

Preguntas y respuestas presentación del 04-03-24

Tema: nuevos indicadores 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 N°234, aprobada por la Resolución Exenta N°73/2024, es que el Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención del MINSAL, realiza la presentación y capacitación, vía online, de cuatro nuevos indicadores.

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

Siglas y abreviaciones

CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
COMGES	Compromiso de Gestión
GRD	Grupo Relacionado Diagnostico
LPP	Lesiones por presión
NT	Norma Técnica
OOTT	Orientación Técnica
Ord.	Ordinario
POA	Present on admission
UEH	Unidad Emergencia Hospitalaria
SEMP	Superficie especiales para el manejo de la presión
SICARS	Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios
SIS	Superintendencia de Salud

Preguntas y respuestas

1. ¿Cuál es el desde respecto a los SEMP?

R: El más idóneo que se ajuste al riesgo de presentar LPP según escala de valoración (alto, moderado)

Propuesta: El “desde” está condicionado al riesgo del paciente de presentar LPP según valoración, una sugerencia de ello se encuentra en la OOTT Sobre Prevención de Lesiones por Presión disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOTT-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion.-Version-Imprimible.pdf>

2. La OT menciona la escala ELPO, sin embargo, esta ya no se menciona en la NT N°234, sino que se menciona que el paciente debe mantener el riesgo que trae previo a su ingreso a pabellón ¿qué pasa con los pacientes que ingresan directamente a pabellón y que no han estado previamente hospitalizados? Lo cual es habitual en los prestadores privados. En nuestra institución, hemos establecido su aplicación, pero esperaba encontrar los criterios para la aplicación de la escala en dichos pacientes.

R. La escala ELPO (definir) se menciona en las OOTT, no así en la NT. Lo anterior, debido a que no se encontró evidencia de su validación en el idioma español, requerido para la aplicación de manera obligatoria y exigible en todos los prestadores de salud. El prestador puede hacer más de lo establecido en la norma, nunca menos. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOTT-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion.-Version-Imprimible.pdf>

-
3. ¿Cómo aplicar el cambio de posición en pabellones?
R: El cambio de posición en pabellón no es exigido en la NT¹, solo señala alivio de puntos de presión en caso de ser posible y siempre en coordinación con el cirujano.

 4. Los pacientes que están en pabellón son los mismos que tienen cama asignada en un servicio clínico, así que los tengo incluidos ahí
R: No, necesariamente.

 5. ¿La tasa de LPP tendría que medirlo GRD entonces?
R: La tasa de LPP tiene como fuente de información la base de datos del Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD) y las estadísticas hospitalarias. El responsable de su cálculo es el Encargado de Seguridad y Calidad de la Atención de cada establecimiento. Esta información está disponible en la ficha del indicador.

 6. ¿Qué pasa con las LPP que ingresan desde domicilio, pero empeoran su grado en hospitalización?
R: Si es evidente su cambio durante la hospitalización, el paciente deberá considerarse para efectos de la medición. Además, se deberá analizarlas en conjunto con el equipo de calidad y el servicio clínico (supervisor y médico encargado) de la razón por la cual se complican los pacientes, crear un plan de mejora e informar a la familia o tutor del evento adverso.

 7. ¿Porque no se utilizan los diagnósticos POA para establecer la diferencia si la lesión es preexistente?
R: Porque el POA aún no es un dato sensible se comprobó realizando el ejercicio con los datos del año 2023, sin embargo, este año, 2024, se trabajará con Equipo de GRD de MINSAL para lograr mejorar la adherencia del registro de este dato.

 8. ¿Para el numerador por GRD se considerará la actividad hospitalizado y hospitalizado en urgencia? ¿se considerará el indicador POA como marcador de solo LPP generadas durante hospitalización?
R: Se debe considerar las lesiones generadas durante la hospitalización.

 9. En relación con la tasa no todas las LPP quedan registradas en el egreso médico, ya que muchas veces revierten durante la hospitalización.
R: Es una limitante del indicador, considerado dentro de los subregistros que puedan ocurrir.

 10. ¿Qué pasa con la metodología del indicador de acuerdo con la norma anterior (2012), según ordinario decía que a partir del 01 de marzo entraba en vigencia la norma nueva, considerando que es trimestralmente?
R: En razón a que la norma no cuenta con indicadores en su contenido, se debe considerar la metodología de los indicadores de la norma anterior hasta la publicación de los nuevos indicadores, que fueron formalizados, mediante Resolución Exenta N 203 el 12 marzo 2024.

 11. ¿Cómo podemos reportar la prevalencia de estos indicadores si estamos ya en marzo? o podemos hacerla retrospectivamente con la ficha clínica cierto?
R: No, debido a que hay elementos de los indicadores que son de observación directa.

¹ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>

-
12. Para sacar la tasa de incidencia de LPP, debemos solicitar los reportes directos a GRD en base a los códigos descritos en la presentación. ¿Es decir, obviamos los reportes desde los servicios clínicos por notificación de evento adverso de LPP?
- R: Deben solicitar los datos a GRD, sin embargo, este dato sería muy útil para evaluar la sensibilidad de las notificaciones de evento adverso con respecto a las LPP, no siendo obligatorio.*
13. Para el indicador N°4 ¿cómo podemos informar los casos de LPP si no tenemos alguno con diagnóstico 1 o 2 de LPP? Generalmente los casos GRD vienen por otro diagnóstico y es el que debe estar presente en el diagnóstico de egreso, por lo tanto, si se genera una LPP podría ser un diag. 3 o 4
- R: El diagnóstico de LPP puede estar en cualquier campo de diagnóstico secundario, DIAG 2 -20. Sólo se exceptúa DIAG 1 y estadía hospitalaria igual o menor a 2 días, según lo indicado en la ficha del indicador.*
14. ¿Los 4 indicadores son trimestral? ¿cómo veremos cumplimiento mensual?
- R: La exigencia de medición es de manera trimestral. Sin embargo, el prestador siempre puede hacer más que el mínimo exigido, pudiendo hacerlo mensualmente de estimarlo pertinente.*
15. ¿Los pacientes que ingresan con LPP (POA SI), se incluyen en este indicador?
- R: No estamos trabajando con POA por este año 2024.*
16. Para indicador de Valoración de la piel, se deberá revisar evolución diaria de médico o enfermería
- R: Por el profesional de salud que se estime pertinente.*
17. ¿En el caso de los pacientes en UEH se pueden evaluar sólo los pacientes hospitalizados en espera de cama? ¿o igual se deben considerar los pacientes ambulatorios?
- R: La evaluación no está condicionada a que el paciente sea ambulatorio o esté en espera de cama. Se deben considerar a los pacientes que ingresen, por la UEH, con tiempo de duración de la atención y/o de tratamiento igual o mayor a 6 horas. La aplicación de la escala se realizará al momento de cumplir las 6 horas desde su ingreso a la atención médica.*
18. ¿Respecto a la capacitación que dice la norma puede estar en un documento aparte, o debe estar mencionada dentro del procedimiento de prevención?
- R: Debe ser parte del documento, de carácter institucional, que describe las estrategias de prevención de LPP.*
19. Respecto a la metodología de medición, si se debe realizar una prevalencia 1 día al trimestre, se entiende que se debería evaluar todos los pacientes presentes ese día, que cumplan con los criterios de inclusión. ¿Sin embargo, se refiere que se debe realizar una muestra de ese día de prevalencia?
- R: Sí, con un IC 95%.*
20. Consulta de GRD ¿por qué no se utiliza el marcador POA para identificar preexistencia de la lesión?
- R: Porque el POA aún no es un dato sensible se comprobó realizando el ejercicio con los datos del año 2023, sin embargo, este año, 2024, se trabajará con Equipo de GRD de MINSAL para lograr mejorar la adherencia del registro de este dato.*

-
21. ¿Para evaluar la valoración de la piel esta debe corresponder al registro del día de la prevalencia o debemos evaluar cierta retrospectividad y que se haya realizado por ejemplo en cada turno?
R: Corresponde al registro de la valoración de la piel durante las últimas 24 horas.
22. ¿La muestra que se realiza para la obtención de los primeros 3 indicadores expuestos se realiza a nivel institucional (con el universo total de pacientes hospitalizados) o se realiza por servicios clínicos?
R: Por servicio clínico.
23. ¿La obtención del universo para el cálculo de tamaño muestral, debe ser el mismo día o se puede realizar con un día de anticipación?
*R: Por eficiencia del tiempo se puede sacar el día anterior ¿Los indicadores serán modificados en SICARS? si es así ¿a partir de que trimestre?
R: Si, se está gestionando para hacer las modificaciones correspondientes en SICARS, lo que será informado oportunamente para su reporte.*
24. Se supone que cuando se realiza prevalencia, se deben incluir todos los pacientes que cumplan criterios. ¿Por qué se habla de muestra?
R: El término prevalencia esta utilizado como una medida, el estudio corresponde a un estudio transversal en el cual se evaluará una muestra con un IC de 95%.
25. ¿Solicitan evaluar el primer trimestre como lo realizamos de manera retrospectiva de enero y febrero? ¿nos basamos en las fichas clínicas?
R: No se realiza de manera retrospectiva para enero y febrero. Para efectos de 2024, en marzo se debe seleccionar un día y aplicar la nueva metodología.
26. Respecto a la valoración de la piel. En la NT lo indica en glosario, existirá algún estándar para aplicación o según lo que indica dicho glosario para registro en ficha
R: Remitirse a la página 11 de la NT, en el apartado que indica el registro asociado a la valoración de riesgo. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>
27. ¿Respecto a los SEMP cuál o cuáles son los recomendados?
R: Revisar las OOTT, pagina 17 tabla N° 3. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOTT-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion.-Version-Imprimible.pdf>
28. La evaluación de la piel en caso de un paciente con riesgo moderado es cada 48 horas. Entonces ¿debo tomar la evaluación que estaría vigente ese día? ¿si está mal clasificado, entonces no aplica o es un incumplimiento?
R: La NT señala pacientes categorizados con moderado y alto riesgo de LPP la valoración de la piel se realizará diariamente. Respecto a la escala se debe revalorar en paciente de moderado riesgo cada 72 horas. Si un paciente está mal clasificado como riesgo moderado, debiera considerarse en el indicador y cumplir con las medidas correspondientes a su clasificación de riesgo. No obstante, se puede dar la alerta al equipo clínico que el paciente está mal clasificado. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>

-
29. ¿Qué sucede con la aplicación de la pauta en pacientes CMA con un tiempo mayor a 6 horas de hospitalización?
R: A los pacientes CMA le aplica los criterios de valoración de riesgo y medidas preventivas de un paciente en el quirófano.
30. Hay profesionales que esperan revisar los registros de ficha clínica hasta el día siguiente. Porque a veces no es consistente el cumplimiento con el día prevalencia.
R: El día de la prevalencia se debe revisar los registros según los tiempos definidos en la norma, si no están completos no cumplen.
31. Respecto a las medidas aplicadas a pacientes en pabellón, ¿Estas se extienden a la recuperación o son medidas distintas?
R: Durante la recuperación las medidas son distintas, dado que el paciente podría moverse.
32. En mi institución contamos con GRD hace un año aproximadamente, pero actualmente solo codificamos la producción de pacientes de cama crítica, en este escenario ¿aplica el indicador de tasa de LPP?
R: Si
33. ¿El umbral de cumplimiento se dará a nivel ministerial o cada establecimiento lo definirá?
R: De momento, cada establecimiento definirá su umbral de cumplimiento, de acuerdo con su histórico, tendiendo a la mejora.
34. ¿Se debe implementar en todos los hospitales?
R: Si! El alcance de la NT Establecimientos de salud de atención cerrada del sector público, privado y FFAA y de Orden. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>
35. ¿En el indicador de tasa de LPP se indica que los datos del numerados los aporta GRD pero que pasa si este dado no coincide con los LPP notificadas como eventos de seguridad?
R: Deben solicitar los datos a GRD, sin embargo, este dato sería muy útil para evaluar la sensibilidad de las notificaciones de evento adverso con respecto a las LPP, no siendo obligatorio.
36. ¿Existe algún criterio de exclusión en pacientes de pabellón y las medidas aplicadas? ¿Por ejemplo, pabellón de urgencia o un tiempo mínimo?
R: Remitirse a la página 12 de la NT. Importante considerar las diferencias individuales de cada paciente, en las que se debe aplicar el criterio clínico. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>
37. ¿Los indicadores de aplicación de escala de valoración de riesgo y valoración de la piel también son aplicables a pabellón quirúrgico?
R: No se realiza escala de valoración de riesgo en estos pacientes, por lo tanto, el indicador tampoco.

Con respecto a la Valoración de la piel señala “Se debe valorar la piel antes del comienzo de la cirugía y vigilar la aparición de LPP al término de esta y al menos durante las 72 horas post operatorias siguientes.”, por tanto, esta valoración se debe realizar en la recuperación, si corresponde la medición del indicador.

38. El COMGES 16.3 describe que hay una pauta de chequeo para verificar el cumplimiento de la evaluación. Podrían mencionar como dar cumplimiento al indicador de COMGES.

R: Esto se aclaró en VC del 13 marzo 2024

39. ¿Existe un valor de tasa de LPP esperado?

R: No. Durante el 2024 se definirá línea base

40. Respecto al indicador N° 4 se menciona en primera diapositiva que solo incluirá diagnóstico principal de LPP y luego habla de que incluye secundario. ¿Entiendo que es incorporando a diagnóstico secundario? ¿no se incluirá dentro del indicador a aquellas LPP clasificadas como IV?

R: El diagnóstico de LPP puede estar en cualquier campo de diagnóstico secundario, DIAG 2 -20. Sólo se exceptúa DIAG 1 y estadía hospitalaria igual o menor a 2 días, según lo indicado en la ficha del indicador. Dentro de los criterios de inclusión, está considerada la LPP etapa 4

41. ¿En los casos de los pacientes que tienen contraindicado el cambio de posición se excluyen en el indicador?

R: Si el médico a cargo del paciente dejó registrado explícitamente en la ficha clínica del paciente, el indicador no le aplica.

42. ¿Con respecto a las medidas de prevención, el uso de SEMP será obligatorio para todos los pacientes, incluyendo los de bajo riesgo? Ya que en la actualización de la NT no se consigna explícitamente que sea para los pacientes con moderado y alto riesgo como en la versión anterior

R: Se debe seleccionar la SEMP más adecuada según el nivel de riesgo. Remitirse a la página 17 de la OOT. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOT-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion.-Version-Imprimible.pdf>

43. ¿Qué pasará con los establecimientos que no contamos con GRD?

R: Por ahora no será obligatorio su reporte, de todas maneras, si desean medirlo en forma interna y local pueden usar el REM o estadística interna.

44. ¿En relación con las otras NT saber si habrá actualizaciones?

R: Si, serán informadas en forma oportuna.

45. ¿La instrucción a GRD será a nivel ministerial para que entreguen el dato?

R: Si, se realizó un trabajo en conjunto con equipo de GRD MINSAL.

46. ¿Respecto al cálculo de tamaño muestral, el cálculo es para cada servicio? puede ocurrir que no se alcance el tamaño muestral el día de la prevalencia? el resultado se reporta por cada servicio o el consolidado de los 3 servicios?

R: Si, el cálculo del de tamaño muestral es por cada servicio y el reporte al SICARS es la suma de los numerados y denominadores del día del estudio.

47. La plataforma de SICARS para los reportes de LPP ¿será actualizada?

R: Se harán las gestiones pertinentes para modificar el SICARS.

48. ¿Al aleatorizar el día se evalúa el 100% de los pacientes ese día o se calcula una muestra?

R: Se calcula una muestra.

49. Desde GRD MINSAL, ¿se creará la consulta en la carpeta compartida de hospitales?

R: Si.

50. En los establecimientos privados, que no cuentan con GRD ¿el indicador lo lleva calidad?

R: Si no cuenta con GRD, el indicador N°4 no es obligatorio.

51. ¿En relación con GRD si un paciente tiene 3 lesiones, el numerador sería 3 o 1?

R: Se debe definir en conjunto para elaborar el instructivo.

52. ¿Cómo se pondera el efecto del timing de captura GRD captura UPP de pacientes egresados?

R: Se trabajará de la misma forma en la cual hemos trabajado los indicadores GRD, es decir en base a mes cerrado.

53. ¿Cuál será el mecanismo de reporte a nivel central de aquellos indicadores obligatorios?

R: SICARS para prestadores públicos.

54. Tengo sólo 2 hospitales de la red con GRD y 3 de baja complejidad, ¿cómo implementar dada la importancia del tema?

R: Si desean medirlo en forma interna y local pueden usar el REM o estadística interna.

55. ¿Calidad captura activamente casos acostados y GRD levanta pacientes egresados?

R: El valor que se considera será el de GRD.

56. Al realizar un aleatorio, ¿Qué pasa si todos los pacientes hospitalizados en ese momento tienen bajo riesgo de caídas?

R: La aleatorización debe hacerse sobre los pacientes que tienen moderado y alto riesgo de LPP. En caso de que todos los pacientes cuenten con bajo riesgo, se debe hacer la medición otro día durante el trimestre (de manera aleatoria).

57. Respecto de la muestra, ¿se sugiere alguna metodología para aleatorizar los usuarios a evaluar?

R: Se sugiere usar algún programa o aplicación estadística.

-
58. En un hospital de alta, si se mide la muestra por servicio, ¿entonces para cargar el indicador en la plataforma SICARS se promedia?
R: No, se suman los numeradores y denominadores.
59. Si bien no se aplica una escala de valoración de pabellón, la normativa indica un nivel de riesgo (alto) en base a la duración de la cirugía (mayor a 2 horas), si esa categorización de riesgo estaba considerada dentro del primer indicador
R: Si, se consideran (indicador de aplicación de medidas preventivas).
60. Con respecto a la medición del servicio de urgencia, ¿si los pacientes que están más de 6 horas, pero no se encuentra en camilla, y se encuentran en bergere o silla, se aplica la escala de valoración y aplicación de las medidas de prevención?
R: Si, se aplica.
61. ¿En pabellón aplica medir?
R: Si, el indicador de medidas preventivas.
62. ¿El dg. de LPP 1 en GRD es considerada o no para el indicador de la tasa?
R: Se considera estos códigos en campos de diagnóstico 2 al 20:
- *L89.0 Úlcera de decúbito y área de presión estadio I*
 - *L89.1 Úlcera de decúbito estadio II*
 - *L89.2 Úlcera de decúbito estadio III*
 - *L89.3 Úlcera de decúbito estadio IV*
 - *L89.9 Úlcera de decúbito y área de presión no especificadas*
63. ¿Mientras no se encuentre la plataforma, como se enviarán los resultados de los indicadores?
R: Se está trabajando la modificación de la plataforma, que será informada oportunamente.
64. ¿En instituciones con pocas camas se puede evaluar el universo de pacientes?
R: No, debe respetar la metodología descrita en la ficha.
65. Con respecto a las medidas de prevención, ¿se ha estandarizado o estará en vías de estandarización el procedimiento de descarga de talón por medio de dispositivos específicos? Ya que como establecimiento hemos experimentado un alza de lesión de tejido profundo en dicha zona y ha sido complejo encontrar un sistema de descarga que sea compatible con nuestro SEMP (flotación seca)
R: De momento, no se ha considerado su estandarización.
66. ¿Para definir una representatividad de la muestra, tenemos que guiarnos por la resolución de constatación en terreno de las SIS (25/01/2024), que exige una representatividad de 30 casos o cada establecimiento define su muestra?
R: La representatividad de la muestra está dada con el cálculo definido en la ficha del indicador, considerando un IC del 95% y un margen de error sugerido del 5%.
67. ¿El cálculo de tamaño muestral es sobre el total de pacientes hospitalizados el día de la prevalencia o sobre el total de pacientes hospitalizados en el trimestre anterior?

R: Total de pacientes hospitalizados el día de la prevalencia En relación con los cambios de posición, si no se puede realizar según la norma por falta de recurso humano y demanda, al momento al evaluar son por ejemplo cada 4 horas según protocolo local, ¿se da por cumplida la pauta de supervisión?

R: No, la única exclusión es la contraindicación médica, la que debe estar registrada en ficha clínica.

68. ¿Dónde reportan los privados?

R: El establecimiento debe contar con su reporte y tenerlo disponible en caso de que la autoridad lo solicite.

69. ¿Los indicadores de aplicación de escala de valoración del riesgo y valoración de la piel también son aplicables a pabellón quirúrgico?

R: No les aplica estos indicadores

70. ¿En el indicador de aplicación de medidas de prevención se debe constatar solo el registro de la ejecución o también la visualización de la ejecución del cambio de posición/alivio de la presión?

R: Al momento de la evaluación se debe constatar que el paciente está en la posición programada de acuerdo con el riesgo, además del registro en la ficha clínica del cambio postural o alivio de presión.

71. ¿La tasa de LPP incluye todas las LPP, incluso la de tipo 1?

R: SI.

72. La población para medir dice egresos médicos y quirúrgicos, eso significa que se medirá algunos servicios o especialidades en particular, o estamos hablando del tipo GRD.

R: Tipo GRD.

73. Respecto de pacientes con moderado o alto riesgo de LPP que también tienen contención física, ¿qué estrategias se pueden aplicar para programar cambios de posición?

R: Se deben optimizar las otras medidas indicadas en la norma (alivio de punto de presión, manejo de humedad, cuidado de la piel, valoración e intervención nutricional, etc), reevaluar constantemente la necesidad de contención física.

74. En relación con la intervención nutricional que indica la norma que se debe realizar en pacientes con riesgo moderado y alto de LPP, ¿Corresponde a un tamizaje nutricional o directamente una evaluación nutricional completa?

R: Una evaluación nutricional completa.

75. En documento preguntas y respuestas (pregunta 50), se señala que normativa no aplica para paciente RN del binomio, dado que estos no corresponden a paciente hospitalizados, no obstante, en presentación de norma en consulta realizada se informa lo contrario. Favor aclarar.

R: Hace referencia al RN sano, ellos no son considerados como hospitalizados.

76. En metodología, no incluye a pacientes en pabellón, por lo que se entiende que en estos pacientes no aplica la medición de este indicador, obstante, no exime el cumplimiento de la norma, debiéndose mantener riesgo evaluado en servicio de origen de paciente, y modificando a alto riesgo en caso de tiempo quirúrgico mayor a 2 hora y aplicando medidas de prevención según riesgo. Confirmar por favor.

R: Lo descrito es correcto. Si bien en la medición del indicador de valoración de escala de riesgo no son incluidos los pacientes de pabellón (debido a que no se realiza escala de valoración de riesgo en estos pacientes), debe asignarse un riesgo de acuerdo con lo descrito en la NT. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>

77. En metodología se explicita que el universo corresponde a “Todos los pacientes hospitalizados”, en este caso para el cálculo del indicador sólo se debe incluir los pacientes hospitalizados con riesgo moderado y alto de riesgo de los servicios clínicos o también de debe incluir los pacientes hospitalizados de UEH.

R: En los indicadores de valoración diaria de la piel y aplicación de medidas preventivas se incluye a los pacientes con riesgo moderado y alto de las UEH.

78. ¿Se otorgará cumplimiento en caso de que paciente cuente con SEMP funcional y correcto según riesgo + cambio de posición con la frecuencia correcta en las últimas 6 horas del momento que se realiza prevalencia, así como en aquellos pacientes con alto y moderado riesgo que de no contar con SEMP, pero existe registros de cambios de posición cada 2 horas?

R: La NT hace alusión al uso de “SEMP adecuada”, esto se refiere a “de acuerdo con el riesgo” (revisar tabla 3 pag. 17 de la OOTT). No quiere decir que no tenga SEMP. En el caso descrito, si no tiene SEMP no se considera cumplido. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOTT-Prevencion-de-Lesiones-Por-Presion.-Version-Imprimible.pdf>

79. En la definición del indicador no incluye criterios a evaluar relacionados a uso de dispositivos médicos. Se debe asumir que no debe ser medido cumplimiento de medidas de prevención de LPP asociadas a dispositivos médicos en este indicador, no obstante, es exigible el cumplimiento según NT. Confirmar.

R: No se definió indicador para los dispositivos en esta oportunidad, sin embargo, como señalas al estar en la NT es exigible y fiscalizable. No obstante, el establecimiento en su documento institucional puede definir medir un indicar relacionado a esto.

80. En definición de indicador se señala “LPP generada durante la hospitalización”, se entiende que, No debe incluirse en numerador los pacientes que ingresan a hospitalizarse con LPP de origen extrahospitalarias (domicilio, otro establecimiento)?, en este caso cuando el paciente ingresa a hospitalizarse con LPP de origen extrahospitalarias (domicilio, otro establecimiento), pero durante la hospitalización esta misma lesión progresa en su desarrollo cambiando a un estadio mayor, esta debe ser considerada como LPP intrahospitalaria o se mantiene extrahospitalaria?

R: Debido a la metodología utilizado en el indicador, la inclusión de este paciente en la medición dependerá de la ubicación del diagnóstico en un campo secundario. Si ingresó como DIAG 1 de LPP, no quedará incluido. Si ingresó en los campos DIAG 2 -20 si quedará incluido.

81. En Aplicación de Medidas Preventivas, Indicador de Seguridad, en su definición dice que la aplicación correcta de la medida preventiva se CUMPLE cuando es posible constatar:

Uso de SEMP

Cambios posturales o alivios de puntos de presión según nivel de riesgo.

¿Deben estar ambas medidas preventivas aplicadas para darse por cumplido, teniendo en cuenta que la Norma da la opción de cambio de posición c/2 hrs en caso de no existir SEMP, para el caso de mediano y alto riesgo?

R: La NT señala que debe tener SEMP adecuada (ver pregunta 78), de lo contrario cada 2 horas.

82. Valoración diaria de la piel registrada en ficha clínica, Indicador Complementario: En las exclusiones no aparece especificado como en los otros indicadores la exclusión de pacientes con un tiempo de hospitalización menor a 6 hrs. y pacientes en UEH con tiempo de estadía menor a 6 hrs.

¿Se debe excluir pacientes con menos de 6 hrs hospitalizados y con tiempo de estadía menor a 6 hrs en UEH?

R: Así es, no se explicitó en la ficha del indicador, sin embargo, es implícito dado que requieren haber sido clasificados con riesgo moderado o alto y para ello la NT otorga un tiempo de 6 hrs. como máximo.

83. Lo otro que se me ha planteado es que como SEMP ¿sólo se referirían a colchones y colchonetas o también incluirían los cojines de material especial. (viscoelásticos, de fibras especiales, de aire), como aparece en algunas literaturas?

R: En el glosario de la NT se explicita en la definición de SEMP “ [...] y que abarca el cuerpo de un paciente o una parte de este [...]. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf>

Complementar con las OOT, pagina 17 tabla N° 3 <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOT-Prevencion-de-Lesiones-Par-Prasion.-Version-Imprimible.pdf>