Lugar	Comunidad de Cuidado Libertad - Calle 39 # 21 30 Barrio la Soledad
Fecha	04/08/2026
Tema	Orientaciones para el adecuado diligenciamiento, calidad de la información y remisión de la Base de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad.
Desarrollo	**Participantes:** Jefe de enfermería y coordinadora de la Comunidad de Cuidado Libertad. **Facilitador:** Carolina Quiroz - MD. – Geriatría (f) – Equipo Técnico comunidades de cuidado – Subdirección para la vejez – SDIS. Se realizó asistencia técnica dirigida al personal de enfermería y a la coordinadora de la Comunidad de Cuidado Libertad, orientada al adecuado diligenciamiento de la Base de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad, haciendo énfasis en la calidad, especificidad, homogeneidad y oportunidad de la información registrada. Durante la asistencia se realizó la presentación y revisión de la matriz, aclarando los aspectos que deben conservarse sin modificación, entre ellos: – Logo institucional. – Nombre y código del formato. – Estructura y organización de la hoja de cálculo. – Encabezados y variables establecidas. – Organización general del archivo Excel. Se enfatizó que la información debe permitir una adecuada identificación y caracterización de las personas mayores atendidas por la Comunidad de Cuidado, incluyendo nombres y apellidos completos, número de documento de identidad y diagnósticos o condiciones de salud, de acuerdo con las variables definidas en el formato. **1. Diligenciamiento de la base de Morbilidad** Se explicó que el registro de los diagnósticos debe realizarse con suficiente especificidad clínica, evitando limitarse a transcribir diagnósticos generales provenientes de las historias clínicas o utilizar únicamente las categorías

amplias del CIE-10.
Se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Registrar los diagnósticos de manera específica y clínicamente útil.
- Evitar el uso de siglas. Por ejemplo, escribir ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA y no "EPOC".
- Complementar el diagnóstico cuando exista información clínica relevante. Por ejemplo:
  - FIBRILACIÓN AURICULAR – ANTICOAGULADA o FIBRILACIÓN AURICULAR – NO ANTICOAGULADA.
  - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA – REQUIRIENTE DE OXÍGENO o NO REQUIRIENTE DE OXÍGENO.
- Procurar el uso de diagnósticos unificados, evitando generar diferentes variables para una misma condición clínica. Por ejemplo, utilizar HIPERTENSIÓN ARTERIAL en lugar de alternar entre "HIPERTENSIÓN", "HIPERTENSIÓN ARTERIAL", "HIPERTENSIÓN ESENCIAL" e "HIPERTENSIÓN PRIMARIA", cuando se trate de la misma condición.
- Mantener criterios homogéneos de escritura para evitar que errores ortográficos, tildes, abreviaturas o variaciones en la denominación generen múltiples categorías para un mismo diagnóstico.
- Procurar adecuada ortografía y uniformidad en la escritura de los diagnósticos, preferiblemente en mayúsculas, de acuerdo con los criterios establecidos para la base.

Se explicó que una adecuada estandarización permite mejorar la calidad del dato, disminuir la variabilidad del registro y facilitar posteriormente la consolidación, análisis e interpretación de la información.

2. Diligenciamiento de la Accidentalidad

Se enfatizó que el registro de los eventos de accidentalidad debe ser descriptivo y suficientemente detallado, evitando descripciones generales que no permitan comprender las circunstancias en las que ocurrió el evento. Como mínimo, debe registrarse:

- Fecha del evento.

- Descripción detallada del evento.
- Circunstancias y mecanismo del evento.
- Consecuencias o lesiones derivadas, cuando corresponda.
- Caídas

En los casos de caídas, se debe describir, en la medida en que la información esté disponible, cómo ocurrió el evento y cuál fue su mecanismo, evitando limitarse a registrar únicamente "CAÍDA".

Se brindaron como ejemplos:

- Se resbaló en el baño.
- Perdió el equilibrio durante la marcha.
- Se cayó de la silla.
- Se enredó con las cobijas mientras se encontraba en la cama.
- Presentó síntomas compatibles con ortostatismo y posteriormente cayó.
- Fue empujado accidentalmente por otro residente.
- Se resbaló durante el desplazamiento.

La descripción debe permitir comprender qué estaba haciendo la persona mayor, dónde ocurrió el evento y cuál fue el mecanismo que condujo a la caída.

Lesiones por presión

En el caso de lesiones por presión, se debe realizar una descripción amplia y específica de cada lesión, incluyendo, según corresponda:

- Grado/estadio de la lesión por presión.
- Localización.
- Tamaño.
- Forma.
- Estado de los bordes.
- Características del lecho de la lesión.
- Coloración.
- Presencia y características de secreciones.
- Olor.

- Presencia de tejido necrótico.
- Presencia de tejido de granulación u otras características relevantes.

Se enfatizó que, cuando una persona mayor presente múltiples lesiones por presión, cada lesión debe ser identificada y descrita individualmente, evitando agruparlas en un único registro sin especificar sus características.

3. Diligenciamiento de la Mortalidad

Se explicó que el registro de mortalidad debe aportar información suficiente para comprender qué ocurrió, cuándo ocurrió y cuál fue la posible secuencia de eventos que condujo al fallecimiento.

Debe incluir:

- Fecha de ocurrencia del fallecimiento.
- Descripción del evento.
- Lugar donde ocurrió.
- Posible secuencia de eventos que condujeron al desenlace, cuando la información esté disponible.

Se enfatizó que se debe evitar limitar el registro a expresiones inespecíficas como "PARO CARDIORRESPIRATORIO", "MUERTE NATURAL" o "MUERTE VIOLENTA", dado que estas expresiones no permiten comprender adecuadamente el proceso que condujo al fallecimiento.

Cuando exista información disponible, se debe procurar describir la secuencia causal. Por ejemplo:

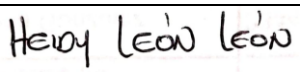
CAÍDA → FRACTURA → TROMBOEMBOLISMO PULMONAR → FALLA RESPIRATORIA → FALLECIMIENTO.

Asimismo, se debe registrar el sitio donde ocurrió el evento o fallecimiento, de acuerdo con la información disponible.

4. Oportunidad en la remisión

Finalmente, se recordó la importancia de garantizar la remisión oportuna de

	las bases, estableciendo como fecha máxima de entrega: DÍA 3 DE CADA MES. Esta fecha aplica independientemente de que el día 3 corresponda o no a un día hábil. Por tanto, la información correspondiente al mes inmediatamente anterior debe ser revisada, consolidada y remitida a más tardar el día 3 del mes siguiente. Durante la asistencia técnica se resolvieron las dudas presentadas por el personal participante y se brindaron recomendaciones orientadas a fortalecer la calidad, especificidad, estandarización y oportunidad del registro de la información en las bases de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad. Se reiteró la importancia de realizar una revisión previa al envío, con el fin de identificar inconsistencias, duplicidades, errores de digitación, variaciones innecesarias en los diagnósticos y registros insuficientemente descriptivos.

	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia	Firma
Asistentes	Claudia Capacho	Coordinadora	CC Libertad	
	Heidy León	Jefe de enfermería	CC Libertad	
	Carolina Quiroz	MD. Geriatría (f)	Equipo técnico CC – Sub. Vejez - SDIS	

	Actividad	Responsable	Fecha límite
Compromisos	Garantizar el adecuado diligenciamiento y revisión de las bases de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad,	Jefe de enfermería	Permanente

	aplicando las orientaciones brindadas durante la asistencia técnica y verificando la calidad, especificidad, homogeneidad y consistencia de la información registrada.		
	Realizar la remisión mensual de las bases de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad, correspondientes al mes inmediatamente anterior, garantizando su envío dentro de la fecha establecida.	Jefe de enfermería	Día 3 de cada mes
Próxima reunión	No Aplica.		
Elaboró	Carolina Quiroz – MD. Geriatría (f) – Equipo técnico CC – Sub. Vejez – SDIS		