasta su valor normal.

17. **PROTOCOLO: MANEJO DE OXIGENO U OXIGENOTERAPIA:** Mejorar la calidad de vida de la persona mayor, con insuficiencia respiratoria Crónica durante su estadía en los Centros de Protección Social – CPS de la Secretaría Distrital de Integración Social en el Distrito Capital, reduciendo el grado de disnea, la frecuencia de hospitalizaciones y Prolongar la sobrevida.

Escaneado con CamScanner

- Es un conjunto de actividades de tipo terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia aumentando el contenido de oxigeno (O2) en la sangre arterial. Los factores que influyen en la oxigenación tisular son fundamentalmente la transferencia de O2 a través de la membrana alvéolo-capilar, la concentración de hemoglobina en sangre y el volumen minuto cardiaco. La existencia de una alteración en alguno de estos factores puede producir hipoxia.
- Hipoxia: es un estado en el cual el cuerpo completo, o una región del cuerpo, se ven privado del suministro adecuado de oxígeno.

18. **PROTOCOLO: TOMA DE PARCIAL DE ORINA:** Obtener una muestra de orina significativa para evaluar los elementos formes contenidos en la misma y realizar determinaciones diagnósticas.
    - La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico (suigéneris), secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario.
    - Después de la producción de orina por los riñones, esta recorre los uréteres hasta
    - la vejiga urinaria donde se almacena y después es expulsada al exterior del cuerpo a través de la uretra, mediante la micción.

PARCIAL DE ORINA

Es el análisis de la orina puede dividirse en tres etapas:
Análisis físico: Color, Aspecto, Olor Análisis Químico: Densidad, pH, glucosa, proteínas, sangre, cuerpos ce tónicos,urobilinógeno, bilirrubina y nitritos.
Análisis microscópico: Cilindros, eritrocitos, leucocitos, células epiteliales, cristales, bacterias, hongos y filamentos de moco.

19. **PROTOCOLO: VALORACIÓN DEL DOLOR:** Evaluar la sensación y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: Intensidad, duración, ubicación, características somatosensoriales, emociones.
- El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. Es una "sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior", pero también un "sentimiento de pena y congoja".
- Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso.
- Esuna experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.
- Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico y su tratamiento. Estas características son:
    - Localización, Tipo, Duración, Frecuencia, Intensidad, Irradiación, Síntomas acompañantes, Signos acompañantes, Factores agravantes, Factores atenuantes, Medicamentos.

Clasificación del dolor

Según el tiempo de evolución, Dolor crónico, Dolor agudo, Dolor nociceptivo, Dolor neuropático.

Según la localización del dolor: Dolor somático, Dolor visceral

Escaneado con CamScanner

intercambio de información entre la persona mayor y el enfermero; dando apoyo o soporte informativo a la familia, referente o persona mayor incluyendo la comunicación verbal y no verbal trasmitida por parte de la persona mayor.

- Preservar la intimidad de la persona mayor
- Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que
- dificulten la comunicación (Ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas)
- Comenzar dirigiéndose a la persona mayor por su nombre. Realizar la
- presentación indicando a la persona mayor nombre y nuestro papel dentro del
- equipo.

    - Tener en cuenta:
        - Capacidad para el lenguaje presentada por la persona mayor.
        - Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera o mudez)
        - Idioma
        - Edad
        - Tipo de patología

16. **PROTOCOLO: MANEJO DE HIPOTERMIA E HIPERTERMIA:** Definir la hipotermia y la hipertermia para reconocer su importancia en la persona mayor.

- La hipotermia se define como temperatura central menor de 35 C.
- La hipotermia accidental primaria, ocurre cuando una persona sana es expuesta a condiciones ambientales de frío extremo, como inmersión en agua helada.
- La hipotermia accidental secundaria, es debida a enfermedad o inducida por cambios en la termorregulación y producción de calor (hipotiroidismo, intoxicación por drogas y trauma).

- Hipertermia: Es una elevación de la temperatura corporal por encima del punto de regulación del centro termorregulador debido a una insuficiente disipación del calor (no hay variación del termostato). El centro termorregulador se mantienen en el límite normal. No obstante, la temperatura corporal aumenta de forma incontrolada sobrepasa los mecanismos compensadores de pérdida de calor. A partir de los 38 °C se considera (Hipertermia)
- **Manejo de hipotermia e hipertermia**: Son la secuencia de actividades que se le realizan a la persona mayor mediante la aplicación de medios físicos y/o administración de medicamentos para conseguir que la temperatura de la persona mayor se eleve (Hipotermia) o disminuya (Hipertermia) hasta su valor normal.

17. **PROTOCOLO: MANEJO DE OXIGENO U OXIGENOTERAPIA:** Mejorar la calidad de vida de la persona mayor, con insuficiencia respiratoria Crónica durante su estadía en los Centros de Protección Social – CPS de la Secretaría Distrital de Integración Social en el Distrito Capital, reduciendo el grado de disnea, la frecuencia de hospitalizaciones y Prolongar la sobrevida.

Escaneado con CamScanner

- Es un conjunto de actividades de tipo terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia aumentando el contenido de oxigeno (O2) en la sangre arterial. Los factores que influyen en la oxigenación tisular son fundamentalmente la transferencia de O2 a través de la membrana alvéolo-capilar, la concentración de hemoglobina en sangre y el volumen minuto cardíaco. La existencia de una alteración en alguno de estos factores puede producir hipoxia.
- Hipoxia: es un estado en el cual el cuerpo completo, o una región del cuerpo, se ven privado del suministro adecuado de oxígeno.

18. **PROTOCOLO: TOMA DE PARCIAL DE ORINA:** Obtener una muestra de orina significativa para evaluar los elementos formes contenidos en la misma y realizar determinaciones diagnósticas.
    - La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico (suigéneris), secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario.
    - Después de la producción de orina por los riñones, esta recorre los uréteres hasta
    - la vejiga urinaria donde se almacena y después es expulsada al exterior del cuerpo a través de la uretra, mediante la micción.

PARCIAL DE ORINA

Es el análisis de la orina puede dividirse en tres etapas:
Análisis físico: Color, Aspecto, Olor Análisis Químico: Densidad, pH, glucosa, proteínas, sangre, cuerpos ce tónicos,urobilinógeno, bilirrubina y nitritos.
Análisis microscópico: Cilindros, eritrocitos, leucocitos, células epiteliales, cristales, bacterias, hongos y filamentos de moco.

19. **PROTOCOLO: VALORACIÓN DEL DOLOR:** Evaluar la sensación y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: Intensidad, duración, ubicación, características somatosensoriales, emociones.
    - El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. Es una "sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior", pero también un "sentimiento de pena y congoja".
    - Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso.
    - Esuna experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.
    - Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico y su tratamiento. Estas características son:
        - Localización, Tipo, Duración, Frecuencia, Intensidad, Irradiación, Síntomas acompañantes, Signos acompañantes, Factores agravantes, Factores atenuantes, Medicamentos.

Clasificación del dolor

Según el tiempo de evolución, Dolor crónico, Dolor agudo, Dolor nociceptivo, Dolor neuropático.

Según la localización del dolor: Dolor somático, Dolor visceral

Escaneado con CamScanner

20. **PROTOCOLO: ALIMENTACIÓN**: Proporcionar la ingesta nutricional a la persona mayor que no puede alimentarse por sí misma.
    - Los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes que necesita para estar sano. Entre los nutrientes se incluyen proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el agua.
    - Hay estudios que demuestran que una buena dieta en la edad avanzada reduce el riesgo de osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer.
    - A medida que envejece, usted puede necesitar menos energía. Pero aun así necesitará la misma cantidad de nutrientes en los alimentos.

    Para obtenerlos: Se debe elegir una variedad de alimentos saludables.
    - Se debe evitar las calorías vacías, que son alimentos con muchas calorías, pero pocos nutrientes, tales como las papas fritas, las galletas dulces, las gaseosas y el alcohol.

21. **PROTOCOLO: CUIDADO DE LOS OJOS:** Prevenir o minimizar las posibles agresiones a los ojos o a la integridad visual de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas.
    - La presbiopía: es muy común entre las personas de 40 años o más. Esta condición se caracteriza por la dificultad que tiene la persona para enfocar objetos a corta distancia.
    - Debido a la dificultad para la acomodación la persona puede experimentar molestias como ojos cansados y dolores de cabeza. Esto se puede manejar con lentes bifocales.
    - **Las partículas flotantes**: Muchas personas se quejan de unos puntos negros que ven y se mueven al frente de su vista, por lo regular estos puntos toman la misma dirección hacia donde la persona dirige la mirada.
    - **Ojos secos o lagrimeo excesivo**: La condición de ojos secos se debe a la falta de producción de lágrimas. La persona con esta condición se queja de sensación de cuerpos extraños (sentir como arenilla en los ojos).
    - **Catarata**: Es la causa principal de ceguera en personas mayores. Aunque hay distintos tipos de catarata, la más común es la catarata senil que es la que ocurre por la edad

22. **PROTOCOLO: CUIDADO DE PERSONAS EN CAMA**: Fomentar la comodidad, seguridad y la prevención de complicaciones que pueda tener la persona mayor que no puede levantarse de la cama.

    Cada movimiento se inicia desde una posición de salida determinada y se acaba también con una posición concreta.

- Bipedestación; a pié firme o de pié.
- Sedestación; posición de sentado.
- Decúbito supino: estirado boca arriba.
- Decúbito prono; estirado boca abajo.
- Decúbito lateral; estirado sobre un lado.
- De rodillas.

Términos de posición

Se utiliza para fijar la posición de estructura, caras y regiones del cuerpo.

Anterior o ventral; situado por delante. (rótula)

Escaneado con CamScanner

Posterior o dorsal; situado por detrás. (Nuca).
Lateral derecho o izquierdo, según sea hacia el lado del cuerpo.
Proximal; lo más cercano al tronco (la rodilla en relación al pié)
Distal; lo más alejado del tronco; (la mano con relación al hombro)
Medial o interna; lo más cercano al centro de un órgano (el corazón con respeto a los pulmones).

23. **PROTOCOLO INGRESO Y EGRESO:** Realizar el Ingreso y egreso de la persona mayor en los centros de protección social según el presente protocolo.

- Técnicas apropiadas adoptadas por el personal de enfermería en el momento del ingreso y egreso a la institución y por medios de los cuales se adopta el plan de cuidados dependiendo de la situación específica de la persona mayor.

Formas de ingreso al centro de protección:

- Ingreso por remisión: luego de aprobación de ingreso a la institución por Comité Estudio de Caso.
- Ingreso por emergencia: estos se pueden dar por situaciones específicas como:
- Desalojo
- Catástrofe
- Desaparición
- Tutela o medida de protección

Forma de egreso de la institución:

- Egreso por salida voluntaria, o por evasión
- Egreso por traslado a otro centro de protección
- Egreso por reintegro familiar
- Fallecimiento.

24. **PROTOCOLO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA:** Estandarizar el procedimiento de recibo y entrega de turno del personal de enfermería con el fin de conocer el estado actual de salud de todas las personas mayores.

- Entrega de turno: es el relevo del personal de enfermería donde se produce la transferencia de la información relaciona con las funciones asistenciales y las propias de cada auxiliar de enfermería con respecto a los cambios presentados en el estado de salud de las personas mayores.
- Recibo de turno: Procedimiento mediante el cual se da informe completo del estado clínico de las personas mayores, informando de las actividades realizadas y las que quedan pendientes para el personal que ingresa al servicio a realizar el turno de enfermería.

25. **PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:** Estandarizar el procedimiento de administración de medicamentos para la prevención de eventos adversos reducción de los riesgos potenciales.

Escaneado con CamScanner

- La administración de medicamentos es un procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado por el personal de salud idóneo al paciente, por diferentes vías de administración, según indicación medica estricta, debidamente informado y registrado.
- Para la administración de medicamentos se requiere conocer, la farmacología, la patología de cada uno de los pacientes, la condición clínica de la persona, los procesos y procedimientos institucionales.

26. **PROTOCOLO PARA LA RECEPCION Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSISTIVOS MEDICOS:** Este protocolo aplica para todos los medicamentos y dispositivos médicos, productos químicos, que ingresan y son almacenados en el centro, garantizando el cumplimiento del objetivo y la aplicación de cada uno de los parámetros de este procedimiento.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Disneyla Diaz	Coordinadora	Comunidad de Cuidado Gratitud	
Wendy Quijano	Enfermera jefe	Comunidad de Cuidado Gratitud	

Elaboró: Wendy Quijano

Escaneado con CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA

Fecha: 12 de Mayo de 2022	**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:SOCIALICACIÓN DE PROTOCOLO DE ENFERMERÍA**	**RESPONSABLE;** Wendy Quijano A.



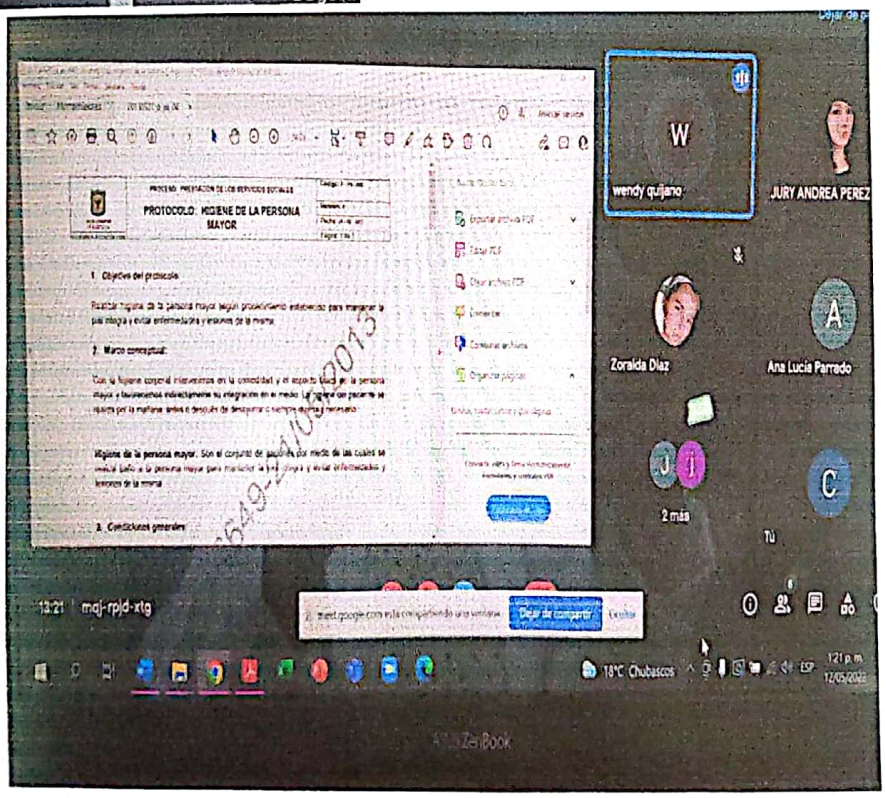


Escaneado con CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA

Fecha: 12 de Mayo de 2022	**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE ENFERMERÍA**	**RESPONSABLE;** Wendy Quijano A.





Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA	Código: FOR-GD-023 Versión: 0 Fecha: Memo I2020035152 – 17/12/2020 Página: 1 de 1

Tema: Socialización Protocolo de Enfermería. Lugar: Comunidad Cuidado Gratitud Fecha y hora: 12/05/22, 12+00 pm

Ítem	Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Entidad o Dependencia	Rol / Cargo	Correo electrónico	Teléfono y Ext. / Celular	Firma
1	Wendy Joanna Quijano Angulo	44.158.229	Comunidad de Cuidado Gratitud	Enfermera jefa	wendyjqa1@gmail.com	3147046474	
2	Martha Enith Garzón Pulido	39.725.183	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de Enfermería	Marthapulido1975@hotmail.com	3133397275	
3	Yenifer Andrea Fajardo Orozco	1.070.607.147	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Jeniferfajardo27@gmail.com	3054190195	Jenifer
4	Zoraida Díaz Pardo	52372619	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	zori7829@hotmail.com	3135864129	Zoraida Diaz
5	Sandra Paola Ramos Castro	1105673336	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Poca-hontas1986@hotmail.com	3192512689	Sandra Ramos
6	Jury Andrea Pérez Rubio	1118122556	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	zacyri@hotmail.com	3102798658	Andrea Perez
7	Almeida Benítez Pava	22.884.849	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Almeb9148@gmail.com	3104817332	Almeida Benitez
8	Ingrid Satyurid Fonseca Monroy	1.033.756.790	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	FonsecaIngrid903@gmail.com	3106961419	
9	Lady Yuliana Mora Suarez	1.073.687.511	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Mateojuanjosejuliana90@gmail.com	3206620584	Yuliana Mora
10	Ana Lucia Parrado Méndez	1023912296	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Analuciaparrado2@gmail.com	311 5453944	Ana Lucia Parrado

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA	Código: FOR-GD-023 Versión: 0 Fecha: Memo I2020035152 – 17/12/2020 Página: 1 de 1

Tema: Socialización Protocolo de Enfermería Lugar: Comunidad Cuidado Gratitud Fecha y hora: 12/05/22, 1:30 pm

Ítem	Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Entidad o Dependencia	Rol / Cargo	Correo electrónico	Teléfono y Ext. / Celular	Firma
1	Yessica Patiño Rojas	51969504	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	jeka686868@hotmail.com	3105667681	
2	Angie Carolina Varajas Rodríguez	1023964814	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	angievarajas9@gmail.com	3133814815	
3	Cindy Paola Castro Ospino	1004374766	Comunidad de Cuidado Gratitud	Auxiliar de enfermería	Cipácaos1991@hotmail.com	3223665505	
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner