



**Hospital Clínico
Dra. Eloísa Díaz I.
La Florida**

II Jornadas de buenas prácticas 2023

“Trabajemos por una UCI libre de
Lesiones”

¿Quiénes
somos?



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuándo se formó el comité de lesiones asociada a la dependencia?

¿Quiénes lo conforman?

Problemática UPC-A
HLF



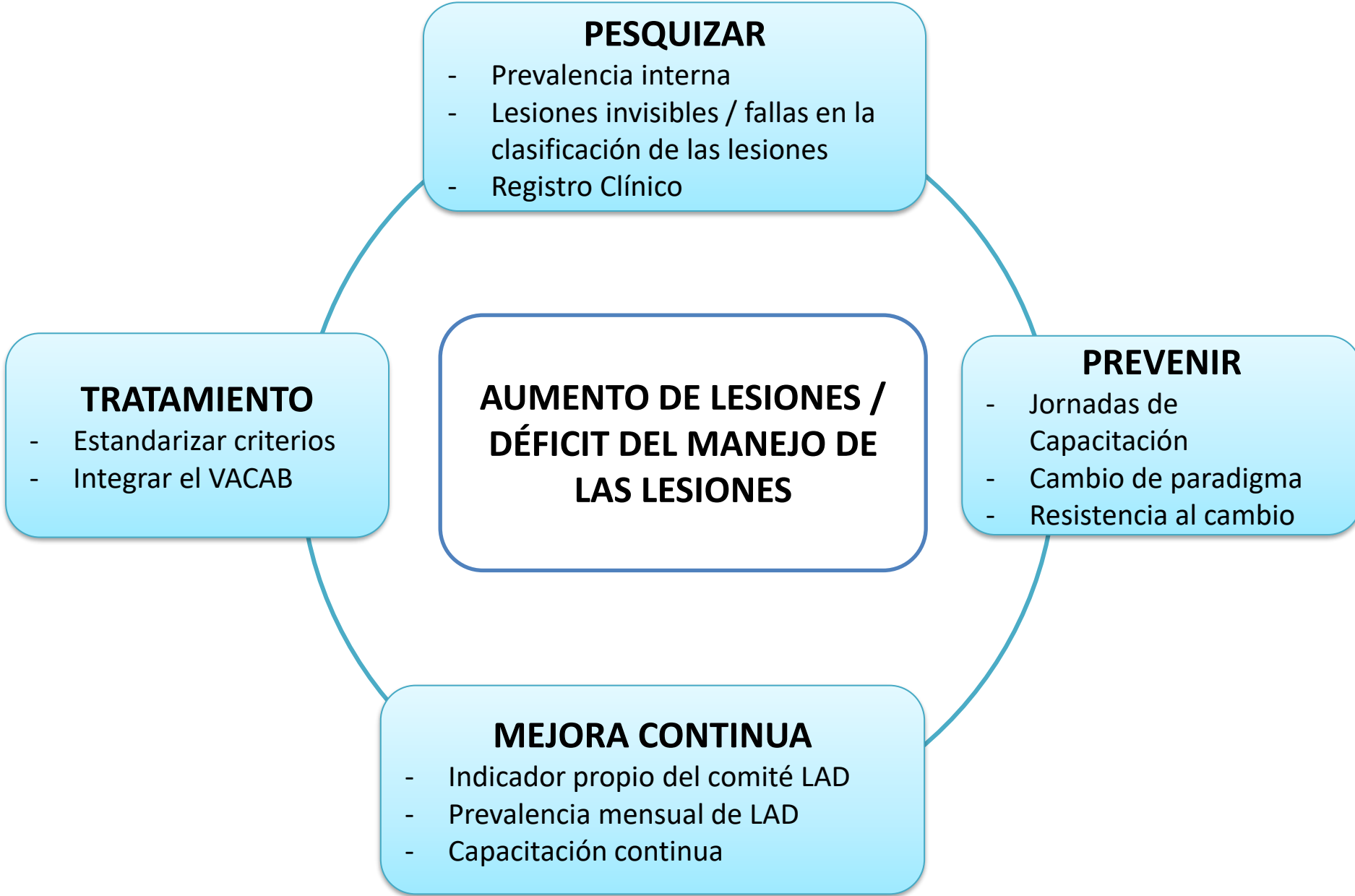
OBJETIVOS

Principal:
Generar una disminución de las lesiones asociadas a la dependencia en pacientes hospitalizados en la UCI-O

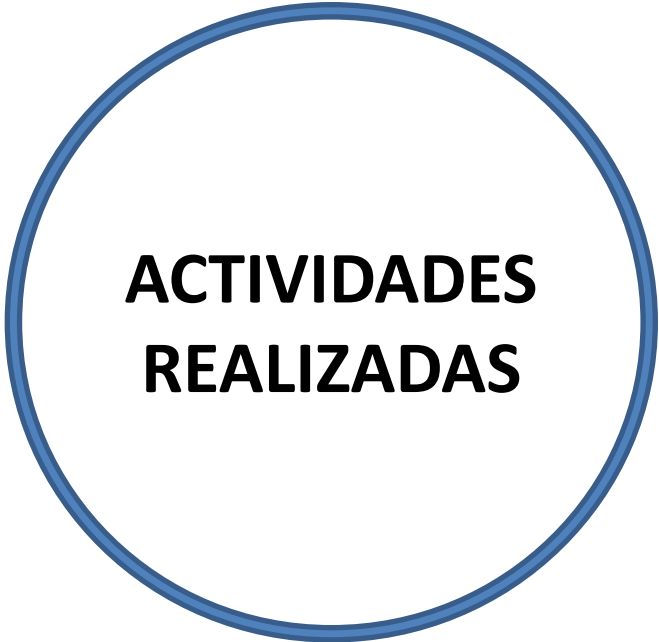
Unificar criterios de clasificación de las Lesiones por dependencia que se producen en los pacientes de la UCI Adulto del Hospital de La Florida en el año 2022 -2023

Analizar las lesiones por presión para un manejo adecuado en la UCI Adulto del Hospital de La Florida del año 2023.





PLANEACIÓN



PREVENCIÓN

TRATAMIENTO

ESTANDARIZACIÓN

Carta Gantt

	ENE 2022	FEB 2022	MARZ O 2022	ABRIL 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEPT 2022	OCTU 2022	NOV 2022	DIC 2022
1. Prevención de LPP en la UCI-O	X	X	X									
2. Recapacitación a todo el personal de la UPC sobre el correcto uso de los colchones de flotación	X	X										
3. Campaña Prevención de DAI											X	
4. Reuniones de planificación de actividades			X		X	X				X		X
5. Prevalencia LPP			X		X		X	X			X	X
6. implementación de pautas de curación de LPP			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Capacitación de apósito bioactivo en la unidad									X			

8. Capacitación MARSÍ

X

9. Implementación de estrategia sobre cambio de posición estandarizado

X

10. Campaña de Identificación de LESCAH

X

11. Jornada de enfermería de Prevención de lesión por presión

X

12. Incentivar la notificación de LPP

13. Identificación visual de paciente con lesiones por presiones

X

14. Capacitación de prevención de LPP: Cavilon y Linovera

X

15. Cambio de Fijación de SNG

X

16. Evaluación de apósitos disponibles en Omnicell

X

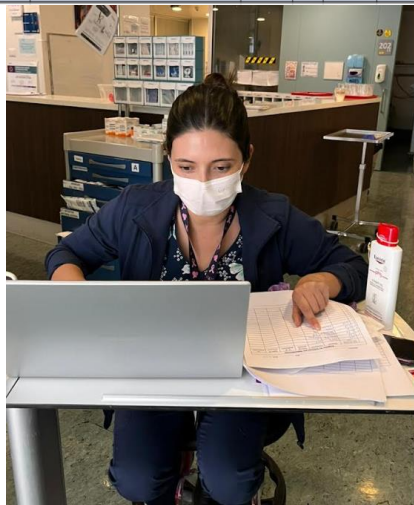
X

17. Cambios de stock de insumos en Omnicell

X

PREVALENCIA INTERNA DE LAD

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	Cama	Nombre	Sexo	Rut	Ed	Rango_Edi	Diagnostico	Estado Nutri	A_Pri	Dias de pro	Dias en UCI	Rango_Dias	Ubicación	Causa	Clasificación
2	202-01		F		62	61-70 años	DHC sin etiología clara	Desnutrición	NO	0	0	10-5 días	SACRA	Presion	1
4	202-03		M		30	20-30 años	Politraumatizado	Obesidad	NO	0	0	44 > 31 días	FND	Presion	Mucosa
8	202-04		M		44	41-50 años	Leucemia de celulas plasmaticas + Obs plasmocitoma medi	Desnutrición	SI	0	0	30 21-30 días	INTERGLUTEA	Humedad	DAI Leve
10	202-05		F		56	51-60 años	IRA Neumonia	Obesidad	NO	0	0	10-5 días	INTERGLUTEA	Presion	DTP
12	202-06		M		56	51-60 años	Shock septico pulmonar	Obesidad	NO	0	0	20-5 días	BRAZO D	Adhesivos	MARS
15	202-07		M		34	31-40 años	Neumonia obs P Jirovecci	Normal	NO	0	0	50-5 días	INGUINAL	Humedad	LESCASH
16	202-08		M		67	61-70 años	Bactermia por E. Coli	Normal	NO	0	0	13 11-15 días	DEDO INDICE D	Adhesivos	MARS
17	202-10		F		23	20-30 años	IRA-ELA	Obesidad	NO	0	0	10-5 días	GLITEO D	Presion	DTP
21	202-11		F		92	20-30 años	TEP	Desnutrición	NO	0	0	15 11-15 días	SI GUINAL	Presion	DAI II A / Moderada
22	202-12		M		54	20-30 años	HIDA	Desnutrición	NO	0	0	11 11-15 días	SUBCLAVIO D	Adhesivos	MARS
15	202-13		M		23	41-50 años	Sepsis pulmonar	Desnutrición	NO	0	0	22 21-30 días	INGUINAL	Presion	DAI II A / Moderada
26	202-16		F		33	31-40 años	AKI - Ca Cervicouterino	Desnutrición	NO	0	0	64 > 31 días	SACRA	Presion	2
29	202-18		M		45	41-50 años	POOP laparotomia - Trombosis mesenterica	Normal	NO	0	0	50-5 días	TALON D	Presion	DTP
30	202-19		M		36	41-50 años	ISRA - TBC	Desnutrición	SI	3	3	8 6-10 días	Cuerpos espinales	Presion	DTP
37	202-20		F		73	61-70 años	ISRA	Desnutrición	SI	3	3	23 21-30 días	INTERGLUTEA	Presion	DAI II B / Severa
43	202-21		F		73	> 70 años	Sd Hiperviscosidad	Desnutrición	SI	0	0	20 21-30 días	MANO D	Presion	MARS
47	202-22		M		36	31-40 años	Neumonia Covid 19 - inmunodeficiencia	Desnutrición	SI	3	3	6 6-10 días	SACRA	Presion	1



IDENTIFICACIÓN INTERNA DE PACIENTES CON LAD EN SEGUIMIENTO POR EL COMITÉ



Nombre: _____ Rut: _____ Sala: _____

Registro de lesiones por dependencias							
	Tipo de Lesión <small>(LPP, humedad, DAI, MARS)</small>	Ubicación	Clasificación	Fecha de aparición	N° de Notificación	Fecha de resolución	EU responsable
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Hoja de registro de lesiones

Cambio de Posición estandarizado

CAMBIOS DE POSICIÓN

TURNO LARGO

09	11	13	15	17	19
DS	DLI°	DLD°	DS	DLD°	DLI°

TURNO NOCHE

21	23	01	03	05	07
DS	DLI°	DLD°	DS	DLI°	DLD°



ESTO DEPENDE DE TODOS

TURNO LARGO: ROTAMOS INVASIVOS A LA IZQUIERDA
TURNO NOCHE :ROTAMOS INVASIVOS A LA DERECHA

S. foley y TOT

Flotación en Seco

Correcto uso de Colchones de Flotación



Modo de uso:



Recibimiento del paciente

Hiperinflar el colchón.
Conectar secciones del colchón.
Sábana sobre colchón holgada, pues contribuye a la deformación del colchón.



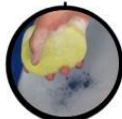
Regulación del colchón

Palma de mano del operador entre zonas de mayor apoyo cuerpo paciente y celdas del colchón.
Dejar escapar aire, ir sumergiendo la palma hasta generar espacio de 2 a 3 cms entre sí.



Cambios de posición

Debe ser regulado el colchón en cada cambio de posición, ya que las zonas de apoyo cambian.
Evaluar regulado de colchón 3 veces durante 12 hrs. en UCI.
Las almohadas deben ir debajo del colchón, no bajo la sabanilla.



Limpieza y guardado

Usar agua jabonosa y cloro al 0.5%, el alcohol genera resequeidad del material.
Idealmente guardar colchón inflado, así se identifica un posible deterioro de manera precoz.

Datos:

Los colchones Roho permiten pacientes con un peso máximo de 160 Kg.

No inflar con O₂ y/o aire medicinal por riesgo de deterioro. Los colchones cuentan con bombin especial.

Usar en pacientes con riesgo de caídas Alto. En pacientes autovalentes existe mayor riesgo de caídas.



Integrantes:
Rocio Arroyo,
Catalina Opazo,
Viviana Rivera.

Jornada de capacitación de uso del colchón de flotación

ESCANEA AQUÍ PARA VER EL VIDEO



Uso correcto de protectores cutáneos y AGHO

Manejo de Lesiones Cutáneas Asociadas a Humedad (LESCAH)

Dermatitis intertriginosa (Pliegues)

- Jabón neutro
- Secar pliegues
- Protector cutáneo



DAI




- 10 a 15 cm de distancia
- Sólo 2 veces en el mismo lugar

Prevención 

- Protector cutáneo (crema c/3 mudas o spray c/12hrs)

Categoría 1 (leve) 

- Protector cutáneo (crema c/3 mudas o spray c/12hrs)
* En caso de deposiciones líquidas solo usar spray

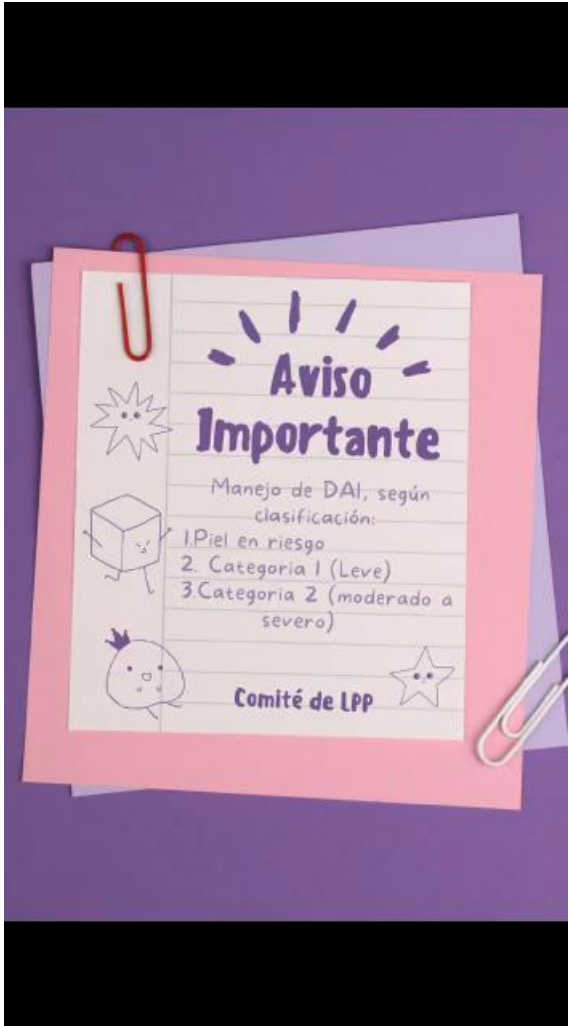
Categoría 2 (moderada / severa) 

- Protector cutáneo con técnica de CRUSTING
* si la costra se mancha con deposiciones esta no se debe retirar

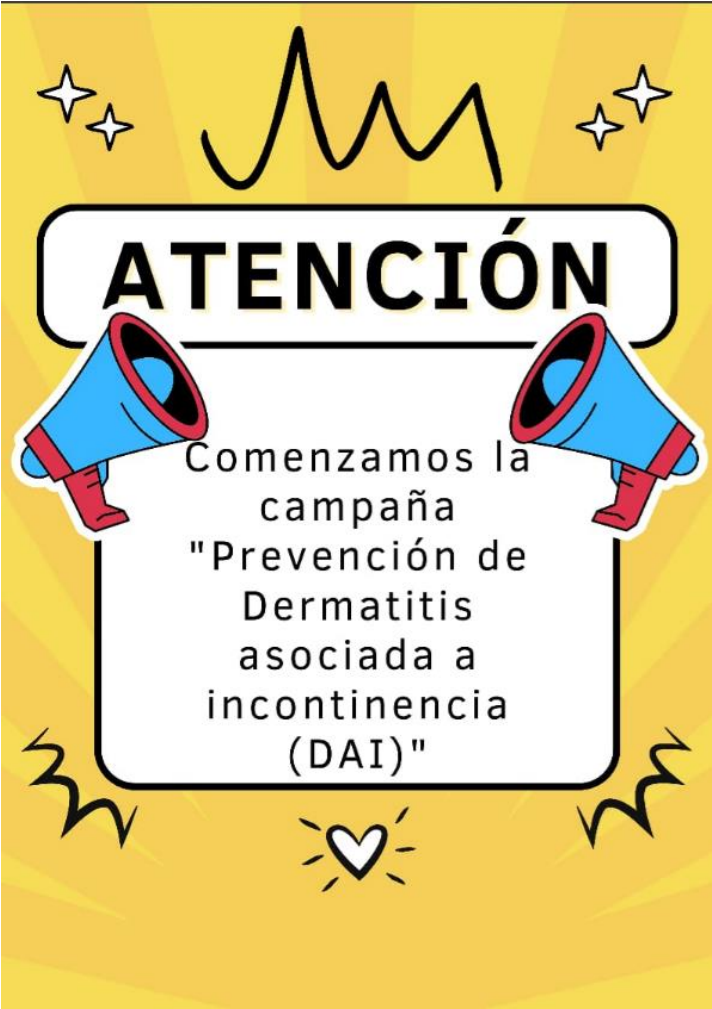
Recuerda que :

1. El Aseo genital se hace con jabón neutro.
2. Secar bien la zona de los pliegues (aposito o papel) .
4. Aplica protector cutáneo en los pliegues.
5. Deja aposito en los pliegues, sobretodo en pacientes obesos y/o con exudado .
6. Cambio de pañales cada 12 hrs.

Uso correcto de protectores cutáneos y AGHO

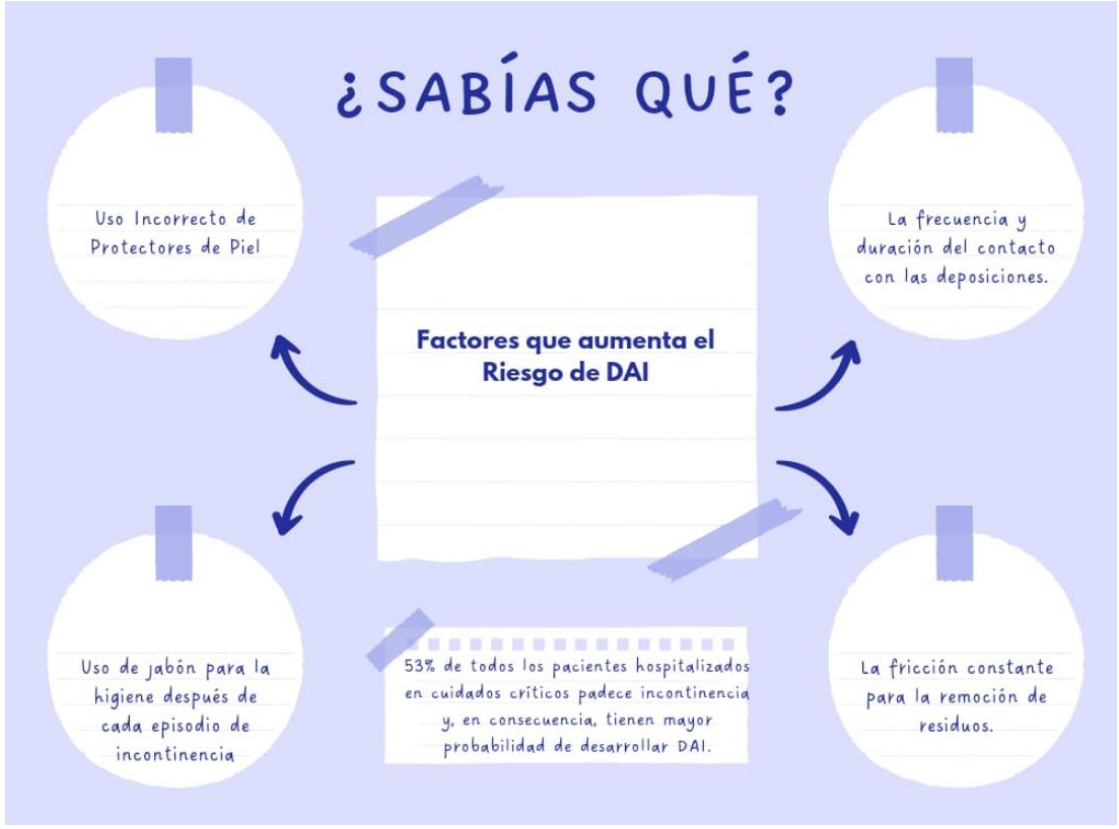


Prevención de las dermatitis asociadas a incontinencia DAI



ATENCIÓN

Comenzamos la campaña "Prevención de Dermatitis asociada a incontinencia (DAI)"



4 consejos para Prevenir las DAI

1. Identificar lo que es una DAI
2. Limpieza correcta
- 3 - Secado Correcto
4. Protección correcta

IDENTIFICACIÓN DE LAS DAI

La presencia de incontinencia urinaria o fecal, incluso cuando no hay otros factores de riesgo, debería activar la aplicación de un protocolo adecuado para la prevención de la DAI con el objetivo de minimizar o prevenir la exposición de la piel a la orina y las heces, además de proteger la piel.

AUSENCIA DE ENROJECIMIENTO



La piel se muestra normal en comparación con el resto del cuerpo (Ausencia de Signos de DAI)

CATEGORÍA 1: PIEL ENROJECIDA PERO INTACTA

Daño Leve

Presencia de:

- Eritema
- Edema



CATEGORÍA 2: PIEL ENROJECIDA Y CON DAÑO

Daño moderado o severo



Presencia de:

- Vesícula/ampollas/erosión cutánea
- Denuclación cutánea
- Infección cutánea

La DAI es un tipo de dermatitis (inflamación de la piel) de contacto irritativa que se observa en pacientes con incontinencia fecal o urinaria. Los pacientes con incontinencia fecal + urinaria presentan un mayor riesgo de desarrollar DAI que aquellos sólo con incontinencia urinaria

Prevención de MARSI (Lesiones asociadas a adhesivos médicos)





CLASIFICACIÓN LPP

(Y no fallar en el intento)

G° 1

Piel intacta con eritema que no blanquea, usualmente sobre una prominencia ósea.



G° 2

Herida con pérdida de espesor parcial de dermis, que se presenta como una úlcera poco profunda con un lecho de herida rojo-rosado, SIN esfacelo. También puede presentarse como una flictena con suero, intacta o rota



G° 3

Herida con pérdida de espesor total. El tejido graso subcutáneo puede ser visible. Esfacelo puede estar presente, pero no impide observar la profundidad de la pérdida del tejido. Puede incluir socavones y túneles



G° 4

Pérdida de espesor total del tejido con exposición de hueso, tendón y/o músculo. Esfacelo o escara pueden estar presentes en parte del lecho de la herida. Socavones y túneles están habitualmente presentes.



No clasificables

Pérdida de espesor total en que la base o lecho de la úlcera está cubierta por tejido desvitalizado (amarillo, marrón, gris, verde o café) y/o una escara (marrón, café o negra).



Daño tisular profundo (DTP)

Área localizada violeta o marrón de piel intacta y descolorida o de flictenas con sangre.



Sabías que ... Existen 2 clasificaciones más

- LPP por dispositivos médicos
- LPP en mucosa

CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN

CORRECTA FIJACION DE LA SNG



REGISTRO CLINICO

Curación de lesiones:

Ubicación:

Origen: Presión Humedad Adhesivos médicos

Tipo de tejidos: (%) Granulatorio (%) Esfacelo (%) Necrótico

Extensión (cm):

Bordes: regular irregular

Exudado Cantidad: Ausente Escaso Moderado Abundante

Exudado Calidad: Ausente Seroso Turbio Purulento Hemático

EVA:

Resultado del VACAB :

Curación avanzada

1. Retiro apósitos anteriores
 2. Arrastre mecánico: Duchoterapia con Matraz Duchoterapia con Jeringa
 3. Toma de cultivos Si No TIPO de cultivo : Secreción Tejido
 4. Limpieza de la piel :
 5. Limpieza de la herida :
 6. Desbridamiento: SI (x) No
 7. Protección de la piel: seco la piel. Linovera crema Protector cutáneo.
 8. Apósito primario Tull Tull Miel Alginato Alginato Ca DACC Miel grado medico Hidrogel Otro: _____
 9. Apósito secundario: _____
 - 10 Fijación: _____
- Notificación: SI No Folio SINEAV
- Fecha PROXIMA CURACION: cada _____ horas o en caso de ser necesario.

VALORACIÓN DE CARGA BACTERIANA DE HERIDAS Y ÚLCERAS, FINH (VACAB)

	Epitelización	Colonización Baja	Colonización Crítica	Infección
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido Esfacelado más Necrótico	Piel cicatrizada	0 %	≥1% - 100%	≥25% -100%
Piel circundante	Sana, Pigmentada, Descamada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Eritematosa
Calor Local	NO	NO	NO	SI

Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

Estandarización del manejo de las Heridas

Curación avanzada Gangrena de Fournier EEIID

Sala 202 11

1. Retiro de vendajes y apósitos con removedor de adhesivo.
2. Arrastre meoníco
 - a. Jeringa de 20 cc + Aguja #21 o #19 para obtener una presión de 30 mmhg(herida de muslo anterior) cargar jeringa e irrigar herida y realizar arrastre mecánico
 - b. Duchoterapia con suero de 250 cc realizo agujeros con Aguja #21 o #19 para obtener una presión de 30 mmhg(herida de muslo posterior) Limpiar matraz con gasa o gasilla de alcohol Realizar 25 agujeros
3. Toma de cultivos: Actualmente no se se que se encuentra con cultivos positivos y con tto alb .
4. Limpieza de la piel (circundante):
 - a. Colonización orlito: Clorhexidina jabonosa 2 o 4% 1 vez a la semana. LOB LUNE 8
5. Limpieza de la herida: En Infección :
 - Polihexanida con betalina (Prontosan) en cada curación dura 3 semanas abierto. USO: Impregnar una gasa y dejar actuar 10 -15 minutos, para remover el biofilm.
6. Desbridamiento: Retiro de tejido estafacado con bisturí o tijeras, si es que es posible.
7. Protección de la piel
 - a. Secar la piel circundante (NO LA HERIDA)
 - b. Aplicar protector cutáneo: cavilon
8. Evaluar VACAB: * Los lunes se reevaluará, se refiere a la tabla adjunta a este protocolo de curación.

Infección

Exudado: Abundante , purulento
 Tejido estafaco + necrótico: (X) >25-100%
 Piel circundante: (X) Eritematosa, macerada
 Calor local (X) SI

	Exudado	Tejido estafaco + necrótico	Piel circundante	Calor local
Exudado	Abundante	Abundante	Abundante	Abundante
Tejido estafaco + necrótico	Abundante	Abundante	Abundante	Abundante
Piel circundante	Abundante	Abundante	Abundante	Abundante
Calor local	Abundante	Abundante	Abundante	Abundante

9. Apósito primario: Alginato de plata
10. Apósito secundario: Apósito 40x40.
11. Fijación: Fikomullí o Tela de seda
12. Frecuencia de la curación: CADA 24 HR 8 O 808.
13. Evolucionar la curación según pauta.

Cualquier duda o sugerencia favor avisar a los integrantes del comité de LPP

Equipo LPP UPC-O



Capacitaciones en el manejo de heridas



Participación en jornadas de prevención de la LPP del HLF



**OTRAS
ACTIVIDADES
REALIZADAS**

Capacitación interna a los integrantes del comité para unificar criterios de pesquisa y manejo

Apoyo de proveedores para la capacitación en el uso de equipamiento e insumos para la prevención y manejo de las LAD

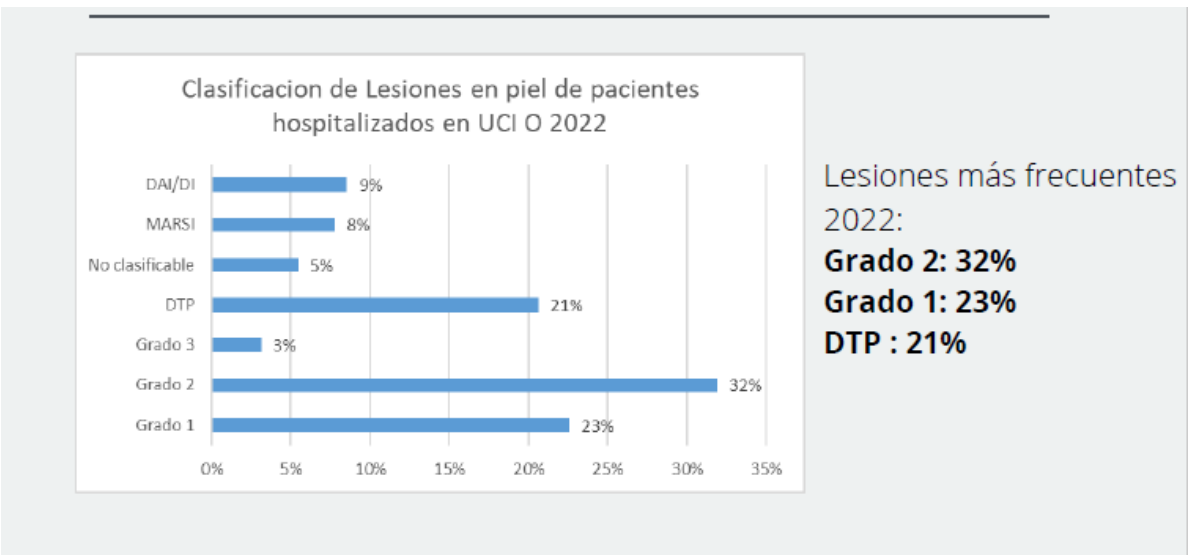
Integrar nuevos insumos, participación en el comité de compras

Evaluación de nuevos insumos y equipamiento para la prevención y manejo de las LAD

Revisión del arsenal de insumos del hospital para modernizar los insumos.

FECHAS DESTACADAS 6 PREVALENCIAS APLICADAS

30 de Marzo
 27 de Mayo
 18 de Agosto
 7 de Noviembre
 23 de Noviembre
 21 de Diciembre



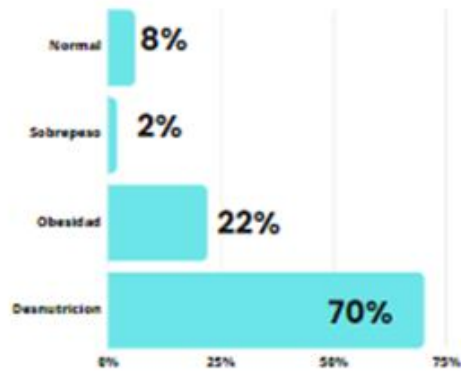
ZONAS MAS FRECUENTES DE LESIONES

- Fosa Nasal
- Boca
- Codo
- Falanges
- Ortejos
- Sacro
- Talones

Estado Nutricional



**EL 18%
PRESENTÓ
LESIONES
DURANTE LOS 5
PRIMEROS DIAS
DE INGRESO**



**El 25% estuvo
en pronó**



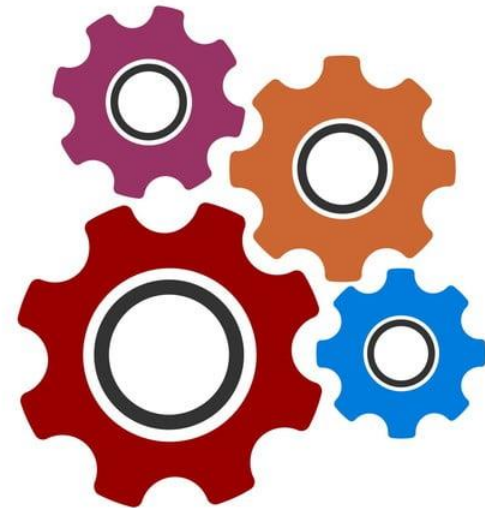
En promedio los
pacientes
estuvieron 2,5
dias en pronó.
Minimo dias: 2
Maximo dias: 7



La media de lesiones por
paciente

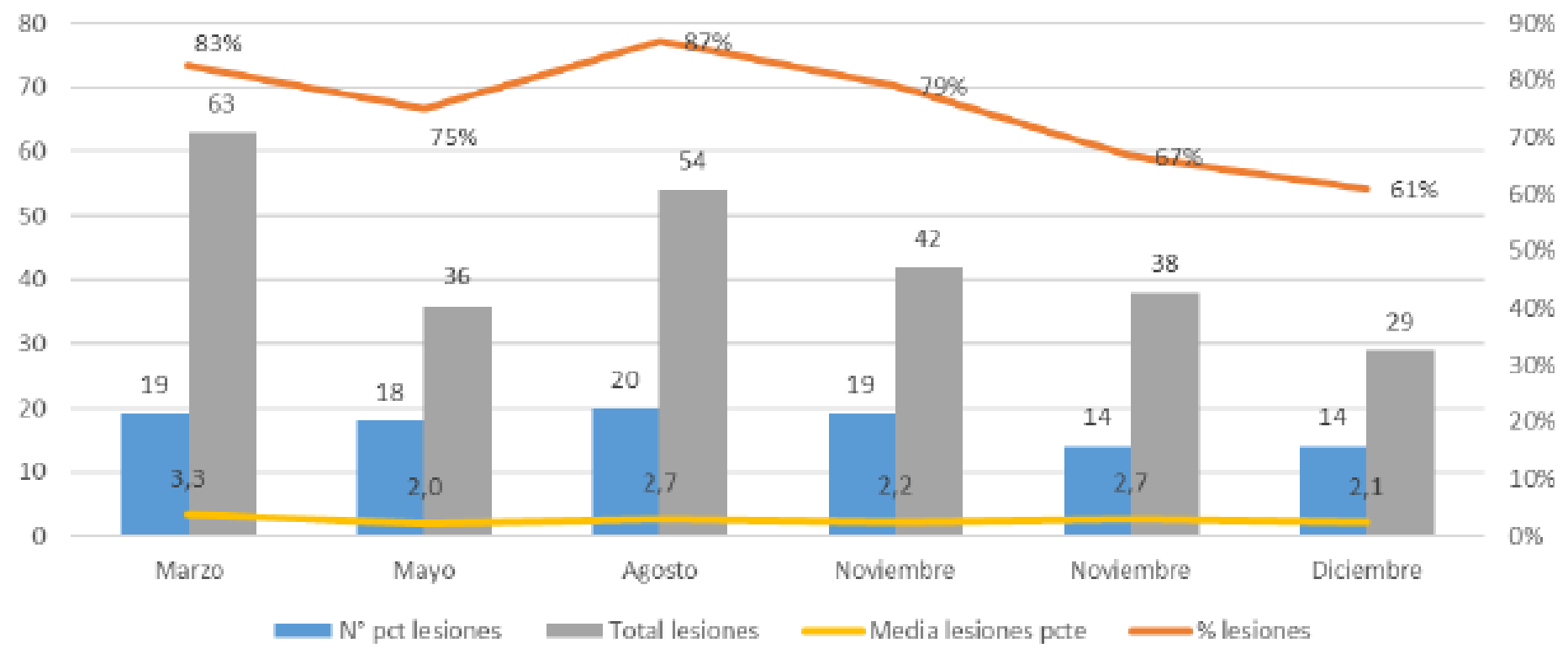
3,3 en marzo

2,1 en diciembre



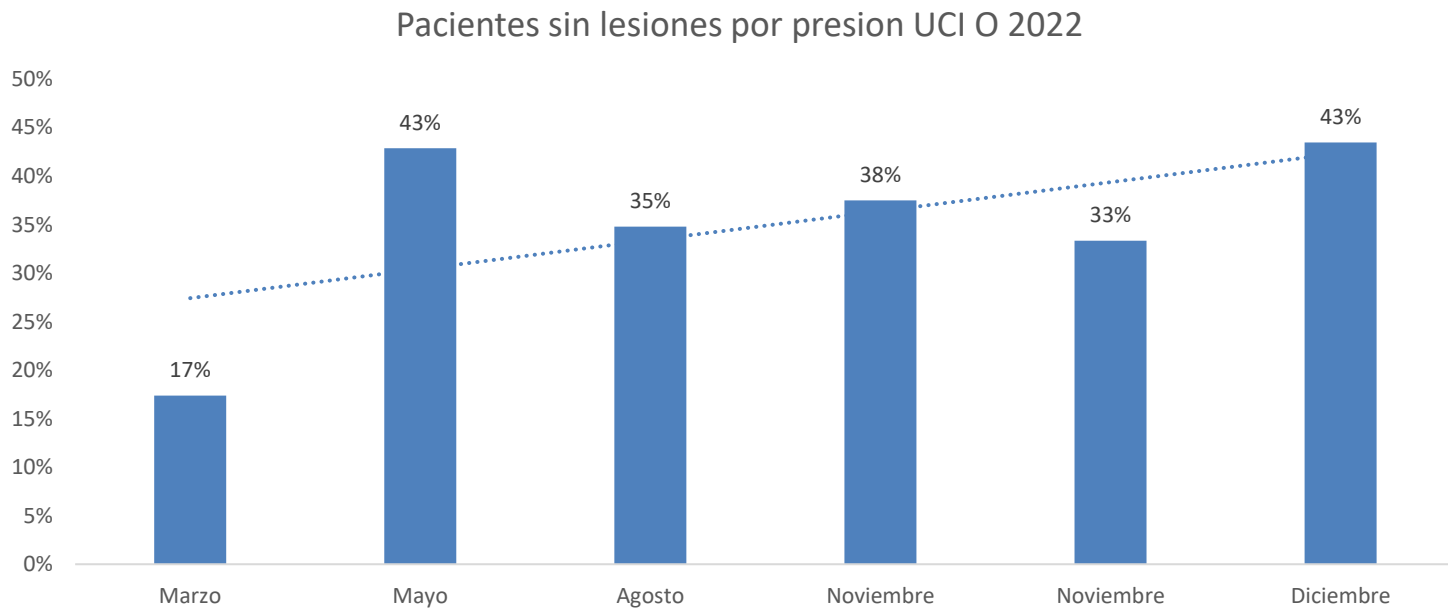
RESULTADOS

Lesiones en la piel (asociadas a presión, humedad y retiro de adhesivos médicos) de pacientes hospitalizados en la UCI entre marzo y diciembre 2022



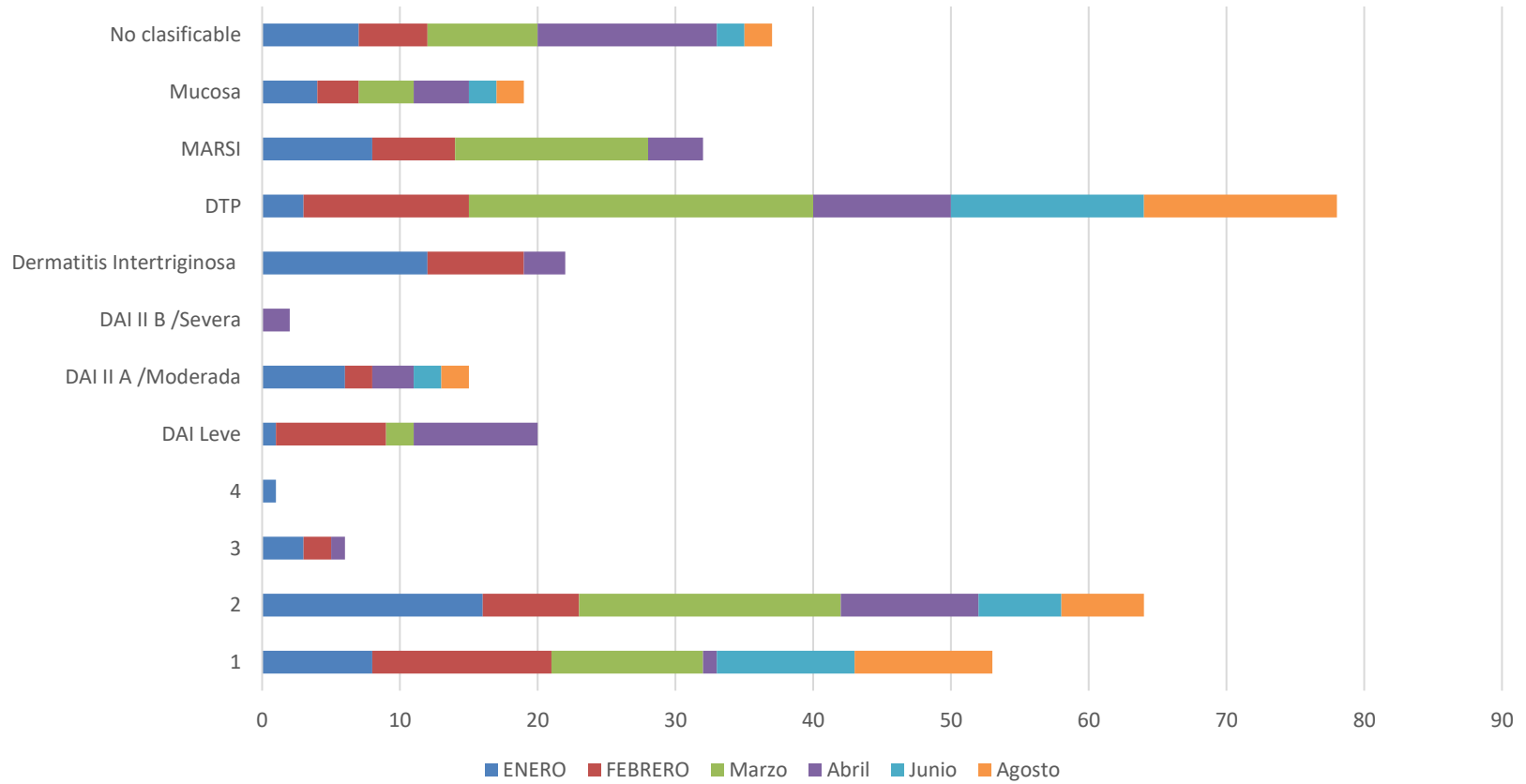
INDICADOR:

$\frac{\text{No de pacientes sin lesiones por presión en la UCI Adulto del Hospital de La florida}}{\text{No Total de pacientes hospitalizados en la UCI Adulto del Hospital de La Florida}} \times 100$



META: Que el 80% de nuestros paciente UCI estén libres de Lesiones por presión

Tipos de lesiones 2023



Apoyo a nivel informático para la planificación y realización de actividades

Mantener y aumentar el tiempo protegido para mejorar y facilitar el registro de los datos estadísticos

Continuar trabajando con la resistencia al cambio en el personal de la UPC Adulto

Presentación al comité de compras equipamientos e insumos específicos para la prevención y tratamiento de las LAD

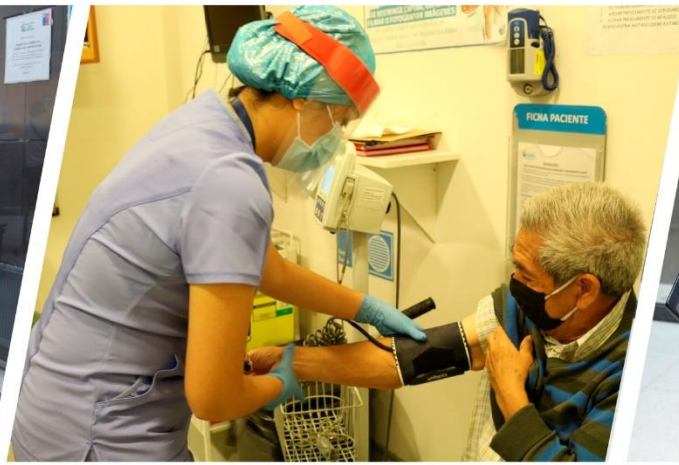
Continuar con la capacitación del personal y enfatizar en el personal en inducción

PARA FINALIZAR

Si no lo hacemos nosotros... Quién?
Si no empezamos ahora... Cuándo?
No esperemos ver un cambio, si no
aportas a hacer uno. La gestión de las LAD
también es gestión de enfermería y es un
tema del que enfermería debe hacerse
cargo.



Muchas gracias
Comité LAD UPC-O HLF



**Hospital Clínico
Dra. Eloísa Díaz I.
La Florida**

GRACIAS