CONVENIO 7359/2025

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FOR-GD-002

PLAN DE PREVENCION DE ACCIDENTES

CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 4

PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD

TABLA DE CONTENIDO

IDENTIFICACION Y PREVENCION DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 3
OBJETIVO 4
Objetivos específicos 4
CAÍDAS 5
OBJETIVOS 5
ESCALA DE MORSE 8
RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESION 14
AUTOAGRESIÓN 16
HETEROAGRESIVIDAD 18
MANEJO DE LA REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DE FRECUENCIA DE EVENTOS DE EVASIÓN 19
ATRAGANTAMIENTO 30
TIPOS DE ATRAGANTAMIENTO 31
RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS 34
EVENTO ADVERSO 38
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 39
ESPINA DE PESCADO 40
Riesgo de Abuso Sexual 42
Riesgos Talento Humano y visitantes 43
BIBLIOGRAFÍA 45

IDENTIFICACION Y PREVENCION DE RIESGOS POTENCIALES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

- Los utensilios de aseo, durante el baño no se deben dejar en el piso, promueve a que ocurra algún accidente.
- Verificar que las sillas se encuentren en buen estado con el fin de prevenir caídas.
- Evitar que la persona con discapacidad, tenga bajo su custodia elementos cortopunzantes, que le puedan ocasionar daño.
- Si la persona con discapacidad está impedida totalmente en el proceso de cambios de posición, cambio de pañal, higiene mayor o menor y cambios de silla a cama y viceversa, siempre realizar estas actividades en compañía de otra persona.
- Estar pendiente siempre de la limpieza del piso o área donde se encuentre reunida la personas con discapacidad, con el fin de prevenir deslizamientos.
- Atender de forma oportuna a la persona con discapacidad frente a alguna necesidad que tenga.
- Brindar educación a la persona con discapacidad, para que evite correr o desplazamientos acelerados que pueden potencializar el riesgo a alguna caída.

OBJETIVO

Evitar accidentes en las personas con discapacidad provocados por cualquier riesgo potencial aquí abordado y así prevenir complicaciones a nivel hemodinámico y mental de las personas con discapacidad y fomentar ambientes seguros, que prevengan la aparición de un accidente.

Objetivos específicos:

- Brindar acompañamiento en las actividades de cuidado de acuerdo a las necesidades de la población.
- Verificar las condiciones de salud de la población que puedan representar un riesgo para la integridad de las personas con discapacidad
- Registrar los cambios en las condiciones fisiológicas de cada participante, para evaluar sus características y posibles riesgos a prevenir o mitigar

CAÍDAS

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas. TIPOS Accidental (factor extrínseco) No accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la deambulación.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Manipulación del entorno físico de la persona con discapacidad, para fomentar la seguridad de las personas con discapacidad Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, (Decreto 1011/2006 SOGC) CUYO OBJETIVO es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

OBJETIVOS

Objetivo General

Unificar criterios de prevención y actuación para disminuir el riesgo de caídas y aumentar la seguridad de las personas con discapacidad.

Objetivos Específicos

- Identificar los errores o fallas más comunes que pueden ocasionar caídas durante la atención
- Disminuir el número de caídas en las personas con discapacidad y eventos adversos derivados de las mismas.
- Fomentar la cultura de seguridad entre profesionales, auxiliares de enfermería y familia.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas
- Detectar cuáles son las fallas en la atención que pueden contribuir a la aparición de caídas en las personas con discapacidad e Identificando los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención en cuidado de las personas con discapacidad Identificar las

barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas servicio social centro integrarte.

TIPO DE CAÍDAS:

- **Caídas Accidentales:**

Son involuntarias, no predecibles**,** no es culpa de la persona con discapacidad y caen por la presencia de condiciones causantes como: derrames en el piso, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, tropezón, marcha anormal o débil, marcha con arrastre de los pies (Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente se pueden prevenir).

- **Caídas Fisiológicas Anticipadas**:

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

- **Caídas fisiológicas No Anticipadas:**

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

ACCIONES DE CONTROL TRASLADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

- Bloquear las ruedas de las sillas O sillas de baño
- Disponer de sillas con altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos.
- Utilizar las técnicas adecuadas para la movilización y traslados con ayudas técnicas.

ACCIONES DE CONTROL PROPIAS DE LA DISCAPACIDAD DE LOS PARTICIPANTES:

- Identificar las alteraciones cognitivas.
- Revisar las historias previas de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio.
- Ayudar a la deambulación a las personas con discapacidad inestables.
- Ayudar a ir al baño.

RESPONSABLES

Todo el personal de contacto directo con la persona con discapacidad, tanto de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), como indirecto (guardas, servicios generales etc.), debe ser partícipe en la prevención de caídas.

PROCEDIMIENTO

1. Mediante identificadora visual valorar el riesgo de caída de las personascon discapacidad
2. Valorar el riesgo de caída en las personas con discapacidad aplicando la Escala de riesgo de caídas de MORSE
3. Clasificar el riesgo, identificando con colores de acuerdo a los criterios establecidos.

ESCALA DE MORSE

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**	**ACCIÓN**
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 de ruedas, 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.

TABLA DE RIESGOS						
N°	**TIPO DE DOCUMENTO**	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**RIEGO DE CAIDA (MORSE)**	**RISGO DE UPP**	**RIESGO DE EVASIÓN**
1	CC	51766600	ADA MERY VELASQUEZ BERNAL	ALTO	BAJO	MEDIO
2	CC	1031800188	ADRIANA MARCELA SILVA LOPEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
3	CC	1030553522	ANDREA KATHERINE ROMERO CUBIDES	BAJO	BAJO	BAJO
4	CC	1136911571	ANGIE PAOLA CONTRERAS GARZÓN	ALTO	BAJO	BAJO
5	CC	1023994932	ARNULFO REINA MORENO	ALTO	BAJO	MEDIO
6	CC	81715939	BAUDILIO DURAN	ALTO	BAJO	BAJO
7	CC	13689446	BELARMINO RODRIGUEZ AMADO	ALTO	BAJO	BAJO
8	CC	52069105	BLANCA CECILIA BARCARCEL	BAJO	BAJO	BAJO
9	CC	1016015542	BRAYAN STEVEN GOMEZ PEÑA	BAJO	BAJO	BAJO
10	CC	1.000.921.039	CARLOS ANTONIO TABORDA GUTIERREZ	BAJO	BAJO	MEDIO
11	CC	1032436683	CARLOS FREDDY GONZALEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
12	CC	98.658.870	CARLOS MARIO RENDON BLANDON	ALTO	BAJO	BAJO
13	CC	81716001	CARLOS RAMIREZ	BAJO	BAJO	BAJO
14	CC	1127612261	DAIRO LUIS BAZA SERRA	BAJO	BAJO	ALTO
15	CC	72435034	EDGAR ALBERTO ZAPATA HERNANDEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
16	CC	80014687	EDGAR GIOVANNI SUAREZ CALDERON	BAJO	BAJO	BAJO
17	CC	80061444	ENRIQUE CERON CASTILLO	BAJO	BAJO	ALTO
18	CC	1053323669	ERIKA ALEJANDRA VILLALOVOS ROCHA	BAJO	BAJO	MEDIO
19	CC	1.013.593.883	FERNANDO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
20	CC	79939440	FERNANDO SAGANOME	BAJO	BAJO	BAJO
21	CC	1019135250	FLOR AZUCENA PADILLA BOLAÑOS	BAJO	BAJO	ALTO
22	CC	79351648	GILBERTO RODRIGUEZ RAMIREZ	BAJO	BAJO	BAJO
23	CC	81715961	HELVER RINCON	BAJO	BAJO	BAJO
24	CC	52024969	ISABEL ROJAS LOPEZ	BAJO	BAJO	BAJO

25	CC	79911773	JACINTO MONTENEGRO	BAJO	BAJO	BAJO
26	CC	80020137	JAVIER ARMANDO BARRETO LOPEZ	ALTO	BAJO	BAJO
27	CC	1020723795	JAVIER RAMOS	ALTO	BAJO	BAJO
28	CC	1024514514	JENIFER ANDREA BUSTOS CANTILLO	BAJO	BAJO	ALTO
29	CC	79423840	JESUS AGUILERA SANCHEZ	BAJO	BAJO	BAJO
30	CC	1078826276	JHON JAIRO BOBADILLA PEÑA	BAJO	BAJO	MEDIO
31	CC	80002076	JOAN MANUEL ORTIZ CORDOBA	BAJO	BAJO	BAJO
32	CC	1136909087	JOHN FREDY MONDRAGON	BAJO	BAJO	BAJO
33	CC	1030593344	JOSE DEL CARMEN GALINDO	BAJO	BAJO	ALTO
34	CC	80064140	JOSE GIOVANNI RICO GARZON	BAJO	BAJO	BAJO
35	CC	1023866671	KAREN PATRICIA BELTRAN RICO	BAJO	BAJO	ALTO
36	CC	23876161	LIDA YISEL PINILLA BURGOS	BAJO	BAJO	MEDIO
37	CC	52296448	LINA MARIA OLAYA GARCIA	BAJO	BAJO	ALTO
38	CC	1024514513	LINDA LISET BUSTOS CANTILLO	BAJO	BAJO	ALTO
39	CC	80048518	LUIS HERNANDO MOLINA LINARES	BAJO	BAJO	MEDIO
40	CC	52199986	LUZ ADRIANA HERRERA DIAZ	BAJO	BAJO	BAJO
41	CC	1105782090	LUZ ANGELA MORALES	BAJO	BAJO	ALTO
42	CC	52359138	LUZ MARINA BELLO	BAJO	BAJO	BAJO
43	CC	80015836	MANUEL ALEXANDER GOMEZ DUQUE	BAJO	BAJO	BAJO
44	CC	1032375304	MARCO TULIO GUASCA BARRAGAN	BAJO	BAJO	BAJO
45	CC	1136912681	MARIA AYDE MORENO	BAJO	BAJO	ALTO
46	CC	53131526	MARIA ANTONIA HERNANDEZ HERNANDEZ	BAJO	BAJO	BAJO
47	CC	63477307	MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MARTINEZ	BAJO	BAJO	BAJO
48	CC	1000352458	MARÍA DEL PILAR BERNAL MORENO	ALTO	BAJO	BAJO
49	CC	52101057	MARIA INES MARTINEZ MORENO	BAJO	BAJO	MEDIO

50	CC	80809702	MARIO YESID RAMIREZ ALDANA	BAJO	BAJO	ALTO
51	CC	52786036	MARLEN PIÑEROS	BAJO	BAJO	BAJO
52	CC	21075558	MARY LUCIA MERA PEREZ	BAJO	BAJO	BAJO
53	CC	39653745	MARYLUZ RINCÓN OBALLE	BAJO	BAJO	BAJO
54	CC	79421016	MAURICIO HEREDIA MALAGON	BAJO	BAJO	BAJO
55	CC	74333586	NELSON MARIA BURGOS MORENO	BAJO	BAJO	BAJO
56	CC	53905899	NELSY GOMEZ	BAJO	BAJO	BAJO
57	CC	1022922813	NICOL DAYAN RUEDA ACOSTA	ALTO	BAJO	BAJO
58	CC	53134649	NIDIA MARLEN MESA RAMOS	BAJO	BAJO	BAJO
59	CC	39768769	NUBIA AMPARO RAMIREZ CONTRERAS	BAJO	BAJO	MEDIO
60	CC	79975034	OSCAR DAVID VACA GAMBOA	BAJO	BAJO	ALTO
61	CC	80745923	PEDRO ALEXANDER TENORIO HERNANDEZ	ALTO	BAJO	BAJO
62	CC	81715978	PEDRO AVILA	BAJO	BAJO	BAJO
63	CC	79183166	PEDRO PABLO PEREZ	BAJO	BAJO	BAJO
64	CC	19484911	RAFAEL BAYONA SUAREZ	BAJO	BAJO	MEDIO
65	CC	79723854	REINALDO SUAZA GONZÁLEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
66	CC	39724750	ROSALBA SILVA	BAJO	BAJO	ALTO
67	CC	1032436684	ROSARIO PINZÓN NAVARRETE	BAJO	BAJO	BAJO
68	CC	1020790940	SADDA LUCIA BAYUELO BELTRAN	BAJO	BAJO	MEDIO
69	CC	52445125	SANDRA LILIANA TORRES	BAJO	BAJO	MEDIO
70	CC	52111243	SANDRA ALICIA LEAL SANCHEZ	BAJO	BAJO	MEDIO
71	CC	1032502565	SANDRA MILENA GARZÓN PATIÑO	BAJO	BAJO	MEDIO
72	CC	52410893	SANDRA ROJAS ECHEVERRY	BAJO	BAJO	MEDIO
73	CC	1014289218	SARAY RODAS PARRA	BAJO	BAJO	ALTO
74	CC	52086891	SONIA RUTH GREÑAS	BAJO	BAJO	BAJO

75	CC	81716154	TIBERIO CASTELLANOS MONDRAGON	BAJO	BAJO	BAJO
76	CC	1136910945	URIEL ANDRES QUIQUE ORTIZ	BAJO	BAJO	ALTO
77	CC	80442463	WILLIAM MORENO	BAJO	BAJO	BAJO
78	CC	1127578665	WILLIAM JOSE AREVALO HERNANDEZ	BAJO	BAJO	ALTO
79	CC	1020752194	YANETH FRANCO FAJARDO	ALTO	BAJO	ALTO
80	CC	39785030	YOLANDA CIFUENTES ORTÍZ	BAJO	BAJO	MEDIO

RIESGO DE AUTO Y HETERO AGRESION

Concepto de agresión La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. Se trata de un fenómeno multidimensional (Huntingford y Turner, 1987), en el que están implicados un gran número de factores, de carácter polimorfo, que puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional,

cognitivo y social. Dichas características junto con la ausencia de una única definición de la agresión, consensuada y unánimemente establecida, como se expondrá a continuación, dificultan su investigación. El concepto de agresión se ha empleado históricamente en contextos muy diferentes, aplicado tanto al comportamiento animal como al comportamiento humano infantil y adulto. Procede del latín “agredi”, una de cuyas acepciones, similar a la empleada en la actualidad, connota “ir contra alguien con la intención de producirle daño”, lo que hace referencia a un acto efectivo.

Una revisión de la literatura reciente sobre la agresión revela la existencia de un amplio y variado abanico de definiciones de la misma.

Como puede observarse, tres elementos parecen señalarse en la mayoría de las definiciones de agresión recogidas:

a) Su carácter intencional, en busca de una meta concreta de muy diversa índole, en función de la cual se pueden clasificar los distintos tipos de agresión.
b) Las consecuencias aversivas o negativas que conlleva, sobre objetos u otras personas, incluido uno mismo.
c) Su variedad expresiva, pudiendo manifestarse de múltiples maneras, siendo las apuntadas con mayor frecuencia por los diferentes autores, las de índole física y verbal. También en función de su expresión se ha establecido una tipología de la agresión

Agresión vs Ira-Hostilidad

Los términos agresión, ira y hostilidad se han empleado frecuentemente de forma intercambiable debido a la ambigüedad de sus definiciones y al fuerte solapamiento entre los mismos.

Para otros autores, la ira consistiría en la conciencia de los cambios fisiológicos asociados a la agresión, reacciones expresivo-motoras e ideas y recuerdos, producidos por la aparición de dichos acontecimientos (Berkowitz, 1996).

La hostilidad, por el contrario, connota un conjunto de “actitudes” negativas complejas, que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas (Spielberger et al., 1983; 1985). Se trata, por tanto, de un componente cognitivo y
evaluativo, que se refleja en un juicio desfavorable o negativo del otro, sobre el que se muestra desprecio o disgusto (Berkowitz, 1996).

AUTOAGRESIÓN

La auto agresión es una conducta que tiene como objetivo provocar una lesión sin intencionalidad

suicida, a pesar de ser un importante factor de riesgo de la misma. La edad de inicio es aproximadamente de los 14 años a los 24 años. Esta se realizaría como una forma de sentir alivio frente a las frustraciones. No se conoce el porcentaje de afectados, pero la mayoría de los estudios manifiesta que 1 de cada 15 adolescentes realizaron conductas auto agresivas a lo largo de su vida, y que representa el 4 % de las internaciones psiquiátricas. El mecanismo más utilizado es provocar cortes en los antebrazos, pero no es el único método. A pesar que no patognomónica de ninguna nosografía psiquiátrica, los trastornos de personalidad de tipo borderline sería los que mayor frecuencia presenta dicha conducta.

Este comportamiento se relaciona desde punta vista neurobiológico como depleción del sistema serotoninérgico, alteraciones en la dopamina y sistema opioides. Su tratamiento se basará en el diagnóstico. Aún no existe ningún tratamiento farmacológico específico para disminuir la auto injuria.

La Auto agresión, también conocida como autolesión, auto injuria, auto mutilación o auto daño, es una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta definición está compuesta por algunos puntos claves.

- La automutilación es un acto intencional contra el yo. (puede ser impulsiva o compulsiva)
- Incluye algún tipo de violencia física.
- No se comete con la intención de suicidarse. Los tipos de lesiones que más frecuente se provocan son los cortes con objetos cortantes en el antebrazo. En 1989 Hawton clasificó las conductas auto-mutilatorias en tres grupos:

A. Laceraciones superficiales sin intención suicida o con escasa intención suicida.

B. Cortes profundos que a veces involucran vasos sanguíneos mayores, nervios y tendones. A veces, pero no siempre, asociados con importante intencionalidad suicida y generalmente asociado a enfermedad psiquiátrica grave. Auto-mutilación en psicosis.

Tratamiento.

Siempre se debe evaluar al paciente en forma global (bio- psico- social). Como dijo Magda Campbell: “No debemos olvidar que ningún psicofármaco puede reducir los efectos de una familia o un ambiente adverso, hogares caóticos y grave psicopatología parental; la enfermedad social no puede ser tratada con psicofármacos”. El tratamiento tanto psicoterapéutico como farmacológico. Dependerá del diagnóstico del paciente.

Recordemos que la autoagresión es una conducta que puede estar presente en varias entidades geográficas. Lo apropiado es la combinación de la terapia psicoterapéutica con el tratamiento psicofármaco lógico. La medicación tendrá como objetivo disminuir la impulsividad al auto daño, como también la labilidad emocional. La psicoterapia recomendada por los textos siempre es de orientación conductual conductual. Otto Kernberg es un psicoanalista de origen chileno, que se especializó en el tratamiento de trastorno de la personalidad tipo borderline. Este no recomienda la terapia psicoanalítica clásica o tradicional, dado la dificultad tolerar el proceso de regresión, como el bajo poder de insight de estos pacientes. Si no propone una terapia psicoanalítica basado en continuas intervenciones en el acá y ahora. Por lo cual es muy poco recomendable aconsejar o establecer una terapia psicoanalítica clásica.

Tratamiento psicológico

Dentro del tratamiento psicológico. Existe múltiples variantes, las cuales ninguna demuestro una superioridad con respecto a las otras. Las mayorías de los textos aconsejan un tratamiento conductual- cognitivo, como también desaconseja una terapia psicoanalítica ortodoxa. Los objetivos del tratamiento psicológico consistirán en:

- Establecer una alianza terapéutica.
- Analizar las funciones adaptativas del auto daño.
- Reducir la auto culpa
- Lograr un mejor manejo de las emociones, y las conductas
- Lograr expresar sus emociones por medios de palabras y no de actos. Otto Kernberg; establece cuatros partes del tratamiento:

3. fase avanzada, donde el paciente tiene un mayor poder de autocrítica, por lo cual se podrá realizar interpretaciones genéticas (“allá y entonces”). 5. terminación. El mismo autor manifiesta que los pacientes no fueron responsables de los abusos o negligencias sufridas en el pasado. Pero si del descontrol conductual y conductas autodestructivas en la actualidad. En las primeras fases del tratamiento se desaconsejan técnicas de confrontación e interpretaciones.

Por lo contrario, las técnicas aconsejadas son compresión y sostener a los pacientes, esto no quiere significar que se deje marcar las responsabilidades de sus actos y el costo de las mismas. Analizando los beneficios que estas conductas generan. En esta fase sería aconsejable técnicas de relajación, esta debe ser simple como poner el foco en la respiración más que en la relajación progresiva, dado que pacientes pocos motivados ven a esta última como muy complejas y tienden tendencia de abandonar. Se debe buscar medios de expresión y sublimación de sus conductas, como puede ser la conexión con alguna forma de artes.

HETEROAGRESIVIDAD

La hetero agresividad hace referencia a disposición, una tendencia a reaccionar de forma violenta hacia el exterior. Debemos entender la agresión como una estrategia. La agresión, psicológicamente hablando, es un medio para obtener un fin. Por lo tanto, los individuos agresivos son los que tienen más tendencia a utilizar este tipo de estrategias para obtener sus metas, sean tangibles o emocionales.

Sabemos que aquellos que desde pequeños son agresivos, tienen más probabilidades de seguir siendo a medida que crecen. Sabemos también que la hetero agresividad tiene que ver con un pobre control de los impulsos. Las personas más agresivas, al tener dificultades regulando sus emociones y conteniendo sus reacciones emocionales más potentes, les resulta imposible no dejarse llevar por la rabia que puedan sentir en una situación frustrante.

Cuando hablamos de regulación emocional y control de los impulsos es imposible no hablar también de educación emocional. Una de las ventajas más evidentes de que los niños aprendan a reconocer y gestionar emociones es un mayor control sobre la vida emocional de uno y una mayor capacidad para controlarse. Esto quiere decir que los niños con dificultades en el manejo de emociones negativas como la rabia tendrían más herramientas para poner a raya una heteroagresividad que de otra forma podría explotar.

MANEJO DE LA REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DE FRECUENCIA DE EVENTOS DE EVASIÓN.

1. OBJETIVO GENERAL:

Emitir los lineamientos para el manejo de la prevención y reducción de la frecuencia de eventos de evasión mediante la implementación de las estrategias descritas en el actual documento con el fin de poder impactar en la atención de salud de las personas institucionalizadas del centro de protección.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las fallas en la atención en salud más relevantes que aumentan el riesgo de presentarse eventos adversos del tipo evasión en el centro de protección**.** De igual manera identificar los factores contributivos que propicien la aparición de dichas fallas
- Implementar las buenas prácticas para la reducción de la frecuencia de eventos de evasión
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de eventos de evasión en el centro de protección.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de aparición de eventos de evasión en el centro de protección.

2. RESPONSABLES:

➔ Comité de seguridad
➔ Referente del programa de seguridad - Enfermería

- ➔ Coordinador
- ➔ Comunidad institucional

MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos 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). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- ➔ Paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente, dificultades para la compresión por no tener pensamiento lógico muchas de ellas.
- ➔ 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 que 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 paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

DEPRESIÓN: trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento. La depresión grave se define como el afectivo o trastorno del estado de ánimo que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en una seria condición médica y un importante tema preocupante de la salud.

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.
Negación 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.

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 paciente que tienen efectos colaterales y pueden producir alteraciones mentales (reacciones paradójicas, sedación, etc.) medicamentos que pueden inducir psicosis secundaria (ejemplos corticoides).

CONDUCTAS DE RIESGO: deben tenerse en cuenta cuando la paciente presenta síntomas de depresión, ansiedad, síntomas psicóticos agudos (alucinaciones, delirios) o intentos suicidas previos.

SOSPECHA DE EVASIÓN: Observación de conductas que hagan sospechar al personal de turno que el paciente no quiere estar más hospitalizado.

INTENTO DE EVASIÓN: Sorprender y detener el acto de evasión de un paciente

EVASIÓN: Egreso intempestivo de un paciente institucionalizado sin pasar por la firma de su retiro voluntario, por familiar o alta médica. De igual manera se considera también evasión si estando en actividad terapéutica fuera de la institución el paciente se fuga.

PRÁCTICAS SEGURAS EMITIDAS POR LOS EXPERTOS:

Evaluación de cambios de comportamiento habitual en las usuarias Acompañamiento permanente

por personal calificado de las pacientes

Priorizar las consultas con médico especialista y psicología cuando se evidencien cambios comportamentales

INDICADORES DE ALTO RIESGO Tener en cuenta los siguientes síntomas de alarma:

- Pacientes quienes verbalicen que no quieren estar en la institución
- Pacientes a quienes se les observe en zonas cercanas a los posibles sitios por donde pueda presentarse la evasión.
- Pacientes que hayan comentado dicha intención a otras usuarias o personal de salud
- Toda paciente al ingreso a la forma de institucionalización
- Síntomas verbales de angustia o ansiedad, actitud alucinatoria, depresión.
- Antecedentes previos de intentos de evasión en otras instituciones
- Conductas de calle o farmacodependencia previos.
- Ingreso a la institución en forma involuntaria

3. EVENTOS ADVERSOS POTENCIALES:

Tendría dos momentos

Intento de evasión

1. Lesión física al intentar trepar, arrastrarse, cruzar zonas no aptas para la salida de la institución
2. Lesión física al forcejear con equipo terapéutico o personal de vigilancia para evitar la fuga
3. Lesión física por riesgo de caída, o luxación en actividad de huida

En evasión:

1. 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 cognitivo y motor en algunos casos
2. Riesgo de ser víctimas de agresiones físicas, sexuales (embarazo no deseado), psicológicas
3. Riesgo de descompensación de la patología mental de base al no contar con atención médica ni fármacos ni cuidadores

➔ **Muerte**

IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA:

Las estrategias se basan en los siguientes componentes:

1. Identificación del riesgo

- Evaluación clínica: tener en cuenta los indicadores de alto riesgo para la evasión.

2. Prevención del riesgo

- Ajuste de la documentación.
- Diseño de flujogramas de actuación frente a la presentación de riesgo de evasión o presentación de evasión
- Capacitaciones a todo el personal que contemple el riesgo de presentación

de eventos de evasión

3. Intervención del Riesgo

- Implementación de las estrategias documentadas.
- Entrenamiento y educación de las personas institucionalizadas para solicitar apoyo cuando ellas estén en la condición neuropsiquiatría de hacerlo
- 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
- Análisis de los eventos presentados mes a mes en los comités de seguridad del paciente.

Seguimiento y evaluación del riesgo

- Análisis de indicadores

- Socialización de los análisis
- Desarrollo del comité de seguridad.

4. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA:

9.1 Identificación del riesgo

- 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
- Diagnóstico de condiciones de infraestructura que favorezca la presentación de eventos de evasión.
- Diagnóstico de las pacientes con mayor incidencia de eventos de evasión Realizar una alerta en la historia clínica al respecto.

9.2 Prevención del riesgo

- Ajuste a documentación de flujograma para manejo de riesgo de evasión.
- Ajuste a documentación para salidas instrumentales (terapia ocupacional, donde se prevé el riesgo de evasión y las barreras utilizadas para disminuir el evento)
- Ajuste de documentación de lineamientos al ingreso de toda persona que va a ser institucionalizada en el centro de protección, lo cual debe considerarse como un riesgo por sí mismo de evasión (fase de adaptación institucional)

- Seguimiento de las personas institucionalizadas con sospecha de mala adherencia a vía oral de los medicamentos neuropsiquiátricos y con cambios comportamentales, pues lo anterior podría incrementar en algunos casos el riesgo de evasión.
- Diseño de las capacitaciones frente a los lineamientos para manejo de prevención y atención de eventos de evasión: *para socialización y adherencia a los empleados del* centro de protección a cargo de referente del programa de seguridad del adulto y coordinador de calidad.

9.3 Intervención del Riesgo

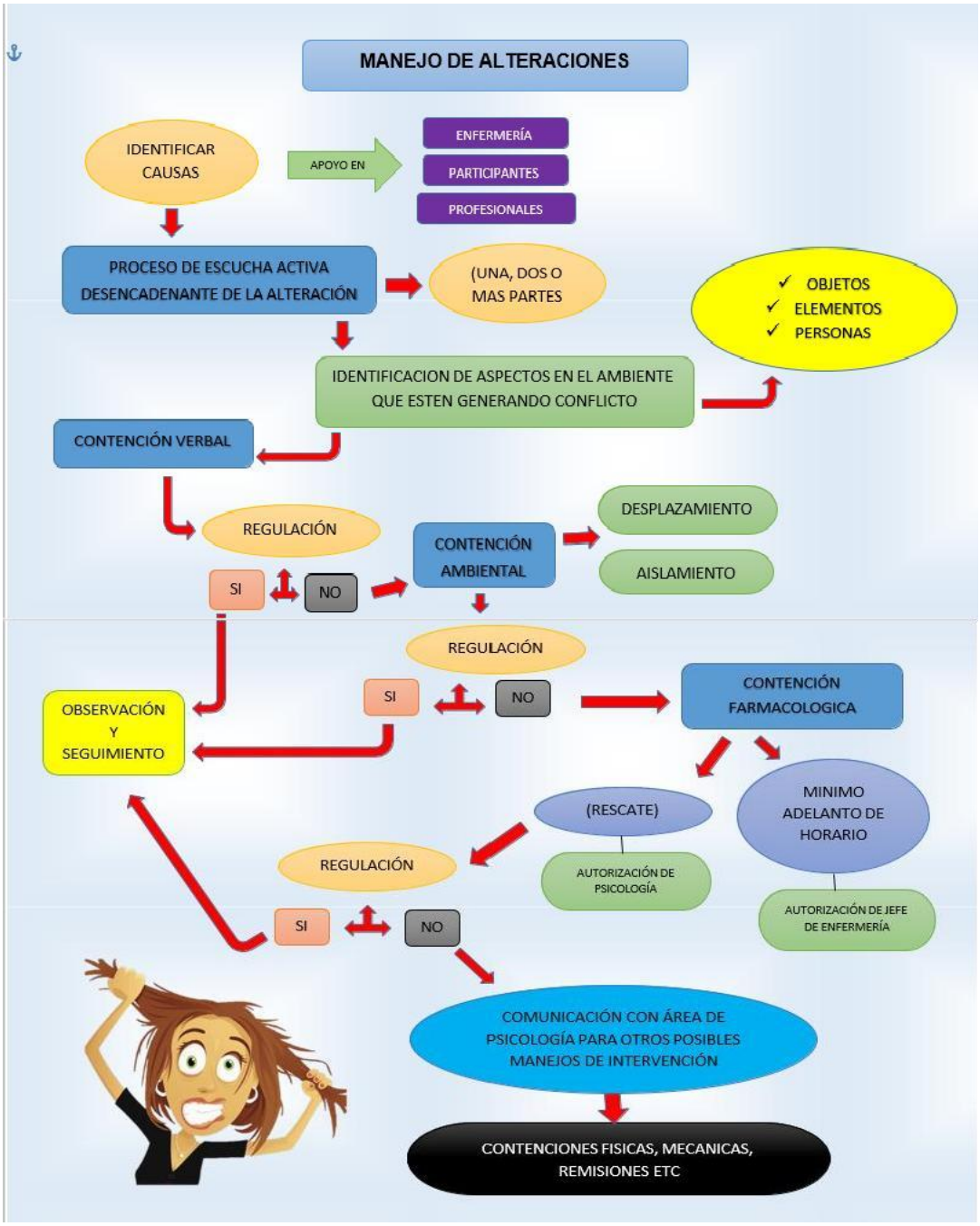
- Implementación del documento de lineamientos para prevención y reducción de los eventos de evasión mediante auditoría interna.
- Seguimiento y supervisión a las actuaciones en eventos de evasión supervisión a cargo de jefes de enfermería y coordinadores de servicio**.**
- Entrenamiento y educación 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.
- Análisis de eventos de evasión presentados en el mes según caracterización por los métodos de espina de pescado o protocolo de Londres según corresponda.

10.4 Seguimiento y evaluación del riesgo

- Análisis de indicadores de proporción de eventos de evasión en los diferentes servicio y cumplimiento de las acciones de las estrategias propuestas y de capacitaciones del programa (cobertura y efectividad), proporción de adultos a quienes se les identificó riesgo eventos de evasión
- Socialización de los análisis de eventos de evasión categorizadas como evento adverso serio y centinela y gestionar los eventos, en comité de seguridad del adulto y a la comunidad institucional cuando se requiera.
- cumplimiento de realización de comité de seguridad del adulto, mediante la programación del comité y su desarrollo en las actas firmadas por los participante.

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN AL PRESENTARSE UNA EVASIÓN



ATRAGANTAMIENTO

El atragantamiento se define como la situación en la que un alimento o cualquier otro cuerpo extraño permanece involuntariamente durante unos minutos en la vía aérea sin poder permitir el paso de oxígeno tanto a pulmones como al cerebro. Por ello es muy importante saber reconocer esta emergencia y aún más, saber las medidas de actuación en caso de atragantamiento.

1. OBJETIVO GENERAL:

Emitir los lineamientos para prevenir el atragantamiento en los participantes y el manejo correspondiente al tema según sea el caso.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Prevenir casos de atragantamiento en los participantes en el centro Integrarte de Atención Interna Grupo 4
- Dar lineamiento al personal sobre el primer respondiente y cómo actuar en caso de emergencia.
- Socialización de los casos de atragantamiento presentados y dar planes de mejora.

ALCANCE

Este documento aplica para todas las personas institucionalizadas en el centro de protección desde su ingreso hasta el egreso de la misma por las siguientes causas: por mejoría de condiciones propias de su patología y de su red de apoyo, por fallecimiento o por remisión a otra institución.

RESPONSABLES:

- ➔ Referente del programa de seguridad - Enfermería
- ➔ Comité de seguridad
- ➔ Coordinador
- ➔ Comunidad institucional

ATRAGANTAMIENTO

Es una obstrucción parcial o total de la vía aérea por un cuerpo extraño. Los atragantamientos suceden con frecuencia, y muchas veces, se resuelve espontáneamente. Sin embargo, nos podemos encontrar ante una situación de urgencia que puede ser vital si no se practican de forma inmediata las maniobras necesarias para dejar libres dicha vía.

TIPOS DE ATRAGANTAMIENTO

- Atragantamiento parcial: las vías no están totalmente obstruidas porque la persona podrá toser y se escuchará su respiración forzada. Pueden volverse atragantamientos totales.
- Atragantamiento total: el cuerpo extraño no permitirá la entrada ni salida del aire. Normalmente la víctima se llevará las manos a la garganta, signo inequívoco del atragantamiento, siendo incapaz de respirar. Su piel empieza a palidecer en un principio y posteriormente se torna de color azulado, puede agitarse y perder la consciencia. Sin la atención adecuada puede llegar a morir.

¿QUÉ HACER ANTE UN ATRAGANTAMIENTO?

- Si la persona con discapacidad puede toser, lo mejor es no intervenir para dejar que el reflejo natural de la tos haga su trabajo. Es conveniente que, de manera insistente, pero sin atosigar a la víctima, hagamos un refuerzo animándome a toser. Es muy importante no palmear la espalda de la persona atragantada si está de pie o sentada, pues el cuerpo extraño podría desplazarse aún más hacia adentro.
- Sin embargo, si la tos no está surtiendo el efecto deseado o la persona se debilita, produciéndose una tos inefectiva, habrá que colocarse al lado y ligeramente por detrás de la víctima, sujetando su pecho con una mano e inclinarla hacia delante para que cuando el objeto sea desalojado salga fuera de la boca. Dar, en la parte alta de la espalda, 5 PALMADAS INTERESCAPULARES (zona entre ambos omóplatos) con el talón de la mano que queda libre. Las palmadas deben ser enérgicas y llevando una dirección hacia dentro y hacia arriba del cuerpo de la víctima. De este modo, si el cuerpo extraño se mueve será hacia afuera, evitando el riesgo de que se encaje aún más en las vías aéreas.
- Si las 5 palmadas interescapulares no son eficaces y la víctima sigue consciente, debemos administrar 5 compresiones abdominales, también llamadas MANIOBRAS DE HEIMLICH.

MANIOBRA DE HEIMLICH



Si tras las 5 maniobras, el cuerpo extraño no es expulsado, aplicaremos de nuevo 5 palmadas interescapulares, mientras la víctima permanezca consciente.

Si bien la maniobra de Heimlich es simple y efectiva, podría causar lesiones a la víctima, por lo que ésta debe ser examinada por un servicio médico tras la resolución del atragantamiento.

Si la obstrucción no se resuelve, alternar cinco palmadas en la espalda con cinco compresiones abdominales. Esta maniobra se realizará tantas veces como sea necesario hasta expulsar el objeto que provoca la asfixia, o hasta que el paciente quede inconsciente.

Adultos

Debe estar de pie y abrazarlo por la espalda con los dos brazos. A continuación, presionamos sobre el abdomen con el puño cerrado de una mano y la otra por encima de ésta hacia el centro del abdomen hasta conseguir expulsar el cuerpo extraño acompañado de golpes en la espalda.

Si se encuentra solo:

Practica tú mismo la maniobra. Con el puño cerrado de una mano y la otra encima de ésta presiona hacia el abdomen con un movimiento rápido, centrado y hacia arriba.

RIESGO DE CONTACTO CON APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS

EL RIESGO ELÉCTRICO

El riesgo eléctrico está presente en cualquier tarea que implique manipulación o maniobra de instalaciones eléctricas de baja, media y alta tensión, operaciones de mantenimiento de las mismas, utilización, manipulación y reparación del equipo eléctrico de las máquinas, así como utilización de aparellaje eléctrico en entornos para los cuales no ha sido diseñado el dispositivo (ambientes húmedos y/o mojados), etc.

Dentro del riesgo eléctrico quedan específicamente incluidos:

- **Electrocución:** es la posibilidad de circulación de una corriente eléctrica a través del cuerpo humano.

- Quemaduras por choque o arco eléctrico.

- Caídas o golpes como consecuencia de choque o arco eléctrico.

• Incendios o explosiones originados por la electricidad. El paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo puede provocar distintas lesiones que van desde las quemaduras hasta la fibrilación ventricular y la muerte. Efectos de la electricidad sobre el organismo humano Cuando una persona se pone en contacto con la corriente eléctrica no todo el organismo se ve afectado por igual.

Hay partes del cuerpo que resultan más dañadas que otras. Éstas son:

Piel: supone el primer contacto del organismo con la electricidad. La principal lesión son las quemaduras debido al efecto térmico de la corriente. En baja tensión se originan unas quemaduras superficiales («manchas eléctricas») en el punto de entrada y salida de la corriente. En alta tensión se pueden llegar a producir grandes quemaduras con destrucción de tejidos en profundidad.

Músculos: cuando un impulso eléctrico externo llega al músculo, éste se contrae. Si los impulsos son continuos, producen contracciones sucesivas conocidas como “tetanización” de forma que la persona es incapaz físicamente de soltarse del elemento conductor por sus propios medios. En esta situación, y dependiendo del tiempo de contacto, la corriente sigue actuando con lo que pueden producirse daños en otros órganos, además de roturas musculares y tendinosas. La tetanización puede provocar además una contracción mantenida de los músculos respiratorios y generar una situación de asfixia que puede dañar irreversiblemente al cerebro y producir la muerte.

Corazón: la corriente eléctrica produce una alteración total en el sistema de conducción de los impulsos que rigen la contracción cardiaca. Se produce así la denominada “fibrilación ventricular”, en la que cada zona del ventrículo se contrae o se relaja desordenadamente. De esta forma, el corazón es incapaz de desempeñar con eficacia su función de mandar sangre al organismo, interrumpiendo su circulación y desembocando en la parada cardiaca.

Sistema nervioso: los impulsos nerviosos son de hecho impulsos eléctricos. Cuando una corriente eléctrica externa interfiere con el sistema nervioso aparecen una serie de alteraciones, como vómitos, vértigos, alteraciones de la visión, pérdidas de oído, parálisis, pérdida de conciencia o parada cardiorrespiratoria. También pueden afectarse otros órganos, como el riñón (insuficiencia renal) o los ojos (cataratas eléctricas, ceguera). Además, indirectamente, el contacto eléctrico puede ser causa de accidentes por caídas de altura, golpes contra objetos o proyección de partículas.

GESTIÓN PREVENTIVA FRENTE AL RIESGO ELÉCTRICO

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

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

2. Eliminación y control del riesgo.

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

1. el uso de instalaciones y aparatos eléctricos seguros,

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

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

4. la realización de todas las operaciones de manipulación de elementos que pueden estar activos sin tensión. Protección contra contactos eléctricos directos La protección contra el contacto directo consiste básicamente en poner fuera del alcance de las personas los elementos conductores bajo tensión mediante alguna de las siguientes medidas:

- Alejamiento de partes activas.
- Interposición de obstáculos
- Recubrimiento de partes activas
- Utilización de pequeñas tensiones de seguridad
- Uso de dispositivos diferenciales de alta sensibilidad

NORMAS HIGIÉNICAS Y DE CONDUCTA

Las normas básicas de comportamiento e higiene en los laboratorios de electrónica son:

- No deberá nunca manipular ningún elemento eléctrico con las manos mojadas, en ambientes húmedos o mojados accidentalmente (por ejemplo, en caso de inundaciones) y siempre que estando en locales de características especiales (mojados, húmedos o de atmósfera pulverulenta) no se esté equipado de los medios de protección personal necesarios.

- Emplear los procedimientos establecidos de trabajo en instalaciones eléctricas.

- En las prácticas estarán previstas las tomas que se van a usar.

-Deberá evitarse la utilización de bases múltiples (regletas móviles), no se deben utilizar nunca ladrones.

-No quitar nunca la puesta a tierra de los equipos e instalaciones.

-No realizar nunca operaciones en líneas eléctricas, cuadros, centros de transformación o equipos eléctricos si no se posee la formación necesaria para ello.

SEGURIDAD EN EL PARTICIPANTE

DEFINICIONES

BARRERA DE SEGURIDAD: Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

RIESGO: Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

- ✔ Enfermedad
- ✔ Complicación
- ✔ Muerte

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

CARACTERÍSTICAS:

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

EVENTO ADVERSO:

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

Pueden ser:

- Prevenibles
- No Prevenibles.

COMITÉ DE SEGURIDAD Y ACCIONES PREVENTIVAS DE CUIDADO AL PARTICIPANTE

Grupo que se reúne con una periodicidad mensual o de forma extraordinaria en la presencia de un evento adverso serio.

- Tiene como función emitir lineamientos y seguimiento a la implementación del de seguridad y acciones preventivas de cuidado al participante.



ESPINA DE PESCADO

- Herramienta de calidad utilizada para realizar los análisis de eventos adversos NO SERIOS.
- Es una herramienta de análisis cualitativo.

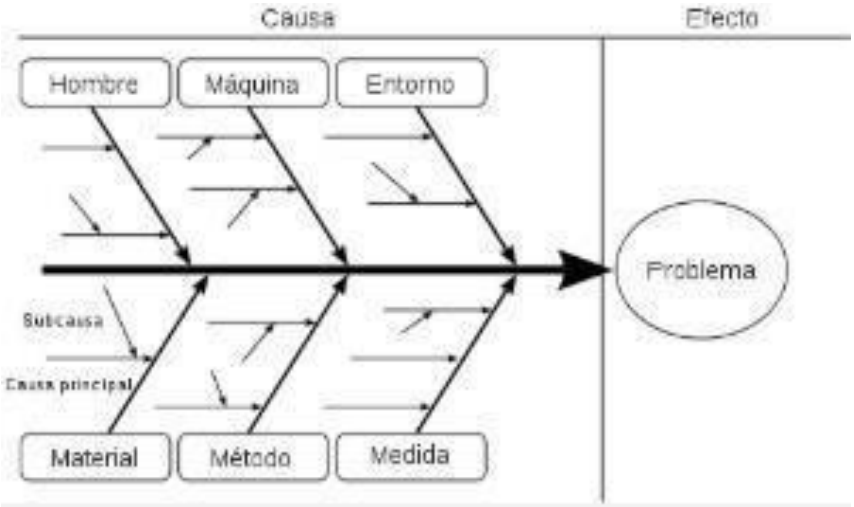
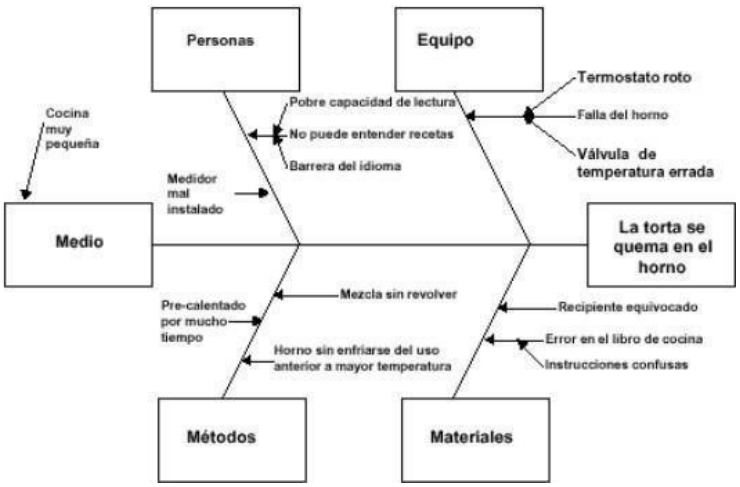


Diagrama Ishikawa

Ejemplo del Diagrama de Causa y Efecto



No-adherencia a la terapia

Se define como "no-adherencia" la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

· Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación

· La percepción de gravedad de la enfermedad

· La credibilidad en la eficacia de la medicación y

· Aceptación personal de los cambios recomendados

Se considera que la "no-adherencia" a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente.

Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud.

La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera.

Metodologías para mejorar la adherencia a la terapia

- **Información efectiva**

Los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmaceuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Es importante evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá dedicarse el tiempo necesario para documentar al paciente sobre el

significado general y específico del término. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe:

· Entender el propósito de la medicación

· Identificar el medicamento que debe tomar

· Conocer la duración del tratamiento

· Comprender el esquema de dosificación por seguir.

Riesgo de Abuso Sexual

El abuso sexual ocurre cuando una persona es utilizada para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro NNyA) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. La interacción abusiva, que puede ocurrir con o sin contacto sexual, incluye:

- Los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- El coito Inter femoral (entre los muslos).
- La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal aun cuando se introduzcan objetos.
- El exhibicionismo y el voyerismo.
- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los NN ya.
- La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como “educación sexual”.
- Instar a que los NN ya tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
- Contactar a un NNyA vía internet con propósitos sexuales (grooming).

¿Cómo identificar a un agresor sexual?
No existe una manera de saber, a partir del tipo de personalidad o la conducta social, si una persona es o no un agresor sexual de NNyA. Pueden ser personas exitosas, médicos, psicólogos, abogados, docentes, líderes religiosos y juveniles como los guías estudiantiles que realizan viajes de egresados o los entrenadores deportivos.

Los agresores sexuales circulan disimulados en el entorno familiar y social. Las estadísticas indican que la mayoría de los abusadores son varones heterosexuales adaptados socialmente. Suelen presentarse a sí mismos como personas afectuosas y humanitarias hacia el mundo exterior, mientras que la relación que establecen con el niño abusado sexualmente está basada en amenazas, control e intimidación. A pesar de que se tiende a relacionar el abuso sexual con el alcoholismo, la mención del consumo excesivo de alcohol parece ser más una manera de excusar o racionalizar las acciones del agresor que un factor causativo.

Intervenciones eficaces para prevenir la violencia sexual

La base de evidencia es extremadamente limitada en cuanto a intervenciones eficaces para la prevención de la violencia sexual. Algunas intervenciones orientadas a prevenir la violencia sexual contra niños han sido aplicadas en un número limitado de países de ingresos altos mediante el registro de los agresores sexuales locales y la notificación a las comunidades al respecto, restricciones de residencia para los agresores sexuales (por ejemplo, prohibición de vivir cerca de escuelas) y la vigilancia electrónica de los agresores sexuales. Una revisión y la crítica de esas políticas sugieren que en gran parte se basan en mitos y no en evidencias acerca de la violencia y la coacción sexuales, y han sido ineficaces para prevenir los delitos sexuales o proteger.

Otras intervenciones encaminadas a prevenir la violencia sexual o la violencia contra las niñas y las mujeres en general están diseñadas para llevarse a cabo en escuelas, instituciones de educación superior y universidades. Se han evaluado rigurosamente varias estrategias para prevenir la violencia en citas amorosas entre jóvenes en países de ingresos altos y algunos datos indican que quizás sean eficaces.

También se ha comprobado que algunas iniciativas basadas en las escuelas puestas en práctica en países de ingresos bajos y medianos, resultan prometedoras para reducir los niveles de acoso y abuso sexuales, en particular si emplean enfoques integrales que lleguen a todas las escuelas y comunidades.

Si bien las intervenciones orientadas a los jóvenes en las escuelas son vitales, hay otros posibles puntos de intervención, como los hogares; por ejemplo, se ha demostrado que los programas de visitas domiciliarias prenatales y posnatales reducen los riesgos de maltrato y descuido físico y psicológico de los niños. Estas formas de maltrato son conocidos factores de riesgo de perpetración de violencia sexual y de victimización en etapas posteriores de la vida. Los entornos y servicios de atención de salud son también potenciales puntos de acceso para la prevención de la violencia sexual, en particular al abordar la crianza y el maltrato de los hijos y

el consumo indebido de alcohol. Otras iniciativas prometedoras incluyen estrategias de movilización comunitaria para promover cambios en las normas y comportamientos de género y esfuerzos comunitarios encaminados a mejorar la situación social y económica de la mujer.

Proporcionar una respuesta integral a las necesidades de las víctimas:

1. La prestación de servicios de atención de salud y medico jurídicos integrales a las víctimas supervivientes de violación es de importancia capital.
2. Además de atención compasiva, estas necesitan acceso a una serie de servicios de salud específicos prestados por personal capacitado, a saber:
3. apoyo psicológico (y referencia a instituciones para recibir atención de salud mental, de ser necesario),
4. anticoncepción de emergencia,
5. tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual,
6. profilaxis para la infección por el VIH, cuando corresponda,
7. información sobre abortos seguros,
8. un examen forense (si la mujer decide enjuiciar al agresor). En el sistema jurídico, las supervivientes deben tener acceso a profesionales competentes y sensibilizados.

1. Introducción

El presente Plan de Prevención de Accidentes tiene como finalidad proteger la integridad física, mental y emocional del talento humano del **Centro Integrarte Atención Interna Grupo 4**, reduciendo los riesgos asociados a las labores que se realizan en el centro
.

2. Objetivos

Implementar acciones sistemáticas para la prevención de accidentes en el lugar de trabajo.

Objetivos Específicos:

- Identificar y controlar los factores de riesgo.
- Fomentar una cultura de prevención.
- Promover el uso adecuado de EPP.
- Garantizar una respuesta eficaz ante emergencias.

3. Identificación de Riesgos

Se han clasificado los riesgos por áreas del centro:

Área	Tipo de Riesgo	Ejemplo	Medida Preventiva
Cuidado a la salud	Biológico	Contacto con fluidos	Uso de guantes, mascarillas
Comedor	Físico	Superficies resbalosas	Alfombras antideslizantes
Pasillos	Mecánico	Caídas	Señalización adecuada
Oficinas	Psicosocial	Estrés laboral	Apoyo psicológico

4. Políticas de Seguridad

- Uso obligatorio de EPP según función.
- Prohibición de ingreso a áreas restringidas sin autorización.
- Notificación inmediata de condiciones inseguras.
- Participación obligatoria en capacitaciones.

5. Procedimientos Generales de Prevención

- Inspecciones periódicas de seguridad.
- Mantenimiento preventivo de instalaciones.
- Protocolos de limpieza y desinfección.
- Señalización de riesgos.

6. Plan de Capacitación y Sensibilización

Se impartirán capacitaciones semestrales sobre:

- Manejo de extintores.
- Primeros auxilios.
- Evacuación en caso de sismo o incendio.
- Salud mental y prevención del estrés.

7. Equipos de Protección Personal (EPP)

Distribución por área:

Área	EPP Obligatorio
Cuidado a la salud	Guantes, mascarillas, bata
Cocina/Comedor	Delantal, gorro, guantes
Recepción	Mascarilla, gel antibacterial

Se realizarán revisiones mensuales para verificar el estado de los EPP.

8. Procedimientos en Caso de Emergencia

Tipos de emergencia contemplados:

- Incendios
- Sismos
- Derrames biológicos
- Accidentes personales

Se establecerán puntos de encuentro señalizados y un Comité de Seguridad y Emergencias responsable de dirigir evacuaciones y coordinar con los servicios de emergencia.

9. Evaluación y Seguimiento del Plan

- Encuestas de percepción de seguridad.
- Revisión de incidentes y acciones correctivas.
- Informe anual de cumplimiento.

10. Jornadas Capacitación centro integrarte.

UNION TEMPORAL SERVICIO SOCIAL CENTROS INTEGRARTE FUNDACION
FORMATO EJECUCION CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PERSONAL

No.	DIA EN QUE SE REALIZA LA CAPACITACIO	TEMA	RESPONSABLE	POBLACION OBJETO	LUGAR	INTENSIDAD HORARIA	No. DE PERSONAS PROGRAMAD	No PERSONAS CAPACITAD	PORCENTAJE DE COBERTURA	No PERSONAS EVALUADA	PORCENTAJE DE PERSONAS
1	26/05/2025	Inducción y Reinducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el	Lider SST- ARL	Todo el Personal	Virtual	1hora	160	160	100%	160	100%
2	26/06/2025	Percepcion del riesgo	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
3	28/07/025	Acto y condicion insegura	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
4	28/08/2025	Manejo de estrés	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
6	26/09/2025	Manejo de Emergencias	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
5	24/10/2025	Trabajo en equipo comunicación asertiva	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
7	27/11/2025	Estilos de vida Saludable	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
8	12/12/2025	Capacitacion Higiene Postural	Lider SST	Todo el Personal	Virtual						
TOTAL ACTIVIDADES		8									
TOTAL ACTIVIDADES		1									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		13%									

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES:

El centro integrarte atención interna también cuenta con una matriz de identificación de riesgos, se encuentra en un documento aparte en formato Excel en la plataforma drive del centro integrarte atención interna.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Reducir Riesgo Atención Pacientes Enfermedad Mental. Ministerio de la Protección social.
2. Protocolo para la fuga de pacientes Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Hospital+Psiquiatrico+Alava+2010+- Protocolo+Fuga-%20(2).pdf.