PLAN DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 5 los CIAE CONVENIO 8209 - 2025

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

BOGOTÁ D.C. MAYO 2025

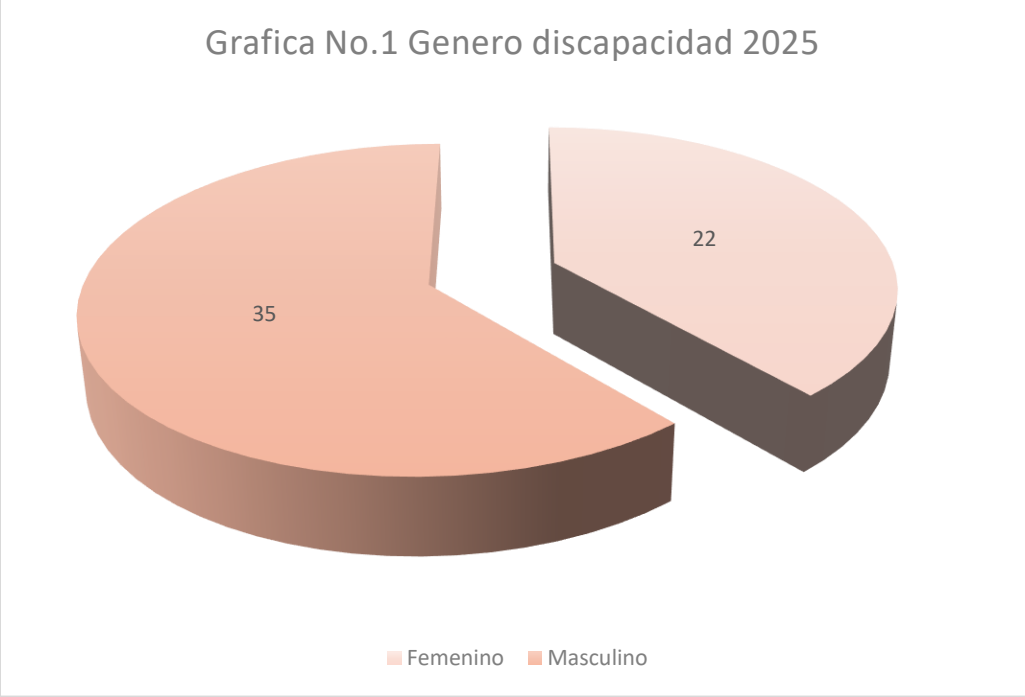
ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
NOMBRE: Laura Bahamón Rojas **CARGO: Enfermera Jefe** **FECHA: MAYO 2025**	**NOMBRE: Mónica Guzman** **CARGO: Coordinadora** **FECHA: MAYO 2025**	**NOMBRE:** **CARGO:** **FECHA:**

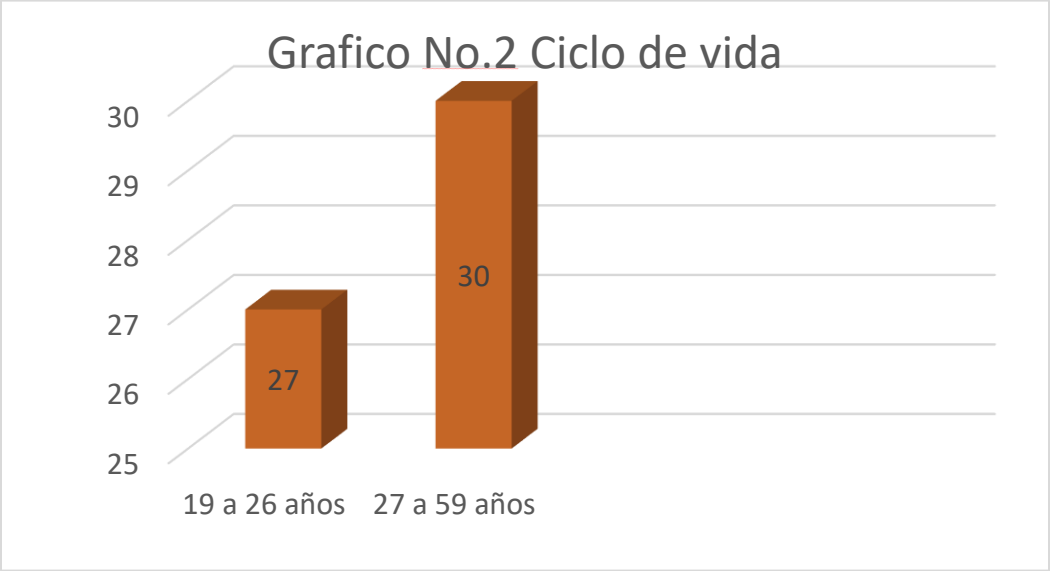
TABLA DE CONTENIDO

1. Caracterización.
2. Objetivo del protocolo
3. Objetivos Específicos
4. Alcance
5. Marco Conceptual
6. Riesgo De caída
7. Riesgo de Auto y Hetero agresión
8. Riesgo de Atragantamiento y Lesiones Por Cuerpos Extraños.
9. Riesgo de contacto con aparatos eléctricos e instalaciones eléctricas
10. Riesgo de abuso sexual, activación de código blanco y acciones de protección para la presunta víctima.
11. Evento Adverso
12. Clasificación
13. Según Severidad
14. Según Prevención
15. Evento Centinela
16. Seguridad en la utilización de medicamentos
17. Prevención ulceras por presión
18. Seguridad
19. Seguridad del Participante
20. Condiciones Generales
21. Actuación frente a un evento.
22. Registro del evento
23. Plan de Cuidado estandarizado
24. Valoración del entorno
25. Actividades
26. Evaluación multidisciplinar
27. *Diagrama ISHIKAWA*
28. Categorizar las casas y analizar las Barreras
29. Matriz de clasificación de riesgos

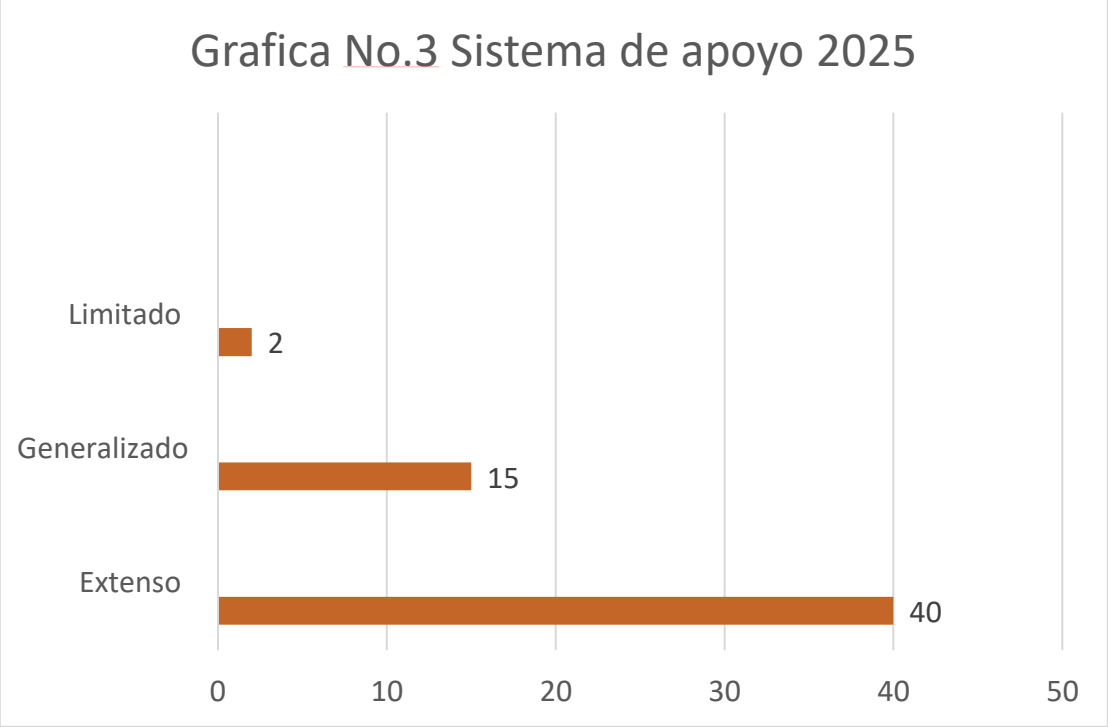
1. Caracterización

El Centro Integrarte de atención externa Grupo 5, con cupo para 57 personas adultas con discapacidad Múltiple asociada a discapacidad intelectual, que requieren apoyos extensos o generalizados.
En atención 57 personas con Discapacidad, realizando la caracterización de los participantes así:

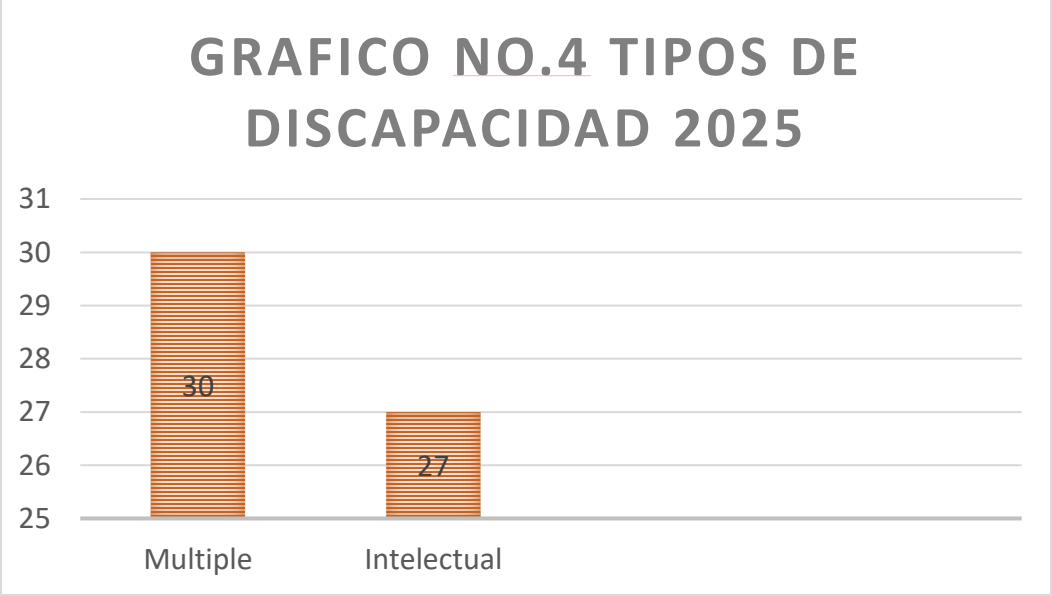




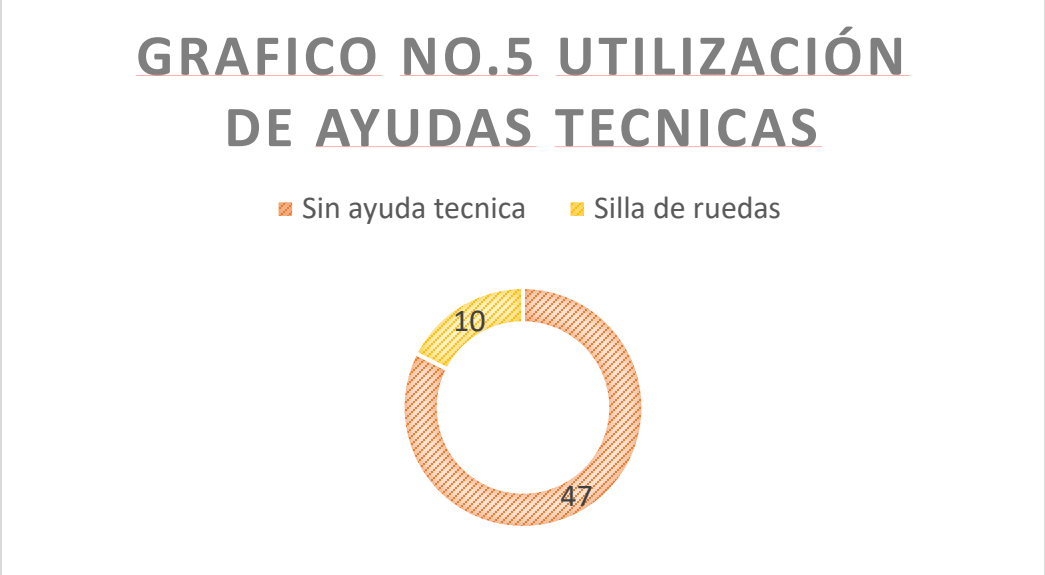
SISTEMAS DE APOYO



TIPO DE DISCAPACIDAD



UTILIZACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS



1. Objetivo del protocolo

Identificar los riesgos potenciales que ocurran durante la prestación del servicio que puedan afectar a las personas con discapacidad de acuerdo a la caracterización realizada estableciendo protocolos de prevención acorde a las necesidades de cada uno de los participantes del centro integrarte atención externa grupo 5

2. Objetivos Específicos.

- Identificar los riesgos potenciales que presentan las personas con discapacidad del grupo 5 de acuerdo a la caracterización de las personas con discapacidad del centro integrarte atención externa grupo 5
- Aumentar acciones necesarias para garantizar la calidad de la atención y la seguridad de la población dentro del centro integrarte atención externa grupo 5.
- Establecer los planes de cuidado y técnicas para evitar eventos adversos.
- Realizar reportes adecuados siguiendo línea técnica desde el programa de cuidado de la salud.
- Garantizar que el entorno donde se encuentra la población sea un espacio seguro evitando eventos adversos en las personas con discapacidad.
- Aplicar protocolos de prevención para evitar cualquier tipo de riesgo en la persona con discapacidad.
- Desarrollar acciones necesarias que garanticen la calidad de la atención y la seguridad de la población dentro del Centro Integrarte.

3. Alcance

El presente documento es aplicable al Centro Integrarte Atención Externa Grupo 5, de la Secretaría Distrital De Integración Social, este está dirigido a toda la población con discapacidad y ejecutado por el personal de enfermería (cuidadores institucionales) y compartido con referentes familiares de los participantes (cuidadores familiares).

4. Marco conceptual

Riesgo de Caída

¿Por qué es importante prevenir las caídas durante el proceso de atención en salud? Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados, además son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera mueren en un año, dichas lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de caídas no causan la muerte, pero del cinco al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo.

¿Cuál es la tasa de prevalencia relacionada con las caídas en los pacientes? Según estudios, aproximadamente del dos al 12% de pacientes experimentan una caída durante su estadía en el hospital. 21 Al confrontar los aportes estadísticos del estudio IBEAS, observamos que el 61,2% de los eventos adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 10,4 días; un 8,9% de los eventos adversos causaron el reingreso del paciente. También, cabe resaltar que los eventos adversos identificados durante el estudio IBEAS, estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%. Por último y refiriéndonos al estudio señalado, el 65% de los eventos adversos se consideraron evitable. La tasa de prevalencia de caídas en los hospitales que atienden casos agudos es del dos al seis por ciento, en el área de rehabilitación general es del 12%, y en los hospitales de rehabilitación geriátrica es del 24 al 30%.

¿Qué tipo de complicaciones están relacionadas como consecuencia de las caídas? Las consecuencias directas de la caída pueden variar de lesiones menores a pequeños hematomas (28%), a severas lesiones de tejido blando 11.4% y fracturas de huesos (5%). La fractura de cadera es la complicación más seria, en 20% de los casos esta fractura lleva a inmovilidad, y de 14 a 36% de los casos lleva a muerte en un año. Estas complicaciones usualmente resultan en estadías más largas y conllevan a un aumento en el costo del cuidado a la salud; pueden llegar a tener consecuencias legales y en unidades de rehabilitación pos infarto del miocardio las caídas pueden ascender al 42%.24 Las caídas en las personas mayores pueden causar incapacidad permanente o muerte y son particularmente susceptibles los pacientes ancianos en hospitales de rehabilitación.

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar caídas durante la atención? (regresar a formulación de la pregunta) Los hospitales se enfocan en la valoración y en buscar herramientas para prevenir las caídas; pero la verdadera búsqueda debería centrarse en los factores de riesgo que producen las caídas; algunos autores recomiendan que sería mejor evaluar en todos los pacientes los factores de riesgo de caídas y realizar un tratamiento y una minimización del riesgo para cada uno de éstos.

Administración del protocolo:

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

Introducción

La atención integral de las personas con discapacidad requiere de un enfoque basado en la identificación y gestión de riesgos, con el fin de garantizar su seguridad y calidad de vida. Uno de los riesgos más comunes es el de las caídas, que puede ocasionar complicaciones graves en esta población. Por ello, es crucial la aplicación de la Escala de Morse, al 100% de los individuos con discapacidad, junto con la implementación de una matriz de priorización de riesgos. Esto permite diseñar e implementar actividades preventivas orientadas a minimizar o eliminar riesgos específicos para cada persona.

Este documento detalla el uso de herramientas para la evaluación y manejo de riesgos, así como las estrategias para ajustar las intervenciones según las necesidades individuales de la persona con discapacidad.

Evaluación del Riesgo de Caídas con la Escala de Morse

La Escala de Morse es una herramienta validada para evaluar el riesgo de caídas en diferentes poblaciones, incluidas las personas con discapacidad. Su objetivo es identificar aquellos individuos con mayor riesgo de caídas, permitiendo priorizar las intervenciones necesarias. para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la atención y cuando haya cambios de condición Factores de seguridad:

Componentes de la Escala de Morse:

ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES:

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

Nota: si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25. Si el paciente sólo puede caminar apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

- **DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:**

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica

- **AYUDA PARA DEAMBULAR:**

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

- **VÍA ENDOVENOSA:**

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.

- **MARCHA (Equilibrio y/o traslado):**

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).

Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando IMPULSO"(ej.: realizando varios intentos por incorporarse. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia).

- **CONCIENCIA - ESTADO MENTAL:**

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

- **PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO:**

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo. La escala clasifica a la persona en riesgo bajo, moderado o alto de caídas, facilitando la priorización de cuidados y acciones preventivas.



3. Matriz de Priorización de Riesgos

La matriz de priorización es una herramienta útil para clasificar los riesgos según su probabilidad de ocurrencia y su impacto en la salud de la persona. En el caso de personas con discapacidad, esta matriz ayuda a tomar decisiones informadas sobre qué riesgos atender de manera prioritaria y cuáles pueden ser manejados con menor urgencia.

MATRIZ DE CLASIFICACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS DE LA POBLACIÓN

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

VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE

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

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS

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

Criterios de la Matriz de Priorización:

Probabilidad: Basada en la puntuación obtenida de la escala de Morse.

Impacto: Se refiere al potencial daño que puede generar un evento adverso en la persona.

Factores específicos de la discapacidad: Consideración de las barreras físicas, el entorno, el uso de ayudas técnicas, la cognición y otros factores relacionados con la discapacidad que incrementen los riesgos.

Una vez identificados los riesgos, se priorizan aquellos que presentan mayor probabilidad e impacto, definiendo recursos y personal para intervenciones específicas.

4. Actividades para Minimizar o Eliminar Riesgos

Con base en la evaluación de riesgos, se diseñan actividades orientadas a prevenir caídas y otros riesgos en personas con discapacidad. Estas actividades deben estar adaptadas a las condiciones individuales y al entorno de cada persona. Se realizo una clasificación de los participantes con el grupo interdisciplinario revisando participantes que tienen riesgo alto, se tiene una lista en el tablero de mando, y se maneja los días sin caídas con el objetivo de poder identificar y disminuir riesgos en los participantes.



4.1. Modificaciones Ambientales

Las modificaciones en el entorno son fundamentales para reducir los riesgos de caídas y accidentes. Algunas intervenciones incluyen:

- Instalación de barandas y pasamanos en lugares clave como baños y escaleras.
- Superficies antideslizantes en áreas donde exista riesgo de humedad y zapatos de los participantes.
- Adecuación del mobiliario, con sillas de fácil acceso, camas ajustables y mesas a una altura adecuada.
- Iluminación adecuada en áreas de circulación para evitar tropiezos.

4.2. Uso de Tecnologías

El uso de dispositivos y tecnologías es esencial para fomentar la seguridad y la autonomía:

Sensores de movimiento y alarmas de caídas para alertar a los cuidadores en caso de accidentes.

Sillas de ruedas y andadores especializados, adaptados a las necesidades del individuo.

Dispositivos de control por voz para que la persona pueda manejar electrodomésticos, luces y puertas sin riesgo de caídas.

Capacitación del Personal y Familiares

La capacitación continua del personal de salud y los cuidadores es crucial para garantizar una correcta implementación de las intervenciones:

Técnicas de movilización seguras para prevenir lesiones en la persona y en el cuidador.

Prevención de úlceras por presión, mediante cambios de posición frecuentes y el uso de superficies especiales.

Comunicación y apoyo emocional, asegurando que las interacciones con las personas con discapacidad sean respetuosas y empáticas.

Programas de Ejercicio y Rehabilitación

Los programas de ejercicio físico y rehabilitación deben diseñarse de acuerdo con las capacidades de la persona:

- **Fortalecimiento muscular** para mejorar el equilibrio y la movilidad.
- **Entrenamiento de equilibrio** para reducir la probabilidad de caídas.
- **Estiramientos y ejercicios de movilidad** para aumentar la flexibilidad.

Verificación, Ajuste y Modificación

El proceso de verificación, ajuste y modificación es esencial para garantizar que las estrategias se mantengan actualizadas y efectivas.

Verificación

Este paso implica la revisión continua de la implementación de las intervenciones:

- Monitoreo del cumplimiento del personal y de los procedimientos establecidos.
- Revisión de la documentación para asegurar que las actividades se registren correctamente.
- Feedback de los cuidadores y personas con discapacidad, evaluando la percepción sobre la eficacia de las intervenciones.
- Medición de resultados, analizando la reducción de incidentes como caídas o complicaciones derivadas de la discapacidad.

Ajuste

Una vez verificados los resultados, es posible realizar ajustes en las actividades:

- Identificación de áreas de mejora mediante la evaluación de los puntos críticos.
- Modificación de las actividades, ajustando las estrategias a las necesidades cambiantes de cada persona.
- Personalización de las intervenciones según las características específicas del participante.

Modificación

Si los ajustes no son suficientes, se procede a realizar cambios más profundos en las estrategias:

- Revisión integral del plan, involucrando a expertos en discapacidad y rehabilitación.
- Capacitación adicional del personal sobre nuevos protocolos.
- Introducción de nuevas tecnologías o metodologías para mejorar el monitoreo y la atención.

Evaluación Continua

El seguimiento constante es esencial para garantizar la efectividad de las estrategias implementadas:

Reevaluación periódica de riesgos, utilizando herramientas como la escala de Morse.

- Monitoreo continuo del entorno para verificar que las modificaciones sigan siendo útiles.
- Evaluaciones regulares de salud para identificar y manejar condiciones médicas que puedan aumentar los riesgos.

Conclusiones

La implementación de la escala de Morse y la matriz de priorización, junto con la verificación, ajuste y modificación de las estrategias, asegura una intervención integral para minimizar riesgos en personas con discapacidad. Este enfoque permite una atención personalizada, previniendo incidentes y promoviendo una mejor calidad de vida.

RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESIÓN

El presente riesgo es uno de los más frecuentes en la población, debido a los diagnósticos clínicos, diagnósticos que afectan el sistema nervioso central SNC Dado por múltiples síntomas de deterioro neurocognitivo como son: Depresión, ansiedad, desesperanza, verborrea, agresividad física y verbal, aislamiento, llanto, hiperactividad motora, irritabilidad, agitación.

Estos síntomas pueden llevar al participante a la Auto agresión o a la hetero agresión, para ello es importante, una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos, cuidados de Enfermería, apoyo emocional, acompañamiento y observación permanente, tratamiento terapéutico por el equipo interdisciplinario del centro, reporte de novedades, seguir conductos regulares en comunicación si es el caso para trasladar a un manejo intramural

Agresión verbal	Puntos
1. Habla en voz muy alta, grita con enfado	1
2. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¡Eres tonto!»)	1
3. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado,amenazas moderadas a otros o a sí mismo	1
4. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse así mismo	1
Agresión física contra uno mismo	
5. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo(en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	2
6. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	2
7. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	2
8. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	2
Agresión física contra objetos	
9. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo	3
10. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	3
11. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	3
12. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	3
Agresión física contra otras personas	
13. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	4
14. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	4
15. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	4
16. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	4
Puntaje total	

VALORACIÓN INTENSIDAD AGITACIÓN PSICOMOTORA	
Agitación (Nivel Bajo)	Igual o menor a 10 puntos Cualquiera de los item 1,2,3,4 ó 5
Agresividad (Nivel Medio)	Entre 10 y 20 puntos Cualquiera de los item 6 , 7, 8, 9 , 10, 11 ó 12
Violencia Nivel Alto)	Más de 20 puntos Cualquiera de los item 13, 14, 15 ó 16

Riesgo de Atragantamiento y Lesiones Por Cuerpos Extraños.

CUERPOS EXTRAÑOS

En ocasiones se produce la entrada de cuerpos extraños (polvo, virutas, tierra) en el organismo a través de la boca, los ojos, la nariz y los oídos. Esto puede suponer en casos leves, unas ligeras molestias si bien en casos extremos, puede acarrear serios problemas para la salud de la persona afectada.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)- Riesgo de Atragantamiento.

Es una situación desencadenada por la obstrucción completa o no de la vía aérea por cuerpos extraños, generalmente de naturaleza alimenticia.

Síntomas Generalmente, una víctima de atragantamiento se aprieta reiteradamente su garganta, en un gesto muy característico.

Con una obstrucción parcial o ligera de la vía aérea, la víctima puede estar angustiada, estresada y tosiendo, y en ocasiones emitir ruidos agudos al respirar.

En caso de obstrucción completa o severa, no podrá hablar, respirar o toser, estando en disposición de perder la consciencia en poco tiempo si no se resuelve la obstrucción.



En caso de obstrucción completa o severa, no podrá hablar, respirar o toser, estando en disposición de perder la consciencia en poco tiempo si no se resuelve la obstrucción.

RECOMENDACIONES BÁSICAS

Se determinarán en función de la situación en que se encuentra la víctima:

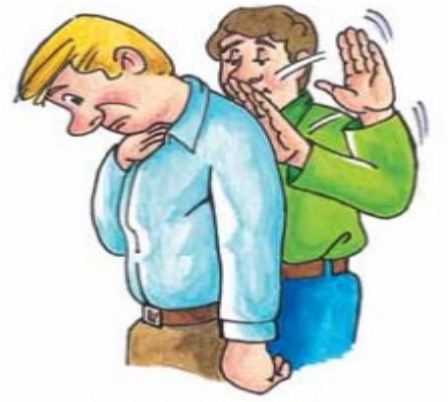
a) Consciente con capacidad para toser.

• Se le debe animar a toser evitando golpearle en la espalda.

b) Aún consciente, debilitándose no dejando de toser

• Limpiarle la boca.

• Darle 5 golpes en la espalda, en la región interescapular (entre los omóplatos), con el “talón” de la mano, y con el cuerpo inclinado hacia adelante, comprobando si después de cada golpe, éste ha sido efectivo o no. Si no recupera la respiración, aplicar la Maniobra de Heimlich.



Golpes interescapulares

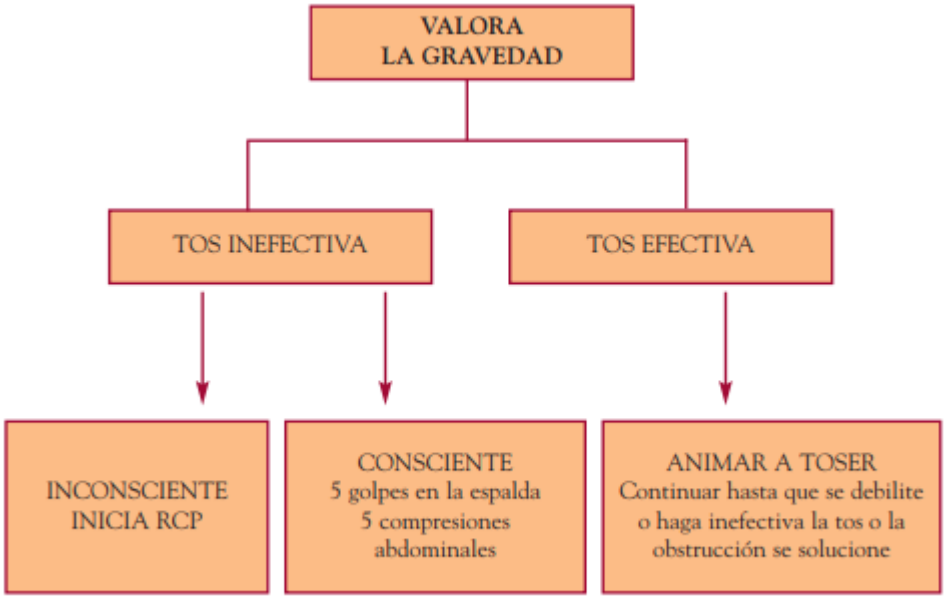
Maniobra de Heimlich Se realiza abrazando por detrás al atragantado, colocando el puño en la parte inferior de su esternón y agarrando dicho puño con nuestra otra mano. Finalmente, se ejercen 5 compresiones violentas del tórax en dirección a la cabeza.



Maniobra de Heimlich

Alternar los golpes de espalda con la Maniobra de Heimlich hasta solucionar la obstrucción.

c) Inconsciente
• Colocarla con cuidado en el suelo si es que no lo estaba ya.
• Revisar el interior de su boca y retirar el objeto con el dedo.
• Iniciar la Resucitación Cardiopulmonar (RCP).



CUERPO EXTRAÑO EN LOS OJOS

• Evitar frotar el ojo afectado para impedir que el cuerpo extraño penetre más.
• En caso de que se haya alojado en el párpado inferior, se eliminará tocándolo con la punta de un pañuelo limpio.
• Si se ha introducido en la superficie de la córnea, la persona afectada deberá parpadear varias veces para expulsar el elemento. Si aun así, el elemento sigue adherido, se colocará una gasa sobre el párpado cerrado, fijándolo con esparadrapo y se trasladará inmediatamente a un centro médico.



CUERPO EXTRAÑO EN LA NARIZ

• Se intentará extraer el cuerpo extraño tapando la fosa nasal que no está obstruida, haciendo posteriormente el gesto de sonarse.

CUERPO EXTRAÑO EN EL OÍDO

• Debido a la peligrosidad de la manipulación en el interior del oído, sólo se extraerán los cuerpos extraños alojados en el exterior del mismo. Una vez hecho esto, se trasladará al enfermo a un centro hospitalario.

RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS

Dentro del riesgo eléctrico quedan específicamente incluidos:

- Electrocución: Es la posibilidad de circulación de una corriente eléctrica a través del cuerpo humano.
- Quemaduras por choque o arco eléctrico.
- Caídas o golpes como consecuencia de choque o arco eléctrico.
- Incendios o explosiones originados por la electricidad.

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

FACTORES QUE CONDICIONAN EL DAÑO POR CONTACTO ELÉCTRICO

El cuerpo humano se comporta como un conductor de electricidad cuando se encuentra accidentalmente en contacto con dos puntos a diferente tensión.

En esa situación es donde se produce el riesgo de electrocución, ya que existe la posibilidad de que la corriente eléctrica circule a través del cuerpo humano. Existen diversos factores que pueden modificar las consecuencias del choque eléctrico, con lo que los efectos pueden ser muy diversos.

GESTIÓN PREVENTIVA FRENTE AL RIESGO ELÉCTRICO

El proceso de gestión preventiva frente al riesgo eléctrico consiste básicamente en:

1. Identificación y evaluación de las diferentes causas que pueden producir accidentes.

2. eliminación y control del riesgo.

3. Diseño e implantación de medidas preventivas. La prevención de este riesgo consiste en evitar todo tipo de contactos eléctricos, a través de:

1. el uso de instalaciones y aparatos eléctricos seguros

2. el cumplimiento de la normativa de seguridad en instalaciones eléctricas.

3. el respeto de las buenas prácticas en la conexión instalación-aparato.

4 La realización de todas las operaciones de manipulación de elementos que pueden estar activos sin tensión.

Riesgo de Abuso Sexual, Activación de código blanco y Acciones de protección Para la Presunta Víctima.

Identificación del Riesgo

- **Evaluación Inicial:** Realizar una evaluación exhaustiva para identificar señales y factores de riesgo asociados con abuso sexual. Esto puede incluir la revisión de antecedentes, comportamientos, y posibles indicadores de abuso.
- **Factores de Riesgo:** Considerar factores como relaciones de poder desiguales, situaciones de vulnerabilidad (por ejemplo, en contextos de cuidado infantil, instituciones educativas, o entornos de trabajo), y signos físicos o emocionales de abuso.
- **Instrumentos de Evaluación:** Utilizar herramientas estandarizadas y protocolos de evaluación para identificar riesgos de abuso sexual, como cuestionarios, entrevistas y observación clínica.

Señales y Síntomas

- **Señales Físicas:** Lesiones inexplicables, problemas de salud recurrentes, o signos de trauma físico.
- **Señales Emocionales y Comportamentales:** Cambios en el comportamiento, ansiedad, depresión, retraimiento social, o manifestaciones de miedo hacia ciertas personas o lugares.

Activación de Código Blanco

Definición de Código Blanco

- **Qué es un Código Blanco:** Un protocolo de emergencia activado en situaciones que involucran amenazas graves, como abuso sexual o agresión. El objetivo es proteger a la víctima y garantizar una respuesta rápida y efectiva.

Procedimiento de Activación

- **Notificación Inmediata:** Informar a los equipos de seguridad, personal de protección o autoridades competentes mediante un sistema de alerta establecido.
- **Activación de Recursos:** Coordinar la intervención de servicios de emergencia, como equipos médicos, seguridad, y apoyo psicológico.
- **Documentación:** Registrar todos los detalles del incidente y las acciones tomadas durante la activación del código blanco.

Responsabilidades del Personal

- **Intervención Rápida:** El personal debe actuar de acuerdo con los procedimientos establecidos para asegurar la protección inmediata de la víctima.
- **Comunicación Efectiva:** Mantener una comunicación clara y efectiva con todos los involucrados durante la activación del código blanco para asegurar que se sigan los protocolos correctos.

Acciones de Protección para la Presunta Víctima

Protección Inmediata

- **Ambiente Seguro:** Trasladar a la víctima a un lugar seguro, lejos del agresor y de posibles situaciones de riesgo.
- **Acompañamiento:** Asegurar que la víctima esté acompañada por un profesional capacitado para proporcionar apoyo emocional y asistencia.

Apoyo Médico y Psicológico

- **Evaluación Médica:** Realizar una evaluación médica completa para identificar y tratar cualquier lesión o trauma físico. Proporcionar tratamiento necesario y realizar pruebas forenses si es pertinente.
- **Apoyo Psicológico:** Ofrecer asistencia psicológica inmediata para ayudar a la víctima a procesar el trauma. Esto puede incluir terapia de crisis y derivaciones a servicios de salud mental.

Apoyo Legal y Social

- **Orientación Legal:** Informar a la víctima sobre sus derechos legales, opciones para presentar una denuncia y el proceso judicial asociado.
- **Recursos Sociales:** Conectar a la víctima con recursos de apoyo social, como refugios, grupos de apoyo y servicios de asesoramiento.

Medidas de Seguridad

- **Protección Física:** Implementar medidas para garantizar la seguridad física de la víctima, como protección adicional en caso de amenazas.
- **Restricción de Contacto:** Si es necesario, facilitar órdenes de protección o medidas similares para restringir el contacto del agresor con la víctima, notificiacion a la policía Nacional.

Evento Adverso:

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

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

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

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

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

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

5. Clasificación

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

Se encuentran también referencias en cuanto a la naturaleza quirúrgica o no quirúrgica, a la posible relación con medicamentos y el tipo de medicamento además del sitio de atención.

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

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

6. Según Severidad

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

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

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

7. Según Prevención

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

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

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

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

Incidente, Casi evento, "Near Miss" y "Close Call"

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

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

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

8. Evento centinela

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

9. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

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

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

10. <u>Prevenir ulceras por presión</u>

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

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

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

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

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

13. Condiciones generales

- Individualice las medidas de prevención, adaptándolas a los factores de riesgo que presente cada persona con discapacidad atendida en los centros.
- Todo el talento humano responsable de la atención y cuidado de las personas con discapacidad deben conocer y aplicar las medidas de prevención y velar por su continuidad.
- Reconozca cuáles son las personas con mayor riesgo de padecer caídas, mediante la elaboración de planes de cuidado o expedientes con valoración de los factores de riesgo intrínseco y extrínseco.

- Mejore del estado de alerta de las personas, dado que la disminución de la actividad puede reducir el número de caídas a corto plazo, al reducir la exposición, sin embargo, en un periodo más prolongado la inactividad repercute en la falta de autoconfianza y perdida de condiciones físicas aumentando el riesgo
- Propicie rutinas para el acondicionamiento físico que mejore la postura, el equilibrio y la marcha: mediante ejercicios de coordinación y propiocepción.
- Identifique sistemas de apoyos y deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales, como por ejemplo el cuidado de la visión y la prescripción de gafas actualizadas.
- Informe al talento humano y a las personas con discapacidad sobre prácticas seguras y percepción del riesgo, afianzar en las personas el reconocimiento de los peligros y la adopción de prácticas seguras, como no subir a una silla, pedir ayuda al personal auxiliar para levantarse a orinar por la noche.
- Disminuya aporte de líquidos por la tarde o a partir de las 19 h y administrar los diuréticos por la mañana a fin de evitar que las personas tengan que levantarse en la noche para evacuar.

Nota: para la población que es atendida en el Centro integrarte de atención externa grupo 5 se logra describir el uso de ayudas técnicas como gafas, bastones, caminadores y sillas de ruedas secundario al deterioro físico y visual que se tiene propio de su envejecimiento activo, por lo que dado su ciclo vital adulto mayor son más propensos al riesgo de caída que se pueden presentar en las personas. De igual manera el 80% de la población con tiene instaurado un tratamiento farmacológico por la especialidad de neurología y/o psiquiatría que puede repercutir de manera significativa en su equilibrio y estado de alerta, favoreciendo así el riesgo de sufrir Eventos adversos.

Uso de dispositivos de seguridad:

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

14. ACTUACIÓN FRENTE A UN EVENTO

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Las medidas de actuación son las siguientes:

- Valore el estado de la persona y las consecuencias del Evento.
- Avise de inmediato al jefe de enfermería, coordinador o profesional de turno, para realizar trámite de traslado a urgencias, para atención médica si lo requiere.
- No incorpore o movilice a la persona si se sospecha que puede presentar una factura; o en todo caso realice una movilización correcta (entre varias personas) y trasládelo a la cama o a la camilla para evitar el foco de fractura.
- Realice seguimiento al tratamiento o mantenga en observación en función de la lesión que se haya producido.
- Registre los eventos adversos y sus consecuencias en el formato de registro diario de cuidados de la persona la persona

15. REGISTRO DEL EVENTO

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

17. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

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

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud

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

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

- Tipos y cantidad de alimentos y líquidos ingeridos

Patrón 3: Eliminación

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

Patrón 4: Actividad y ejercicio

- Valoración de la deambulación y el equilibrio.

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

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

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

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

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

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

- Deambulación.

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

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

18. VALORACIÓN DEL ENTORNO

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

19. ACTIVIDADES

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

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

EJERCICIO FÍSICO

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

VALORACIÓN DEL ENTORNO

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

MEDICACIÓN

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

20. EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

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

21. *Reporte de eventos adversos*

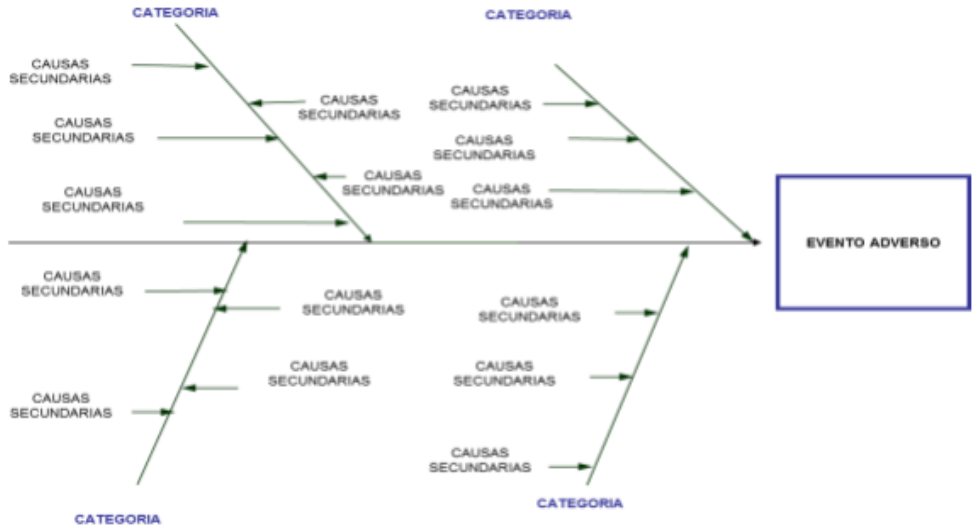
DIAGRAMA DE ISHIKAWA

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

Para la realización del diagrama, se propone:

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

Formato:



CATEGORIZAR LAS CAUSAS Y ANALIZAR LAS BARRERAS

Causas proximales:

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

Causas subyacentes Son fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales:
• Factores humanos: relación personas con discapacidad/profesionales, turnos, fatiga, formación
• Factores del proceso: fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos de proceso
• Equipamiento: obsolescencia, disponibilidad, mantenimiento preventivo y correctivo
• Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario
• Gestión de la información: comunicación
• Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad
• Supervisión inadecuada

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

7.1 RUTAS SEGURAS:

- Al momento de iniciar cada recorrido de las rutas (1,2,3,4) el monitor de la ruta notificará diariamente al personal del centro, por medio de un listado de los participantes asistentes.
- Posteriormente, desde el centro (Trabajo Social) realizará el reporte de asistencia
- En las horas de la tarde, durante la revisión céfalo caudal se ubicará a los participantes en un espacio específico del centro para verificar la presencia de cada uno de ellos y al momento de encontrarse en la ruta para retornar a sus hogares, el monitor de la ruta realizará llamado de asistencia para verificar y garantizar que la totalidad de los participantes que se encuentran en el vehículo y así poder dar inicio al recorrido.

Adicionalmente,

- El monitor de cada una de las rutas antes de iniciar el recorrido debe garantizar que los participantes se encuentren con las medidas de protección para un recorrido seguro (cinturón de seguridad) y verificar que participantes no presenten conductas de riesgo durante el recorrido tales como: sacar la cabeza por la ventana, levantarse del puesto o desplazarse dentro del vehículo.

- Así mismo, se deben tener en cuenta las conductas propias de cada participante, con el fin de establecer de forma oportuna y necesaria medidas preventivas y controles ambientales para prevenir una situación de riesgo entre pares.

Listado de Rutas

RUTA 1 (Engativa Calle 80). **Monitora: Cielo Llorente**	RUTA 2 (Engativa Pueblo). **Monitora: Vicky Isaza**	RUTA 3 Engativa Oriental). **Monitora: Laura Guerrero**	RUTA 4 (Fontibon). **Monitor: Brayan Gonzalez**
Sebastian Alvarez	Yuly Avila	Juan Alarcon	Nicolas Cristancho
Kevin Dayan Bernal	Julio Fuentes	Daniela Castro	Sergio Mosquera
Cristian León	Mafe Ortiz	Cristian Castro	Lizeth Morales
Andres Rojas	Ximena Lopez	Andres Velandia	Jennifer Larrota
Nestor Gomez	Nairo Morales	David Orjuela	Javier Rodriguez
Jennyfer Muñoz	Jeimy Pineda	Luis Ruiz	Johanna Yepes
Santiago Montenegro	Ricardo Beltran	Alexandra Bejarano	Diego Pirachican
Estefany Rosero	Oscar Gonzalez	Nataly Prieto	Elian Pirachican
Jorge Bernal	Jennifer Cuadros	Karen Angel	Melany Salas
Nicolas Ospino	Daniel Pacheco	Brayan Pinilla	Maria Fernanda Heredia
Camilo Jimenez	Rosiber Perez	Estefany Mosquera	Ruben Vargas
Kevin Stiven Bernal	Daniela Numpaque	Fabio Castro	Diana Rodriguez
Leandro Yepes	Milton Alvarado	Sergio Jimenez	Fabian Zamora
Jeison Sepulveda	Laura Medina	Carlos Salgado	Andrea Monsalve
Wilmar Sepuleda			

7.2 DURANTE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES

- Al culminar el recorrido y al llegar al sitio de la actividad, se debe ubicar al grupo en un espacio seguro, donde se pueda tener el control y la supervisión constante de los participantes. Asimismo, se debe realizar proceso de observación directa del contexto, para identificar posibles factores o estímulos de agrado para ellos que generen el interés en los practicantes y emitir conductas de evasión del grupo y posible situación de evasión. Para ello se debe realizar control ambiental y la asignación de espacio con variables controladas para minimizar la probabilidad de ocurrencia de dichas conductas.
- Adicionalmente, se debe tener en cuenta a los participantes que tienen riesgo de presentar conducta de evasión, con el fin de asignar estrategias tales como:
    1. Solicitar acompañamiento por parte de referente familiar y/o familiar (mayor de edad).
    2. Establecer turnos entre el equipo profesional y auxiliar de enfermería para el acompañamiento y observación directa
    3. Implementar estrategias de entornos seguros y controles ambientales para prevenir la probabilidad de incidencia de dicha conducta.
- Así mismo, para el desarrollo de las salidas los participantes deben portar el carnet visible como estrategia de identificación rápida frente a alguna novedad.

Bibliografía.

- OMS (2012). caídas. suiza: oms. disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es
- Ministerio de la protección Social. (Marzo 2010). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 2. 04/05/2017, del Consejo Técnico Unidad Sectorial de Normalización en Salud Sitio web: www.minproteccionsocial.gov.co/OCS
- Goodwin M.B. & Westbrook J.I. (1993) An analysis of patient accidents in hospital. Australian Clinical Review 13, 141–149.
- Zanocchi, M., Pilon, S., Speme, S., Nicola, E., Corsinovi, L., Ponte, E., et al. (2004). [Falls in hospitalized elderly patients: incidence and risk factors]. *Recenti Progressi In Medicina*, *95*(12), 570-574
- Organización mundial de la salud. nota descriptiva agosto de 2017.disponible en : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
- Ministerio de salud y protección social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.2017.
- Harrington L., Luquire R., Vish N., Winter M., Wilder C., Houser B., Pitcher E., Qin H.; Meta-analysis of fall-risk tools in hospitalized adults; Journal of Nursing Administration (2010) 40:11 (483-488). Date of Publication: November 2010
- Rojas Ruiz Ingrid Tatiana, Gutiérrez Rodríguez Juridy Viviana. Caracterización, factores asociados con caídas de pacientes adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. universidad del rosario – universidad ces, julio 5 de 2011
- Organización Mundial de la Salud, 55ª Asamblea Mundial de La Salud, Calidad de la atención en seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 23 de marzo de 2002 2.
- James Reason. Human error: models and management. MA: Cambridge University Press BMJ VOLUME 320 18 MARCH 2000.
- World Health Organization, World Alliance For patient Safety, Forward Programme 2005, WHO, Geneva 2005
- Committee on Data Standards for Patient Safety; Institute of Medicine, Washington D.C. 2004. 5. Charles Vincent, Graham Neale, Maria Woloshynowych. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective record review. Publicacion: BMJ 2001; 322; 517-519.
- Philippe Michel, Jean Luc Quenon, Anne Marie de Sarasqueta, Olivier Scemama. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals.
- }Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L y otros. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991, 324: 370-376.
- P Davis, R Lay-Yee, R Briant and A Scott. Preventable in-hospital medical injury under the “no fault” system in New Zealand. QSHC ON LINE, New Zealand, 1 the April de 2005, page 7
- G. Ross Baker, Peter G. Norton, y otros. The Canadian Adverse Events Study: the incidente of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal. JAMC 25 Mayo de 2004; 170 (11). Pg 1678- 1686.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia. 2018.

- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2018.
- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2017.
- Protocolo de actuación ante fuga de pacientes. Hospital Universitario Central de Asturias. Julio 2011.
- Protocolo de Fuga. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. 2007.
- Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena. Servicio Extremeño de Salud. 2008
- Protocolo de vigilancia y supervisión periódica de pacientes. UHB de Mérida. SES. 2011.
- Protocolo de actuación ante fuga de pacientes en el AGSNA. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Enero 2018.
- Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011
- Protocolo de acción frente a fugas de pacientes. Hospital Metropolitano de Santiago de Chile. 2010.
- Guía de Seguridad en la atención de personas con trastornos mentales. Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga. Servicio de Salud de Castilla y León. 2009.
- 2 Guía de Referencia Rápida Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Disponible en: http:// www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf
- Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospitalised patients: a systematic review. *Age and Ageing*. 2004;33(2):122-30.
- Heinze C, Halfens RJG, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):495-501.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(9).
- Morse JM, Tylko SJ, Dixon HA. Characteristics of the fall-prone patient. *Gerontologist*. 1987;27(4):516-22.