PLAN DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CONVENIO 8418 DE 2024

Servicio / Estrategia

CENTROS INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA

Unidad Operativa/ Subdirección Local

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10

ELABORADO POR:

KEVIN SANCHEZ - ENFERMERO PROFESIONAL

JENNY LUGO - ENFERMERA PROFESIONAL

REVISADO POR:

MAYRA MILENA HERRERA FANDIÑO/ COORDINADORA

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3

OBJETIVOS 5

JUSTIFICACIÓN 6

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD 7

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE LOS PARTICIPANTE PARA PLANTEAR LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA 8

PLAN DE MANEJO PARA CUIDADOS DE LA PIEL Y PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN ESPECIALMENTE PARA PARTICIPANTES CON SISTEMA DE APOYO GENERALIZADO EN EL CIAI G 10 16

La piel: 16

Ulcera por presión: 17

Etiopatogenia 17

Implementación de cuidados de enfermería 24

Actividad y reposo 24

Nutrición 24

Eliminación 25

Seguridad y protección 25

ATENCIÓN EN CASOS DE EVASIÓN EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10 (PCD ESPECIALMENTE CON SISTEMA DE APOYO EXTENSO) 28

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES Y PLAN DE CUIDADO EN EL CIAI G10. 37

PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y/O BRONCOASPIRACION. 40

PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON CONDUCTAS HIPERSEXUALES Y RIESGOS ASOCIADOS EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10 (LINEAMIENTOS DE ACTIVACION DE CODIGO BLANCO) 44

FICHAS DE CLASIFICACION E IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES 48

PLAN DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO A SUS NECESIDADES 49

INTRODUCCIÓN

En la identificación y elaboración del documento "plan de cuidados " y de acuerdo a las indicaciones dadas por parte de la Secretaria Distrital de Integración Social, de Bogotá, se inicia la planificación, implementación y aplicación, enfocada en el plan de cuidados para los participantes incluidos en el centro integrarte atención interna grupo 10, la cual permite que se garanticen los cuidados diferenciales a las personas con discapacidad, de acuerdo a las necesidades particulares identificadas, enfocadas en mejorar el acceso, la calidad y cubrimiento oportuno de las necesidades básicas, reconociendo la discapacidad, enfermades y diagnósticos asociados, los cuales repercuten en la integridad físicas y emocional de los personas con discapacidad, siendo esto un factor fundamental que mejora o no la calidad de vida.

Por lo anterior, en la protocolización de las actuaciones en el equipo se atiende a la población según las necesidades de cuidado, enfocadas en determinar los participantes que presentan el mismo diagnóstico médico, con necesidades similares y de acuerdo a el sistema de apoyo, para que una vez implantados y monitoreados, se permita consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones de tipo individual o grupal que se ejecutan desde los diversos componentes. Adicional, es importante tener en cuenta que durante la atención y ejecución del convenio, los participantes pueden sufrir graves problemas de salud reales o potenciales que ponen en peligro su integridad física, la de sus pares o incluso su vida, requiriendo de observación y cuidados continuos para prevenir complicaciones, mantener o recuperar el estado fisiológico y garantizar la seguridad individual; en este contexto se hace relevante la utilidad de los planes de cuidados estandarizados, ya que a medida que las necesidades y los problemas de las PCD son más complejos, estos planes se convierten en el instrumento de referencia, en la memoria colectiva del equipo de trabajo, en el elemento necesario para asegurar la pertinencia, la coherencia y la continuidad de los cuidados, así como la individualización.

Es importante mencionar que desde el programa de cuidado a la salud y como herramienta interdisciplinar junto a los demás componentes, se diseñan herramientas de empoderamiento para los participantes que presentan procesos básicos de aprendizaje estructurados, con el fin de lograr que ellos identifiquen y comprendan los factores de riesgo y factores protectores que mejoren la calidad y el bienestar individual, enfocados en permitir que se realicen cambios, ajustes o modificaciones a sus procesos farmacéuticos teniendo adherencia a el tratamiento.

En conclusión, el Centro Integrarte Atención Interna grupo 10, toma como base los conceptos dados desde la Organización mundial de la salud (OMS), para brindar calidad de vida a los pacientes, que, desde la SDIS, son denominados "Participantes", enfocados en preservar las cualidades, habilidades, virtudes y logros propios, con los cuales se refuerzan los procesos de inclusión social en los diversos escenarios, garantizando un estado de salud físico y emocional integro y optimo, así como un adecuado proceso

asistencial, de cuidado, protección y garantía de derechos, enfocados en diversos modelos de aprendizaje que promueven la cobertura de las necesidades previamente identificadas en los participantes del Centro.

OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar Plan de Cuidados para los participantes del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 10 y aplicar de acuerdo a las características necesidades particulares de la persona, por medio de un protocolo de identificación de los factores de riesgo, los factores protectores y la aplicación de lineamientos, los cuales permiten promover herramientas individuales y grupales para tener un correcto abordaje y actuación, velando por la integridad física, emocional y social de los participantes. .

ESPECÍFICOS

- Identificar los diversos factores de riesgo y factores protectores, presentes en el Centro, para diseñar herramientas de manejo junto a los participantes
- Desarrollar acciones de cuidado y protección personal, que permitan identificar las condiciones de salud de la población las cuales pueden presentar un riesgo asociado.
- Favorecer la estabilidad física y emocionales y las condiciones de los participantes frente a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentren.
- Prestar adecuado y permanente apoyo a los participantes, frente a los contextos de la vida diaria y emocional, con lo cual se establece garantía de las necesidades básicas.

JUSTIFICACIÓN

El presente documento tiene como finalidad identificar en la población del grupo 10 del Centro Integrarte Atención Interna las diversas actividades y estrategias diseñadas en pro de fortalecer las condiciones de estabilidad, cuidado, protección y cobertura de las necesidades básicas, reconociendo las enfermedades asociadas a la discapacidad, los diagnósticos y condiciones que inciden sobre el funcionamiento y la discapacidad que le permiten tener un adecuado plan de cuidados durante la permanencia en el Centro. Por lo anterior, se realiza la respectiva verificación de las capacidades, habilidades, dificultades y cuidados, necesarios para la protección de los participantes identificando, los factores protectores y de riesgo que pueden generar diversas alteraciones comportamentales, caídas, evasiones o demás aspectos propios de la conducta los cuales alteran la dinámica institucional y personal de los participantes.

Desde el programa de cuidado a la salud y como acción interdisciplinar con el equipo profesional del Centro, se establecen ocho categorías valorativas, de acuerdo a los procesos que se han identificado en los participantes desde el ingreso, los cuales permiten diseñar herramientas y estrategias de prevención frente al manejo adecuado, la intervención temprana y la garantía de las necesidades básicas, lo cual permite disminuir los factores de riesgo, en caso de tenerlos, aplicar técnicas o manejos oportunos que surjan efecto o modifiquen parcial o completamente la conducta identificada; en continuidad, se retoman brevemente las categorías y se realiza una explicación especifica del proceso.

En las categorías, se inicia con riesgo de caída, por dificultad en la marcha o somnolencia dado al ajuste o cambio de medicamento desde el área de psiquiatría, alteración comportamental por agitación, heteroagresiones, autoagresiones, llantos desmotivados, Ulceras PP, por las constantes posiciones en cama o movimientos repetitivos estereotipados, Requerimiento de Oxígeno, dado a las necesidades de los participantes, Hiperfagia por atragantó de comida, Disfagia, dificultad en el proceso deglutorio, que genera molestias y dolor, Evasión dado por el escape identificado en algunos participantes y conductas hipersexuadas o riesgos asociados, las cuales se establecen por escala Alto, Medio o Bajo, de acuerdo a los procesos que desde el área de salud y psicología se han reconocido, en las cuales se ha identificado que prima las conductas de manipulación encubiertas o propias, siendo controladas por medio de comandos verbales e identificación de aspectos adecuados – inadecuados, como técnica conductual, así como elogios frente a la ejecución de una acción correcta y llamados verbales frente a un comportamiento incorrecto, que se realice con ellos mismo o con los otros. Es importante mencionar, que para algunos participantes se han utilizado manejos farmacológicos acompañados desde el área de psiquiatría para disminuir la libido, ya que por la ausencia de funciones básicas y diagnósticos médicos que aumentan el deterioro cognitivo, no se obtiene mejora por acciones de estímulo – respuesta.

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad y compromiso de la ejecución del protocolo de plan de cuidados es del talento humano en general que labora en el centro integrarte de atención interna grupo 10, liderado desde la coordinación y el programa de cuidado a la salud, con vigilancia y seguimiento del profesional de enfermería a cargo.

Es importante tener un plan de cuidados ya que estos marcan la pauta para que el cuidado tenga objetivos y resultados esperados claros. Para que un plan de cuidados tenga toda la información es preferible que se desarrolle tomando en cuando lo que el participante quiere lograr y el esfuerzo que quiere poner en el cuidado.

Los profesionales de enfermería utilizan el proceso de toma de decisiones para determinar un diagnóstico enfermero (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association), elegir un resultado deseado (NOC-Nursing Outcomes Classification) y escoger las intervenciones correspondientes (NIC-Nursing Interventions Classification), para conseguir el resultado esperado.

IDENTIFICACION DE RIESGOS DE LOS PARTICIPANTE PARA PLANTEAR LAS ACCIONES DE PREVENCION EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

Teniendo en cuenta la valoración y los riesgos identificados en los participantes, que se muestra establece en el Documento de identificación de riesgos, realizado por el personal de enfermería a todas las personas con discapacidad del centro integrarte de atención interna grupo 10, en el cual se valoran en una escala de 3 ítems (alto, medio, bajo) y los riesgos que se tienen en cuenta: caídas, lesiones de piel, evasión, auto y hatero agresión, atragantamiento, conductas hipersexuales, estableciendo el sistema de apoyo y las características de la población identificadas desde la valoración inicial de enfermería, se da a conocer la tabla de riesgo como herramienta para establecer las acciones de cuidados y prevención de los participantes , la cual se muestra a continuación y posterior a ello se clasifican y establecen los cuidados específicos de cada participante: .

	TABLA DE RIESGOS								
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	**SISTEMA DE APOYO**	**RIESGO DE CAÍDA (escala de morse)**	**RIESGO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA**	**RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO**	**RIESGO DE EVASIÓN**	**RIESGO DE CONDUCTAS HIPERSEXUALES**	RIESGO DE UPP(ESCALA DE NORTON
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	generalizado	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	Extenso	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO

4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	extenso	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
9	AURA ROMERO	1032440058	Generalizado	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
10	CARLOS ARTURO HERNANDEZ CORTES	1096906377	Generalizado	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
11	CARLOS JULIO MANTILLA MARTINEZ	13855646	Generalizado	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
12	CARLOS POMPILIO RIOS CASTAÑO	79912967	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	Extenso	BAJO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	Generalizado	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
16	CLAUDIA SUAREZ SUAREZ	52409948	Generalizado	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
17	CLAUDIA YEANNETE RODRIGUEZ GALEANO	52337184	Extenso	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
18	CONSUELO HENAO QUINTERO	53906208	Generalizado	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
19	CRISTINA MARTINEZ VILLATE	53905918	Generalizado	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO

20	DIANA MARCELA MURCIA ESPINOSA	53906256	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
21	DIANA PATRICIA RAMIREZ GOMEZ	52751694	Generalizado	BAJO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
22	DIEGO ROJAS	79183954	Generalizado	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
23	DORIS FORERO	52409950	Extenso	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
24	DORIS GAITAN	53159567	Extenso	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	Generalizado	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	Extenso	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
30	FLOR ANGELA SALAMANCA SALAMANCA	52410894	Generalizado	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
31	FRANCISCO ALONSO TÉLLEZ ALVAREZ	79183797	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
32	FREDY MODESTO GUERRA ALMARIO	1023860930	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
33	GILBERTO OCAMPO	79183983	Extenso	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO
34	GLADYS RINCON	51969026	Extenso	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
35	GUILLERMO ORJUELA	81716002	Extenso	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
36	HARVY LEONARDO CHAVES	1005134399	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO

	RODRIGUEZ								
37	HILDA MERCEDES GARCIA BETANCOURT	1013644919	Generalizado generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
38	INGRID LILIANA PACHON ACOSTA	53905648	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
39	JACKELINE HERRERA	52409981	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
40	JAIRO MEDINA	79938522	Extenso	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
44	JOAQUIN FERNANDO BARRAGAN CONTRERAS	1022965576	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
45	JORGE ANDRES GAMBOA CORTÉS	80144506	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
46	JOSE GREGORIO LUNA	81715707	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
47	ADRIAN MAURICIO MEJIA SOSA	1001243633	generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
48	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ	1001298985	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
49	ANATILDE RODRIGUEZ	53905223	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
50	ANDERSON FABIAN SILVA IMBACHI	1004442489	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
51	CARLOS JOSE MARTINE	1014273059	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO

	Z MARTINEZ								
52	CLAUDIA PATRICIA CASALLAS SANTOS	1000615096	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
53	ERIKA JOHANA ARDILA GOMEZ	1136910037	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
54	GREGORIO ROBERTO PRIETO BEJARANO	1069852057	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
55	HAMER CAMILO MORENO GOMEZ	1022926893	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
56	INGRID CATHERINE ARDILA GOMEZ	1136910038	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
57	IVAN DAVID VARGAS PULIDO	1014310377	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	
60	MARIA ALEXANDRA MARTINEZ FERNANDEZ	1033724450	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
61	MARIA STELLA RUIZ HUERTAS	1070325920	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
62	MARTHA PATRICIA FRANCO CUESTA	23423907	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
63	MERLY MILENA DEARMAS HERNÁNDEZ	1064708224	Generalizado	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
64	NEILA ISABEL RIAÑO	52775716	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO

	CASALLAS								
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
67	VALENTINA MANJARRES GONZALEZ	1010143516	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
68	WILLIAM ANTONIO LOZANO CUELLAR	11310976	generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
69	YENNY PATRICIA ROBAYO ANZOLA	52285371	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
70	MARCELA ARIAS ARIAS	1014277497	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
71	VICKY RINCÓN	53905997	Extenso	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	Extenso	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	Generalizado	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	Generalizado	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	Extenso	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO

Teniendo en cuenta los anteriores riesgos, se plantean los cuidados específicos de enfermería por grupos poblacionales, sin dejar de tener en cuenta la individualidad del sujeto de cuidado, el que se destacan los siguientes:

PLAN DE CUIDADOS PARA PREVENIR Y MANEJAR EL RIESGO DE CAÍDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE APOYOS EXTENSOS Y GENERALIZADOS DEL CIAI G10

El centro Integrarte Atención Interna Grupo 10 en relación con el proceso de cuidado de enfermería, adopta e incluye los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) y adopta las pautas brindadas para establecer el plan de cuidados interno dentro del centro Integrarte Atención Interna Grupo 10.

Diagnostico NANDA:

Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Intervención NIC:
Identificación de riesgos (6610). Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades de enfermería:
• Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
• Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo.
• Identificar los riesgos ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
• Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgos (con enfermería de atención primaria).

NOC II:
Conducta de prevención de caídas (1909). Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. Indicadores de resultado:
• 190902: Utiliza dispositivos de traslado seguro.
• 190922: Proporciona iluminación adecuada.

Educación para la salud en la prevención de caídas. La Nursing Intervention Classification (NIC) define la prevención de caídas (NIC 6490) como “Establecer precauciones especiales en personas con alto riesgo

de lesiones por caídas". A continuación, enumeramos los contenidos que debe incluir la educación para la salud al participante y a sus cuidadores para la prevención de caídas.

• Identificar conductas y factores de riesgo de caídas

• Identificar las características del ambiente (factores de riesgo extrínsecos) y ayudar a la familia a adaptar el hogar para aumentar su seguridad:

- Sillas de altura apropiada, con respaldo y reposabrazos.
- Marcar el umbral de las puertas
- Destacar o marcar los bordes de los escalones.
- Mantener el entorno ordenado y evitar muebles bajos, especialmente en zonas de paso (aumentan el riesgo de tropiezo).
- Mantener una adecuada iluminación
- Colocar barandillas en escaleras y zonas de paso.
- Colocar suelo antideslizante.
- Uso de calzado cerrado, ajustado y con suela antideslizante.
- Sustituir la bañera por plato de ducha, con asideros.
- Dejar los objetos necesarios al alcance del participante (para evitar el uso de escalones, taburetes, etc.).

• Intervenciones para el control de factores de riesgo intrínsecos

- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Control de la hipotensión ortostática (diuréticos, nitratos, antihipertensivos).
- Recomendar el uso de ayudas mecánicas para la movilización.
- Cuidados de los pies.
- Dieta equilibrada y rica en calcio, y diseñar un programa de ejercicio para evitar el deterioro del estado físico del participante.
- Ayudar al participante en tareas de vestido, higiene y aseo.
- Dotar de recursos sanitarios y sociales.

El centro Integrarte Atención Interna Grupo 10 frente al proceso de cuidado y garantía de los participantes, realiza un análisis con la totalidad del equipo profesional para identificar la relación frente al riesgo de caídas del último periodo que comprende la mitad del mes de abril y mayo, evidenciando la necesidad de reforzar medidas que disminuyan el índice de caídas durante el proceso de asistencia, traslado y cuidado de los participantes, es por lo anterior, que se plantean los riesgo evidenciados, la acción de mejora y los responsables, para lograr que las medidas se lleven a cabo de una forma ágil, constante y segura.

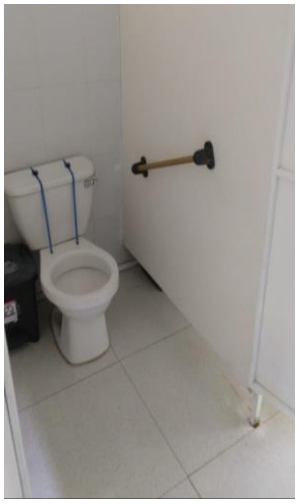
RIESGO EVIDENCIADO	**PLAN DE ACCIÓN**	**RESPONSABLE**
Aumento de las novedades en los momentos de la higiene mayor	Ampliación de los turnos al personal de enfermería los cuales quedaran estipulados de 06:00 am a las 19:00 turno día y de 18:00 pm a 07:00 am turno noche.	Todo el equipo de enfermería
	Inicio de labores de tres profesionales a las 7:00 am (Jefe de Enfermería, Educador Físico y Trabajadora Social) Para mayor control y supervisión de las actividades que realiza el equipo de enfermería y los mismos participantes, teniendo en cuenta el riesgo de	Todo el equipo de enfermería y profesionales.

	caída de las personas con discapacidad.	
Caídas de participantes en áreas húmedas.	Implementación de cinta antideslizante en las zonas húmedas es decir en la salida de las duchas y en la entrada de los baños tanto de mujeres como el de los hombres.	Equipo profesional. Equipo de enfermería y servicios generales.
Prevención de caídas en los diferentes pasillos exteriores de las instalaciones.	Implementación y demarcación del área de circulación, en el pasillo que se encuentra desde la cancha de arena hasta la plazoleta principal del centro, esta será adaptada para el transito seguro de las personas con discapacidad, esta área constará entre 80 y 100 cm de ancho, tendrá mantenimiento de limpieza permanente para remover arena, lavado semanal con jabón e hidro lavadora para la remoción de musgo y lama.	Equipo profesional. Equipo de enfermería y servicios generales.
Pérdida de equilibrio de los participantes e inestabilidad en la marcha.	Continuar manejando contenciones mecánicas en los participantes con inestabilidad en la marcha. Acompañamiento 24/7 por los auxiliares de enfermería a los PCD identificados con alto riesgo de caída Adquirir aditamentos como cascos que cubran toda la cabeza y parte del rostro, aminorando las posibles lesiones	Equipo profesional y servicios generales.
Heteroagresiones - autoagresiones entre los participantes y supervisión permanente	Mantener en constante supervisión a los participantes que presenten alteración y realizar mayores contenciones ambientales. Mencionar al médico psiquiatra los cambios en el comportamiento a fin de obtener un tratamiento farmacológico adecuado. Identificar y distribuir a los participantes con conductas agresivas de los demás, especialmente en los momentos de alimentación e higiene mayor. Se designará una auxiliar diaria quien solamente ejecutara labores de organización de dormitorios y arreglo de ropa, así los demás auxiliares están al cuidado de los participantes.	Equipo profesional, Auxiliares de enfermería. .

	Designación de auxiliar patinador en las horas de la higiene mayor, quien estará atento de llevar y traer a los participantes al baño, para que así no se dé pie a alguna caída Implementar un calendario de salud, en donde a diario se registren las novedades más relevantes y significativas con los participantes, permitiendo analizar sus cambios a nivel comportamental o físico.	

- Pasamanos inodoros



- Pasamanos duchas






- Área circulación (Cancha de arena – Plazoleta)





PLAN DE MANEJO PARA CUIDADOS DE LA PIEL Y PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESION ESPECIALMENTE PARA PARTICIPANTES CON SISTEMA DE APOYO GENERALUIZADO EN EL CIAI G 10



El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería, dado que la aparición de UPP es una complicación frecuente e importante que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, además de generar necesidades de remisión al medio hospitalario para manejo médico y tratamiento.

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

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

La piel:

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

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

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

La piel está compuesta por las siguientes capas:

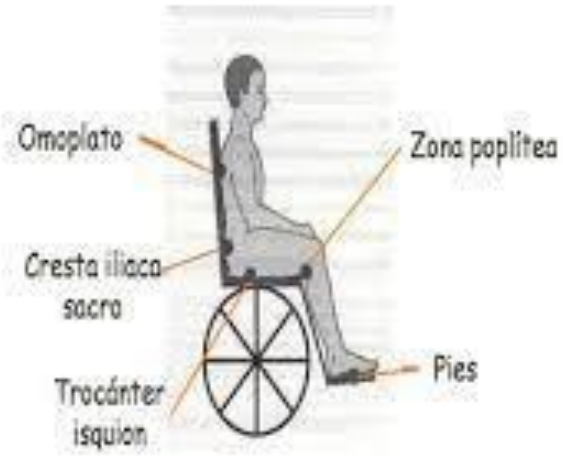
- Epidermis: Capa externa delgada compuesta por: estrato corneo, queratinocitos, capa basal. La epidermis continente melanocitos que producen melanina que le da el color de la piel.
- Dermis: Capa media de la piel. Compuesta por: vasos sanguíneos, vasos linfáticos, folículos pilosos, glándulas sudoríparas,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

Ulcera por presión:

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

- La zona ósea y otra que ejerce presión.
- La superficie de apoyo que da lugar a una isquemia local y según la duración de la presión pueden provocar diferentes grados de deterioro del tejido.





Etiopatogenia

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

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

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

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

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

Tipos de úlceras por presión- clasificación

- Grado I: eritema en punto de presión que no cede y que aparenta pérdida de perfusión de la región.
- Grado II: pérdida de la continuidad de epidermis.

- Grado III: pérdida de la continuidad de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo.
- Grado III: pérdida de la integridad de epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo, músculo y en ocasiones, hueso.

DIAGNOSTICOS NANDA ASOCIADOS A LA POBLACCION CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

- [00046] Deterioro de la integridad cutánea.
- [00004] Riesgo de infección.
- [00085] Deterioro de la movilidad física.
- [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.
- [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c presión sobre prominencia ósea y nutrición inadecuada m/p alteración de la integridad de la piel.

NOC [1101]
Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores:
• Temperatura de la piel.
• Sensibilidad.
• Hidratación.
• Grosor.
• Textura.
• Perfusión tisular.
• Integridad de la piel.
• Lesiones cutáneas.

NOC [1102] Curación de la herida: por primera intención. Indicadores:
• Aproximación cutánea.
• Secreción sanguinolenta de la herida.
• Olor de la herida.
• Aproximación de los bordes de la herida.
• Formación de cicatriz.

NOC [0422] Perfusión tisular. Indicadores:
• Flujo de sangre a través de los vasos periféricos.
• Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular.

Cuidados de enfermería

NIC [3590] Vigilancia de la piel. Actividades:
• Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
• Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a participantes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea.
• Vigilar el color y la temperatura de la piel.
• Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.

• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
• Observar si hay zonas de presión y fricción.
• Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
• Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (horario de cambios posturales).
• Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.
NIC [3520] Cuidados de las úlceras por presión. Actividades:
• Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud × anchura × profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
• Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
• Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
• Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
• Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
• Desbridar la úlcera, si es necesario.
• Anotar las características del drenaje.
• Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
• Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
• Asegurar una ingesta dietética adecuada.
• Controlar el estado nutricional.
• Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c alteración de la integridad cutánea y malnutrición. Definición: susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

NOC [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Indicadores:
• Úlceras por presión.
• Estado nutricional.
NOC [1902] Control del riesgo. Indicadores:
• Reconoce los factores de riesgo personales.
• Controla los factores de riesgo ambientales.
• Controla los factores de riesgo personales.
• Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
NOC [1004] Estado nutricional. Indicadores:
• Ingesta de nutrientes.
• Ingesta de alimentos.
• Hidratación.
NOC [1913] Severidad de la lesión física. Indicadores:
• Deterioro de la movilidad.
• Deterioro cognitivo.
NIC [0740] Cuidados del participante encamado. Actividades:
• Colocar al participante con una alineación corporal adecuada.
• Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
• Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
• Clocar en la cama una base de apoyo para los pies.

• Utilizar dispositivos en la cama que protejan al participante.
• Vigilar el estado de la piel.
NIC [5510] Educación para la salud. Actividades:
• Identificar las características de la población diana que afectan a la selección de las estrategias de aprendizaje.
• Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del participante, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
• Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.
• Considerar la accesibilidad, las preferencias del consumidor y los costes de planificación del programa.
• Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.
NIC [6486] Manejo ambiental: seguridad. Actividades:
• Identificar las necesidades de seguridad del participante según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.
• Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
• Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
• Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c alteración del funcionamiento cognitivo m/p alteración de la marcha e inestabilidad postural. Definición: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo de una o más extremidades.
NOC [1308] Adaptación a la discapacidad física. Indicadores:
• Se adapta a las limitaciones funcionales.
• Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad.
• Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad.
• Acepta la necesidad de ayuda física.
NOC [0205] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Indicadores:
• Úlceras por presión.
• Estreñimiento.
• Estado nutricional.
• Infección del tracto urinario.
NOC [2109] Nivel de malestar. Indicadores:
• Dolor.
• Ansiedad.
• Sufrimiento.
• Estrés.
• Posición inadecuada del cuerpo.
• Pérdida de apetito.
NIC [0840] Cambios de posición. Actividades:
• Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
• Proporcionar un colchón firme.
• Explicar al participante que se le va a cambiar de posición.
• Animar al participante a participar en los cambios de posición, según corresponda.
• Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
• Colocar en la posición terapéutica especificada.

• Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del participante para dormir, si no está contraindicada.
• Colocar en posición de alineación corporal correcta.
• Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
• Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
• Evitar colocar al participante en una posición que le aumente el dolor.
• Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al participante.
• Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
• Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
NIC [3540] Prevención de úlceras por presión. Actividades:
• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
• Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
• Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y la incontinencia fecal y urinaria.
• Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
• Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
• Colocar al participante en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
• Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
• Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
• Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
• Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
• Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
• Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de mucosas. Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
NOC [1009] Estado nutricional: ingestión de nutrientes. Indicadores:
• Ingesta calórica.
• Ingesta proteica.
• Ingestión de grasas.
• Ingestión de hidratos de carbono.
• Ingestión de vitaminas.
NOC [1854] Conocimiento: dieta saludable. Indicadores:
• Objetivos dietéticos alcanzables.
• Peso personal óptimo.
• Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas.
• Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas.
• Pautas nutricionales recomendadas.

• Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día.
NOC [1014] Apetito. Indicadores:
• Disfruta con la comida.
• Gusto de la comida.
• Ingesta de alimentos.
• Ingesta de nutrientes.
• Estímulos para comer.
NIC [1050] Alimentación. Actividades:
• Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
• Crear un ambiente placentero durante la comida.
• Facilitar la higiene bucal después de las comidas.
• Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
• Establecer los alimentos según lo prefiera el participante.
• Evitar distraer al participante durante la deglución.
NIC [5246] Asesoramiento nutricional. Actividades:
• Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del participante.
• establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
• utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al participante a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
• Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del participante de la dieta prescrita/recomendada.
• Comentar el significado de la comida para el participante.
• comentar los gustos y aversiones alimentarias del participante.
• evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
• valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
• disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.
NIC [1120] Terapia nutricional. Actividades:
• Completar una valoración nutricional.
• Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
• determinar, en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias nutricionales.
• elegir suplementos nutricionales, según corresponda.
• asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
• proporcionar al participante alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, según corresponda.
• instruir al participante y a la familia sobre la dieta prescrita.
• remitir al participante para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario.
• dar al participante y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.

Cuidados de la piel

- Es muy importante que al iniciar las actividades de cambio de pañal o de aseo personal de las personas con discapacidad, ellas perciban un ambiente agradable sin afanes y de privacidad.
- Controlar la temperatura de la habitación para evitar cambios de temperatura.
- Preservar la intimidad de la persona en todo momento del proceso de la higiene.
- Examinaremos diariamente la piel: su color, aspecto, hidratación, etc., así como la existencia de lesiones: úlceras, heridas, llagas en la boca, irritación ocular, etc.; esto se llevará a cabo mediante la observación directa: edemas, enrojecimiento, rozaduras, hematomas y del estado del pelo y uñas.
- No aplicar alcohol ni colonias por su efecto secante e irritante. Si la persona o el familiar desean usar colonia pueden hacerlo en la ropa.
- Hidratar la piel con cremas hidratantes, etc., en zonas integras de especial riesgo de UPP utilizaremos cremas ricas en óxido de zinc, aplicando una capa delgada.
- No friccionar ni masajear profundamente sobre las prominencias óseas. Si puede hacerse en las otras partes del cuerpo mientras no haya alteraciones cutáneas o si las patologías lo permiten.
- Después de la higiene bucal facilitaremos colutorios para enjuague para evitar ulceras bucales, así como vaselina o protector labial.
- Al hacer la cama o colchonetas, estiraremos bien las sabanas evitando las arrugas y observando que no haya ningún objeto que pueda dañar la piel de los participantes, la ropa de cama y la ropa de ellas, se cambiaran todas las veces que sean necesarias.
- Evitar que las sabanas de movimiento estén en contacto directo con la piel.
- Cambiar los pañales cada vez que sea necesario, (muy importante)

Implementación de cuidados de enfermería

Manejo de la presión

- Movilización de la persona si tolera (deambulación, sedestación, etc.)
- Cambios postulares a necesidad y tolerancia de cada uno de ellos.
- Mantener la alineación corporal y distribución del peso de forma adecuada.
- Evitar el arrastre
- No apoyar a la persona sobre sus lesiones.
- Movilizar dos veces al día a aquellas personas que estén sentados
- En la posición de decúbito lateral, no sobrepasar un ángulo de 30.

Actividad y reposo

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

Nutrición

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

Eliminación

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

Seguridad y protección

1. Colocar a la persona con discapacidad en colchones de aire de presión alternante.
2. Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
3. Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.
4. Evitar ejercer presión sobre las prominencias óseas.
5. Utilizar apósitos protectores hidrocálidos para reducir las lesiones por fricción.
6. Realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento.
7. Valorar periódicamente la eficacia de las medidas o cuidados implementados.
8. Apoyar emocionalmente y facilitar adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras.
9. Fomentar la participación de la persona con discapacidad en la medida de lo posible en la planificación y realización de sus cuidados.

10. Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad color, induración, lesiones).
11. No utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas).
12. No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.

TABLA DE PARTICIPANTES CLASIFICACION CON RIEGO DE DESARROLAR ULCERAS POR PRESION			
NO.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**DOCUMENTO**	RIESGO DE UPP (ESCALA DE NORTON)
1	AGUSTIN GAMBA	80434692	BAJO
2	ALEXANDER PÁEZ	80926097	BAJO
3	ANA ROCIO HERRERA	51847951	BAJO
4	ANA PARRA AGUIRRE	1073532587	ALTO
5	ANA MERCEDES LADINO GOMEZ	52410959	BAJO
6	ANGELA TATIANA RIOS	1031133936	BAJO
7	ANGELICA LOPEZ TOVAR	52276301	BAJO
8	ANGIE JULIETH RIOS PELAEZ	1136909941	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	BAJO
13	CESAR ENRIQUE VERA CASTRO	80072778	BAJO
14	CLAUDIA PATRICIA GARCIA ESTRADA	53906009	BAJO
15	CLAUDIA PATRICIA MURILLO SERRANO	53049760	ALTO
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	BAJO
24	DORIS GAITAN	53159567	BAJO
25	DUNIA QUIÑONES	53905463	BAJO
26	EMERSON ANDRES AVILA	1024487266	BAJO
27	ENRIQUE NARANJO	79938523	BAJO
28	FÉRTIL DOVIA PANCHA TABARES	25138584	BAJO

29	FLOR MARINA FULA RUIZ	53905883	BAJO
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	ALTO
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	BAJO
40	JAIRO MEDINA	79938522	BAJO
41	JAVIER GIOVANNI GUERRERO APONTE	1136910593	BAJO
42	JHON JAIRO CHITIVA	80187458	BAJO
43	JHON HENGELBER POSADA GARAVITO	1012353980	BAJO
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	ALTO
51	CARLOS JOSE MARTINEZ MARTINEZ	1014273059	ALTO
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	ALTO
58	JUAN CAMILO SANCHEZ PENAGOS	1000218002	BAJO
59	LUIS FERNANDO YOPASA LEAL	81715727	MEDIO
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	BAJO
65	NELSON GUSTAVO DIAZ DIAZ	1136909482	BAJO
66	RICARDO YOPASA LEAL	79889503	ALTO
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	BAJO
72	LILIA LEONOR HURTADO RODRIGUEZ	1054678701	BAJO
73	ALDEMAR CHISICA	1020723758	BAJO
74	PEDRO PABLO GARCIA	79126449	BAJO
75	GERARDO BERNAL CASTRO	80006248	BAJO
76	HECTOR MARTINEZ	1032383442	BAJO
77	ALVARO TORRES	1075228262	BAJO
78	MARCELINO LEIVA ROA	79900873	BAJO
79	LUZ MERILIN LERSUNDI VANEGAS	1013686632	BAJO

ATENCION EN CASOS DE EVASIÓN EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 10 (PCD ESPECIALMENTE CON SISTEMA DE APOYO EXTENSO)

Diagnósticos de enfermería

NEGACIÓN INEFICAZ. Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.
INCUMPLIMIENTO Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces.
IMPOTENCIA. Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.
EVASIÓN
VAGABUNDEO. Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.
CONFUSIÓN CRÓNICA. Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales,

manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.
DETERIORO DE LA MEMORIA. Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.
MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD. Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud
DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO. Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.
GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD. Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.

Intervenciones NIC

- Ambiente seguro en el hogar: arreglos físicos para reducir los factores ambientales que podrían provocar daños o lesiones físicas en el hogar
- Conducta para la prevención de caídas: acciones personales, de la familia o del cuidador, para reducir los factores de riesgo que podrían provocar caídas en el entorno personal
- Fugas: cantidad de veces, en las últimas 24 horas/semana/mes (seleccionar uno), que un individuo con deterioro cognitivo se escapa de un área segura
- Riesgo de propensión a la fuga: tendencia de un individuo con deterioro cognitivo a escapar de un área segura
- Vagabundeo sin riesgos: desplazamiento sin propósito aparente, seguro y socialmente aceptable, de un individuo con deterioro cognitivo

- Manejo de la demencia: provisión de un ambiente modificado para el participante que sufre un estado confusional crónico
- Manejo del entorno: seguridad: control y manipulación del entorno físico para aumentar la seguridad
- Prevención de caídas: uso de precauciones especiales con un participante en riesgo de lesiones por caídas
- prevención de fugas: reducción del riesgo de que un participante abandone un entorno terapéutico sin autorización, cuando su salida represente una amenaza para la seguridad del participante o de otras personas
- Reducción de la ansiedad: reducción al mínimo de la aprensión, el miedo, presagio o malestar, relacionados con el presentimiento de un peligro de origen desconocido
- Restricción de un área: uso de la limitación menos restrictiva de la movilidad del participante en un área específica por propósitos de seguridad o manejo conductual
- Vigilancia: seguridad: recolección y análisis, continuos y con un fin, de información sobre el participante y el entorno para fomentar y mantener su seguridad

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 reportará 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:

- 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. Firmado Electrónicamente con AZSign

- 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

- 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.

ACCIONES OPERATIVAS A EJECUTAR EN EL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO DE EVASION

PERSONAL QUE INTERVIENE

Primarios:

Horario Diurno:

- Coordinadora del centro
- Equipo profesional de turno.
- Auxiliares de enfermería de turno.
- Personal de seguridad.

Horario Nocturno:

- Mayra Herrera - Coordinadora del centro (disponibilidad telefónica)
- Kevin Sánchez - Profesional de enfermería (disponibilidad telefónica)
  Jenny Lugo **-** Profesional de enfermería (disponibilidad telefónica)
- Camilo Cardoso - técnico ambiental (disponibilidad telefónica)
- Auxiliares de enfermería de turno.
- Personal de seguridad.

Secundarios:

- Policía nacional
- Defensa civil
- Bomberos
- Apoyo del equipo del CIAI grupo 3

RECURSOS

- Formulario de lista de chequeo
- Linternas
- Botiquín
- Alerta sonora (sirena de alerta)

DESCRIPCION DEL PROCESO:

IDENTIFICACION Y PREVENCION			
No	**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**RESPONSABLES**
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN			
1	Verificación de las características particulares y especiales de cada persona con discapacidad.	Identificación de riesgos Al ingreso de los participantes al CIAI GRUPO 10 se realizará una ficha de identificación de riesgo, donde se relaciona los riesgos del participante tales como: evasión, Heteroagresión, autoagresión, úlceras por presión, oxígeno requerimiento, caída y de deglución.	Equipo profesional
2	Seguimiento diario de las personas con discapacidad	**CONTEO DIARIO** Durante el turno del día se realizarán 5 conteos de las personas con discapacidad que estará a cargo de la auxiliar de enfermería del área de medicamentos así: 1. Desayuno 2. Merienda 3. Almuerzo 4. Merienda 5. Cena. Durante el turno de la Noche se realizarán 4 conteos de las personas con discapacidad que estará a cargo de la auxiliar de enfermería del área de medicamentos así: 1: Durante la entrega de turno de las 18:00	Auxiliares de enfermería

		horas 2. A las 22:00 horas 3. A las 02:00 horas 4. a las 06:00 horas Estos conteos se reportarán en los respectivos grupos informativos y a la persona delegada como coordinador y jefe de enfermería.	
3	Sensibilización y activación de Redes de Apoyo comunitarias.	Durante el proceso de atención, se sensibilizará al Talento humano y comunidad en general que reside en los alrededores de las instalaciones, frente a los riesgos que se pueden presentar al brindar la atención a la población con discapacidad, especialmente el riesgo de evasión de la institución y las medidas de Seguridad para prevenir dichos acontecimientos. Se solicita apoyo a ellos a través de la socialización y sensibilización de características particulares, así como acciones de mitigación o prevención, así como acciones inmediatas en el momento en que se presente el evento adverso.	Equipo profesional
4	Instalación circuito cerrado de cámaras	Se considera necesario que la unidad operativa cuente con un circuito cerrado de cámaras, de tal manera que se mantengan vigilados todos los espacios en donde permanecen las personas con discapacidad, utilizando esta herramienta también de apoyo, a fin de que en el momento de que ocurra el evento adverso, se haga seguimiento a las actividades que ejecuto el participante momentos previos y de esta manera iniciar una búsqueda activa efectiva y centrada.	
5	Realización estudio de seguridad	Este estudio de seguridad permite al personal de la unidad operativa, identificar los espacios en donde hay mayor vulnerabilidad en el momento de que algún participante desee evadirse de las instalaciones, ejecutando acciones en donde se ajusten estos espacios, se	

		mejore la cerca ya sea natural o de alambre, se clausuren espacios de fácil acceso para los participantes, regulando así el tránsito por los mismos. Instalación de luces con sensor de movimiento, de tal manera que en las noches si el participante pasa por los espacios en donde haya sensor y cámara se identifiquen más fácilmente.	
6	Control de evasión o pérdida de participantes de la institución durante su estancia en el CIAI GRUPO 10	-Si se considera necesario, se aplica protocolo de sujeción, bajo indicación del médico especialista en psiquiatra, aplicado a los participantes que lo requieran, debido a sus alteraciones comportamentales. -Supervisión de los acompañantes o referentes familiares de los participantes en los tiempos de visitas. No permitir el desplazamiento de los referentes familiares o sociales en compañía de los PCD en los senderos del centro diferentes al designado para tal fin. -Socialización del plan de contingencia y riesgo de evasión a los participantes y talento humano del CIAI G10 -Publicar en área de la unidad operativa, cartelera de identificación de riesgos, informando al TH y demás personas. -Instalación de campanas sonoras en los espacios de mayor riesgo de evasión identificados. -Verificación y uso de los seguros internos y externos de los dormitorios de los participantes. -Vigilancia continua de los participantes y evitar desplazamientos solos en los	Auxiliares de enfermería, equipo profesional. Personal de seguridad.

		senderos del centro. -Traslado de los participantes con lazo en los momentos que se realicen desplazamientos o caminatas y en grupos establecidos.	
ACCIONES DE EJECUCIÓN EN EL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO			
FASE 1 Tiempo (15 minutos)	Fase de sospecha y búsqueda inicial: Reportar sospecha de pérdida o fuga de participante. inicio de búsqueda interna	1) En el momento que se sospeche de la pérdida o fuga de un participante por cualquier circunstancia se debe, reportar inmediatamente al jefe del servicio y Coordinación, donde se dio la pérdida. 2) Se debe comunicar al personal de seguridad del CIAI G10 y generar estado de alerta en el control de salida de participantes. Se reforzará con una auxiliar de enfermería en las puertas de entrada y salida de las zonas de la institución donde se encuentren los demás participantes. 3) Concentrar la población de atención en puntos específicos. (áreas recreativas y culturales) 4) Se quedará dos auxiliares de enfermería a cargo de la población y el resto de auxiliares de turno.	Todo el personal del CIAIG10 del servicio y equipo de seguridad.
	Inicio de búsqueda	1) Los auxiliares de enfermería que se encuentran de turno inician la búsqueda en compañía del personal de seguridad en las áreas de mayor cuidado y supervisión identificadas y previamente señalizadas al interior del CIAI G 8. Dicha búsqueda se realizará únicamente al interior de La unidad	Todo el personal del CIA IG10 del servicio y equipo de seguridad

		operativa. Culminado el tiempo estipulado de 15 minutos y al no generar respuesta positiva de búsqueda se iniciará la fase 2.	
FASE 2	Fase de alerta y expansión: Activación de Sirena de alerta Activación de red de apoyo comunitario Activación de red de apoyo cercana	Se dará inicio a la alerta sonora con activación de la sirena instalada en la unidad operativa, ubicada en el espacio de Archivo. Con duración de 2 minutos. El personal de seguridad, dará el aviso a las coordinaciones de convenios que operan en el predio, para ampliar el equipo de búsqueda. Teniendo en cuenta la socialización y activación de la red de apoyo comunitario en reconocimiento de la activación sonora, se ampliará la cobertura de búsqueda en las zonas aledañas al centro de atención. Se realizará comunicación telefónica con los trabajadores que viven en la zona aledaña a la unidad operativa para apoyo de búsqueda	Todo el personal del CIAIG10 del servicio y equipo de seguridad, comunidad, trabajadores cercanos.
FASE 3	Fase de activación de entes de emergencia zonal: Activación de apoyo del equipo de trabajo general	Se realizará comunicación con los entes de emergencia zonal: Policía nacional: 3203097406 3212468422 3112530347 8478325 Calle 4 # 7-56 san Francisco de Sales Bomberos 3133204599	Todo el personal del CIAIG10 del servicio y equipo de seguridad, comunidad, trabajadores en general

		Car 6 N° 3-35 san Francisco de Sales Defensa civil: 3133359479 Cra 6 N° 3-35 san Francisco de Sales ESE hospital San Francisco: 3006774547 Cll 5 # 7-2 san Francisco de Sales Cruz roja 3102421226 Cra 6 N° 3-35 san Francisco de Sales Se convoca apoyo del equipo general de asistencia de la unidad operativa para apoyo de búsqueda.	

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES Y PLAN DE CUIDADO EN EL CIAI G10.

En el proceso que se viene desarrollando con los participantes que están 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, estas se encuentran enfocadas en preservar la integridad, brindar seguridad y garantizar el cuidado en los diversos escenarios en los cuales se encuentran, 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.

Diagnósticos NANDA:

00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ. Patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.
00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS. Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.
Proporcionar protección dentro del entorno (p. ej., observación constante, eliminación de objetos que se pueden usar para infligir daño a sí mismo o a otros).
Aplicar un abordaje de equipo organizado cuando sea necesario someter a un participante por la fuerza.
Decir clara y escuetamente al enfermo/participante lo que está sucediendo
00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN. Riesgo de conducta deliberadamente auto lesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.
00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA. Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
00151 AUTOMUTILACIÓN. Conducta deliberadamente auto lesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión

Intervenciones NIC
• apoyo para el control del enojo: facilitación de la expresión de enojo de una forma adaptativa, sin violencia
• entrenamiento para el control de impulsos: ayuda al participante para controlar sus conductas impulsivas mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales
• manejo de la conducta: autolesiones: asistencia al participante para reducir o eliminar las conductas de automutilación o abuso de sí mismo
• manejo del entorno: seguridad: control y manipulación del entorno físico para favorecer la seguridad
• reducción de la ansiedad: disminución de la aprensión, el miedo, el presentimiento o el malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

PARTICIPANTES QUE PRESENTAN CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS Y AUTOAGRESIVAS

De acuerdo a los diagnósticos cognitivos y los diagnósticos mentales psicosociales que presentan los participantes, han surgido diversos aspectos comportamentales y conductuales que generan acciones heteroagresivas y auto agresivas 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 resaltaran en color azul los que actualmente tienen mayor dificultad frente a los aspectos conductuales por aspectos agresivos recurrentes consigo mismos y con los otros que requieren de constante supervisión o acompañamiento y a quienes los comandos verbales no los regula en su totalidad, razón por la cual se cuenta con dosis de rescata y manejos físicos, autorizados por el área de psiquiatría.

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 dialogo, 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 continua 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:** 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, se realizan estrategias de manejo físico evitando los puntos de presión y 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. En este punto y cuando no ha funcionado el manejo físico, se suministra orden de rescate avalada por el área de psiquiatría, de acuerdo a la orden medica que se ajusta cada mes.

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:

PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y/O BRONCOASPIRACIÓN.

Diagnósticos NANDA:

- Atragantamiento secundario a retraso en el inicio del reflejo deglutorio
- Disminución de la perístasis faríngea y la alteración en el control lingual.

Manifestaciones: tos al tragar una pequeña cantidad de líquido; Ausencia o debilidad de la deglución o tos voluntaria; Movimientos disminuidos de la boca y de la lengua; Lengua caída; Cambios en los patrones de alimentación; Pérdida de peso y/o deshidratación; Cambios en los patrones de alimentación; Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución (más de cinco segundos); Masticación o deglución descoordinadas; Muchas degluciones para un solo bocado; Demasiado tiempo empleado para comer/beber; Toser o estornudar durante/tras la alimentación; Fatiga; Afonía.

Intervenciones NIC: terapia de deglución
Determinar la capacidad del participante para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y
deglución.
• retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el participante en la deglución.
• Disponer intimidad para el participante, según se desee o se indique.
• Colocarse de forma que el participante pueda ver y oír al cuidador.
• Enseñar a la familia del participante el régimen de ejercicios de deglución.
• Evitar el uso de pajitas para beber.
• Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.
• Ayudar al participante a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»).
• Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
• Enseñar al participante a no hablar mientras come, según corresponda.
• Guiar al participante en la fonación de «ah» para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.
• Ayudar al participante hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.
• Observar si hay signos y síntomas de aspiración.
• Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
• Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
• Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
• Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al participante.
• Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales y las modificaciones dietéticas
• Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.
• Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer.

• Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda. Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/
cuidador, según sea necesario.
• Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.
Consultar con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del participante.
• ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
• controlar el peso corporal.
• Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas).
• Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

Diagnósticos NANDA:

- Bronca aspiración secundaria a deterioro neuromuscular,
- Sistema inmunitario debilitado,
- Insuficiencia del reflejo nauseoso.

Manifestaciones: Alteración de la frecuencia respiratoria, hipoxia, inquietud, disnea.
Intervenciones NIC
• Tener preparado el equipo de aspiración
• Realizar la aspiración endotraqueal o naso traqueal, según corresponda.
• Administrar oxígeno, según corresponda.
• Colocar al participante en una posición que alivie la disnea.
• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.
• Monitorizar el estado respiratorio.
• Registrar la cantidad y características del contenido aspirado.
Manejo de la vía aérea
Oxigenoterapia
• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
• Administrar oxígeno según prescripción médica
• Comprobar periódicamente que se administra el flujo o concentración de oxígeno prescrita
• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda
• Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la mascarilla a cánulas nasales durante las ingestas según prescripción y comprobar tolerancia
• Observar si aparece ansiedad relacionada con la necesidad de oxigenoterapia
• Proteger las zonas de la piel que se pueden lesionar por fricción del sistema de oxígeno (pabellón auricular, fosas nasales...)
• Proporcionar sistemas (alargaderas) que faciliten la movilidad y enseñar al participante/cuidador a utilizarlas
• Proporcionar oxígeno durante los traslados.
• Enseñar al participante /cuidador a manejar la oxigenoterapia.
Monitorización respiratoria
• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
• Vigilar la saturación de O2 según protocolo
• Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
• Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.

• Observar el estado neurológico (nivel de consciencia, confusión).
Monitorización de los signos vitales
• Controlar periódicamente la presión sanguínea según protocolo
• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca según protocolo
• Identificar posibles situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene, masticación...).
• Instruir al participante en el manejo de situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene, masticación...)
Precauciones para evitar la aspiración
• Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
• Monitorizar el estado respiratorio
• Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.
• Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
• Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.
• Mantener el equipo de aspiración disponible.
• Adaptar la textura de los alimentos a las necesidades del participante para evitar la aspiración
• Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
• Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
• Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
• Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
• Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250 ml. para las sondas de alimentación o más de 100 ml. para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea).
• Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.
• Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
• Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o
fármacos retenidos.
• Proporcionar cuidados orales.
Diagnósticos NANDA:

- Obstrucción de la vía aérea por secreciones secundaria a deterioro neuromuscular;
- Exudado alveolar; Mucosidad excesiva; Infección bacteriana; Infección vírica.

Manifestaciones: Alteración de la frecuencia respiratoria; Hipoxia; Inquietud; Disnea
Intervenciones NIC: Manejo de la vía aérea
• Colocar al participante en una posición que maximice la ventilación.
• Aspirar secreciones endotraqueales si procede
• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación (cianosis, desaturación...)
• Vigilar las características de las secreciones.
• Documentar la respuesta a la aspiración: disnea leve, moderada o intensa
• Documentar las características de las secreciones.
Monitorización respiratoria
• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
• Vigilar la saturación de O2 según protocolo
• Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
• Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.

• Observar el estado neurológico (nivel de consciencia, confusión).

Oxigenoterapia

• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
• Administrar oxígeno según prescripción médica
• Comprobar periódicamente que se administra el flujo o concentración de oxígeno prescrita
• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda
• Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la mascarilla a cánulas nasales durante las ingestas según prescripción y comprobar tolerancia
• Observar si aparece ansiedad relacionada con la necesidad de oxigenoterapia
• Proteger las zonas de la piel que se pueden lesionar por fricción del sistema de oxígeno (pabellón auricular, fosas nasales...)
• Proporcionar sistemas (alargaderas) que faciliten la movilidad y enseñar al participante/cuidador a utilizarlas
• Proporcionar oxígeno durante los traslados.
• Enseñar al participante /cuidador a manejar la oxigenoterapia.

Monitorización de los signos vitales

• Controlar periódicamente la presión sanguínea según protocolo
• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca según protocolo
• Identificar posibles situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene,
masticación...).
• Instruir al paciente en el manejo de situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene, masticación...)

Manejo de las vías aéreas artificiales

• Realizar aspiración endotraqueal, según corresponda.
• Aspirar la oro faringe y las secreciones de la parte superior del tubo antes de proceder a desinflar el dispositivo.
• Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo al
otro lado de la boca.
• Aflojar los soportes comerciales del tubo endotraqueal al menos una vez al día, y proporcionar cuidados a la piel de la zona
• Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre.
• Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
• Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial), según corresponda.
• Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los participantes que reciben
ventilación mecánica
• Tomar medidas que impidan la desintubación accidental
• Proporcionar cuidados a la tráquea según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del
estoma, y cambiar la sujeción de la traqueotomía.
• Inspeccionar la piel alrededor de la estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia.

• Comprobar la presencia de dolor.
• Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueotomía.

PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON CONDUCTAS HIPERSEXUALES Y RIESGOS ASOCIADOS EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 10 (LINEAMIENTOS DE ACTIVACION DE CÓDIGO BLANCO)

En 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, así 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 (PARTICIPANTES), se extienda lo necesario para esa estabilización y comprometa los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros indispensables e inmediatos para alcanzarla.

Diagnósticos NANDA:

- 00051 deterioro de la comunicación verbal. disminución, retraso o carencia de la
- capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.
- 00052 deterioro de la interacción social. cantidad insuficiente o excesiva o
- cualitativamente ineficaz de intercambio social.
- 00053 aislamiento social. soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.
- 00058 riesgo de deterioro de la vinculación. riesgo de alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño que fomenta el desarrollo de una
- relación recíproca protectora y educativa.

- 00059 disfunción sexual. estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla
- como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.
- 00060 interrupción de los procesos familiares. cambio en las relaciones y/o en el
- funcionamiento familiar.
- 00063 procesos familiares disfuncionales. las funciones psicosociales, espirituales y
- fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que se perpetúan por sí misma

Intervenciones NIC
• Educación: sexo seguro.
• Identificación de riesgos.
• Modificación de la conducta.
• Protección contra infecciones.
• Asesoramiento sexual.
• Apoyo en la protección contra abusos.
• Asesoramiento.
• Aumentar el afrontamiento.
• Estimulación de la integridad familiar.
• Aumentar el afrontamiento.
• Potenciación de la conciencia de uno mismo.
• Control del humor.
• Modificación de la conducta: habilidades sociales.
• Potenciación de la socialización.
• Terapia de entretenimiento.
• Apoyo en la toma de decisiones: información y apoyo a un participante que está tomando una decisión con respecto a su salud
• Facilitar la responsabilidad personal: impulso a un participante para que asuma una mayor responsabilidad sobre su propia conducta
• Fomento de la integridad familiar: promoción de la cohesión y la unidad familiar
• Fomento de la integridad familiar: crianza: facilitación del crecimiento de los individuos o familias que agregan un hijo a la unidad familiar
• Mantenimiento de los procesos familiares: reducción de los efectos de la desestabilización de los procesos familiares
• Mejora del afrontamiento: ayuda al participante para adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas percibidos, los cuales interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida
• Mejora del rol: ayuda a un participante, las personas más allegadas y/o la familia, a mejorar las relaciones al aclarar y complementar conductas específicas del rol
• Promoción de la resiliencia: ayuda a las personas, familias y comunidades, para desarrollar, usar y fortalecer factores protectores que deben emplearse para afrontar los factores estresantes ambientales y sociales
• Terapia familiar: ayuda a los miembros de la familia a conducir a la familia a una forma de vivir más productiva

• Tratamiento del consumo de sustancias: atención y cuidados del participante y los miembros de la familia que sufren problemas físicos y psicosociales, relacionados con el consumo de alcohol o drogas
NOC
• Estado de envejecimiento físico.
• Función sexual.
• Recuperación del abuso: sexual.

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 descritas:

Con los participantes:

- Identificación de personas con discapacidad que presentan conductas hipersexuales.
- Clasificación de personas con discapacidad en dormitorios diferentes (dormitorio de mujeres y dormitorio de hombres)
- Educación sexual desde el área de Psicología.
- Programa de planificación familiar para mujeres en edad fértil y prevención de embarazo no deseado.
- Gasto energético a diario por el área de Motoras.
- Interconsulta y control de psiquiatría para modulación de conductas hipersexuales, manejo con medicación.
- Personal de atención 24/7 por el área de salud.
- Acompañamiento a por el personal de enfermería al control de esfínteres durante el día y la noche 24/7
- Disposición de nuevas cámaras de seguridad en todas las áreas del centro de mayor concentración con conexión remota.

Con el talento humano:

- Verificación de antecedentes disciplinarios y Consulta de Inhabilidades, delitos sexuales cometidos de todo el talento humano.
- Vigilancia de actividades.
- Capacitaciones y educación en sexualidad y precauciones en la atención
- Sistema cerrado de televisión y monitorización remota.
- Atención del personal por género en actividades de cuidado específicas.
- Intervención de conductas sexuales por profesionales por género.

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

- Al identificar el caso se dará aviso al jefe inmediato y a la coordinación.
- Trasladar a la persona con discapacidad de manera urgente al área médica hospitalaria e informar hechos y hallazgos.
- Mantener cadena de custodia y vigilancia a partir del momento del hallazgo y durante todo el proceso de atención e investigación.

- Información de suceso al referente técnico y equipo de supervisión de la SDIS.
- 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.
- Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.
- Acompañamiento y orientación a la familia.
- 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.
- 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.
- Colaboración del CIAI grupo 10 en todos los trámites pertinentes requeridos para el proceso médico-legal pertinente.

FICHAS DE CLASIFICACION E IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES

En el Centro Intégrate Atención Interna Grupo 10 se crean las fichas de identificación de riesgos de las personas con discapacidad, las cuales tiene como finalidad permitirle a todo el talento humano de la Unidad, informar sobre los diversos aspectos individuales presentes en cada uno de los participantes, que requieren de mayor observación o acompañamiento en las actividades desarrollas el interior del

centro, estos reposan en los respectivos dormitorios y se encuentran ubicados en la cabecera de cada cama.

U.T. SERVICIOS INTEGRALES FUNDACION Nit: 901662207-6	CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA G 10		
	FICHAS DE IDENTIFICACIÓN Y RIESGOS	CONVENIO 9371 FECHA 17/12/2022	

NOMBRE	ALIXSON DAHIANNA UMAÑA ORTIZ						
IDENTIFICACIÓN	1.001.298.985						
EPS	CAPITAL SALUD						
FECHA DE NACIMIENTO	10/08/2001						
EDAD	21 años						
REFERENTE F/S	N/A						
TELÉFONO	N/A						
RIESGO	 CAÍDA	 ALTERACIÓN COMPORTA MENTAL	ÚLCERAS PP	EQ DE OXÍGENO	 HIPERFAGIA	 DISFAGIA	EVASIÒN

PLAN DE CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO A SUS NECESIDADES

Siguiendo la directriz de la secretaria distrital de integración social y dando utilidad al documento “formato de seguimiento de enfermería (FOR-PSS-391)” En el cual, se consignan los cuidados específicos de la persona con discapacidad de acuerdo a sus necesidades y es desarrollado como guía para los cuidadores.

Esta aplicación es realizada con cada participante del Centro integrarte atención interna grupo 10. Permanece y se actualiza en el programa de cuidado para la salud.

Centro: Centro Integrarte Atención Interna Grupo: 10
Fecha inicio convenio: 17/12/2022 Fecha finalización convenio:
Fecha de ingreso: 17/12/2022
Nombre: José Gregorio Luna
No de doc. 81 715 707 de Bogotá D.C
Tipo: RC: ___ TI: ___ CC: X CE: ___
Fecha de nacimiento: 08 / 02 / 1979 Edad: 43 años
Referente familiar: María Alicia Luna
Parentesco: Madre
Dirección: CRA 98 N. 61-51 Teléfonos: 310 582 4208



Diagnóstico cognitivo	Diagnóstico clínico
- Discapacidad cognitiva profunda	- Epilepsia - Alteración cinética corporal, gastritis - Sordera - Usuario de Colostomía

Clasificación sistema de apoyo
Generalizado

Cuidados de enfermería
-Asistencia diaria de la higiene mayor y menor. -prevención de ulceras, Lubricación de piel, aplicación de bloqueador solar a diario y a necesidad de acuerdo a la exposición. -Asistir corte de uñas, rasurado y control de pediculosis de acuerdo al cronograma de actividades propuestas. -Administración de medicamentos según órdenes médicas. -Seguimiento por parte del equipo de cuidado a la salud, de órdenes médicas de acuerdo a las atenciones por su médico tratante. -Seguimiento de condiciones de salud. -Toma diaria de signos vitales. -Cabio de pañal a necesidad y aplicación de la escala de Bristol. -Registro de los cuidados de enfermería realizados durante el día y la noche. - Vigilar colostomía y cuidados diarios del estoma. - Realizar cambios de posición continuos para evitar zonas de presión, masaje terapéutico. -Vigilancia continua y prevención de Caídas de acuerdo al plan de cuidados. - Asistencia en alimentación según la dieta asignada. - Gestionar los procesos de salud y garantizar el seguimiento médico ante EPS famisanar Colsubsidio

Fecha	Dieta	Fecha	Peso
20/12/2022	Normo calórica Blanda	20/12/2022	39,4 kl
10/04/2023	Normo calórica Blanda	10/04/2023	38,6 kl

Identificación de riesgos					
Autoagresión:	X	Aislamiento		Hetero agresión:	
Laceraciones en piel	X	Intento de evasión		Riesgo de caída	X