IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO



PROGRAMA DE ACCIONES DE CUIDADO DE LA SALUD
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 2

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS
2. Caracterización
3. Marco conceptual
4. RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO
4.1 Riesgo auto y hetero agresión
4.2 Riesgo de atragantamiento y lesiones por cuerpo extraño
4.3 Riesgo de contacto con aparatos eléctricos e instalaciones eléctricas
4.4 Riesgo de evasión, acciones de prevención y acciones durante el proceso de búsqueda
4.5 Riesgo de abuso sexual, activación de código blanco y acciones de protección para la presunta víctima.
4.6 Prevenir ulceras por presión
5. Condiciones generales
5.1 ACTUACIÓN FRENTE A UN EVENTO
6. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO
7. *DIAGRAMA DE ISHIKAWA*
8. MATRIZ DE CLASIFICACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS DE LA POBLACIÓN
9. Escala de Morse
9.1 APLICACIÓN E INTERPRESTACION DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE
10. Bibliografía

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

1. OBJETIVOS

Objetivo del protocolo

Identificar riesgos potenciales que ocurran durante el servicio que puedan afectar a las personas con discapacidad, estableciendo protocolos de prevención.

Objetivo Específicos.

Identificar los riesgos que presentan las personas con discapacidad del grupo 2
Establecer los cuidados y técnicas para evitar eventos adversos.
Garantizar que el entorno donde se encuentra la persona sea seguro evitando eventos adversos a la población.
Aplicar protocolos de prevención para evitar cualquier tipo de riesgo en la persona con discapacidad.

2. Caracterización

La población sujeta de atención del presente proceso de contratación, viene siendo atendida en 15 de los 16 Centros de Atención con los que cuenta el Proyecto para la Modalidad Centros Integrarte Atención Interna hasta la fecha. No obstante, este proceso contempla la atención de la población teniendo en cuenta la capacidad instalada y operativa que tenga el proponente para la atención de cupos. Es importante precisar que las características de la población, durante el desarrollo del convenio, puede variar debido a egresos y posterior ingreso o cambios en la condición de salud, de las personas que participan del servicio, esto incide en las características de la población inicialmente planteadas, por tanto, se debe mantener el plan de intervención del centro ajustado a la población que se atiende en todo momento.

2.1 Alcance

Para 59 personas con discapacidad múltiple, cognitiva, psicosocial o física, Profesionales, auxiliares de enfermería que se encuentran laborando en el centro integrarte atención interna Grupo 2.

3. Marco conceptual

- Evento Adverso: Cuando se realizó la búsqueda de términos relacionada con Seguridad del Paciente se observó, en primer lugar, la utilización de términos equivalentes para denominar, lo que nosotros llamamos Evento Adverso, tales como acontecimiento adverso, suceso adverso, accidente, efecto adverso u ocurrencia adversa.

- Un evento adverso - y sus homólogos- se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente es un evento adverso.

Se cuestionan las definiciones de Evento Adverso que dejan abierta la controversia del Error Médico como causa de éstos dadas las implicaciones legales potenciales que llevarían a buscar en el personal asistencial culpas individuales y no, como debe ser el objetivo de los programas de calidad y Seguridad del Paciente de las instituciones de salud, las fallas en los procesos.

-Escala de morse: herramienta la cual ayuda a prevenir y valorar la posibilidad de una caída.

-Protocolo de evasión: parámetros para identificar posible riesgo de evasión.

3.1 Clasificación

Los eventos adversos han sido clasificados de diversa manera en la amplia literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Se encuentran también referencias en cuanto a la naturaleza quirúrgica o no quirúrgica, a la posible relación con medicamentos y el tipo de medicamento además del sitio de atención. Respecto a la naturaleza u origen de los eventos Adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento, el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento y, finalmente, de acuerdo a la edad.

Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificado como originado en el período previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el período posterior a la hospitalización.

<u>Según Severidad</u>

Como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

• Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
• Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
• Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Según Prevención

Los Eventos Adversos, en algunas ocasiones, crean una discusión que finalmente subestima o desvía la causa del problema ocasionando de forma no intencional un mal análisis, un desenfoque en los objetivos del mejoramiento, costos elevados en suministros y desgaste del personal por una mala intervención. Sin comentar la magnitud de la evitabilidad, la discapacidad y problemas que de una u otra forma se habrían evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Según esta determinación un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y no prevenible, a los factores intrínsecos.

Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Evento Adverso.

No Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Complicación.

Incidente, Casi evento, “Near Miss” y “Close Call”

Estos términos, a diferencia del accidente, hacen referencia a eventos que no causan lesión ni daño, pero que sí pueden facilitarlos.

En ocasiones se producen incidentes, es decir, se presentan errores que pudieron haber resultado en daño pero que afortunadamente se identificaron antes de que sucedieran. La literatura anglosajona denomina a éstos close-call. A aquellos que se producen pero que no causan daño al paciente se les denomina near miss.

Otra definición lo enuncia como Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes o efecto adverso propiamente dicho.

Evento centinela

Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization un Evento Centinela puede definirse como un "Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro".

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente. Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para las personas con discapacidad y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.

4. RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO

4.1 Riesgo auto y hetero agresión

Se busca analizar en cada persona con discapacidad desde la valoración inicial el riesgo de auto y hetero agresión con el fin de crear un plan de manejo para las personas identificadas con bajo, medio y alto riesgo.

Dirigido a: Toda la población del centro integrarte grupo 2

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Justificación

Llamamos hetero agresividad a todas aquellas conductas agresivas dirigidas hacia los demás. Esto incluye agresiones físicas, insultos o formas mas sutiles de hacer daño a otra persona. Hay quien dice que la hetero agresividad forma parte de nuestra naturaleza y es una parte inevitable de la experiencia humana de la que es imposible desprenderse o renunciar.
Esto incluye agresiones físicas, insultos o formas más sutiles de hacer daño a otra persona. Hay quien dice que la hetero agresividad forma parte de nuestra naturaleza y es una parte inevitable de la experiencia humana de la que es imposible desprenderse o renunciar.
En la aparición de un trastorno de conducta contribuye tanto los factores internos a la persona (experiencias infantiles negativas, estrategias erróneas de afrontamiento, etc.) como los externos (un entorno hipo o hiperes-timulante, etc.). En ocasiones el comportamiento problemático no es más que una vía de comunicación, como por ejemplo en el caso de personas con una discapacidad intelectual profunda que, si no saben hablar ni utilizar un lenguaje de signos, emiten gritos para expresar que padecen dolor y no pueden trasmitir este mensaje de otro modo. En este punto se puede decir y subrayar que todas las agresiones y autoagresiones comunican algo.

Intervenciones ante un comportamiento de agresión y autoagresión

Procesamiento e integración sensorial: De ser necesario, realizar un plan diseñada específicamente para cada caso.
Comunicación: Establecer un sistema mediante el cual la persona con discapacidad pueda expresar lo que siente y/o necesita.
Rutina: Tener una secuencia certera le dará seguridad y tranquilidad y disminuirá la ansiedad por la incertidumbre de lo que prosigue.
Desviación: Esta estrategia implica canalizar su atención hacia otro estímulo.
Sustitución: Generar una variación en el estímulo por alguno que sea más agradable o menos molesto.
Evasión: Controlar los sucesos con la intención de aminorar la exposición a factores desencadenantes.
Anticipación: Plantear la situación que va a presentarse a futuro, puede ser con pictogramas o historias sociales que nos ayuden a definir las expectativas y los pasos que podrían presentarse en cada situación o actividad que la persona esté próxima a vivir.
Control: Manipular acciones, situaciones, lugares para evitar la crisis.
Restricción física: Sujeción corporal directa o indirecta de la persona que está presentando la crisis.

Todas estas intervenciones se inician dependiendo la situación, una contención verbal + contención ambiental y contención farmacológica. Si ante estas intervenciones la persona con discapacidad no se regula se realiza activación de línea EMI o CRUE para ser valorada por un medico y a su vez trasladada a medio hospitalario.

4.2 Riesgo de atragantamiento y lesiones por cuerpo extraño

Creación de una guía que indique la ruta adecuada para asistir una persona con discapacidad en una situación de atragantamiento o lesiones por cuerpo extraño y de la misma manera relacione los puntos a tener en cuenta que prevenga el riesgo que existe en una persona con discapacidad en el momento de deglutir.

Dirigido a: Toda la población del centro integrarte grupo 2

Justificación

Debemos tener en cuenta la asfixia por atragantamiento debido a la disfagia, pérdida de la musculatura que permite tragar correctamente los alimentos y líquidos. Se dan normalmente en enfermedades neurológicas, psíquicas o psicológicas como: Parkinson, Alzheimer, lupus, las lesiones cerebrales, la parálisis, la esclerosis múltiple, demencia senil, parálisis cerebral.
Si tragas un cuerpo extraño, este, por lo general, pasa por el organismo sin inconvenientes. Sin embargo, algunos objetos pueden atascarse en el conducto que conecta la boca con el estómago (esófago) o pueden obstruir las vías respiratorias y causar atragantamiento.

En caso de que la persona con discapacidad pueda toser, y el atragantamiento sea parcial, animar a que tosa.
Cuando la persona con discapacidad no pueda toser o la obstrucción sea completa realizar el mismo procedimiento que en adultos:
Inclinar a la víctima hacia adelante y realizar 5 palmadas interescapulares.
Maniobra de Heimlich. Para realizar la maniobra debemos tener en cuenta que tenemos que abarcar con nuestras manos el asiento y a la persona con discapacidad.



Atragantamientos en situaciones especiales - gCardio

La obstrucción de la vía aérea se manifiesta como una dificultad respiratoria de inicio súbito provocada por un cuerpo extraño que se introduce en la vía respiratoria. Como no se puede respirar con normalidad, existe peligro de asfixia. Personas con discapacidad con problemas de deglución (disfagia) o prótesis dentales, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, párkinson, obesidad mórbida (S. Prader Willi), por mala coordinación oral/motora, mala mordida, hipotonía muscular, hiperfagia (exceso deseo de comer), disminución de la masticación, con hábitos alimenticios voraces constituyen la población de mayor riesgo.

Definiciones:
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 en tejidos blandos: Es un objeto que se encuentra atrapado o inmerso en un tejido blando del cuerpo, por lo tanto, este no pertenece a las estructuras normales de una zona o región anatómica.

Recomendaciones: Son las medidas que se utilizan para prevenir la recurrencia e incidencia de una enfermedad, de manera que se pueda disminuir el impacto público de una entidad en particular.

Cuidados a tener en cuenta a la hora de asistir en la alimentación una persona con discapacidad:
Es aconsejable que la persona con discapacidad coma, como suele decirse, “poco y a menudo”. Es preferible ofrecerle pocas cantidades de comida y repartir la cantidad diaria en 4, 5 o 6 tomas al día.
No conviene que se “llene la boca”. Es mejor que ingiera cantidades pequeñas de comida cada vez.
Comer despacito. No hay que apurarlo para comer. Que emplee el tiempo necesario.
Ofrecerle una dieta completa, variada y con sabores distintos para que no se canse y esté bien alimentado.
Añadir a la alimentación habitual ciertos complementos alimenticios (batidos, purés, potitos para adultos, natillas, etc.) previa consulta al facultativo.

4.3 Riesgo de contacto con aparatos eléctricos e instalaciones eléctricas

Objetivo: Aplicación correcta del buen uso de instalaciones, aparatos y dispositivos electrónicos en el manejo con las personas con discapacidad ante este riesgo.

Justificación

La electricidad es una fuente de energía esencial en muchos entornos domésticos y laborales, pero también puede ser peligrosa. Los riesgos eléctricos se pueden manifestar en diferentes formas y estos pueden tener consecuencias graves para la salud de las personas y de los trabajadores.
Es crucial seguir unas medidas preventivas, como la capacitación adecuada del personal que manipula la electricidad, así como el uso de equipos de protección personal adecuados, para evitar el riesgo de posibles accidentes.

Además, existen normativas y recomendaciones en materia de prevención de riesgos eléctricos, estos deben de cumplirse para poder garantizar un trabajo seguro.

Dirigido a: Toda la población del centro integrarte grupo 2

Recomendaciones en materia de prevención de riesgos eléctricos en el momento de la atención hacia las personas con discapacidad

- Verificar los espacios donde trascurren las personas con discapacidad, espacios que deben contar con señalización y protección (puertas o rejillas) de igual manera a una altura con difícil acceso para la población.
- Realizar acompañamiento permanente en los desplazamientos de las personas con discapacidad con el fin de evitar curiosidades de agarrar o tocar cables del circuito eléctrico del centro integrarte.
- Si se tiene programado un arreglo eléctrico por el personal entrenado, se debe delimitar y señalizar la zona de trabajo. Se debe informar y señalizar con tarjetas de seguridad a fin de evitar la acción de tercero, de igual manera alejar a la población localizándola en otro espacio del centro.



Se define riesgo eléctrico a la posibilidad de contacto entre el cuerpo humano y la corriente eléctrica con el consiguiente daño para la integridad de las personas. La prevención de este riesgo consiste en evitar todo tipo de contacto eléctrico.

4.4 Riesgo de evasión, acciones de prevención y acciones durante el proceso de búsqueda

El actual protocolo es de aplicación dentro de las instalaciones de la Fundación Integral para el Desarrollo Humano FUMDIR. El presente se activará cuando algún participante independientemente del centro al

que pertenezca decide abandonar las instalaciones de la fundación sin comunicar al personal responsable que se encuentro de turno en el momento. La evasión de una persona es un incidente de seguridad del paciente y debe ser notificado mediante al supervisor a cargo y referente técnico de la secretaria de integración social según lo estipula el anexo técnico.
La vulnerabilidad de las personas con discapacidad ante una sociedad no es únicamente de carácter orgánico también tiene que ver con el aspecto psicológico ligadas a factores de riesgo social. La vulnerabilidad social de la discapacidad se asocia a condiciones de mayor pobreza donde por su condición las pueden considerar como personas no productivas, siendo estigmatizadas de por vida por el hecho de tener discapacidad, colocándolas en una posición de inferioridad, generando actitudes de rechazo, angustia e incomodidad, inutilizándolas mediante la sobreprotección familiar, lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas, potenciarse y desarrollarse.

La persona con discapacidad, en teoría tiene los mismos derechos que los demás, pero estos se ven incumplidos e impedidos de ejercerlos, por las conductas de discriminación que la sociedad les manifiesta, haciéndoles sentirse como ciudadanos inferiores. Tomando en cuenta desde el contexto familiar, social y cultural las personas con discapacidad pueden ser ocultados por su familia, como si fueran algún tipo de ser humano imperfecto, oprimiéndolos, y explotándolos por su condición. En ocasiones ante esta situación por muchos casos se ve el acto de evasión en algunas personas con discapacidad.

Objetivos

Contar con una descripción detallada de las acciones que se deben realizar tanto como para prevenir, como para enfrentar un intento de evasión o evasión definitiva de un paciente.
Establecer los mecanismos de seguridad y comunicación idóneos cuando se detecte la ausencia imprevista de un paciente. Establecer ruta de manejo administrativo y operacional de los procesos que se deben desarrollar en una evasión.

Normativa De Referencia:
Resolución 0112 de 2012
Decreto 1011 de 2006
Decreto 903 de 2014

DEFINICIONES:
Conductas de riesgo: Angustia, Depresión, Ansiedad: Se deben tomar medidas de apoyo psicosocial para bajar el nivel de estrés, como ser acompañamiento familiar, medicamentos, ayuda espiritual, etcétera.
Sospecha de evasión: Observación de conductas que haya sospechar al personal de turno que el participante no quiere estar más dentro del centro.
Intento de evasión: Sorprender y detener el acto de fuga de un participante.
Evasión: Egreso intempestivo de un participante institucionalizado sin pasar por proceso de egreso establecido por la secretaria de Integración Social.
Medidas de Contención permitidas: Farmacológicas y Físicas según protocolo interno de la institución.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Verificación cruzada: Procedimiento mediante el cual el funcionario de la institución reconoce a una persona determinada a través de los mecanismos como: interrogatorio verbal de su nombre completo, número de identificación, comprobando los datos registrados.
Pérdida de usuario: Situación no deseada y/o evento adverso causado por deficiencias en las barreras de seguridad institucionales, puede ser debida a:
Robo de un Usuario: delito que se comete apoderándose de una persona para beneficios personales o de terceros, con o sin daño, empleando violencia. Intimidación, engaño o fuerza sobre las personas,
Extravío de niño y/o persona con discapacidad: acontecimiento en donde la persona y/o niño se aleja de su cuidador a causa de: distracción del cuidador y/o por elementos llamativos que generaron en el niño y/o persona en condición de discapacidad perdida de la atención.
Conductas Psiquiátricas: Participante con antecedentes, psiquiátricos, desconexión con la realidad, alucinaciones, esquizofrenia, con trastornos del estado de ánimo e intentos de suicidio.

Dirigido a: Toda la población del centro integrarte grupo 2

Acciones a realizar ante cualquier evasión en una persona con discapacidad

- Informar con inmediatez al Coordinador
- Reportar dentro de la hora siguiente al suceso al supervisor y a la referente técnica. Iniciar el proceso de búsqueda en el perímetro cercano al lugar donde se identificó la pérdida y/o donde se sospeche que se pudo haber dado la evasión.

Así mismo, iniciar la aplicación de las acciones que establece el anexo técnico:

a. Búsqueda en el perímetro del inmueble donde se ubica el lugar de la actividad y en el perímetro de la vivienda de los referentes familiares.
b. Denuncia ante la inspección de policía o entidad responsable indicando el tiempo de ausencia, datos de identificación de la persona, características físicas y de vestuario en el momento de la evasión, llevar una foto reciente tamaño carta y teléfonos de referencia (Centro Integrarte de Atención Interna Integrarte y datos del referente familiar o social cuando cuente con ellos).
c. Notificación a centros de salud u hospitales, Instituto de Medicina Legal, Fiscalía – Unidad de Desaparecidos, o el ministerio público que corresponda a la localidad o municipio donde se encuentre ubicado el Centro.
d. Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente.
e. Acompañamiento y orientación de sitios de búsqueda a la familia, si la evasión se dio durante el momento de salida.

NOTA: También se considerará evasión cuando el participante no cumpla con los horarios y compromisos establecidos para la llegada al centro una vez se tenga autorizada la salida y, la persona no regrese dentro de las 24 horas siguientes al vencimiento del plazo de retorno, sin justificación alguna. Sin embargo, el asociado deberá adelantar las acciones de búsqueda de manera inmediata para garantizar el retorno del participante al centro.

4.5 Riesgo de abuso sexual, activación de código blanco y acciones de protección para la presunta víctima.

Los estados tienen la obligación de adoptar las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia, abuso, incluido los aspectos relacionados con el género. Deben proteger a las personas con discapacidad de estos actos, tanto en el seno del hogar como fuera de él.
Una de las características que presentan las personas con discapacidad intelectual se refiere a sus limitaciones en el juicio social que implican sistemas de respuesta inadecuados y una competencia interpersonal de habilidades de toma de decisión disminuidas (Schalock, Borthwick- Duffy, et al., 2010; Schalock, Luckasson et al, 2012).
Lo que provoca un incremento de su vulnerabilidad y victimización, esto se refiere especialmente a la dificultad para discernir en quien confiar, a quien seguir, o cuáles son las circunstancias que permiten estar seguro en diferentes lugares y situaciones. Estos aspectos son de gran importancia cuando se vive en una sociedad inclusiva, pues la explotación laboral y social, la violencia, injusticia pueden estar presentes y ser difíciles de identificar por estas personas. Un aspecto crítico para evitar la victimización consiste en que las personas con discapacidad intelectual aprendan a interactuar en la sociedad y a protegerse a sí mismos.

Dirigido a: Toda la población del centro integrarte grupo 2

Justificación

La violencia sexual se ha posicionado progresivamente como un tema de gran interés para el país, por lo tanto, su abordaje ha avanzado en torno a la necesidad de brindar respuestas integrales a las personas que la sufren. Para el sector salud la violencia sexual ha sido reconocida como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y serías afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen.

En el ámbito nacional, la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables. La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas. Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

¿Qué definimos como violencia sexual?

Nos referimos a cualquier actividad o contacto de carácter sexual que se origina sin consentimiento, en el cual puede ser involucrada la fuerza física y la amenaza, así como a través del miedo, la influencia del alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas. ¡Recuerda, nada justifica ningún tipo de violencia!

Las jóvenes con discapacidades, especialmente las niñas, son mucho más vulnerables a la violencia que sus compañeros sin discapacidades. Los niños con discapacidades tienen casi cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de violencia que los niños sin discapacidades, y son casi tres veces más propensos a ser víctimas de violencia sexual, con las niñas en mayor riesgo. En un estudio realizado por el Foro de Política Infantil Africana sobre la violencia contra los niños con discapacidades, casi todos los jóvenes entrevistados habían sido víctimas de abuso sexual al menos una vez en sus vidas, y la mayoría más de una vez. Otro estudio realizado en Australia encontró que hasta el 62 por ciento de las mujeres con discapacidades menores de 50 años habían sufrido violencia desde los 15 años, y que las mujeres con discapacidad han experimentado violencia sexual a una tasa tres veces mayor que las personas sin discapacidad.



Acciones de protección para la presunta víctima:

- Escuchar el relato de la presunta victima en un espacio privado. Brindar garantías de no revictimización y evitar comentarios por los cuales se pueda sentir señalada o juzgada.
- Indagar de forma abierta y sin preguntas que puedan incidir en sesgos a la presunta víctima.
- Brindar acompañamiento a la presunta víctima según lo establecido, haciendo mención de sus derechos, procedimientos y activaciones de rutas legales.
- Realizar remisión de la presunta victima a urgencias del hospital más cercano con su debido acompañamiento.
- Realizar notificación a referente familiar de la presunta situación y la remisión correspondiente para atender el caso de presunto abuso sexual.
- Realizar acompañamiento a las diligencias jurídicas y legales que den a lugar según las entidades encargadas.
- Mantener seguimiento y acompañamiento de la presunta víctima, en función de su estado emocional y de salud.

En todos los casos se actúa bajo el principio de no revictimización para activar los servicios de atención, es decir, valorar el riesgo y redirigir a los servicios.

Ruta ante un posible código blanco

PASOS	ACTIVIDAD	OBJETIVO
1	ACTIVAR ERSONAL DE SALUD VALORAR EL NIVEL DE RIESGO	Identificar la situación de salud física o mental y de acuerdo al nivel de riesgo se prosigue con la actividad

		N°2 “Activar Servicio de Área Protegida Existente o Quien Haga Sus Veces en Seccionales” o N°3 “Activar Acompañamiento Psicosocial” respectivamente del presente procedimiento.
2	ACTIVAR SERVICIO DE ÁREA PROTEGIDA EXISTENTE O QUIEN HAGA SUS VECES EN SECCIONALES	Se debe contactar al servicio de área protegida o quien haga sus veces en seccionales para realizar el traslado al centro de atención de urgencias que corresponda. En el caso de que la seccional no cuente con el servicio, se debe activar la línea de emergencias nacional.
3	ACTIVAR ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	Una vez se recibe el reporte de los casos, los responsables deben proceder de la siguiente manera: 1. Orientar a las víctimas según lo establecido: derechos, procedimientos y activaciones de rutas legales. 2. Activar el sector protección, Si es mayor de edad, se remite a Fiscalía.
4	EMITIR ALERTA Y ACTIVAR PROCESO DISCIPLINARIO	Acompañar a la víctima la formalización del inicio del proceso disciplinario a través de un oficio dirigido a la unidad responsable junto con la orientación de trabajo social y la red familiar.

4.6 Prevenir ulceras por presión

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso.

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.
La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional; se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.

Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (p.e.: escala de Braden, o escala de Norton). Se debe reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos e incrementar la frecuencia de las valoraciones especialmente si se deteriora el estado del paciente, (p.e.: verificar que no exista contacto con materiales de limpieza o la placa de electrocauterio).

Seguridad: Puede definirse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, según consenso de expertos nacionales en el Centro de Gestión Hospitalaria, basado en la normatividad preexistente sobre seguridad del paciente en la República de Colombia.

Seguridad del Paciente: Es una preocupación pública que ha recibido atención sustancial. Propone las estrategias para mejorar el sistema de la salud y la seguridad del paciente, declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado. Los pacientes pueden ser especialmente vulnerables a lesiones durante este período porque pueden tener debilidades funcionales y porque la discontinuidad puede ocurrir en la interfase del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio.

5. Condiciones generales

Individualice las medidas de prevención, adaptándolas a los factores de riesgo que presente cada persona con discapacidad atendida en los centros.
Todo el talento humano responsable de la atención y cuidado de las personas con discapacidad deben conocer y aplicar las medidas de prevención y velar por su continuidad.
Reconozca cuáles son las personas con mayor riesgo de padecer caídas, mediante la elaboración de planes de cuidado o expedientes con valoración de los factores de riesgo intrínseco y extrínseco.
Mejore del estado de alerta de las personas, dado que la disminución de la actividad puede reducir el número de caídas a corto plazo, al reducir la exposición, sin embargo, en un periodo más prolongado la inactividad repercute en la falta de autoconfianza y perdida de condiciones físicas aumentando el riesgo
Propicie rutinas para el acondicionamiento físico que mejore la postura, el equilibrio y la marcha: mediante ejercicios de coordinación y propiocepción.
Identifique sistemas de apoyos y deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales, como por ejemplo el cuidado de la visión y la prescripción de gafas actualizadas.
Informe al talento humano y a las personas con discapacidad sobre prácticas seguras y percepción del riesgo, afianzar en las personas el reconocimiento de los peligros y la adopción de prácticas seguras, como no subir a una silla, pedir ayuda al personal auxiliar para levantarse a orinar por la noche.
Disminuya aporte de líquidos por la tarde o a partir de las 19 h y administrar los diuréticos por la mañana a fin de evitar que las personas tengan que levantarse en la noche para evacuar.

Nota: para la población que es atendida en el Centro integrarte de atención interna grupo 2 se logra describir el uso de ayudas técnicas como gafas, bastones, caminadores y sillas de ruedas secundario al deterioro físico y visual que se tiene propio de su envejecimiento activo, por lo que dado su ciclo vital

adulto mayor son más propensos al riesgo de caída que se pueden presentar en las personas. De igual manera el 80% de la población con tiene instaurado un tratamiento farmacológico por la especialidad de neurología y/o psiquiatría que puede repercutir de manera significativa en su equilibrio y estado de alerta, favoreciendo así el riesgo de sufrir Eventos adversos.

Usos de dispositivos de seguridad:

Utilice Inmovilizadores para las personas que requieren sujeciones de seguridad en sedestación por déficit en el control del tronco
Utilice Barandillas laterales en camas para personas con riesgo de caerse de ellas.
Cerciórese del uso de medidas de apoyo, Caminadores, bastones o muletas para tener mayor base de sustentación.
Este pendiente que las personas con discapacidad atendidas usen ropa y calzado adecuado, zapatos de tamaño adecuado, sin tacón, suela de goma antideslizante. Ropa cómoda holgada y largo adecuado.
Verifique Colocar pasa manos en baños y barandillas en escaleras y pasillos
Evite suelos resbaladizos, irregulares o mojados.
Mantenga buena iluminación en todas las estancias por las que circulan as personas
Mantenga entorno ordenado. guarde los objetos innecesarios.
Coloque muebles de forma que no entorpezcan el paso
Deje al alcance de la mano todas las personas lo que puedan necesitar.
Si se utilizan sillas de rueda, déjelas frenadas al detenerse. Enseñe a la persona a frenarlas.
Mantenga observación o vigilancia durante la realización de procedimientos como la higiene, traslados o movilizaciones, de manera particular, no deje nunca solo a las personas con requerimiento de apoyos extensos o generalizados.
Estar pendiente de las personas que administran tratamiento farmacológico verificando, siempre los diez correctos para la toma adecuada de estos.

5.1 ACTUACIÓN FRENTE A UN EVENTO

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Las medidas de actuación son las siguientes:
Valore el estado de la persona y las consecuencias del Evento.
Avise de inmediato al jefe de enfermería, coordinador o profesional de turno, para realizar tramite de traslado a urgencias, para atención médica si lo requiere.
No incorpore o movilice a la persona si se sospecha que puede presentar una factura; o en todo caso realice una movilización correcta (entre varias personas) y trasládelo a la cama o a la camilla para evitar el foco de fractura.
Realice seguimiento al tratamiento o mantenga en observación en función de la lesión que se haya producido.

Registre los eventos adversos y sus consecuencias en el formato de registro diario de cuidados de la persona la persona.

REGISTRO DEL EVENTO

Identificación de la persona, fecha y hora del incidente, lugar donde se ha producido, en qué circunstancias y motivo, si ha habido consecuencias y la actuación realizada ante las mismas. Todo esto en el formato de registro diario de cuidados de la persona la persona.
Planifique las intervenciones de tratamiento o vigilancia prescritas en función de las consecuencias del Evento adverso
Reevalué el evento con el objeto de realizar plan de mejora que favorezca la disminución de este.

6. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Valoración (patrones funcionales de Maryory Gordon)
Valoración de la persona con discapacidad.

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud
Historia médica, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.
Antecedentes de caídas.
Nombre, dosis y frecuencia de los fármacos prescritos y no prescritos.
Relación con riesgo de caídas.
Adherencia a tratamientos prescritos y seguimiento de cuidados.
Hábitos tóxicos: consumo de alcohol y otros.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico
Tipos y cantidad de alimentos y líquidos ingeridos

Patrón 3: Eliminación
Patrón de eliminación urinaria: frecuencia y control.
Presencia de drenajes u otro tipo de sondajes.
Patrón habitual de defecación: cantidad, consistencia, control.

Patrón 4: Actividad y ejercicio
Valoración de la deambulación y el equilibrio.
Uso de ayuda para la deambulación: muleta o andador.
Capacidad para el autocuidado: vestirse, bañarse, alimentarse, uso del inodoro (independiente, dependiente o necesita ayuda).
Pulso, tensión arterial.
Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Con el objetivo de identificar a las personas con riesgo de caídas, se utilizan escalas de valoración del riesgo que, además de realizar la valoración, permiten determinar sus causas y corregirlas y además son importantes para reducir aquellos factores presentes en las caídas. La valoración debe ser sistemática y se realizará ante cualquier cambio en el estado físico o mental del adulto.

La escala de riesgo de caídas de J.H. Downton, 1993 es la que se recomienda en este documento

Escala de riesgo de caídas – J.H. Downton		
	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS		
Ninguno		
Tranquilizantes-sedantes		
Diuréticos		
Hipotensores (no diuréticos)		
Antiparkinsonianos		
Antidepresivos		
Otros medicamentos		
DÉFICITS SENSORIALES		
Ninguna		
Alteraciones visuales		
Alteraciones auditivas		
Extremidades (ictus…)		
ESTADO MENTAL		
Orientado		
Confuso		
DEAMBULACIÓN		
Normal		
Segura con ayuda		
Insegura con ayuda – sin ayuda		
Imposible		
Alto riesgo		

Se recomienda realizar reevaluación del riesgo de caídas cuando se produzca un cambio tanto físico como mental de la persona con discapacidad:

Tras una caída.
Administración de medicamentos.
Déficit sensorial.
Estado mental.
Deambulación.

Patrón 5: Cognoscitivo y perceptual
Valoración de los órganos de los sentidos: vista y oído.
Posibles ayudas: gafas, audífono.
Dificultades de comprensión-comunicación.

Patrón 8: Rol - Relaciones
¿Con quién vive?
Estructura y apoyo familiar
Cuidador principal: ¿quién es?, capacidad para realizar los cuidados.

VALORACIÓN DEL ENTORNO

Además de la valoración del individuo se debe llevar a cabo una valoración del entorno que permita evaluar los factores de riesgo en el centro integrarte y comprobar el nivel de seguridad.

ACTIVIDADES

Ayudar a la de ambulación de la persona inestable
Ayudar al adulto a identificar los peligros
Ayudar al adulto a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar
Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados
Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del adulto
Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de
caídas (hipotensión ortostática y andar inestable). Valorar retirada de psicotropos
Colocar la cama en la posición más baja
Colocar los objetos al alcance del adulto sin que tenga que hacer esfuerzos
Colocar señales recordatorios para que el adulto solicite ayuda para salir de la cama, si procede
Compartir con el adulto observaciones sobre el paso y el movimiento
Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación
Desarrollar maneras para que el adulto participe de forma segura en actividades de ocio
Disponer sillas para caminar firmes y antideslizantes para facilitar el movimiento al alcanzar objetos
Disponer barandillas y apoya manos visibles en caso de ser requerido
Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo
Disponer que el asiento de la silla sea envolvente para limitar la movilidad, si procede si es requerido
Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo
Disponer superficies de suelo antideslizantes, anti caídas
Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad (especialmente en zonas comunes)
Disponer un asiento de baño (y un inodoro) elevado para que la trasferencia sea más sencilla
Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Enseñar al adulto a utilizar un bastón o un andador, si es requerido
Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico
Evitar la presencia de objetos desordenados y cables en la superficie del suelo
Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
Identificar déficit cognoscitivos o físicos del adulto que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (alfombras sin sujeción o con bordes levantados, suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, portal sin iluminación…)
Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos/barras de sujeción en escaleras, aseo (ducha e inodoro) y pasillos
Instruir al adulto para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes
Instruir al adulto para que lleve las gafas prescritas, si procede, al salir de la cama
Instruir al adulto para que pida ayuda al moverse, si lo precisa
Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso
Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa
Orientar al adulto sobre el «orden» físico de la habitación

EJERCICIO FÍSICO

En personas en condición de discapacidad física institucionalizadas, se recomienda el ejercicio físico regular dirigido a mejorar el equilibrio y la fuerza muscular para prevenir las caídas. El ejercicio físico deber ser prescrito de forma individualizada y dirigido por personal cualificado.

VALORACIÓN DEL ENTORNO

A las personas en condición de discapacidad física atendidas por un Evento se les debe ofrecer una evaluación y un asesoramiento sobre los riesgos del entorno donde viven. Esta intervención que realiza el personal profesional sólo es efectiva si se acompaña de seguimiento.

MEDICACIÓN

Los enfermeros jefes en colaboración con el equipo profesional, realizarán revisiones periódicas de la medicación para prevenir eventos adversos, en las personas en condición de discapacidad física. Los adultos que toman fármacos psicotrópicos (benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos…) o más de cinco medicamentos deben ser considerados de alto riesgo.

EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

Después de una fractura por caída, a la persona condición de discapacidad física se le deberá ofrecer una evaluación multidisciplinar para identificar y minimizar el riesgo futuro de caída y una intervención individualizada con el objetivo de promover su independencia y mejorar su función física y psicológica.

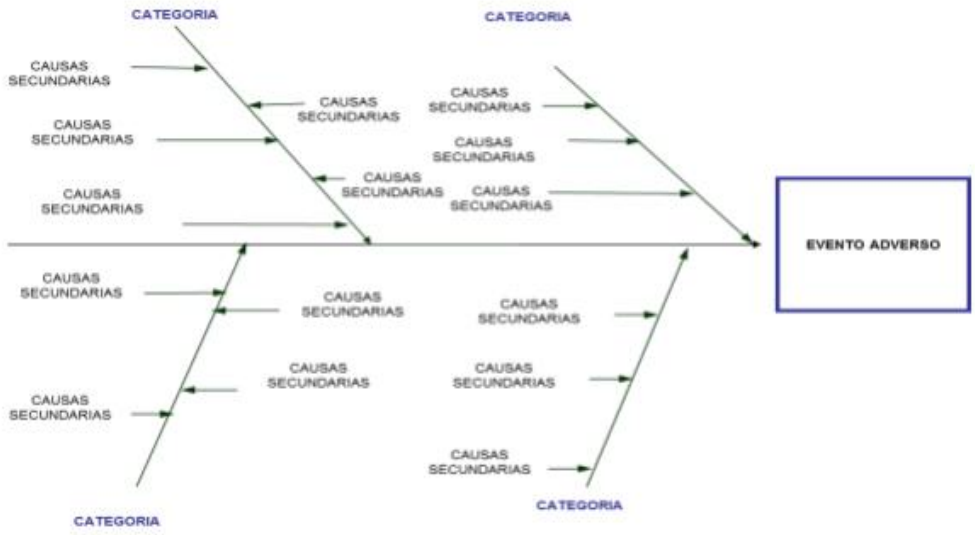
Reporte de eventos adversos

7. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Representa la relación entre un evento adverso y todas sus posibles causas, se utiliza para simplificar el análisis y para mejorar la solución de cada problema.

Para la realización del diagrama, se propone:
Colocar el problema en un cuadro a la derecha.
Dibujar líneas en forma de esqueleto de pescado.
Categorizar las probables causas en cada línea del esqueleto.
Dibujar líneas oblicuas en cada categoría.
Describir cada categoría (unidad hospitalaria, paciente, recursos humanos, recursos materiales, entre otros).
En cada línea oblicua escribir la causa secundaria del evento adverso.
Presentar el diagrama para la revisión de la información del evento adverso

Formato:



CATEGORIZAR LAS CAUSAS Y ANALIZAR LAS BARRERAS

Causas proximales:
- Errores
- Omisiones
- Deficiencias del sistema

- Competencias inadecuadas
- Deficiente documentación o comunicación
- Deficiencias en las instalaciones o equipos
- Deficiencias en la habilidad o disponibilidad de equipos de salud
- Ausencia de gestión

Causas subyacentes Son fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales:

- Factores humanos: relación personas con discapacidad/profesionales, turnos, fatiga, formación
- Factores del proceso: fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos de proceso
- Equipamiento: obsolescencia, disponibilidad, mantenimiento preventivo y correctivo
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario
- Gestión de la información: comunicación
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad
- Supervisión inadecuada

Causas-raíz Las causas-raíz son las causas fundamentales por las que falló el proceso. Puede tratarse de una única causa, aunque a menudo son varias que interactúan y generan una condición propicia, o condiciones latentes, para que ocurra el evento adverso.

8. MATRIZ DE CLASIFICACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS DE LA POBLACIÓN

Clasificación	Ponderación	Criterio
Leve	1	Accidente de rápida recuperación. Exposición crónica con efecto leve y reversible. Primeros Auxilios
Moderado	2	Accidente con recuperación. Exposición crónica con efecto reversible. Sin Incapacidad
Grave	3	Accidente con secuelas de invalidez parcial, prolongada. Con incapacidad temporal
Extremo	4	Accidente con consecuencias letales o de invalidez total. Incluye también las amputaciones

VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE

Factores de riesgo	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

Administración del protocolo:
La administración del protocolo estará a cargo de la jefe de enfermería del Centro Integrarte y su respectivo Coordinador, supervisado y aprobado por el referente técnico de cuidado de la salud de la SDIS.

9. ESCALA DE MORSE

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída.
Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES:
Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.
Nota: si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25. Si el paciente sólo puede caminar apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:
Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.
AYUDA PARA DEAMBULAR:
Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.
VÍA ENDOVENOSA:
Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.
MARCHA (Equilibrio y/o traslado):
Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0). Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando IMPULSO"(ej.: realizando varios intentos por incorporarse. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia).
CONCIENCIA - ESTADO MENTAL:
Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO:

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE

DE 13 A 18 AÑOS Y ADULTOS

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	NO	0
	SI	25
2. COMORBILIDADES	NO	0
	SI	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	NINGUNA / REPOSO EN CAMA / ASISTENCIA	0
	BASTÓN / MULETA / CAMINADOR	15
	SE APOYA EN LOS MUEBLES	30
4. VENOCLISIS	NO	0
	SI	20
5. MARCHA	NORMAL / REPOSO EN CAMA / SILLA DE RUEDAS	0
	DÉBIL	10
	LIMITADA	20
6. ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES	0
	SOBREESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO →		

RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
↓ BAJO	0 a 25	CUIDADOS BAJO ENFERMERIA ◯
↔ MEDIO	25 a 50	IMPLEMENTACION DEL PLAN DE PREVENCION ◯
↑ ALTO	mayor a 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES ◯

Marque con una X el circulo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

9.1 APLICACIÓN E INTERPRESTACION DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE							
N°	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	CC	TOTAL	INTERPRETACION
1	ALEXANDER		ACOSTA		79183814	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
2	ALEXANDER		CALERO	LEAL	81715919	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
3	ALIRIO	DEL CARMEN	LOPEZ	CORDERO	4139988	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
4	ALIRIO		CASTAÑEDA		79210072	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
5	AMINDA		JIMENEZ	CHINCHILLA	51981617	75	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
6	ANA	MERCEDES	DUEÑEZ	SUAREZ	51901110	45	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
7	AURA	PATRICIA	ABRIL		1016000594	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
8	AYDA	MAGDALENA	ORJUELA		1024479675	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
9	CARLOS	JULIO	ROMERO	RINCON	1072168362	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
10	DEISY	PAOLA	MARTINEZ	MOLINA	1136911563	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
11	DIANA	CAROLINA	BERNAL	BERNAL	1136910249	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

12	DIANA	PAOLA	RAMIREZ	MORENO	1136909390	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
13	DIANA	PATRICIA	MORALES		52813916	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
14	DIEGO	ANDRES	CARRANZA		79818614	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
15	ERIKA	LICETH	ROA	REY	53080880	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
16	FABIAN	ALEXANDER	GONZALEZ	CUBEROS	81716159	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
17	FANNY	YANETH	OBANDO	GARCIA	52016260	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
18	FONCHOW	ALEXANDER	SOTO	PEREZ	1136910792	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
19	JHONATHAN		BRAVO	PACHECO	1019119230	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
20	JOHANA		AVILA	AVILA	1136909031	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
21	JOHN	ANDERSON	CASTRO	CABRERA	80895834	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
22	JONATHAN	ANDRES	RODRIGUEZ	PEÑA	1003710383	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
23	JOSE	ARMANDO	PEÑA	ORTÍZ	3034083	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
24	JOSE	ELBERTO	CONTRERAS	AGUILERA	79804282	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
25	JOSE	MIGUEL	CARVAJAL	RAMIREZ	1121934382	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

26	JOSE	REINALDO	TECANO		7276517	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
27	JOSE	WILLIAM	CHIRVA	MONROY	81715915	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
28	JUAN	ANTONIO	OCHOA	TORRES	1022937796	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
29	JUAN	CARLOS	MALDONADO	LÓPEZ	79967144	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
30	JUAN	DIEGO	MENDEZ		1070009308	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
31	JULIA		PEÑALOZA	MORENO	20817021	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
32	JULIAN	EDUARDO	DIMATE	GONZALEZ	1003670783	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
33	JULIO	ARMANDO	DIAZ	CALDON	1016012233	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
34	LEONEL		CIFUENTES	GARCIA	80115572	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
35	LIBARDO	ARIEL	RAMIREZ	FERNANDEZ	1136910315	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
36	LUIS	ERNESTO	ALARCON	BARRERO	1023873962	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
37	LUIS	ALBERTO	PINTO	ZUÑIGA	91070845	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
38	LUZ	ANGELICA	LEON	AVILAN	20965476	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
39	MARIA	ELCY	SANCHEZ	RAMOS	1111772203	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

40	MARIA	DEL CARMEN	ARANDA		1026560606	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
41	MARIA	DEL PILAR	ALFONSO	BERMUDEZ	53053937	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
42	MARIA	EUGENIA	ROMERO		52409949	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
43	MARIA	MERCEDES	CALDERON	CASTRILLON	1026274781	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
44	MARISOL		VILLAMARIN	QUESADA	52582437	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
45	MIGUEL	ANGEL	CEFERINO	GARAVITO	1136909202	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
46	NOHEMY		ARIZA		53905459	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
47	NORA	DEL CARMEN	SUAREZ	GAMBOA	23994206	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
48	NUBIA	LILIANA	CAICEDO	MARTINEZ	1136910726	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
49	OMAR		PUENTES	PUENTES	81715738	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
50	OSCAR	FERNANDO	MARTINEZ	NIETO	11276575	40	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
51	RODOLFO		DIAZ	ROA	1014187607	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
52	ROSA	CAMILA	ALZATE	GARZON	1233496992	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

53	RUBEN		LIZARAZO	OROZCO	79582723	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
54	RUTH	MARINA	ROMERO	GALINDO	51762041	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
55	SARA	YAMILE	MARTINEZ	ROMERO	1020719365	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
56	SEVERO		GOMEZ	AMAYA	80813978	75	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo alto de caida
57	SIMON		CORREA		81715892	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
58	SONIA	DEL MAR	VILLAMIZAR	COBOS	1010170017	50	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
59	WILLIAM		ALVAREZ		79183798	75	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
60	YADIRA	ELENA	AREVALO		53905639	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
61	YEISSON	DENNIS	ALVAREZ	CASTELLANOS	79801330	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
62	ANA	AURELIA	VIVAS		1136912701	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
63	ADA	MERY	VELASQUEZ	BERNAL	5166600	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
64	FLOR	MARIA	DAZA	CALDERON	1136909655	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
65	MARIA	DEL CARMEN	MORENO	GARCIA	1056994402	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

66	VICENTE		HUERTAS		81715983	55	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
67	JUAN	PABLO	RODRIGUEZ	CARDENAS	1000575549	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
68	NELSON	FRANCIONY	GUALDRON	CASTAÑEDA	17391118	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
69	DANIEL		ARIAS	CISNEROS	1049895100	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
70	JOHAN	SMITH	BUITRAGO	ESPINOSA	1000338399	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
71	LUNA	NICOL	CAÑAS	CONTRERAS	1033097133	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
72	JOHAN	ANDRES	LONDOÑO	CRUZ	1031801318	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
73	JOSE	LUIS	RAMIREZ	SABRICA	1000216791	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
74	JUAN	ESTEBAN	REYES	RODRIGUEZ	1000035860	30	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida
75	BRAYAN	STIVEN	SANTAMARIA	SUAREZ	1097640225	65	Según la escala de MORSE la persona con discapacidad tiene un riesgo medio de caida

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PROTOCOLO DE EVASION

El actual protocolo es de aplicación dentro de las instalaciones de la Fundación Integral para el Desarrollo Humano FUMDIR. El presente se activará cuando algún participante independientemente del centro al que pertenezca decide abandonar las instalaciones de la fundación sin comunicar al personal responsable que se encuentro de turno en el momento. La evasión de una persona es un incidente de seguridad del paciente y debe ser notificado mediante al supervisor a cargo y referente técnico de la secretaria de integración social según lo estipula el anexo técnico.

Objetivos

Contar con una descripción detallada de las acciones que se deben realizar tanto como para prevenir, como para enfrentar un intento de evasión o evasión definitiva de un paciente.

Establecer los mecanismos de seguridad y comunicación idóneos cuando se detecte la ausencia imprevista de un paciente.

Establecer ruta de manejo administrativo y operacional de los procesos que se deben desarrollar en una evasión.

Normativa De Referencia:

Resolución 0112 de 2012

Decreto 1011 de 2006

Decreto 903 de 2014

DEFINICIONES:

Conductas de riesgo: Angustia, Depresión, Ansiedad: Se deben tomar medidas de apoyo psicosocial para bajar el nivel de estrés, como ser acompañamiento familiar, medicamentos, ayuda espiritual, etcétera.

Sospecha de evasión: Observación de conductas que haya sospechar al personal de turno que el participante no quiere estar más dentro del centro.

Intento de evasión: Sorprender y detener el acto de fuga de un participante.

Evasión: Egreso intempestivo de un participante institucionalizado sin pasar por proceso de egreso establecido por la secretaria de Integración Social.

Medidas de Contención permitidas: Farmacológicas y Físicas según protocolo interno de la institución.

Verificación cruzada: Procedimiento mediante el cual el funcionario de la institución reconoce a una persona determinada a través de los mecanismos como: interrogatorio verbal de su nombre completo, número de identificación, comprobando los datos registrados.

Pérdida de usuario: Situación no deseada y/o evento adverso causado por deficiencias en las barreras de seguridad institucionales, puede ser debida a:

Robo de un Usuario: delito que se comete apoderándose de una persona para beneficios personales o de terceros, con o sin daño, empleando violencia. Intimidación, engaño o fuerza sobre las personas,

Extravío de niño y/o persona con discapacidad: acontecimiento en donde la persona y/o niño se aleja de su cuidador a causa de: distracción del cuidador y/o por elementos llamativos que generaron en el niño y/o persona en condición de discapacidad perdida de la atención.

Conductas Psiquiátricas: Participante con antecedentes, psiquiátricos, desconexión con la realidad, alucinaciones, esquizofrenia, con trastornos del estado de ánimo e intentos de suicidio.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 2

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Desarrollo:
Para resguardar la seguridad de los pacientes se debe seguir el siguiente protocolo de Acción:
Búsqueda en el perímetro del inmueble donde se ubica el Centro y en el perímetro de la vivienda de los referentes familiares.
Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante el Cuerpo Oficial de Bomberos, a la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando el tiempo de ausencia, datos de identificación de la persona, características físicas y de vestuario en el momento de la evasión, llevar una foto reciente tamaño carta y teléfonos de referencia (Centro Integrarte de Atención Interna Integrarte y datos del referente familiar o social cuando cuente con ellos). Así como informar las circunstancias de tiempo, modo y lugar donde ocurrieron los hechos de presunta evasión.
Notificación a centros de salud u hospitales, Instituto de Medicina Legal, Fiscalía – Unidad de Desaparecidos, o el ministerio público que corresponda a la localidad o municipio donde se encuentre ubicado el Centro.
Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.
Acompañamiento y orientación de sitios de búsqueda a la familia, si la presunta evasión se dio durante el momento de salida.
Información al Equipo de Supervisión vía correo electrónico, con copia al Coordinador-a del Servicio. Reportando los hechos; tiempo, modo y lugar, de cómo ocurrió la presunta evasión de la persona con discapacidad.
Seguimiento al caso. Remisión de informe diario que describa las acciones desarrolladas para la búsqueda de la persona con discapacidad, los resultados obtenidos y evidencias (documentos) de las gestiones realizadas. El informe debe registrar la trazabilidad de lo adelantado día a día. Estudio de caso. Transcurridos cinco (5) días desde la presunta evasión, y efectuadas las acciones pertinentes para la búsqueda y reporte ante las autoridades competentes, se realizará un estudio de caso con el equipo técnico de supervisión, talento humano que tenga asignado al participante en el centro y coordinador(a) del centro, con el objetivo de establecer gestiones y el tiempo transcurrido para que la persona en evasión debe ser egresada
Realizar la radicación al equipo de seguimiento SIRBE, de la novedad de egreso.
Legalización del egreso y notificación al referente familiar si lo tiene, vía correo certificado.
NOTA: También se considerará evasión cuando el participante no cumpla con los horarios y compromisos establecidos para la llegada al centro una vez se tenga autorizada la salida y, la persona no regrese dentro de las 24 horas siguientes al vencimiento del plazo de retorno, sin justificación alguna. Sin embargo, el asociado deberá adelantar las acciones de búsqueda de manera inmediata para garantizar el retorno del participante al centro.

INDICADORES:

INDICADOR	OBJETIVO	FORMULA	META
% de Fuga o pérdida de pacientes	Medir los eventos de evasión o pérdida de participantes en los diferentes servicios	No. de evasiones o pérdida de usuarios en el período/ Total de usuarios dentro	Menor al 2%

	de la secretaria de integración social en convenio con FUMDIR	del convenio * 100%	

Bibliografía

OMS (2012). caídas. suiza: oms. disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es

Ministerio de la protección Social. (Marzo 2010). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 2. 04/05/2017, del Consejo Técnico Unidad Sectorial de Normalización en Salud Sitio web: www.minproteccionsocial.gov.co/OCS

Goodwin M.B. & Westbrook J.I. (1993) An analysis of patient accidents in hospital. Australian Clinical Review 13, 141–149.

Zanocchi, M., Pilon, S., Speme, S., Nicola, E., Corsinovi, L., Ponte, E., et al. (2004). [Falls in hospitalized elderly patients: incidence and risk factors]. *Recenti Progressi In Medicina*, *95*(12), 570-574

Organización mundial de la salud. nota descriptiva agosto de 2017.disponible en : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/

Ministerio de salud y protección social. Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".2017.

Harrington L., Luquire R., Vish N., Winter M., Wilder C., Houser B., Pitcher E., Qin H.; Meta-analysis of fall-risk tools in hospitalized adults; Journal of Nursing Administration (2010) 40:11 (483-488). Date of Publication: November 2010

Rojas Ruiz Ingrid Tatiana, Gutiérrez Rodríguez Juridy Viviana. Caracterización, factores asociados con caídas de pacientes adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. universidad del rosario – universidad ces, julio 5 de 2011

Organización Mundial de la Salud, 55ª Asamblea Mundial de La Salud, Calidad de la atención en seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 23 de marzo de 2002 2.

James Reason. Human error: models and management. MA: Cambridge University Press BMJ VOLUME 320 18 MARCH 2000.

World Health Organization, World Alliance For patient Safety, Forward Programme 2005, WHO, Geneva 2005

Committee on Data Standards for Patient Safety; Institute of Medicine, Washington D.C. 2004. 5. Charles Vincent, Graham Neale, Maria Woloshynowych. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective record review. Publicacion: BMJ 2001; 322; 517-519.

Philippe Michel, Jean Luc Quenon, Anne Marie de Sarasqueta, Olivier Scemama. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals.

}Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L y otros. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991, 324: 370-376.

P Davis, R Lay-Yee, R Briant and A Scott. Preventable in-hospital medical injury under the "no fault" system in New Zealand. QSHC ON LINE, New Zealand, 1 the April de 2005, page 7

G. Ross Baker, Peter G. Norton, y otros. The Canadian Adverse Events Study: the incidente of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal. JAMC 25 Mayo de 2004; 170 (11). Pg 1678- 1686.

Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia. 2018.

Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2018.

Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2017.

Protocolo de actuación ante fuga de pacientes. Hospital Universitario Central de Asturias. Julio 2011.

Protocolo de Fuga. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. 2007.

Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena. Servicio Extremeño de Salud. 2008

Protocolo de vigilancia y supervisión periódica de pacientes. UHB de Mérida. SES. 2011.

Protocolo de actuación ante fuga de pacientes en el AGSNA. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Enero 2018.

Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011

Protocolo de acción frente a fugas de pacientes. Hospital Metropolitano de Santiago de Chile. 2010.

Guía de Seguridad en la atención de personas con trastornos mentales. Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga. Servicio de Salud de Castilla y León. 2009.

Factores de riesgo de la persona con discapacidad (1library.co)