



Preguntas y respuestas presentación del 15-12-23 Tema: Norma técnica N°06/2023 de LPP

En el marco de la difusión de la actualización de la Norma Técnica Sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención Respecto de Prevención de Lesiones Por Presión en Establecimientos de Atención Cerrada por parte de Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención del MINSAL, es que se realiza la primera capacitación, vía online, para difundir y aclarar dudas sobre el documento publicado.

El presente documento recoge las consultas realizadas por los asistentes y da repuesta a cada una de las inquietudes realizadas durante la capacitación.

Siglas y abreviaciones

DM	Dispositivos médicos
NT	Norma técnica
OIRS	Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
SIS	Superintendencia de Salud
SNSS	Servicio Nacional de Servicios de Salud
TDR	Términos de referencia

Preguntas y respuestas

1. ¿La designación del profesional de enfermería/matronería es mediante resolución exenta o solo indicada en protocolo institucional como responsable?
R: La norma no es explícita, sin embargo, se sugiere que la designación sea a través de un documento de carácter institucional donde se indique funciones, horas y su reemplazo para dar cumplimiento a la normativa.
2. ¿Colchón antiescaras se considera un SEMP, o son solo los cojines accesorios?
R: Lo que se considera como SEMP, está condicionado a sus características, las cuales están descritas en el ítem “Glosario” de la Norma Técnica. Como complemento y precisión, también se encuentra descrita en la Orientación Técnica.
3. Respecto a la UEH, ¿la medición de la valoración es 6 horas desde el inicio de la atención del médico, esto incluye los que están en atención vertical?
R: Si.
4. ¿En el caso de usuarios con hospitalizaciones prolongadas altamente dependientes (ej. lesionado medular, con tetraplejia, con secuelas por ACV) en que los riesgos son siempre moderado o alto, de debe revalorar mediante la escala todos los días, considerando que las condiciones no cambian?
R: La Norma Técnica señala que en **riesgo alto** la aplicación de la escala de valoración de riesgo. Respecto al **riesgo moderado** la aplicación de la escala de valoración de riesgo

debe ser cada 72 horas. En ambos casos la valoración de la piel se debe realizar diariamente.

5. ¿Podrían ahondar sobre los casos en que no sea posible el cambio de posición? creo haber entendido que eso lo debe dejar indicado el médico tratante, pero no me queda claro qué debe indicar específicamente.
R: Otra respuesta: Esto se refiere a que, si hay una contraindicación para el cambio de posición, esto debe ser indicado por el médico a cargo con su correspondiente registro en ficha clínica.
6. ¿Es recomendable dejar un responsable de esta norma de seguridad por servicio clínico?
R: La norma técnica sólo exige la designación de un profesional de enfermería y/o de matronería según corresponda de la implementación de NT en la Institución. Se debe considerar esto como el mínimo, otras disposiciones dependerán de decisiones locales.
7. ¿Tendrán fecha tentativa de emisión de indicadores?
R: Estamos en proceso de revisión de los nuevos indicadores. Toda vez definidos, se informará oportunamente.
8. ¿Los pacientes hospitalizados en maternidad, también se deben evaluar con escala de Braden?
R: Si, en caso de que se tenga pacientes adultos y pediátricos. En estos últimos, se debe utilizar la de Braden-Q.
8. Los ejercicios de prevalencia tendrán algún cambio.
R: Está en revisión.
9. En pabellón tenemos sugerencia de pauta de valoración solo para pacientes adultos, ¿qué pauta se sugiere para pacientes pediátricos quirúrgicos?
R: La norma no define pauta para los pacientes quirúrgicos, ni adultos ni pediátricos. Esto está como recomendación en las Orientaciones Técnicas.
10. En la norma se menciona que la aplicación de las escalas debe ser al ingreso, ¿esto abarca un rango horario (ej. antes de 48 horas post ingreso a unidad)
R: Se debe aplicar con un tiempo máximo de 6 horas desde el ingreso.
11. ¿El registro debe realizarse directo a la ficha clínica o con hoja de enfermería como parte de la ficha clínica?
R: Decreto n°41 art. 6 letra c), hoja de enfermería es parte de ficha clínica.
12. ¿Cuánto tiempo se dará para implementar la NT de forma completa?
R: De acuerdo a lo señalado en Resolución Exenta N°73 la NT entra en vigencia 1 marzo 2024 <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>. Se estima que su implementación será progresiva durante el año 2024.
13. Respecto a la medición de los indicadores, ¿se debe mantener la medición de la NT N°0006?
R: Si, mientras no se publiquen los nuevos indicadores.
14. En la norma no lo menciona, pero ¿no tienen categorización diferenciada las escalas por rangos etarios (>75 años)?
R: No.

-
15. ¿Cuáles son los dispositivos de apoyo que son considerados como válidos, solo colchón anti escaras en hospitalizados?
R: La Norma Técnica no señala el concepto “dispositivos de apoyo”, lo que indica es el SEMP y sus características están descritas en el apartado de “Glosario”
16. ¿El nombramiento del responsable de la norma debe decir específicamente como responsable de esta norma o puede ser la que se había designado como la responsable de los indicadores de seguridad?
R: El documento de carácter institucional, debe señalar que se designa a un profesional responsable de la “... estrategia para el cumplimiento de la Norma tanto en su implementación como en su aplicación.” Corresponden a designaciones diferentes.
17. ¿Es obligatorio el cambio de escala en neonatología?, acá usamos escala de Braden Q y son muy similares que la escala de neo publicada, la evidencia habla de que ambas son buenas para este tipo de paciente neonatal, y que no tienen diferencias. En nuestro servicio no hay problemas de tasa alta de LPP.
R: Si, dado que la norma indica que para los pacientes neonatos se debe aplicar la escala NSRAS. La norma pretende estandarizar la valoración, para ello es necesario utilizar las mismas escalas.
18. ¿Alguna recomendación respecto a la designación de un responsable de la estrategia? ¿que sea de algún área en específico, o alguna capacitación específica?
R: Debe ser un profesional de enfermería o matronería, según corresponda.
19. ¿Se considera también como SEMP el cuerito de cordero (usado en pediatría)?
R: No, la definición de SEMP se encuentra en el glosario de la Norma Técnica.
20. Se designa a la encargada de cada área (urgencia, pabellón etc.) que debe hacer la supervisión, pero la norma no indica que tipo de supervisión debe hacer la unidad de calidad. En nuestro caso, nos parece importante hacer nosotros la supervisión periódica independiente de las supervisiones locales.
R: En este caso, se sugiere que exista una coordinación y un trabajo en equipo entre la supervisión realizada por la enfermera o matrona a cargo de la unidad o servicio clínico y la unidad de calidad. Esto debe quedar definido en el programa de supervisión local.
21. Respecto a la capacitación del profesional a cargo de la estrategia, ¿alguna recomendación específica?
R: Capacitación en torno a temas relacionados con las estrategias definidas en la normativa, gestión de riesgos y de acuerdo a las necesidades que detecten como nivel local
22. ¿Los colchones deben ser viscoelásticos?
R: Para ser utilizados como medida preventiva en pacientes de Pabellón pueden utilizarse colchón viscoelástico, colchón de flotación seca u otras superficies de gel
23. De acuerdo con lo que indica la norma en los servicios de urgencia privados y públicos el tiempo de permanencia es bastante distinto en eso queda claro que, si la demora es mayor a 6 horas, pero en los pacientes c1 c2 en nuestro caso permanecen muy poco tiempo en urgencia ¿es necesario aplicar la pauta en este caso ya que suben rápidamente a su unidad?
R: Para los pacientes C1 y C2 se considera de riesgo alto, por tanto, no se debe aplicar escala de valoración.
24. ¿La evaluación nutricional, se le debe realizar a todos los pacientes al ingreso de su hospitalización?

R: Si, al menos una valoración e intervención nutricional, específicamente a los que tienen riesgo moderado y alto.

25. ¿Los centros privados, donde informan los indicadores?
R: De momento el reporte debe hacerse a su máxima autoridad. Respecto a este Ministerio, se está esperando respuesta de la División de Jurídica para ver la factibilidad de informarlo al nivel central.
26. ¿Se mantiene el colchón viscoelástico como indica las Orientaciones Técnicas, como un SEMP para pacientes independientes de su categorización de riesgo?
R: El uso de SEMP se selecciona según el nivel de riesgo. Respecto al colchón viscoelástico, este se debe utilizar, al menos, como medida preventiva en los pacientes en Pabellón.
27. En el caso de aplicación de escala en paciente neo, en nuestro hospital pediátrico no contamos con unidad de neonatología, sin embargo, recibimos a estos pacientes en cuna pediátrica y/ o cuna radiante no tenemos incubadoras. ¿En estos pacientes es válido usar la escala de Braden Q?
R: El criterio para la aplicación de la escala de riesgo es la edad del paciente, si el paciente corresponde a un neonato, la escala debe ser NSRAS.
28. En relación con las medidas preventivas de pabellón, en pacientes con alto riesgo, ¿Que se entiende por los posicionadores?
R: Son insumos que se utilizan para alivio de puntos de presión como medida preventiva de LPP, pudiendo ser de material viscoelástico, gel o de espuma de alta densidad forrada.
29. En el caso de los pacientes pediátricos, ¿solo debe usar las escalas que están descritas en la norma, es decir Branden Q?
R: Si. Se debe notar que para pacientes neonatos la escala a utilizar es NSRAS
30. En nuestro hospital aún contamos con ficha clínica a papel, necesariamente tiene que existir toda la evaluación de la pauta o puede tener solo la evaluación final. existe ítem de evaluación de LPP dentro de la planificación de enfermería y lo indica como leve, moderado o alto, existe solo el resultado.
R: No solo se debe tener registro en la ficha clínica del resultado de la escala, sino también, se debe precisar, puntaje (total y subfactores), nivel de riesgo indicado, oportunidad de aplicación (fecha y hora) y responsable de la aplicación.
31. Para la supervisión del cumplimiento de la norma (indicador de seguridad) ¿se establecerá un instrumento nuevo que incorpore PQ y urgencia?
R: Esta en evaluación.
32. Respecto de los documentos de carácter institucional, algunos aspectos pueden ser actualizados a partir del protocolo GCL GCL 2.2-3. No obstante como se hace la bajada respecto de la responsabilidad de adquisición o reposición de implementos relacionados a la norma en un documento, entendiendo que se debe definir quién hace qué y como
R: Esto corresponde a la coordinación interna, entre el responsable de la norma técnica y el responsable de adquisición.
33. Cuando el paciente no tolere los cambios de posición, ¿basta con dejarlo constatado en la curva de enfermería o el médico tratante debe dejarlo registrado también?
R: El médico a cargo debe registrar la excepción en la Ficha Clínica.
34. Para pabellón ¿qué pauta de evaluación del riesgo de Lesiones por presión recomiendan?

-
- R: No se especifica en la norma la evaluación de riesgo de pacientes en pabellón.
35. En caso de paciente que ingresa a pabellón categorizado como riesgo bajo y la cirugía dura menos de 2 horas, ¿sigue considerado como riesgo bajo?
R: Si.
36. Los recursos económicos para la implementación de las medidas de prevención como SEMP o puntos de apoyo, ¿serán aportados por el MINSAL?
R: No hay recursos marcados para esta línea.
37. Norma Técnica actual, ¿reemplaza la del 2012??
R: Actualiza y deja sin efecto la norma N°006 del 2012
38. Nosotros tenemos colchón viscoelástico, ¿cumple la misma función que el colchón antiescaras?
R: El colchón viscoelástico es un tipo de SEMP, recomendado para pacientes de bajo y moderado riesgo y pacientes en pabellón (Ver Orientaciones Técnicas).
39. ¿Puede ser cualquier indicador definido por la institución? ¿Que deberemos subir a SICARS?
R: Se debe mantener la medición y el reporte a SICARS de los indicadores de la Norma N°0006 hasta la publicación y entrada en vigencia de la actualización de los mismos.
40. Los indicadores ¿van a ser tipo estándar o son los que la institución ya lleva por acreditación?
R: Van a ser estandarizados, sin desmedro de que la institución implemente además sus propios indicadores.
41. En los servicios de urgencia las camillas son estrechas, ¿que SEMP es recomendado específicamente ahí? En Hospitalizados no tenemos problemas porque las camillas son más anchas.
R: Aquel SEMP que se ajuste a la norma y que pueda ser aplicado en las camillas. Se sugiere revisar la oferta disponible en el mercado, a través de los profesionales responsables de la adquisición o reposición de este tipo de implemento.
42. ¿Dónde puedo acceder para ver lo que publicarán sobre los indicadores y supervisión?
R: En la página del MINSAL, <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>
43. ¿Existirá una canasta GES relacionada?
R: No se ha discutido su incorporación al GES.
44. Sobre financiamiento para la adquisición de SEMP. ¿En cuanto tiempo puede demorar Adquisiciones del MINSAL en autorizar la compra de SEMP para Hospitales?, ¿Se tendría gestionar la solicitud a través de los Servicios de Salud?
R: La gestión debe ser local y se tendrá un tiempo de implementación de la norma técnica durante el 2024.
45. La norma técnica no refiere en detalle si se pueden usar el colchón antiescaras
R: El colchón antiescaras corresponde a un tipo de SEMP, la recomendación de su utilización se encuentra en más detalle en la Orientación Técnica.
46. En cuanto a la notificación, ¿es dentro del protocolo de EA y/o centinelas internos de cada institución o será notificado en otro sistema?
R: La norma es explícita al respecto, deben ser notificados en el sistema de notificación local.

-
47. ¿La capacitación continua puede ser interna o requiere específicamente que sea a través de una institución?
R: La NT no especifica. Lo que se debe resguardar es la realización de la formación y capacitación continua, ya sea de manera interna o no.
48. ¿El neonato sano que está en puerperio?
R: No se entiende la pregunta.
49. En documento mencionan que la reevaluación del riesgo moderado es cada 72 horas, pero acá mencionaron que es diaria, ¿cuál es el tiempo correcto?
R: 72 horas. Lo que se debe realizar diariamente es la valoración de la piel.
50. RN sano no se considera hospitalizado, por lo tanto, entendí que no aplica.
R: Así es, la norma aplica solo a paciente hospitalizado, en urgencia o pabellón.
51. Respecto a los recursos financieros, ¿esto será informado a los Hospitales y la Subdirección correspondiente?
R: no hay recursos marcados para esta línea. Los recursos generales son informados a los Servicios de Salud y Hospitales.