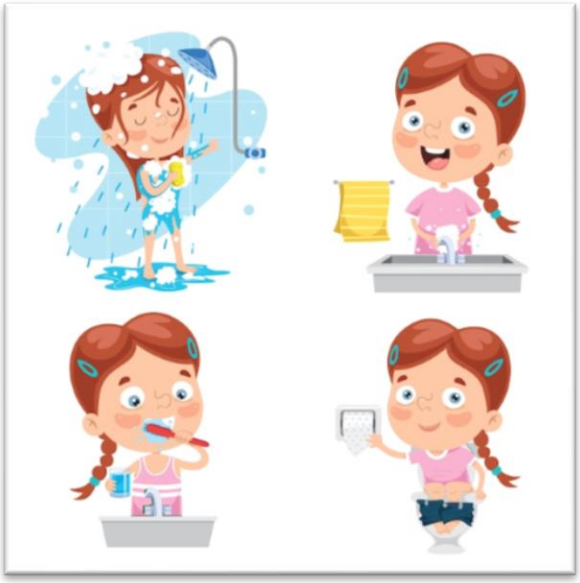
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
BOGOTÁ

Buenas Prácticas en la Ejecución de Actividades de Cuidado



Equipo De Enfermería
Centro Integrarte Atención Interna
Grupo11
Convenio 7368/2025

Sede Principal: Carrera 7 # 32 -12 / Ciudadela San Martín
Secretaría Distrital de Integración Social
Teléfono: 3 27 97 97
Correo electrónico institucional: integracion@sdis.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Introducción

El centro Integrarte Atención Interna Grupo 11, unifico en el presente documento los protocolos utilizados en pro del beneficio de las personas con discapacidad, para tener a la mano un documento de buenas prácticas de cuidado.

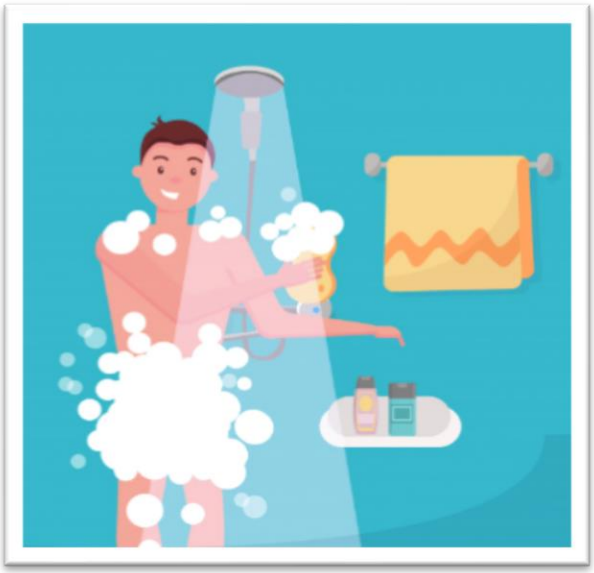
Objetivo del protocolo

Brindar apoyo a las personas con discapacidad para fortalecer el movimiento asociativo y fomentar su participación de los derechos de las personas con discapacidad

Objetivo Específicos.

1. Prevenir alguna anomalía con las personas con discapacidad
2. Direccionar para la atención que requieren las personas con discapacidad
3. Coordinar asesorar, promover y difundir todas aquellas acciones que contribuyandirecta o indirectamente de las personas con discapacidad.

1. PROCESO DE HIGIENE MAYOR



BAÑO

HIGIENE MAYOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN SISTEMAS DE APOYOS

OBJETIVO.

Brindar una metodología y proceso estandarizado para realizar el baño corporal diario de las personas con discapacidad permitiendo que ellos sean lo más independiente en la ejecución de las tareas.

- Favoreciendo el trofismo de la piel.
-Enseñar hábitos Higiénicos, en las personas con discapacidad, según su nivel de funcionalidad.
- Mantener un ambiente limpio.
- Eliminar productos de desecho o impurezas de la piel.

CONSIDERACIONES GENERALES.

1. Educación de manera continua, sobre la importancia del baño.
2. Proporcionar una silla a la persona que no pueda sostenerse de pie mucho tiempo o en según su limitación.
3. Poner un tapete antideslizante, para evitar caídas.
4. Observar condiciones de piel, eritemas, tumores, erosiones y otros.
5. Colocar soportes o barras que se conviertan en un apoyo.

6. Evitar dejar solo a la persona en el baño, cuando requiera supervisión eindicarle que cierre la puerta con llave.
7. Proteger heridas que no hayan cicatrizado.
8. Indicarle a la persona el manejo de chanclas.
9. Estar atento a la ayuda que requiera la persona.
10. En el caso de que la persona sea de manejo se silla de ruedas, trasladarloa la silla de baño de manera segura, evitando movimientos o eventos que traumaticen la persona.
11. El personal de enfermería debe de utilizar la mecánica corporal, para evitar esfuerzos innecesarios.

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

-Toalla
-Jabón
- Shampoo
-talco, desodorante, crema corporal y ropa, pañal si es necesario
- silla de baño, si el sistema de apoyo lo requiere.

TÉCNICAS

BAÑO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON SISTEMA DE APOYO EXTENSO

INICIAR LA ACTIVIDAD:

- Desvestir y colocar la ropa sucia en la caneca de la ropa sucia.
- Controlar la dosificación del jabón (personas manejan kit de aseo)
- Esparcir el jabón de cuello a pies
- Refregar todas las partes del cuerpo
- Realizar el enjuagado del jabón
- Aplicar shampoo en el cabello (personas manejan kit de aseo)
- Enjuague de cabello
- Secado del cuerpo indicando un adecuado manejo de la toalla y secandocada parte del cuerpo.
- Aplicar desodorante y talco (personas manejan kit de aseo)
- Entregar prendas de vestir y permitir que realicen la actividad de maneraindependiente

BAÑO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON SISTEMA DE APOYO GENERALIZADO

Trasladar la silla de baño a la ducha:

- Solicitar de apoyo (otro auxiliar de enfermería), si se requiere.
- Desvestir a la persona
- Realizar el baño de manera minuciosa y finalmente área perianal y genital.
- Secar cada pliegue y parte del cuerpo
- Aplicar desodorante y talco
- Vestir a la persona

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

NORMAS DE SEGURIDAD - PRECAUCIONES

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

UTILIZACION DE PRENDAS DE VESTIR

Cada prenda debe estar identificada y adaptada a las necesidades de cada persona.
Usar ropa adecuada a la estación, actividad y situación física.
Permitir que la persona colabore según sus capacidades.

PASOS:

- Verificar que cada prenda esté marcada con nombre y apellido.
- Confirmar que las prendas estén completas, limpias, en buen estado y adecuadas al clima.
- Elegir ropa que respete las preferencias personales (color, estilo, textura).
- Asegurar que sea fácil de poner y quitar las prendas de vestir.
- Evitar prendas que causen roces, presión o dificulten la movilidad o el uso de dispositivos (sondas, prótesis, etc.).
- Observar la aceptación o rechazo de la prenda.
- Realizar el vestido por zonas, siguiendo técnicas ergonómicas y seguras.
- Garantizar que las prendas no queden arrugadas, mal colocadas o ajustadas en exceso.
- Verificar que la persona esté cómoda, segura, bien vestida y con libertad de movimientos

2. PROCESO DE HIGIENE MENOR



2.1 HIGIENE ORAL

OBJETIVO DEL PROTOCOLO

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

MARCO CONCEPTUAL

Barrido en seco: cepillado que se hace a la superficie de los dientes sin utilizar crema dental ni agua, es decir, con el cepillo dental seco, para eliminar los restos de alimentos que quedan en los dientes y encías.

Cepillero: elemento en acrílico o acero inoxidable, de superficie lisa, de fácil limpieza, con orificios para colocar varios cepillos en forma vertical.

Cepillado dental: es el método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o de encías.

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

Crema dental: dentífrico o pasta de dientes, es una sustancia que ayuda a eliminar tanto los restos de alimentos como la placa bacteriana que está alojada en los dientes. Para que su acción sea óptima es necesario que cumpla con una serie de componentes como abrasivos, detergentes, flúor.

Enjuague bucal: es una solución que suele usarse como coadyuvante de la higiene oral, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. Es recomendable el uso de un enjuague bucal sin alcohol.

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

Placa bacteriana: es una película incolora y pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre los dientes. Es la principal causa de la caries y de la enfermedad de las encías.

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

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

CONDICIONES GENERALES

El cuidado de la salud bucal se inicia desde temprana edad en la vida y se debe mantener así a lo largo de ésta. Por esto es importante fomentar hábitos de higiene oral como rutina diaria de autocuidado, con el fin de evitar la aparición prematura de enfermedades bucales.

De acuerdo con lo anterior, en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo11 el personal que asiste a las personas con discapacidad debe reforzar, apoyar y supervisar las actividades de higiene oral según el grupo de edad, condición de discapacidad, limitación física y/o condición de salud, teniendo en cuenta los horarios establecidos:

- 8:25 a.m. cepillado de dientes
- 1:10 p.m. cepillado de dientes
- 5:15 p.m. cepillado de dientes

INDICACIONES GENERALES

- Cumplir los horarios asignados para efectuar la actividad de higiene oral.
- En caso de que el cuidador deba realizar el cepillado a las personas encondición de discapacidad, limitación física y/o condición de salud que le dificulte la realización del cepillado, o participantes con enfermedades infectocontagiosas, se

requiere retirar las joyas, tener uñas cortas, limpias y sinesmalte; es indispensable el uso de guantes y tapabocas.

- El lavado de manos antes y después de realizar la actividad de higiene oral porparte del personal asistencial y de los participantes.
- Uso de los baños en adecuadas condiciones de higiene para efectuar la actividad con disponibilidad de un espejo de pared y lavamanos.
- Es obligatorio el uso de protectores para cepillo, así como de cepilleros para el almacenamiento y organización de estos.
- Los protectores y cepilleros institucionales deben mantenerse limpios después de cada momento de la higiene.
- Es importante que, en cada momento de la higiene oral, el cuidador refuerce y fortalezca conocimientos, actitudes y prácticas en hábitos saludables, así comolas técnicas apropiadas, teniendo en cuenta la edad del participante.
- Cada elemento de higiene oral (cepillo dental, protector) debe encontrarse debidamente marcado con el nombre del participante para garantizar su uso exclusivo.
- El cepillo dental debe cambiarse idealmente cada tres meses, o antes si se han deformado sus fibras, cuando hay enfermedades infectocontagiosas o lesionesen cavidad oral.
- El uso de los protectores para los cepillos de dientes es de manejo preferiblemente del cuidador y/o participantes en condición de discapacidad o limitación física, para evitar daños o pérdidas de estos.
- Para los bebés, se debe comenzar la limpieza de las encías desde el nacimiento una vez al día utilizando una gasa húmeda, la punta de un pañito limpio humedecido en agua o un dedal de silicona.
- El tiempo adecuado para la realización de un cepillado correcto es mínimo de 3minutos.
- Es importante que el enjuague bucal no tenga alcohol.
- Si el participante tiene prótesis dental, debe retirarla y limpiarla con crema de dientes y un cepillo dental preferiblemente de cerdas duras. Esta actividad se debe realizar después de cada comida, antes de ir a dormir y después de la higiene corporal. Se debe mantener la prótesis en un recipiente con agua fría hasta su próxima utilización para evitar el riesgo de obstrucción de la vía aérea.

Responsabilidades frente a la higiene oral en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11.

N°	Responsable	Acción
1	Coordinador y/ oresponsable	Garantizar la disponibilidad y suficiencia de los insumos necesarios para la higiene oral tales como cepillos dentales (teniendo en cuenta eltamaño del cepillo para la edad, tipo de cerdas suaves o medianas), crema dental (con flúor y sin flúor). Es recomendable contar con seda dental preferiblemente con cera, porta seda dental y enjuague bucal sin alcohol, en los casos que aplique.
2	Personal asistencial (Profesionales yauxiliares)	Velar por el cumplimiento de la rutina de higiene oral de los participantes en cada servicio social, teniendo en cuenta los horarios establecidos para llevar a cabo esta actividad, los pasos indicados para su realización y el apoyo brindado de acuerdo con la necesidad de cada uno. Realizar actividades de promoción con padres de familia, cuidadores y/o participantes según corresponda para fortalecer la práctica.

Momentos para la higiene oral

En el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11 existen unos momentosen los cuales se debe realizar la higiene oral de acuerdo con los horarios establecidos para esta actividad, así:

- Después del desayuno
- Después del almuerzo
- Después de la cena
- Después del consumo de algunos medicamentos (De acuerdo con indicación del profesional) o después de consumir dulces.

Desarrollo del protocolo

Técnica de higiene oral

- Lavado de manos de la persona con discapacidad y de la persona que asiste.
- Ubicar el cepillo de dientes de la persona con discapacidad, retirar el protector.
- Iniciar con el barrido en seco o cepillado sin crema dental.





- Se debe realizar en orden y efectuarlo con movimientos suaves. Se comienza por los dientes superiores de derecha a izquierda, con un movimiento vertical desde la encía, de arriba hacia abajo por delante y por detrás, terminando con las muelas en forma circular.
- Se lava el cepillo, se enjuaga la boca.



- Continuar con los dientes del maxilar inferior de derecha a izquierda, con unmovimiento vertical desde la encía, de abajo hacia arriba por delante y detrás, terminando con las muelas en forma circular. Se lava el cepillo, se enjuaga la boca.
- Una vez realizado el barrido en seco, se inicia nuevamente todo el proceso,pero con el uso de crema dental en una porción mínima, en el centro del cepillo.





- De ser necesario, indicar a la persona con discapacidad que saque la lengua y realice el cepillado de atrás hacia adelante en tres oportunidades con movimientos suaves (cepillar la lengua ayuda a eliminar la placa que puede provocar mal aliento).



- Una vez terminado el cepillado, se recomienda continuar con el uso de la seda dental para ayudar a eliminar placa y partículas de comida que quedan entre los dientes, donde el cepillo dental no alcanza a llegar fácilmente. Es recomendable el uso de seda dental con cera.
- Se inicia cortando del rollo un pedazo de hilo entre 40-45 cm.
- Enrollar la mayor cantidad de hilo en el dedo corazón de la mano derecha y un poco en el dedo corazón de la mano izquierda. Dejar entre las dos manos de 3 y 5 cms. de hilo para trabajar.

- Sostener el hilo tenso entre los índices y pulgares de las dos manos e introducirlo suavemente hasta la encía. Hacer movimientos hacia arriba y hacia abajo entre los dientes.



- Curvar el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía, de manera suave para no lastimarla.



- Se debe cambiar la sección de hilo a medida que se avanza de diente en diente.
- Es importante utilizar la seda mínima una vez al día, preferiblemente en la noche.
- En casos de participantes en condición de discapacidad, limitación física y/ocondición de salud a los que se les dificulte la realización de esta actividad, se puede recurrir al uso de un porta seda dental para mayor comodidad.



- El último paso de la higiene oral es el uso de enjuague bucal. Se recomienda utilizar dos veces al día: en la mañana y en la noche. Se debe llenar la tapa hasta la línea indicadora.
- Se lleva a la boca y se realiza un enjuague pasando la solución pura sin diluir por todas las partes de la cavidad oral por 30 segundos.
- Eliminar el producto escupiéndolo.
- No se debe enjuagar la boca con agua.
- En casos de participantes en condición de discapacidad, limitación física y/ocondición de salud a los que se les dificulte la realización de esta actividad, se debe humedecer una gasa o el cepillo de dientes con la sustancia y pasarlo a lo largo de todas las superficies dentales y de la encía, uso de guantes y tapabocas.
- Durante los 30 minutos siguientes a su aplicación no se debe ingerir ningún alimento ni bebida para que el enjuague actúe.

BIBLIOGRAFIA

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

2.2 PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS



Objetivo del protocolo

Establecer criterios para la higienización de las manos del personal y de los participantes de los diferentes servicios sociales de atención de la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS[1], con el fin de disminuir las infecciones, prevenir la diseminación y así evitar la transmisión de microorganismos potencialmente patógenos de persona a persona.

Marco conceptual

Antisepsia: conjunto de procedimientos destinados a combatir, prevenir y controlarla contaminación con microorganismos infecciosos.

Antiséptico a base de alcohol: preparado (líquido, gel o espuma) que contienealcohol, destinado a la higiene y antisepsia de las manos.

Cuidado de las manos: consiste en las acciones que disminuyen el riesgo deirritación o deterioro de la piel.

Fluido corporal: cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo como (orina, heces, vómito, sangre, secreciones, saliva, mucosidades, lágrimas, cerumen)

Fricción antiséptica: consiste en aplicar, mediante frotado de las manos, un antiséptico para manos, buscando reducir o inhibir la propagación de los microorganismos presentes en las mismas, sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjugado o secado con toallas u otros elementos.

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 generalmente en frotar las manos con un antiséptico a base de alcohol o en lavarlas con agua y jabón (normal o antimicrobiano).

Jabón antibacterial: sustancia cuyas propiedades son capaces de eliminar agentesbacterianos o inhibir su crecimiento y/o proliferación.

Microbiota residente: población de microorganismos que habitan en la piel y

cumplen funciones de protección al cuerpo humano.

Microbiota transitorio: población de microorganismos que llegan a la piel por contacto directo con superficies contaminadas o por aerosoles.

Microorganismos potencialmente patógenos: poblaciones de bacterias, hongos, protozoos o virus que pueden generar enfermedades en el cuerpo humano.

Reservorio: cualquier animal, humano, planta, sustancia donde normalmente vive un agente infeccioso, del que depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un hospedero susceptible.

Condiciones generales

El lavado de manos es una actividad cotidiana muy importante que ayuda a evitar el contagio y transmisión de enfermedades**,** ya que las manos entran en contacto con diversos tipos de superficies durante el día y esto puede generar transmisión de microorganismos potencialmente patógenos (virus, bacterias, hongos, entre otros). Es por esto que, en los servicios sociales de atención de la SDIS, tanto el personal como los participantes de los servicios, deben realizar el lavado de manos en los momentos señalados siguiendo las indicaciones de este protocolo.

Indicaciones generales

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

Responsabilidades frente al lavado de manos en los servicios sociales dela SDIS

N°	Responsable	Acción
1	Coordinador, responsable dela unidad operativa	Garantizar la disponibilidad y suficiencia de los insumos necesarios para el lavado de manos, tales como jabón y toallas de papel. El alcohol glicerinado (gel) es opcional.
2	Profesionales en Nutrición, Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Maestras o responsable de la unidad operativa	Realizar acciones de información y capacitación para todo el recurso humano (incluyendo personal de servicios generales y servicios de alimentos) sobre la práctica y la importancia del lavado de manos. Realizar acciones de información y comunicación con padres de familia, cuidadores y/o participantes según corresponda, sobre la importancia de lavado de manos. Publicar en sitios visibles información relevante sobre la importancia del lavado de manos frecuente (piezas de comunicación en los sitios de lavado de manos). Aplicar, apoyar y verificar la implementación del protocolo de lavado de manos.

Momentos para el lavado de manos

En los servicios sociales de la SDIS se debe realizar el lavado de manos en los siguientes momentos:

Personal administrativo, pedagógico, asistencial

- Antes de iniciar las labores.
- Antes y después del contacto directo con los participantes.
- Entre dos actividades con los mismos participantes.
- Antes y después de administrar medicamentos (solo aplica para serviciossociales donde se realiza esta actividad).
- Antes y después de ir al baño.
- Antes y después de la atención asistida: administración de alimentos, baño, cambio de ropa, etc. (Solo aplica para servicios sociales donde se realiza esta actividad).
- Antes y después de manipular los alimentos.

- Al tener contacto con fluidos orgánicos, secreciones, excreciones.
- Al momento de cambio de pañal.
- Después de tener contacto con elementos contaminados.
- Después de sonarse la nariz, estornudar o toser.
- Al finalizar las actividades diarias.

Personal de servicios de alimentación

- Antes de iniciar las labores.
- Cada vez que salga y regrese al servicio de alimentación.
- Durante la preparación de los alimentos.
- Después de cambiar de actividad.
- Antes y después de ir al baño.
- Después sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocarse el cabello, la cara o el cuerpo.
- Antes y después de manipular los alimentos (recibo, clasificación, prealistamiento y almacenamiento).
- Durante la manipulación de alimentos de diferente origen, ejemplo pollo,queso, carnes, pescados, verduras, frutas, entre otros.
- Antes de realizar la actividad de servido y distribución de alimentos.
- Después de manipular cualquier material que pueda representar riesgo decontaminación para los alimentos.
- Después de las actividades de limpieza.
- Después de manipular residuos.
- Al finalizar las actividades diarias.

Personal de servicios generales

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

Participantes del servicio

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

Momentos para la fricción antiséptica (alcohol glicerinado)

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

Puede utilizarse:

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

Desarrollo del protocolo

A continuación, se muestran las infografías que describen 2 formas de hacer la higienización de las manos:

Higienización con agua y jabón

Pasos avalados y recomendados por la Organización Mundial de la Salud –OMS, con los cuales se garantizará la reducción y eliminación efectiva de los microorganismos potencialmente patógenos en las manos para evitar el desarrollo de enfermedades:



Fuente**:** Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora dela higiene de las manos.

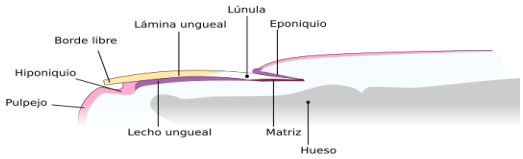
Desinfección con el uso de geles

A continuación, el procedimiento recomendado para la desinfección de las manos con el uso de geles y desinfectantes en seco a base de alcohol:



Fuente**:** Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora dela higiene de las manos.

2.3 PROTOCOLO DE CORTE DE UÑAS



OBJETIVOS

- Mantener las uñas y pies del paciente en unas condiciones de máxima higiene.
- Evitar infecciones y complicaciones

La uña es una estructura convexa de la piel localizada en las regiones distales de los dedos.

Las uñas están formadas principalmente por células muertas endurecidas que contienen queratina, una proteína fibrosa que el cuerpo produce de manera natural

Las uñas de las manos y de los pies están compuestas de:

Cuerpo o lámina ungueal: Es la estructura córnea que normalmente conocemos como uña; la porción dura y translúcida compuesta de queratina.

Matriz o raíz: Es la parte donde se origina el cuerpo ungueal, situada bajo la piel en su parte inferior.

Lúnula: Es la parte blanquecina en forma de medialuna que se observa casi siempre en la base del cuerpo ungueal. La lúnula es el final de la matriz y, por lo tanto, la parte visible de la uña viva, aunque no se ve en todos los dedos.

Lecho ungueal: Es el tejido conectivo adherente que se encuentra debajo del cuerpo ungueal y conecta con el dedo.

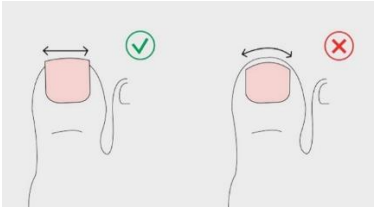
Hiponiquio: Es el tejido ubicado debajo del borde libre del cuerpo ungueal. Constituye un sello impermeable que protege el lecho ungueal de las infecciones.

Paroniquio: Es la estrecha franja del pliegue de la piel a los lados del cuerpo ungueal.

Eponiquio: Es la estrecha franja del pliegue de la piel que parece terminar en la base del cuerpo ungueal. A veces se confunde el término con cutícula o padrastro.

¿Cómo deben cortarse las uñas de los pies?

Las uñas de los pies es una de las rutinas más cotidianas de la higiene personal diaria. Pero, aunque muchos piensen que se trata de una labor sencilla y que no supone ningún problema, lo cierto es que existe una única técnica correcta con la que poder evitar problemas en las uñas como pueden ser inflamaciones, uñas encarnadas o infecciones.



Recomendaciones para cortar correctamente las uñas de los pies:

- En el caso de tener las uñas gruesas, se aconsejan meter los pies a remojo en agua tibia durante 10 o 15 minutos antes de proceder a cortárselas.
- Cortar las uñas en línea recta o cuadradas, nunca con curvatura para evitar las temidas y dolorosas uñas encarnadas. Es necesario que el corte se realice uno o dos milímetros, como mínimo, por encima del dedo.
- Las cutículas de los pies necesitan cuidados especiales, al igual que ocurre con las uñas de las manos. Hay que tener en cuenta que no se pueden cortar, ya que sirven para proteger la uña y las infecciones en los dedos.
- Emplea una lima de uñas suave para dejarlas lisas, respetando la forma del corte y evitando que queden picos.
- Al finalizar el corte, es importante hidratar las uñas y cutículas para proteger la piel y suavizarlas.

MATERIAL

- Guantes
- Toalla
- Corta uñas de la persona con discapacidad
- Crema hidratante.

PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Retirar esmalte de uñas con algodón impregnado con removedor
- Cortar las uñas y aplicar masaje con crema hidratante

- Retirarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Recoger todo el material utilizado.

OBSERVACIONES

- En los pies el corte de uñas será en línea recta.
- En las manos el corte de uñas será en línea ovalada.
- Evitar cortarlas demasiado.
- Especial vigilancia en diabéticos.
- Elevar los pies para mantener buena circulación sanguínea.
- Observar anomalías (úlceras, edemas) y registrar en notas de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

http://www.clinicadelpiemedinaparra.com/blog/podologo-malaga-corte-una/

2.4 PROTOCOLO DE LIMPIEZA DE OIDOS



OBJETIVO: Establecer un protocolo interno, para la realización de la limpieza del pabellón auricular de las personas con discapacidad del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11.

ALCANCE: Fomentar en los auxiliares de enfermería del centro integrarte la habilidad para la adecuada limpieza del oído de las personas con discapacidad, con el fin de mantener una adecuada salud auditiva.

DEFINICIONES:

- **CERUMEN**: Producto de la secreción de glándulas sebáceas y ceruminosas de la porción externa y cartilaginosa del conducto auditivo externo, que cubre en forma laminar la epidermis del conducto, proporcionando un medio ligeramente ácido y de acción bacteriostática. El recambio epitelial del conducto tiene una migración externa llevando consigo el cerumen evitando la acumulación. La formación de tapones puede ocurrir por: aumento de la secreción normal de la piel del conducto, obstáculo a nivel del canal del conducto, introducción del cerumen por manipulación externa.
- **COMPLICACIONES:** Son aquellas circunstancias previstas e imprevistas que se derivan de una enfermedad, ya sea por su inadecuado manejo o como parte de la evolución de la misma.
- **CUERPO EXTRAÑO**: Es todo aquel material ajeno que no corresponde conlas estructuras normales presentes en un órgano o tejido del cuerpo.
- **OTITIS**: es una inflamación del oído causada, generalmente, por una infección.
- El tipo más común de esta afección es la denominada otitis media, que está provocada
- por la inflamación del oído medio, que seencuentra en la parte posterior del tímpano
- **HIGIENE AUDITIVA:** Son las medidas de prevención para mejorar y/o mantener una adecuada audición y para aplazar su deterioro.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA LIMPIEZA DEL PABELLON AURICULAR

INDICACIONES

- Cuerpo extraño en el conducto auditivo externo.
- Cerumen impactado.
- Hipoacusia conductiva secundaria a los dos anteriores.

CONTRAINDICACIONES

- Otitis Media y Externa.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de otitis crónica y supurativa.
- Heridas recientes de tímpano y conducto auditivo externo.
- Presencia de cuerpos extraños que sean de difícil extracción por personal noespecializado.

EXTRACCIÓN DE CERUMEN

PREPARACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

- Solicite valoración por médico general de los conductos auditivos de la personacon discapacidad.
- De contarse con la indicación por parte de médico general se realizará limpieza con solución Salina
- Verifique que no existan circunstancias que contraindiquen el procedimiento.
- Realice la aplicación de gotas de glicerina carbonatada (3 a 5 gotas), 3 veces al día durante 5 a 7 días consecutivos hasta el día de la limpieza.

Procedimiento de Enfermería:

- Siente a la persona con discapacidad y póngale una toalla en el cuello.
- Lávese las manos y póngase guantes limpios.
- Realice la otoscopia.

• Cargue la jeringa otológica con Solución Salina al 0.9% sin dejar aire.

• Coloque una riñonera a nivel del hombro para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.

• Tracciones el pabellón auricular hacia arriba y atrás, para realizar la limpieza de la periferia y base de entrada del oído.

• Solicite al paciente que incline y sacuda la cabeza hacia el lado del procedimiento para sacar los restos de agua y cerumen.

• Realice la otoscopia para verificar la integridad del Conducto Auricular Externo, membrana timpánica y salida del material.

• Vigile signos de alarma por realización del procedimiento (Fiebre, dolor, inflamación de la región periférica del oído)

• Registre el procedimiento en la historia social de la persona con discapacidad. Siel tapón no sale después de tres aplicaciones de solución salina, repita el proceso dos días después e inicia la aplicación de Glicerina Carbonatada. Si no es posible la extracción del tapón tras los dos intentos se debe derivar nuevamente a valoración médica.
•Si durante la evaluación de enfermería o Fonoaudiología se detecta elementos extraños en el pabellón audito, es necesario remitir a la persona con discapacidad al servicio médico a fin de determinar la conducta a seguir.

RECOMENDACIONES

• Es aconsejable utilizar una crema de protección solar en la parte superior de laoreja o un sombrero. El índice de cáncer de piel en esta zona es muy alto.

• Luego de realizar actividades de acuaterapia es importante secar la parte deloído

• Vigilar que las personas con discapacidad no introduzcan objetos a sus oídos

•No realice la limpieza con copitos o elementos de algodón

BIBILIOGRAFIA

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocol os/TBE.04.pdf

https://www.saldarriagaconcha.org/consejos-para-cuidar-su-salud-auditiva/

2.5 PREVENCION DE PEDICULOSIS



PEDICULOSIS

(Parásitos - Piojos de la cabeza)

Estos piojos infestan la cabeza y el cuello y adhieren sus huevosen la base del tallo del cabello. Los piojos se arrastran, pero no pueden saltar ni volar.

Por lo general, la infestación por piojos de la cabeza se transmite por el contacto cercano de persona a persona. Los perros, los gatos y otras mascotas no tienen que ver en la transmisión de piojos humanos.

¿QUE ES?

El piojo de la cabeza, o Pediculus humanus capitis , es un insecto parásito que se puede encontrar en la cabeza, las cejas y las pestañas de las personas. Los piojos se alimentan desangre humana varias veces al día y viven cerca del cuero cabelludo humano. Se sabe que los piojos no transmiten enfermedades.

¿QUIEN ESTA EN RIESGO DE CONTRAER PIOJOS?

Los piojos se encuentran en todo el mundo. Los piojos se mueven arrastrándose; No pueden saltar ni volar. Los piojos se transmiten por contacto directo con el cabello de una persona infestada. Cualquier persona que entre en contacto directo con alguien que ya tiene piojos tiene mayor riesgo. La propagación por contacto con la ropa (como sombreros, bufandas, abrigos) u otros artículos personales (como peines, cepillos o toallas) utilizados por una persona infestada es poco común.

Los piojos tienen tres formas: el huevo (también llamado liendre), la ninfa y el adulto.

- **Huevo:** las liendres son huevos de piojos puestos por el piojo de la cabeza de la hembra adulta en la base del tallo del cabello más cercano al cuero cabelludo. Las liendres están firmemente unidas al tallo del cabello y son de forma ovalada y muy pequeña (aproximadamente del tamaño de un nudo en hilo) y difícil de ver. Las liendres a menudo aparecen amarillas o blancas, aunque las

liendres vivas a veces parecen ser del mismo color que el cabello de la persona infestada. Las liendres a menudo se confunden con la caspa, las costras o las gotas de laca para el cabello.

- **Ninfa:** Una ninfa es un piojo inmaduro que nace de la liendre. Una ninfa parece un piojo adulto, pero es más pequeña. Para vivir, una ninfa debe alimentarse de sangre. Las ninfas maduran hasta convertirse en adultas unos 9 a 12 días después de salir del cascarón.

- **Adulto:** el piojo adulto completamente desarrollado y desarrollado es aproximadamente del tamaño de una semilla de sésamo, tiene seis patas y es de color tostado a blanco grisáceo. Los piojos adultos pueden verse más oscuros en personas con cabello oscuro que en personas con cabello claro. Para sobrevivir, los piojos adultos deben alimentarse de sangre. Un piojo adulto puede vivir unos 30 días en la cabeza de una persona, pero morirá dentro de uno o dos días si se cae. Los piojos de las hembras adultas suelen ser más grandes que los machos y pueden poner unos seis huevos por día.

¿DONDE SE ENCUENTRAN LOS PIOJOS COMUUNMENTE?

Los piojos y las liendres se encuentran casi exclusivamente en el cuero cabelludo, particularmente alrededor y detrás de las orejas y cerca del escote en la parte posterior de la cabeza.

SIGNOS Y SINTOMAS DE INFESTACION POR PIOJOS

- Sensación de cosquilleo de algo moviéndose en el cabello.
- Picazón, causada por una reacción alérgica a las picaduras del piojo de la cabeza.
- Irritabilidad y dificultad para dormir; Los piojos son más activos en la oscuridad.
- Llagas en la cabeza causadas por rascarse. Estas llagas a veces pueden infectarse con bacterias que se encuentran en la piel de la persona.

¿COMO CONTRAER PIOJOS?

El contacto de cabeza a cabeza con una persona ya infestada es la forma más común de contraer piojos.
Aunque es poco común, los piojos se pueden transmitir al compartir ropa o pertenencias. Esto sucede cuando los piojos se arrastran o las liendres se adhieren

a la escotilla del cabello y se suben a la ropa o pertenencias compartidas. Ejemplos incluyen: Compartir ropa (sombreros, bufandas, abrigos, uniformes deportivos) o artículos (cintas para el cabello, broches, peines, cepillos, toallas, peluches) usados recientemente o utilizados por una persona infestada.

PREVENCIÓN Y CONTROL

Los piojos se transmiten con mayor frecuencia por contacto directo de cabeza a cabeza(pelo a pelo). Los piojos sobreviven menos de 1 a 2 días.

Los siguientes son pasos que se pueden tomar para ayudar a prevenir y controlar lapropagación de los piojos:

- Evite el contacto de cabeza a cabeza (pelo a pelo)
- No comparta ropa como sombreros, bufandas, abrigos, uniformes deportivos, cintas para el cabello o pasadores.
- No comparta peines, cepillos o toallas. Desinfecte los peines y cepillos utilizados por una persona infestada sumergiéndolos en agua caliente durante 5 a 10 minutos.
- No se acueste en camas, sofás, almohadas, alfombras o peluches que hayan estado en contacto recientemente con una persona infestado.
- Revisar con especial cuidado la zona de la nuca y detrás de las orejas, ya que son los lugares más comunes para encontrar piojos debido a que son las zonas más cálidas de la cabeza.
- Sentar a la persona a revisar, a una altura que nos permita visualizar el cabello lo mejor posible.
- Se realizará revisión de cabello una vez al mes y se aplicara pio derm plus para control y prevención de la pediculosis en las personas con discapacidad.
- Adicional, se utilizará el pio derm cuando sea necesario. En caso de presentarse un evento se aplicará pioderm plus tres días consecutivos, se enjuagará con abundante agua, peinar el cabello con un peine para piojos, utilizar un gorro de ducha mientras actúa el producto.

3. PROCESO DE CUIDADOS DE LA PIEL.

3.1 CAMBIOS POSTURALES



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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

Personal auxiliar de enfermería

RECURSOS MATERIALES:

Almohadas.
Sabanas de movimiento
Barandillas

TECNICA DE EJECUCION:

- Proteger la intimidad de la persona
- Frenar las ruedas de la cama
- Colocar la cama en posición horizontal
- Colocarse a ambos lados de la cama
- Dependiendo del peso de la persona, se necesitaría de 1 o 2 personas para

realizar la movilización y el cambio de posición.

- Una vez que hayamos decidido la nueva postura en la cual se va a dejar ala persona, actuar al unisonó, tirando de la sabana hasta colocarla en la posición deseada, evitando tirones y movimientos bruscos.
  - En el caso en que la postura adoptada por la persona sea decúbito lateral, nos ayudaremos de almohadas que colocaremos bajo la espalda para evitar que involuntariamente adopte la posición decúbito dorsal.
  - Así mismo colocaremos almohadas en puente, en el costado de la persona,una almohada entre las piernas que deberán estar flexionadas, para evitarel roce entre ellas y una almohada para evitar el contacto de los talones conel colchón.
  - Nos aseguraremos que la sabana este bien estirada y de que no existen arrugas.
  - Colocar barandillas de seguridad. incorporar la cama.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse al horario de cambio de postura (generalmente cada 1 o 2 hr) respetando las horas de sueño y a necesidad de la persona según su fisiología, patologías de base o estados anímicos o comportamental.
- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Tener en cuenta diagnóstico y patología de la persona para evitar posturas que pudieran ser nocivas para su condición de salud.
- En algunos casos el cambio postural nos puede facilitar el drenaje de secreciones respiratorias.
- El personal que realiza el cambio postural, debe adquirir una postura sana para evitar lesiones de espalda, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

REGISTROS:

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

3.2 CAMBIO DE PAÑAL



OBJETIVO

Generar bienestar y confort en las personas con discapacidad que por sus patologías de base no logran generar un control de esfínteres y requieren de la utilización de pañal.

Dar manejo ambientalmente seguro a los residuos generados por pañales desechables en las sedes de la SDIS, con el fin de controlar y minimizar la propagación de virus, bacterias o enfermedades

Glosario.

Manejo: Es el conjunto de actividades que se realizan desde la generación hasta la eliminación del residuo o desecho sólido. Comprende las actividades de separación en la fuente, presentación, recolección, transporte, almacenamiento, tratamiento y/o la eliminación de los residuos o desechos sólidos.

Pañal: Tira o braga de material absorbente, generalmente celulosa, que se coloca entre las piernas de un bebé, o de una persona con incontinencia, para retener la orina o los excrementos.

Residuo o desecho sólido: Es cualquier objeto, material o sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que el generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, con valor económico o disposición final.

Residuos biosanitarios: Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas

para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, laminillas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, toallas higiénicas, pañales o cualquier otro elementodesechable.

Residuo o desecho peligroso: Es aquel que por sus características infecciosas, tóxicas, explosivas, corrosivas, inflamables, volátiles, combustibles, radiactivas o reactivas puedan causar riesgo a la salud humana o deteriorar la calidad ambiental hasta niveles que causen riesgo a la salud humana. También son residuos peligrosos aquellos que sin serlo en su forma original se transforman por procesos naturales en residuos peligrosos. Así mismo, se consideran residuos peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.

Residuos Infecciosos o de riesgo biológico: Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles.

SDIS: Secretaria Distrital de Integración Social.

Separación o segregación en la fuente: Es la clasificación de los residuos en el sitio donde se generan para su posterior generación.

Servicio ordinario de aseo: Es la modalidad de prestación de servicio público domiciliario de aseo para residuos sólidos de origen residencial y para otros residuos que pueden ser manejados de acuerdo con la capacidad de la persona prestadora del servicio de aseo y que no corresponden a ninguno de los tipos de servicios definidos como especiales. Está compuesto por la recolección, transporte, transferencia, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos originados por estas actividades.

Usuario: Es la persona natural o jurídica que se beneficia con la prestación de un servicio público, bien como propietario del inmueble en donde este se presta, o como receptor directo del servicio.

FRECUENCIA PARA EL CAMBIO DE PAÑAL

El cambio del pañal debe hacerse siempre que la persona este sucio o lo necesite, al menos 4 veces al día, y cuantas veces se requiera. Es recomendable usar un pañal adaptado al tamaño de la persona. (Tallas M y L).

PASOS PARA CAMBIAR UN PAÑAL CON LA PERSONA DE APOYO GENERALIZADO EN CAMA:

No	Actividad/ elemento	Descripción	Responsable
1	Pañales	Salida del almacén	Auxiliar de enfermería
2	Pañales	Entrega de pañales a auxiliares de enfermería de grupo	Auxiliar de enfermería
3	Documento	Conocer el instructivo o área donde se realizara el cambio depañal	Predio
4	Lavado de manos	Realizara el lavado de manos el auxiliar de enfermería encargado de realizar la actividad antes y después de la Actividad	Auxiliar de enfermería
5	Guantes limpios	El auxiliar de enfermería realizara la colocación de guantes limpios	Auxiliar de enfermería
6	Área de cambio de pañal	El auxiliar de enfermería realizara el traslado de lapersona al área destinada para el cambio de pañal	Auxiliar de enfermería
7	Elementos de cambio de pañal	Para realizar el cambio de pañalel auxiliar de enfermería deberá dejar el kit de cambio de pañal que contiene los siguientes materiales (funda anti fluidos, pañal según la talla requerida,papel higiénico, aspersor con agua, aspersor con mezcla de hipoclorito a 500 ppm donde se toma 100 cc de agua y 10 cc de hipoclorito, crema hidratante.)esta acciones debe hacer antes de realizar el traslado de la persona	Auxiliar de Enfermería
8	Organización del área	El auxiliar de enfermería organizara la camilla destinada para realizar la acción cubriéndola con una funda anti fluidos de fácil limpieza y dejando los materiales requeridos cerca para la evitar desplazamientos innecesariosque puedan generar que la persona quede sola, acción que puede significar riesgo de caída	Auxiliar de Enfermería

9	Ubicación de la persona	El auxiliar de enfermería realizara la ubicación de la persona en la camilla la cual está cubierta con la funda anti fluidos.	Auxiliar de Enfermería

PAÑAL CON ELASTICOS : POSICION ACOSTADO



- Poner a la persona de lado.
- Someter el pañal debajo de la cadera
- Colocar la parte posterior del pañal a la altura de la cintura.
- Girar a la persona y colocarlo boca arriba.
- Meter el pañal entre las piernas
- Ajustar los elásticos a la entrepierna.
- Desplegar los adhesivos de la parte posterior, y pegarlos sobre la parte anterior ajustándolos a la cintura.

PAÑAL CON ELASTICOS: POSICION DE PIE



- Colocar el pañal con la parte de los adhesivos en la parte dorsal, a la alturade la cintura.
- Pasar el pañal entre las piernas
- Ajustarlo de forma que los elásticos queden en la entrepierna.
- Desplegar los adhesivos y fijarlos sobre la parte anterior.
- Ajustar el pañal a la cintura.

RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE :

- Antes de empezar el procedimiento, lávese las manos, séquelas y colóquese los guantes.
- Antes de colocar los pañales, a la persona asegúrese de limpiar

sus genitales realizando aspersión de agua y si es el caso realizar baño de genitales.

- Utilice papel higiénico para un solo uso.
- Asegúrese de dejar la piel **seca** y limpia.
- Utilice cremas protectoras (las cremas actúan como barrera, especialmente diseñadas para la prevención de las lesiones en la piel que causa la exposición prolongada a la orina o heces).
- Preste atención a las zonas más sensibles, genitales y pliegues inguinales.
- Si es una mujer, el aseo se debe realizar de adelante hacia atrás, paraprevenir infecciones.
- Si es un varón el aseo habrá que hacerlo retirando hacia atrás el prepucio,y de adelante hacia atrás.

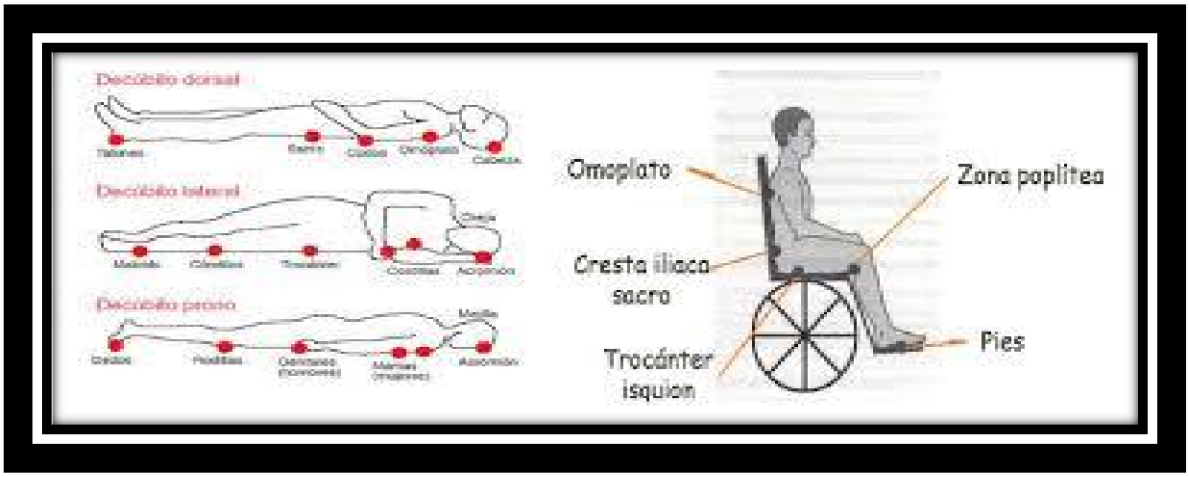
RECOMENDACIONES GENERALES

- cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire.
- Comprobar la temperatura del agua con la que se realizara aspersión
- Tenga en cuenta los tiempos de nutrición para no causar reflujos en lapersona cuando lo movilice.
- Cuando la persona este eliminando, dele el tiempo suficiente para hacerlo;ayúdelo con masajes abdominales.
- cierre las cortinas y puertas del área donde se realizará el cambio de pañalpara preservar la intimidad de la persona.
- Se recomienda rasurar a las personas, ya que el vello púbico con los restosde heces fecales y orina incrementa las infecciones.
- Recoja los elementos que utilizo para el procedimiento, deseche lo que nosirve y deje el área en perfectas condiciones.

CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE LOS PAÑALES

Tiempo de absorción. ante la descarga de orina, el pañal debe absorber rápidamente para que no tengan lugar escurrimientos. Algunas marcaspresentan tiempos de absorción muy variables, lo que significa que lacalidad del producto no se controla adecuadamente.
Capacidad de absorción. Se refiere a la cantidad de orina que un pañal puede absorber sin escurrirse. La capacidad de absorción fue considerada baja en los pañales que absorbieron menos de 500 ml, mediana en el caso de los que absorbieron entre 500 y 800 ml, y alta para los que absorbieron más de 800 ml.
Capacidad para mantener seca la superficie. Se refiere a la comodidad. entre menor sea la cantidad de orina que regresé a la superficie interna del pañal, la persona se sentirá más seco.
Resistencia de los materiales. Esto es, la resistencia de los materiales para soportar las fuerzas de estiramiento a que será sometido el pañal durante su uso.

3.3 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION Y ESCARAS



Justificación

Teniendo en cuenta las características de la población de los **CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 11** y los riesgos de presentar zonas de presión, es importante diseñar un protocolo para el conocimiento del personal de enfermería y cuidadores, destacando las medidas de prevención y el manejo integral de las mismas, que me permitan un abordaje de la situación de riesgo de úlcera por presión y disminuir la aparición.

Objetivo.

Orientar al personal auxiliar de enfermería que labora en el **CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA GRUPO 11**, acerca del manejo con las personas con discapacidad que presenten algún tipo de ulcera por presión y disminuir el riesgo de la misma.

Objetivos específicos.

- Dar manejo adecuado y oportuno a la persona con discapacidad que presente algún tipo de zona de presión.
- Disminuir el riesgo de infección cruzada y las complicaciones.
- Tener una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones frente al 3.ameno integral de la misma.

Consideraciones generales sobre úlceras por presión

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacente, con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Clasificación de UPP

Según afectación de la piel:

GRADO I: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión. Afecta a la epidermis.

GRADO II: Lesión dérmica, piel agrietada. Afecta a la epidermis y dermis superficiales. Son dolores.

GRADO III: Ulceración. Llega incluso a la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto portejido necrótico. El dolor comienza a disminuir.

GRADO IV: Pérdida de sustancia y enclavamiento, dejando en ocasiones ver las Estructuras Óseas. El paciente no siente dolor.

Localizaciones más frecuentes de las UPP

Se suelen producir en los puntos de apoyo del cuerpo que coincide con las prominencias o rebordes óseos. Sacro, Talón, Maléolos externos, Glúteos, Trocánteres, Omóplatos, Isquion, Occipucio, Codos, Crestas Iliacas, Orejas, Rodillas.

Factores que Influyen en la aparición de las UPP

Fisiopatológicos: Como consecuencias de diferencias problemas de salud (lesionas cutáneas, trastornos en el transporte de oxígeno, alteración de estado deconciencia, alteraciones del aparato locomotor, alteración de la sensibilidad, alteración metabólica, alteración nutricional, déficit inmunológico y fármacos).

Derivados de tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos, diagnósticos (inmovilidad impuesta, afectación mecánica: fuerza de cizallamiento, fricción, presión, sondajes, etc.).

Situacionales: Resultado de modificaciones de las condiciones personales (inmovilidad, humedad, sudoración excesiva, arrugas en la ropa, exceso o defecto de higiene).

Del desarrollo: Por la edad son más vulnerables, por tener la piel más fina, inmovilidad relativa, posible incontinencia, etc.

Valoración del riesgo de UPP

La identificación de nivel de riesgo de presentar una UPP se realiza mediante la aplicación sistemática de una escala de valoración.

Escala de Norton: (1962) es la más ampliamente utilizada en nuestro medio sanitario. Esta escala contempla varios factores que son determinantes a la hora de realizar unos cuidados asistenciales para evitar la aparición de úlcera; debe de utilizarse de forma continuada y la frecuencia de revaloración dependerá de los cambios en las condiciones del usuario y su entorno.

Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1.Doble incontinencia

Con esta escala podemos obtener una puntuación entre 5 y 20, pudiendo clasificar el nivel de
Riesgo en:

- Índice de 5 a 11: riesgo muy alto.
- Índice de 12 a 14: riesgo evidente.
- Índice › 14: mínimo riesgo / no-riesgo.

Diagnósticos de enfermería

- Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de integridad cutánea: alteración de la epidermis o dermis o ambas.
- Deterioro de integridad tisular o de tejidos subcutáneos.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS.

La mayoría de las UPP pueden prevenirse, un 95% son evitables.

Cuidado Integral:
Movilidad.

Actividades de Enfermería:

- Valoración de deterioro de la movilidad.
- Intentar en todo momento de mantener la alineación corporal.
- Evitar el roce de prominencias óseas entre sí.
- Cambios de posición frecuentes: a mayor peso, mayor frecuencia.
- En posición sentada levantar cada 2 horas.

• Fomentar los ejercicios pasivos, asistidos de acuerdo a las necesidades de lapersona.
• informar observaciones

Higiene.

Tareas de Enfermería:

- No dar jabón en las UPP (cubrirlas).
- Aclarar con agua para quitar el jabón que debe ser neutro.
- Secar muy bien con especial atención de los pliegues cutáneos.
- Hidratación corporal extendiendo la crema, no dar masajes. Sí hidratamos con aceites o vaselina líquida extenderlas antes de secar.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes (romero, colonia.) ya que resecan.
- informar observaciones.

Incontinencia.
Actividades de Enfermería:

- Valoración de Incontinencia, manejando estrictamente los horarios establecidospara el control.
- En cada cambio de pañal, lavar e hidratar.
- Utilizar cremas de barrera para las zonas expuestas.

Nutrición.

- Aporte de líquido mínimos al día, según indicación.
- Sí, hay problemas de deglución: informar.
- Comunicar exceso o defecto de ingesta de alimentación.

Iatrogénica.
Son úlceras que se producen por el roce continuo de un determinado instrumental imprescindible para su tratamiento Ej.: en las orejas; por las gomas de las gafas, muñecas por sujeción mecánicas, sondas urinarias, etc.

PROTECCIÓN DE ZONAS DE RIESGO

- Valoración el uso de dispositivos especiales de apoyo que sirven para aliviar la presión; que pueden ser estáticas y dinámicas. (Piel de cordero sintético (borreguito), cojines de silicona y látex siempre protegido por la piel de cordero por hipotermia, taloneras, coderas, cojines de aire alternante).
- Proteger las prominencias óseas en usuarios con sujeción mecánica.
- Instruir al cuidador acerca de signos de pérdida de integridad de la piel.

Tareas de Auxiliar de Enfermería:

- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Vigilar las zonas más frecuentes de UPP; Sacro, talones y trocánteres.
- Nunca utilizar ningún soporte que tenga forma de rueda o flotador.
- Se debe seguir realizando cambios posturales secuenciales, aunque se disponga del mejor soporte preventivo.
- Los calcetines de algodón no quitan presión, sirven para evitar situaciones defricción.
- No utilizar apósitos adhesivos, para proteger ante riesgo de UPP.
- Control y conservación de dispositivos de apoyo: limpieza y protección.

Tratamiento de UPP

El abordaje terapéutico de UPP se iniciará del cuidado preventivo e integral de la piel, limpieza e hidratación, estimulación de tejido.

MANEJO LESIONES DE PIEL

Úlceras Vasculares:

Se producen por un trastorno circulatorio periférico de las extremidades, más frecuentemente de las inferiores.

Los mecanismos principales por los que estas úlceras se producen son:

- El obstáculo a la circulación de retorno por una obliteración de la vía venosa profunda y/o por incompetencia de las válvulas venosas: origen de las úlceras venosas.
- Isquemia arterial: origen de las úlceras arteriales.

Ulceras Venosas

Características:

- Lesión dérmica de flebostasis (atrofia blanca, hiperpigmentación)
- La piel tiende a presentar dermatitis eccematosa.
- Unilateral, en caso de ser múltiples tienden a unirse entre sí.
- Contornos irregulares.
- Superficiales.
- Secreción variable.
- Capacidad de sobreinfección.
- Tienden a aumentar de tamaño.

Localización:

- Tercio inferior de la extremidad.
- Preferentemente en cara interna por encima del maléolo o retro maleolar.

Úlceras Arteriales o Isquémicas.

Características:

-Tamaño pequeño.
- Bordes bien definidos.
- Dolor intenso.
- Tendencia a profundizar.
- Carencia o escasez de tejido de granulación.
- Piel circundante sin vello y atrofiada.

Localización:

-Entre los dedos de los pies o en la punta de éstos. - Zona pretorial. - Talón.
- Elevar los pies de la cama con tacos.

Evitar:

- Permanecer de pie inmóvil mucho tiempo.
- Indumentarias apretadas (pantalones, fajas, ligas, medias) que dificulten elretorno venoso.
- Traumatismos.
- Exceso de peso.
- Exposiciones prolongadas al sol.

Prevención de las úlceras arteriales:

- Ejercicio regular durante 30´a 60´ (caminar…). Contraindicado cuando hay untrastorno cardio-respiratorio importante o signos de isquemia severa.
- Protección de la piel para evitar las úlceras y las infecciones:
- Evitar traumatismos en los pies.
- Utilizar zapatos cómodos (no abiertos).
- No exponer los pies a temperaturas excesivamente altas o bajas.
- Cuidado meticuloso de las uñas (corte a necesidad)
- Tratamiento médico de las infecciones.
- No utilizar esparadrapos ni vendas adhesivas.
- Controlar los niveles de colesterol y ácido úrico.
- Evitar ropas compresivas.
- Mantener los pies limpios y secos.

4. ACTIVIDADES DE BUENAS PRACTICAS EN ENFERMERIA DURANTE LA ATENCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



4.1 PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS



Objetivo del protocolo

Establecer criterios para la higienización de las manos del personal y de los participantes de los diferentes servicios sociales de atención de la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS, con el fin de disminuir las infecciones, prevenir la diseminación y así evitar la transmisión de microorganismos potencialmente patógenos de persona a persona.

Marco conceptual

Antisepsia: conjunto de procedimientos destinados a combatir, prevenir y controlar la contaminación con microorganismos infecciosos.

Antiséptico a base de alcohol: preparado (líquido, gel o espuma) que contiene alcohol, destinado a la higiene y antisepsia de las manos.

Cuidado de las manos: consiste en las acciones que disminuyen el riesgo de irritación o deterioro de la piel.

Fluido corporal: cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo como (orina, heces, vómito, sangre, secreciones, saliva, mucosidades, lágrimas, cerumen)

Fricción antiséptica: consiste en aplicar, mediante frotado de las manos, un antiséptico para manos, buscando reducir o inhibir la propagación de los microorganismos presentes en las mismas, sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjugado o secado con toallas u otros elementos.

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 generalmente en frotar las manos con un antiséptico a base de alcohol o en lavarlas con agua y jabón (normal o antimicrobiano).

Jabón antibacterial: sustancia cuyas propiedades son capaces de eliminar agentes bacterianos o inhibir su crecimiento y/o proliferación.

Microbiota residente: población de microorganismos que habitan en la piel y cumplen funciones de protección al cuerpo humano.

Microbiota transitorio: población de microorganismos que llegan a la piel por contacto directo con superficies contaminadas o por aerosoles.

Microorganismos potencialmente patógenos: poblaciones de bacterias, hongos, protozoos o virus que pueden generar enfermedades en el cuerpo humano.

Reservorio: cualquier animal, humano, planta, sustancia donde normalmente vive un agente infeccioso, del que depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un hospedero susceptible.

Condiciones generales

El lavado de manos es una actividad cotidiana muy importante que ayuda a evitar el contagio y transmisión de enfermedades, ya que las manos entran en contacto con diversos tipos de superficies durante el día y esto puede generar transmisión de microorganismos potencialmente patógenos (virus, bacterias, hongos, entre otros). Es por esto que en los servicios sociales de atención de la SDIS, tanto el personal como los participantes de los servicios, deben realizar el lavado de manos en los momentos señalados siguiendo las indicaciones de este protocolo.

Indicaciones generales

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

N°	Responsable	Acción
1	Coordinador, responsable dela unidad operativa	Garantizar la disponibilidad y suficiencia de los insumos necesarios para el lavado de manos, tales como jabón y toallas de papel. El alcohol glicerinado (gel) es opcional.

2	Profesionales en Nutrición, Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Maestras o responsable de la unidad operativa	Realizar acciones de información y capacitación para todo el recurso humano (incluyendo personal de servicios generales y servicios de alimentos) sobre la práctica y la importancia del lavado de manos. Realizar acciones de información y comunicación con padres de familia, cuidadores y/o participantes según corresponda, sobre la importancia de lavado de manos. Publicar en sitios visibles información relevante sobre la importancia del lavado de manos frecuente (piezas de comunicación en los sitios de lavado de manos). Aplicar, apoyar y verificar la implementación del protocolo de lavado de manos.

Momentos para el lavado de manos
En los servicios sociales de la SDIS se debe realizar el lavado de manos en los siguientes momentos:

Personal administrativo, pedagógico, asistencial

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

Personal de servicios de alimentación

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

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

Personal de servicios generales

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

Participantes del servicio

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

Momentos para la fricción antiséptica (alcohol glicerinado)
Este procedimiento NO reemplaza el lavado de manos; se recomienda utilizarlo mientras no se haya tenido contacto con sangre, secreciones o fluidos corporales, no se haya manipulado material contaminado o tenido contacto con participantes potencialmente infectados.

Puede utilizarse:

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

Desarrollo del protocolo

A continuación, se muestran las infografías que describen 2 formas de hacer la higienización de las manos:

Higienización con agua y jabón

Pasos avalados y recomendados por la Organización Mundial de la Salud – OMS, con los cuales se garantizará la reducción y eliminación efectiva de los microorganismos potencialmente patógenos en las manos para evitar el desarrollo de enfermedades:



Fuente**:** Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora dela higiene de las manos.

Desinfección con el uso de geles

A continuación, el procedimiento recomendado para la desinfección de las manos con el uso de geles y desinfectantes en seco a base de alcohol:



Fuente**:** Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora dela higiene de las manos.

4.2 PROCESO DE RONDAS DE ENFERMERÍA



OBJETIVO GENERAL

Garantizar la continuidad, calidad y seguridad en la atención al paciente o usuario, mediante la observación directa, seguimiento clínico y detección temprana de cambios en su estado.

FRECUENCIA DE LAS RONDAS

Depende del tipo de unidad, pero generalmente:

- **Rondas cada 2 horas** por las diferentes casas.
- **Rondas específicas:** Al inicio y final de turno.

RESPONSABLES

- Enfermeros/as responsables del turno.
- Auxiliares de enfermería acompañan en funciones de apoyo, observación y asistencia directa.
- En algunos centros, participan técnicos o estudiantes supervisados.

DESARROLLO DEL PROCESO DE RONDA

1. PREPARACIÓN

- Revisar el parte clínico, registros anteriores y plan de cuidados.
- Verificar material necesario (tensiómetro, pulsioxímetro, hojas de registro y demás).
- Organizarse por zonas o habitaciones asignadas.

2. EJECUCIÓN DE LA RONDA

Durante la visita a cada participante se debe:

🛏 Valoración general

- Nivel de conciencia, estado emocional, presencia de dolor.
- Postura en cama, nivel de movilidad, signos de incomodidad.

💊 Seguimiento de tratamientos

- Verificar cumplimiento de medicación oral o tópica.
- Control de signos vitales.

□ Revisión del entorno y confort

- Asegurar posición correcta, higiene del entorno.
- Verificar que no haya riesgo de caídas o deslizamientos.
- Comprobar pañales o bolsas de colostomía limpias.

📊 Detección de cambios clínicos

- Observar signos de deterioro: fiebre, palidez, disnea, agitación, sudoración.
- Notificar al equipo de enfermería de incidencias detectadas.

3. REGISTRO Y COMUNICACIÓN

- Documentar todos los hallazgos y actuaciones en los formatos de salud correspondiente.
- Registrar signos vitales, intervenciones realizadas y cambios observados.
- Informar oralmente en los relevos de turno si es necesario.

☑ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA RONDA

Tipo de Ronda	Objetivos principales
Ronda de inicio de turno	Verificar estado general, identificar prioridades.
Ronda nocturna	Garantizar descanso, prevención de úlceras, confort térmico.
Ronda conjunta con auxiliares	Coordinar higiene, cambios posturales, control de eliminaciones.

🧠 BUENAS PRÁCTICAS

- Llamar a la persona con discapacidad por su nombre.

- Respetar su intimidad.
- Incluir al participante en el proceso: preguntar cómo se siente.
- Documentar todo de forma clara y objetiva.
- Mantener comunicación efectiva con el equipo multidisciplinar.

RESPONSABLES

- **Supervisión:** Enfermero jefe y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos.
- **Ejecución:** Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería en sus respectivos turnos.

DESARROLLO DEL PROCESO

JORNADA DIURNA

Hora	Actividad
06:00	Higiene mayor y menor. Administración de medicamentos.
07:30	Organización en el comedor.
08:00	Suministro de desayuno, entrega de medicamentos, cepillado de dientes.
09:00	Organización en grupos para actividades según cronograma.
10:00	Control de signos vitales y de esfínteres.
10:30	Suministro de onces.
11:20	Cambio de pañal y control de esfínteres.
12:00	Suministro de alimentos, apoyo en higiene menor, lavado de manos y cepillado de dientes.
13:30	Cambios posturales según indicación.
14:00	Suministro de medicamentos.
14:30	Organización para actividades según cronograma.
15:30	Suministro de refrigerio.
16:30	Organización en comedor y control de esfínteres.
17:30	Suministro de dietas.
18:00	Cambio de pañal, control de esfínteres, cambio de ropa y acostar a las personas en sus habitaciones.

Nota: Durante todo el turno se realizan **rondas de seguridad periódicas**, así como **acompañamiento activo** a las actividades del plan de intervención definido por el equipo interdisciplinario.

JORNADA NOCTURNA

Hora	Actividad
18:00	Recepción de turno. Verificación del estado de salud y novedades.
20:00	Administración de medicamentos y onces nocturnas. Registro correspondiente.

Hora	Actividad
21:00	Doblado y acomodación de ropa en lockers.
22:00	Ronda de enfermería. Control de esfínteres, cambio de pañal y cambio postural según necesidad.
23:00	Finalización de arreglo de ropa, alistamiento de ropa y toallas.
00:00	Ronda de enfermería. Control de esfínteres y cambio de posición.
02:00	Ronda de enfermería. Cambio de posición.
04:00	Ronda de enfermería.
05:40	Administración de medicamentos según orden médica. Alistamiento de kits de aseo para la higiene mayor
06:00	Inicio de higiene mayor y menor (hombres y mujeres). Organización de habitaciones y kits de aseo.
06:00	Entrega de turno y ronda final por los espacios del centro.

🚑 TRASLADOS POR URGENCIA

En caso de que una persona presente alguna novedad de salud que requiera **traslado a un centro médico**, un auxiliar enfermero/a del turno **acompañará el traslado**, garantizando la continuidad del cuidado y la seguridad de la persona.

4.3 PROCESO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA



PROCESO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA

Centro Integrarte Atención Interno – Grupo 11

🕮 DEFINICIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se realiza el **intercambio de información verbal y escrita entre el personal de enfermería saliente y entrante**, sobre el estado de salud, evolución, cuidados realizados y pendientes de las personas con discapacidad. Este proceso permite priorizar intervenciones, garantizar la continuidad del cuidado y mantener la eficiencia del servicio.

👥 RESPONSABLES

- Profesional de enfermería
- Auxiliares de enfermería

Ambos deben estar presentes y participar de forma activa en la entrega y recepción del turno.

👤 POBLACIÓN OBJETIVO

80 personas con discapacidad que residen en el **Centro Integrarte Atención Interno Grupo 11**, con necesidades de apoyo extenso y generalizado.

EQUIPO NECESARIO

- Libro o formato de registro de turno
- Bolígrafo de tinta negra

DESCRIPCIÓN GENERAL

El personal que recibe el turno deberá obtener **toda la información actualizada** sobre:

- El estado general de las personas con discapacidad
- Eventos clínicos o conductuales relevantes
- Medicamentos administrados y pendientes
- Cuidados realizados y por realizar
- Observaciones específicas por participante.
- Controles programados

Este procedimiento debe desarrollarse de forma **estructurada, completa y con comunicación clara y precisa**.

PROCEDIMIENTO

1. **Inicio del proceso**
    - Recibo y entrega del turno puntual del personal saliente y entrante.
2. **Observación general**
    - Reporte verbal del estado general del grupo.
    - Mención detallada de **novedades clínicas, conductuales o de cuidado**.
3. **Recorrido por las áreas**
    - Se realiza un **recorrido conjunto por todas las habitaciones y espacios del servicio**.
    - Entrega **de las personas con discapacidad**, incluyendo:
        - Estado de conciencia y signos vitales.
        - Medicamentos administrados y pendientes
        - Cuidados de enfermería realizados y por hacer (limpieza de heridas, higiene, alimentación, etc.)
        - Cambios de pañal, control de esfínteres, posicionamiento
        - Comportamientos relevantes o alteraciones detectadas
        - Plan de intervención individualizado (si corresponde)
4. **Controles y actividades pendientes**
    - Informar sobre:
        - Citas médicas
        - Controles de laboratorio
        - Requerimientos especiales
        - Observaciones del equipo interdisciplinario
5. **Registro escrito**
    - Anotar en el **libro de registro**:
        - Fecha y hora (en formato militar)
        - Detalles del turno saliente
        - Firma legible del personal saliente y entrante

☑ RECOMENDACIONES PARA UNA ENTREGA EFICIENTE

- Realizar el proceso **de forma ordenada y sin interrupciones**.
- Brindar **información clara, concisa y relevante**.
- Utilizar **terminología profesional**.
- **No omitir datos importantes**, especialmente en casos críticos.
- Mantener actitud profesional, respetuosa y colaborativa.
- Asegurar **puntualidad en la entrega y recepción de turno**.
- Usar **tinta negra**, evitar tachones y registrar todo en letra clara.

🗐 BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Procedimientos de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2003.

4.4 BUENAS PRACTICAS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS



BUENAS PRÁCTICAS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Centro Integrarte Atención Interno – Grupo 11

🕮 DEFINICIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se introducen sustancias medicamentosas al organismo por diferentes vías (oral, tópica, parenteral, entre otras) con **fines terapéuticos, diagnósticos, paliativos o restaurativos**, garantizando seguridad, eficacia y continuidad del tratamiento médico.

👥 POBLACIÓN OBJETIVO

Personas con discapacidad del **Centro Integrarte Atención Interno Grupo 11**, bajo tratamiento médico supervisado.

👩‍⚕️ RESPONSABLES

- Profesional de Enfermería
- Auxiliar de Enfermería

🔑 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El suministro de medicamentos tiene como finalidad **producir efectos terapéuticos** (curativos, paliativos, restaurativos o de apoyo al diagnóstico). Debe ser realizado con rigurosidad, respetando las **normas de bioseguridad** y aplicando los **principios éticos y técnicos de la profesión**.

☑ RECOMENDACIONES GENERALES

- Aplicar siempre la **norma de los 10 correctos**:
    1. Paciente correcto
    2. Medicamento correcto
    3. Dosis correcta
    4. Hora correcta
    5. Vía correcta
    6. Registro correcto
    7. Indicaciones correctas
    8. Forma farmacéutica correcta
    9. Respuesta de la paciente correcta
    10. Educación a la paciente correcta
- Realizar **lavado de manos** antes y después del procedimiento.
- Usar **elementos de protección personal** (guantes, mascarilla, etc.).
- No devolver medicamentos no utilizados al envase original.
- Notificar **inmediatamente al profesional de enfermería** si se comete un error en la administración.
- Observar posibles **reacciones adversas** y registrar cualquier novedad.

🗂 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

🕮 DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se introducen medicamentos por vía enteral (oral o sublingual), en forma sólida o líquida, para que se absorban en el tracto gastrointestinal y ejerzan su efecto en el organismo.

👥 POBLACIÓN OBJETIVO

Personas con discapacidad del **Centro Integrarte Atención Interno Grupo 11**.

👩‍⚕️ RESPONSABLES

- Enfermera
- Auxiliar de enfermería

EQUIPO NECESARIO

- Orden médica escrita
- Medicamento prescrito
- Vaso con agua potable
- Mascarilla
- Guantes si se requiere (por bioseguridad)

📝 PROCEDIMIENTO

1. Realizar **lavado de manos** según protocolo.
2. Verificar **órdenes médicas** y medicamento (nombre, dosis, vía, hora).
3. Explicar el procedimiento a la persona con discapacidad (adaptado a su nivel de comprensión).
4. Colocar a la persona en **posición cómoda y segura** (ideal: sentado o semi-Fowler).
5. Entregar el vaso con agua y administrar el medicamento.
6. Verificar que **ingiera completamente el medicamento**.
7. En medicamentos sublinguales, advertir que **no debe tragarlos**, sino mantenerlos debajo de la lengua hasta su disolución.
8. Observar posibles **reacciones adversas inmediatas**.
9. Registrar en el formato de administración de medicamentos.

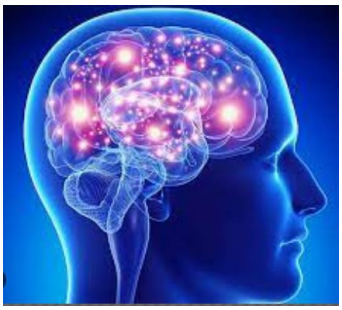
⚠ PRECAUCIONES

- Cumplir con **normas de bioseguridad** en todo momento.
- Verificar el **estado de conciencia** de la persona con discapacidad antes de administrar.
- **No administrar** medicamentos vencidos o sin rótulo claro.
- Nunca dejar medicamentos al alcance de las personas con discapacidad sin supervisión.
- Asegurarse de que el participante **ha tragado el medicamento** por completo.

🗐 BIBLIOGRAFÍA

- **Manual de Procedimientos de Enfermería** – Universidad Nacional de Colombia, 2003.

4.5 🧠 MANEJO DE EPISODIOS CONVULSIVOS



🕮 DEFINICIÓN

La epilepsia es un **trastorno neurológico crónico** caracterizado por crisis epilépticas recurrentes, generadas por interrupciones breves en la actividad eléctrica del cerebro. Afecta aproximadamente a **50 millones de personas en el mundo** y representa cerca del 1% de la carga global de enfermedad.

🎯 OBJETIVOS

✔ Objetivo General:

- Brindar el **adecuado manejo y control de crisis convulsivas** en personas con discapacidad, previniendo complicaciones y lesiones secundarias.

✔ Objetivos Específicos:

- Reconocer los diferentes tipos de crisis epilépticas.
- Establecer la **actitud y acciones del personal de enfermería** ante una crisis.
- Prevenir complicaciones y garantizar seguridad durante y después del evento.

🧠 MARCO CONCEPTUAL

¿Qué es la epilepsia?

Es un **síndrome cerebral crónico**, con crisis recurrentes y autolimitadas, de diversas manifestaciones clínicas (motoras, sensoriales, vegetativas), dependiendo del área cerebral afectada.

Factores de riesgo:

- Durante el embarazo y parto: infecciones, hipoxia, traumatismos.
- En la infancia: infecciones, fiebre elevada, traumatismos craneales.
- En la adolescencia y adultez: consumo de sustancias, traumas, tumores, accidentes cerebrovasculares, causas idiopáticas.

TIPOS Y MORFOLOGÍA DE LAS CRISIS

A. Por extensión:

- **Generalizadas**: afectan todo el cuerpo (pérdida de conciencia, caída, rigidez, sacudidas, incontinencia).
- **Focales o parciales**: afectan una parte específica del cuerpo. Pueden ser simples (sin pérdida de conciencia) o complejas (con afectación de la conciencia).

B. Por morfología:

- **Tónicas**: rigidez muscular generalizada.
- **Clónicas**: sacudidas repetitivas.
- **Tónico-clónicas**: combinan rigidez y sacudidas.
- **Mioclónicas**: sacudidas bruscas, sin pérdida de conciencia.
- **Hipotónicas**: pérdida súbita del tono muscular.
- **Ausencias**: "desconexión" breve del entorno, mirada fija, parpadeo, sin movimientos convulsivos.

MANEJO DE LA CRISIS CONVULSIVA

Durante la crisis – Qué hacer:

1. Solicitar ayuda inmediata.
2. Colocar a la persona en el suelo (si está de pie).
3. Retirar objetos peligrosos cercanos.
4. Proteger la cabeza con almohada o prenda blanda.
5. Colocar en posición lateral (decúbito lateral) para evitar broncoaspiración.
6. Aflojar prendas ajustadas (cuello, cinturón).
7. **No sujetar** ni restringir movimientos.
8. Permanecer con la persona durante toda la crisis.
9. Medir la duración de la convulsión.
10. Observar signos clínicos: coloración, movimientos, conciencia.
11. Proporcionar tranquilidad y calma en el entorno.
12. Brindar acompañamiento posterior a la crisis (fase postictal).
13. Tranquilizar, reorientar y evitar sobreestimulación sensorial.

❌ Durante la crisis – Qué NO hacer:

- No introducir objetos en la boca.
- No intentar detener los movimientos.
- No suministrar líquidos ni medicamentos durante la crisis.
- No practicar respiración boca a boca (excepto en caso de paro respiratorio).
- No mover a la persona si no está en peligro inminente.

🚨 ESTATUS EPILÉPTICO – EMERGENCIA MÉDICA

- Crisis que se prolonga más de 5 minutos **sin recuperación de la conciencia** o múltiples crisis seguidas sin que la persona recupere el estado de alerta.
- Requiere **atención médica inmediata** y traslado urgente al centro hospitalario.

📝 REGISTRO CLÍNICO OBLIGATORIO (POST CRISIS)

Registrar en la historia clínica o libro de enfermería:

- Hora de inicio y fin de la crisis.
- Tipo de crisis observada.
- Duración exacta.
- Número de crisis.
- Áreas corporales afectadas.
- Conducta postictal (confusión, somnolencia, agresividad, etc.).
- Medidas realizadas por el personal.
- Medicación administrada, si aplica.

💊 TRATAMIENTO Y CUIDADOS GENERALES

- Seguir el tratamiento farmacológico según prescripción médica.
- No suspender la medicación sin indicación profesional.
- Reportar efectos adversos como vómito, mareo, somnolencia o brote cutáneo.
- Realizar controles médicos periódicos para ajustar el tratamiento.
- Mantener rutina estable, con alimentación y sueño regular (mínimo 8 horas).

🧠 OBSERVACIONES ADICIONALES

- Registrar cada crisis en un **calendario clínico de seguimiento**.
- Evitar deportes de alto riesgo o con riesgo de caída (natación sin supervisión, etc.).
- Informar a cuidadores y entorno cercano sobre los protocolos básicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Federación Internacional de Epilepsia – www.firecolombia.co
- Organización Mundial de la Salud. Epilepsia.
- Manual de Buenas Prácticas Clínicas en Epilepsia.
- Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE).

4.6 MANEJO DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD USUARIOS DE GASTROSTOMÍA



📌 1. MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON GASTROSTOMÍA

🕮 Definición

La **gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)** es un procedimiento mediante el cual se introduce una sonda directamente al estómago para proporcionar **nutrición enteral** a personas que no pueden alimentarse por vía oral debido a disfagia de origen neurológico o muscular.

🧑‍⚕️ CUIDADOS GENERALES

✔ Administración de la nutrición enteral:

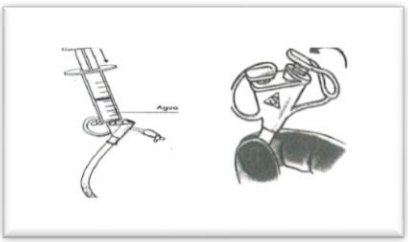
- Colocar a la persona en **posición sentada o semisentada (30° a 45°)** y mantener esa postura por al menos **90-120 minutos** después de la administración.
- Realizar **lavado de manos** y limpieza de superficies antes de la preparación.
- Lavar la boca y dientes de la persona con discapacidad **al menos dos veces al día**, aunque no consuma alimentos por vía oral.
- Administrar el preparado a **temperatura ambiente**, lentamente (mínimo 2 minutos por jeringa de 50 ml).
- Lavar la sonda después de cada toma con **50 ml de agua**.
- No administrar alimentos o líquidos no indicados.
- Usar medicamentos **líquidos** o disueltos en agua. Nunca mezclarlos con el alimento.

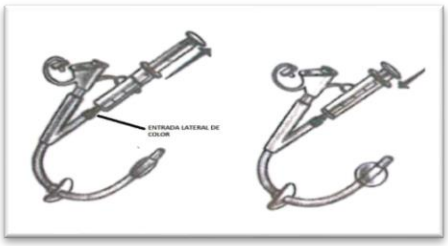
CUIDADOS DEL ESTOMA

- Verificar diariamente **signos de inflamación, secreción, enrojecimiento o dolor**. Reportar cambios al personal de enfermeria.
- Limpiar la zona del estoma con **agua y jabón suave**, usando movimientos circulares desde la sonda hacia afuera.
- Evitar tirar del soporte externo; puede levantarse suavemente para facilitar la limpieza.
- Colocar una gasa limpia y seca debajo del soporte para evitar maceración.
- Cambiar la gasa **diariamente**.

🔧 CUIDADOS DE LA SONDA

- Limpiar diariamente la sonda externa, adaptador y soporte con **torunda, agua tibia y jabón**. Aclarar y secar completamente.
- **Girar la sonda** diariamente (una vuelta completa) para evitar adherencia a la piel.
- Verificar que el **soporte no presione** la piel.
- Comprobar la correcta **posición** de la sonda antes de cada administración.
- Administrar agua después de alimentación o medicación.
- **Cerrar bien los tapones** cuando no se estén usando.





⚠ Recomendaciones:

- **No pinzar ni perforar** la sonda.
- Cambiar la sonda según indicación médica (cada **6-12 meses**).
- En caso de que se oscurezca o deteriore, notificar al médico.
- Si la sonda tiene balón: revisar el volumen **cada dos semanas** con jeringa.
- Avisar si hay **fugas por el estoma**, desplazamiento, o si el balón se desinfla.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN SURGIR Y CÓMO PUEDEN SER SOLUCIONADAS:

PROBLEMA	CAUSA	SOLUCIÓN
Irritación o infección alrededor del estoma	• Exceso de presión en el estoma • Falta de higiene alrededor del estoma. • Salida del líquido gástrico	• No asustarse y Avisar su médico/Enfermera/o • Limpiar el estoma diariamente
alida de líquido a través del estoma	• El orificio se ha ensanchado. • El balón se ha desinflado	• Avisar al médico o Enfermera/ • Volver a inflarlo y si continua saliendo líquido avisar al médic o enfermera/o.
Obstrucción de la sonda	• Producto o medicamentos secos en el interior de la sonda.	• Pasar 50 ml de agua tibia por la sonda con ayuda de una jeringa y recordar realizarlo después d cada toma.
Salida de la Sonda	• Se sale al exterior por causa accidental o voluntaria.	• No asustarse, avisar al médico enfermera/o antes de las 24h para evitar que se cierre el orificio.
Dolor abdominal	• Excesiva presión en la parte interior o exterior del orificio o estoma	• Avisar a su médico o enfermera/o.

4.7 MANEJO DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD USUARIOS DE COLOSTOMÍA



¿Qué es una ostomía?

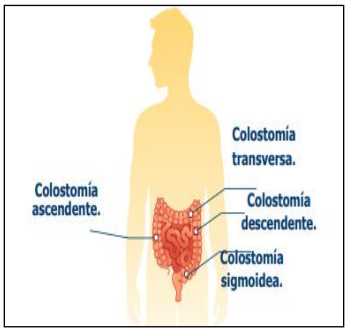
Es una apertura que se crea por medio de un procedimiento quirúrgico y consiste en llevar una parte del intestino al exterior, con el fin de desviar el contenido intestinal fuera del cuerpo cuando una porción de este se encuentra enfermo o ausente y así permitir la eliminación de los desechos fuera del organismo. Esta nueva apertura llamada estoma.

Una persona puede necesitar una ostomía por varias razones:

- Cáncer de colon o ano rectal.
- Enfermedades inflamatorias como Crohn o Colitis ulcerativa.
- Anomalías congénitas: ano imperforado o megacolon.
- Heridas por arma de fuego o elementos cortopunzantes.
- Traumas cerrados de abdomen o pelvis.
- Accidentes de tránsito.
- Enfermedades hereditarias como diverticulitis.

Tipos de ostomías intestinales

Colostomía : Exteriorización de una porción del intestino grueso a la pared abdominal para desviar la eliminación de las heces; el nombre lo recibe de acuerdo a la parte exteriorizada y la localización dependerá de la porción de intestino que se encuentra afectada. La colostomía puede ser temporal o definitiva dependiendo el motivo por el cual se le haya realizado. El cirujano determinará el tiempo que deberá tenerla.



Existen diferentes tipos de ostomías intestinales:

- Colostomía ascendente.
- Colostomía transversa.
- Colostomía descendente.
- Colostomía sigmoidea.

Cuidados de la ostomía



- **Color:** Debe ser rosado o rojo brillante, si evidencia algún cambio debe consultar a su médico.
- **Drenaje:** Líquido, semilíquido, semisólido. Según el tipo de ostomía, puede que su estóma sangre fácilmente durante la manipulación, esto es completamente normal, así que no debe preocuparse por ello.
- **Tamaño:** Este disminuirá los primeros meses después de la cirugía, es por esto que debe medir el diámetro del estóma en cada cambio de dispositivo.
- **Piel:** La piel de alrededor del estóma, se llama piel periostomal, la cual debe protegerse del contacto con las heces para evitar su deterioro y facilitar la adaptación de los dispositivos de ostomía.
- Realizar los cambios de la bolsa recolectora de colostomía 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).

¿Cómo limpiar su estoma diariamente?



1. Lavarse las manos antes y después de la manipulación de su ostomía
2. Uso de guantes.
3. Retirar la barrera y la bolsa.
4. Realizar limpieza del estoma y la piel de alrededor durante el baño diario y posteriormente limpiar con un paño húmedo.
5. Para la colocación de la barrera protectora, retirar el papel blanco y aplicar pasta protectora (en caso de ser necesaria) alrededor del orificio.
6. Pegar la barrera sobre la piel y colocar la bolsa haciendo una presión constante hasta logar un cierre hermético y seguro.
7. Al finalizar colocar la pinza al final de la bolsa de colostomía.

Cuidados de la piel alrededor de la ostomía

- No aplique antisépticos como alcoholes o soluciones yodadas (Isodine, agua oxigenada). Realice la limpieza de la piel con agua y jabón durante el baño cuando deba cambiar la barrera.
- El cuidado de la piel alrededor del estóma va a garantizar que la adherencia de los sistemas colectores sea adecuada y así evitará complicaciones que dificulten el manejo de la ostomía.
- Si presenta vello alrededor de la piel del estóma, no debe ser rasurado, debe ser cortado con unas tijeras pequeñas (lo más corto posible) dado que al rasurar se corre el riesgo de causar irritaciones en la piel y esto va a dificultar la adherencia de los dispositivos, así como complicaciones en el manejo de su ostomía.

Signos de alarma



- Si presenta sangrado evidente y abundante por el estoma o cuando salga sangre fresca por las heces.
- Si el color del estoma cambia a morado o negro. Esto puede pasar por falta de irrigación de sangre a la mucosa de la estoma.
- Dolor abdominal, acompañado de vómito o fiebre.
- Cuando no haya salida de heces, ni gases por la estoma en un tiempo mayor de lo habitual (5 o más días) y se observe el estómago inflamado.
- Salida de pus por el estoma o por su alrededor, acompañado de fiebre o signos de infección como: calor, enrojecimiento y dolor.
- Hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

4.8 INFORME DE FALLECIMIENTO

INFORME DE PROCEDIMIENTO ANTE EL FALLECIMIENTO DE UN USUARIO EN LA INSTITUCIÓN

1. Confirmación del Fallecimiento

Cuando ocurre un fallecimiento en la institución, el profesional de enfermería de turno es responsable de confirmar el deceso. Posteriormente, se notifica de manera inmediata al coordinador del centro y se contacta a la Policía Nacional del municipio de la Mesa Cundinamarca (Primer Respondiente).

2. Notificación a Fiscalía

Luego de la intervención del Primer Respondiente, se informa a la Fiscalía correspondiente sobre el fallecimiento, para que esta pueda iniciar el proceso legal.

3. Actuación de la Fiscalía

El fiscal de turno se presenta en la institución, registra la hora de llegada y realiza las diligencias necesarias, incluyendo:

- Levantamiento del cuerpo
- Identificación mediante cédula
- Copia de historia clínica
- Formato de diagnóstico presuntivo de fallecimiento

4. Evaluación de Red de Apoyo Familiar o Social

a. En caso de contar con red familiar o social:

- Si el fallecimiento ocurre durante la noche (después de las 7:00 p.m.), se notifica a los familiares a primera hora del día siguiente (6:00 a.m.). Así mismo, si el deceso es diurno se informara de manera inmediata.
- Se identifica si la persona fallecida tenía vínculo familiar. Si es así, se toma nota del contacto y se informa a los familiares.
- Si la familia tiene un servicio funerario o póliza exequial, se les informa para que gestionen directamente los trámites con su aseguradora.

b. Si no se cuenta con póliza exequial:

- Se activa el Convenio Funerario del Centro. El Trabajador Social informa a la institución funeraria para que se encargue del proceso.

5. En caso de no contar con red familiar:

- El Trabajador Social asume la responsabilidad de gestionar todo el proceso exequial.
- Se revisa y cierra la historia social dentro de las 72 horas siguientes.
- Se recibe y archiva el certificado de defunción y los exámenes de egreso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- file:///C:/Users/Profesionales/Downloads/S0716864018300579%20(1).pdf
- WWW.SALUD180.COM
- Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. Editorial: Manuel Moderno.2da edición
- J.M. Wilkinson, B. Kozier. G. Erb. Fundamentos de enfermería Vol. 1 y Vol. 2
- Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona:Publidisa ; 2011.