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

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION Y ACCIONES DE PREVENCION FRENTE A RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA

GRUPO 11

CONVENIO 7368 DE 2025

Elaboro.

Profesional de Enfermería

Equipo de Cuidado Para la Salud

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN 2
JUSTIFICACIÓN 3
OBJETIVO GENERAL 4
Aplicación de Escalas: Morse, Norton, Braden y Barthel 5
ABC PARA LA ACTIVACIÓN DE LA LÍNEA DE EMERGENCIA O TRASLADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A MEDIO HOSPITALARIO 10
RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESIÓN. 12
ACCIDENTES DENTRO CENTRO INTEGRARTE DE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 11 Y RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN. 16
RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑO 23
RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS. 24
RIESGO DE EVASIÓN, ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ACCIONES DURANTE EL PROCESO DE BÚSQUEDA 25
RIESGO DE OCURRENCIA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD, FORMACIÓN Y SEXUALES, ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA Y DEMÁS PARTICIPANTES DEL CENTRO. 28

INTRODUCCIÓN

Las lesiones accidentales constituyen una proporción importante de la carga de enfermedad de las personas con discapacidad cognitiva, mental y física; por tal motivo en el presente documento pretende dar a conocer las situaciones más frecuentes de riesgos potenciales durante la prestación del servicio en el **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11** y fuera de ella, debidas bien a elementos propios del entorno, bien a actividades concretas que por las condiciones físicas y cognitivas de las personas que habitan en **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11**, suponen un riesgo añadido.

El propósito es dar a conocer estas situaciones y presentar una serie de recomendaciones dirigidas a prevenir los posibles accidentes. Confiamos en que esta información sea de utilidad y contribuya a mejorar la salud de este colectivo. No obstante, no dejar de consultar al personal médico del Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa Cundinamarca, cualquier duda que surja sobre las recomendaciones que aquí aparecen.

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que la mayoría de los accidentes son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarlos y detener la cascada de sus temibles consecuencias que implican pérdida de la calidad de vida, dependencia funcional inducida, sobrecarga a los cuidadores, y muerte.

Considerando la población que habita en **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11**, corresponde a personas con discapacidad cognitiva Leve, Moderada, Severa y Profunda, física y mental, se apremia la necesidad de contar con un plan de prevención de accidentes en cual se indique las recomendaciones que deben tenerse en cuenta para evitar un accidente en las instalaciones.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de accidentes en el **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar buenas prácticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de accidentes.

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de los posibles accidentes.

Aplicación de Escalas: Morse, Norton, Braden y Barthel

Número total de personas evaluadas: 80

No.	Nombres y apellidos	Cedula	Escala de Morse	Escala de Norton	Escala de Braden	Índice de Barthel
1	Alirio Del Carmen Lopez Cordero	4139988	Alto	Alto	Alto	Moderada
2	Ana Lucia Sosa Giraldo	39444313	Alto		Bajo	Moderada
3	Andres Ricardo Guzman Quevedo	1078369435	Bajo		Bajo	Leve
4	Andres Rodriguez	3185756	Medio		Medio	Moderada
5	Aura Sofia Torres Mayorga	53905644	Medio		Medio	Moderada
6	Blanca Marisol Cortes	52910711	Medio		Medio	Moderada
7	Brayan Julian Gomez	1000319437	Bajo		Bajo	Moderada
8	Brayan Steven Moreno Mora	1049798844	Bajo		Bajo	Moderada
9	Camilo Herrera	81715075	Medio		Bajo	Moderada
10	Carlos Alberto Fernández Chacón	91068397	Bajo		Bajo	Leve
11	Carlos Mario Soto Soto	1136910914	Medio		Bajo	Moderada
12	Cesar Favian Forero Herrera	80878842	Bajo		Bajo	Leve
13	Cindy Joanna Cuellar Berrio	1020839434	Alto	Alto	Alto	Dependencia total
14	Cristian Mauricio Aguirre Oviedo	1012460514	Bajo		Bajo	Leve
15	Deivi Jaime Gonzalez Bolivar	6037903	Alto	Alto	Alto	Dependencia severa

16	Diana Carolina Cupa Hernandez	1019071560	Medio	Bajo	Bajo	Leve
17	Diasmin Suarez Cortes	21118552	Bajo		Bajo	Leve
18	Diego Andres Carranza	79818614	Bajo		Bajo	Leve
19	Edilberto Eustacio Ramirez	1072188906	Alto	Alto	Alto	Dependencia total
20	Eduan Alejandro Rojas Prada	1014269479	Medio		Bajo	Moderada
21	Eunice Johanna Alape	52782713	Bajo		Bajo	Moderada
22	Flor Ángela Salamanca Salamanca	52410894	Medio	Medio	Medio	Moderada
23	Gregorio Roberto Prieto Bejarano	1069852057	Alto		Medio	Moderada
24	Hamer Camilo Moreno Gomez	1022926893	Medio		Bajo	Moderada
25	Hector Martinez	1032383442	Bajo		Bajo	Leve
26	Heidy Johanna Suavita Arteaga	1014179882	Alto	Alto	Alto	Dependencia severa
27	Ingrid Lorena Pereira Calderon	1000991534	Alto		Bajo	Moderada
28	Jairley Oiden Toro Leiva	79820746	Bajo		Bajo	Moderada
29	Javier Humberto Morales Carrasco	1053282057	Medio		Bajo	Moderada
30	Jennifer Paola Unriza Suarez	1001286236	Alto	Alto	Alto	Dependencia total
31	Jhon Deivis Orozco Ospina	1193520770	Bajo		Bajo	Moderada

32	John Hengelber Posada Garavito	1012353980	Bajo		Bajo	Leve
33	John Jairo Camargo Ortega	88312245	Alto	Alto	Alto	Moderada
34	José Hever Osorio Pinzón	1070011963	Alto		Bajo	Leve
35	Jose Diego Zuluaga Ospina	19446815	Medio	Medio	Medio	Moderada
36	Jose Francisco Carranza	79424562	Medio		Medio	Moderada
37	Jose Jimenez	80020135	Bajo		Bajo	Leve
38	Jose William Chirva Monroy	81715915	Alto	Alto	Alto	Dependencia severa
39	Juan Felipe Vargas Aguirre	1000288324	Bajo	Bajo	Bajo	Leve
40	Juan Carlos Galindo Mancipe	1136910200	Medio		Bajo	Leve
41	Karen Gisel Mendez Sánchez F	1033717260	Bajo		Bajo	Leve
42	Leyda Yimena Benavidez Gaitan	1072641150	Alto	Alto	Alto	Dependencia severa
43	Libardo Ariel Ramirez Fernandez	1136910315	Alto	Medio	Medio	Moderada
44	Ligia Zuluaga Gomez	52388364	Bajo		Bajo	Moderada
45	Luisa Fernanda Rodriguez Lopez	53139334	Alto		Medio	Moderada
46	Luz Marina Limas Forero	53905622	Medio		Bajo	Moderada
47	Manuel Fernando Zaque Diaz	1024568544	Bajo		Bajo	Moderada

48	Maria Alexandra Martinez Fernandez	1033724450	Medio		Bajo	Moderada
49	Maria Del Carmen Caballero Reyes	20794435	Alto	Medio	Alto	Moderada
50	Maria Del Carmen Moreno Garcia	1056994002	Alto	Alto	Alto	Dependencia total
51	María Helena Castillo	1022325846	Bajo		Bajo	Moderada
52	Maria Isabel Lopez Sanchez	52898287	Bajo		Bajo	Leve
53	María Leonor Guzmán Granados	52022278	Bajo		Bajo	Moderada
54	Maria Stella Ruiz Huertas	1070325920	Medio	Medio	Medio	Moderada
55	Martha Correa Tafur	1026570795	Medio	Medio	Medio	Moderada
56	Martha Doris Rozo Millan	52286667	Medio		Bajo	Moderada
57	Martha Patricia Franco Cuesta	23423907	Medio	Medio	Medio	Moderada
58	Mayra Alejandra Mendez Torres	1079605997	Medio		Medio	Moderada
59	Miguel Angel Sierra Castañeda	1010208542	Bajo		Bajo	Leve
60	Nelson Franciony Gualdron Castañeda	17391118	Bajo		Bajo	Leve
61	Niray Hernan Hurtado Franco	1023976051	Medio		Bajo	Leve
62	Nubia Duarte	52409960	Medio		Medio	Moderada
63	Olga Maritza Gonzalez	53053900	Medio		Medio	Moderada

64	Oscar Javier Reina Gomez	1022969765	Medio		Bajo	Moderada
65	Pedro Ignacio Tellez Urrea	1014306054	Medio		Bajo	Moderada
66	Rafael Antonio Robayo Muñoz F	1016033886	Alto	Bajo	Bajo	Moderada
67	Raul Antonio Diaz Reyes	7168630	Alto		Bajo	Moderada
68	Ricardo Paredes	1024500935	Medio	Medio	Medio	Moderada
69	Ricardo Yopasa Leal	79889503	Bajo		Bajo	Leve
70	Ronal Nicolas Castillo Rodriguez	1019008689	Bajo		Bajo	Leve
71	Sandra Yamile Rodriguez Morales	52896379	Bajo		Bajo	Leve
72	Simon Correa	81715892	Medio	Medio	Medio	Moderada
73	Sonia Mayerly Gomez Beltran	1014265052	Bajo	Bajo	Bajo	Moderada
74	Teresa Molina	52409954	Bajo		Bajo	Leve
75	Victor Manuel Guzman Romero	11276574	Medio		Bajo	Moderada
76	William Buitrago	81716000	Alto	Medio	Medio	Moderada
77	Willian Camilo Reyes Mendez	1000257670	Bajo		Bajo	Leve
78	Willian Martinez Cortes	79623156	Bajo		Bajo	Leve
79	Xiomara Sanchez Bonilla F	1022368010	Medio		Bajo	Moderada
80	Yolanda Rosales	1136909032	Medio		Bajo	Moderada

ABC PARA LA ACTIVACIÓN DE LA LÍNEA DE EMERGENCIA O TRASLADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A MEDIO HOSPITALARIO

A. ACTIVACIÓN DE LA EMERGENCIA

1. Identificación del Evento

Reconocer signos de deterioro en la salud de la persona con discapacidad, como:

- Alteraciones del estado de conciencia
- Conductas disruptivas o heteroagresivas
- Convulsiones, dolor agudo o signos vitales alterados

2. Comunicación Inmediata

- Contactar la línea de emergencia 123
- Informar al referente de salud y/o profesional responsable del caso
- Notificar al familiar o cuidador (si aplica)

3. Documentación y Registro

- Verificar la historia social del participante.
- Recoger información básica: nombre, edad, diagnóstico, medicamentos

B. BÚSQUEDA DE SOPORTE Y AUTORIZACIÓN

1. Activación de la IPS primaria

- IPS Principal en La Mesa: Hospital Pedro León Álvarez Díaz
- Dirección: Cra. 20 #7-75, La Mesa, Cundinamarca
- Teléfono: (+57) 601 8471510

2. Coordinación con EPS/IPS y profesionales tratantes

- Gestionar remisión o autorización si se requiere traslado a centro de mayor nivel
- Informar por correo electrónico a los referentes técnicos y supervisores.

3. Evaluación por el equipo profesional

- Psiquiatría, enfermería o médico general debe valorar y emitir concepto

C. COORDINACIÓN DEL TRASLADO

1. Elección del hospital receptor según complejidad requerida

- Tercer nivel: atención especializada
- Cuarto nivel: alta complejidad y cuidados intensivos

2. Centros hospitalarios de referencia cercanos:

- Hospital San Rafael (Fusagasugá) – Nivel III
- Hospital Universitario de La Samaritana (Bogotá) – Nivel IV
- Hospital San Ignacio (Bogotá) – Nivel IV
- Clínica Colombia – Colsanitas (Bogotá) – Nivel IV
- Mederi (Bogotá) – Nivel IV
- Hospital Universitario Mayor (Bogotá) – Nivel IV

3. Asegurar acompañamiento y seguridad durante el traslado

- Profesional de salud, cuidador o trabajador social debe acompañar al participante.
- Documentación completa debe ir con la persona con discapacidad.

RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESIÓN.

Objetivo:

Brindar atención psicológica, ante un evento de agitación psicomotriz que permita la atención oportuna, eficaz, eficiente y efectiva ante situaciones de crisis comportamentales, que puedan presentar las personas con discapacidad, implementando acciones para evitar situaciones que pongan en riesgo su integridad física y mental.

Marco conceptual:

Una crisis conductual es cuando la persona presenta una o varia(s) conductas de riesgo con tal intensidad, frecuencia o duración que pone en peligro su seguridad y/o la de los demás. Las crisis conductuales suelen ser barreras importantes en los programas educativos y terapéuticos. También representan obstáculos para la inclusión familiar, educativa y social, sin embargo. Es importante entender que Toda conducta tiene una función y toda conducta comunica.

Términos

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: Es un Síndrome Comportamental y Conductual, caracterizado por aumento significativo e inadecuado de la actividad psicomotriz (temblor en las extremidades, movimientos incontrolados o estereotipados) y alteraciones en la esfera emocional. La intensidad puede ir desde una simple inquietud psicomotriz, riesgo de agresión o fuga, a una marcada agitación; cuando esa agitación tiene un objetivo determinado se denomina Agresividad o Violencia.

AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA: Se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica, pueden existir alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia o trastornos, ideas delirantes) o megalomaníaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad, discurso vociferante, verborreico o disgregado.

CONTENCIÓN AMBIENTAL: Se refiere a las condiciones del entorno terapéutico que en sí mismas ofrezcan la posibilidad de la autorregulación de la persona que manifiesta conductas perturbadoras. Se debe considerar entre sus elementos los espacios e inmobiliario de confort adecuado, la posición espacial de la persona que atiende la crisis. Así como el control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos.

CONTENCIÓN FISICA: Procedimiento usado como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con

técnicas especiales o con elementos mecánicos sobre parte o todo el cuerpo de la persona. Con esta contención se busca evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de la persona o la de su entorno.

La contención física se realiza, ante el fracaso de una contención verbal, ambiental o cuando inicialmente esta no es posible. Esta decisión será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta de la persona con discapacidad o resulte efectiva la sedación farmacológica y/o se oriente y trate la causa de agitación. **Se debe realizar la contención física, si esta ordenado por psiquiatría.**

CONTENCIÓN VERBAL: Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Se busca el tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, con la cual se busca, lograr una alianza con la persona que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción, Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el participante y a las que puede brindarle la Institución.

CRISIS: Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

CRISIS COMPORTAMENTAL: situación en la que una persona con discapacidad genera acciones violentas hacia sí mismo, hacia pares o hacia su entorno inmediato y que ponen en riesgo la integridad física.

Indicaciones generales

Ante una intervención de crisis comportamental, siempre se debe tener en cuenta que la seguridad es el objetivo fundamental y el equipo profesional debe orientar sus intervenciones a proteger a las personas con discapacidad agitados y a los demás que lo rodean procurando un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.

Ante una contención física, el psicólogo/a debe garantizar que se realice con sentido humano y respeto. No se debe permitir inmovilizar a las personas con discapacidad en espacios del comedor, aulas, pasillos o bajo la presencia de compañeros o personas ajenas al procedimiento.

Desarrollo del protocolo:

- Antes de hablar con la persona con discapacidad, informarse lo máximo posible sobre los factores y aspectos qué causaron la situación, para conocer las posibilidades de manejo.
- Al llegar al sitio donde se encuentra la persona con discapacidad, identifique y valore el estado de alteración de la persona y de acuerdo con el mismo realizar el manejo de la crisis.
- En lo posible se debe iniciar haciendo contención ambiental y verbal.
- Controle el espacio, retirando objetos con los cuales el participante se pueda hacer daño y colóquese fuera del espacio personal del participante más lejos del alcance de sus brazos. No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.
- Reduzca los posibles factores de irritación, como ruido, objetos, personas o compañeros, retirándolos del lugar.
- Realice contención verbal desde una actitud terapéutica, invitando al dialogo, usando un tono de voz adecuado que trasmita tranquilidad y confianza.
- No mirar de forma directa y continuada a la persona con discapacidad. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantenga al participante dentro del campo visual. Muestre seguridad en las acciones, control de la situación y firmeza.
- Evite hacer comentarios negativos a la persona con discapacidad. Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evite gestos bruscos y espontáneos.
- Escuche con atención las necesidades del participante, tratándolo con respeto y dignidad, demuestre interés por su problema, ofrézcale ayuda y comprensión. Gánese su confianza preguntándole por cuestiones no relativas al cuadro actual, llámelo a la conciencia, pregúntele, Dónde estás, Que te gusta, distrayendo así su atención del foco de agitación.
- Detenga conductas de agresión en el participante y/o protéjalo (a) sí presenta autolesión.
- Evalué que tan pertinente es, ofrecerle cierto tipo de ayuda como un vaso de agua, o lavarse la cara con agua fría.
- Implemente ejercicios de conteo y respiración.
- Si es necesario retire al participante del lugar, llévelo a un espacio seguro y tranquilo.

- Sí persiste la agitación psicomotora y conductas de agresividad que pongan en riesgo su integridad o la de las demás personas, se procede a realizar la contención física, para lo cual se debe llamar al área de salud, siendo el jefe de enfermería, el encargado de realizar dicho proceso.
- Los procesos de contención física siempre deben hacerse con el acompañamiento de un profesional del equipo psicosocial.
- Durante el tiempo de inmovilización, el participante deberá permanecer en acompañamiento permanente. El tiempo máximo corresponde a 30 minutos, una vez superado este margen, se analiza si el participante ha logrado estabilizarse y la capacidad de este para continuar en las actividades cotidianas.
- Si el participante se logra estabilizar, realice el cierre de la crisis con una intervención corta de retroalimentación frente a lo sucedido, resaltando los factores positivos de la misma y regréselo a su grupo.
- Si la persona con discapacidad no logra estabilizarse, se deben tomar medidas de obtención de apoyo de la Red Hospitalaria, solicitando el servicio de ambulancia de Salud Mental, a la línea de Emergencia 123. Esta decisión puede ser tomada por el área de salud o por el equipo psicosocial.
- En el momento que llegue la ambulancia, se debe realizar el acompañamiento a la valoración que realiza el equipo médico, informando los aspectos relevantes de la condición psicológica del participante y el evento de la crisis.
- En caso de traslado en ambulancia al hospital se debe realizar el acompañamiento pertinente por un auxiliar de enfermería.
- El equipo psicosocial realiza el seguimiento de la hospitalización a través de contacto telefónico y visita al hospital.
- Si el participante cuenta con red familiar, se realiza contacto con la misma informando la situación.
- Una vez el participante es dado de alta, se solicita los soportes, epicrisis, para el seguimiento correspondiente.
- Realice el registro de todo el proceso ejecutado en el formato de intervención individual.

RIESGO DE CAIDA

ACCIDENTES DENTRO CENTRO INTEGRARTE DE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 11 Y RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN.

LESIONES PRODUCIDAS POR CAÍDAS

Estos son los accidentes que podrían presentarse en el **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11** y las recomendaciones para tratar de evitarlos.

EN LAS ESCALERAS

Recomendaciones para la persona con discapacidad:

- Utilice los pasamanos o la barandilla siempre que suba y baje escaleras.
- Encienda siempre la luz.
- Procure que la escalera y los descansillos estén siempre libres de objetos con los que pueda tropezar.
- Procure utilizar zapatos cómodos, bien ajustados.
- En caso de tener que transportar bolsas con peso, si puede, pida ayuda para mantener al menos una mano libre.
- Los escalones tendrán bandas protectoras antideslizantes en sus bordes.
- No correr al subir y bajar escaleras

Recomendaciones para el cuidador:

- Alistar calzado cómodo en buen estado
- Verificar el adecuado anudado de cordones
- Observar posibles deslizamientos con zapatos para ser cambiados

EN LA RAMPA

Recomendaciones para la persona con discapacidad

- Utilice los pasamanos o la barandilla siempre que suba baje la rampa.
- Procure utilizar zapatos cómodos, bien ajustados.
- En caso de tener que transportar bolsas con peso, si puede, pida ayuda para mantener al menos una mano libre.
- No correr al subir y bajar la rampa.

Recomendaciones para el cuidador:

- Verifique el buen estado del calzado
- Verifique el adecuado anudado de los cordones
- Identifique inseguridad en la marcha y requerimiento de apoyo
- Refuerce el uso adecuado de la baranda como apoyo en el traslado en la rampa

RESPECTO A LOS PISOS

Recomendaciones para la persona con discapacidad

- Evite pisar suelos resbaladizos.
- No camine nunca descalzo con calcetines o medias.
- Evite el vertido de agua o líquidos en el piso
- Emplee el calzado adecuado
- No pisar superficies húmedas
- No cruzar por áreas donde se realice la actividad de trapeado

Recomendaciones para el cuidador:

- Los suelos no deben estar excesivamente pulidos y encerados ya que puede resbalarse. Cuidado con los productos de limpieza (ceras).
- Mantenga despejados los suelos de habitaciones y pasillos de objetos con los que pueda tropezar (cables, adornos).
- Asegurar el área en donde se está realizando el trapeado
- Refuerce el adecuado uso del calzado

EN EL BAÑO

Recomendaciones para la persona con discapacidad:

- Utilice la baranda que le ayudan a sostenerse, entrar y salir de la ducha.
- Emplee chanclas antideslizantes antes y después de la ducha
- No emplear tapetes que no se adhieran al piso, se pueden deslizar y provocar una caída-
- En caso de poderse mantener erguido por condiciones físicas emplear una silla para evitar caídas

Recomendaciones para el cuidador:

- Verifique el uso obligatorio de chanclas antideslizantes
- Refuerce en la persona con discapacidad el uso de las barandas

EN EL DORMITORIO:
Recomendaciones para la persona con discapacidad:

- No se levante de la cama bruscamente. Permanezca sentado, unos momentos antes de incorporarse.
- Procure que el espacio de acceso a la cama sea lo suficientemente amplio para entrar y salir sin riesgo.
- No emplear alfombras.

CON RESPECTO A LAS AYUDAS TECNICAS:

Recomendaciones para la persona con discapacidad:

- Solicite ayuda al levantarse. Permanezca sentado
- Procure que el espacio de acceso donde se desplace sea lo suficientemente amplio para entrar y salir sin riesgo con su respectiva ayuda técnica.
- No caminar cuando el piso esta mojado

Recomendaciones para el cuidador:

- Colocar sillas con apoyabrazos para facilitar que la persona se siente o se levante
- Asegurarse de que no hay impedimentos para desplazarse de manera segura, como cables, alfombras, suelo mojado.
- Verificar que la persona utilice un calzado adecuado para evitar caídas.
- Enseñar a la persona a utilizar su respectiva ayuda técnica
- Recordar a la persona que hay que mirar hacia delante mientras se anda, no al suelo o a los pies.

QUEMADURAS Y PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Las instalaciones de gas destinadas a la preparación de alimentos son el origen de quemaduras e incendios. Le recomendamos que revise las siguientes instrucciones o medidas de seguridad para tratar de evitarlos:

- Debe tener especial cuidado cuando manipule aceite u otros líquidos hirviendo.
- Tome precauciones cuando tenga que trasvasar líquidos calientes de un recipiente a otro.
- Compruebe siempre que las llaves de paso del gas estén cerradas cuando no las utilice y cuando vaya a salir de la unidad operativa.

- Evite situar la estufa en una corriente de aire, para evitar incendios.
- No llene del todo las ollas ya que los líquidos se pueden derramar y apagar la llama del gas.

DESARROLLO DEL PROTOCOLO:

Identificar las necesidades de seguridad en las personas con discapacidad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta. Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles, en si evitar colocar cualquier obstáculo al paso de la persona con discapacidad). Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. Sujetar a la persona con discapacidad dependiente en actividades de la vida diaria, cuando se encuentre en la cama o en la silla. Acompañar todo el tiempo durante el proceso de higiene mayor y menor. No dejar solas a las personas con discapacidad, siempre brindar acompañamiento.

- Verificar que las sillas se encuentren en buen estado con el fin de prevenir caídas.
- Evitar que la persona con discapacidad tenga bajo su custodia elementos cortopunzantes, que le puedan ocasionar daño.
- Si la persona con discapacidad está impedida totalmente en el proceso de cambios de posición, cambio de pañal, higiene mayor o menor y cambios de silla a cama y viceversa, siempre realizar estas actividades en compañía de otra persona.
- Este pendiente siempre de la limpieza del piso o área donde se encuentre reunida la personas con discapacidad, con el fin de prevenir deslizamientos.
- Atender de forma oportuna a la persona con discapacidad frente a alguna necesidad que tenga.
- Brindar educación a la persona con discapacidad, para que evite correr o desplazamientos acelerados que pueden potencializar el riesgo a alguna caída.
- Seguimiento a cambios farmacológicos y patologías de base que puedan alterar o provocar riesgo de caída.

TIPO DE CAÍDAS:

- **Caídas Accidentales:**

Son involuntarias, no predecibles, no es culpa de la persona con discapacidad y cae por la presencia de condiciones causantes como: derrames en el piso, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, tropezón, marcha anormal o débil, marcha

con arrastre de los pies (Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente se pueden prevenir).

- **Caídas Fisiológicas Anticipadas:**

Son predecibles, se presentan por tropezones o resbalones en las personas con discapacidad con: antecedentes de caídas, Dificultad para caminar, incapacidad mental o cognitiva, personas con discapacidad que necesitan de auxiliares para acompañar la marcha o con ayudas técnicas para sus desplazamientos.

- Caídas fisiológicas No Anticipadas:

No se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en personas con discapacidad con: desmayos o mareos, convulsiones, medicamentos (antihipertensivos, diuréticos, neurológicos o psiquiátricos).

A. CONTROL DE RIESGOS DE TRASLADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

✓ Frenar las ruedas de las sillas O sillas de baño

✓ Disponer de sillas con altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos.

✓ Utilizar las técnicas adecuadas para la movilización y traslados con ayudas técnicas

B. RIESGOS PROPIOS DE LA PERSONA CONDISCAPACIDAD:

✓ Identificar las alteraciones cognitivas.

✓ Revisar las historias previas de caídas.

✓ Controlar la marcha el equilibrio y el cansancio.

✓ Ayudar a la deambulación a las personas con discapacidad inestables.

✓ Ayudar a ir al baño.

✓ Revisar Cambios farmacológicos.

✓ Revisar constantemente Patologías de base y actualización de las mismas.

RESPONSABLES

Todo el personal de contacto directo con la persona con discapacidad, (enfermeras, auxiliares de enfermería y profesionales), como indirecto (vigilante, servicios generales etc.), debe ser participe en la prevención de caídas.

PROCEDIMIENTO

- Valorar el riesgo de caída en las personas con discapacidad aplicando la Escala de riesgo de caídas de MORSE Y NORTON.
- Clasificar el riesgo, identificando con colores de acuerdo con los criterios establecidos.

ESCALA DE NORTON

CONDICION FISICA			
ITEM		PUNTUACION	
CONDICION FISICA	Buena	4	
	Regular	3	
	Pobre	2	
	Muy mala	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	4	
	Apático	3	
	Confuso	2	
	Inconsciente	1	
ACTIVIDAD	Deambula	4	
	Deambula con ayuda	3	
	Cama / silla	2	
	Encamado	1	
MOVILIDAD	Total	4	
	Disminuida	3	
	Muy limitada	2	
	Inmóvil	1	
INCONTINENCIA	Control	4	
	Ocasional	3	
	Urinaria o Fecal	2	
	Urinaria y Fecal	1	
TOTAL			

INTERPRETACION	
Valor	Riesgo
5 a 9	Muy alto
10 a 12	Alto
13 a 14	Medio
Más de 14	Mínimo o no riesgo

ESCALA DE MORSE

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

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

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

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

Escala de Morse

INTERPRETACION	
Valor	Riesgo
5 a 9	Muy alto
10 a 12	Alto
13 a 14	Medio
Más de 14	Mínimo o no riesgo

- ESTADO GENERAL O CONDICION FISICA si es bueno con un puntaje de (4), regular con un puntaje de (3), pobre con un puntaje de (2), muy malo con un puntaje de (1)
- ESTADO MENTAL escala GLASGOW
- Actividad: camina por sus propios medios con un puntaje de (4), si necesita ayuda para traslado con un puntaje de (3), se encuentra en cama o en silla de ruedas da un puntaje de (2), se encuentra en cama con un puntaje de (1).
- Movilidad para ayudarse a las actividades de la vida diaria total con un puntaje de (4), disminuida con un puntaje de (3), muy limitada con un puntaje de (2), inmóvil con un puntaje de (1)
- Incontinencia si controla esfínteres con un puntaje de (4), ocasional con un puntaje de (3), urinaria o fecal con un puntaje de (2), urinaria y fecal con un puntaje (1).

El puntaje analizado es 5 a 9 puntaje muy alto de riesgo de ulcera de presión en las diferentes prominencias del cuerpo donde se debe activar más estrictamente los cuidados de la piel.

El puntaje de 10 a 12 alto donde de riesgo de ulcera de presión en las diferentes prominencias del cuerpo donde se debe activar más estrictamente los cuidados de la piel, pero identificados por horarios establecidos en un plan de cuidados.

El puntaje de 13 a 14 con riesgo medio de presencia de presión por alguna discapacidad física que necesite cuidados y lubricación de la piel y cambios de posición a necesidad.

El puntaje más de 14 riesgo mínimo donde la persona mayor es independiente de las actividades de la vida diaria solo necesita lubricación y cuidados de la piel.

RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑO

Las personas con discapacidad que se encuentran en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 11, presentan hiperfagia lo cual pueden dar posible atragantamiento por la velocidad en el consumo de los alimentos o por su patología de base.

Recomendaciones para la persona con discapacidad

- Mastique bien los alimentos. Coma despacio
- En caso de utilizar prótesis dentales, siga las instrucciones de uso de su odontólogo.
- No duerma con objetos en la boca (caramelos, etc.).
- Si se atraganta fácilmente, modifique la textura de los alimentos utilizando consistencias espesantes o gelatinas.
- Emplear una cuchara pequeña y así evitar llevar excesiva comida a la boca.

Recomendaciones para el cuidador:

- Siga las recomendaciones dadas por el área de nutrición
- Verifique que la consistencia de dietas es la adecuada para cada persona
- Suministrar las dietas acordes a las patologías.
- Apoyo con el área de fonoaudiología para el seguimiento de los casos que requieran manejo.
- Suministrar la cantidad de líquido que requiere la persona teniendo en cuanta las personas que tiene restricción hídrica que el momento ninguna persona con discapacidad.

RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS.

- No sobrecargue la electricidad utilizando a la vez varios aparatos que consuman mucha energía
- No conecte varios aparatos en el mismo enchufe.
- No desenchufe nunca un aparato eléctrico tirando del cable.
- Desconecte siempre los aparatos eléctricos después de haberlos utilizado.
- No pase cables eléctricos por debajo de las puertas.
- No manipule nunca aparatos eléctricos o cables y enchufes con las manos mojadas.
- No limpie ni moje los aparatos eléctricos si están enchufados.

ACCIDENTES FUERA DEL CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA GRUPO 11 Y RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN.

EN LA CALLE

Los accidentes en la calle son relativamente frecuentes. Se producen generalmente por caídas, hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para prevenirlos:

- Camine despacio.
- Utilice calzado cómodo y seguro. Utilice bastón, caminador o muleta si lo cree necesario.
- Si precisa acompañante, no salga solo/a.
- Procure no llevar bolsos colgados.

EN ESPACIOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE:

- En la piscina siempre deben estar acompañados de un profesional y un auxiliar de enfermería
- Al salir a la calle siempre portar el carnet con su respectiva información: nombre, del **Centro Integrarte de Atención Interna Grupo 11,** nombre de la persona, documento de identidad, diagnostico, foto.
- Acompañante durante las caminatas y salidas extramurales.
- En las salidas de campo llevar un teléfono móvil y botiquín de primeros auxilios.

RIESGO DE EVASIÓN, ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ACCIONES DURANTE EL PROCESO DE BÚSQUEDA

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



Medidas de seguridad:

- Conteo de los participantes al momento de levantarse, durante los tiempos de comida, talleres y al acostarse y notificar a la coordinadora la novedad que se presente en el centro.
- Verificar áreas o perímetros del centro que puedan dar lugar a evasión de los participantes
- Identificar las personas con discapacidad con conductas evasivas
- Verificación y ubicación estratégica de las cámaras donde se observe el desarrollo y actividades diarias.

De acuerdo con el anexo técnico, una vez ocurrido el hecho de evasión por parte de la persona con discapacidad, se deberá reportar de manera inmediata al supervisor y al referente técnico, mediante correo electrónico. Se deben desarrollar, por parte de la unidad operativa acciones de búsqueda por un plazo máximo de hasta 48 horas, pero iniciará las gestiones de manera inmediata. Se llevarán a cabo las siguientes acciones:

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

b. Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante el Cuerpo Oficial de Bomberos, a la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando el tiempo

de ausencia, datos de identificación de la persona, características físicas y de vestuario en el momento de la evasión, llevar una foto reciente tamaño carta y teléfonos de referencia (Centro Integrarte de Atención Interna Integrarte y datos del referente familiar o social cuando cuente con ellos). Así como informar las circunstancias de tiempo, modo y lugar donde ocurrieron los hechos de presunta evasión.

c. Notificación a centros de salud u hospitales, Instituto de Medicina Legal, Fiscalía – Unidad de Desaparecidos, o el ministerio público que corresponda a la localidad o municipio donde se encuentre ubicado el Centro.

d. Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.

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

f. Información al Equipo de Supervisión vía correo electrónico, con copia al Coordinadora de la unidad operativa

g. 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.

h. Estudio de caso. Transcurridos cinco (5) días desde la presunta evasión, y efectuadas las acciones pertinentes para la búsqueda y reporte ante las autoridades competentes, se realizará un estudio de caso con el equipo técnico de supervisión, talento humano que tenga asignado al participante en el centro y coordinador(a) del centro, con el objetivo de establecer gestiones y el tiempo transcurrido para que la persona en evasión debe ser egresada

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

j. Legalización del egreso y notificación al referente familiar si lo tiene, vía correo certificado.

TABLA. Directorio de servicios externos de emergencias

ENTIDAD	NOMBRE INSTITUCIÓN	TELEFONO
CENTROS HOSPITALARIOS	Hospital Pedro León Álvarez Diaz	5878570
AMBULANCIAS	Línea Única de Emergencias	123
	Cruz Roja Colombiana	132
BOMBEROS	Central de Alarma	123 ó 119
	Bogotá	2175300 - 2355166 -2178334
	Estación de Bomberos LA MESA	3124075066
CRUZ ROJA	Central de Alarma (Cundinamarca-Bogotá)	132
	Línea de Atención de Urgencias salud	123 o125
	Audio Servicio Salud Capital	137
	Conmutador	4281111
POLICIA	Central de Alarma	123 o 144
	Fijo Bogotá No. 1	640 00 90
EMERGENCIAS QUÍMICAS	CISPROQUIM (emergencias sustancias químicas)	2886012 - 018000-916012
SERVICIOS PÚBLICOS	Acueducto	116 – 3686800
	Alumbrado Publico	115
	Gas Natural	164

RIESGO DE OCURRENCIA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD, FORMACIÓN Y SEXUALES, ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA Y DEMÁS PARTICIPANTES DEL CENTRO.

La Organización Mundial de la salud (OMS), define la violencia sexual como: "todo acto sexual, latentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo". Por otra parte, el Código Penal Colombiano define conductas que resultan vulneratorias de los bienes jurídicamente tutelados de la libertad, la integridad y a la formación sexual.

La alta incidencia de la violencia sexual en Colombia y las importantes secuelas físicas, emocionales y sociales que de este fenómeno se derivan y que son experimentadas de forma diferenciada por cada víctima y su grupo familiar, obligan al Sistema General en Salud tanto público como privado, a prestar atención integral en salud de carácter urgente y gratuito, a travésde profesionales y servicios especializados.

- Todas las víctimas de violencia sexual tienen derecho a una atención integral y al restablecimiento de derechos, para lo cual tienen competencia Comisarías de Familia, Defensorías de Familia, entidades de salud (IPS,EPS), Fiscalía General de la Nación.

El Artículo 219-B del Código de Procedimiento Penal en el que se señala: Omisión de denuncia. El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendoel deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de trece puntos treinta y tres a setenta y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público,se impondrá, además, la pérdida del empleo.

ELEMENTOS CLAVES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Para la atención a víctimas de violencias sexuales se despliegan rutas específicas en tres sectores: salud, protección y justicia. Estas rutas nos permiten la identificación y comprensión de las competencias de las diferentes instituciones responsables de la prevención, identificación, atención, protección y reparación de los delitos de violencia sexual.



FLUJOGRAMA PARA ACTIVACIÓN DE RUTAS A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



ACCIONES DE PROTECCION Y PREVENCION

- Identificar las personas con discapacidad con conductas hipersexuales.
- Activar la ruta en las primeras 72 horas del suceso, acudir de inmediato al servicio de urgencias, independiente del tiempo transcurrido. Para valoración por médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde una intervención de psicoterapeuta inicial. Toma de pruebas diagnósticas y valoración inicial clínica.
- Abordaje integral desde el equipo psicosocial.
- Debe tenerse presente que si ha pasado más de 72 horas desde el acto violento podrá aún brindarse atención médica y en salud mental y se podrán realizar las remisiones

pertinentes a los especialistas y programar los seguimientos que se requieran según el caso.

- Informar vía correo electrónico al referente técnico en salud y al apoyo a la supervisión de la Secretaria Distrital de Integración Social.
- Realizar informe detallado del suceso y acciones.
- Comunicarse con la línea 123 para informar el caso. También, solicitar la actuación inmediata de la patrulla de la Policía.
- Denunciar el caso a las entidades correspondientes (URI), CAIVAS de la fiscalía general de la Nación o Policía Judicial (CTI, SIJIN, DIJIN).
- Las personas con discapacidad que hayan sido victima de violencia sexual, deben permanecer en áreas distintas al agresor, brindar acompañamiento permanente por el personal en enfermería.
- Informar el caso a los referentes familiares.

En el siguiente flujograma se recoge la ruta de salud para atención de presuntas víctimas



INCIDENTE

Es una circunstancia (Riesgo de lesión o muerte) a que estuvo sometido el paciente durante su atención clínica y que NO le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

CARACTERISTICAS:

- NO debe haber lesión en el Persona Con discapacidad
- Debe estar asociado a errores por parte del equipo tratante o la organización.
- No debe estar asociado a la patología, o riesgos inherentes al diagnóstico o manejo de la persona con discapacidad.

Indicio de atención insegura es un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Pueden ser:

1. Prevenibles
2. No Prevenibles.

Evento adverso prevenible es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible Es el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Es el primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adversos el daño en la persona con discapacidad. No hay evento adverso sin daño.

Sistema de reporte de eventos adversos es la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. Se tiene en cuenta los siguientes aspectos.

3. Proceso para el reporte de eventos adversos
4. Qué se reporta
5. A quien se le reporta
6. Cómo se reporta
7. A través de qué medios
8. Cuando se reporta
9. Cómo se estimula el reporte en el centro.

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

10. Grupo que se reúne con una periodicidad mensual o de forma extraordinaria en la presencia de un evento adverso serio.
11. Tiene como función emitir lineamientos y seguimiento a la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

PROTOCOLO DE LONDRES.

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

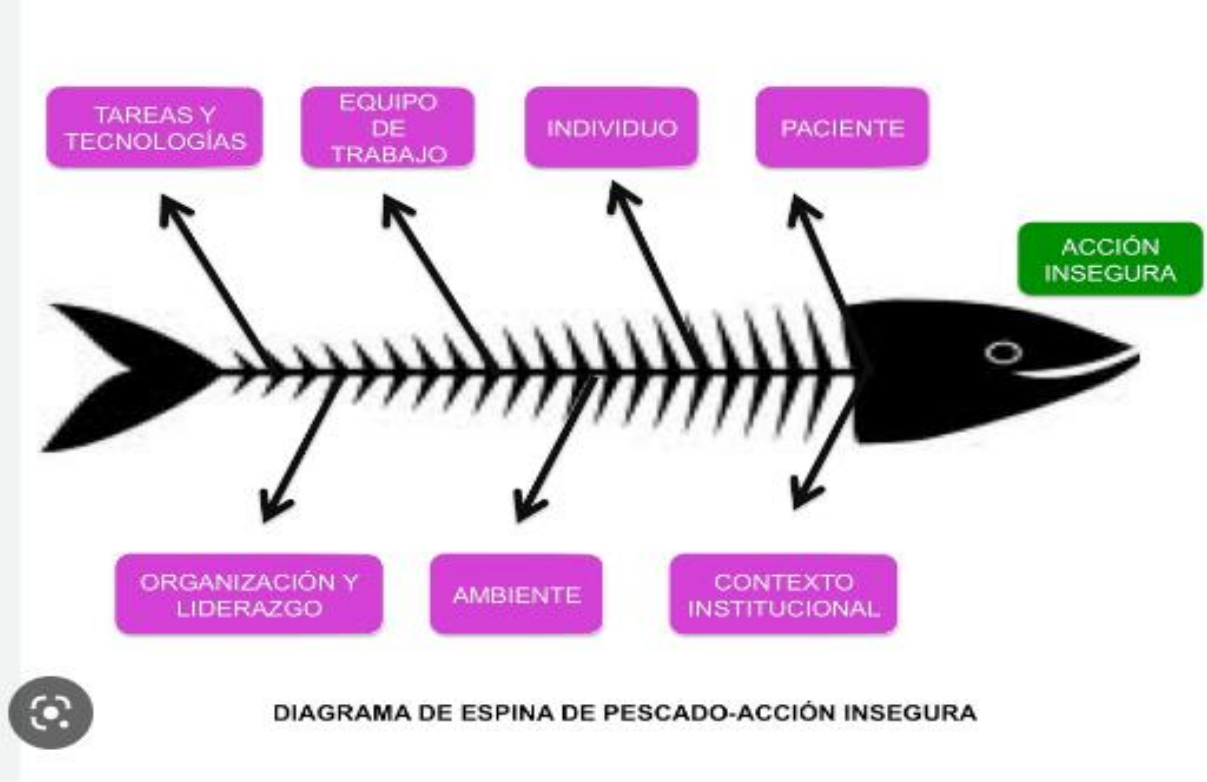


DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO-ACCIÓN INSEGURA

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Plan de Mejoramiento ante el Reporte de eventos adversos para establecer la metodología que se utilizará para gestionar el riesgo de una potencial falla. Se describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia.

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

BIBLIOGRAFIA

- (CIE-10, Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, División de Salud Mental, Ginebra. Meditor, Madrid 1994; 63-84)
- https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/PREVENCION%20Y%20REDUCCION%20CAIDAS.pdf
- https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/violencia-sexual
- FORMATO ANEXO TÉCNICO, DECRETO 092 DEL 2017, NUMERAL 3.3.1.1