PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO INCLUSIVO DE LA SALUD

2. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA
GRUPO 3

CENAIDA TIQUE GARCIA
Enfermero jefe
agosto/2025

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION
JUSTIFICACIÓN
OBJETIVOS
DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD
IDENTIFICACIÓN DE PARTICIPANTES CON DISCAPACIDAD NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CUIDADO
PLAN DE CUIDADOS DE LA PIEL Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
La piel
Definición de úlcera por presión:
Etiopatogenia
Identificación de riesgo de ulceras por presión en el CIAI grupo 3 (aplicación de la escala de DOWNTON
TABLA DE RIESGOS DE UPP
Implementación de cuidados de enfermería
Actividad y reposo
Nutrición
Eliminación
Seguridad y protección
Utilización del índice o escala de Norton de riesgo de úlceras por presión
Valoración específica de una persona con discapacidad con UPP
ATENCIÓN EN CASOS DE EVASIÓN EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 3
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS COMPORTAMENTALES Y PLAN DE CUIDADO.
PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y/O BRONCOASPIRACIÓN.
PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON CONDUCTAS HIPERSEXUALES Y RIESGOS ASOCIADOS EN EL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 3 Y LINEAMIENTOS DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, denominado en la SDIS como “participante”, facilita a los profesionales de la salud como nombrarlos y ubicarlos mucho más fácil dentro del sistema. Su interés es tal que todos, los profesionales asistenciales, administración sanitaria y social, debemos estar atentos en desarrollar una cultura de mejora de la seguridad del participante. La medicación (particularmente en participantes de riesgo), la comunicación entre niveles, la conciliación medicamentosa en los niveles asistenciales y tratamientos rápidos en procesos de riesgo, los cuales deben hacerse de forma segura, en conjunto con la coordinación del equipo asistencial, además es de énfasis prioritario la higiene de manos en este campo. El liderazgo de la administración, y la implicación de los clínicos, pueden y deben crear un entorno asistencial de atención, manejo, tratamiento y cuidados que puedan llevarse a cabo con seguridad.

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

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

En nuestro País, los responsables de salud de las distintas Comunidades son el Ministerio De Salud Y Protección Social, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud (SNS), quienes dentro de sus políticas sanitarias han situado la seguridad del paciente como una de las más importantes. La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros de salud del SNS se constituye en uno de los grandes ejes del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. De ahí la importancia que en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 3 es necesario implementar una política de atención segura, de calidad para cada uno de los participantes, teniendo en cuenta que como institución se brinda atención al sujeto con déficit cognitivo .

JUSTIFICACIÓN

La finalidad del presente documento es identificar dentro de la población del Centro Integrarte Atención Interna grupo 3 las necesidades de atención de los participantes, los objetivos de cuidado y las intervenciones de enfermería para lograrlos. Es una herramienta esencial que individualiza la atención, asegurando la continuidad y efectividad de los cuidados. Se diseñan diversas actividades y estrategias en pro de fortalecer las condiciones de estabilidad, cuidado, protección y cobertura de las necesidades básicas, reconociendo las enfermedades asociadas a la discapacidad. Estos diagnósticos son encaminados a verificar la incidencia de las condiciones sobre el funcionamiento de la discapacidad que le permiten tener un adecuado plan de cuidados durante la permanencia en el Centro. Por lo anterior, se realiza la respectiva verificación de las capacidades, habilidades, dificultades y cuidados, necesarios para la protección de los participantes, identificando los factores protectores y de riesgo que pueden generar diversas alteraciones comportamentales, caídas, evasiones o demás aspectos propios de la conducta los cuales alteran la dinámica institucional y personal de los participantes.

Desde el programa del cuidado a la salud y como acción interdisciplinaria con el equipo profesional del Centro, se establecen ocho categorías valorativas, de acuerdo a los procesos que se han identificado en los participantes desde el ingreso, este plan de cuidados de enfermería es una hoja de ruta que guía la atención del participante, promoviendo su bienestar y facilitando la consecución de resultados positivos. Además permite diseñar herramientas y estrategias de prevención frente al manejo adecuado, la intervención temprana y la garantía de las necesidades básicas, lo cual nos ayuda a disminuir los factores de riesgo, en caso de tenerlos, aplicar técnicas o manejos oportunos que causen un efecto o modifique parcial o completamente la conducta identificada.

Dentro de las categorías valorativas tenemos el riesgo de caída, por dificultad en la marcha o somnolencia dado al ajuste o cambio de medicación desde el área de psiquiatría, alteración comportamental por agitación, heteroagresiones, autoagresiones, llantos desmotivados, Úlceras PP, por las constantes posiciones en cama o movimientos repetitivos estereotipados, Requerimiento de Oxígeno, dado a las necesidades de los participantes, Hiperfagia por atragantamiento de comida, Disfagia, dificultad en el proceso deglutorio, que genera molestias y dolor, Evasión dado por el escape identificado en algunos participantes y conductas hipersexuadas o riesgos asociados, las cuales se establecen por escala Alto, Medio o Bajo, de acuerdo a los procesos que desde el área de salud y psicología se han reconocido, en las cuales se ha identificado principalmente las conductas de manipulación encubiertas o propias, siendo controladas por medio de comandos verbales e identificación de aspectos adecuados – inadecuados, como técnica conductual, así como elogios frente a la ejecución de una acción correcta y llamados verbales frente a un comportamiento incorrecto, que se realice con ellos mismo o con sus pares.

OBJETIVO GENERAL

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

ESPECÍFICOS

- Verificar las condiciones de salud de la población que puedan representar un riesgo para la integridad de los participantes
- Promocionar prácticas que impulsen y mejoren la seguridad del participante

a. La implementación de los diferentes programas como son: higiene de manos, identificación inequívoca de participantes, Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Participante entre otros.

a. realizar registro de enfermería cada vez que ocurra o se observe un evento adverso al interior del centro de atención

b. realizar análisis del evento

- Promover la participación de los participantes y del personal asistencial del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 3, en la mejora de su propia seguridad.
- Promover iniciativas de cuidado y prevención en riesgos identificados por parte de los participantes y personal asistencial.
- Identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que puedan ocasionar un evento adverso.
- Brindar acompañamiento en las actividades de cuidado de acuerdo a las necesidades de la población.
- Disminuir los efectos adversos y reportar sea el caso.
- Implementar el plan de mejoramiento

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad y el compromiso en la ejecución del documento de plan de cuidados es del equipo interdisciplinario en general que labora en el Centro Integrarte grupo 3, liderado desde la coordinación y el programa de cuidado a la salud, con vigilancia y seguimiento del profesional de enfermería a cargo.

Es importante tener un plan de cuidados general y específico ya que estos marcan la pauta para que el cuidado tenga objetivos y resultados esperados claros. Entre los cuidados básicos, tenemos los que abarcan las necesidades fisiológicas como la higiene, la alimentación y la eliminación, y cuidados especializados, que se enfocan en áreas como la salud mental, que es nuestra competencia. También existen los cuidados preventivos, que buscan evitar la enfermedad, y los curativos, que se centran en la recuperación de la salud. Para que un plan de cuidados tenga toda la información es preferible que se desarrolle tomando en cuenta lo que el participante quiere lograr y el esfuerzo que quiere poner en el cuidado de su propia salud.

Debemos entender que los diagnósticos de enfermería son juicios clínicos sobre las respuestas humanas de individuos, familias o comunidades ante problemas de salud reales o potenciales, o ante procesos vitales. Estos diagnósticos se basan en la valoración del paciente, y su propósito es servir de base para planificar y ejecutar cuidados de enfermería efectivos, permitiendo a la enfermera focalizar y priorizar la atención para mejorar la salud del paciente.

Los profesionales de enfermería utilizan el proceso de toma de decisiones para determinar un diagnóstico basado en (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association),los cuales son juicios clínicos sobre las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales, elegir un resultado deseado (NOC- Nursing Outcomes Classification),lo que nos ayuda a identificar, nombrar y medir los resultados esperados en base a los cuidados aplicados a los participantes y por último escoger las intervenciones más adecuadas que nos ayuden (NIC-Nursing Interventions Classification), a lograr resultados específicos en los participantes, ya que sirve como un recurso clínico para identificar, estandarizar y comunicar las intervenciones de enfermería, facilitando la toma de decisiones, la planificación de cuidados, para conseguir el resultado esperado.

IDENTIFICACION DE PARTICIPANTES CON DISCAPACIDAD NECESIDADES ESPECIFICAS DE CUIDADO

Teniendo en cuenta la valoración y los riesgos identificados en los participantes, que se muestra establece en el Documento de identificación de riesgos, realizado por el personal de enfermería a todas las personas con discapacidad del centro integrarte de atención interna grupo 10, en el cual se valoran en una escala de 3 ítems (alto, medio, bajo) y los riesgos que se tienen en cuenta: caídas, lesiones de piel, evasión, auto-heteroagresion, atragantamiento, conductas hipersexuales.

TABLA DE RIESGOS											
NÚMERO	DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	RIESGO DE CAÍDA (escala de downton)	RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESIÓN	RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO	RIESGO DE REDES ELÉCTRICAS	RIESGO DE EVASIÓN	RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL O ABUSO
1	19494186	EMERIO		AGUILERA	AGUILERA	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
2	53130365	FLOR	ANGELA	BECERRA	QUINTERO	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO
3	80188449	ELISANDRO		BELTRAN	RAMIREZ	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
4	53906045	ANDREA		CASTRO		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
5	1099342349	MILTON	RAMIRO	FANDIÑO		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
6	53906308	SARA		GRANADOS		MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
7	79900873	MARCELINO		LEIVA	ROA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
8	1000121956	LESDY	VANESSA	LUENGAS	PACHON	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
9	52412455	DIANA	PATRICIA	MONROY	MORENO	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
10	81715968	RAFAEL		PAEZ		MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
11	1019154607	EDGAR		RINCON	AMADOR	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
12	80737157	JORGE	ENRIQUE	RIVERA	VALENCIA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
13	1023939457	REMINGTON	ESTIVEN	ROMERO	AGUILERA	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
14	1024572517	MARIA	DANIELA	SANDOVAL	PERDOMO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
15	91494839	HENRY		SANDOVAL	SANTOS	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
16	1022986000	MARIA	ALEJANDRA	SEGURA	GUTIERREZ	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
17	79481340	LUIS	EDUARDO	TORRES	NAJAR	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
18	1014243454	PAOLA	ANDREA	VARGAS	OVALLE	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
19	79308285	CESAR	RAFAEL	VELA	ULLOA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
20	1033687272	ANDRES		BOLIVAR	PUENTES	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
21	79896039	ARLEY	FERNANDO	MIRANDA		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
22	81716287	CARLOS	ANDRES	ORTEGA		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO

23	79384389	CARLOS	JULIO	BACCA	BARRAGAN	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
24	43747525	CAROLINA		CEBALLOS	URIBE	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
25	52068276	CLAUDIA	PATRICIA	NOPIA	CANTE	ALTO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
27	93356244	DANIEL		MORALES	SANTA	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
28	1023702097	DEIBY	GIOVANY	VIVAS	HIGUITA	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
29	11481091	ELCIDIO		VILLARAGA	GARCIA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
30	80256699	FERNANDO		LOPEZ		ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
31	65766810	FLOR	MARIA	NIÑO	CIFUENTES	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
32	1014265866	JAQUELINE		RODAS	PARRA	BAJO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
33	94475242	JOSE	ARMANDO	GIRON	LOPEZ	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
34	80250643	JOSE	GUSTAVO	BONILLA	PUENTES	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO
35	1001195609	JUAN	CAMILO	GOMEZ	SANCHEZ	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
36	1025522792	JUAN	DAVID	BUSTOS	RODRIGUEZ	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
37	52291885	LEDA		GRANADOS	SANCHEZ	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
38	51689506	LIBRADA		GARZON	PALACIOS	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
40	52583067	LUZ	ANGELA	RODAS		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
41	52101105	MARIA	CONSUELO	MARIN	SANCHEZ	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
42	25100609	MARIA	ROCIO	GIRALDO	QUINTERO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
43	51920384	NUBIA	ROCIO	GOMEZ	MORENO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
44	80826819	OSCAR	IVAN	ULLOA		MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
45	79343167	RAFAEL	EDUARDO	AVILA		MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
46	80020133	RAFAEL		GARCIA		ALTO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
47	46678223	RUBIELA		PARRA	OLMOS	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
48	1033714661	SANDRA	CATHERINE	MOCETON	RUIZ	ALTO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
49	52009693	SANDRA		ESPITIA	BERNAL	BAJO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
50	51950187	SUNELDA		SEQUEDA	CALDERON	BAJO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
51	4264113	VIDAL		SANCHEZ	ALVARADO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
52	79326511	WILLIAM	EDUARDO	BALAGUERA	GARCIA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
53	79291834	YURY	ERNESTO	DIAZ	HERRERA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
54	1023863020	KAREN	LIZET	MONROY	ABRIL	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
55	52190517	CLAUDIA	MARCELA	BERNAL	SORACA	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
56	79497817	JOSE	EDGAR	ACOSTA	VALLE	BAJO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
57	52490521	MARIA	ALEJANDRA	ALGARRA	VILLAMIL	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
58	79491145	JUAN	CARLOS	BAYONA	DIAZ	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
59	79365755	JUAN	ALBERTO	BERMUDEZ	MATIZ	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
60	5658725	CARLOS	ARTURO	CASTAÑEDA	ARDILA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
61	52458205	ELDAMADY		CASTIBLANCO	OSPINA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
62	51727245	GLADYS	DEL CARMEN	CORREA	VELANDIA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
63	1136910501	LUIS	ENRIQUE	DIAZ		BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
64	1013638473	YONNYS	ALEXANDRE	DIAZ	ROJAS	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
65	79962464	ANDRESON	AFRANIO	FORERO	MAHECHA	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

66	1013264919	DORA	ANGELICA	GARCIA	ZOQUIE	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
67	80779068	ANDRES		ORJUELA	CIFUENTES	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
68	1010162610	JOSE	JAVIER	OSORIO	MORENO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
69	52472198	AURA	STELLA	PEDRAZA		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
70	79351125	JOSE	LUIS	SANABRIA	GOMEZ	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
71	1018409725	KAREN	LISETH	SANCHEZ		BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
72	1032436883	DARWIN		VALENCIA	CASTILLO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
73	79373341	CARLOS		VILLARRAGA	GONZALEZ	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
74	80143032	JOSE	LUIS	FORERO	LOPEZ	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
75	1101756747	CRISTIAN	ERNESTO	CRUZ	CUBIDES	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
76	1019056373	CINDY	KATHERIN	MORENO	GONZALEZ	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
77	53906293	ISABEL		PARDO	OSUNA	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
78	1136909195	ELIZABETH		NIVIA	PIRATOVA	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
79		DIANA	MARIA	LARGO		ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
80											

Teniendo en cuenta los anteriores riesgos, se plantean los cuidados de enfermería específicos dirigidos a cada participante de manera individual y por sistemas de apoyo en el que se destacan los siguientes:

PLAN DE CUIDADOS PARA PREVENIR Y MANEJAR EL RIESGO DE CAÍDA

En el centro Integrarte Atención Interna Grupo 3 en relación con el plan de cuidados de enfermería para caídas en el hogar incluye la evaluación del riesgo individual, la implementación de un entorno seguro (eliminando obstáculos, mejorando la iluminación), la educación del participante sobre medidas preventivas (calzado adecuado, uso de ayudas), la revisión de medicamentos y la promoción de la seguridad en actividades diarias como el baño y la movilidad, todo esto en base al proceso de cuidado de enfermería, incluido dentro de los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) y adopta actividades específicas para establecer el plan de cuidados interno dentro del centro Integrarte.

Diagnostico NANDA: Aumento en la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud. relacionada con Intervención NIC: Identificación de riesgos (6610). Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:
• Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
• Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo.

• Identificar los riesgos ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
• Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgos (con enfermería de atención primaria).

NOC II: Conducta de prevención de caídas (1909). Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. Indicadores de resultado:
• 190902: Utiliza dispositivos de traslado seguro.
• 190908: Quita las alfombras.
• 190922: Proporciona iluminación adecuada.

Educación para la salud en la prevención de caídas. La Nursing Intervention Classification (NIC) define la prevención de caídas (NIC 6490) como "Establecer precauciones especiales en personas con alto riesgo de lesiones por caídas". A continuación, enumeramos los contenidos que debe incluir la educación para la salud al participante y a sus cuidadores para la prevención de caídas.
• Identificar conductas y factores de riesgo de caídas
• Identificar las características del ambiente (factores de riesgo extrínsecos) y ayudar a la familia a adaptar el hogar para aumentar su seguridad:
    - Sillas de altura apropiada, con respaldo y reposabrazos.
    - Marcar el umbral de las puertas
    - Destacar o marcar los bordes de los escalones.
    - Mantener el entorno ordenado y evitar muebles bajos, especialmente en zonas de paso (aumentan el riesgo de tropiezo).
    - Mantener una adecuada iluminación
    - Colocar barandillas en escaleras y zonas de paso.
    - Colocar suelo antideslizante.
    - Uso de calzado cerrado, ajustado y con suela antideslizante.
    - Dejar los objetos necesarios al alcance del participante (para evitar el uso de escalones, taburetes, etc.).
• Intervenciones para el control de factores de riesgo intrínsecos
    - Revisión del tratamiento farmacológico.
    - Control de la hipotensión ortostática (diuréticos, nitratos, antihipertensivos).
    - Recomendar el uso de ayudas mecánicas para la movilización.
    - Cuidados de los pies.
    - Dieta equilibrada y rica en calcio
    - diseñar un programa de ejercicio para evitar el deterioro del estado físico del participante.
    - Ayudar al participante en tareas de vestido, higiene y aseo
    - Dotar de recursos sanitarios y sociales.

El centro Integrarte Grupo 3 frente al proceso de cuidado y garantía de los participantes, se realiza un análisis con la totalidad del equipo profesional para identificar la relación frente al riesgo de caídas del último periodo, evidenciando la necesidad de reforzar medidas que disminuyan el índice de caídas durante el proceso de asistencia,

A continuación plan de cuidados según riesgos identificados

FACTOR DE RIESGO	PLAN DE CUIDADOS	RESPONSABLE
Aumento del riesgo en los momentos de la higiene mayor	El personal de enfermería estará dividido por habitaciones para mejorar la supervisión durante esta actividad	Todo el equipo de enfermería
	Colaboración por parte del equipo interdisciplinario para mayor control y supervisión de las actividades realizadas por los participantes, teniendo en cuenta el riesgo de caída de cada uno según el grado de discapacidad.	Todo el equipo de enfermería y profesionales.
Caídas de participantes en áreas húmedas.	Implementación el uso de cinta antideslizante en las zonas húmedas (salida de las duchas-entrada baños) en todas las habitaciones Utilización de sandalias con antideslizante	Equipo profesional. Equipo de enfermería y servicios generales.
Prevención de caídas en los diferentes pasillos exteriores de las instalaciones.	Implementar y demarcar el área de circulación, de los participantes que se encuentra desde las diferentes habitaciones hasta el área de reunión donde queda el comedor, adaptando esta área para el transito seguro de los participante con discapacidad, manteniendola limpia seca y sin obstáculos que causen riesgo	Equipo profesional. Equipo de enfermería y servicios generales.
Heteroagresiones - autoagresiones entre los participantes y supervisión permanente	Mantener supervisión directa de los participantes que presenten alteración comportamental para realizar intervención por parte del área de psicología Mencionar al psiquiatra cambios comportamentales a fin de obtener un tratamiento farmacológico adecuado. Identificar y distribuir a los participantes con conductas agresivas de los demás, especialmente en los momentos de alimentación e higiene mayor. Las auxiliares de enfermería estarán distribuidas por habitación para así dar cumplimiento a la ejecución de labores de la vida diaria, organización de dormitorios, arreglo de ropa y armarios, de cada uno de los participantes Implementar un calendario de salud, en donde a diario se registran las novedades más relevantes y significativas con los participantes, permitiendo analizar sus cambios a nivel comportamental o físico.	Equipo profesional, Auxiliares de enfermería. .

PLAN DE CUIDADOS DE LA PIEL Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

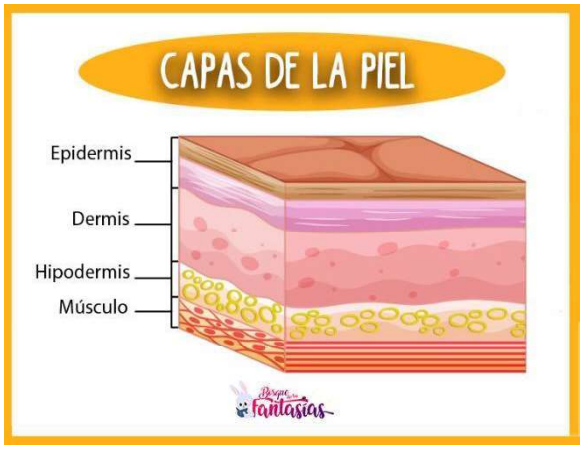
La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al cual recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones o infecciones la piel también cumple las siguientes funciones:

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

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

La piel está compuesta por las siguientes capas:

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



ULCERAS POR PRESION

Definición de úlcera por presión:

Es una lesión de la piel producida por la compresión prolongada del tejido blando entre dos planos duros:

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



Objetivo

Mantener la integridad de la piel de las personas con discapacidad, en especial con limitaciones funcionales y baja movilidad, a través de la activación de la circulación periférica y la perfusión distal.

Objetivos específicos

- Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de UPP.
- Valorar el grado de riesgo de desarrollo de UPP.
- Registrar las actividades de enfermería destinadas a la prevención de UPP.
- Instruir a cuidadores y familia sobre la importancia de la prevención en medio familiar y en el centro Integrarte.

Responsables:

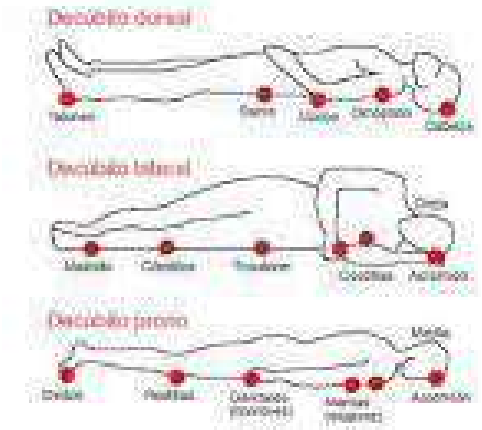
- Talento humano programa de acciones del cuidado de la salud (auxiliares y profesionales de enfermería)
- Profesional de fisioterapia

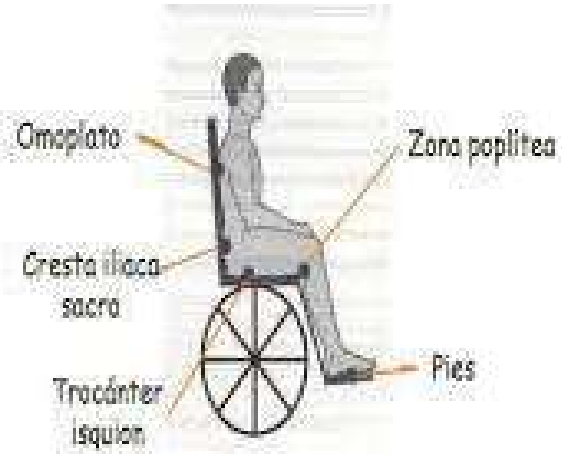
El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería, dado que la aparición de UPP es una complicación frecuente e importante que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, además de producir una prolongada estancia Hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento.

Las UPP son en su mayoría prevenibles y en un 95% evitable, por lo que reviste de mucha importancia contar con una guía de cuidados que unifique los criterios de actuación del personal de

enfermería, protocolizando acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento con base en las mejores evidencias científicas disponibles.

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





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

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

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

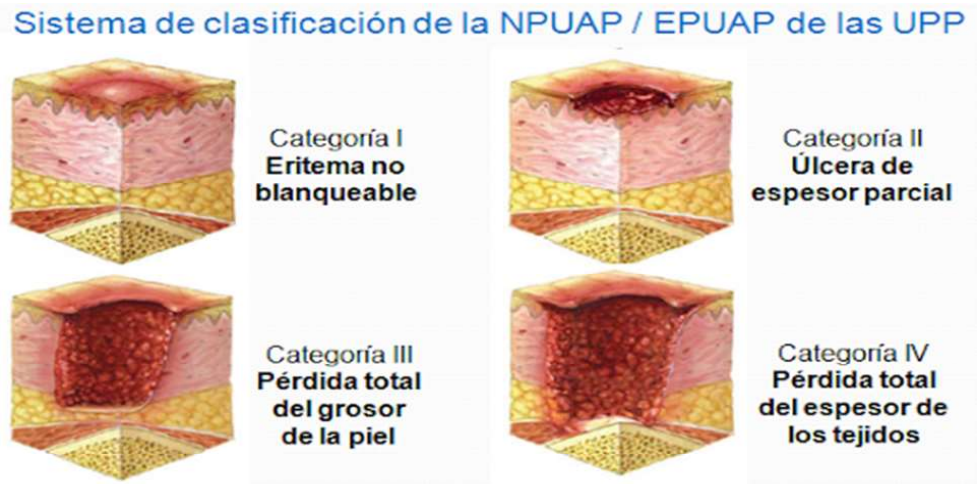
Cizallamiento: En él se combinan los efectos de presión y fricción. Ejemplos: fuerza externa de pinzamiento vascular. Posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

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

Tipos de úlceras por presión- clasificación

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

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



ESCALA DE BRADEN

VALOR	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	COMPLETAMENTE LIMITADO	CONSTANTEMENTE HÚMEDA	EN CAMA	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY POBRE	PROBLEMA
2	MUY LIMITADA	HÚMEDA CON FRECUENCIA	EN SILLA	MUY LIMITADO	PROBABLEMENTE INADECUADO	PROBLEMA POTENCIAL
3	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	LIGERAMENTE LIMITADO	ADECUADA	NO EXISTE PROBLEMA APARENTE
4	SIN LIMITACIONES	RARAMENTE HÚMEDA	DEAMBULA FRECUENTEMENTE	SIN LIMITACIONES	EXCELENTE	

INTERPRETACIÓN

VALOR	RIESGO	ACCIÓN
DE 0 A 12 PUNTOS	**RIESGO ALTO**	**Implementación de medidas especiales**
DE 13 A 15 PUNTOS	**RIESGO MEDIO**	**Implementación de plan de prevención**
DE 16 A 18 PUNTOS	**RIESGO BAJO**	**cuidados basicos de enfermeria**
DE 19 Y MÁS	**SIN RIESGO**	**cuidados basicos de enfermeria**

Diagnóstico NANDA asociados a esta población CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

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

NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores:
• Temperatura de la piel.
• Sensibilidad.
• Hidratación.
• Grosor.
• Textura.
• Perfusión tisular.
• Integridad de la piel.
• Lesiones cutáneas.
NOC [1102] Curación de la herida: por primera intención. Indicadores:
• Aproximación cutánea.
• Secreción sanguinolenta de la herida.
• Olor de la herida.
• Aproximación de los bordes de la herida.
• Formación de cicatriz.
NOC [0422] Perfusión tisular. Indicadores:
• Flujo de sangre a través de los vasos periféricos.
• Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular.
NIC [3590] Vigilancia de la piel. Actividades:
• Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
• Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a participantes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea.
• Vigilar el color y la temperatura de la piel.

• Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
• Observar si hay zonas de presión y fricción.
• Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
• Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (por ejemplo colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
• Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.
NIC [3520] Cuidados de las úlceras por presión. Actividades:
• Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud × anchura × profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
• Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
• Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
• Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
• Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
• Desbridar la úlcera, si es necesario.
• Anotar las características del drenaje.
• Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
• Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
• Asegurar una ingesta dietética adecuada.
• Controlar el estado nutricional.
• Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
[00004] Riesgo de infección r/c alteración de la integridad cutánea y malnutrición. Definición: susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
NOC [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Indicadores:
• Úlceras por presión.
• Estado nutricional.
NOC [1902] Control del riesgo. Indicadores:
• Reconoce los factores de riesgo personales.
• Controla los factores de riesgo ambientales.
• Controla los factores de riesgo personales.
• Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
NOC [1004] Estado nutricional. Indicadores:
• Ingesta de nutrientes.
• Ingesta de alimentos.
• Hidratación.
NOC [1913] Severidad de la lesión física. Indicadores:
• Deterioro de la movilidad.
• Deterioro cognitivo.
NIC [0740] Cuidados del participante en cama. Actividades:
• Colocar al participante con una alineación corporal adecuada.
• Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
• Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
• Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
• Utilizar dispositivos en la cama que protejan al participante.

• Vigilar el estado de la piel.
NIC [5510] Educación para la salud. Actividades:
• Identificar las características de la población diana que afectan a la selección de las estrategias de aprendizaje.
• Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del participante, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
• Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.
• Considerar la accesibilidad, las preferencias del consumidor y los costes de planificación del programa.
• Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.
NIC [6486] Manejo ambiental: seguridad. Actividades:
• Identificar las necesidades de seguridad del participante según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.
• Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
• Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
• Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c alteración del funcionamiento cognitivo m/p alteración de la marcha e inestabilidad postural. Definición: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo de una o más extremidades.
NOC [1308] Adaptación a la discapacidad física. Indicadores:
• Se adapta a las limitaciones funcionales.
• Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad.
• Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad.
• Acepta la necesidad de ayuda física.
NOC [0205] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Indicadores:
• Úlceras por presión.
• Estreñimiento.
• Estado nutricional.
• Infección del tracto urinario.
NOC [2109] Nivel de malestar. Indicadores:
• Dolor.
• Ansiedad.
• Sufrimiento.
• Estrés.
• Posición inadecuada del cuerpo.
• Pérdida de apetito.
NIC [0840] Cambios de posición. Actividades:
• Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
• Proporcionar un colchón firme.
• Explicar al participante que se le va a cambiar de posición.
• Animar al participante a participar en los cambios de posición, según corresponda.
• Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
• Colocar en la posición terapéutica especificada.
• Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del participante para dormir, si no está contraindicada.

• Colocar en posición de alineación corporal correcta.
• Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
• Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
• Evitar colocar al participante en una posición que le aumente el dolor.
• Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al participante.
• Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
• Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
NIC [3540] Prevención de úlceras por presión. Actividades:
• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
• Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
• Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y la incontinencia fecal y urinaria.
• Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
• Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
• Colocar al participante en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
• Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
• Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
• Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
• Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
• Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
• Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de mucosas. Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
NOC [1009] Estado nutricional: ingestión de nutrientes. Indicadores:
• Ingesta calórica.
• Ingesta proteica.
• Ingestión de grasas.
• Ingestión de hidratos de carbono.
• Ingestión de vitaminas.
NOC [1854] Conocimiento: dieta saludable. Indicadores:
• Objetivos dietéticos alcanzables.
• Peso personal óptimo.
• Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas.
• Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas.
• Pautas nutricionales recomendadas.
• Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día.
NOC [1014] Apetito. Indicadores:
• Disfruta con la comida.
• Gusto de la comida.

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

Cuidados de la piel

- Es muy importante que al iniciar las actividades de cambio de pañal o de aseo personal de las personas con discapacidad, ellas perciban un ambiente agradable sin afanes y de privacidad.
- Controlar la temperatura de la habitación para evitar cambios de temperatura.
- Preservar la intimidad de la persona en todo momento del proceso de la higiene.
- Examinaremos diariamente la piel: su color, aspecto, hidratación, etc., así como la existencia de lesiones: úlceras, heridas, llagas en la boca, irritación ocular, etc.; esto se llevará a cabo mediante la observación directa: edemas, enrojecimiento, rozaduras, hematomas y del estado del pelo y uñas.

- No aplicar alcohol ni colonias por su efecto secante e irritante. Si la persona o el familiar desean usar colonia pueden hacerlo en la ropa.
- Hidratar la piel con cremas hidratantes, etc., en zonas integras de especial riesgo de UPP utilizaremos cremas ricas en óxido de zinc, aplicando una capa delgada.
- No friccionar ni masajear profundamente sobre las prominencias óseas. Si puede hacerse en las otras partes del cuerpo mientras no haya alteraciones cutáneas o si las patologías lo permiten.
- Después de la higiene bucal facilitaremos colutorios para enjuague para evitar úlceras bucales, así como vaselina o protector labial.
- Al hacer la cama o colchonetas, estiraremos bien las sábanas evitando las arrugas y observando que no haya ningún objeto que pueda dañar la piel de los participantes, la ropa de cama y la ropa de ellas, se cambiarán todas las veces que sean necesarias.
- Evitar que las sábanas de movimiento estén en contacto directo con la piel.
- Cambiar los pañales cada vez que sea necesario, (muy importante)

Implementación de cuidados de enfermería

Manejo de la presión

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

Actividad y reposo

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

Nutrición

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

Eliminación

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

Seguridad y protección

1. Colocar a la persona con discapacidad en colchones de aire de presión alternante.
2. Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
3. Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.
4. Evitar ejercer presión sobre las prominencias óseas.
5. Utilizar apósitos protectores hidrocálidos para reducir las lesiones por fricción.
6. Realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento.
7. Valorar periódicamente la eficacia de las medidas o cuidados implementados.
8. Apoyar emocionalmente y facilitar adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras.
9. Fomentar la participación de la persona con discapacidad en la medida de lo posible en la planificación y realización de sus cuidados.
10. Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad color, induración, lesiones).
11. No utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas).
12. No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.

Existen varias escalas muy útiles para valorar a la persona con discapacidad e implementar los cuidados necesarios para prevenir las UPP. Entre ellas tenemos:

- ✔ Escala o índice de Norton.
- ✔ Escala de Braden.
- ✔ Escala de Arnell.
- ✔ Escala Nova 5.
- ✔ Escala Emina.
- ✔ Escala de Waterlow.

Utilización del índice o escala de Braden de riesgo de úlceras por presión

Es una herramienta para evaluar el riesgo de úlceras por presión (UPP), creada en 1985 por las enfermeras estadounidenses Barbara Braden y Nancy Bergstrom. Consta de seis subescalas

La escala evalúa seis parámetros que contribuyen al riesgo de UPP:

- **Percepción sensorial**: Capacidad del paciente para responder al malestar relacionado con la presión.

- **Humedad**: Grado de exposición de la piel a la humedad.
- **Actividad**: Nivel de actividad física del paciente.
- **Movilidad**: Capacidad del paciente para cambiar o controlar su posición.
- **Nutrición**: Patrón de ingesta alimentaria habitual del paciente.
- **Fricción y cizallamiento**: Fuerzas de fricción y/o cizallamiento que pueden lesionar la piel.

ESCALA DE BRADEN

VALOR	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	COMPLETAMENTE LIMITADO	CONSTANTEMENTE HÚMEDA	EN CAMA	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY POBRE	PROBLEMA
2	MUY LIMITADA	HÚMEDA CON FRECUENCIA	EN SILLA	MUY LIMITADO	PROBABLEMENTE INADECUADO	PROBLEMA POTENCIAL
3	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	LIGERAMENTE LIMITADO	ADECUADA	NO EXISTE PROBLEMA APARENTE
4	SIN LIMITACIONES	RARAMENTE HÚMEDA	DEAMBULA FRECUENTEMENTE	SIN LIMITACIONES	EXCELENTE	

INTERPRETACIÓN

VALOR	RIESGO	ACCIÓN
DE 0 A 12 PUNTOS	**RIESGO ALTO**	**Implementación de medidas especiales**
DE 13 A 15 PUNTOS	**RIESGO MEDIO**	**Implementación de plan de prevención**
DE 16 A 18 PUNTOS	**RIESGO BAJO**	**cuidados basicos de enfermeria**
DE 19 Y MÁS	**SIN RIESGO**	**cuidados basicos de enfermeria**

Valoración específica de una persona con discapacidad con UPP

Aspectos a tomar en cuenta:

1. Descripción y localización de la lesión:

- Extensión y tamaño en centímetros de diámetro.
- Profundidad.
- Coloración de los tejidos

2. Estudio de la piel y los tejidos circundantes

    - Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
    - Textura: ruda, gruesa, fina.
    - Turgencia: buena, mala.
    - Temperatura: fría < 37° C, caliente > 37° C, normal.
    - Humedad: seca, humedad, normal.
    - Edema: grado y localización.

3. Dolor.

    - Localización y erradicación.

4. Factores que contribuyen al desarrollo o deterioro de los Tejidos

    - Trastornos sensoriales: disminución del nivel de conciencia, confusión, parestesias.
    - Inmovilidad.
    - Irritantes químicos, incontinencia (heces y orina).
    - Estado nutricional: delgadez, obesidad, desnutrición.
    - Enfermedades que pueden favorecer las lesiones hísticas:
    - Trastornos neurológicos.
    - Vasculares.
    - Endocrinos. Diabetes Mellitus
    - Cáncer.
    - Persona con discapacidad Renales.

TABLA DE PARTICIPANTES CLASIFICADOS CON RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION

NÚMERO	DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	**RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION**
1	19494186	EMERIO		AGUILERA	AGUILERA	BAJO
2	53130365	FLOR	ANGELA	BECERRA	QUINTERO	BAJO
3	80188449	ELISANDRO		BELTRAN	RAMIREZ	MEDIO
4	53906045	ANDREA		CASTRO		BAJO
5	1099342349	MILTON	RAMIRO	FANDIÑO		BAJO
6	53906308	SARA		GRANADOS		MEDIO
7	79900873	MARCELINO		LEIVA	ROA	BAJO
8	1000121956	LESDY	VANESSA	LUENGAS	PACHON	BAJO

9	52412455	DIANA	PATRICIA	MONROY	MORENO	BAJO
10	81715968	RAFAEL		PAEZ		MEDIO
11	1019154607	EDGAR		RINCON	AMADOR	BAJO
12	80737157	JORGE	ENRIQUE	RIVERA	VALENCIA	BAJO
13	1023939457	REMINGTON	ESTIVEN	ROMERO	AGUILERA	BAJO
14	1024572517	MARIA	DANIELA	SANDOVAL	PERDOMO	BAJO
15	91494839	HENRY		SANDOVAL	SANTOS	MEDIO
16	1022986000	MARIA	ALEJANDRA	SEGURA	GUTIERREZ	BAJO
17	79481340	LUIS	EDUARDO	TORRES	NAJAR	BAJO
18	1014243454	PAOLA	ANDREA	VARGAS	OVALLE	MEDIO
19	79308285	CESAR	RAFAEL	VELA	ULLOA	BAJO
20	1033687272	ANDRES		BOLIVAR	PUENTES	BAJO
21	79896039	ARLEY	FERNANDO	MIRANDA		BAJO
22	81716287	CARLOS	ANDRES	ORTEGA		BAJO
23	79384389	CARLOS	JULIO	BACCA	BARRAGAN	BAJO
24	43747525	CAROLINA		CEBALLOS	URIBE	BAJO
25	52068276	CLAUDIA	PATRICIA	NOPIA	CANTE	BAJO
27	93356244	DANIEL		MORALES	SANTA	BAJO
28	1023702097	DEIBY	GIOVANY	VIVAS	HIGUITA	BAJO
29	11481091	ELCIDIO		VILLARAGA	GARCIA	ALTO
30	80256699	FERNANDO		LOPEZ		BAJO
31	65766810	FLOR	MARIA	NIÑO	CIFUENTES	BAJO
32	1014265866	JAQUELINE		RODAS	PARRA	BAJO
33	94475242	JOSE	ARMANDO	GIRON	LOPEZ	BAJO
34	80250643	JOSE	GUSTAVO	BONILLA	PUENTES	BAJO
35	1001195609	JUAN	CAMILO	GOMEZ	SANCHEZ	BAJO
36	1025522792	JUAN	DAVID	BUSTOS	RODRIGUEZ	MEDIO
37	52291885	LEDA		GRANADOS	SANCHEZ	BAJO
38	51689506	LIBRADA		GARZON	PALACIOS	BAJO
40	52583067	LUZ	ANGELA	RODAS		BAJO
41	52101105	MARIA	CONSUELO	MARIN	SANCHEZ	BAJO
42	25100609	MARIA	ROCIO	GIRALDO	QUINTERO	BAJO
43	51920384	NUBIA	ROCIO	GOMEZ	MORENO	BAJO
44	80826819	OSCAR	IVAN	ULLOA		MEDIO
45	79343167	RAFAEL	EDUARDO	AVILA		MEDIO
46	80020133	RAFAEL		GARCIA		BAJO
47	46678223	RUBIELA		PARRA	OLMOS	BAJO
48	1033714661	SANDRA	CATHERINE	MOCETON	RUIZ	BAJO
49	52009693	SANDRA		ESPITIA	BERNAL	BAJO
50	51950187	SUNELDA		SEQUEDA	CALDERON	BAJO
51	4264113	VIDAL		SANCHEZ	ALVARADO	MEDIO

52	79326511	WILLIAM	EDUARDO	BALAGUERA	GARCIA	BAJO
53	79291834	YURY	ERNESTO	DIAZ	HERRERA	BAJO
54	1023863020	KAREN	LIZET	MONROY	ABRIL	BAJO
55	52190517	CLAUDIA	MARCELA	BERNAL	SORACA	BAJO
56	79497817	JOSE	EDGAR	ACOSTA	VALLE	BAJO
57	52490521	MARIA	ALEJANDRA	ALGARRA	VILLAMIL	BAJO
58	79491145	JUAN	CARLOS	BAYONA	DIAZ	BAJO
59	79365755	JUAN	ALBERTO	BERMUDEZ	MATIZ	BAJO
60	5658725	CARLOS	ARTURO	CASTAÑEDA	ARDILA	MEDIO
61	52458205	ELDAMADY		CASTIBLANCO	OSPINA	BAJO
62	51727245	GLADYS	DEL CARMEN	CORREA	VELANDIA	BAJO
63	1136910501	LUIS	ENRIQUE	DIAZ		BAJO
64	1013638473	YONNYS	ALEXANDRE	DIAZ	ROJAS	MEDIO
65	79962464	ANDRESON	AFRANIO	FORERO	MAHECHA	BAJO
66	1013264919	DORA	ANGELICA	GARCIA	ZOQUIE	BAJO
67	80779068	ANDRES		ORJUELA	CIFUENTES	BAJO
68	1010162610	JOSE	JAVIER	OSORIO	MORENO	BAJO
69	52472198	AURA	STELLA	PEDRAZA		BAJO
70	79351125	JOSE	LUIS	SANABRIA	GOMEZ	MEDIO
71	1018409725	KAREN	LISETH	SANCHEZ		BAJO
72	1032436883	DARWIN		VALENCIA	CASTILLO	BAJO
73	79373341	CARLOS		VILLARRAGA	GONZALEZ	BAJO
74	80143032	JOSE	LUIS	FORERO	LOPEZ	BAJO
75	1101756747	CRISTIAN	ERNESTO	CRUZ	CUBIDES	CRUZ
76	1019056373	CINDY	KATHERIN	MORENO	GONZALEZ	MEDIO
77	53906293	ISABEL		PARDO	OSUNA	BAJO
78	1136909195	ELIZABETH		NIVIA	PIRATOVA	BAJO
79		DIANA	MARIA	LARGO		BAJO
80						

RIESGO DE EVASIÓN EN EL CENTRO GRUPO 3

Manual de Diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson
00072 NEGACIÓN INEFICAZ. Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

00079 INCUMPLIMIENTO Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces.
00125 IMPOTENCIA. Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.
EVASION
00154 VAGABUNDEO. Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.
00129 CONFUSIÓN CRÓNICA. Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.
00131 DETERIORO DE LA MEMORIA. Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.
00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD. Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud
00101 DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO. Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.
00078 GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD. Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.

Intervenciones NIC

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

- Manejo de la demencia: provisión de un ambiente modificado para el participante que sufre un estado confusional crónico
- Manejo del entorno: seguridad: control y manipulación del entorno físico para aumentar la seguridad
- Prevención de caídas: uso de precauciones especiales con un participante en riesgo de lesiones por caídas
- prevención de fugas: reducción del riesgo de que un participante abandone un entorno terapéutico sin autorización, cuando su salida represente una amenaza para la seguridad del participante o de otras personas

• Reducción de la ansiedad: reducción al mínimo de la aprensión, el miedo, presagio o malestar, relacionados con el presentimiento de un peligro de origen desconocido
• Restricción de un área: uso de la limitación menos restrictiva de la movilidad del participante en un área específica por propósitos de seguridad o manejo conductual
• Vigilancia: seguridad: recolección y análisis, continuos y con un fin, de información sobre el participante y el entorno para fomentar y mantener su seguridad

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

Se ha identificado como riesgo potencial la evasión, por ende se realiza la clasificación de los participantes del CIAI grupo 3, que tienen mayor predisposición y conductas que señalan un riesgo potencial de evasión, es por eso que se establece las medidas preventivas aquí descritas y se realizó el protocolo de evasión por parte del equipo profesional, en el que se determinaron medidas preventivas a diario.

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

Se llevarán a cabo las siguientes acciones:

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

- Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante el Cuerpo Oficial de Bomberos, a la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando el tiempo de ausencia, datos de identificación de la persona, características físicas y de vestuario en el momento de la evasión, llevar una foto reciente tamaño carta y teléfonos de referencia (Centro Integrarte de Atención Interna Integrarte y datos del referente familiar o social cuando cuente con ellos). Así como informar las circunstancias de tiempo, modo y lugar donde ocurrieron los hechos de presunta evasión.

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

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

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

- Información al Equipo de Supervisión vía correo electrónico, con copia al Coordinador-a del Servicio. Reportando los hechos; tiempo, modo y lugar, de cómo ocurrió la presunta evasión de la persona con discapacidad.

- Seguimiento al caso. Remisión de informe diario que describa las acciones desarrolladas para la búsqueda de la persona con discapacidad, los resultados obtenidos y evidencias

(documentos) de las gestiones realizadas. El informe debe registrar la trazabilidad de lo adelantado día a día.

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

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

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

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

ACCIONES OPERATIVAS A EJECUTAR EN EL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO
PERSONAL QUE INTERVIENE

Primarios:

Horario Diurno:

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

Horario Nocturno:

- Coordinador del centro
- Profesional de enfermería
- Auxiliares de enfermería de turno.
- Personal de seguridad.

Secundarios:

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

RECURSOS

- Formulario de lista de chequeo
- Linternas

- Botiquín
- Alerta sonora (sirena de alerta)

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS COMPORTAMENTALES

En el proceso que se viene desarrollando con los participantes que están al interior del Centro I Grupo 3, se han identificado diversos aspectos comportamentales los cuales han requerido diseñar nuevas herramientas de manejo para ser utilizadas por parte de todo el talento humano que se encuentre en el servicio, con el fin de evitar afectaciones físicas o emocionales en las personas con discapacidad, estas se encuentran enfocadas en preservar la integridad, brindar seguridad y garantizar el cuidado en los diversos escenarios, por lo anterior se contextualizan las diversas técnicas de manejo, abordaje y acciones de mejora presentes a la hora de tener una alteración comportamental, iniciando con tres conceptos básicos que permiten reconocer el tema a abordar:

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

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

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

Diagnósticos NANDA:

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

00151 AUTOMUTILACIÓN. Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión

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

PARTICIPANTES QUE PRESENTAN CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS Y AUTOAGRESIVAS

De acuerdo a los diagnósticos cognitivos y los diagnósticos mentales psicosociales que presentan en los participantes, han surgido diversos aspectos comportamentales y conductuales que generan acciones heteroagresivas y autoagresivas de difícil manejo, requiriendo de diversos tipos de ayuda, intervenciones y valoraciones por el área de psiquiatría, de acuerdo a lo anterior se nombran a continuación los participantes que presentan dichos comportamientos con el diagnóstico médico y los aspectos conductuales identificados, los cuales actualmente tienen mayor dificultad frente a los aspectos conductuales por aspectos agresivos recurrentes consigo mismos y con los otros que requieren de constante supervisión o acompañamiento

ALTERNATIVAS DE MANEJO O ABORDAJES EN ALTERACIONES COMPORTAMENTALES

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

1. **Manejo Verbal:** Se brinda como primera instancia cuando el participante presenta agitaciones que pueden tener manejo por medio del diálogo, se realizan observaciones, sugerencias y se escuchan atentamente las razones de la agitación, seguido se retorna al grupo y se brinda supervisión.
2. **Manejo Ambiental:** Es utilizado como segunda instancia en el momento en el cual el manejo verbal no cumplió el objetivo y continúa la alteración, se traslada el participante a un ambiente apartado, preferiblemente lejos de los demás compañeros con supervisión y se da tiempo fuera por 5 o 10 minutos de acuerdo a la necesidad, seguido al tener estabilidad se retorna al grupo sin indagar en la situación en el momento.

Al finalizar cualquiera de estos tipos de manejo, se realiza intervención individual para nivelar tensiones y evitar los síntomas de ansiedad y estrés, en este proceso se utilizan herramientas de estimulación multisensorial, autocontrol o regulación emocional para evitar nuevamente los desencadenantes negativos.

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

Diagnósticos NANDA:

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

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

Intervenciones NIC: terapia de deglución

Determinar la capacidad del participante para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.

• retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el participante en la deglución.

• Disponer intimidad para el participante, según se desee o se indique.

• Colocarse de forma que el participante pueda ver y oír al cuidador.

• Enseñar a la familia del participante el régimen de ejercicios de deglución.

• Evitar el uso de pajitas para beber.

• Ayudar al participante a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.

• Ayudar al participante a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»).

• Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.

• Enseñar al participante a no hablar mientras come, según corresponda.

• Guiar al participante en la fonación de «ah» para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.

• Ayudar al participante hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.

• Observar si hay signos y síntomas de aspiración.

• Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.

• Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.

• Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.

• Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al participante.

• Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales y las modificaciones dietéticas

• Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.

• Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer.

• Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda. Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/
cuidador, según sea necesario.

• Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.

Consultar con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del participante.

• Ayuda a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
• controlar el peso corporal.
• Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas).
• Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

Diagnósticos NANDA:

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

Manifestaciones: Alteración de la frecuencia respiratoria, hipoxia, inquietud, disnea.
Intervenciones NIC
• Tener preparado el equipo de aspiración
• Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda.
• Administrar oxígeno, según corresponda.
• Colocar al participante en una posición que alivie la disnea.
• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.
• Monitorizar el estado respiratorio.
• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda
• Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la mascarilla a cánulas nasales durante las ingestas según prescripción y comprobar tolerancia
• Observar si aparece ansiedad relacionada con la necesidad de oxigenoterapia
• Proteger las zonas de la piel que se pueden lesionar por fricción del sistema de oxígeno (pabellón auricular, fosas nasales...)
• Proporcionar sistemas (alargaderas) que faciliten la movilidad y enseñar al participante/cuidador a utilizarlas
• Proporcionar oxígeno durante los traslados.
• Enseñar al participante /cuidador a manejar la oxigenoterapia.
Monitorización respiratoria
• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
• Vigilar la saturación de O2 según protocolo
• Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
• Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.
• Observar el estado neurológico (nivel de consciencia, confusión).
Monitorización de los signos vitales
• Controlar periódicamente la presión sanguínea según protocolo
• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca según protocolo
• Identificar posibles situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene, masticación...).
• Instruir al participante en el manejo de situaciones que aumentan la frecuencia cardiaca y/o la presión sanguínea (deambulación, higiene, masticación...)
Precauciones para evitar la aspiración
• Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
• Monitorizar el estado respiratorio
• Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.
• Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
• Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.
• Mantener el equipo de aspiración disponible.
• Adaptar la textura de los alimentos a las necesidades del participante para evitar la aspiración

• Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
• Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
• Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
• Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
• Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250 ml. para las sondas de alimentación o más de 100 ml. para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea).
• Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.
• Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
• Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o
fármacos retenidos.
• Proporcionar cuidados orales.

PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON CONDUCTAS HIPERSEXUALES Y RIESGOS ASOCIADOS A LINEAMIENTOS DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO

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

La atención que se le brinde tendrá que garantizar un trato humano, digno y reparador; procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su medio familiar o social.

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

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

Diagnósticos NANDA:

- 00051 deterioro de la comunicación verbal. disminución, retraso o carencia de la
- capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.
- 00052 deterioro de la interacción social. cantidad insuficiente o excesiva o
- cualitativamente ineficaz de intercambio social.

- 00053 aislamiento social. soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.
- 00058 riesgo de deterioro de la vinculación. riesgo de alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño que fomenta el desarrollo de una
- relación recíproca protectora y educativa.
- 00059 disfunción sexual. estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla
- como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.
- 00060 interrupción de los procesos familiares. cambio en las relaciones y/o en el
- funcionamiento familiar.
- 00063 procesos familiares disfuncionales. las funciones psicosociales, espirituales y
- fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que se perpetúan por sí misma

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

• Terapia familiar: ayuda a los miembros de la familia a conducir a la familia a una forma de vivir más productiva
• Tratamiento del consumo de sustancias: atención y cuidados del participante y los miembros de la familia que sufren problemas físicos y psicosociales, relacionados con el consumo de alcohol o drogas
NOC
• Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS).
• Estado de envejecimiento físico.
• Función sexual.
• Recuperación del abuso: sexual.

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

Con los participantes:

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

Con el talento humano:

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

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

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

- Información de suceso al referente técnico y equipo de supervisión de la SDIS.
- Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando datos de identificación de la persona, características y hallazgos.
- Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.
- Acompañamiento y orientación a la familia.
- Información al Equipo de Supervisión vía correo electrónico, con copia al Coordinador-a del Servicio. Reportando los hechos; tiempo, modo y lugar, de cómo ocurrió el presunto caso de abuso.
- Seguimiento al caso. Remisión de informe diario que describa las acciones desarrolladas de la persona con discapacidad, los resultados obtenidos y evidencias (documentos) de las gestiones realizadas.
- Colaboración del CIAI grupo 3 en todos los trámites pertinentes requeridos para el proceso médico-legal pertinente.

BIBLIOGRAFÍA

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