PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA ATENCIÓN

CONVENIO 8418 DE 2024

Servicio / Estrategia

CENTROS INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA

Unidad Operativa/ Subdirección Local

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10

ELABORADO POR:

KEVIN SANCHEZ - ENFERMERO PROFESIONAL

JENNY LUGO - ENFERMERA PROFESIONAL

REVISADO POR:

MAYRA MILENA HERRERA FANDIÑO/ COORDINADORA

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, denominado en la SDIS como “participante”, entendida como una manera de trabajar que facilita a los profesionales y al sistema, una asistencia razonablemente libre de daños, es un tema que ha venido para quedarse. Su interés es tal que todos, profesionales asistenciales y administración sanitaria y social, debemos implicarnos en desarrollar una cultura de mejora de la seguridad del paciente. La medicación (particularmente en participantes de riesgo), la comunicación entre niveles, la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales y tratamiento rápido en procesos de riesgo, unos cuidados y procedimientos seguros, la coordinación dentro del equipo asistencial, la higiene de manos son aspectos importantes en este campo. El liderazgo convencido de la administración y las gerencias, y la implicación de los clínicos, pueden y deben crear un entorno asistencial donde la atención, manejo, tratamiento y los cuidados puedan llevarse a cabo con razonable seguridad.

Toda actividad realizada por el ser humano está sujeta a error y en ella las acciones para el cuidado de la salud, no es una excepción; el desarrollo tecnológico y científico ha transformado nuestro sistema de salud en un sistema moderno, pero de complejidad creciente, que entraña mayores riesgos potenciales. En la actualidad se acepta que los efectos no deseados, secundarios a la atención, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad, cuyas consecuencias repercuten en la salud de los pacientes y llevan asociado un elevado impacto económico y social, Moser, ya en 1956, las llamó “las enfermedades del progreso de la medicina”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. La seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial, que ha ido adquiriendo una relevancia creciente en los últimos años, convirtiéndose actualmente en una prioridad para los sistemas sanitarios avanzados.

En nuestro País, los responsables de salud de las distintas Comunidades es el Ministerio De Salud Y Protección Social, en su papel de coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), han situado la seguridad del paciente en el centro de sus políticas sanitarias. La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros de salud del SNS se constituye en uno de los grandes ejes de actuación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estableciéndola como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. En consecuencia, a lo anterior, se hace necesario implementar una política de atención segura para los participantes del “Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10” teniendo en cuenta que como institución se brinda atención al sujeto con déficit cognitivo llamado (participante) y por ende, al cuidado y mantenimiento de la salud.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los riesgos potenciales a los que se encuentran expuestos los participantes durante la atención en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10, por medio de un protocolo de identificación que estipule y señale cada riesgo, como estrategia para plantear mecanismos de mejora y evitar que se presenten complicaciones que afecten la salud e integridad de las personas en atención.

ESPECÍFICOS

- Verificar las condiciones de salud de la población que puedan representar un riesgo para la integridad de las personas con discapacidad
- Promocionar prácticas que impulsen y mejoren la seguridad del participante mediante:
  a. La formación y el “uso compartido de experiencias de éxito” en todo el ámbito.
  b. La implantación de diferentes programas como los relativos a la higiene de manos, identificación inequívoca de participantes, Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Participante entre otros.
- Promover la participación e implicación de los participantes y del personal del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10, en la mejora de su propia seguridad.
- Crear los mecanismos necesarios estructurales o funcionales para Promover proyectos e iniciativas de cuidado y prevención en riesgos identificados.
- Identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que puedan ocasionar un evento adverso.
- Brindar acompañamiento en las actividades de cuidado de acuerdo a las necesidades de la población.
- Mitigar los efectos adversos y reportar sea el caso.
- Conocer el protocolo de acción en caso de que ocurra un evento adverso.
- Implementar el plan de mejoramiento

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL Y CONTEXTUALIZACIÓN

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

1. La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

2.Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (4)

La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

La seguridad del paciente, se ha convertido en un tema prioritario para los prestadores de salud en el mundo, pero ¿de qué hablamos, en relación a seguridad del paciente?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la (sp)seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

El daño involuntario a participantes o pacientes en los servicios asistenciales, no es un fenómeno nuevo, el registro más antiguo de este problema, data del siglo XVII A.C. En esta época la solución a este problema era netamente punitivo (se le cortaba la mano al cirujano que cometía un error). Hoy, las soluciones son más constructivas y el éxito de las acciones depende del trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales, la participación de los participantes y el diseño de sistemas de servicios de salud.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS.

La seguridad del paciente (participante) es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Las diferentes organizaciones e instituciones asistenciales y de salud, con el paso de los años se han dado cuenta de que prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Si la inseguridad en la atención es ya algo que ocurre habitualmente en una institución, pues su prestigio cae indescriptiblemente y la imagen ante la sociedad es pésima. Los profesionales que ahí laboran serían muy mal mirados ante la sociedad, pues estarían etiquetados como incapaces o incompetentes. Un profesional mal preparado, no tiene mucho que enseñar a sus alumnos, así que se pone en crisis la educación de pregrado y de postgrado.

La revisión documental realizada demostró que el daño provocado al paciente durante el proceso de atención sanitaria tiene una tendencia creciente a nivel mundial, tocando a todos los países a pesar de su nivel de desarrollo. Dentro de las consecuencias de la atención sanitaria insegura al paciente se encuentran:

- El daño innecesario que se le produce al paciente, que puede ir desde una simple complicación, a una discapacidad permanente o incluso la muerte.
- La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad que es abrumadora.

La seguridad del paciente es entendida como una de las dimensiones más importantes de la calidad de la atención. Es un problema que se encuentra entre las prioridades de las políticas sanitarias en los países líderes en la mejora de la calidad. Cuando no se brinda una atención con la calidad esperada, esto se convierte en un problema que afecta a los pacientes como parte de la sociedad y hasta a la misma institución que está enclavada en la comunidad. La imagen de la institución cambia a nivel social y en ese caso, sino se revierte rápidamente esta situación, entonces deja de hacerse ciencia y su objeto científico social desaparece.

GLOSARIO TÉCNICO:

- ✔ Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- ✔ Atención En Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- ✔ Daño Asociado A La Asistencia Sanitaria: Daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención en salud o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- ✔ Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- ✔ Evento Adverso: Es un incidente que produce daño al participante o paciente.
- ✔ Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.
- ✔ Falla De La Atención En Salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.
- ✔ Fallas Activas O Acciones Inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).
- ✔ Incidente relacionado con la seguridad del participante o paciente: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un participante.

- Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- Indicio De Atención Insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Medidas adoptadas para reducir el riesgo: Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.
- Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- Participante: Denominado así, al sujeto de atención en los Centros de integración de la Secretaria Distrital de Integración Social. En este caso en el Centro integrarte atención interna grupo 10.
- Plan de Seguridad: Documento que se crea con el objeto de apoyar y promover la misión, visión y valores de una organización, con el interés puesto en la mejora continua de la seguridad de todos los participantes o pacientes. Define las prioridades de seguridad institucional y establece los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes y reducir los riesgos, errores y otros acontecimientos adversos.
- Riesgo: Probabilidad de que se produzca un incidente.
- Seguridad Del Paciente: es 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.
- Sistema de notificación: Procesos y tecnologías implicados en la estandarización de la comunicación de eventos adversos o incidentes u otros riesgos.
- Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- Incidente: Es un suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad, al proceso o al ambiente.

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad y compromiso de la ejecución del protocolo de IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POTENCIALES, así mismo como la aplicación del mismo manejo de riesgos, es del talento humano en general que labora en el Centro Integrarte De Atención Interna Grupo 10, quienes están plenamente identificados con cambios sustanciales que establezcan la protección para llegar al cumplimiento de los objetivos del buen vivir y ofrecer atención que contribuya a mejorar los niveles de calidad, dado a que los eventos adversos son el principal mecanismo de mejora en la atención de los participantes del centro en mención.

RECONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10

Teniendo en cuenta que existen un sin número de factores de riesgo de todo tipo y algunos inevitables, es importante el reconocimiento de los mismos para así poder crear un plan de prevención de accidentes tanto para los participantes como para el talento humano.

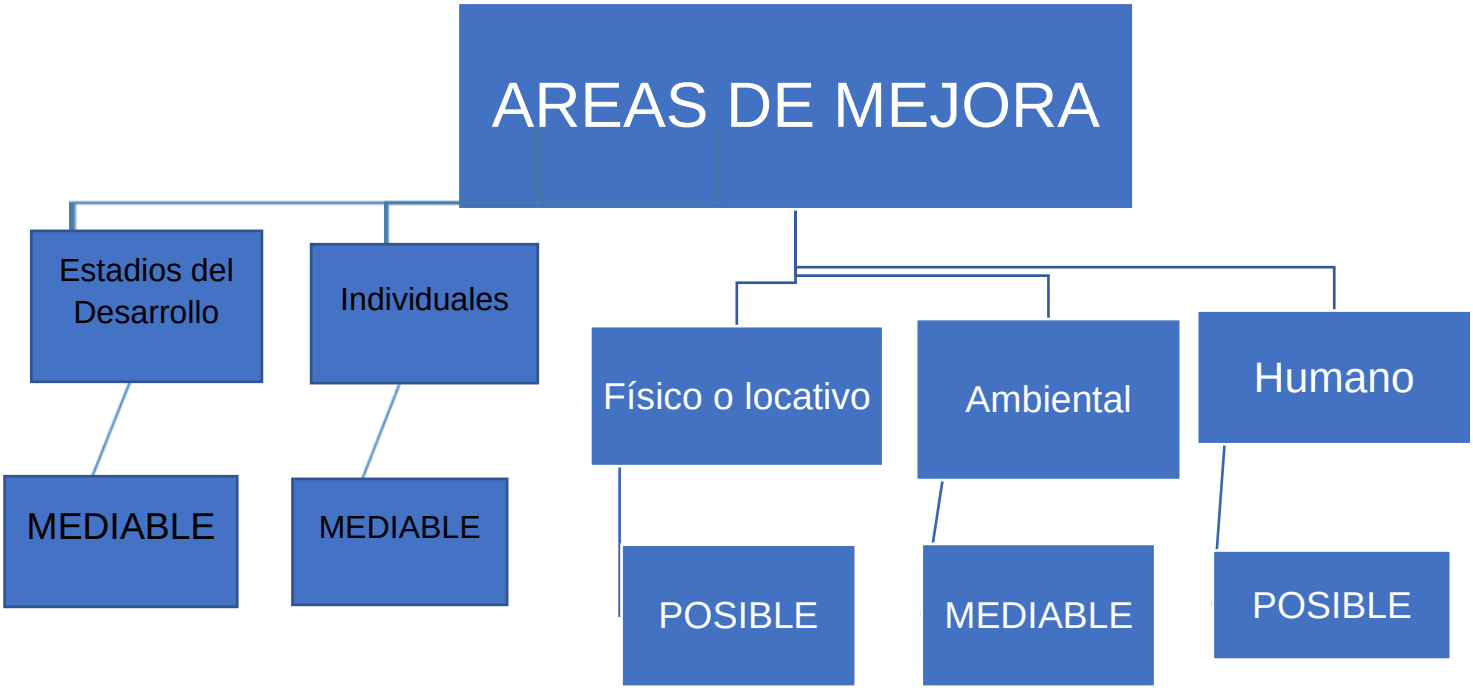
Para establecer el plan de mejoramiento ante la presencia de eventos adversos en la atención en salud, es de vital importancia hacer un paneo general teniendo en cuenta factores importantes como:

1. Factor físico o locativo
2. Factor ambiental
3. Factor humano
4. Factor de riesgo de estadios del desarrollo
5. Factor de riesgo individual

Físico o locativo	Ambiental	Humano	Estadios del desarrollo	Individuales
Pisos irregulares	Temperatura	Patología de base y heterogeneidad patológica	Estilo de vida	Comunicación
pisos lisos	Vectores (insectos/animales)	Identificación	Estado cognitivo y de movilidad	Trastornos de movilidad
iluminación	Lluvia	Omisión	Alteraciones sensitivas	Alteraciones sensitivas o de comunicación
campo abierto	fuentes hídricas	equivocación o error	Conciencia de seguridad	Falta de conciencia de seguridad
Ventanas y puertas		Sexual		
		Relacionado con las patologías		

Inicialmente debemos hacer dicho reconocimiento, teniendo en cuenta las debilidades detectadas en cada uno de los aspectos anteriores, para así poder plantear un programa de reforma a la atención brindada, mejorando la calidad de atención en los participantes y por ende disminuyendo la probabilidad de que un evento adverso vuelva a ocurrir o previniendo los futuros incidentes

ÁREAS DE MEJORA

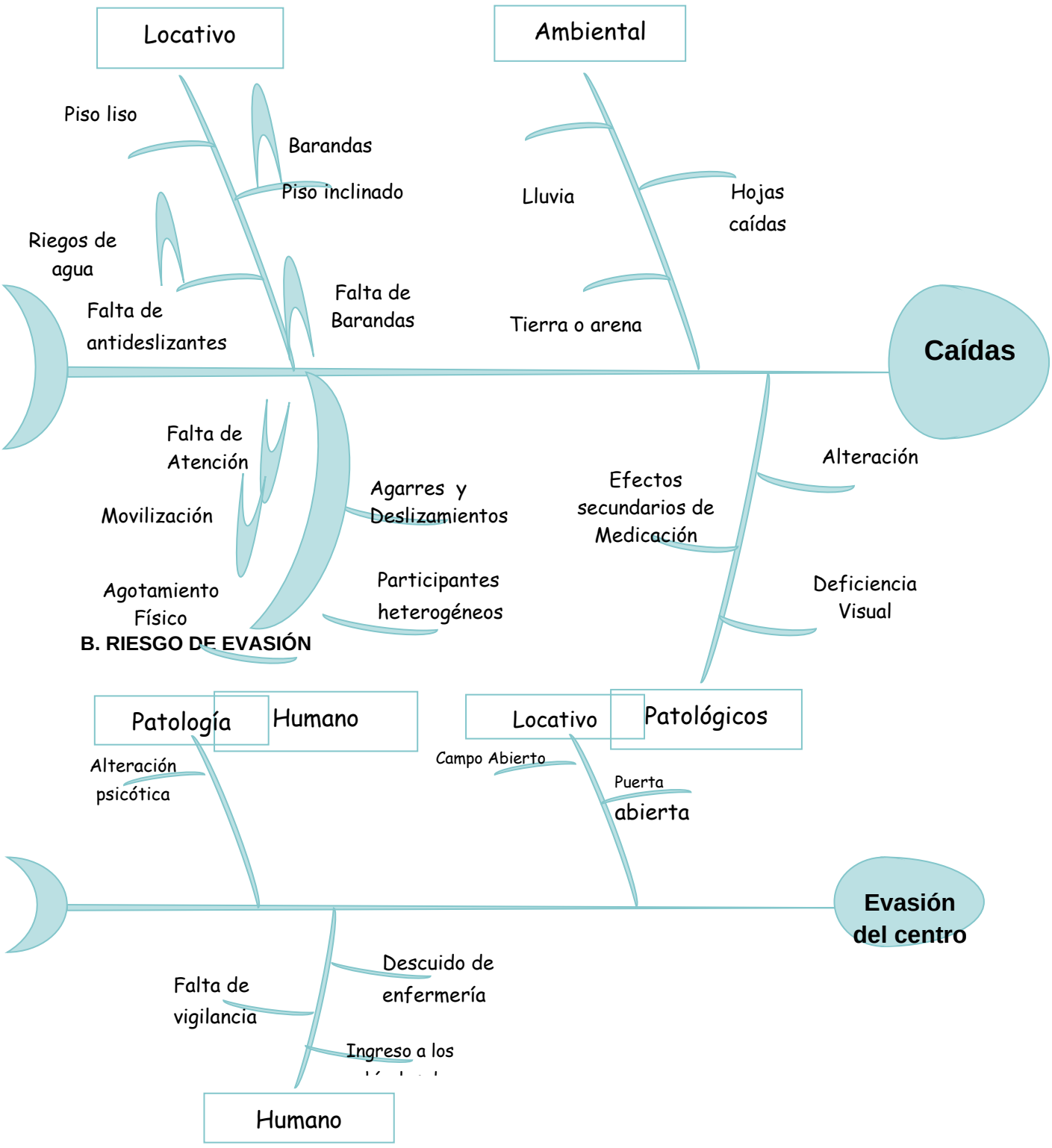


CAUSAS Y EFECTOS
(EVENTOS ADVERSOS SUBJETIVOS)

Para determinar las causas de un efecto adverso vamos a utilizar el diagrama de Ishikawa o de causa efecto. El diagrama de Ishikawa o diagrama de causa efecto (conocido también como diagrama de espina de pescado dada su estructura) consiste en una representación gráfica que permite visualizar las causas que explican un determinado problema, lo cual la convierte en una herramienta de la gestión de la calidad ampliamente utilizada dado que orienta la toma de decisiones al abordar las bases que determinan un desempeño deficiente. La utilización del Diagrama de Ishikawa se complementa de buena forma con el Diagrama de Pareto el cual permite priorizar las medidas de acción relevantes en aquellas causas que representan un mayor porcentaje de problemas y que usualmente en términos nominales son reducidas

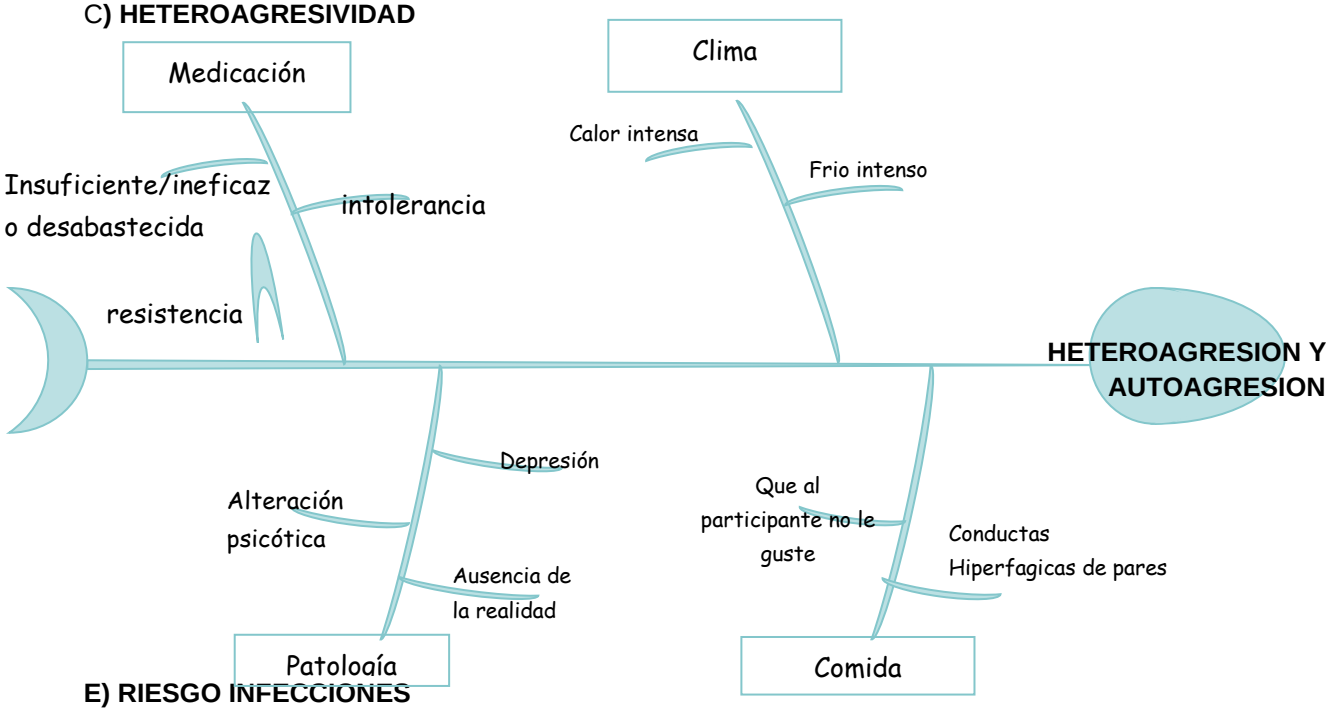
La estructura del Diagrama de Ishikawa es intuitiva: identifica un problema o efecto y luego enumera un conjunto de causas que potencialmente explican dicho comportamiento. Adicionalmente cada causa se puede desagregar con grado mayor de detalle en Subcausas. Esto último resulta útil al momento de tomar acciones correctivas dado que se deberá actuar con precisión sobre el fenómeno que explica el comportamiento no deseado. En los siguientes diagramas de “Espina de pescado” indicaremos los principales riesgos subjetivos detectados en el centro integrarte atención interna grupo 10:

A. RIESGO DE CAÍDA:

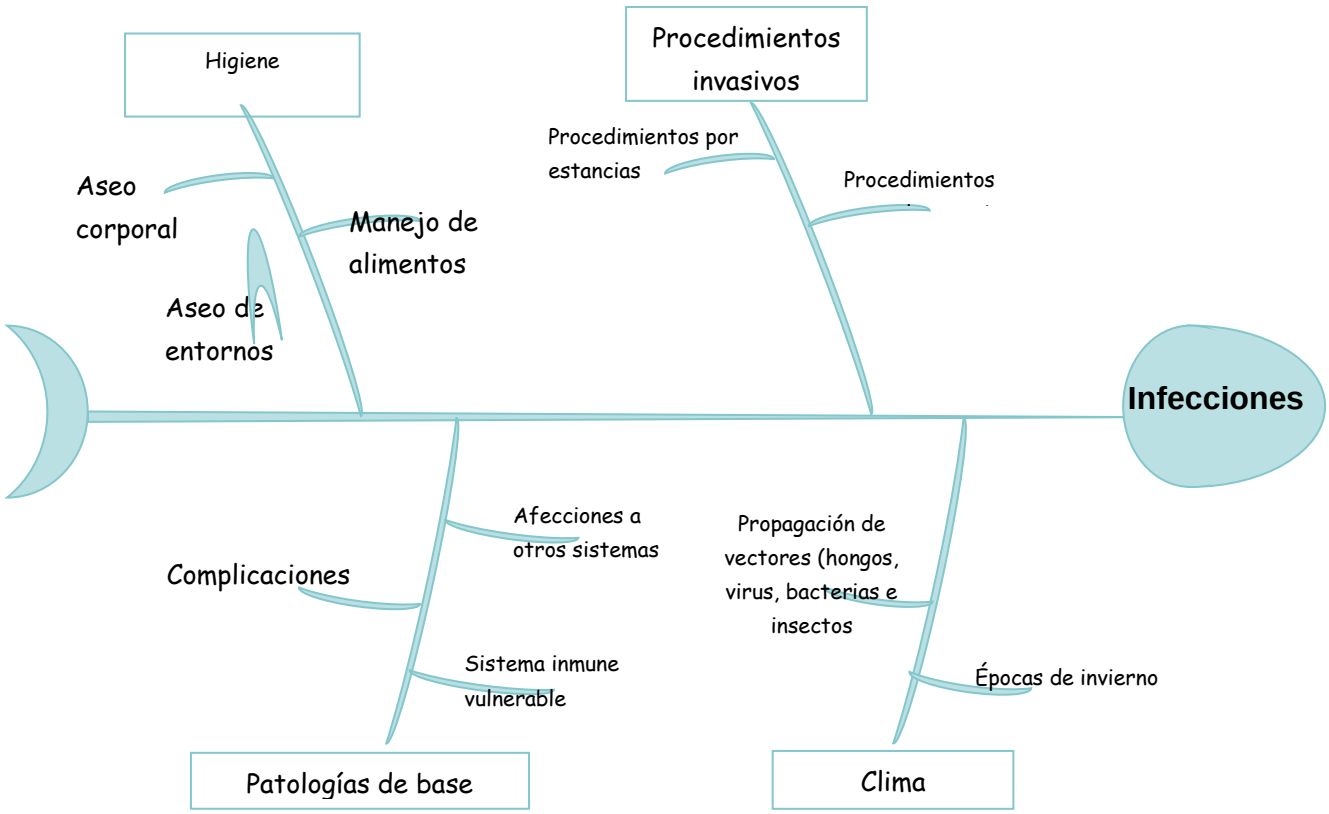


B. RIESGO DE EVASIÓN

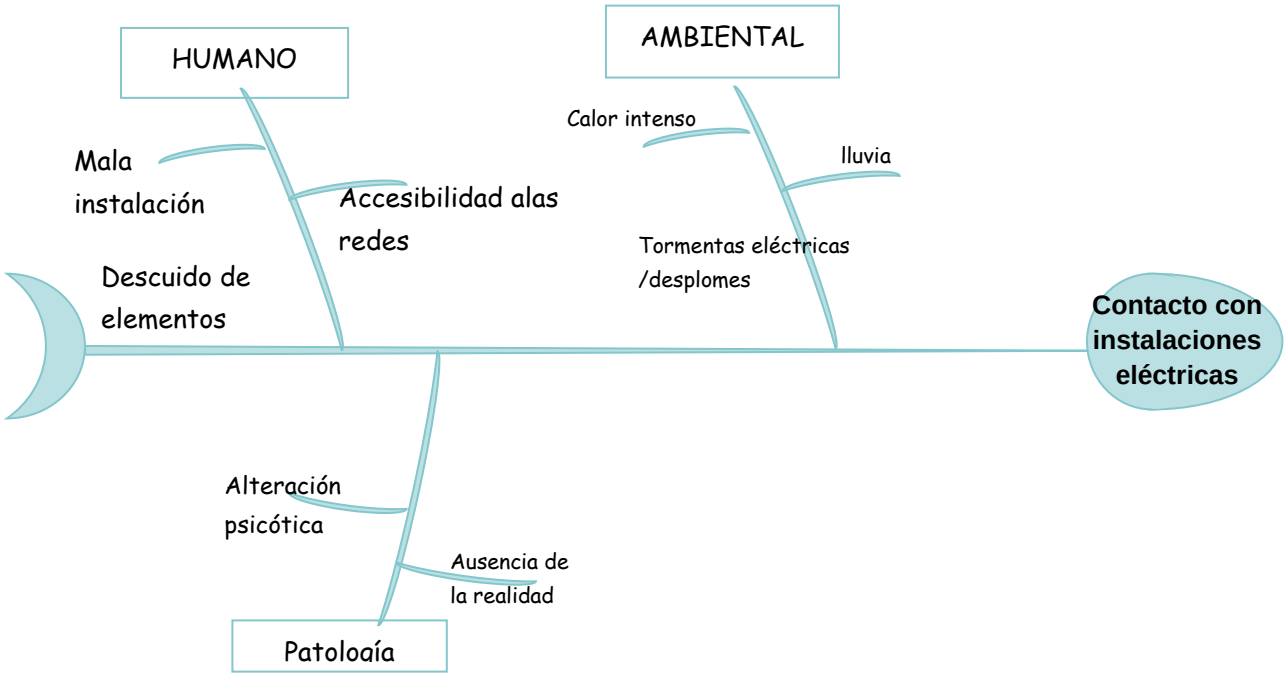
C) **HETEROAGRESIVIDAD**



E) RIESGO INFECCIONES



F) RIESGO DE CONTACTO CON REDES ELÉCTRICAS



IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La identificación de riesgos potenciales en el centro integrarte atención interna grupo 10, plantea estrategias y aplicación de escalas predeterminadas para la identificación de los mismos, dentro de las cuales mostramos a continuación y de las cuales se realiza la aplicación al 100% de La población y asi establecer los planes de acción según los riesgos determinados de cada persona con discapacidad

RIESGO DE CAÍDA (APLICACIÓN DE ESCALA DE MORSE)

Se realiza aplicación de la escala de Morse al 100% de la población en atención y de igual manera se realizará a los participantes que ingresen en el transcurso del convenio, ya sean provenientes de otros centros o nuevos en los servicios de la secretaría de integración social.

ESCALA MORSE / RIESGO DE CAÍDA

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

INTERPRETACIÓN

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE	ACCION
Riesgo Alto	0- 24	Implementación de medidas especiales
Riesgo Medio	25- 50	Implementación de plan de prevención
Riesgo Bajo	>50	Cuidados básicos de enfermería

Riesgo de caída alto donde evalúa historias de caídas anteriores que afectaron su estado de salud, si se presentó alguna lesión, si se encuentra en cama o silla cama con dependencia total, estado de la marcha con dificultad, si su estado mental presenta alguna alteración.

Riesgo de caída medio si presento caída pero no presento causa alguna, necesita alguna ayuda para desplazarse, pero es consciente, alerta y realiza bien en manejo de bastón, caminador o silla de rueda, muletas.

Riesgo bajo sin presencia de ninguna alteración independiente o semi independiente en sus desplazamientos sin riesgo de caída o antecedentes de las mismas.

INTERPRETACIÓN		
Valor	**Riesgo**	**Acción**
Mayor o igual a 12	**Alto**	**Cuidados básicos de enfermería**
Mayor o igual a 14	**Medio**	**Implementación de plan de prevención**
Mayor o igual 16	**Bajo**	**Implementación de medidas especiales**

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE CAÍDA (escala de morse)**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	MEDIO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	ALTO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	MEDIO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	BAJO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	MEDIO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	MEDIO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	ALTO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	ALTO
9	AURA ROMERO	1032440058	ALTO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	MEDIO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	ALTO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	ALTO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	BAJO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	MEDIO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	ALTO
16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	ALTO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	ALTO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	ALTO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	ALTO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	ALTO

21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	BAJO
22	DIEGO ROJAS	79183954	MEDIO
23	DORIS FORERO	52409950	MEDIO
24	DORIS GAITAN	53159567	BAJO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	ALTO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	ALTO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	ALTO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	ALTO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	MEDIO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	BAJO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	MEDIO
34	GLADYS RINCON	51969026	ALTO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	ALTO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	BAJO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	BAJO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	ALTO
39	JACKELINE HERRERA	52409981	BAJO
40	JAIRO MEDINA	79938522	MEDIO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	MEDIO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	ALTO

44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	MEDIO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	ALTO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	MEDIO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	ALTO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	ALTO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	BAJO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	BAJO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	BAJO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	BAJO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	MEDIO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	ALTO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	MEDIO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	BAJO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	MEDIO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	ALTO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	ALTO
61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	ALTO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	BAJO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	MEDIO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	ALTO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	ALTO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	BAJO

67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	BAJO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	BAJO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	BAJO
71	VICKY RINCÓN	53905997	MEDIO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	ALTO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	ALTO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	ALTO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	ALTO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	ALTO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	BAJO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	ALTO

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE HETERO Y AUTOAGRESION

n el proceso que se viene desarrollando con los participantes que se encuentran al interior del centro integrarte atención interna grupo 10, se han identificado diversos aspectos comportamentales los cuales han requerido diseñar nuevas herramientas de manejo para ser utilizadas por parte de todo el talento humano que se encuentre en el servicio, con el fin de evitar afectaciones físicas o emocionales en las personas con discapacidad presentes del Grupo 10, estas se encuentran enfocadas en preservar la integridad, brindar seguridad y garantizar el cuidado, por lo anterior se contextualizan las diversas técnicas de manejo, abordaje y acciones de mejora presentes a la hora de tener una alteración comportamental, iniciando con tres conceptos básicos que permiten reconocer el tema abordar:

- **CRISIS**

Una crisis es un estado temporal de trastorno, que se caracteriza por una desorganización propia, reflejada en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema.

- **AGITACIÓN**

Estado de inquietud o de actividad continua no enfocada hacia objetivo alguno. / Agitación psicomotora: excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

- **ALTERACIÓN**

Consiste en la reducción del campo de la conciencia por selección de contenidos, lo cual hace que se genere una distorsión de los procesos reales a los imaginarios, (toma unos y deja de lado otros). Pueden agregarse juicios falsos sobre la realidad y pseudopercepciones de tipo alucinaciones negativas. Típicamente se presenta en pacientes en disociación histérica y en sujetos normales bajo gran estimulación emocional.

PARTICIPANTES QUE PRESENTAN CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS Y AUTOAGRESIVAS

De acuerdo a los diagnósticos cognitivos y los diagnósticos mentales psicosociales que presentan los participantes, se han surgido diversos aspectos comportamentales y conductuales que generan acciones heteroagresivas y autoagresivas de difícil manejo, requiriendo de diversos tipos de ayuda, intervenciones y valoraciones por el área de psiquiatría, de acuerdo a lo anterior se nombran a continuación los participantes que presentan dichos comportamientos con el diagnóstico médico y los aspectos conductuales identificados, pero se resaltará en color azul los que actualmente tienen mayor dificultad frente a los aspectos conductuales por conductas agresivas consigo mismos y con los otros que requieren de constante supervisión o acompañamiento y a quienes los comandos verbales no los regula.

PLAN DE ACCIÓN SEGÚN EL RIESGO COMPORTAMENTAL (EJECUCIÓN)

Teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados que podrían ocasionar un evento adverso asociado al cuidado en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10, se dará inicio al plan de manejo en cada situación desde el ámbito de la prevención para así lograr mitigar o disminuir el riesgo.

ALTERNATIVAS DE MANEJO O ABORDAJES EN ALTERACIONES COMPORTAMENTALES

De acuerdo a las acciones que se desarrollan en el momento en que un participante presenta agitación, crisis o alteración comportamental, desde el área profesional y con supervisión de los auxiliares de enfermería se realizan tres tipos de manejo:

1. **Manejo Verbal:** Se brinda como primera instancia cuando el participante presenta agitaciones que pueden tener manejo por medio del diálogo, se realizan observaciones, sugerencias y se escuchan atentamente las razones de la agitación, seguido se retorna al grupo y se brinda supervisión.
2. **Manejo Ambiental:** Es utilizado como segunda instancia en el momento en el cual el manejo verbal no cumplió el objetivo y continúa la alteración, se traslada el participante a un ambiente apartado, preferiblemente lejos de los demás compañeros con supervisión y se da tiempo fuera por 5 o 10 minutos de acuerdo a la necesidad, seguido al tener estabilidad se retorna al grupo sin indagar en la situación en el momento.
3. **Manejo Físico y Rescate:** Se utiliza como tercera instancia, al verificar que el manejo verbal y ambiental no cumplió con el objetivo planteado, en este proceso para evitar afectaciones físicas en el participante, pares y equipo asistencial, se realizan estrategias de manejo físico evitando los puntos de presión y administración de medicación de rescate de acuerdo a la orden suministrada por el área de psiquiatría, este proceso es supervisado por el área de salud y psicología y está contemplado en un tiempo de 20 a 30 minutos o de acuerdo al nivel de estabilidad que vaya generando la persona con discapacidad.

4. **Remisión a los servicios de urgencia:** Cuando el manejo anteriormente estipulado no es efectivo, se establece remisión al centro asistencial para valoración de psiquiatría y modulación, cuando se

presenta un riesgo inminente para los participantes y para sí mismo, así como para el equipo de atención.

Al finalizar cualquiera de los tres tipos de manejo, se realiza intervención individual para nivelar tensiones y evitar los síntomas de ansiedad y estrés, en este proceso se utilizan herramientas de estimulación multisensorial, autocontrol o regulación emocional para evitar nuevamente los desencadenantes negativos. A continuación, se relacionan los participantes que actualmente cuentan con orden de manejo físico o rescate avalados y verificados de forma mensual por el área de psiquiatría, con el acompañamiento de psicología y salud

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE AUTO - HETEROAGRESIONES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	MEDIO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	ALTO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	ALTO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	BAJO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	MEDIO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	ALTO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	ALTO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	ALTO
9	AURA ROMERO	1032440058	MEDIO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	BAJO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	BAJO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	ALTO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	ALTO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	BAJO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	BAJO

16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	BAJO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	BAJO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	BAJO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	BAJO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	ALTO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	ALTO
22	DIEGO ROJAS	79183954	ALTO
23	DORIS FORERO	52409950	MEDIO
24	DORIS GAITAN	53159567	MEDIO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	ALTO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	BAJO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	MEDIO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	MEDIO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	MEDIO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	BAJO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	MEDIO
34	GLADYS RINCON	51969026	BAJO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	BAJO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	BAJO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	BAJO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	BAJO

39	JACKELINE HERRERA	52409981	MEDIO
40	JAIRO MEDINA	79938522	MEDIO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	BAJO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	ALTO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	BAJO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	BAJO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	BAJO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	ALTO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	ALTO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	BAJO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	BAJO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	BAJO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	BAJO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	MEDIO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	ALTO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	MEDIO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	MEDIO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	ALTO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	ALTO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	ALTO

61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	BAJO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	BAJO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	MEDIO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	ALTO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	MEDIO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	BAJO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	BAJO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	BAJO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	BAJO
71	VICKY RINCÓN	53905997	MEDIO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	MEDIO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	MEDIO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	ALTO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	ALTO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	MEDIO
77	ALVARO TORRES	1075228262	ALTO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	MEDIO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	ALTO

RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO.

El atragantamiento ocurre cuando un objeto extraño se aloja en la garganta o la tráquea y bloquea el flujo de aire. En los adultos, un trozo de comida suele ser el culpable. Los niños pequeños a menudo tragan objetos pequeños. Debido a que el atragantamiento corta el oxígeno al cerebro, brinda primeros auxilios lo más rápido posible.

El signo universal de atragantamiento son las manos apretadas a la garganta. Si la persona no da la señal, busca estas indicaciones:

Incapacidad de hablar;

Dificultad para respirar o respiración ruidosa;
Sonidos chirriantes al intentar respirar;
Tos, que puede ser débil o fuerte;
Piel, labios y uñas que se tornan azules u oscuras;
Piel enrojecida y luego pálida o de color azulado;
Pérdida del conocimiento.

CAUSAS

Obstrucción mecánica
Edema de los tejidos
Aplastamiento de la tráquea Entre los motivos que lo pueden provocar:
Infecciones que afecten a la garganta
Reacciones alérgicas (reacciones anafilácticas)
Estrangulamiento
Apnea obstructiva del sueño con mayor incidencia en personas que duermen boca arriba, fumadores, por consumo excesivo de alcohol o en personas con enfermedades pulmonares (enfisema)

SIGNOS QUE APARECEN

Independientemente de la causa, el atragantamiento corta el suministro de aire a los pulmones. Los signos que manifiestan un bloqueo de las vías respiratorias son:

Incapacidad de hablar y llorar
La cara se torna azul por la falta de oxígeno
La persona se agarra la garganta desesperadamente
Tos débil y respiración dificultosa que produce un ruido agudo
Todos los síntomas anteriores, que dejan a la persona inconsciente
Durante el sueño, episodios de jadeo, pausas en la respiración y despertares repentinos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de atragantamiento por obstrucción mecánica es sencillo, ya que los síntomas son evidentes incluso para una persona no capacitada. Al atragantarse debido a una infección, la persona, generalmente, tendrá fiebre y signos de enfermedad antes de que comience la respiración dificultosa.

Si el atragantamiento se debe a una reacción alérgica a medicamentos o por picaduras de insectos, los lóbulos de las orejas y la cara de la persona se hincharán, dando una señal externa de que también está ocurriendo una inflamación interna.

El atragantamiento debido a la apnea del sueño generalmente se diagnostica por los síntomas referidos por parte de la persona que duerme. También hay dispositivos de alarma para detectar la aparición de apnea del sueño.

TRATAMIENTO

El atragantamiento, excepto la que se produce temporalmente durante la apnea del sueño, es una emergencia médica.

Si se debe a vías respiratorias obstruidas, la maniobra de Heimlich (un procedimiento de emergencia en el que una persona se agarra por detrás para expulsar la obstrucción con fuerza) debe realizarse de inmediato.

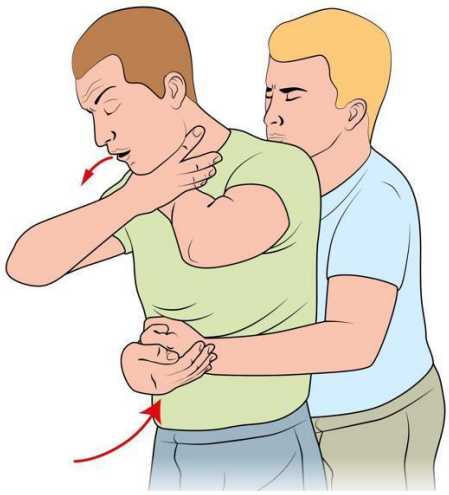


TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	MEDIO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	BAJO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	MEDIO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	MEDIO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	MEDIO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	MEDIO
9	AURA ROMERO	1032440058	MEDIO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	BAJO

11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	BAJO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	BAJO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	BAJO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	MEDIO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	MEDIO
16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	BAJO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	BAJO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	MEDIO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	BAJO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	MEDIO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	MEDIO
22	DIEGO ROJAS	79183954	ALTO
23	DORIS FORERO	52409950	MEDIO
24	DORIS GAITAN	53159567	MEDIO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	ALTO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	BAJO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	ALTO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	MEDIO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	MEDIO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	ALTO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	MEDIO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	MEDIO
34	GLADYS RINCON	51969026	MEDIO

35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	MEDIO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	BAJO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	MEDIO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	ALTO
39	JACKELINE HERRERA	52409981	MEDIO
40	JAIRO MEDINA	79938522	ALTO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	MEDIO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	ALTO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	ALTO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	ALTO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	ALTO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	MEDIO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	ALTO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	MEDIO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	MEDIO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	BAJO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	ALTO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	ALTO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	ALTO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	ALTO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	ALTO

57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	BAJO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	ALTO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	MEDIO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	ALTO
61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	ALTO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	MEDIO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	MEDIO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	MEDIO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	BAJO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	ALTO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	ALTO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	ALTO
71	VICKY RINCÓN	53905997	ALTO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	MEDIO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	ALTO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	MEDIO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	MEDIO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	MEDIO
77	ALVARO TORRES	1075228262	MEDIO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	BAJO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	MEDIO

RIESGO DE CONTACTO CON REDES ELÉCTRICAS

El riesgo eléctrico está presente en cualquier área que contenga instalaciones eléctricas de baja, media y alta tensión, operaciones de mantenimiento de las mismas, utilización, manipulación y reparación del equipo eléctrico de las máquinas, así como utilización de aparellaje eléctrico en entornos para los cuales no ha sido diseñado el dispositivo (ambientes húmedos y/o mojados), etc.

Dentro del riesgo eléctrico quedan específicamente incluidos:

• Electrocución: es la posibilidad de circulación de una corriente eléctrica a través del cuerpo humano.

• Quemaduras por choque o arco eléctrico.

• Caídas o golpes como consecuencia de choque o arco eléctrico.

• Incendios o explosiones originados por la electricidad.

El paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo puede provocar distintas lesiones que van desde las quemaduras hasta la fibrilación ventricular y la muerte.

EFECTOS DE LA ELECTRICIDAD SOBRE EL ORGANISMO HUMANO

Cuando una persona se pone en contacto con la corriente eléctrica no todo el organismo se ve afectado por igual. Hay unas partes del cuerpo que resultan más dañadas que otras. Éstas son: Piel: supone el primer contacto del organismo con la electricidad. La principal lesión son las quemaduras debido al efecto térmico de la corriente.

En baja tensión se originan unas quemaduras superficiales («manchas eléctricas») en el punto de entrada y salida de la corriente. En alta tensión se pueden llegar a producir grandes quemaduras con destrucción de tejidos en profundidad.

Músculos: cuando un impulso eléctrico externo llega al músculo, éste se contrae. Si los impulsos son continuos, producen contracciones sucesivas conocidas como “tetanización” de forma que la persona es incapaz físicamente de soltarse del elemento conductor por sus propios medios. En esta situación, y dependiendo del tiempo de contacto, la corriente sigue actuando con lo que pueden producirse daños en otros órganos, además de roturas musculares y tendinosas. La tetanización puede provocar además una contracción mantenida de los músculos respiratorios y generar una situación de asfixia que puede dañar irreversiblemente al cerebro y producir la muerte.

Corazón: la corriente eléctrica produce una alteración total en el sistema de conducción de los impulsos que rigen la contracción cardiaca. Se produce así la denominada “fibrilación ventricular”, en la que cada zona del ventrículo se contrae o se relaja descoordinadamente. De esta forma, el corazón es incapaz de desempeñar con eficacia su función de mandar sangre al organismo, interrumpiendo su circulación y desembocando en la parada cardiaca.
Sistema nervioso: los impulsos nerviosos son de hecho impulsos eléctricos. Cuando una corriente eléctrica externa interfiere con el sistema nervioso aparecen una serie de alteraciones, como vómitos, vértigos, alteraciones de la visión, pérdidas de oído, parálisis, pérdida de conciencia o parada cardiorrespiratoria. También pueden afectarse otros órganos, como el riñón (insuficiencia renal) o los ojos (cataratas eléctricas, ceguera). Además, indirectamente, el contacto eléctrico puede ser causa de accidentes por caídas de altura, golpes contra objetos o proyección de partículas

GESTIÓN PREVENTIVA FRENTE AL RIESGO ELÉCTRICO

El proceso de gestión preventiva frente al riesgo eléctrico consiste básicamente en:
1. Identificación y evaluación de las diferentes causas que pueden producir accidentes.
2. Eliminación y control del riesgo.
3. Diseño e implantación de medidas preventivas.

La prevención de este riesgo consiste en evitar todo tipo de contactos eléctricos, a través de:
1. el uso de instalaciones y aparatos eléctricos seguros,
2. el cumplimiento de la normativa de seguridad en instalaciones eléctricas,
3. el respeto de las buenas prácticas en la conexión instalación-aparato,
4. la realización de todas las operaciones de manipulación de elementos que pueden estar activos sin tensión.

Protección contra contactos eléctricos directos

La protección contra el contacto directo consiste básicamente en poner fuera del alcance de las personas los elementos conductores bajo tensión mediante alguna de las siguientes medidas:

Alejamiento de partes activas.
• Interposición de obstáculos
• Recubrimiento de partes activas
• Utilización de pequeñas tensiones de seguridad
• Uso de dispositivos diferenciales de alta sensibilidad
En el centro intégrate atención interna grupo 10, las instalaciones eléctricas se encuentran aisladas y distantes de los participantes y los tomacorrientes se encuentran protegidos incluso en las oficinas de equipo profesional, previniendo el contacto directo de cualquier persona del equipo asistencial y participantes.



Y el manejo de las redes eléctricas está dado por personal específico para tal fin.

ATENCIÓN EN CASOS DE EVASIÓN EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10

Evasión del Centro Integrarte de Atención Interna por parte de la persona con discapacidad:

En la tabla de identificación de riesgos potenciales, se realiza la clasificación de los participantes del CIAI grupo 10, que tienen mayor predisposición y conductas que señalan un riesgo potencial de evasión, es por eso que se establece las medidas preventivas aquí descritas y se realizó el protocolo de evasión por parte del equipo profesional, en el que se determinaron medidas preventivas a diario.

Teniendo en cuenta la directriz de la Secretaria Distrital De Integración social, una vez ocurrido el hecho de evasión por parte de la persona con discapacidad, se reportara de manera inmediata al supervisor y al referente técnico y se inician acciones de búsqueda por un plazo máximo de hasta 48 horas, pero iniciará las gestiones de manera inmediata.

Se llevarán a cabo las siguientes acciones:

a. Búsqueda en el perímetro del inmueble donde se ubica el Centro y en el perímetro de la vivienda de los referentes familiares.

b. 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.

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. De manera inmediata.

e. Acompañamiento y orientación de sitios de búsqueda a la familia, si la presunta evasión se dio durante el momento de salida.

f. 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.

g. 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. Firmado Electronicamente con AZSign

h. Estudio de caso. Transcurridos cinco (5) días desde la presunta evasión, y efectuadas las 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

i. Realizar la radicación al equipo de seguimiento SIRBE, de la novedad de egreso.

j. 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.

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE EVASIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE EVASIÓN**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	BAJO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	ALTO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	BAJO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	ALTO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	BAJO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	BAJO
9	AURA ROMERO	1032440058	BAJO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	BAJO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	BAJO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	MEDIO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	MEDIO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	BAJO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	BAJO

16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	BAJO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	BAJO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	BAJO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	BAJO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	BAJO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	BAJO
22	DIEGO ROJAS	79183954	BAJO
23	DORIS FORERO	52409950	AJO
24	DORIS GAITAN	53159567	BAJO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	MEDIO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	BAJO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	MEDIO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	BAJO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	BAJO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	BAJO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	BAJO
34	GLADYS RINCON	51969026	BAJO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	BAJO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	MEDIO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	BAJO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	BAJO

39	JACKELINE HERRERA	52409981	MEDIO
40	JAIRO MEDINA	79938522	BAJO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	BAJO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	MEDIO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	BAJO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	BAJO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	BAJO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	BAJO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	BAJO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	BAJO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	BAJO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	BAJO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	BAJO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	BAJO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	BAJO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	BAJO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	BAJO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	BAJO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	BAJO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	BAJO

61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	BAJO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	BAJO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	BAJO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	MEDIO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	MEDIO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	BAJO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	BAJO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	BAJO
71	VICKY RINCÓN	53905997	BAJO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	BAJO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	BAJO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	ALTO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	MEDIO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	MEDIO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	ALTO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	BAJO

RIESGO DE DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL O ABUSO Y LINEAMIENTOS DE ACTIVACION DE CODIGO BLANCO

En la el Centro integrarte atención interna grupo 10, No estamos exentos de presencia de actos de violencia sexual o abuso sexual entre los mismos participantes, dada a sus condiciones físicas y mentales, asi miso, por la cantidad de personal heterogéneo que presta atención a la población, siendo un riesgo potencial.

¡La atención que se le brinde tendrá que garantizar un trato humano, digno y reparador; procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud sexual y

reproductiva, su salud mental y su medio familiar o social.

Cuando una persona es detectada por posible violencia o abuso sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual o abuso, se encuentra en una situación de crisis, que pone en peligro su vida. Se deben desarrollar todas las "acciones en el primer contacto con el Sector Salud" que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención. La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia, dado que altera "la integridad física, funcional y/o psíquica en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona y por tanto requiere de la protección inmediata de los trabajadores de la unidad operativa, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras".

La definición de urgencia dada por la Resolución 5261 de 1993 no la condiciona a evento agudo o crónico. Desde esta perspectiva, el abuso que ha venido progresando desde largo tiempo atrás es también una urgencia. Esa particularidad determina que su atención pueda darse en cualquier momento del desarrollo del evento y que el término de la atención inicial, que busca la estabilización del o la paciente, se extienda lo necesario para esa estabilización y comprometa los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros indispensables e inmediatos para alcanzarla.

En la tabla de identificación de riesgos potenciales, se realiza la clasificación de los participantes del CIAI grupo 10, que tienen mayor predisposición y conductas que señalan un riesgo potencial de abuso sexual relacionado con las conductas hipersexuales, es por eso que se establece las medidas preventivas aquí decritas:

Con los participantes:

a) Identificación de personas con discapacidad que presentan conductas hipersexuales.
b) Registro visible de Identificación de riesgos en el dormitorio de cada participante que señala los riesgos principales a los que se encuentra expuesta la persona
c) Clasificación de personas con discapacidad en dormitorios diferentes (dormitorio de mujeres y dormitorio de hombres)
d) Educación sexual desde el área de Psicología.
e) Programa de planificación familiar para mujeres en edad fértil y prevención de embarazo no deseado
f) Gasto energético a diario por el área de Motoras
g) Interconsulta y control de psiquiatría para modulación de conductas hipersexuales, manejo con medicación.
h) Personal de atención 24/7 por el área de salud
i) Acompañamiento a por el personal de enfermería al control de esfínteres durante el día y la noche 24/7
j) Colocación de cámaras de seguridad en todas las áreas del centro de mayor concentración con conexión remota

Con el talento humano:

a) Verificación de antecedentes disciplinarios y Consulta de Inhabilidades, delitos sexuales cometidos de todo el talento humano.
b) Vigilancia de actividades.
c) Capacitaciones y educación en sexualidad y precauciones en la atención
d) Sistema cerrado de televisión y monitorización remota.
e) Atención del personal por genero en actividades de cuidado específicas.

f) Intervención de conductas sexuales por profesionales por género.

En caso de presentarse un “presunto abuso físico o sexual”:

1) Al identificar el caso se dará aviso al jefe inmediato y a la coordinación,
2) Trasladar ala persona con discapacidad de manera urgente al area medica hospitalaria e informar hechos y hallazgos
3) Mantener cadena de custodia y vigilancia a partir del momento del hallazgo y durante todo el proceso de atención e investigación
4) Información de suceso al referente técnico y equipo de supervisión de la SDIS
5) Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando datos de identificación de la persona, características y hallazgos
6) Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.
7) Acompañamiento y orientación a la familia.
8) 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 el presunto caso de abuso.
9) Seguimiento al caso. Remisión de informe diario que describa las acciones desarrolladas de la persona con discapacidad, los resultados obtenidos y evidencias (documentos) de las gestiones realizadas.
10) Colaboración del CIAI grupo 10 en todos los trámites pertinentes requeridos para el proceso médico-legal pertinente.

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CONDUCTAS HIPERSEXUALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**RIESGO DE CONDUCTAS HIPERSEXUALES**
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	ALTO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	ALTO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	BAJO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	ALTO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	MEDIO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	BAJO
9	AURA ROMERO	1032440058	BAJO

10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	BAJO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	BAJO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	MEDIO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	MEDIO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	BAJO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	BAJO
16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	BAJO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	BAJO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	BAJO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	BAJO
20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	BAJO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	BAJO
22	DIEGO ROJAS	79183954	ALTO
23	DORIS FORERO	52409950	BAJO
24	DORIS GAITAN	53159567	BAJO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	ALTO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	BAJO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	MEDIO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	BAJO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	BAJO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	BAJO

33	GILBERTO OCAMPO	79183983	BAJO
34	GLADYS RINCON	51969026	BAJO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	BAJO
36	HARVY LEONARDO CHAVES RODRIGUEZ	1005134399	MEDIO
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	BAJO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	BAJO
39	JACKELINE HERRERA	52409981	MEDIO
40	JAIRO MEDINA	79938522	BAJO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	BAJO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	MEDIO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	BAJO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	BAJO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	BAJO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	MEDIO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	BAJO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	BAJO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	BAJO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	MEDIO
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	BAJO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	BAJO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	BAJO

55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	BAJO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	BAJO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	BAJO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	MEDIO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	BAJO
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	MEDIO
61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	BAJO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	BAJO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	BAJO
64	NEILA ISABEL RIAÑO CASALLAS	52775716	MEDIO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	BAJO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	BAJO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	BAJO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	MEDIO
71	VICKY RINCÓN	53905997	BAJO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	BAJO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	BAJO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	ALTO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	MEDIO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	MEDIO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	MEDIO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	BAJO

RELACION GENERAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10, EN EL MARCO DEL CONVENIO 8418 DE 2024.

Luego de realizar la revisión, aplicación de escalas, observación y reconocimiento no solo desde el programa de cuidado a la salud, sino también de otras áreas de vital importancia como Psicología y Educador físico, fonoaudiología y en general el equipo multidisciplinario en atención de la población se logran determinar y tabular los riesgos principales y se relacionan en esta tabla que indicamos para el conocimiento de todo el equipo de trabajo.

ESTRATEGIA GENERAL EN RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

ESTRATEGIA PREVENTIVA

La prevención primaria de los eventos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del participante y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores y fallos latentes del sistema.

- ✔ Fomento de la cultura de la seguridad en el centro de atención.
- ✔ Formación y entrenamiento del personal asistencial en técnicas y procedimientos.
- ✔ Aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial: prácticas seguras, normativas y guías basadas en la evidencia.
- ✔ Establecimiento de alertas encaminadas a evitar sucesos adversos.
- ✔ Secado oportuno y mantenimiento de pisos
- ✔ Uso de tecnología de seguridad en el proceso de dispensación de medicamentos e identificación desde su ingreso…
- ✔ Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo (análisis modal de fallos y efectos).
- ✔ Incorporación de sistemas de identificación inequívoca de pacientes. (rótulos con fotografía y Manillas de Identificación.
- ✔ Mejora de la higiene de las manos del personal asistencial.
- ✔ Higiene de manos del personal que asiste en la alimentación entre otros hábitos y cuidados

La prevención secundaria actúa en las fases iniciales del desarrollo de la enfermedad con la finalidad de mejorar el pronóstico, retardar el desarrollo de la misma y sus consecuencias. El diagnóstico y el abordaje terapéutico precoces son sus instrumentos más conocidos.

Por medio de la detección y abordaje precoz de los eventos adversos, su finalidad es mitigar sus consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios. Incluye, las siguientes actividades:

- ✔ Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos eventos adversos tales como infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos, etc.
- ✔ Además de facilitar la detección precoz de incidentes y eventos adversos, los sistemas de vigilancia y notificación también contribuyen a la prevención primaria de otros sucesos adversos,

ya que permiten conocer los factores que contribuyen a su aparición y establecer acciones preventivas dirigidas a evitarlos.

- ✔ Mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y eventos adversos.
- ✔ Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del evento adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.
- ✔ Adecuación del ambiente de trabajo, reduciendo factores físicos y locativos.

La prevención terciaria, más tardía, actúa cuando la enfermedad ya está bien establecida y su finalidad, al igual que la secundaria, es retardar su evolución, reducir las consecuencias de la enfermedad (incapacidad, dolor, complicaciones, recurrencias y secuelas)

Cuando los dos niveles anteriores han fracasado, el evento adverso ha ocurrido y sus consecuencias clínicas son patentes; el objetivo de las actuaciones a desarrollar es doble: reducir el impacto y las consecuencias derivadas del evento adverso: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogénesis en cascada), litigios, etc. y evitar su reaparición. A tal fin, las actividades más apropiadas son las siguientes:

- ✔ El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares.
- ✔ El dialogo, -cuidadosamente planificado-, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el evento adverso.
- ✔ En su caso, comités de conciliación y negociación agrupado bajo la denominación de prevención cuaternaria, que incluye aquellas acciones desarrolladas para atenuar o evitar las consecuencias del evento adverso.

PLANIFICACIÓN

Implementamos la siguiente tabla para determinar el proceso, esta es una herramienta de priorización que según la mayor puntuación en la tabla dará como resultado las principales acciones a corregir. El uso de la misma la usaremos en el proceso de prevención con los posibles riesgos existente en la prevención inicial.

#	Acción de mejora	Dificultad	plazo	Impacto	Priorización

Instructivo:

Dificultad de la implantación: señale con número de 1 al 4 según la dificultad así:

1. Mucho
2. Bastante
3. Poco
4. Ninguno

Plazo de la implantación: señalar e identificar el tiempo pertinente para la acción de mejora. Nivel de medición:

1. Largo
2. Mediano
3. Corto
4. Inmediato

Impacto: es el resultado de la actuación a realizar, medido a través del grado de mejora conseguido; (un cambio radical tiene un impacto mayor que pequeños cambios continuos). Nivel de medición:

1. Ninguno
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

Uva vez se presente un evento adverso el Seguimiento se realizará en el formato que presentamos continuación en el que se identificara plenamente todo el proceso y seguimiento.

Se llego a estas conclusiones a través de la implementación del diagrama espina de pescado, identificado en el anexo técnico, la cual permitió que se reconocieran las causas de las alteraciones, crisis o agitaciones y los efectos que estas producen en las personas con discapacidad específicamente las hetero agresiones y autoagresiones; la información, los cambios y ajustes, son socializados con el talento humano por medio de capacitaciones, talleres y actividades dirigidas mensuales, las cuales permiten que se tenga mayor recepción de la información y se afiancen conceptos, se realiza seguimiento frente a las indicaciones dadas para verificar que se cumplan a cabalidad evitando afectaciones y se resuelven dudas e inquietudes en el momento en el cual se presentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Vencen Pateen safety Churchill-Livingston, London (2006). Google Acholar
2. Te escenitas of patente safety. Imperial Centre foro patente safety and servicie quelite 2011. Google Acholar
3. Te Conceptual Framework foro te internacional Clasificación foro patente Safety WHO 2009. Google Achola
4. 1 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
5. 2 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
6. 3 Tomado con modificaciones por UT Praxis UNAD de Sistema Análisis of clínica incidentes: te London protocolo. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vencen (Clínica Safety Resecar Unir, Imperial Collage London, UK).
7. 4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
8. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS, 2008.
9. https://esevidasinu.gov.co/Poblacion%20vulnerable/5.protocolo%20atenci%C3%B3n%20vvs.pdf