VI Jornadas de Medicina Transfusional

16 y 17 de Octubre de 2017

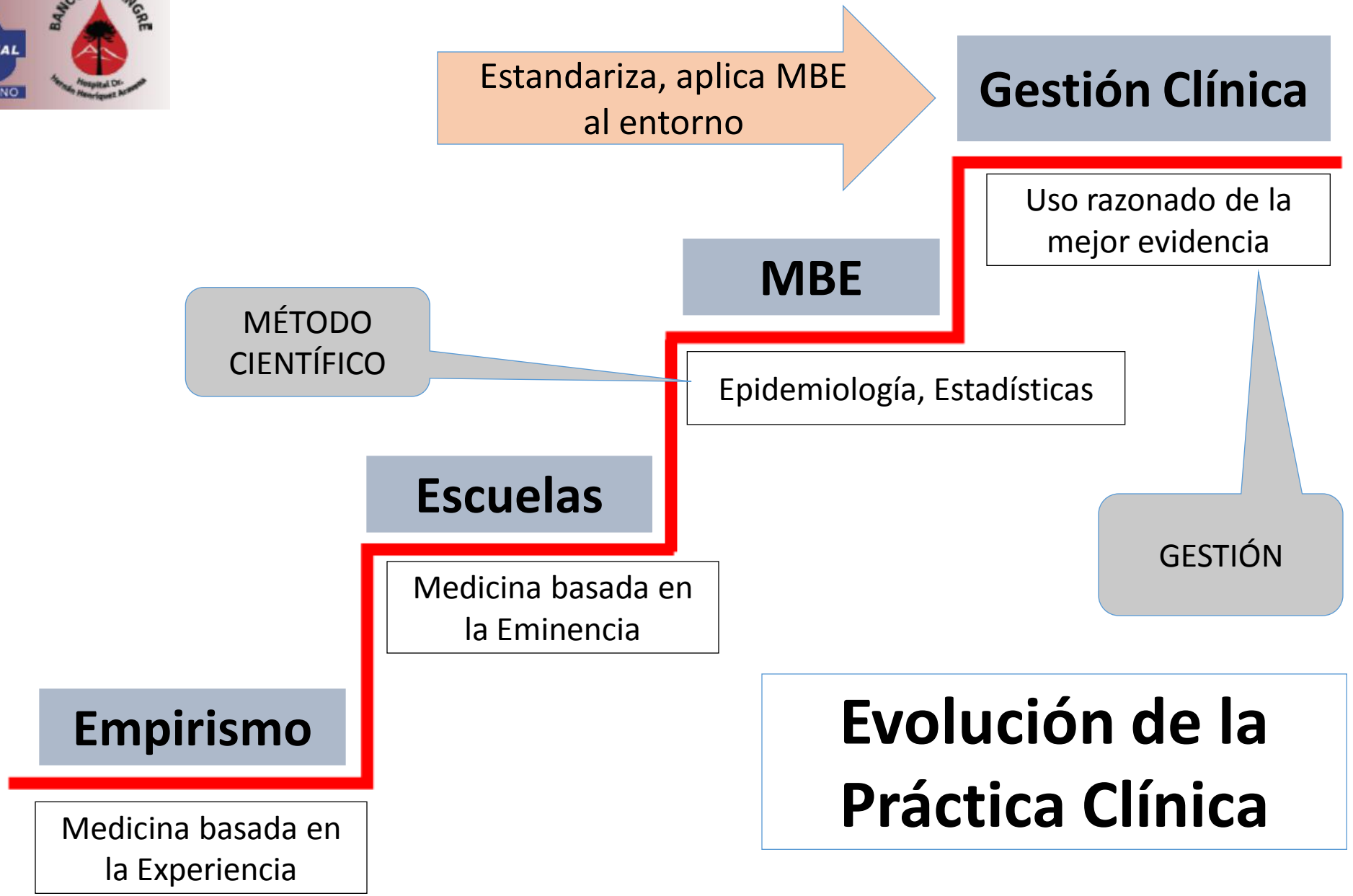
Hotel Diego de Almagro, Temuco

Organizan: Sociedad Chilena de Hematología y Capítulo Chileno de Medicina Transfusional

Indicación de Transfusión de hemocomponentes. Fortalezas y debilidades en el Sistema de Acreditación.

TM FERNANDO ARO MENARES
Mención Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
Evaluador del Sistema Nacional de Acreditación en Salud.
Fiscalizador de Superintendencia de Salud

GENERALIDADES DE LA GESTIÓN CLÍNICA


Estandariza, aplica MBE al entorno
Gestión Clínica
Uso razonado de la mejor evidencia
MBE
MÉTODO CIENTÍFICO
Epidemiología, Estadísticas
Escuelas
Medicina basada en la Eminencia
GESTIÓN
Empirismo
Medicina basada en la Experiencia
Evolución de la Práctica Clínica

¿ QUE ES GESTIÓN CLÍNICA?

Se define la **gestión clínica**, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente.

Las decisiones clínicas serán de calidad si son eficaces y eficientes.

GESTIÓN + CLÍNICA

Eficacia
Epidemiología Clínica
Estándares

Efectividad
Resultados locales
Seguridad del Paciente

Responsabilidad
(accountability)
Liderazgo
Motivaciones

GESTIÓN CLÍNICA
(clinical governance)

Calidad
Auditoría clínica
Mejora de procesos

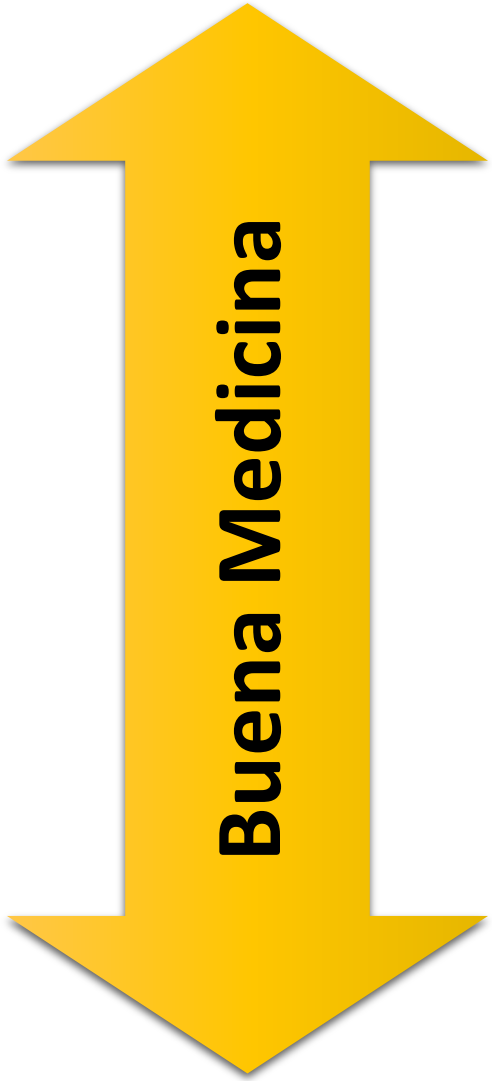
Participación del usuario

Ética

Costo-efectividad

GESTIÓN CLÍNICA

- Medicina científicamente fundada
  - Segura
  - Efectiva
  - Fundamentada en la mejor evidencia.
- Centrada en el paciente:
  - Adecuada a sus necesidades y valores
  - Trato personalizado
  - Decisiones compartidas
- Acorde con los principios de la política sanitaria:
  - Accesibilidad
  - Equidad
  - Oportunidad
  - Calidad.

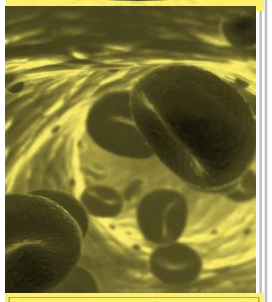


ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD
GOBIERNO DE CHILE
GCL

GCL 1.1	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.
GCL 1.2	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.
GCL 1.3	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y manejo del dolor agudo.
GCL 1.4	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
GCL 1.5	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.
GCL 1.6	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea.
GCL 1.7	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión
GCL 1.8	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico.
GCL 1.9	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso.
GCL 1.10	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
GCL 1.11	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
GCL 1.12	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.
GCL 1.13	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.
GCL 2.1	Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.
GCL 2.2	Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.
GCL 2.3	Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.
GCL 3.1	El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH
GCL 3.2	El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.
GCL 3.3	Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.

Característica GCL 1.7

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión



En **1975**, la Asamblea Mundial de la Salud pasó la resolución WHA 28.72 instando a los Países miembros a:

Pautas para la organización de un servicio de transfusión de sangre

editado por

W. N. Gibbs
Tecnología de Laboratorios de Salud e Inocuidad de la Sangre
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

A. F. H. Britten
Ex Director del Programa de Sangre
Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Ginebra, Suiza

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1993

1. Promover el desarrollo de Servicios Nacionales de Sangre basados en la donación voluntaria y no remunerada de sangre.
2. Disponer de un acceso equitativo a sangre y componentes sanguíneos seguros.
3. Asegurar un uso apropiado y racional de la sangre.

La gran mayoría de los países, incluyendo Chile, firmaron esta resolución, la que fue ratificada el año 2005 en Ginebra por el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.

➢ Riesgos de la transfusión sanguínea

RIESGO NO INFECCIOSO		RIESGO INFECCIOSO	
Reacción	Riesgo por unidad Txn	Reacción	Riesgo por unidad Txn
Sobrecarga circulatoria	1 en 100	Hepatitis C	1 en 190.000
Rx febril no hemolítica	1 en 100	Hepatitis B	1 en 200.000
Rx alérgica menor	1 en 100	HTLV I/II	1 en 200.000
Rx hemolítica tardía	1 en 4.000	Infección Bacteriana	1 en 500.000
TRALI	1 en 10.000	VIH	1 en 2.100.000
Rx hemolítica aguda	1 en 18.000	Inf. Virus Nilo Occ	Desconocido
Anafilaxia med IgA	1 en 100.000	Inf. Priones	Desconocido
EIVH	Desconocido		
Inmunosupresión	Desconocido		
PPT	Desconocido		

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

- Seguridad de la materia prima (Selección de donantes)
- Seguridad inmunohematológica.
- Seguridad Microbiológica.
- Seguridad en los hemocomponentes.
- Trazabilidad
- **Adecuada indicación de HC**

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION GESTION DE LA RED ASISTENCIAL

APRUEBA GUÍA TÉCNICA: "ORIENTACIONES SOBRE LAS UNIDADES DE MEDICINA TRANSFUSIONAL".-

EXENTA N° 1026 /

SANTIAGO, 30 OCT. 2013

GUIA TÉCNICA: ORIENTACIONES SOBRE LAS UNIDADES DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Actualización, julio 2013

X. LA TERAPIA TRANSFUSIONAL

La transfusión de componentes sanguíneos es un acto exclusivo de la medicina y su uso reservado a los médicos legalmente habilitados para practicar la profesión. Su indicación debe estar de acuerdo a normas clínicas y éticas actualizadas. Por lo tanto, le corresponde al médico solicitar, por escrito, la transfusión de componentes sanguíneos a la unidad de medicina transfusional.

La transfusión, al igual que todas las acciones en salud, no está exenta de riesgo, por lo que se deben revisar periódicamente las prácticas clínicas para su indicación y uso.

La transfusión de componentes sanguíneos sólo puede realizarse cuando medie consentimiento escrito del receptor o de su tutor legal en el caso de los menores o adultos con discapacidad mental. Se exceptúan los casos previstos como urgencias e incapacidad de manifestar consentimiento, en ausencia de un tutor legal.

Cuando un receptor en uso de sus facultades mentales, en forma libre y consciente y luego de que el médico tratante le haya advertido sobre los riesgos existentes, decida no aceptar la transfusión sanguínea, se debe respetar su decisión haciendo constar por escrito su responsabilidad por las consecuencias.

Para que la transfusión de componentes sanguíneos pueda practicarse, previamente se debe realizar la identificación exhaustiva del receptor y las pruebas de compatibilidad que correspondan. Debe quedar constancia escrita de estos procedimientos.

La responsabilidad de la transfusión sanguínea es del médico tratante, quien es el responsable del paciente. Durante el proceso transfusional en ausencia del tratante, la asistencia médica oportuna, en caso de que se produzcan reacciones adversas, está a cargo del residente de turno, quien debe notificar al tratante respectivo.

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

GCL 1.7

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					
			Dirección o gerencia del prestador *	PQ	UPC. Ad.	APD	URG.	APQ
GCL-1.7	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles GCL-1.7						
		Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.						
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

DOCUMENTO ➔Guías de práctica clínica, Protocolos:

Función principal ➔ Simplificar.

- Se necesitan Guías simples
- Principios interiorizados
- Reconocer las excepciones
- Facilitadoras e integradoras

“Lo que se nos queda grabado para la acción realmente”

Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care
John Gabbay, Andrée le May BMJ 2004;329:1013 (30 October)

SOCHIHEM

Sociedad Chilena de Hematología

Quiénes Somos | Hazte Socio | Revistas | Contacto | Boletín Electrónico | Buscar...

Cursos y Congresos | Medicina Tranfusional | Noticias | Pacientes | Links

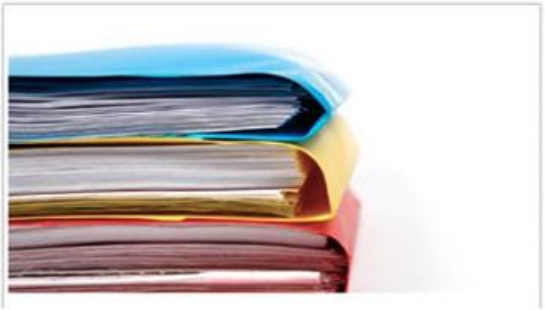
Guias Clínicas SOCHIHEM

Inicio>> Guías Clínicas

Guías Clínicas | Guias Clínicas SOCHIHEM

CONTENIDOS RELACIONADOS

- Presentación
- Comité Editorial
- Directorio Actual



Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Hematologia para tratamiento de enfermedades hematológicas

Estas guías contienen las recomendaciones que la Sociedad Chilena de Hematología (SOCHIHEM) estima adecuadas para el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades hematológicas. Están basadas en nuevos niveles de evidencia y reflejan el estado actual del estudio de estas patologías en diversos continentes.

Guías Prácticas Clínicas para Diagnóstico y Tratamiento de

- ¡NUEVA! Macroglobulinemia de Waldenström (mayo 2017)
- Mieloma Múltiple (julio 2014)
- ¡NUEVA! Medicina Transfusional. Indicación de Transfusión (marzo 2017)
- ¡NUEVA! Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas Clásicas BCR-ABL Negativas. Mielofibrosis primaria, Policitemia vera, Trombocitemia esencial (mayo 2017)

Guías Prácticas Clínicas

MEDICINA TRANSFUSIONAL

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

Aprobadas por Sociedad Chilena de Hematología SOCHIHEM 2017

1

Sociedad Chilena de Hematología
Bernarda Morin 488, segundo piso, Providencia, Santiago, Chile
Fono +56 227 535 565 | Fax +56 222 683 394 | sochihem@smschile.cl | sochihem@gmail.com
www.hematologia.org | www.sochihem.cl

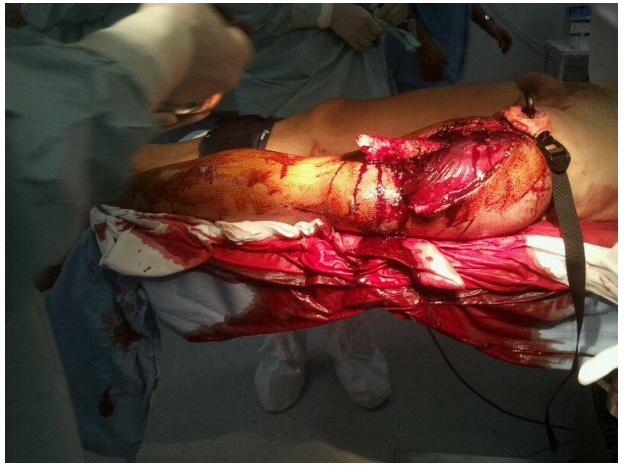
Transfusión

Sólo debe llevarse a cabo cuando los beneficios superan a los riesgos potenciales.

Indicación de Transfusión

- ✓ Realizada por el médico tratante.
- ✓ Tecnólogo Médico supervisa la indicación en la UMT.
- ✓ Auditorías transfusionales, Hemovigilancia, Jefe y Encargado de calidad Banco de Sangre.
- ✓ Comité de Medicina Transfusional.

El documento respecto a los criterios de transfusión no sólo debe estar disponible en la Dirección, sino también en los Pabellones Quirúrgicos, en la Unidad de Paciente Crítico de Adultos, Diálisis, Urgencia y Quimioterapia.



Antes de la Transfusión

- **Consentimiento informado**

- Evaluación clínica del paciente y necesidad de transfusión.

- El médico debe explicar los beneficios, riesgos y alternativas y confirmar que el paciente comprende los temas discutidos. (Excepto urgencias).

Solicitud del componente

- El médico de cabecera debe especificar por escrito el hemocomponente solicitado, la cantidad, la velocidad especial y los requerimientos eventuales especiales (irradiación, reducción leucocitaria, lavado).

- Solicitudes telefónicas se aceptan en caso de urgencia. Entrega de solicitud por escrito a la brevedad.

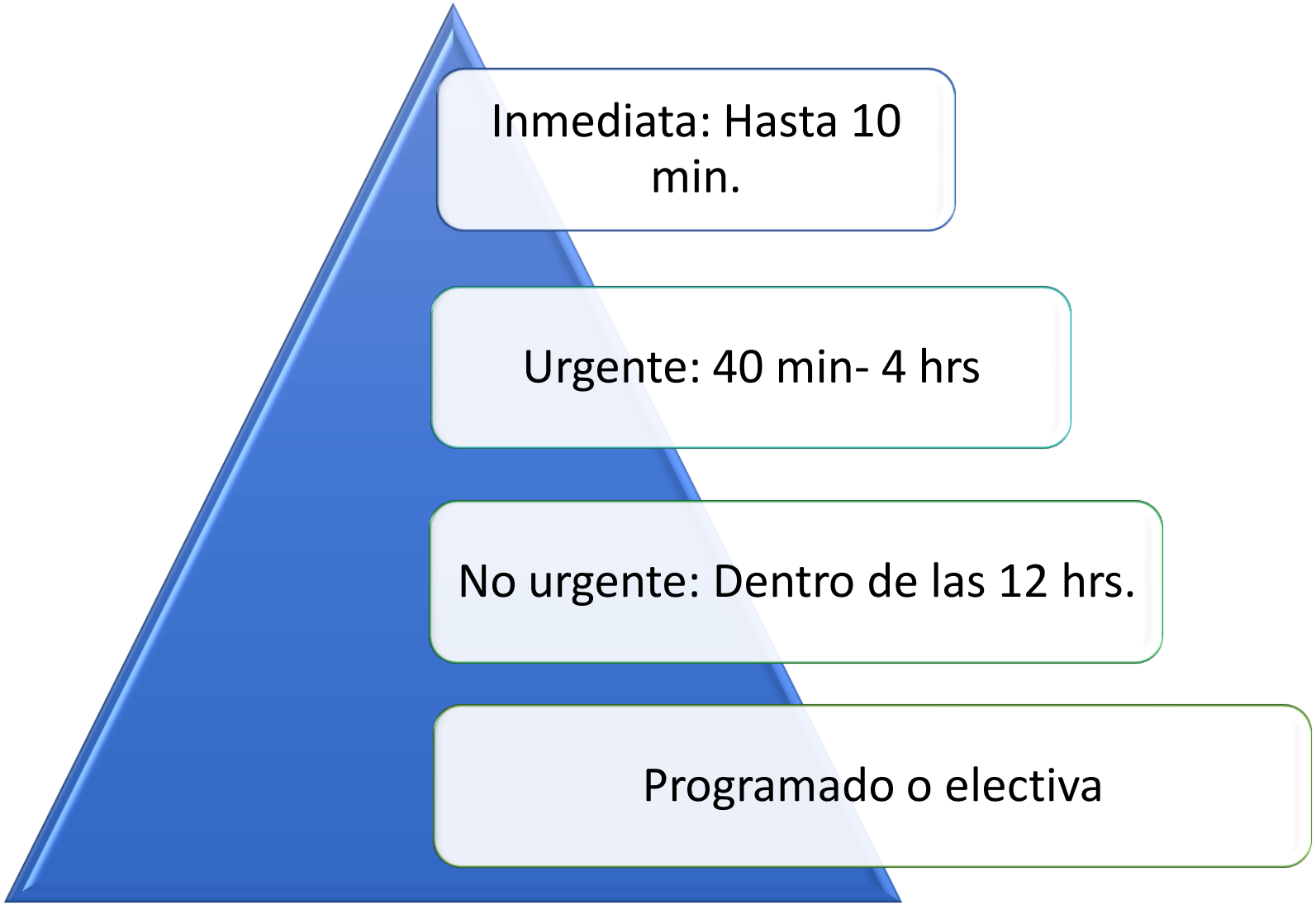
- Urgencias: *"cuando la sangre es esencial para la sobrevida del paciente, podría entregarse antes de completar los estudios pretransfusionales"*

Solicitud del componente

El personal médico y de enfermería debe conocer las demandas de tiempo de la preparación, y comprender que no puede acelerarse demasiado, ni siquiera ante una urgencia.

PROCESO

Grados de Urgencia



Transfusión Glóbulos Rojos

Umbral transfusional: Hematocrito o hemoglobina límite, bajo el cual es recomendable transfundir

¿Hay un valor de hematocrito o hemoglobina único para indicación de transfusión?:

NO, depende de cada paciente

Sin embargo, en general está bien indicado con un Hematocrito < 21% ó Hb < 8 g/dl

ORDEN DE TRANSFUSION

Fecha : 22/12/201
Hora : 12:4
Página :

Detalle de Transfusion

enf008i_t

Servicio : SERVICIO BANCO DE SANGRE

Datos personales y clínicos

Nº Solicitud	: 12378664	Nº Atención :		Fecha Solicitud	: 22/12/2014
Id. Atención	: 8930988	Identificación	: 3.632.974-2	Paciente	
Vinculación	: ISAPRE FUNDACION				
Edad Paciente	: 78 años 4 meses 7 dias			Fecha Nacimiento	: 15/08/1936
Medico Receta	: BRONFMAN FAIVOVICH LUCIA			Pieza	: 335
Diagnostico	: SINDROME MIELODISPLASICO				
Unidad Solicita	: ONCOLOGIA TERCER PISO A			Resp. Solicitud	: MCAIMAPO42

Grado de Urgencia

Grado Urgencia : INMEDIATA (DE 1 A 4 HRS)
Observación : HEMATOCRITO = 21,7 ; FILTRADOS = Si ; IRRADIADOS = No TRANSFUSION

Tipo Hemoderivado	Cantidad	Unidad Medida
GLOBULOS ROJOS	2	U.

12378361 (0)

Datos transfusionales

SANGRE TOTAL

SANGRE CENTRIFUGADA

Plasma

Buffy coat → Plaquetas

Concentrado de Glóbulos rojos

PLASMA FRESCO CONGELADO

PLAQUETAS

GLÓBULOS ROJOS

GCL 1.7

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					
		Elementos Medibles GCL-1.7	Dirección o gerencia del prestador *	PQ	UPC. Ad.	APD	URG.	APQ
GCL-1.7	Cumple: ≥ 75%	Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.						
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

¿ QUÉ ES UN INDICADOR?

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas.

¿ Para qué usar Indicadores de calidad ?

- Detectar situaciones problemáticas o susceptibles de ser mejoradas
- Incorporar ciclos de mejoría para solucionar los problemas identificados
- Comparaciones internas y en el tiempo

OMS

La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".

¿Qué dice la Acreditación respecto de los Indicadores?

La evaluación de calidad puede efectuarse mediante indicadores de datos agregados, tanto de procesos (por ejemplo, proporción de cumplimiento de la norma), o resultados (por ejemplo, tasa de infecciones intrahospitalarias). Como regla general los indicadores deben concentrarse en la medición del cumplimiento de los procesos identificados o diseñados por el prestador para mejorar la calidad del tema de la característica.

(Referencia textual del Manual de Acreditación de Atención Abierta y Cerrada)

Nombre	Porcentaje de pacientes transfundidos que cumplen con protocolo de indicación médica de transfusión de hemocomponentes en población objetivo.
Descripción	Mide el porcentaje de pacientes transfundidos con hemocomponentes, que cumplen con la normativa local vigente.
Periodicidad	Trimestral
Tipo	Proceso
Umbral	≥ 80%
Numerador	N° de pacientes transfundidos con hemocomponentes, que cumplen con los criterios establecidos en protocolo, en un trimestre, en servicios del HRT x 100
Denominador	Total de pacientes transfundidos con hemocomponentes, en servicios del HXX, en el mismo periodo.
Excepciones	No hay
Aclaraciones	Hemocomponentes definidos en población objetivo.
Fuente de datos	Hoja de solicitud de transfusión, sistema informático SISYYY y ficha clínica.
Población objetivo	Pacientes transfundidos con los diferentes hemocomponentes (glóbulos rojos, plaquetas, crioprecipitado y plasma fresco congelado) en los servicios clínicos: U.P.C., U. Emergencia adulto , infantil, Gineco/obstétrica, Diálisis, Pabellón y Oncología como obligatorios y otros servicios adicionales que sea necesario revisar su indicación.
Metodología	El monitoreo se realiza a través de la revisión de la solicitud de transfusión, cuyos parámetros deben cumplir con criterios establecidos en este protocolo. En caso de falta de información en la solicitud, se revisará la ficha clínica y se conversará con el médico tratante. Se utiliza muestra de cada uno de los servicios seleccionados para el monitoreo, según calculadora SIS-Q. Para seleccionar las solicitudes, se randomiza el número obtenido de la muestra.
Responsable de la medición	Dra. Xxxxxxxx Yyyyyyyy (UMT)

Pacientes con correcta Indicación de Transfusión de Glóbulos Rojos	
Dimensión	Efectividad, seguridad.
Justificación	Evalúa la correcta indicación de transfusión de glóbulos rojos, de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía para la Indicación de Transfusión de hemocomponentes, con el fin de cumplir el requisito de calidad planteado.
Numerador	N° de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en el Servicio clínico X , que cumplen con la Guía para la Indicación de Transfusión de hemocomponentes durante el periodo * 100
Denominador	Total de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en el Servicio clínico X, en el mismo periodo.
Áreas de aplicación	Pacientes transfundidos con glóbulos rojos, en los distintos servicios clínicos
Puntos de verificación.	Unidad de paciente critico adulto, Unidad Coronaria, Unidad de paciente crítico pediátrico, Unidad cardiovascular pediátrica, Pabellón general y de Maternidad, Urgencia general y Escolar, Diálisis
Tipo	Proceso
Fuente de datos	➢ Registro de hemovigilancia activa de transfusión de componentes sanguíneos (1) ➢ Auditoria transfusional semestral (2)
Umbral	≥ 90 %
Sistema de muestreo	Se evalúan todas las solicitudes de transfusión de glóbulos rojos de pacientes que fueron indicadas en el periodo, por puntos de verificación.
Observaciones	Para obtener el numerador de este indicador, se consideran aquellas solicitudes de glóbulos rojos que cumplieron con los criterios de indicación de transfusión de glóbulos rojos. Para obtener el denominador se suman todas las solicitudes de transfusión de glóbulos rojos, por punto de verificación, en el periodo.
Periodicidad	Trimestral
Definición de terminos	(1) Hemovigilancia: conjunto de procedimientos de vigilancia destinados a monitorizar los efectos adversos asociados con la cadena transfusional, tanto en el donante como en el receptor. (2) Auditoria Transfusional: es la fiscalización del uso adecuado y racional de los hemocomponentes (HC) y hemoderivados dentro de la institución sujeto a recomendaciones previamente establecidas (Guía para la Indicación de Transfusión de hemocomponentes, Cod: GCLIPTATP01052012).
Responsable de la medición	Ejecuta : Tecnólogo Medico encargado de Hemovigilancia. Aprueba: Médico Jefe UMT

Criterios de Indicación de transfusión de Glóbulos rojos			
Criterio	Excepciones	Aclaración	Estándar
Hematocrito y/o Hemoglobina establecido en la Norma	Urgencia vital Sangrado profuso. CEC, ECMO	✓ Adultos ➔ Hematocrito < 25% y/o Hemoglobina < 8 g/dl ✓ Adultos con patología cardiorespiratoria, ➔ Hematocrito < 30% y/o Hemoglobina < 8 a 10 g/dl ✓ Lactantes (2 días a 4 meses) ➔ Hemoglobina entre 8 y 13 g/dl ✓ Recién nacido ➔ Hemoglobina < 13 g/dl	100%
Dosis y/o volumen indicado.	Nefrópatas. Insuf. Renal Cr	Dosis adecuada según tipo de paciente y patología ➔ Adulto, pediátrico, RN	100%

GCL 1.7

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					
		Elementos Medibles GCL-1.7	Dirección o gerencia del prestador *	PQ	UPC. Ad.	APD	URG.	APQ
GCL-1.7	Cumple: ≥ 75%	Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.						
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

Los indicadores fundamentales deben tener puntos de partida y metas claros, deben estar documentados de manera adecuada y ser pertinentes y cuantificables.

Debe especificarse un calendario para su actualización y notificación (PERIODICIDAD).

Los indicador deben evaluarse a través de una metodología que permita asegurar que el indicador realmente mide lo que dice medir, y por ende sus resultados son interpretables como una muestra representativa de lo que sucede en el prestador.

En general, es interesante rescatar dos conceptos que determinan de manera importante la representatividad:

- Un adecuado cálculo del tamaño de la muestra y;
- La aleatorización de la aplicación de la evaluación.

Ejemplo de Pauta de Supervisión para evaluar Indicación de transfusión de HC.

ANEXO N°1: Instrumento de Supervisión y/o evaluación

Procedimiento: **INDICACION DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES**

Nombre del Paciente: _____ Fecha indicación:

Nombre de la Unidad y médico:

Fecha Supervisión

GLOBULOS ROJOS			Aplica?
Requisitos de Calidad:	Si	No	
1) Anemia crónica sintomática por déficit de producción de eritrocitos sin rendimiento de terapias alternativas			
2) Anemia aguda sintomática moderada, con pérdida mayor del 20% de volemia			
3) Nivel de hemoglobina inferior a 7 gr/dL, con o sin sintomatología hipóxica			
4) Nivel de hemoglobina entre 7 y 10 gr/dL con sintomatología hipóxica o con antecedentes de insuficiencia cardiaca o renal.			
5) Nivel de hemoglobina inferior a 10 gr/dL, con cirugía de urgencia sin tiempo para corrección de anemia, con sintomatología hipóxica y/o antecedentes cardiacos.			
6) ¿La cantidad indicada está de acuerdo al protocolo?			
Si la indicación para el Hemocomponente cumple con 3 de los 6 requisitos de calidad anteriores, entonces Cumple, de lo contrario NO cumple			
CUMPLE	SI	NO	

PLASMA FRESCO CONGELADO			Aplica?
Requisitos de Calidad:	Si	No	
1) Manejo de hemorragia secundaria a terapia con anticoagulante oral con cirugía inminente			
2) Paciente con hemofilia			
3) Corrección de hemorragia en pacientes con transfusión masiva			
4) Paciente con cirugía de urgencia sin tiempo para corrección de déficit de factores de			
5) ¿La dosis indicada permite corregir la deficiencia y no produce sobrecarga circulatoria?			
6) ¿Actividad de Protrombina inferior al 70% con cirugía de urgencia?			
Si la indicación para el Hemocomponente cumple con 3 de los 6 requisitos de calidad anteriores, entonces Cumple, de lo contrario NO cumple			
CUMPLE	SI	NO	

PLAQUETAS			Aplica?
Requisitos de Calidad:	Si	No	
1) Recuento de plaquetas < 50.000/ul en pacientes con hemorragia activa			
2) Profilaxis en Paciente quirúrgico, obstétrico o con procedimiento de riesgo hemorrágico, con recuento plaquetario < 50.000/ul.			
3) Profilaxis en Paciente con patología médica y recuento < de 10.000/ul.			
4) Profilaxis en cirugía cardiaca o neurológica, con recuento plaquetario < 100.000/ul.			
5) Paciente con trombocitopenia y hemorragia de la micro circulación, independiente del recuento plaquetario (plaquetas disfuncionales).			
6) ¿La dosis indicada corrige el déficit de acuerdo al riesgo del paciente?			
Si la indicación para el Hemocomponente cumple con 2 de los 6 requisitos de calidad anteriores, entonces Cumple, de lo contrario NO cumple			
CUMPLE	SI	NO	

Rendimiento logrado pauta completa Cumple_____ No cumple_____

Ejemplo de Evaluación periódica realizada por Prestador de Atención cerrada.

INDICADOR GLOBAL OBLIGATORIO GCL 1.7

% DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE SEGÚN NORMATIVA VIGENTE

SERVICIO CLINICO		Nº PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE	TOTAL PACIENTES TRANSFUNDIDOS	INDICADOR (%)
ONCOLÓGICAS	CDT	45	45	100
	GINE ONCO	22	23	95.65
	UCI ONCO PEDIATRICA	6	6	100
	MEDICINA	77	78	98.71
	UROLOGIA	0	0	0
UPC ADULTO		179	181	98.89
ESP. QUIRUR (TRAUMATOLOGIA)		34	34	100
DIALISIS		13	13	100
PABELLON		61	62	98.38
UNIDAD EMERGENCIA	ADULTO	93	ADULTO 93	100
	PEDIATRICA	0	PEDIATRICA 0	
	MATERNIDAD	0	MATERNIDAD 0	
CIRUGIA INFANTIL		3	3	100
UPC NEONATOLOGIA		62	62	100
TOTAL		595	600	99.23

Análisis de los resultados ➔ No lo solicita la pauta de cotejo de Acreditación. Sin embargo, por Calidad los Prestadores deberían efectuarla.

Análisis de los resultados

- Utilización órdenes de transfusión nuevas: 100% de los casos
- Datos de la orden completos 70.68% de los casos
- Claridad en el motivo de transfusión: 96.55% de los casos
- Nombre y firma médico solicitante:94.82 % de los casos
- Criterios médicos (sangrado activo):100%
- Criterios de laboratorio:100%

HALLAZGOS GCL 1.7 EN FISCALIZACIÓN

FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN (MEA)

Objetivo:

Verificar que el prestador que ha sido acreditado, mantenga en el tiempo las condiciones que le permitieron obtener la Acreditación según el estándar que les corresponda.

Alcance:

El procedimiento de fiscalización es efectuado por la Unidad de Fiscalización en Calidad (UFC) de la Intendencia de Prestadores y es aplicable a los prestadores institucionales de salud que se han sometido al proceso de acreditación y han **Acreditado** según el estándar que les corresponda.

CALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁN DE ACREDITACIÓN (MEA)

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD

ACREDITADO

Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN

La Superintendencia de Salud certifica que, bajo el número 102 del Registro de Prestadores Institucionales Acreditados, se encuentra inscrito el prestador:

Centro de Diálisis Renacer

El cual fue evaluado por la Entidad Acreditadora:

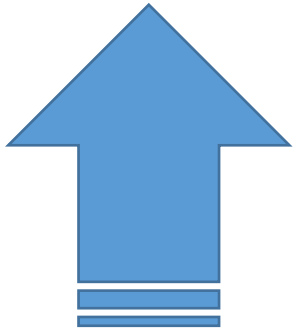
Asesorías en Calidad y Acreditación Limitada

que lo declaró acreditado por el **Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis**, con fecha 22 de julio de 2014.
Vigencia de la Acreditación: hasta el 22 de julio de 2017

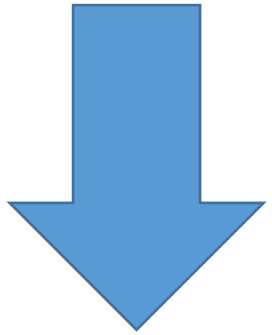
Enrique Ayarza Ramírez
Intendente de Prestadores de Salud (TyP)
Superintendencia de Salud

Sebastián Pavlovic Jeldres
Superintendente de Salud (TyP)

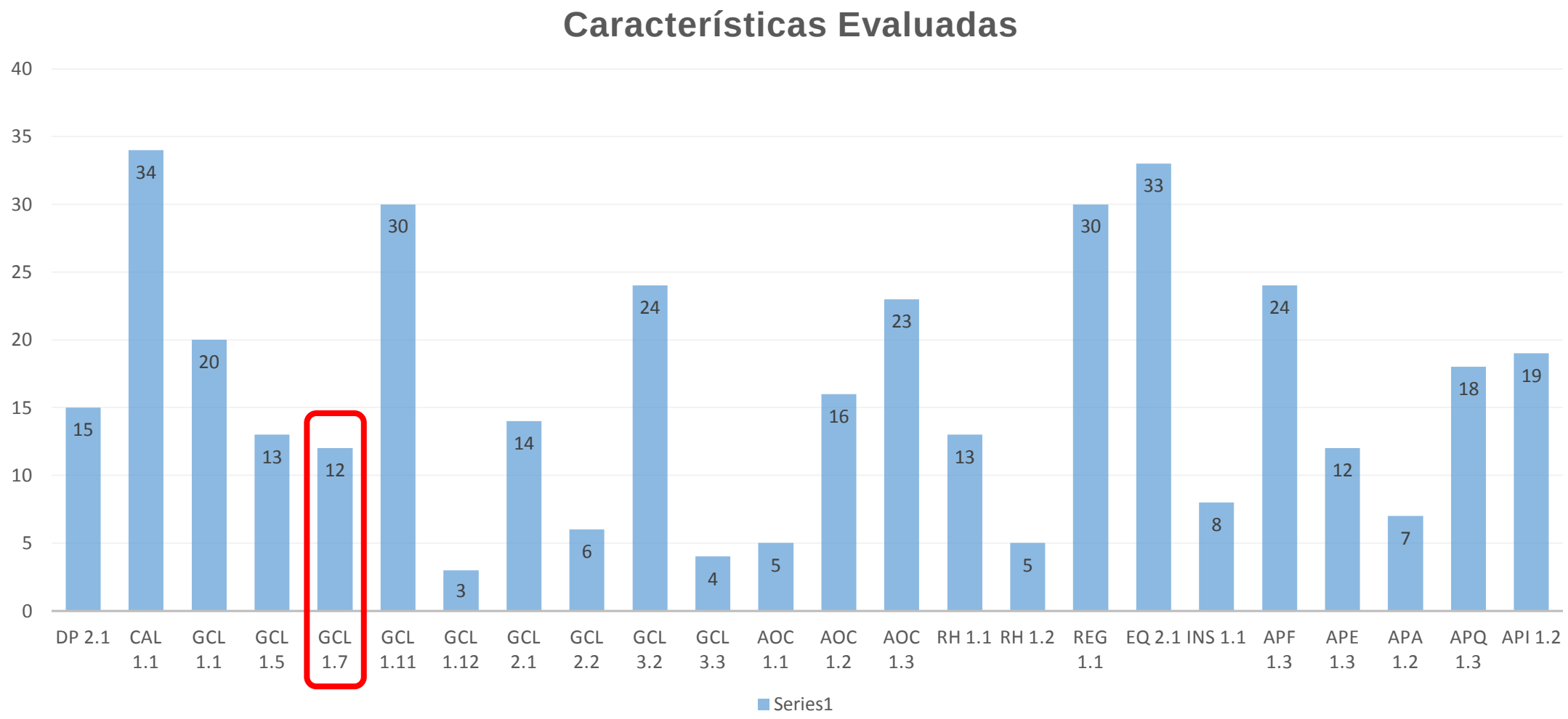
Certificado emitido con fecha 19/08/2014



% CUMPLIMIENTO



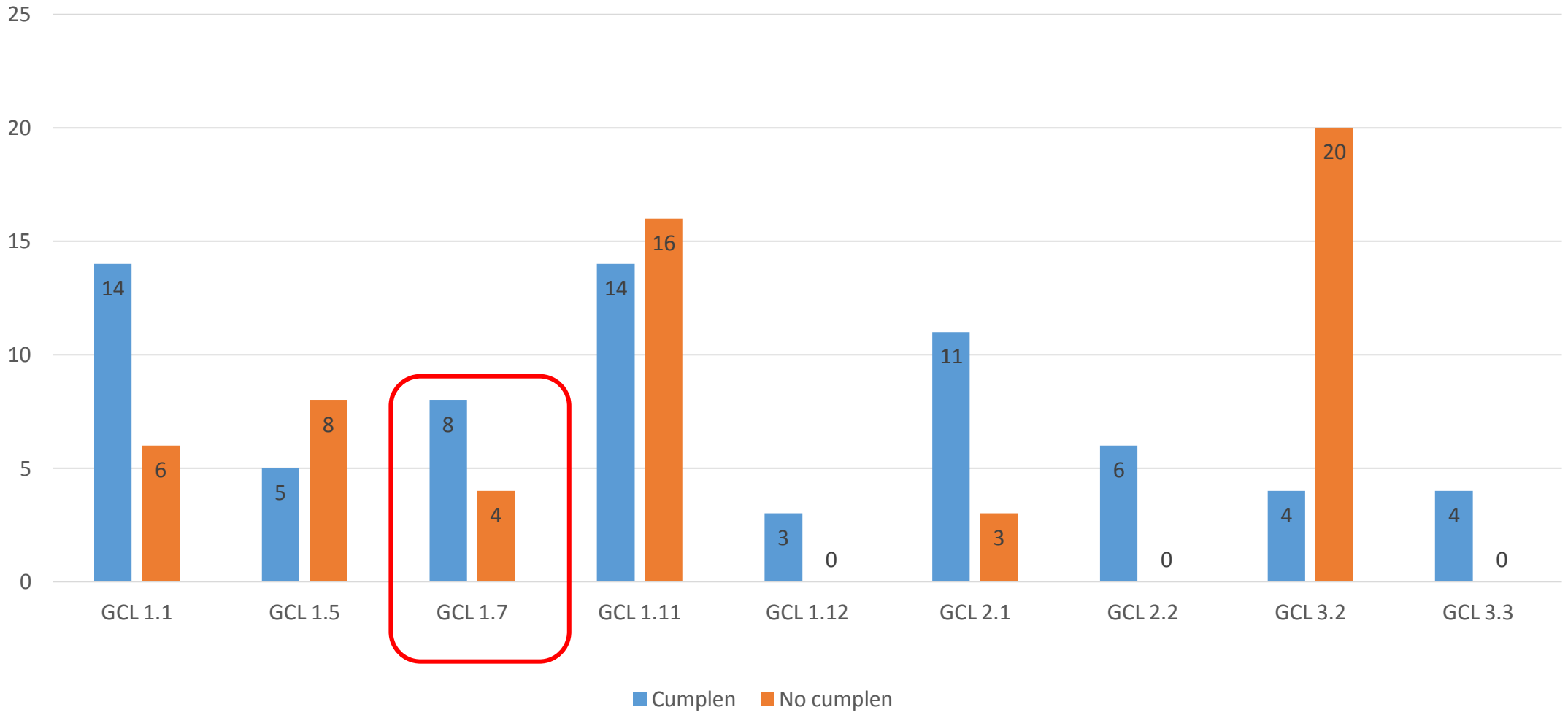
CARACTERISTICAS FISCALIZADAS CON MAYOR FRECUENCIA



FUENTE: REGISTRO DE FISCALIZACIONES SdS DE MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN POR AÑO 2015 – Julio 2017

CUMPLIMIENTOS OBTENIDOS ME

GESTIÓN CLÍNICA: Características GCL 1.1, GCL 1.5, **GCL 1.7,** GCL 1.11, GCL 1.12, GCL 2.1, GCL 2.2, GCL 3.2 y GCL 3.3

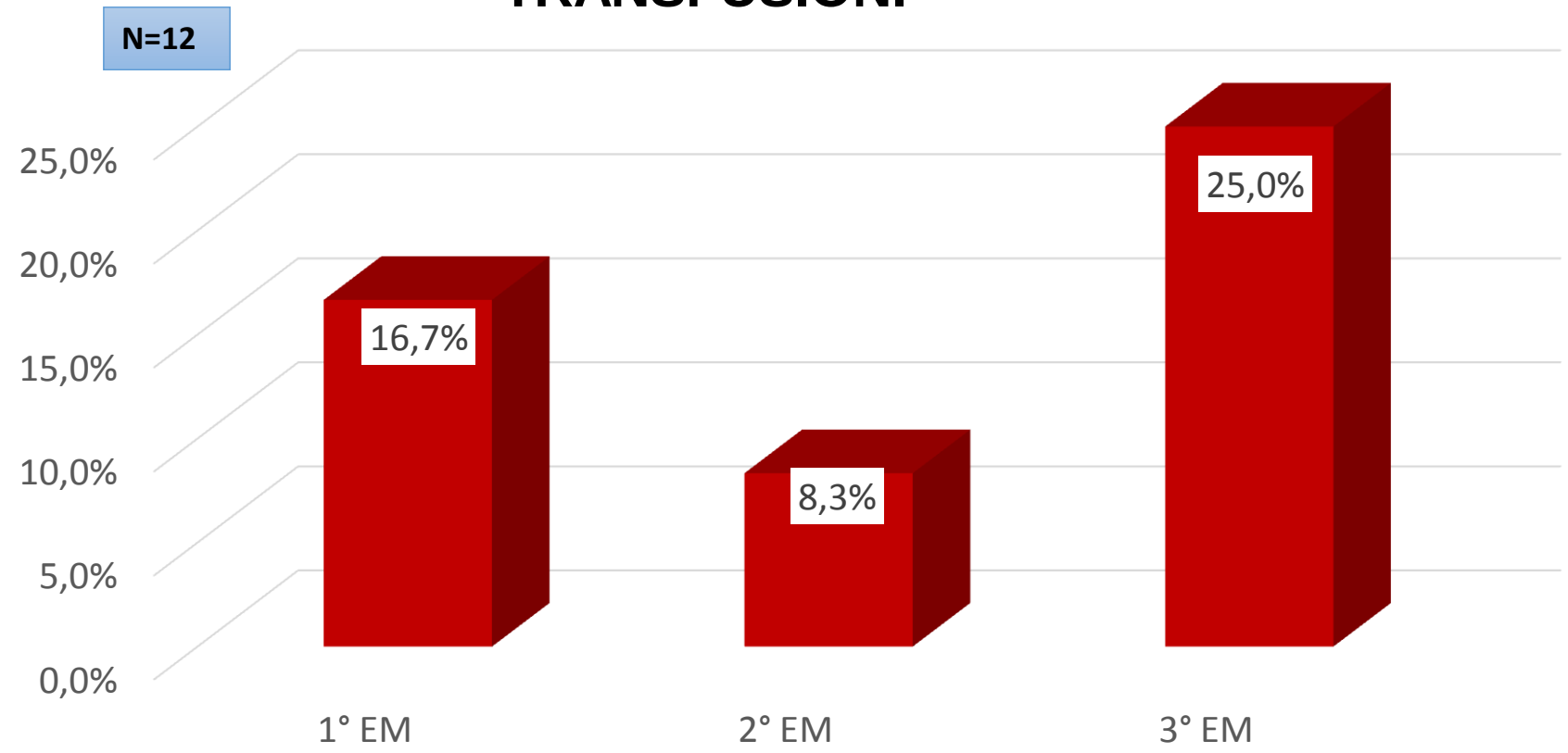


PRESTADORES FISCALIZADOS

PRESTADOR	CUMPLIMIENTO ENCONTRADO 1° EM	2° EM	3° EM	CUMPLIMIENTO CARACTERISTICA
1	0	1	1	0
2	0	0	0	0
3	1	1	0	0
4	1	1	0	0
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	1
11	1	1	1	1
12	1	1	1	1

	Cumple (n)	Cumple (%)	No cumple (n)	No cumple (%)
1° EM	10	83,3%	2	16,7%
2° EM	11	91,7%	1	8,3%
3° EM	9	75,0%	3	25,0%
GLOBAL	**8**	**66,7%**	**4**	**33,3%**

INCUMPLIMIENTO POR ELEMENTO MEDIBLE GCL 1.7_ “PROGRAMA DE EVALUACION Y MEJORIA DE LAS PRÁCTICAS CLINICAS: **INDICACION DE TRANSFUSIÓN.**



1° EM	Se describe en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento
3° EM	Existe constancia que se ha realizado evaluación periódica

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA GCL 1.7

Primer elemento medible:

- Documento No vigente al momento de la Fiscalización.

- Existencia de otros documentos donde se instruyen criterios de indicación de transfusión, no vinculado al documento principal.

Segundo elemento medible:

- Definición del indicador poco clara respecto de lo que se va a medir, lo que puede confundir al evaluador si no existen las aclaraciones correspondientes.

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA GCL 1.7

Nombre del indicador	**Porcentaje de cumplimiento de la norma institucional de indicación de transfusión según pauta.**
Fórmula matemática	N° de hemocomponentes transfundidos que cumplan con los criterios de indicación médica de transfusión institucionales / N° total de hemocomponentes evaluados en el mes x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: mensual

Período evaluado	Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	**Cumplidas**	Total	% Cumplimiento
01-2017	1	1	100%	**6**	6	100%
02-2017	2	3*	66,7 %	**11**	14	78,6%
03-2017	0	0	Sin casos			
04-2017	1	1	100%	**2**	2	100%

1 Solicitud por 2 GR; 1 solicitud por 1 Pqt aféresis; 1 Solicitud de 6 pqts, 3 Criopp y 2 GR, a mujer por sangrado en parto

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA GCL 1.7

Tercer elemento medible:

- El Prestador si bien, en los puntos de verificación no ha realizado transfusiones en los periodos evaluados, no existe constancia en la evaluación periódica (no declara formalmente)
- El prestador define en su indicador el cumplimiento en relación al número de pacientes. Sin embargo hace la medición en relación al número de transfusiones.
- El Prestador no tiene establecido los criterios que permiten verificar que la indicación de la transfusión cumple según lo descrito en el protocolo institucional, sino que, queda a criterio de la persona que realiza la evaluación (falta una pauta).
- Además, se constata que el prestador no considera todos los pacientes oncológicos en el universo del indicador del punto de verificación, APQ ➔ pacientes de Medicina, MQ, UPC, etc, que son sometidos a quimioterapia y se les indica transfusión de HC.
- La metodología utilizada (selección de días para efectuar prevalencia), no asegura la representatividad de todos los puntos de verificación que le aplican al prestador en la evaluación realizada, a pesar que en los puntos no representados se hayan realizado transfusiones durante el periodo evaluado, por lo que no es posible constatar que se realice una evaluación periódica en cada punto.

Obtención de N° de días para supervisión transfusiones

Cálculo de tamaño muestral para indicadores clínicos de calidad

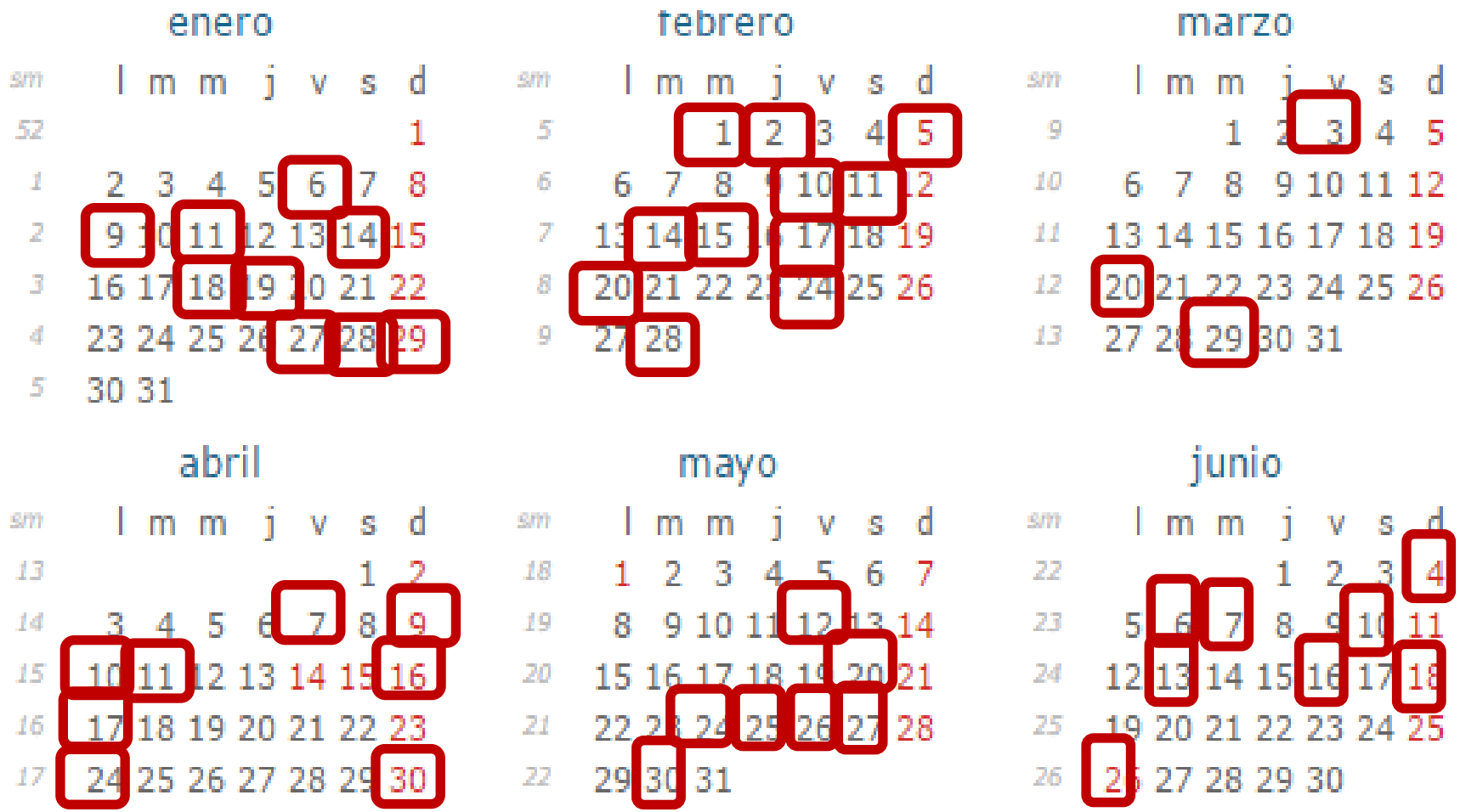
Escenario 1: Usted conoce o tiene una estimación del número total de fichas o casos

Por ejemplo: El indicador se calcula semestralmente, y usted sabe que en el semestre se realizarán alrededor de 2.000 cirugías

PASO 1:	Ingrese el número total de casos (2.000 en nuestro ejemplo)	750
PASO 2:	Seleccione cuál es el porcentaje esperado de cumplimiento del proceso o el resultado. Por ejemplo, si espera que un 80% de las fichas de pacientes operados posean consentimiento informado, seleccione 0,8	0,85
PASO 3:	Seleccione el margen de error con el que desea trabajar. Por ejemplo, si desea que el resultado del indicador tenga ± 5% de error, ingrese 0,05 (ello implica que si la medición arrojó un 60% de cumplimiento, el resultado verdadero podría estar entre 55% y 65%, con un 95% de confianza)	0,1
	TAMAÑO DE MUESTRA ==> semestre	**46**
	TAMAÑO DE MUESTRA ==> Trimestre	**23**

1° Trimestre 2017			2° Trimestre 2017	
Día del trimestre	Fecha		Día del trimestre	Fecha
6	06-01-2017		97	07-04-2017
9	09-01-2017		99	09-04-2017
11	11-01-2017		100	10-04-2017
14	14-01-2017		101	11-04-2017
18	18-01-2017		106	16-04-2017
19	19-01-2017		107	17-04-2017
27	27-01-2017		114	24-04-2017
28	28-01-2017		120	30-04-2017
29	29-01-2017		132	12-05-2017
32	01-02-2017		140	20-05-2017
33	02-02-2017		144	24-05-2017
36	05-02-2017		145	25-05-2017
41	10-02-2017		146	26-05-2017
42	11-02-2017		147	27-05-2017
45	14-02-2017		150	30-05-2017
46	15-02-2017		155	04-06-2017
48	17-02-2017		157	06-06-2017
51	20-02-2017		158	07-06-2017
55	24-02-2017		161	10-06-2017
59	28-02-2017		164	13-06-2017
62	03-03-2017		167	16-06-2017
79	20-03-2017		169	18-06-2017
88	29-03-2017		177	26-06-2017

Calendario aleatorización días supervisión transfusiones



INDICADOR GLOBAL OBLIGATORIO GCL 1.7						
% DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE SEGÚN NORMATIVA VIGENTE						
SERVICIO CLINICO		Nº PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE		TOTAL PACIENTES TRANSFUNDIDOS		INDICADOR (%)
ONCOLÓGICAS	CDT	35		45		77,8%
	GINE ONCO	28		33		84,8%
	UCI ONCO PEDIATRICA	S/T		S/T		S/T
	UCI ADULTOS ONCOLOGICOS	13		16		81,3%
	MEDICINA	54		66		81,8%
UPC ADULTO (UTI+Intermedio)		159		175		90,9%
CIRUGIA ADULTOS		30		36		83,3%
DIALISIS		S/T		ST		S/T
CIRUGIA INFANTIL		S/T		ST		S/T
UPC NEONATOLOGIA		45		45		100,0%
PABELLON		92		106		86,8%
UNIDAD EMERGENCIA		ADULTO	93	ADULTO	93	100,0%
		PEDIATRICA	1	PEDIATRICA	1	100,0%
		MATERNIDAD	S/T	MATERNIDAD	S/T	S/T
TOTAL		550		616		89,3%

¡¡ MUCHAS GRACIAS !!

Consultas:
fernaro196@gmail.com