PLAN DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 13

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

2025

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
NOMBRE: Angie Katherinne Moya/ Diana Paola Intencipa Beltran/Cristian Camilo Cardozo CARGO: Enfermeras profesionales FECHA: Junio de 2025	NOMBRE: Yeimi Garzón CARGO: Coordinadora FECHA: Junio de 2025	NOMBRE: Yeimi Garzón CARGO: Coordinadora FECHA: Junio de 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. **ALCANCE**
2. **RESPONSABLES**
3. **REFERENCIAS NORMATIVAS**
4. **INTRODUCCIÓN**
5. **OBJETIVOS**
   - OBJETIVO GENERAL
   - OBJETIVOS ESPECÍFICOS
6. **FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES**
7. **GLOSARIO**
8. **RIESGOS IDENTIFICADOS EN LOS PARTICIPANTES DEL GRUPO 13**
9. **RIESGO DE CAÍDAS**
   - APLICACIÓN DE ESCALA MORSE
   - FALLAS Y/O FACTORES CONTRIBUTIVOS EN EL CPS PARA LA PRESENTACIÓN DE CAÍDAS
   - CONSECUENCIAS DE LA PRESENTACIÓN DE CAÍDAS EN EL CENTRO DE PROTECCIÓN
   - ACCIONES PREVENTIVAS POR GENERAR QUE APORTEN A LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA DE LA POBLACIÓN.
10. **RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
    - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
    - ACCIONES PREVENTIVAS EN EL CONTROL DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
    - APLICACIÓN DE ESCALA NORTON Y BRADEN
11. **ACTIVACIÓN DE LA LÍNEA DE EMERGENCIA O TRASLADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD A MEDIO HOSPITALARIO, INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE TERCER Y CUARTO NIVEL CERCANAS AL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA.**
    - RUTA ABC INSTITUCIONAL
    - VALORACIÓN DE ÍNDICE DE BARTHEL
12. **RIESGO DE AUTO Y HETEROAGRESIÓN**
    - MARCO CONCEPTUAL
    - FALLAS Y/O FACTORES CONTRIBUTIVOS EN EL CPS PARA LA PRESENTACIÓN DE AGRESIONES
    - ACCIONES PREVENTIVAS POR GENERAR ANTE LA PRESENCIA DE

UN EVENTO DE RIESGO EN LO REFERENTE A AUTO Y HETERO AGRESIÓN

13. **RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIÓN POR CUERPOS EXTRAÑOS**
    - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
    - RUTA DE ACTUACIÓN EN CASO DE UN EVENTO
    - ACCIONES POR GENERAR ANTE EVENTO DE RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS.
14. **RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS.**
    - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
    - ACCIONES POR GENERAR ANTE EVENTO DE RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS
15. **RIESGO DE EVASIÓN**
    - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
    - CONSECUENCIAS DE LA PRESENTACIÓN DE EVASIONES EN EL CENTRO DE PROTECCIÓN
    - ACCIONES POR GENERAR PARA MITIGAR EL RIESGO DE EVASIÓN
16. **RIESGO DE ABUSO SEXUAL. RUTA DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA.**
    - ACCIONES POR GENERAR PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ABUSO SEXUAL. RUTA DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA

1. ALCANCE:

El presente documento es aplicable a La Unión temporal servicios social centro integrarte grupo 13, de la secretaría Distrital De Integración Social

2. RESPONSABLES

- **Coordinación**
  - Seguimiento a la implementación del paquete instruccional.
  - Generar los recursos necesarios para la implementación del paquete de caídas.

- **Jefe De Enfermería**
  - Seguimiento a reporte, análisis y gestión de las caídas presentadas en el centro de protección.
  - Generar los lineamientos y actualización del documento según normatividad legal vigente y evidencia científica.
  - Seguimiento a indicadores específicos de caídas.

- **Talento Humano**
  - Reporte de caídas
  - Participación en el análisis de caídas
  - Implementación de las estrategias del paquete de caídas del centro de protección.

3. REFERENCIAS NORMATIVAS

- Decreto 780 de 2016, Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social de Colombia.
- Resolución 3100 de 2019 Procedimientos de Inscripción y Habilitación de IPS en Colombia.
- Paquete de procesos para la prevención y reducción de frecuencias de caída versión 02 de 2010.
- Ley 100 de 1993, Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece los principios de eficiencia, universalidad y calidad en la prestación del servicio. Fundamenta el derecho a una atención digna y segura.
- Ley 1438 de 2011, reforma el sistema de salud y refuerza el enfoque en la atención primaria, la calidad del servicio y la seguridad del paciente como prioridad en la política de salud pública
- Ley 1616 de 2013, Ley de salud mental en Colombia. Reconoce los derechos de las personas con discapacidad mental y exige acciones seguras, respetuosas y protectoras en la atención de esta población.

4. INTRODUCCIÓN

La seguridad, entendida como el conjunto de acciones organizadas que buscan minimizar el riesgo de daños innecesarios durante la atención en salud, se ha consolidado como un eje esencial en la prestación de servicios asistenciales de calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño innecesario relacionado con la atención sanitaria a un mínimo aceptable, considerando los conocimientos, recursos y contexto en el que se presta dicha atención. Esta definición, adoptada en el marco de una visión centrada en la persona, cobra especial relevancia cuando nos referimos a individuos con condiciones de vulnerabilidad, como los participantes con déficit cognitivo.

En este contexto, garantizar la seguridad del participante implica establecer una cultura organizacional sólida que promueva prácticas clínicas seguras, el trabajo colaborativo y la mejora continua. Entre los factores críticos para lograrlo se encuentran: una comunicación efectiva entre niveles asistenciales, la conciliación de la medicación en transiciones de cuidado, la administración segura de fármacos —especialmente en participantes de riesgo—, el cumplimiento riguroso de protocolos de higiene, el seguimiento de procesos clínicos seguros y la adecuada coordinación dentro del equipo interdisciplinario.

La complejidad creciente del sistema de salud moderno, impulsada por avances tecnológicos y científicos, ha incrementado los riesgos potenciales en la atención sanitaria. Se reconoce hoy que muchos de los eventos adversos que ocurren en los entornos asistenciales son prevenibles y, cuando no se gestionan adecuadamente, generan altos niveles de morbilidad, mortalidad e impactos económicos y sociales considerables. Ya en 1956, Moser denominó estos efectos como “las enfermedades del progreso de la medicina”, haciendo alusión a los nuevos desafíos que surgen de la evolución del conocimiento médico.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha situado la seguridad del participante como una prioridad dentro de sus políticas. A través del Plan Nacional de Seguridad del Paciente y otras estrategias, se promueve la implementación de prácticas seguras en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, integrando criterios de calidad y equidad.

Atendiendo a esta realidad, el **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13** se compromete a establecer una política institucional de atención segura, que responda de manera específica a las necesidades de los participantes con déficit cognitivo. Esta política reconoce que toda actividad humana conlleva un margen de error, pero también que es posible reducir significativamente los riesgos mediante un liderazgo comprometido, la capacitación continua del talento humano, la estandarización de procesos y la construcción de una cultura de seguridad centrada en el respeto y la dignidad del participante.

5. OBJETIVOS

Objetivo general:
Identificar de manera oportuna y sistemática los riesgos potenciales durante la prestación del servicio en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13, y definir acciones preventivas eficaces que garanticen la seguridad integral, minimizando la ocurrencia de eventos adversos y promoviendo una cultura de atención segura y humanizada.

Objetivos específicos

- Aplicar de manera sistemática y obligatoria las escalas de valoración clínica (Morse, Barthel, Braden y Norton —esta última en participantes que usan pañal—) al 100% de la población, con el fin de identificar tempranamente riesgos asociados a caídas, deterioro funcional, riesgo de úlceras por presión y dependencia, permitiendo una intervención oportuna y personalizada.
- Describir estrategias de prevención y cuidado orientadas a reducir el riesgo de lesiones por presión en los participantes, mediante la valoración periódica con escalas clínicas (como Braden y Norton), el uso adecuado de dispositivos de protección, la movilización frecuente y la capacitación continua del personal asistencial en buenas prácticas de manejo de la piel y posicionamiento.
- Implementar el protocolo ABC para la activación inmediata de la línea de emergencia y el traslado adecuado de participantes con discapacidad a instituciones de tercer y cuarto nivel, garantizando atención especializada en situaciones críticas.
- Establecer acciones preventivas orientadas a minimizar la ocurrencia de eventos relacionados con autoagresión y heteroagresión entre los participantes.
- Diseñar e implementar medidas de prevención para reducir el riesgo de caídas, mediante intervenciones en infraestructura, supervisión y educación del personal.
- Desarrollar procedimientos para prevenir y atender oportunamente eventos de riesgo como atragantamiento o lesiones por cuerpos extraños, especialmente durante la alimentación o actividades sensoriales.
- Fortalecer la seguridad ambiental mediante acciones preventivas frente al riesgo de contacto con aparatos eléctricos e instalaciones eléctricas, especialmente en zonas de alto tránsito o uso frecuente.
- Implementar estrategias de prevención del riesgo de evasión, mediante control de accesos, acompañamiento del personal y monitoreo constante en las instalaciones.
- Activar una ruta institucional para la prevención del abuso sexual, que incluya la aplicación del Código Blanco, acciones inmediatas de protección para la presunta víctima y la articulación con las autoridades competentes.

6. FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

La seguridad del participante es un componente esencial de la calidad en la

atención en salud y representa un compromiso institucional y ético con la vida, el bienestar y la dignidad de quienes acceden a los servicios asistenciales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente —o en este caso, del participante— se define como la ausencia de daño innecesario o potencialmente prevenible durante la atención sanitaria. Este concepto ha evolucionado en los últimos años para posicionarse como una prioridad en los sistemas de salud modernos, especialmente ante la evidencia creciente de que muchos de los daños sufridos por las personas durante su atención pueden ser evitables. Se estima que en países de ingresos medios y bajos, hasta 134 millones de eventos adversos prevenibles ocurren cada año en los hospitales, generando aproximadamente 2,6 millones de muertes. En instituciones que atienden a personas con condiciones cognitivas o funcionales particulares, como los participantes del Centro Integrarte, este enfoque adquiere aún mayor relevancia, debido a su mayor vulnerabilidad y dependencia del entorno asistencial.

Los fundamentos de la seguridad del participante se apoyan en la promoción de una cultura organizacional de mejora continua, en la identificación y gestión proactiva de riesgos, en la comunicación efectiva entre los equipos de trabajo, y en la implementación de protocolos basados en evidencia que garanticen prácticas seguras. La formación constante del personal, la vigilancia epidemiológica de eventos adversos, la notificación sin represalias, el análisis de causas raíz y la participación activa de los usuarios y sus familias son pilares clave para el fortalecimiento de esta cultura.

La falta de seguridad en los servicios asistenciales puede tener consecuencias graves y multifactoriales. Desde el punto de vista clínico, se traduce en complicaciones, discapacidad o incluso muerte del participante. A nivel institucional, genera sobrecostos por hospitalizaciones prolongadas, uso excesivo de recursos y litigios por mala praxis. Social y éticamente, afecta la confianza de la comunidad en el sistema de salud, deteriora el clima laboral y vulnera los derechos humanos de las personas atendidas. Por ello, la seguridad no debe ser vista como un conjunto de acciones aisladas, sino como un enfoque transversal que guíe todas las decisiones clínicas, administrativas y operativas en los entornos asistenciales.

7. GLOSARIO

- **Seguridad del paciente**: Conjunto de políticas, procedimientos y prácticas destinadas a prevenir y reducir al mínimo aceptable el riesgo de daño durante la atención en salud. En este contexto, el término “participante” sustituye al de “paciente”, reconociendo a la persona como sujeto activo de derechos y cuidados, especialmente en servicios dirigidos a personas con discapacidad o condiciones cognitivas.
- **Escalas de valoración clínica**: Herramientas estandarizadas utilizadas por el personal asistencial para identificar el nivel de riesgo de un participante frente a situaciones como caídas (Escala de Morse), úlceras por presión (Braden y Norton), o dependencia funcional (Barthel). Permiten tomar decisiones preventivas basadas en evidencia.

- **Cultura de seguridad**: Conjunto de valores, actitudes, competencias y comportamientos que determinan el compromiso institucional con la seguridad del participante. Implica el reconocimiento de errores como oportunidades de mejora y la participación activa de todos los niveles del equipo.
- **Código blanco**: Protocolo de respuesta institucional ante sospechas de abuso sexual o violencia hacia el participante, que activa medidas inmediatas de protección, atención clínica y reporte a las autoridades competentes.
- **Prevención del daño**: Estrategias proactivas implementadas para evitar la ocurrencia de errores o incidentes que puedan afectar negativamente la salud y seguridad del participante.
- **Gestión del riesgo**: Proceso sistemático para identificar, evaluar, priorizar y controlar los factores que puedan amenazar la seguridad del participante en cualquier etapa de la atención.
- **Ruta de atención**: Secuencia organizada de acciones y decisiones que deben seguirse ante una situación crítica o evento adverso para garantizar una respuesta eficaz, segura y coordinada.
- **Protocolo clínico-asistencial**: Documento normativo que guía al personal de salud sobre cómo actuar frente a situaciones específicas, con base en la mejor evidencia científica y considerando las condiciones del entorno y de la población atendida.
- **Capacitación continua**: Proceso educativo sistemático destinado a actualizar y fortalecer las competencias del personal en temas relacionados con la seguridad, el cuidado y la atención de calidad.
- **Movilización temprana**: Estrategia terapéutica y preventiva que busca reducir el riesgo de complicaciones asociadas al reposo prolongado, como las úlceras por presión o la pérdida de funcionalidad.
- **Contención segura**: Técnica asistencial utilizada para proteger al participante y al entorno cuando hay riesgo de autoagresión, heteroagresión o conducta desorganizada, respetando siempre los principios de dignidad, proporcionalidad y legalidad.
- **Vigilancia activa**: Supervisión continua e intencionada del participante con el objetivo de identificar de forma precoz signos de deterioro clínico, cambios de comportamiento o exposición a riesgos.
- **Evitable**: Cualquier daño o evento adverso que pudo haberse prevenido si se hubieran tomado las medidas adecuadas en el momento oportuno.
- **Participación activa del participante**: Reconocimiento del rol que tiene cada persona en su proceso de atención, incluyendo la toma de decisiones informadas, el autocuidado y la comunicación de riesgos o inconformidades.
- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. es una conducta que ocurre durante

el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, etc)

- **Fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).
- **Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **Evento adverso prevenible:** 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:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).12 los factores contributivos considerados en el protocolo de Londres es: paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente; tarea y tecnología: documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas; individuo: como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, etc) que contribuyen a la generación del error. ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica; equipo de trabajo: como las conductas del equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería etc) que contribuyen al error. ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros); ambiente: cómo el ambiente físico contribuye al error. ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura; organización y gerencia: como las decisiones de la gerencia contribuyen al error. ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo; contexto institucional: como las situaciones externas a la institución contribuyen a la generación del error. ejemplo: decisiones de eps, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un participante que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **Caída:** la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. para el tema que nos convoca en el presente paquete instruccional, ocurre con ocasión de la atención en salud.

- **Riesgo de caída**: se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- **Factores intrínsecos:** factores relacionados con el propio sujeto que cae.
- **Factores extrínsecos:** factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra.
- **Factores extrínsecos por tratamiento:** farmacológico: son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el participante que tienen efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha, prótesis: extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones, multifactorial: debido a la interacción de varias causas, deambulación: se refiere a la forma como el participante camina.

- **Hipotensión ortostática:** se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostada.

- **Síncope:** es una pérdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible.

8. RIESGOS IDENTIFICADOS DEL GRUPO 13

La población con discapacidad cognitiva atendida en entornos asistenciales cerrados se enfrenta a una serie de riesgos que pueden comprometer su salud, bienestar e integridad. Estos riesgos son multifactoriales y se derivan tanto de condiciones individuales (como la dependencia física, trastornos del comportamiento o la falta de percepción del peligro), como del entorno físico, del recurso humano y de los procedimientos institucionales.

Por lo tanto, identificar, clasificar y anticiparse a estos riesgos es fundamental para garantizar una atención segura, digna y de calidad. La siguiente tabla resume de forma general los principales riesgos asistenciales y no asistenciales a los que está expuesta esta población, con el fin de orientar acciones preventivas, protocolos de atención y capacitaciones al personal.

Categoría de Riesgo	Descripción del Riesgo	Factores Asociados
Riesgo de Caídas	Posibilidad de caída al caminar, movilizarse o al estar en cama.	Déficit motor, desorientación, uso de psicotrópicos, superficies irregulares.
Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)	Aparición de lesiones en la piel por presión mantenida.	Inmovilidad, incontinencia, desnutrición, poca rotación o vigilancia.
Riesgo de Autoagresión	Daño físico o emocional autoinfligido por el participante.	Trastornos del comportamiento, frustración, ansiedad, estimulación inadecuada.
Riesgo de	Agresión a otros participantes	Episodios psicóticos, irritabilidad,

Categoría de Riesgo	Descripción del Riesgo	Factores Asociados
Heteroagresión	o al personal asistencial.	mal manejo conductual, hacinamiento.
Riesgo de Atragantamiento	Obstrucción de vías respiratorias por alimentos o cuerpos extraños.	Dificultades de deglución, falta de supervisión, alimentación rápida o incorrecta.
Riesgo por Exposición Eléctrica	Contacto accidental con instalaciones o aparatos eléctricos.	Manipulación de objetos, instalaciones no protegidas, déficit cognitivo.
Riesgo de Evasión o Fuga	Salida no autorizada o accidental del participante del centro.	Falta de supervisión, desorientación, puertas sin control de acceso.
Riesgo de Abuso Sexual o Maltrato	Exposición a situaciones de vulneración física, sexual o emocional.	Dificultad para comunicar, dependencia total, acceso no controlado de terceros.
Riesgo de Infecciones	Infecciones adquiridas durante la estancia en el centro.	Higiene inadecuada, uso de dispositivos médicos, contacto con superficies contaminadas.
Riesgo Farmacológico	Reacciones adversas o errores relacionados con el uso de medicamentos.	Polifarmacia, errores de dosificación, interacciones medicamentosas.
Riesgo Psicoemocional	Afectaciones en el estado anímico, conducta o vínculos afectivos.	Aislamiento, rutinas rígidas, falta de actividades terapéuticas, violencia institucional.
Riesgo Nutricional	Malnutrición por desbalance en la dieta, dificultad para alimentarse o restricciones.	Dificultades de masticación o deglución, desinterés por alimentos, trastornos médicos.

9. RIESGO DE CAÍDAS

Para la identificación y evaluación de los riesgos de caída en los participantes del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13, se aplicó la Escalas de Morse al 100% de los participantes, herramienta que permiten valorar de manera objetiva el riesgo específico de caídas, respectivamente. La Escala de Morse se centró en evaluar factores específicos de riesgo para caídas, como el historial de caídas previas, la movilidad, la agitación y los tratamientos farmacológicos. A continuación, se presenta el resultado de la evaluación de cada uno de los participantes, basado en estos instrumentos, para facilitar la identificación temprana de aquellos con mayor vulnerabilidad y, por tanto, la implementación de estrategias preventivas apropiadas.

APLICACIÓN DE ESCALA DE MORSE

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

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

INTERPRETACIÓN

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

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

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

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

NÚMERO	DOCUMENTO	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	RIESGO DE CAÍDA (escala de morse)
1	1104703943	ACENETH	RODRIGUEZ	RINCON	ALTO
2	53073948	ADRIANA MIREYA	SARMIENTO	PINEDA	ALTO
3	80811027	ALEJANDRO	LOZANO	MELO	ALTO
4	79183814	ALEXANDER	ACOSTA	NA	ALTO
5	81715919	ALEXANDER	CALERO	LEAL	ALTO
6	53906263	ALEXANDRA BEATRIZ	MOSQUERA	ARIZA	ALTO
7	1136911094	ANDRES JULIAN	ARIAS	RAMIREZ	ALTO
8	1001216307	ANDRY XELIZA	AGUILAR	CASTAÑO	ALTO
9	53905454	ANTONIA MARÍA	VELASQUEZ	QUIÑONES	ALTO
10	1024479675	AYDA MAGDALENA	MAGDALENA	ORJUELA	ALTO
11	1019150070	BRANDON FELIPE	MELO	LANDECHO	ALTO
12	11229794	CESAR AUGUSTO	ESPITIA	PRIETO	ALTO
13	53049760	CLAUDIA PATRICIA	MURILLO	SERRANO	ALTO
14	52409948	CLAUDIA	SUAREZ	SUAREZ	ALTO
15	53905918	CRISTINA	MARTINEZ	VILLATE	ALTO
16	1000335890	DAVID ALEJANDRO	AREVALO	FUQUEN	ALTO
17	65557335	DELLANIRA	RONDON	NA	ALTO
18	52814176	DIANA	CAROLINA	GUALTEROS	ALTO
19	53906256	DIANA MARCELA	MURCIA	ESPINOSA	ALTO

20	52409950	DORIS	FORERO	NA	ALTO
21	1026563545	EDUARDO	CHAPEZ	NA	ALTO
22	1136910037	ERIKA JOHANA	ARDILA	GOMEZ	ALTO
23	1000986412	FABER ERNESTO	PULGARIN	GOMEZ	ALTO
24	1023861271	FERNANDO	LOAIZA	CUPITRA	ALTO
25	25138584	FERTIL DOVIA	PANCHA	TABARES	ALTO
26	79183797	FRANCISCO ALONSO	TELLEZ	ALVAREZ	ALTO
27	1136911089	GABRIEL ALBERTO	CASTELLANOS	CASTELLANOS	ALTO
28	80403353	GIOVANNY ALEXANDER	MAHECHA	JIMENEZ	ALTO
29	1136910038	INGRID CATHERINE	ARDILA	GOMEZ	ALTO
30	53905648	INGRID LILIANA	PACHON	ACOSTA	ALTO
31	52286673	JACINTA	BELTRAN	MORENO	ALTO
32	113691796	JESSICA PAOLA	RESTREPO	HOLGUIN	ALTO
33	1022965576	JOAQUIN FERNANDO	BARRAGAN	CONTRERAS	ALTO
34	1000338399	JOHAN SMITH	BUITRAGO	ESPINOSA	ALTO
35	1136909031	JOHANA	AVILA	AVILA	ALTO
36	79972241	JOHN	JAIRO	REAL	ALTO
37	1012340974	JORGE ALEXANDER	VILLEGAS	HERNANDEZ	ALTO
38	80144506	JORGE ANDRES	GAMBOA	CORTES	ALTO
39	80811901	JOSE ALEXANDER	PATIÑO	MEDINA	ALTO
40	79870178	JOSE ANTONIO	SALGUERO	LOPEZ	ALTO
41	71313233	JOSE HUMBERTO	PEREZ	HERNANDEZ	ALTO
42	1000216791	JOSE LUIS	RAMIREZ	SABRICA	ALTO
43	80160175	JOSE LUIS	RIVERA	VEGA	ALTO
44	79965639	JUAN ALBERTO	GARCIA	MEDINA	ALTO

45	1000218002	JUAN CAMILO	SANCHEZ	PENAGOS	ALTO
46	1014268861	JUAN SEBASTIAN	GONZALEZ	SANDOVAL	ALTO
47	53906000	JUANA	MARTINEZ	LOPEZ	ALTO
48	74282905	JULIO ERNERSTO	CASTILLO	VACA	ALTO
49	1000157315	KEYNI MARÍA	BELTRAN	MOLINA	ALTO
50	1013691871	LAURA MILENA	BOTERO	VALENCIA	ALTO
51	53925276	LIGIA DEL PILAR	VANEGAS	RUIZ	ALTO
52	1054678701	LILIA LEONOR	HURTADO	RODRIGUEZ	ALTO
53	1010237331	LINDA STEFFANY	MONSOQUE	MUÑOZ	ALTO
54	1022336860	LUIS ALBERTO	BARRETO	GUZMAN	ALTO
55	74245682	LUIS ENRIQUE	NIÑO	ROBLES	ALTO
56	1022401418	LUZ ANDREA	CASALLAS	CASTAÑEDA	ALTO
57	53159830	LUZ ANGELICA	JABONERO	NAVARRO	ALTO
58	20965476	LUZ ANGELICA	LEON	AVILAN	ALTO
59	53905448	MAGDALENA	ZULUAGA	NA	ALTO
60	39725520	MAGNOLIA	GARCIA	ROJAS	ALTO
61	52025226	MARIA EDY	CUERVO	ARAGÓN	ALTO
62	52410900	MARTHA	GOMEZ	NA	ALTO
63	24586996	MONICA	POLOCHE	TIQUE	ALTO
64	1023979597	NATHALIA	MIRANDA	GUERRERO	ALTO
65	52286662	NOHORA EUGENIA	CRUZ	ROMERO	ALTO
66	79183929	OSCAR	QUINTERO	MANCERA	ALTO
67	81715940	PEDRO	CHARRY	NA	ALTO
68	80055084	PEDRO ANTONIO	BERMEJO	HERNANDEZ	ALTO
69	81715747	RAUL	PEREZ	VARGAS	ALTO
70	52814649	ROCIO DEL	MOLINA	ORDOÑEZ	ALTO

		PILAR			
71	51762041	RUTH MARINA	ROMERO	GALINDO	ALTO
72	1012348238	SANDRA MARCELA	GIL	QUEVEDO	ALTO
73	20774735	SANDRA MARLENY	BOHORQUEZ	GARZÓN	ALTO
74	1031127387	SANDRA MILENA	GONZALEZ	CASTELLANOS	ALTO
72	52772972	SENAIDA	CHAVEZ	PEREZ	ALTO
73	1010170017	SONIA DEL MAR	VILLAMIZAR	COBOS	ALTO
74	79183798	WILLIAM	ALVAREZ	NA	ALTO
75	11310976	WILLIAM ANTONIO	LOZANO	CUELLAR	ALTO
76	74245682	LUIS ENRIQUE	NIÑO	ROBLES	ALTO
77	1022401418	LUZ ANDREA	CASALLAS	CASTAÑEDA	ALTO
63	24586996	MONICA	POLOCHE	TIQUE	ALTO

La Organización Mundial de la Salud OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud.

Según el Ministerio de Salud en su paquete instruccional sobre proceso para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, “las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras”.

Según un informe de la OMS en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad.
Mayores de 65 años y personas de países de ingresos medios y bajos son quienes tienen

mayor riesgo de caída y muerte por esta causa.
Los costos económicos de las lesiones asociadas a las caídas en mayores de 65 años se han tasado en algunos países. En Finlandia los costos ascienden a US$3.611 y en Australia a US$1.049. En Canadá la prevención de caídas en menores de 10 años ha permitido un ahorro de US$120 millones al año.En el entorno hospitalario, las caídas continúan siendo el evento adverso de mayor importancia.

El presente documento se elaboró para poder responder al desafío en el manejo de la prevención y reducción de la frecuencia de caídas en el centro de protección.

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las caídas durante la atención en salud, se presentan a continuación tanto las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con este tipo de evento adverso, así como las prácticas seguras para prevenirlas durante la atención.

FALLAS Y/O FACTORES CONTRIBUTIVOS EN EL CPS PARA LA PRESENTACIÓN DE CAÍDAS
Participante:

- Patologías de bases (participantes atendidos por Neurología)- convulsiones.
- Condiciones físicas (discapacidad- física)
- Tratamientos farmacológicos (medicamentos que como efecto adverso a su consumo pueden ocasionar. Mareo, inestabilidad)
- Problemas asociados a la marcha y el equilibrio de la persona.
- Las características de la población (discapacidad mental, cognitiva y la edad, con prevalencia en persona mayor.

Individuo:

- Falta de adherencia a los protocolos para manejo de caídas
- Fallas en el cuidado de las personas con riesgo.
- Falla en la adherencia a los protocolos de inmovilizaciones y traslados en silla de ruedas.
- Falta de entrenamiento de los participantes en el uso de ayudas técnicas (silla de ruedas, bastón etc)
- Falta de entrenamiento de los participantes en la reeducación de marcha.
- No seguimiento al cambio de tratamiento farmacológico.
- No adherencia a protocolo de actividades relacionadas a la causa de la caída.
- Ambiente:
- Infraestructura vieja.
- Pisos lisos y no uniformes.
- No identificación de la población con alto riesgo.
- Sobrecarga laboral
- Cansancio del personal.
- Sillas de ruedas y demás elementos viejos o en mal estado.

Equipo de trabajo:

- Comunicación no asertiva en el grupo de trabajo.
- Errores en el seguimiento o monitoreo del personal administrativo
- No socialización de los lineamientos del comité de seguridad del participante al personal asistencial.

Organización y gerencia:

- Fallas en los procesos de inducción.
- No ejecución de plan de capacitaciones del programa de seguridad del participante.
- No identificación de la población con alto riesgo de caída.
- No mantenimiento de las ayudas técnicas o infraestructura.
- No seguimiento a la gestión de los eventos adversos.
- No seguimiento con los indicadores.
- Falta de gestión en la consecución de los medicamentos por no ser suministrados por la EPS a los que se encuentran afiliados.

CONSECUENCIAS DE LA PRESENTACIÓN DE CAÍDAS EN EL CENTRO DE PROTECCIÓN

- Lesiones menores como hematomas.
- Lesiones de tejidos blandos
- Fracturas de huesos la más complicada la de cadera.
- Fractura que lleva a la inmovilidad.
- Muerte
- Aumento en el costo de cuidado de salud.
- Incapacidad permanente en personas mayores.

ACCIONES PREVENTIVAS POR GENERAR QUE APORTEN A LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA DE LA POBLACIÓN.

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- Si el participante utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del participante (bastones, andador, gafas, audífonos, etc.). Revisar cada 12 horas.
- Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc.). Se recomienda utilizar los armarios. Revisar cada 12 horas.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.
- Mantener al participante incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática...
- Todos los participantes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir

educación sobre el riesgo de caídas, Por turno se aplicará al participante, familia y/o cuidador en los cuidados.

- Aplicación de escalas de valoración del riesgo escala de Morse.
- Diagnóstico de condiciones de infraestructura.
- Capacitaciones que contemple el riesgo de caída.
- Entrenamiento y educación de las personas institucionalizadas con trastornos de la marcha y el equilibrio, utilización de ayudas diagnósticas a cargo de terapia.
- Socialización del lineamiento de caídas.
- Implementación de las adecuaciones de la infraestructura
- Identificación de la población clasificada según riesgo de caída.
- Aplicación de lista de chequeo de rondas de seguridad
- Reporte de caídas.
- Implementación de planes de intervención preventiva en población de alto riesgo de caídas.
- Marcación de camas con el riesgo de caída en todos los servicios.
- Socialización y publicación de listado de riesgo de caída.
- Diseño de planes de intervención por el grupo interdisciplinario en cabeza del área de jefe de enfermería, en el momento del ingreso de la persona atendida desde la etapa de adaptación y consolidado en el estudio de caso.
- Intervención del Riesgo
- Implementación de documento de inmovilizaciones y medición de adherencia, mediante auditoría interna a cargo de coordinador del grupo.
- Implementación del documento de seguimiento a personas institucionalizadas con cambio de tratamiento farmacológico, mediante auditoría interna a cargo de jefes de enfermería y presentar los resultados en el comité de seguridad del adulto.
- Seguimiento y supervisión a las actuaciones en caídas supervisión a cargo de jefes de enfermería y coordinadores de servicio.
- Socialización del lineamiento de caídas a todo el personal asistencial del centro de protección mediante capacitación.
- Identificación de la población clasificada según riesgo, según semáforo establecido con el color rojo para las de alto riesgo de caídas.
- Reporte de las caídas que se presentan en el centro de protección en el mes.
- Análisis de las caídas presentadas en el mes según caracterización por los métodos de espina de pescado.
- Mantener orden y aseo las diferentes áreas del centro de protección para disminuir el riesgo de caída de las personas institucionalizadas.
- Implementación de intervención para prevención de caídas en personas clasificadas con alto riesgo.
- Seguimiento y evaluación del riesgo

SUGERENCIAS PARA LA GESTIÓN

➢ En caso de derrame de líquidos, productos o alimentos, se sugiere informar inmediatamente al personal de servicios generales para realizar la limpieza correspondiente.

➢ Se sugiere fijar al piso las alfombras o tapetes para impedir que se deslicen inesperadamente

➢ Fortalecer con el personal de aseo y mantenimiento la ubicación de señalización de los pisos húmedos.

OBSERVACIONES EN ESCALERAS O RAMPAS

➢ Irregularidades, desgaste general, segmentos faltantes
➢ Falta de pasamanos en uno o ambos costados
➢ Pasamanos desajustados o desprendidos.
➢ Espacios amplios entre las barandas que favorezcan caídas al vacío.
➢ Falta de sistema antideslizante (pintura, bandas o cintas)
➢ Estructura desajustada en las escaleras portátiles, con grasas, aceites o partes faltantes.
➢ Demás condiciones que considere pueden afectar el desplazamiento seguro por las rampas, escaleras y uso de escaleras portátiles

OBSERVACIONES EN LA ILUMINANCION ILUMINACIÓN

➢ Luminarias fundidas, rotas o faltantes.
➢ Bombillas intermitentes o que se apaguen durante su uso.
➢ Soportes de las luminarias sin tapa.
➢ Luminarias con suciedad o polvo que reduzcan el nivel de luz
➢ Ventanas con vidrios pintados, cubiertas o con elementos adicionales que disminuyan el paso de luz.
➢ Demás condiciones que considere pueden afectar la iluminación de las áreas de desplazamiento en su centro de trabajo.
➢ En zonas oscuras, utiliza equipos de iluminación alternativos como linternas. Procura que tengan carga y potencia
➢ Utilizar persianas, black out o cortinas en los espacios donde se identifique exceso de luz, reflejo o deslumbramiento con el fin de graduarlas o acomodarlas según necesidad
➢ De acuerdo con la jornada académica y laboral del centro de trabajo, se sugiere implementar sistema de iluminación de emergencia y señalización foto-luminiscente que facilite su visualización en ausencia o reducción de luz.

DEZPLAZAMIENTO SEGURO

Tenga en cuenta las siguientes sugerencias en relación con desplazamientos seguros a partir de comportamientos y acciones que aporten al cuidado individual y colectivo.

➢ Evite la prisa para ejecutar acciones, tómese el tiempo necesario para los desplazamientos, procurando hacerlo despacio, sin prisa o a velocidad inadecuada.
➢ Desplácese con las manos libres de elementos, de esta forma podrá reaccionar con más agilidad ante tropiezos, traspiés o resbalones.
➢ Si requiere buscar algún elemento en la maleta, bolso, consultar un documento o contestar una llamada, deténgase y retome el desplazamiento una vez haya finalizado estas acciones.
➢ Preste atención a las condiciones del piso (humedad, desnivel, uniformidad, irregularidad) y de ser posible, reporte de inmediato la condición de riesgos identificados.
➢ Respete y atienda la señalización y demarcación instalada en las diferentes áreas; así mismo las señales de advertencia durante las actividades de mantenimiento o aseo.

10. RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como escaras, son lesiones de la piel y/o del tejido subyacente causadas por presión prolongada o fricción, generalmente sobre prominencias óseas. En personas con movilidad reducida o con condiciones cognitivas severas —como los participantes del Centro Integrarte— este riesgo aumenta significativamente debido a la incapacidad de comunicar malestar, cambiar de posición por sí mismos o identificar condiciones ambientales adversas.
Estas lesiones no solo generan dolor e incomodidad, sino que también aumentan el riesgo de infecciones sistémicas, incrementan la necesidad de intervenciones médicas, prolongan el tiempo de cuidado institucional y elevan los costos asistenciales. Su presencia es considerada un indicador de calidad en la atención, por lo que su prevención es un deber institucional y ético.

Factores de Riesgo Asociados

- Inmovilidad prolongada.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Estado nutricional deficiente.
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Enfermedades neurológicas o musculares.
- Uso prolongado de dispositivos (sillas, férulas, colchones sin soporte).
- Falta de cambios posturales programados.
- Piel frágil o deshidratada.

Acciones Preventivas en el control de la aparición de las Úlceras por Presión.

Acción	Responsable	Frecuencia
Aplicación de escalas de valoración del riesgo de UPP (Braden y Norton).	Enfermería / Cuidadores	Al ingreso y mensual
Cambios posturales cada 2 horas en población inmovilizada.	Enfermería / Auxiliares	Permanente
Evaluación del estado nutricional.	Nutricionista	Mensual
Uso de colchones antiescaras y dispositivos de redistribución de presión.	Enfermería / Coordinación	Permanente
Cuidado de la piel con hidratación y vigilancia de lesiones iniciales.	Enfermería	Diario
Educación continua al personal sobre manejo y prevención de UPP.	Salud	Trimestral
Registro fotográfico de lesiones (si las hubiere).	Enfermería / Coordinación	Según caso

Escalas de Valoración Aplicadas

Para una evaluación objetiva del riesgo de aparición de UPP, se utilizan las siguientes escalas:

✓ Escala de Braden

Evalúa el riesgo mediante seis parámetros: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/cizallamiento. Su puntuación total varía de 6 a 23; cuanto menor es la puntuación, mayor es el riesgo:

- 15–18: Riesgo leve
- 13–14: Riesgo moderado
- 10–12: Riesgo alto
- ≤9: Riesgo muy alto



✓ Escala de Norton

Evalúa cinco factores: condición física general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Puntaje máximo: 20. A menor puntaje, mayor riesgo:

- Alto riesgo, menor de 1 puntos
- Riesgo moderado de 13 a 14 puntos
- Riesgo bajo de 16 a 18 puntos



Registro de Resultados de las Escalas Aplicadas

A continuación, se presentará una tabla con los resultados de las escalas **Braden** y **Norton** aplicadas a cada uno de los participantes del centro. Esta información permitirá clasificar a la población según su nivel de riesgo y planificar intervenciones individualizadas.

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

NÚMERO	DOCUMENTO	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	RIESGO UPP(escala de braden)
1	1104703943	ACENETH	RODRIGUEZ	RINCON	BAJO
2	53073948	ADRIANA MIREYA	SARMIENTO	PINEDA	BAJO
3	80811027	ALEJANDRO	LOZANO	MELO	ALTO
4	79183814	ALEXANDER	ACOSTA	NA	MEDIO
5	81715919	ALEXANDER	CALERO	LEAL	MEDIO
6	53906263	ALEXANDRA BEATRIZ	MOSQUERA	ARIZA	BAJO
7	1136911094	ANDRES JULIAN	ARIAS	RAMIREZ	MEDIO
8	1001216307	ANDRY XELIZA	AGUILAR	CASTAÑO	MEDIO
9	53905454	ANTONIA MARÍA	VELASQUEZ	QUIÑONES	MEDIO
10	1024479675	AYDA MAGDALENA	MAGDALENA	ORJUELA	BAJO
11	1019150070	BRANDON FELIPE	MELO	LANDECHO	BAJO
12	11229794	CESAR AUGUSTO	ESPITIA	PRIETO	BAJO
13	53049760	CLAUDIA PATRICIA	MURILLO	SERRANO	MEDIO
14	52409948	CLAUDIA	SUAREZ	SUAREZ	BAJO
15	53905918	CRISTINA	MARTINEZ	VILLATE	MEDIO
16	1000335890	DAVID ALEJANDRO	AREVALO	FUQUEN	BAJO
17	65557335	DELLANIRA	RONDON	NA	BAJO
18	52814176	DIANA	CAROLINA	GUALTEROS	BAJO
19	53906256	DIANA MARCELA	MURCIA	ESPINOSA	BAJO
20	52409950	DORIS	FORERO	NA	BAJO
21	1026563545	EDUARDO	CHAPEZ	NA	BAJO
23	1136910037	ERIKA JOHANA	ARDILA	GOMEZ	MEDIO
24	1000986412	FABER ERNESTO	PULGARIN	GOMEZ	BAJO
25	1023861271	FERNANDO	LOAIZA	CUPITRA	BAJO

26	25138584	FERTIL DOVIA	PANCHA	TABARES	BAJO
27	79183797	FRANCISCO ALONSO	TELLEZ	ALVAREZ	BAJO
28	1136911089	GABRIEL ALBERTO	CASTELLANOS	CASTELLANOS	MEDIO
29	80403353	GIOVANNY ALEXANDER	MAHECHA	JIMENEZ	MEDIO
30	1136910038	INGRID CATHERINE	ARDILA	GOMEZ	BAJO
31	53905648	INGRID LILIANA	PACHON	ACOSTA	BAJO
32	52286673	JACINTA	BELTRAN	MORENO	BAJO
33	113691796	JESSICA PAOLA	RESTREPO	HOLGUIN	BAJO
34	1022965576	JOAQUIN FERNANDO	BARRAGAN	CONTRERAS	BAJO
35	1000338399	JOHAN SMITH	BUITRAGO	ESPINOSA	MEDIO
36	1136909031	JOHANA	AVILA	AVILA	BAJO
37	79972241	JOHN	JAIRO	REAL	MEDIO
38	1012340974	JORGE ALEXANDER	VILLEGAS	HERNANDEZ	BAJO
39	80144506	JORGE ANDRES	GAMBOA	CORTES	BAJO
40	80811901	JOSE ALEXANDER	PATIÑO	MEDINA	MEDIO
41	79870178	JOSE ANTONIO	SALGUERO	LOPEZ	MEDIO
42	71313233	JOSE HUMBERTO	PEREZ	HERNANDEZ	MEDIO
43	1000216791	JOSE LUIS	RAMIREZ	SABRICA	MEDIO
44	80160175	JOSE LUIS	RIVERA	VEGA	MEDIO
45	79965639	JUAN ALBERTO	GARCIA	MEDINA	BAJO
46	1000218002	JUAN CAMILO	SANCHEZ	PENAGOS	BAJO
47	1014268861	JUAN SEBASTIAN	GONZALEZ	SANDOVAL	MEDIO
48	53906000	JUANA	MARTINEZ	LOPEZ	BAJO
49	74282905	JULIO ERNERSTO	CASTILLO	VACA	MEDIO
50	1000157315	KEYNI MARÍA	BELTRAN	MOLINA	BAJO
51	1013691871	LAURA MILENA	BOTERO	VALENCIA	BAJO
52	53925276	LIGIA DEL	VANEGAS	RUIZ	BAJO

		PILAR			
53	1054678701	LILIA LEONOR	HURTADO	RODRIGUEZ	BAJO
54	1010237331	LINDA STEFFANY	MONSOQUE	MUÑOZ	BAJO
55	1022336860	LUIS ALBERTO	BARRETO	GUZMAN	BAJO
56	74245682	LUIS ENRIQUE	NIÑO	ROBLES	BAJO
57	1022401418	LUZ ANDREA	CASALLAS	CASTAÑEDA	BAJO
58	53159830	LUZ ANGELICA	JABONERO	NAVARRO	BAJO
59	20965476	LUZ ANGELICA	LEON	AVILAN	MEDIO
60	53905448	MAGDALENA	ZULUAGA	NA	BAJO
61	39725520	MAGNOLIA	GARCIA	ROJAS	MEDIO
62	52025226	MARIA EDY	CUERVO	ARAGÓN	ALTO
64	52410900	MARTHA	GOMEZ	NA	BAJO
65	24586996	MONICA	POLOCHE	TIQUE	BAJO
66	1023979597	NATHALIA	MIRANDA	GUERRERO	MEDIO
67	52286662	NOHORA EUGENIA	CRUZ	ROMERO	ALTO
68	79183929	OSCAR	QUINTERO	MANCERA	BAJO
69	81715940	PEDRO	CHARRY	NA	MEDIO
70	80055084	PEDRO ANTONIO	BERMEJO	HERNANDEZ	BAJO
71	81715747	RAUL	PEREZ	VARGAS	BAJO
72	52814649	ROCIO DEL PILAR	MOLINA	ORDOÑEZ	MEDIO
73	51762041	RUTH MARINA	ROMERO	GALINDO	MEDIO
74	1012348238	SANDRA MARCELA	GIL	QUEVEDO	MEDIO
75	20774735	SANDRA MARLENY	BOHORQUEZ	GARZÓN	BAJO
76	1031127387	SANDRA MILENA	GONZALEZ	CASTELLANOS	BAJO
77	52772972	SENAIDA	CHAVEZ	PEREZ	BAJO
78	1010170017	SONIA DEL MAR	VILLAMIZAR	COBOS	BAJO
79	79183798	WILLIAM	ALVAREZ	NA	BAJO
80	11310976	WILLIAM ANTONIO	LOZANO	CUELLAR	MEDIO

En segundo lugar, se realiza aplicación de la escala de Norton a los participantes que usan pañal que corresponden a 69 personas con discapacidad, de igual manera se

realizará a los participantes que ingresen en el trascurso del convenio, ya sean provenientes de otros centros o nuevos en los servicios de la secretaría de integración social

NÚMERO	DOCUMENTO	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	RIESGO UPP(escala de norton)
1	1104703943	ACENETH	RODRIGUEZ	RINCON	MEDIO
2	53073948	ADRIANA MIREYA	SARMIENTO	PINEDA	MEDIO
3	80811027	ALEJANDRO	LOZANO	MELO	ALTO
4	79183814	ALEXANDER	ACOSTA	NA	ALTO
5	81715919	ALEXANDER	CALERO	LEAL	ALTO
6	53906263	ALEXANDRA BEATRIZ	MOSQUERA	ARIZA	MEDIO
7	1136911094	ANDRES JULIAN	ARIAS	RAMIREZ	ALTO
8	1001216307	ANDRY XELIZA	AGUILAR	CASTAÑO	MEDIO
9	53905454	ANTONIA MARÍA	VELASQUEZ	QUIÑONES	MEDIO
11	1019150070	BRANDON FELIPE	MELO	LANDECHO	MEDIO
12	11229794	CESAR AUGUSTO	ESPITIA	PRIETO	MEDIO
13	53049760	CLAUDIA PATRICIA	MURILLO	SERRANO	MEDIO
14	52409948	CLAUDIA	SUAREZ	SUAREZ	MEDIO
15	53905918	CRISTINA	MARTINEZ	VILLATE	MEDIO
16	1000335890	DAVID ALEJANDRO	AREVALO	FUQUEN	MEDIO
17	65557335	DELLANIRA	RONDON	NA	MEDIO
18	52814176	DIANA	CAROLINA	GUALTEROS	MEDIO
19	53906256	DIANA MARCELA	MURCIA	ESPINOSA	MEDIO
20	52409950	DORIS	FORERO	NA	BAJO
21	1026563545	EDUARDO	CHAPEZ	NA	BAJO
23	1136910037	ERIKA JOHANA	ARDILA	GOMEZ	MEDIO
26	25138584	FERTIL	PANCHA	TABARES	BAJO

		DOVIA			
27	79183797	FRANCISCO ALONSO	TELLEZ	ALVAREZ	MEDIO
28	1136911089	GABRIEL ALBERTO	CASTELLANOS	CASTELLANOS	MEDIO
29	80403353	GIOVANNY ALEXANDER	MAHECHA	JIMENEZ	MEDIO
30	1136910038	INGRID CATHERINE	ARDILA	GOMEZ	MEDIO
31	53905648	INGRID LILIANA	PACHON	ACOSTA	MEDIO
32	52286673	JACINTA	BELTRAN	MORENO	BAJO
33	113691796	JESSICA PAOLA	RESTREPO	HOLGUIN	BAJO
34	1022965576	JOAQUIN FERNANDO	BARRAGAN	CONTRERAS	BAJO
35	1000338399	JOHAN SMITH	BUITRAGO	ESPINOSA	MEDIO
36	1136909031	JOHANA	AVILA	AVILA	BAJO
37	79972241	JOHN	JAIRO	REAL	MEDIO
39	80144506	JORGE ANDRES	GAMBOA	CORTES	BAJO
40	80811901	JOSE ALEXANDER	PATIÑO	MEDINA	MEDIO
41	79870178	JOSE ANTONIO	SALGUERO	LOPEZ	MEDIO
42	71313233	JOSE HUMBERTO	PEREZ	HERNANDEZ	MEDIO
44	80160175	JOSE LUIS	RIVERA	VEGA	MEDIO
45	79965639	JUAN ALBERTO	GARCIA	MEDINA	BAJO
47	1014268861	JUAN SEBASTIAN	GONZALEZ	SANDOVAL	MEDIO
48	53906000	JUANA	MARTINEZ	LOPEZ	BAJO
49	74282905	JULIO ERNERSTO	CASTILLO	VACA	MEDIO
50	1000157315	KEYNI MARÍA	BELTRAN	MOLINA	BAJO
51	1013691871	LAURA MILENA	BOTERO	VALENCIA	BAJO
52	53925276	LIGIA DEL PILAR	VANEGAS	RUIZ	BAJO

53	1054678701	LILIA LEONOR	HURTADO	RODRIGUEZ	BAJO
56	74245682	LUIS ENRIQUE	NIÑO	ROBLES	BAJO
57	1022401418	LUZ ANDREA	CASALLAS	CASTAÑEDA	BAJO
58	53159830	LUZ ANGELICA	JABONERO	NAVARRO	BAJO
59	20965476	LUZ ANGELICA	LEON	AVILAN	MEDIO
60	53905448	MAGDALENA	ZULUAGA	NA	BAJO
61	39725520	MAGNOLIA	GARCIA	ROJAS	BAJO
62	52025226	MARIA EDY	CUERVO	ARAGÓN	ALTO
64	52410900	MARTHA	GOMEZ	NA	BAJO
65	24586996	MONICA	POLOCHE	TIQUE	BAJO
66	1023979597	NATHALIA	MIRANDA	GUERRERO	MEDIO
67	52286662	NOHORA EUGENIA	CRUZ	ROMERO	ALTO
68	79183929	OSCAR	QUINTERO	MANCERA	BAJO
69	81715940	PEDRO	CHARRY	NA	MEDIO
70	80055084	PEDRO ANTONIO	BERMEJO	HERNANDEZ	BAJO
71	81715747	RAUL	PEREZ	VARGAS	BAJO
72	52814649	ROCIO DEL PILAR	MOLINA	ORDOÑEZ	MEDIO
73	51762041	RUTH MARINA	ROMERO	GALINDO	MEDIO
74	1012348238	SANDRA MARCELA	GIL	QUEVEDO	MEDIO
76	1031127387	SANDRA MILENA	GONZALEZ	CASTELLANOS	BAJO
77	52772972	SENAIDA	CHAVEZ	PEREZ	BAJO
78	1010170017	SONIA DEL MAR	VILLAMIZAR	COBOS	BAJO
80	11310976	WILLIAM ANTONIO	LOZANO	CUELLAR	MEDIO

11. ACTIVACIÓN DE LA LÍNEA DE EMERGENCIA O TRASLADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD A MEDIO HOSPITALARIO, INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE TERCER Y CUARTO NIVEL CERCANAS AL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA.

La población atendida en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13 presenta múltiples condiciones de vulnerabilidad, entre ellas discapacidad cognitiva, dependencia funcional y, en algunos casos, patologías crónicas o condiciones clínicas inestables. Estas condiciones aumentan la probabilidad de eventos agudos que requieren atención médica urgente o emergente.

El protocolo de identificación y atención de eventos de riesgo contempla una ruta clara de actuación ante descompensaciones clínicas, emergencias vitales o alteraciones del estado general del participante. Esta ruta se conoce como "Ruta ABC" y garantiza el abordaje inicial, la estabilización y el traslado oportuno al nivel de atención pertinente.

Ruta ABC Institucional

 ALERTA Y VALORACIÓN INICIAL

- Identificación del evento de salud por el cuidador o profesional responsable.
- Valoración clínica inmediata por personal de enfermería o médico (si está presente).
- Aplicación de medidas básicas de estabilización, si aplica (control de signos vitales, posición de seguridad, soporte básico).
- Notificación inmediata al Coordinador.

 BÚSQUEDA DE ASISTENCIA Y ACTIVACIÓN DEL TRASLADO

- Verificación de afiliación EPS y revisión del protocolo de atención vigente.
- Contacto con el Hospital de La Vega como primer nivel de referencia en situaciones no críticas.
- Si el estado clínico requiere atención intermedia, se realiza traslado al Centro de Salud San Francisco.
- En casos urgentes o de alta complejidad, activación directa del traslado a hospital en Bogotá (según red prestadora de la EPS).
- Coordinación del transporte institucional o llamado a ambulancia asistencial, según el caso.

 COMUNICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

- Notificación inmediata a la familia o acudiente legal del participante.
- Registro detallado del evento en la historia social.

- Diligenciamiento de remisión o formato de traslado con diagnóstico presuntivo y medidas realizadas.
- Acompañamiento por personal designado si el participante lo requiere por condición cognitiva o estado clínico.
- Seguimiento posterior al evento para continuidad del cuidado y reporte a instancias pertinentes (EPS, red de urgencias, comité de calidad).

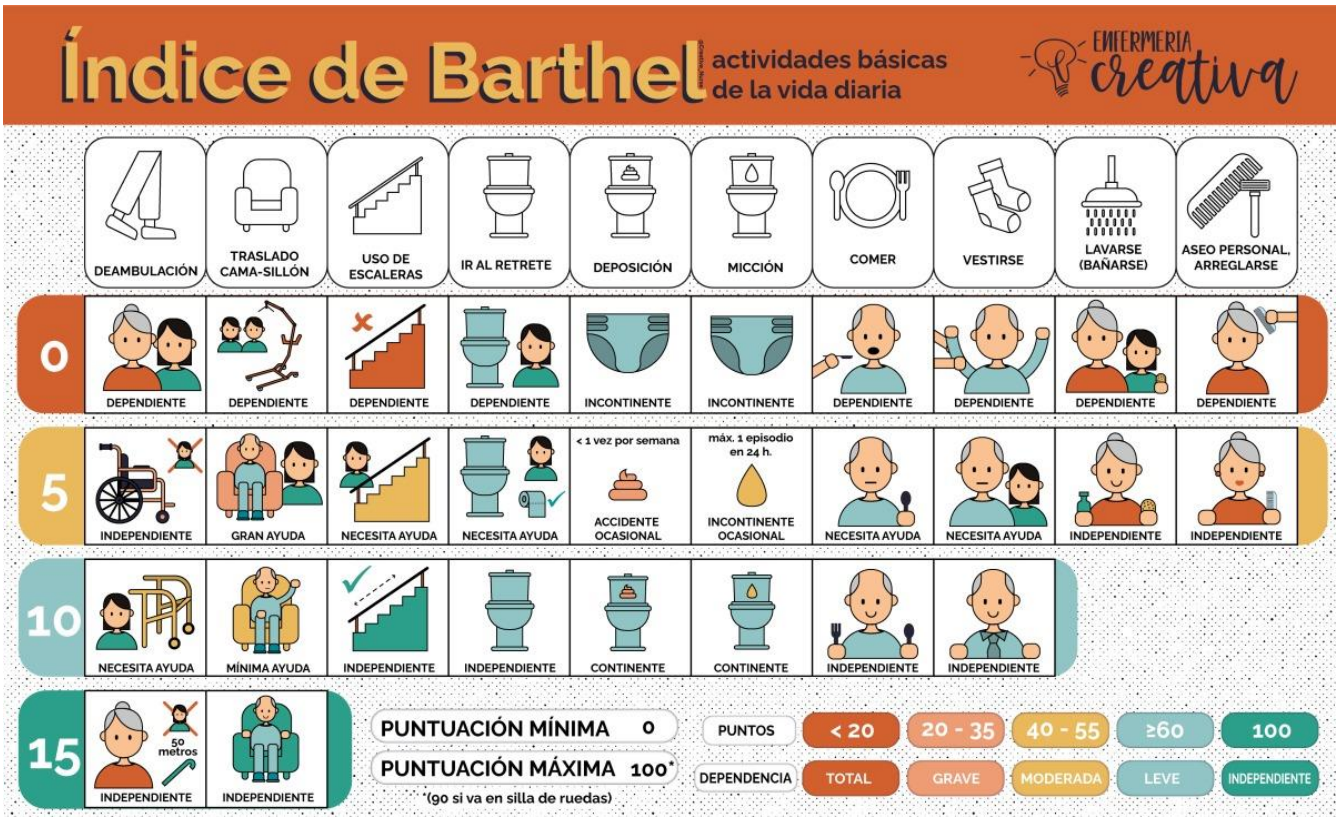
 Instituciones de referencia según nivel de urgencia

Nivel de atención	Institución	Ubicación
Primer nivel (no crítico)	Hospital de La Vega	La Vega, Cundinamarca
Segundo nivel (moderado)	Centro de Salud San Francisco	San Francisco, Cundinamarca
Tercer/cuarto nivel (crítico)	Hospital de referencia en Bogotá (según EPS)	Bogotá D.C.

VALORACIÓN DE ÍNDICE DE BARTHEL

En este aspecto es importante tener en cuenta que se debe valorar el grado de dependencia funcional y anticipar el riesgo clínico asociado a situaciones de emergencia que requieran activación del ABC o traslado a instituciones de tercer y cuarto nivel, se aplica la **Escala de Barthel** a la totalidad de los participantes. Esta herramienta permite identificar personas con mayores niveles de vulnerabilidad, facilitando una atención priorizada y eficiente ante eventos de riesgo agudo.

A continuación, se presenta el índice de Barthel con su interpretación



NÚMERO	DOCUMENTO	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Grado de independencia
1	1104703943	ACENETH	RODRIGUEZ	RINCON	GRAVE (25 PTOS)
2	53073948	ADRIANA MIREYA	SARMIENTO	PINEDA	GRAVE (25 PTOS)
3	80811027	ALEJANDRO	LOZANO	MELO	TOTAL (10 PTOS)
4	79183814	ALEXANDER	ACOSTA	NA	TOTAL (10 PTOS)
5	81715919	ALEXANDER	CALERO	LEAL	TOTAL (10 PTOS)
6	53906263	ALEXANDRA BEATRIZ	MOSQUERA	ARIZA	GRAVE (25 PTOS)
7	1136911094	ANDRES JULIAN	ARIAS	RAMIREZ	TOTAL (10 PTOS)

8	1001216307	ANDRY XELIZA	AGUILAR	CASTAÑO	GRAVE (25 PTOS)
9	53905454	ANTONIA MARÍA	VELASQUEZ	QUIÑONES	GRAVE (25 PTOS)
10	1024479675	AYDA MAGDALENA	MAGDALENA	ORJUELA	GRAVE (25 PTOS)
11	1019150070	BRANDON FELIPE	MELO	LANDECHO	GRAVE (25 PTOS)
12	11229794	CESAR AUGUSTO	ESPITIA	PRIETO	GRAVE (25 PTOS)
13	53049760	CLAUDIA PATRICIA	MURILLO	SERRANO	GRAVE (25 PTOS)
14	52409948	CLAUDIA	SUAREZ	SUAREZ	GRAVE (25 PTOS)
15	53905918	CRISTINA	MARTINEZ	VILLATE	TOTAL (10 PTOS)
16	1000335890	DAVID ALEJANDRO	AREVALO	FUQUEN	GRAVE (25 PTOS)
17	65557335	DELLANIRA	RONDON	NA	GRAVE (25 PTOS)
18	52814176	DIANA	CAROLINA	GUALTEROS	GRAVE (25 PTOS)
19	53906256	DIANA MARCELA	MURCIA	ESPINOSA	GRAVE (25 PTOS)
20	52409950	DORIS	FORERO	NA	GRAVE (25 PTOS)
21	1026563545	EDUARDO	CHAPEZ	NA	GRAVE (25 PTOS)
23	1136910037	ERIKA JOHANA	ARDILA	GOMEZ	TOTAL (10 PTOS)
24	1000986412	FABER ERNESTO	PULGARIN	GOMEZ	GRAVE (35 PTOS)
25	1023861271	FERNANDO	LOAIZA	CUPITRA	GRAVE (35 PTOS)
26	25138584	FERTIL DOVIA	PANCHA	TABARES	GRAVE (25 PTOS)
27	79183797	FRANCISCO ALONSO	TELLEZ	ALVAREZ	GRAVE (25 PTOS)
28	1136911089	GABRIEL ALBERTO	CASTELLANOS	CASTELLANOS	TOTAL (10 PTOS)
29	80403353	GIOVANNY ALEXANDER	MAHECHA	JIMENEZ	TOTAL (10 PTOS)
30	1136910038	INGRID CATHERINE	ARDILA	GOMEZ	GRAVE (25 PTOS)
31	53905648	INGRID LILIANA	PACHON	ACOSTA	GRAVE (25 PTOS)
32	52286673	JACINTA	BELTRAN	MORENO	GRAVE (25 PTOS)
33	113691796	JESSICA	RESTREPO	HOLGUIN	GRAVE (25 PTOS)

		PAOLA			
34	1022965576	JOAQUIN FERNANDO	BARRAGAN	CONTRERAS	GRAVE (25 PTOS)
35	1000338399	JOHAN SMITH	BUITRAGO	ESPINOSA	TOTAL (10 PTOS)
36	1136909031	JOHANA	AVILA	AVILA	GRAVE (25 PTOS)
37	79972241	JOHN	JAIRO	REAL	GRAVE (30 PTOS)
38	1012340974	JORGE ALEXANDER	VILLEGAS	HERNANDEZ	GRAVE (35 PTOS)
39	80144506	JORGE ANDRES	GAMBOA	CORTES	GRAVE (25 PTOS)
40	80811901	JOSE ALEXANDER	PATIÑO	MEDINA	TOTAL (10 PTOS)
41	79870178	JOSE ANTONIO	SALGUERO	LOPEZ	TOTAL (10 PTOS)
42	71313233	JOSE HUMBERTO	PEREZ	HERNANDEZ	TOTAL (10 PTOS)
43	1000216791	JOSE LUIS	RAMIREZ	SABRICA	TOTAL (20 PTOS)
44	80160175	JOSE LUIS	RIVERA	VEGA	TOTAL (10 PTOS)
45	79965639	JUAN ALBERTO	GARCIA	MEDINA	GRAVE (25 PTOS)
46	1000218002	JUAN CAMILO	SANCHEZ	PENAGOS	GRAVE (30 PTOS)
47	1014268861	JUAN SEBASTIAN	GONZALEZ	SANDOVAL	TOTAL (10 PTOS)
48	53906000	JUANA	MARTINEZ	LOPEZ	GRAVE (25 PTOS)
49	74282905	JULIO ERNERSTO	CASTILLO	VACA	TOTAL (10 PTOS)
50	1000157315	KEYNI MARÍA	BELTRAN	MOLINA	GRAVE (30 PTOS)
51	1013691871	LAURA MILENA	BOTERO	VALENCIA	GRAVE (25 PTOS)
52	53925276	LIGIA DEL PILAR	VANEGAS	RUIZ	GRAVE (20 PTOS)
53	1054678701	LILIA LEONOR	HURTADO	RODRIGUEZ	GRAVE (20 PTOS)
54	1010237331	LINDA STEFFANY	MONSOQUE	MUÑOZ	GRAVE (30 PTOS)
55	1022336860	LUIS ALBERTO	BARRETO	GUZMAN	GRAVE (30 PTOS)
56	74245682	LUIS ENRIQUE	NIÑO	ROBLES	GRAVE (30 PTOS)

57	1022401418	LUZ ANDREA	CASALLAS	CASTAÑEDA	GRAVE (20 PTOS)
58	53159830	LUZ ANGELICA	JABONERO	NAVARRO	GRAVE (20 PTOS)
59	20965476	LUZ ANGELICA	LEÓN	AVILAN	TOTAL (10 PTOS)
60	53905448	MAGDALENA	ZULUAGA	NA	GRAVE (20 PTOS)
61	39725520	MAGNOLIA	GARCIA	ROJAS	GRAVE (20 PTOS)
62	52025226	MARIA EDY	CUERVO	ARAGÓN	TOTAL (10 PTOS)
64	52410900	MARTHA	GOMEZ	NA	GRAVE (20 PTOS)
65	24586996	MONICA	POLOCHE	TIQUE	GRAVE (20 PTOS)
66	1023979597	NATHALIA	MIRANDA	GUERRERO	TOTAL (10 PTOS)
67	52286662	NOHORA EUGENIA	CRUZ	ROMERO	TOTAL (10 PTOS)
68	79183929	OSCAR	QUINTERO	MANCERA	GRAVE (20 PTOS)
69	81715940	PEDRO	CHARRY	NA	TOTAL (10 PTOS)
70	80055084	PEDRO ANTONIO	BERMEJO	HERNANDEZ	GRAVE (20 PTOS)
71	81715747	RAUL	PEREZ	VARGAS	GRAVE (20 PTOS)
72	52814649	ROCIO DEL PILAR	MOLINA	ORDOÑEZ	TOTAL (10 PTOS)
73	51762041	RUTH MARINA	ROMERO	GALINDO	TOTAL (15 PTOS)
74	1012348238	SANDRA MARCELA	GIL	QUEVEDO	TOTAL (15 PTOS)
75	20774735	SANDRA MARLENY	BOHORQUEZ	GARZÓN	GRAVE (25 PTOS)
76	1031127387	SANDRA MILENA	GONZALEZ	CASTELLANOS	GRAVE (25 PTOS)
77	52772972	SENAIDA	CHAVEZ	PEREZ	GRAVE (20 PTOS)
78	1010170017	SONIA DEL MAR	VILLAMIZAR	COBOS	TOTAL (15 PTOS)
79	79183798	WILLIAM	ALVAREZ	NA	GRAVE (20 PTOS)
80	11310976	WILLIAM ANTONIO	LOZANO	CUELLAR	TOTAL (15 PTOS)

12. **RIESGO DE AUTO Y HETEROAGRESIÓN**

En el proceso que se viene desarrollando con los participantes que se encuentran al interior del centro integrarte atención interna grupo 13, se han identificado diversos aspectos comportamentales los cuales han requerido diseñar nuevas herramientas de manejo para ser utilizadas por parte de todo el talento humano que se encuentre en el servicio, con el fin de evitar afectaciones físicas o emocionales en las personas con discapacidad presentes del Grupo 13, estas se encuentran enfocadas en preservar la integridad, brindar seguridad y garantizar el cuidado, por lo anterior se contextualizan las diversas técnicas de manejo, abordaje y acciones de mejora presentes a la hora de tener una alteración comportamental, iniciando con conceptos básicos que permiten reconocer el tema abordar:

- **CRISIS**

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

- **AGITACIÓN**

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

- **ALTERACIÓN**

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

- **CONDUCTA AGRESIVA:** aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por lo tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas. Es lo que se conoce como «agresividad hostil o emocional", y habrá que distinguirla de otro tipo de conducta agresiva que no tiene la finalidad de herir, la llamada «agresividad instrumental», que es «la que sirve de instrumento para...». Es por ello, que hay que distinguir los

agresores con orientación instrumental, que suelen ser aquellos que quieren demostrar ante el grupo su superioridad y dominio, de los agresores hostiles o emocionalmente reactivos, aquellos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y, además, no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio. No son frecuentes los comportamientos agresivos mixtos, es decir, los que reúnen ambas condiciones.

- **HETEROAGRESIVIDAD** se conoce como todas aquellas conductas o comportamientos agresivos que van dirigidos hacia otras personas. Estas agresiones incluyen insultos, agresiones físicas, todo con la finalidad de hacer daño a terceros.

- **PRÓDROMO:** es el período de tiempo que se presenta antes de la crisis que puede variar entre varios días e incluso meses.

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CRISIS**: identificación de los individuos susceptibles de sufrirlas y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecerlas. También se revisan las actuaciones protocolizadas existentes en las instituciones de salud para la atención a los pródromos de la enfermedad mental y la evaluación de riesgos.

- **INTERVENCIÓN:** se establecen recomendaciones en las intervenciones de los equipos asistenciales para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en riesgo de crisis, se aplican protocolos de seguridad para los servicios de hospitalización y se regulan las diversas medidas restrictivas.

- **FACTORES QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE CRISIS:**
  - No adherencia terapéutica: relacionada con las características de la organización de los servicios de salud.
  - Factores relacionados con el entorno del paciente.
  - Factores relacionados con el paciente y características del régimen terapéutico.
  - Denegación o abandono del tratamiento.
  - Ausencia o precariedad de la red de apoyo del paciente.

- **AGRESIVIDAD:** hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos. Podemos decir que la agresión es un comportamiento fisiológico normal que utiliza un organismo para sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, en los trastornos mentales, puede ser el resultado de un estado de agitación mantenido que no se ha resuelto, la reacción emocional inadecuada ante una frustración o una reacción defensiva ante afrentas o amenazas reales o imaginarias.

- **VIOLENCIA:** según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de

causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones

FALLAS Y/O FACTORES CONTRIBUTIVOS EN EL CPS PARA LA PRESENTACIÓN DE AGRESIONES

- **Paciente:**
  - Patologías mentales de base (Esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, Trastorno Delirante, Trastorno Depresivo severo, etc)
  - Discapacidad cognitiva generalmente asociadas a trastornos de conducta (Retraso Mental en todos sus grados)
  - Secuelas de enfermedades Neurológicas que llevan a incremento de agresividad (Síndromes convulsivos, Síndromes frontales, Demencias, etc)
  - Riesgo de suicidio en pacientes con abandono social, discontrol de impulsos, comorbilidad mental, etc.
  - Tratamientos farmacológicos (psicofármacos), no adherencia o rechazo del mismo por el paciente.
  - Ser de género masculino por la mayor prevalencia de agresión.
  - Manejo de las relaciones emocionales con los referentes familiares en los que realizan promesas no cumplidas que aumentan su estado agresividad.

- **Individuo:**

  - Falta de adherencia a los protocolos para manejo de conductas agresivas
  - Fallas en la observación cotidiana de las personas con el riesgo de agresividad y de todos los usuarios del centro de protección en los síntomas prodrómicos de la enfermedad mental.
  - Falla en la adherencia a los protocolos de inmovilizaciones
  - Falta de entrenamiento de los pacientes en el afrontamiento de pacientes agresivos
  - Falta de entrenamiento en la detección de agresión inminente (pródromos) para la prevención.
  - Falla en adherencia en protocolos de prevención de agresividad dentro del centro
  - Falta de entrenamiento en administración de medicamentos o falla en aplicación de estrategias según protocolos de administración de medicamentos.
  - No seguimiento al rechazo de tratamiento farmacológico.
  - No adherencia al protocolo de manejo de las pertenencias de las personas atendidas.

- **Ambiente:**
  - Hacinamiento
  - No identificación de la población con alto riesgo de presentar agresiones.
  - Sobrecarga laboral
  - Cansancio del personal.
  - Ausencia de sistemas de bloqueo en puertas o ventanas de acceso a espacios de

riesgo.
- Ausencia de áreas con acceso restringido para el almacenamiento de elementos de custodia.
- Ausencia de infraestructura que facilite el monitoreo visual constante del paciente por parte del personal asistencial.
- Ausencia de espacios adecuados para el desarrollo de procesos de atención.

➢ **Equipo de trabajo:**
- Comunicación no asertiva en el grupo de trabajo.
- Poco personal para la gran cantidad de usuarios dentro del Centro con potencial para la agresividad.
- Errores en el seguimiento o monitoreo del personal administrativo
- No socialización de los lineamientos del comité de seguridad del paciente al personal asistencial.

➢ **Organización y gerencia:**
- Fallas en los procesos de inducción.
- No ejecución de plan de capacitaciones del programa de seguridad del paciente.
- No identificación de la población con alto riesgo de caída.
- No mantenimiento de las ayudas técnicas o infraestructura.
- No seguimiento a la gestión de los eventos adversos.
- No seguimiento con los indicadores.
- Ausencia de políticas para la documentación, actualización y socialización de un protocolo de valoración y manejo de la persona institucionalizada con riesgo de conducta agresiva.
- Ausencia de políticas para la definición de la cantidad de personal asistencial y de soporte según las necesidades del servicio.
- Ausencia de procesos de selección por competencias del talento humano a través de la cualificación y experiencia.

ACCIONES PREVENTIVAS POR GENERAR ANTE LA PRESENCIA DE UN EVENTO DE RIESGO EN LO REFERENTE A AUTO Y HETERO AGRESIÓN
- Capacitar al personal de protección en la aplicación de protocolos a través del conocimiento de variables y uso de estrategias de control y regulación de conductas problema.
- Sustentar la pertinencia de la contratación de un número de personas idónea para la realización de procesos asistenciales acordes con las necesidades de la población institucionalizada. Esta práctica segura debe ejecutarse al momento de revisar la construcción de los anexos técnicos.
- Diagnóstico de espacios de riesgo a través de la evaluación de incidencias de conductas.
- Habilitación de espacios para custodiar elementos potenciales para la ejecución de conductas agresivas.
- Habilitación de espacios de intervención individual de acuerdo con normatividad

legal vigente.

- Diseño, implementación y actualización de protocolos relacionados con el abordaje y manejo de conductas agresivas.
- Diseño, implementación y actualización de un protocolo de manejo y custodia de objetos potencialmente lesivos.
- Clasificación e identificación de las personas con mayor riesgo de presentar agresiones
- Diagnóstico de condiciones de infraestructura para mejorar los espacios para las contenciones ambientales y el manejo y custodia de las pertenencias de las personas atendidas.
- Entrenamiento de grupo analizador
- Desde el ingreso de la persona atendida con antecedentes de agresiones se debe generar un plan de intervención en cabeza de grupo de psicología y no solo en las reincidencias.
- Capacitaciones al talento humano que amerite sobre el riesgo de agresiones.
- Identificación de la población con alto riesgo de agresiones mediante las reincidencias de los eventos y observación de conductas agresivas.
- socializar conductas agresivas con psiquiatría
- Identificación de las pertenencias de la totalidad de las personas atendidas.
- En el momento de las valoraciones y estudio de caso de la persona que ingresa a la institución se genera un plan de intervención para la prevención de agresiones, socializado y seguido por el grupo de psicología.
- Ajuste a documentación de inmovilizaciones realizadas por el área de enfermería
- Implementación de documento de inmovilizaciones y medición de adherencia, mediante ronda de seguridad a cargo del jefe de enfermería.
- Implementación del documento de seguimiento a personas institucionalizadas con cambio de tratamiento farmacológico, mediante auditoría interna a cargo de jefes de enfermería.
- Seguimiento y supervisión a las actuaciones en agresiones y supervisión a cargo de jefes de enfermería.
- Socialización del lineamiento de manejo de agresiones a todo el personal asistencial del centro de protección mediante capacitación.
- Análisis de las agresiones presentadas en el mes según caracterización por los métodos de espina de pescado.
- Mantener orden y aseo las diferentes áreas del centro de protección para disminuir el riesgo de caída de las personas institucionalizadas.
- Realizar el desarrollo de los planes de intervención emitidos por el grupo de psicología.

13. RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIÓN POR CUERPOS EXTRAÑOS

Los primeros auxilios son de vital importancia ya que en nuestro día a día puede surgir una emergencia sanitaria, en cualquier lugar que no sea un centro sanitario. Por eso es importante estar formado en esta materia ya que se pueden salvar vidas.

El atragantamiento se produce cuando un objeto extraño se aloja en la garganta o en la tráquea y bloquea el flujo de aire. En los adultos, muchas veces provoca un pedazo de comida.

Debido a que el atragantamiento interrumpe el oxígeno que va al cerebro, debemos realizar los primeros auxilios lo más rápido posible.

El atragantamiento y la introducción accidental de cuerpos extraños representan una amenaza significativa para la vida y bienestar de los participantes con déficit cognitivo, debido a factores como la dificultad para masticar o tragar (disfagia), la impulsividad, la conducta oral exploratoria, y el desconocimiento del peligro. Estos eventos pueden provocar asfixia, infecciones, traumatismos internos, y en casos graves, la muerte si no se actúa de manera inmediata y adecuada.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante establecer medidas de identificación, prevención, atención y respuesta inmediata ante el riesgo de atragantamiento y lesiones por cuerpos extraños en los participantes del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13, garantizando su seguridad durante la alimentación, manipulación de objetos y actividades diarias.

Factores de Riesgo Asociados

- Dificultad para deglutir o masticar (disfagia).
- Desconocimiento del riesgo por déficit cognitivo.
- Consumo de alimentos de consistencia inadecuada.
- Ingesta rápida o sin supervisión.
- Presencia de objetos pequeños al alcance.
- Uso de prótesis dentales mal ajustadas.
- Conductas de autoestimulación oral o pica.

Acciones Preventivas

Acción	Responsable	Frecuencia
Valoración de deglución por profesional de salud (fonoaudiólogo)	Profesional de salud	Inicial y seguimiento
Asignación de dieta según capacidad de deglución (licuada, blanda, etc.).	Nutricionista, auxiliar de enfermería	Diaria
Supervisión permanente durante las comidas.	Auxiliar de enfermería	Diaria
Evitar dejar objetos pequeños o desmontables al alcance del participante.	Todo el personal	Permanente
Capacitación al personal en maniobra de Heimlich.	Enfermería	Trimestral
Monitoreo de episodios de tos o asfixia y registro inmediato.	Enfermería	En el momento del evento

Acción	Responsable	Frecuencia
Revisión de prótesis dentales o dispositivos orales.	Odontólogo o auxiliar	Trimestral o si hay cambios

Ruta de Actuación en Caso de Evento

1. Activar protocolo de emergencia (ABC).
2. Realizar maniobra de Heimlich si hay obstrucción.
3. Si no hay respuesta, llamar línea de emergencia y realizar RCP si es necesario.
4. Traslado inmediato al centro hospitalario más cercano si persiste la emergencia.



ACCIONES POR GENERAR ANTE EVENTO DE RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS.

- Capacitaciones que contemple las estrategias de en caso de atragantamiento de los participantes
- Estipular dieta de acuerdo a la masticación y facilidad de deglución a cargo de nutricionista y fonoaudióloga.
- Realización de maniobra de heimlich en caso de atragantamiento

14. RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS.

El contacto directo o indirecto con aparatos eléctricos o instalaciones eléctricas representa un peligro grave para los participantes con déficit cognitivo, especialmente por su limitada capacidad para reconocer señales de advertencia o percibir el riesgo. La manipulación

accidental de enchufes, cables, electrodomésticos o áreas con energía activa puede derivar en quemaduras, lesiones graves o electrocución, además de representar una amenaza de incendio o daño estructural en la institución.

Factores de Riesgo Asociados

- Enchufes sin tapas de seguridad o expuestos.
- Cables pelados, mal aislados o al alcance de los participantes.
- Uso inadecuado de electrodomésticos o cargadores.
- Falta de supervisión en zonas con equipos eléctricos.
- Conducta exploratoria de los participantes.
- Instalaciones obsoletas o sin mantenimiento.
- Dispositivos en mal estado o no certificados.

Acciones Preventivas

Acción	Responsable	Frecuencia
Inspección periódica de la infraestructura eléctrica.	Mantenimiento / Coordinador	Mensual o por reporte
Instalación de tapas protectoras en enchufes.	Mantenimiento	Permanente
Ubicar electrodomésticos fuera del alcance de los participantes.	Todo el personal	Permanente
Capacitación del personal sobre manejo de emergencias eléctricas.	Coordinación / Seguridad	Trimestral
Etiquetado visible de “NO TOCAR” en aparatos o áreas peligrosas.	Mantenimiento / Seguridad	Permanente
Mantenimiento preventivo de todos los equipos eléctricos institucionales.	Técnico autorizado	Trimestral
Registro y reporte inmediato de fallas eléctricas.	Todo el personal	En el momento del hallazgo

Ruta de Actuación en Caso de Evento Eléctrico

1. Cortar la fuente de energía desde el disyuntor o tablero principal.
2. No tocar a la persona afectada mientras esté en contacto con el dispositivo.
3. Activar la línea de emergencia institucional.
4. Valorar signos vitales y aplicar primeros auxilios si hay lesiones.
5. Realizar traslado inmediato si se presentan quemaduras o pérdida de conciencia.
6. Registrar el incidente y realizar análisis causa-raíz.

Consecuencias de contacto con instalaciones eléctricas:

- ✓ Choque eléctrico por contacto con elementos en tensión (contacto eléctrico directo), o con masas puestas accidentalmente en tensión (contacto eléctrico indirecto).
- ✓ Quemaduras por choque eléctrico, o por arco eléctrico.

- ✓ Caídas o golpes como consecuencia de choque o arco eléctrico.
- ✓ Incendios o explosiones originados por la electricidad.

ACCIONES POR GENERAR ANTE EVENTO DE RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS

- Clasificación e identificación de las personas con mayor riesgo de contacto con aparatos e instalaciones eléctricas
- Diagnóstico de condiciones de infraestructura para mejorar los espacios para los aparatos e instalaciones eléctricas
- Mantener las instalaciones eléctricas a una altura que no permita el acceso a los participantes a poder tocarlas
- Mantener en buen estado los cables e instalaciones eléctricas.
- Mantener fuera de contacto los aparatos con el fin de evitar la manipulación de los mismos con los participantes.
- Capacitaciones al talento humano que amerite sobre el riesgo de contacto con aparatos e instalaciones eléctricas

15. RIESGO DE EVASIÓN

El riesgo de evasión hace referencia a la posibilidad de que un participante del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13 abandone sin autorización las instalaciones, lo cual puede derivar en situaciones de peligro para su integridad física, emocional o legal, especialmente por tratarse de una población con déficit cognitivo y, en muchos casos, con dificultad para orientarse, comunicarse o identificar peligros en el entorno. La evasión puede generar pérdidas humanas, crisis familiares, conflictos institucionales y responsabilidades jurídicas.

Factores de Riesgo Asociados

- Alteraciones del comportamiento (agitación, impulsividad, ansiedad).
- Falta de supervisión directa o vigilancia activa.
- Puertas y accesos sin control o cerradura de seguridad.
- Desconocimiento de los límites del entorno institucional.
- Desorientación espacial o confusión temporal.
- Momentos de alta circulación o cambio de turnos.
- Ausencia de barreras físicas apropiadas.
- Que se haya institucionalizado sin el conocimiento del paciente,
- Manifestaciones verbales de querer evadirse
- Ausencia de vínculo familiar o vínculo disminuido.
- Evaluación incorrecta del paciente con riesgo de evasión de las personas institucionalizadas
- No diseño de plan de intervención a las personas con alto riesgo de evasión.
- Fallas en los procesos de inducción.

- No ejecución de plan de capacitaciones del programa de seguridad del paciente.
- No identificación de la población con alto riesgo de riesgo de evasión.
- No mantenimiento de la infraestructura de la institución.
- No seguimiento a la gestión de los eventos adversos.
- No seguimiento con los indicadores.

Acciones Preventivas

Acción	Responsable	Frecuencia
Identificación de participantes con alto riesgo de evasión.	Equipo interdisciplinario	Mensual o al ingreso
Refuerzo de barreras físicas (cerraduras, portones, cámaras).	Mantenimiento / Seguridad	Permanente
Control de accesos mediante sistema de registro y vigilancia.	Seguridad / Administración	Diario
Supervisión directa en horarios críticos (comidas, visitas, salidas).	Cuidadores / Enfermería	Diario
Capacitación al personal en contención verbal y protocolos de búsqueda.	Psicología	Trimestral
Señalización y alarmas en puntos de fuga potenciales.	Seguridad / Mantenimiento	Permanente
Registro de incidentes y planes de mejora continua.	Enfermería	Inmediato y mensual

CONSECUENCIAS DE LA PRESENTACIÓN DE EVASIONES EN EL CENTRO DE PROTECCIÓN

- Tendría dos momentos Intento de evasión
- Lesión física al intentar trepar, arrastrarse, cruzar zonas no aptas para la salida de la institución
- Lesión física al forcejear con equipo terapéutico o personal de vigilancia para evitar la evasión.
- Lesión física por riesgo de caída, o luxación en actividad de huida
- En evasión:
- Riesgo de accidente de tránsito (peatón) por estar bajo efectos en algunos casos de psicofármacos y reducir los tiempos de reacción así como alteración de desempeño cognoscitivo y motor en algunos casos
- Riesgo de ser víctimas de agresiones físicas, sexuales, psicológicas
- Riesgo de descompensación de la patología mental de base al no contar con atención médica ni fármacos ni cuidadores

ACCIONES POR GENERAR PARA MITIGAR EL RIESGO DE EVASIÓN

- Desde el ingreso de la persona atendida con antecedentes de Evasiones, se debe generar un plan de intervención en cabeza de grupo de psicología y no solo en las reincidencias
- Generar un plan preventivo de manejo de las personas que ingresan a la institución durante los primeros 30 días de institucionalización y que se definirá en la reunión de estudio de caso.
- Capacitaciones a todo el personal que contemple el riesgo de presentación de eventos de evasión.
- Entrenamiento y educación de grupo multidisciplinario profesional y no profesional para evaluación del riesgo de evasión
- Socialización del lineamiento de prevención y manejo de eventos de evasión
- Implementación de las adecuaciones de la infraestructura: adecuación estructural de los posibles sitios de evasión (jardines, alambrados, iluminación adecuada)
- Ubicación de los sitios frecuentes utilizados para evasión del centro y revisión estructural de los mismos para su corrección.
- Reporte de eventos de evasión
- Implementación de los planes de intervención de las personas con alto riesgo en el periodo de adaptación.
- Evaluación clínica en los pacientes que presenten cambios comportamentales o que presenten indicadores de alto riesgo para evasión.
- Por personal de seguridad si observan conductas de riesgo avisar a personal clínico
- Entrenamiento y educación de las personas institucionalizadas con trastornos bipolares, trastornos del afecto no especificados, trastornos depresivos, trastornos por descontrol de impulsos, trastornos neurológicos (epilepsia) etc., en mecanismos de autorregulación interna y expresión emocional para informar al equipo cuando tuviesen deseos de egresar de la institución. De igual manera instrucción sobre los procesos que se deben llevar a cabo para lograr su salida (sin evasión) en caso de poder realizarse.
- Socialización del lineamiento de prevención y manejo de evasión a todo el personal asistencial del centro de protección mediante capacitación.
- Reporte de eventos de evasión que se presentan en el centro de protección en el mes.
- Desarrollo de los planes de intervención y prevención diseñados por el grupo interdisciplinario

Ruta de Actuación en Caso de Evasión

1. Activar inmediatamente el protocolo de búsqueda interna y cerrar accesos.
2. Notificar a seguridad, coordinación y familiares o responsables legales.
3. Revisar cámaras o registros para ubicar la posible ruta de salida.
4. Contactar a la Policía si en 15 minutos no se ubica al participante.
5. Realizar informe del evento con análisis de causa raíz.

6. Reforzar acciones preventivas con base en lo ocurrido.

16. RIESGO DE ABUSO SEXUAL. RUTA DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA.

En el ámbito nacional, la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables. La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas. Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual 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. Como urgencia no tiene pagos compartidos ni otros condicionantes (semanas mínimas de cotización) para su atención inmediata, en ninguna parte del territorio nacional. Atender con calidad y oportunidad permite impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector se tiene ante las víctimas de violencia sexual.

La violencia sexual se ha posicionado progresivamente como un tema de gran interés para el país, por lo tanto, su abordaje ha avanzado en torno a la necesidad de brindar respuestas integrales a las personas que la sufren. Para el sector salud la violencia sexual ha sido reconocida como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y serías afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen.

Por otra parte, es importante resaltar las siguientes definiciones que hacen parte de este riesgo;

- **Abuso sexual:** Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima pueden ser del orden de la "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como

mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

- **Acceso carnal:** según el Código Penal Colombiano, se entiende por acceso carnal "la penetración del miembro viril por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto"

- **Acceso carnal violento:** penetración de miembro viril por vía anal, vaginal u oral,así como la penetración vaginal u anal de cualquier otra parte del cuerpo humano.

- **Acto sexual con menores de 14 años:** se refiere a los actos sexuales diversos delacceso carnal con menores de 14 años o en su presencia, o la inducción a prácticas sexuales.

- **Acto sexual diverso del acceso carnal:** se considera como aquel comportamiento de índole sexual, "apropiado para estimular la lascivia (lujuria, lubricidad, lívido) del autor y de la víctima o, al menos, de uno de ellos", y que sea diferente del acceso carnal.

- **Cadena de custodia:** es el procedimiento que se aplica para garantizar la permanencia de las condiciones de integridad, identidad, preservación, seguridad, continuidad y registro de los elementos físicos de prueba, así como la documentación de los cambios hechos en ellos por cada custodio, desde que estos son encontrados y recolectados hasta la finalización de la cadena por orden de la autoridad competente.

- **Elemento Material Probatorio (EMP):** de manera general se entiende por EMP y EF cualquier objeto, instrumento o medio de conocimiento conducente al descubrimiento de la verdad, tales como huellas, marcas o rastros de origen físico, químico, biológico o electrónico, perceptibles a través de los sentidos o mediante la utilización de tecnología forense, cuyo análisis proporciona las bases científicas o técnicas para encaminar la investigación penal, lograr la identificación del autor o autores, y así confirmar o descartar la comisión de una conducta punible y la reconstrucción de los hechos Evidencia Física (EF): "Cualquier elemento tangible pequeño o grande (incluye los EMP antes mencionados), cuyo análisis produce información que puede confirmar o descartar a una hipótesis sobre un punto en cuestión en un tribunal competente.
  Por ejemplo, una mancha de sangre recuperada en la escena o del cadáver o de la persona examinada. Se encuentran señalados de manera enunciativa en el artículo 275 del Código de Procedimiento Penal, Ley 906 de 2004". Evidencia Traza: es un término genérico que se utiliza para referirse a los elementos Materiales probatorios y evidencias físicas muy pequeños, con frecuencia microscópicos; puede ser de origen biológico (por ejemplo, semen, sangre, cabellos y/o pelos, saliva y células epiteliales de la boca, polen y material vegetal diverso, etc.) o no biológico (por ejemplo, fibras, fragmentos de pintura o vidrio, partículas del suelo, residuos de pólvora, etc.). Su importancia radica en el principio de intercambio de Locard, es decir, la transferencia de elementos o partículas entre dos superficies en contacto.

ACCIONES POR GENERAR PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ABUSO SEXUAL. RUTA DE ACTIVACIÓN DE CÓDIGO BLANCO Y ACCIONES DE PROTECCIÓN PARA LA PRESUNTA VÍCTIMA

Con los participantes:

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

Con el talento humano:

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

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

1) Al identificar el caso se dará aviso al jefe inmediato y a la coordinación,
2) Trasladar ala persona con discapacidad de manera urgente al area medica hospitalaria e informar hechos y hallazgos
3) Mantener cadena de custodia y vigilancia a partir del momento del hallazgo y durante todo el proceso de atención e investigación
4) Información de suceso al referente técnico y equipo de supervisión de la SDIS
5) Pedir apoyo con la búsqueda inmediata ante la estación de Policía Nacional y/o ante la fiscalía más cercana, indicando datos de identificación de la persona, características y hallazgos

6) Información a la red de apoyo familiar o social en el caso que se cuente. De manera inmediata.
7) Acompañamiento y orientación a la familia.
8) Información al Equipo de Supervisión vía correo electrónico, con copia al Coordinador-a del Servicio. Reportando los hechos; tiempo, modo y lugar, de cómo ocurrió el presunto caso de abuso.
9) Seguimiento al caso. Remisión de informe diario que describa las acciones desarrolladas de la persona con discapacidad, los resultados obtenidos y evidencias (documentos) de las gestiones realizadas.
10) Colaboración del CIAI grupo 10 en todos los trámites pertinentes requeridos para el proceso médico-legal pertinente.

BIBLIOGRAFÍA:

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Guía técnica: Estrategias para mejorar la seguridad del paciente en los hospitales*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Seguridad del paciente: Una prioridad para los sistemas de salud*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34404
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Manual de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*. Resolución 2654 de 2019. https://www.minsalud.gov.co
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, 61–65.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). *The Braden Scale for predicting pressure sore risk*. Nursing Research, 36(4), 205–210.
- Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. National Corporation for the Care of Old People.
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program*. Springer Publishing Company.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Guía de Práctica Clínica para la prevención de caídas en el ámbito hospitalario*. https://www.minsalud.gov.co
- Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidados (NICE). (2014). *Pressure ulcers: prevention and management*. https://www.nice.org.uk/guidance/cg179
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2022). *Lineamientos técnicos para la prevención del abuso sexual infantil y la atención integral a víctimas*.

https://www.icbf.gov.co

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Directrices para la atención médica a víctimas de violencia sexual*. https://www.who.int/publications/i/item/924154628X
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Lineamientos para la conformación y operación de redes integrales de servicios de salud en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad*. https://www.funcionpublica.gov.co
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud*. http://www.secretariasenado.gov.co
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud*. http://www.secretariasenado.gov.co
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019 – Habilitación de servicios de salud*. https://www.minsalud.gov.co