



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Medicina Transfusional y Sistema de Acreditación. Brechas por resolver.

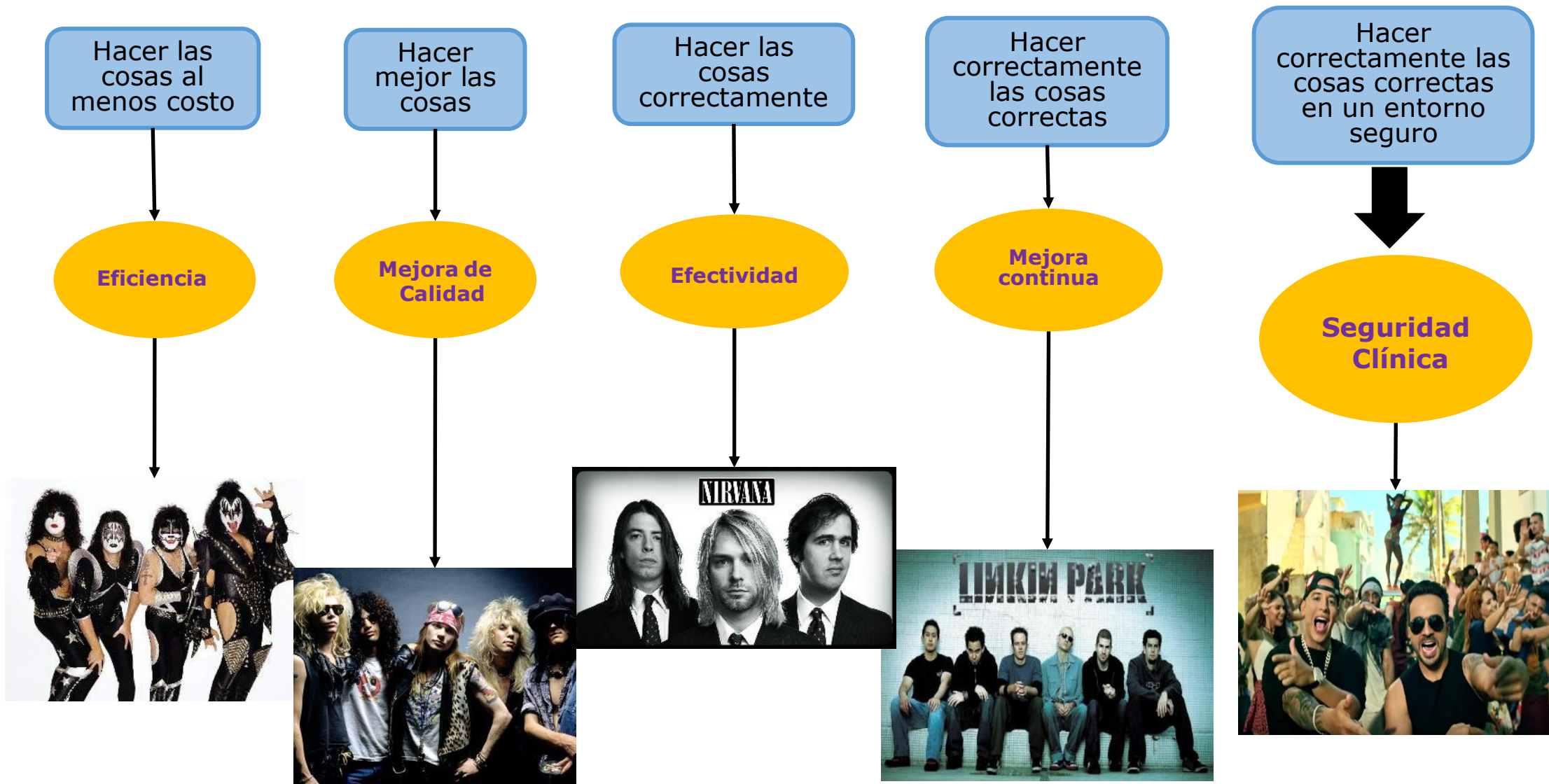
Expositor: TM. Fernando Aro Menares

Unidad de Fiscalización en Calidad

Superintendencia de Salud



Paradigmas de la asistencia sanitaria



Reforma de la salud en chile

➤ **Objetivos de la reforma:**

- Mejoramiento de la calidad, equidad y acceso a la atención.
- Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Satisfacer necesidades y expectativas.

➤ **Componentes de la Reforma:**

- Ley de Autoridad Sanitaria (2005) ➔ Autoridad sanitaria regional, Gestor de Red Asistencial, Superintendencia de Salud
- Ley de Derechos y Deberes (2012)
- Ley de financiamiento y Ley Regulación de Isapres.

Reforma de la salud en Chile

➤ Requisitos para consecución de objetivo sanitario:

- Definición de Modelo de Atención ➔ NUEVO PARADIGMA
 - ✓ Determinantes sociales – Prevención y Promoción
 - ✓ Modelo de Salud Familiar y Comunitario
 - ✓ Gestión de Redes que se colaboran

➤ Cuenta con herramientas/Instrumentos:

- La Ley AUGE, que crea nuevos instrumentos, con un sistema de evaluación y aseguramiento de la calidad de las atenciones, mediante la aplicación de estándares comunes para el sector público y privado de la salud.
- Se genera una nueva institucionalidad, la que se convierte en una garantía explícita.

- 
- ☐ ACCESO
 - ☐ OPORTUNIDAD
 - ☐ PROTECCIÓN FINANCIERA
 - ☐ CALIDAD

Sistema de evaluación de la calidad

- Medición del cumplimiento de estándares. Con evaluaciones externas de carácter imparcial, creándose para ello las agencias acreditadoras o EA.
- Su finalidad es promover el mejoramiento continuo de los procesos de las instituciones de salud.

Mediante un proceso integrado

- Acreditación Institucional.
- Certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud.
- Creación de registros públicos de profesionales, de establecimientos acreditados y de evaluadores.



27-05-20

REUNION AMPLIADA CAPITULO CHILENO MEDICINA
TRANSFUSIONAL



Sistema de aseguramiento de la calidad

- Seguridad Sanitaria, a través del control de riesgo en los procesos clínicos
- Seguridad Jurídica, elevando a rango legal los derechos exigibles, por medio del control institucional y social.

Reforma de Salud en Chile





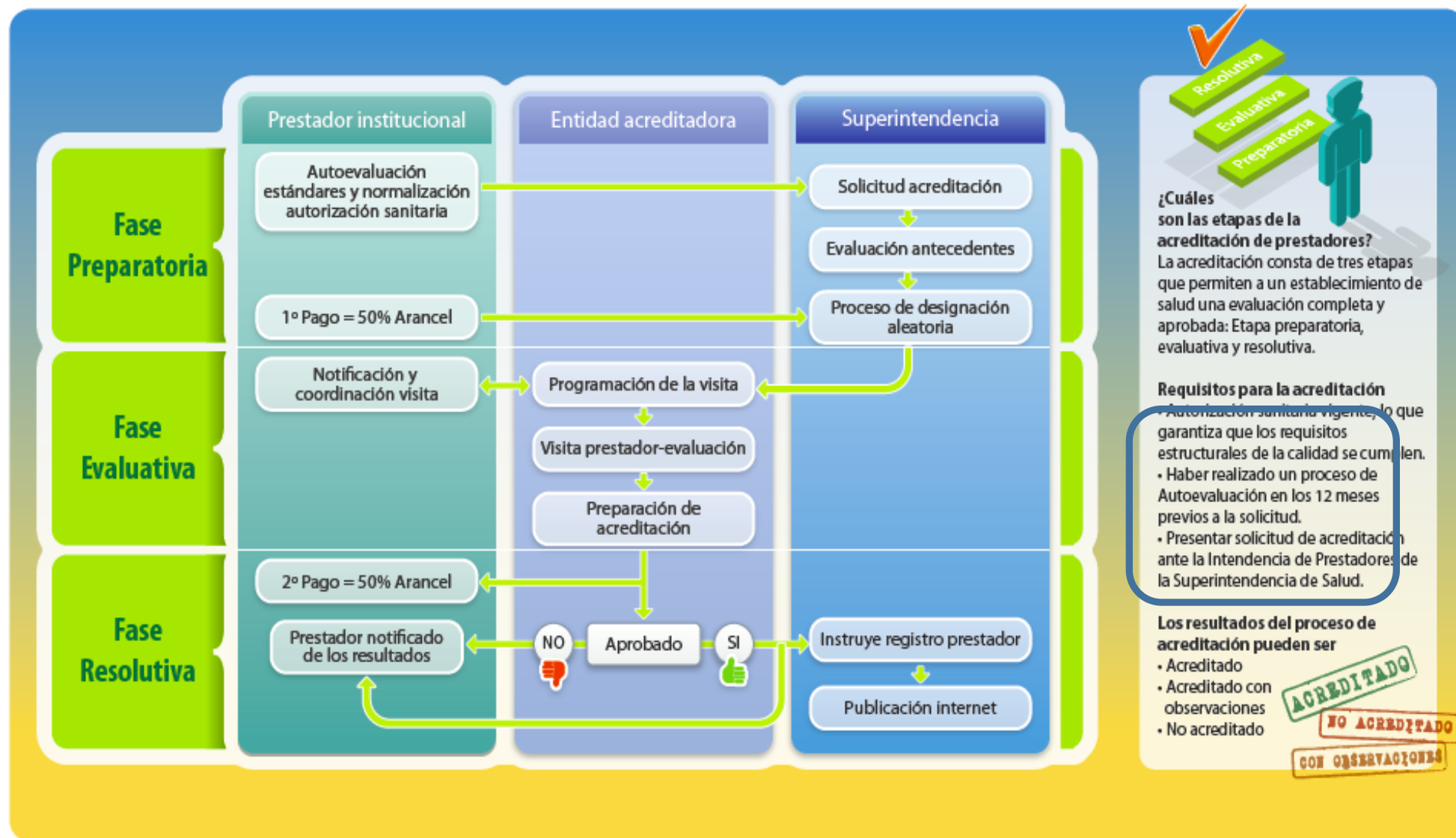
GES y la Garantía de Calidad: El Modelo de Acreditación Chileno

- La Garantía de Calidad definida como de **Seguridad del Paciente.**
- El Registro Nacional de Prestadores Individuales: **Fe Pública de Habilitación Profesional.**
- Con **Evaluación externa** por Entidades Acreditadoras, asignadas aleatoriamente, **libre de conflictos de interés.**
- Con la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, que **administra y fiscaliza el Sistema de Acreditación.**
- El Sistema que requiere re-evaluación periódicamente y **obliga a la mejora continua de los prestadores.**

Se traduce → Acreditación

Identificación de los Procesos Claves	Evaluación del Proceso	Monitoreo	Constatación en terreno
• Descripción explícita del proceso (por escrito) • Que contenga requisitos de calidad en la descripción del proceso • Asignación de responsables de ejecución y de medición	• Definición de criterios de calidad • Determinación de umbral y estándar de cumplimiento	• Medición de los indicadores definidos. • Análisis de resultados. • Formulación de planes de mejora	• Revisión efectiva de cumplimiento de procedimiento, evaluación y monitoreo
ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN → Características			
1° EM	2° EM	3° EM	4° EM

FLUJOGRAMA DE LA ACREDITACIÓN



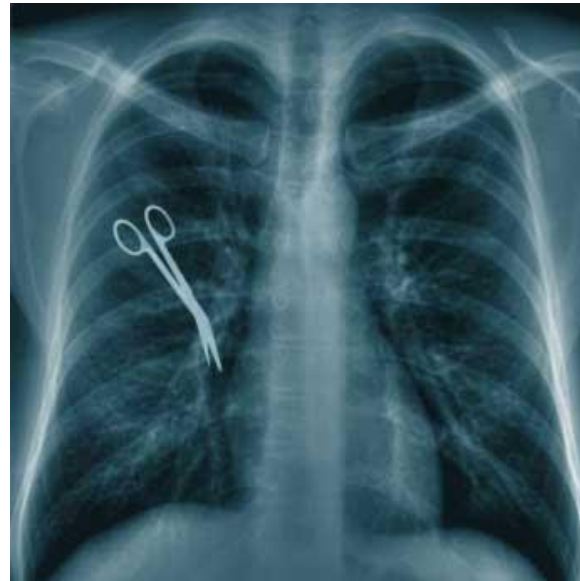


27-05-2018

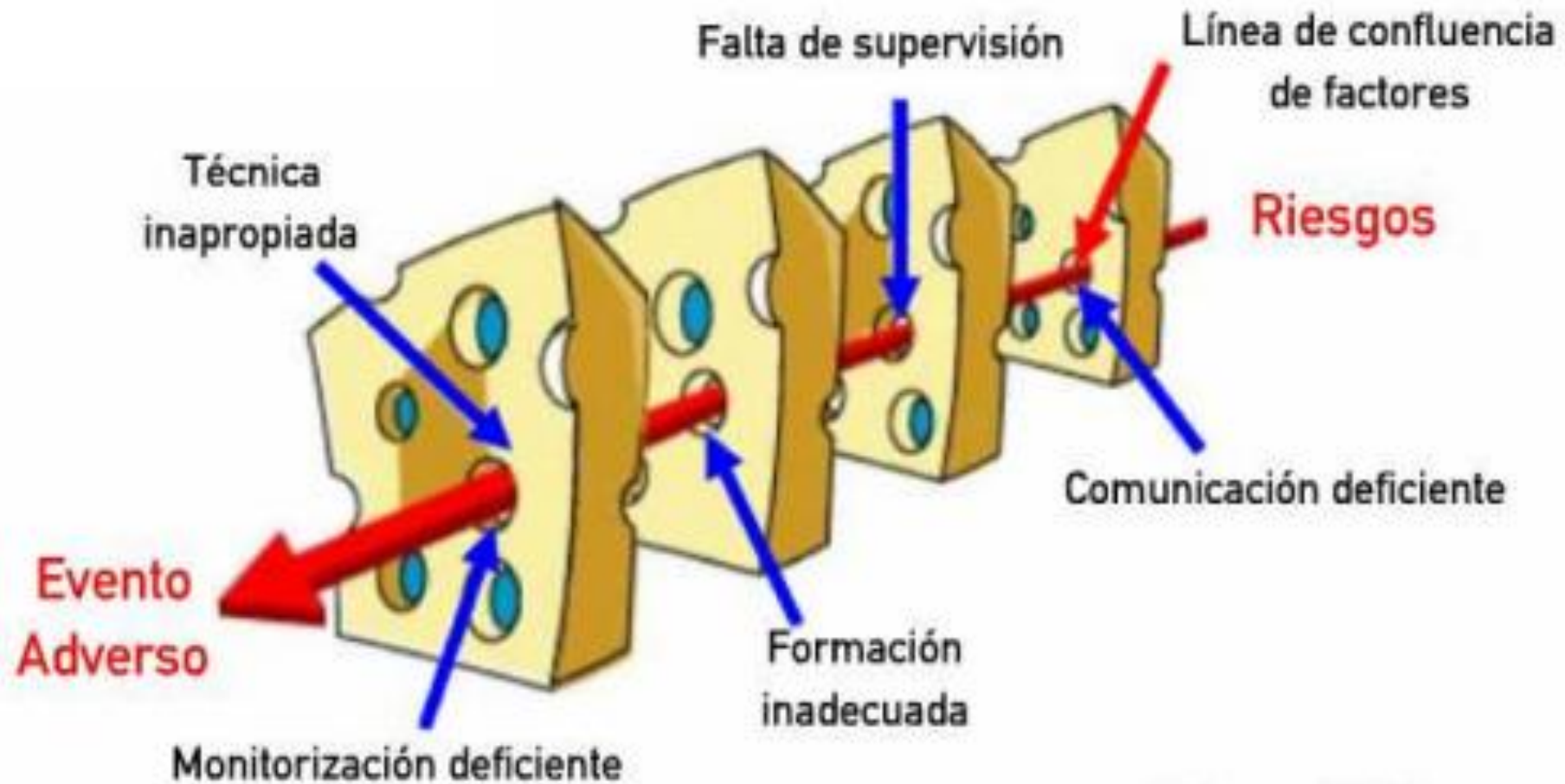
REUNION AMI

¡¡ RIESGO !!

El riesgo como probabilidad de que se produzca un resultado adverso, muchas veces no esperado, con una prestación de salud.



J. Reason (2000): Errores humanos y Eventos adversos
Cadena de fallos → modelo del queso suizo



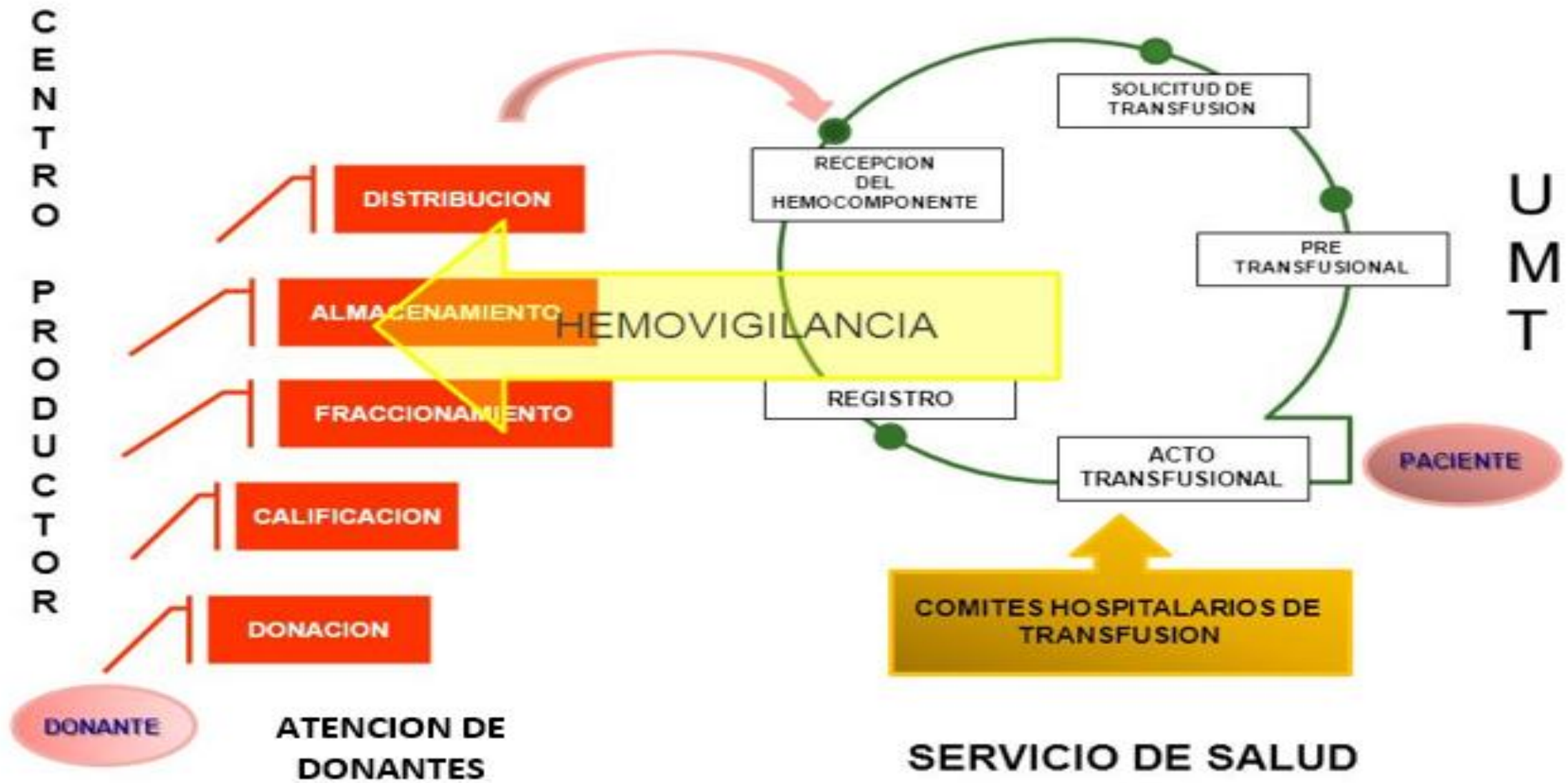
Comparación de los efectos adversos de la vida cotidiana comparados con los relacionados con la transfusión.

Evento	Razón
Vida cotidiana	
Muerte en accidente de automóvil	1 en 5,000
Muerte por ahogamiento	1 en 20,000
Muerte por envenenamiento	1 en 86,000
Muerte por accidente en avión	1 en 256,000
Muerte por electrocución	1 en 350,000
Transfusión	
Reacciones alérgicas no graves	1 en 50-380
Febril no hemolítica	1 en 50 a 1,800
Entrega incorrecta de la sangre	1 en 1,000 a 2,000
Sobrecarga de volumen	1 en 500 a 1,600
TRALI	1 en 5,000
Anafilaxia	1 en 20,000 a 50,000

Baptista GH. Efectos nocivos agudos de las transfusiones. Propuestas para el sistema de hemovigilancia en México. Gaceta Médica de México. 2013; 49: 94-101

En 2010, la OMS aseguro que la causa mas importante de Rxn adversa graves y muertes, es la transfusión de sangre equivocada, debido a errores durante el proceso:

- 1.- La identificación incorrecta del paciente.
- 2.- La identificación errónea de las muestras sanguíneas.
- 3.- Errores de muestreo y rotulado.
- 4.- La identificación incorrecta de las bolsas de sangre.
- 5.- Errores de laboratorios.
- 6.- Errores administrativos, de almacenamiento y manipulación inapropiados de la sangre.
- 7.- Omisión de la comprobación final a la cabecera del paciente antes de administrarle la sangre.
- 8.- Falta de vigilancia del paciente durante la transfusión.
- 9.- Conocimientos deficientes del personal de enfermería.





FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN (MEA)

FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN (MEA)

Objetivo:

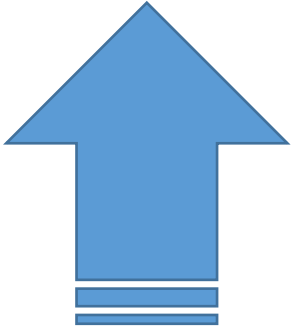
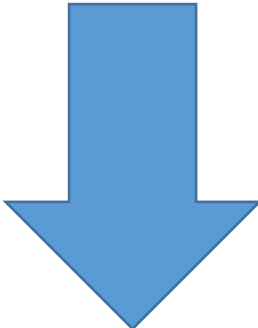
Verificar que el prestador que ha sido acreditado, mantenga en el tiempo las condiciones que le permitieron obtener la Acreditación según el estándar que les corresponda.

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.

FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN (MEA)




% CUMPLIMIENTO




SELECCIÓN DE PRESTADORES:

- En el año 2014, se fiscalizan todos los prestadores acreditados en el año anterior, independiente del estándar por el cual fueron acreditados.
- En el año 2015, la fiscalización en esta materia, se enfoca en los prestadores de atención cerrada, prestadores de atención abierta de alta complejidad y centros de diálisis.
- Desde el año 2016, sólo se fiscalizan prestadores de atención cerrada de alta y mediana complejidad y centros de diálisis.

Al finalizar el proceso de fiscalización de la mantención del estándar de acreditación en un determinado prestador, los resultados probables serán los siguientes:

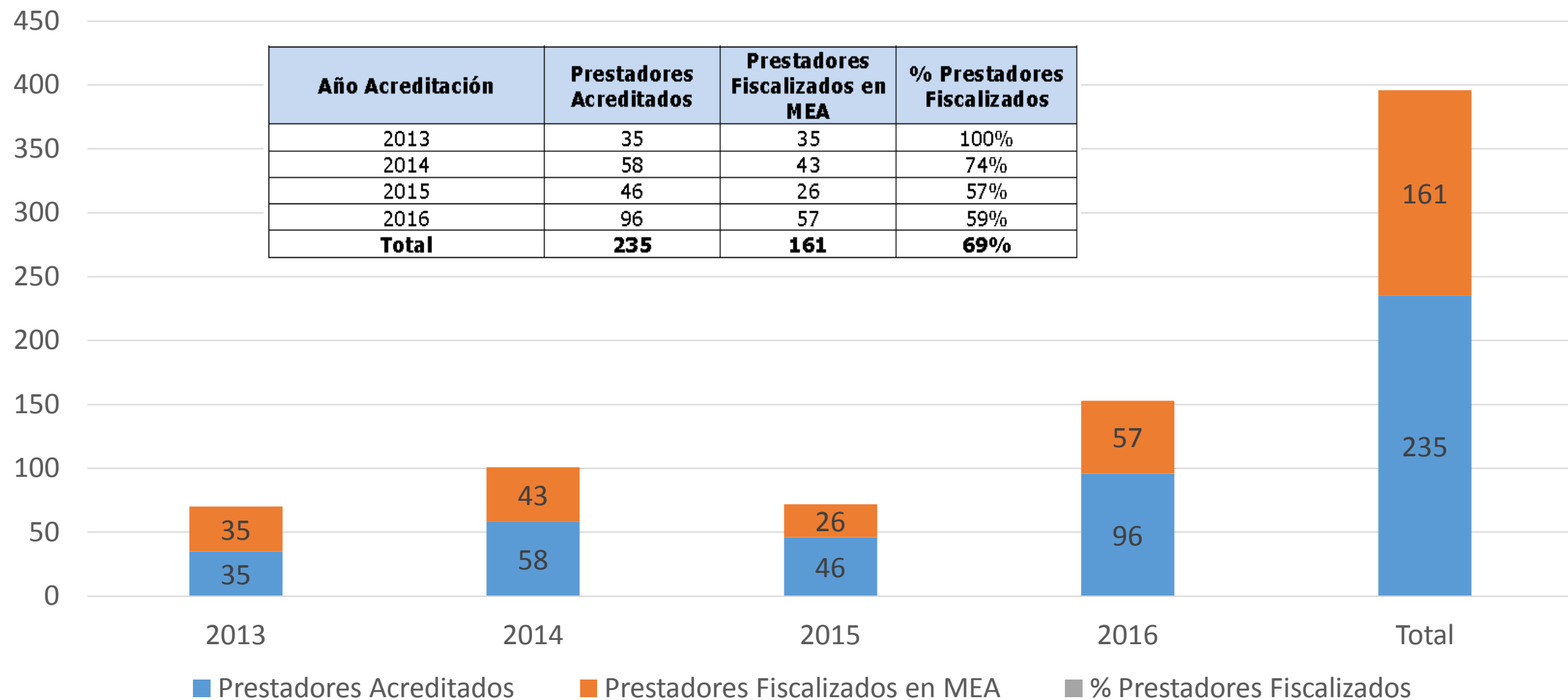
a) El Prestador mantiene las condiciones por las que fue acreditado:

Todas las características fiscalizadas cumplen con el umbral mínimo de cumplimiento, determinado para la característica en el estándar de acreditación evaluado.

b) El Prestador no mantiene las condiciones por las que fue acreditado:

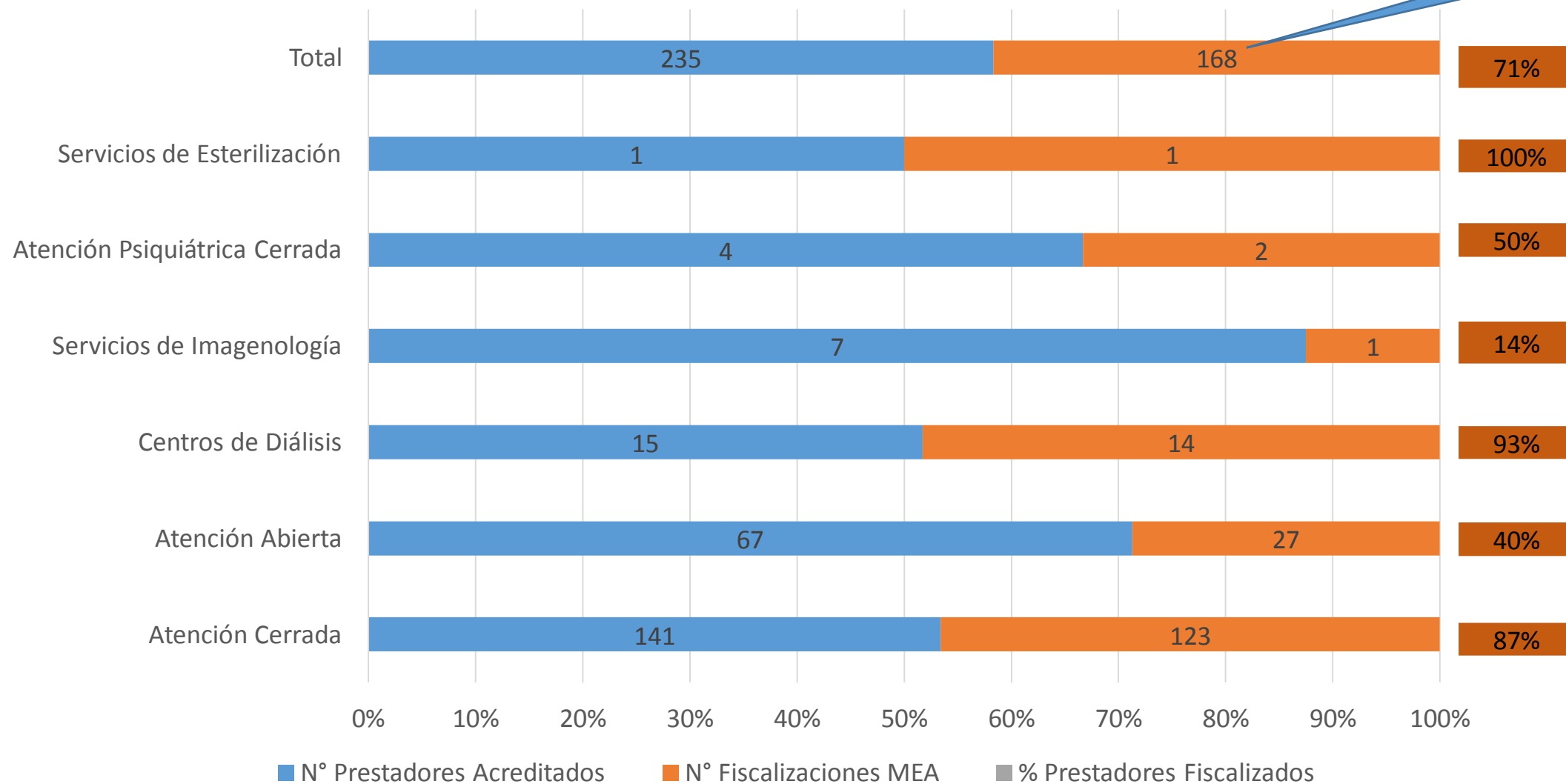
Una o más características fiscalizadas no cumplen con el umbral mínimo de cumplimiento determinado para la característica en el estándar de acreditación evaluado, por lo que éstas se encuentran incumplidas. En este caso se solicita al prestador un plan de mejoras, para subsanar las infracciones e incumplimientos en dichas características.

Prestadores institucionales acreditados y fiscalizados en mantención del estándar de acreditación, enero de 2014 a diciembre de 2017.



Prestadores institucionales acreditados y fiscalizados por tipo de estándar de acreditación / Enero 2014 – diciembre 2017

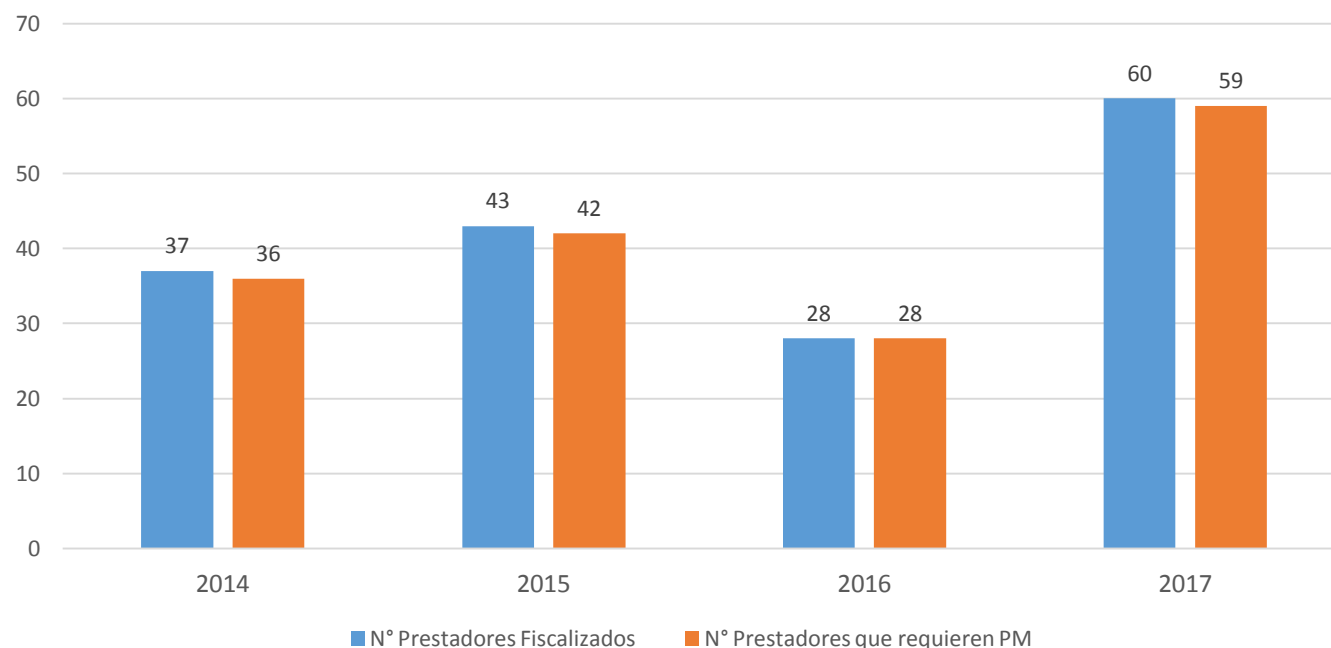
7 fiscalizaciones extraordinarias



Resultados de la fiscalización MEA por año Enero 2014 – diciembre 2017

Año Fiscalización	N° Prestadores Fiscalizados	N° Prestadores que requieren PM	% de Prestadores con PM
2014	37	36	97%
2015	43	42	98%
2016	28	28	100%
2017	60	59	98%

Resultados de la fiscalización MEA por año
Enero 2014 – diciembre 2017



El promedio de características incumplidas que presentan los prestadores fiscalizados es de 4 a 5 características, con un mínimo de 1 y un máximo de 10.

¿ Por qué se observa una alto nivel de incumplimiento durante los MEA?

Puede ser el resultado de diferentes situaciones:

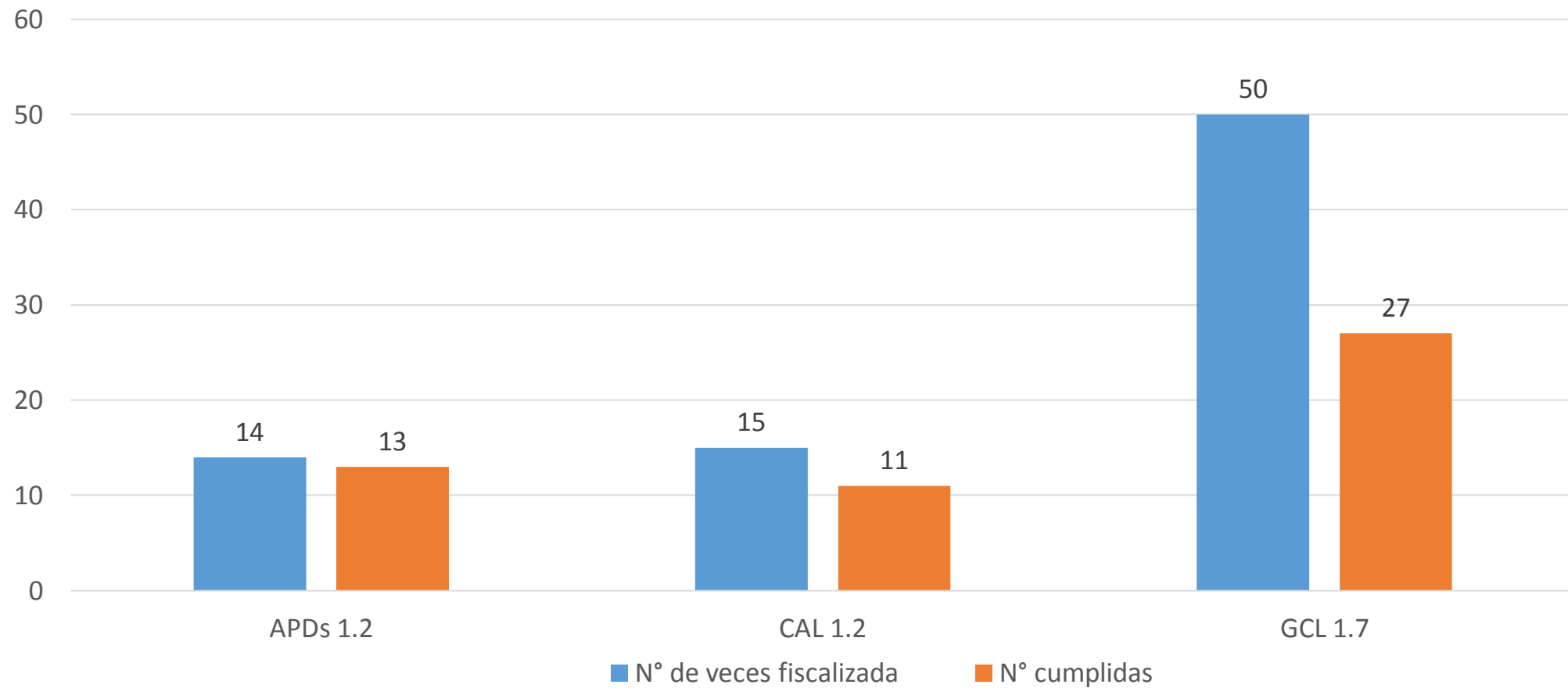
- Luego de acreditar, el Prestador no continuó con el monitoreo sistemático requerido.
- Cambio del equipo de calidad y/o de los directivos.
- La EA que evaluó aplicó un criterio flexible para no perjudicar al prestador durante la acreditación.
- La característica fue evaluada de manera incorrecta durante el proceso de acreditación.
- Aplicación de una interpretación de la Intendencia de Prestadores, con fecha de vigencia posterior a la fecha del proceso de acreditación del prestador.

Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención cerrada / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° cumplidas	% cumplimiento
DP 1.1	13	13	100%
INS 3.1	1	1	100%
APD 1.2	5	5	100%
APA 1.2	20	19	95%
APDs 1.2	14	13	93%
APL 1.1	9	8	89%
GCL 2.1	33	29	88%
GCL 2.2	16	14	88%
AOC 2.1	6	5	83%
INS 3.2	6	5	83%
RH 1.2	29	24	83%
RH 1.1	39	32	82%
APE 1.3	31	25	81%
AOC 1.2	50	40	80%
APL 1.5	55	44	80%
GCL 3.3	12	9	75%
CAL 1.2	15	11	73%
API 1.2	57	41	72%
INS 1.1	35	25	71%

Característica	N° de veces fiscalizada	N° cumplidas	% cumplimiento
DP 2.1	51	36	71%
APE 1.2	17	12	71%
GCL 1.1	71	50	70%
AOC 1.1	40	28	70%
GCL 3.1	6	4	67%
APL 1.4	52	34	65%
GCL 1.12	20	12	60%
GCL 1.5	48	28	58%
GCL 1.11	89	50	56%
GCL 1.7	50	27	54%
APF 1.3	86	46	53%
AOC 1.3	77	38	49%
APL 1.2	9	4	44%
CAL 1.1	94	39	41%
APL 1.3	10	4	40%
APQ 1.3	38	12	32%
GCL 3.2	44	10	23%
REG 1.1	99	16	16%
EQ 2.1	82	8	10%

Características obligatorias del estándar de acreditación de atención cerrada, fiscalizadas
que aplican a Servicios de Sangre /Enero 2014 – diciembre 2017



FUENTE: REGISTRO DE FISCALIZACIONES SdS DE MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN POR AÑO 2014 – 2017

Característica

APDs-1.2 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de componentes sanguíneos.

Elementos medibles APDs 1.2 ATENCIÓN CERRADA – ATENCIÓN ABIERTA	Unidad de Atención de Donantes
Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico	
Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos	
Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos	

Umbral de cumplimiento
Cumple : 100%

3/3



Sociedad
Chilena de
Hematología

SOCHIHEM

[Quiénes Somos](#) | [Hazte Socio](#) | [Revistas](#) | [Contacto](#) | [Boletín Electrónico](#) |



[Cursos y Congresos](#) [Medicina Transfusional](#) [Noticias](#) [Pacientes](#) [Links](#)

+ CCHMT

[Inicio](#)>> [CCHMT](#)>> [Reuniones Científicas Capítulo](#)

[Capítulo Chileno Medicina...](#)

[Socios Capítulo](#)

[Únase al Capítulo](#)

[Reuniones Científicas Capítulo](#)

[Actividades y Noticias](#)

CONTENIDOS RELACIONADOS

“Trazabilidad en Medicina Transfusional. Experiencia de un Hospital Clínico Universitario”

Transmisión Via Streaming

Expone:

TM. CARLA LORCA

Encargada de Calidad y Trazabilidad

Banco de Sangre Red de Salud UC CHRISTUS



Viernes 27 abril 2018, 08:30 hrs.

Sociedad Médica de Santiago

Bernarda Morín 0488. Providencia

INVITA CAPÍTULO de MEDICINA TRANSFUSIONAL

INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA APDs 1.2

1/14

Primer elemento medible:

- Documento **No vigente** al momento de la Fiscalización.



GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

Característica

CAL 1.2 Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.

CÓDIGO DE CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN																				OBSERVACIONES		
CAL 1.2	Cumple ≥ 80%	Elementos Medibles	CAL-1.2	PQ.	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir. Ad	Cir. Inf	Ped	Neo	Obst/g ine	URG	URG	APL	APF	APE	APD	APR	APA	APQ	AP	APDs/A PCs/AP Tr	
		Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.																							
		Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)																							

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA CAL 1.2

4/15

Segundo elemento medible:

- Metas no especifican un desempeño medible (***no cuantificables***).

Por ejemplo: “Aumentar los donantes voluntarios/altruistas”



Aumentar en un 10% la donación voluntaria en el periodo.

- No especifican una fecha tope o ***período*** para evaluar su cumplimiento.
- Metas no ***realistas o logrables***.
- Metas no relacionadas con la seguridad de los pacientes.

Ejemplo: Disminuir los reclamos por tiempo de espera en atención de donantes.

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

		Característica							
GCL 1.7	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión								
CÓDIGO DE CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN						OBSERVACIONES
GCL 1.7	Cumple ≥ 75%	Elementos Medibles GCL 1.7	Dir. o Gcia.	PQ	UPC Ad	APD	URG	APQ	
		Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades							
		Se ha definido un indicador y umbral de cumplimiento							
		Existe constancia que se ha realizado la evaluación periódica.							



Guías Prácticas Clínicas

MEDICINA TRANSFUSIONAL

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

Aprobadas por Sociedad Chilena de Hematología SOCHIH 2017

1

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



TABLA DE CONTENIDOS:

CAPÍTULO 1: TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES ADULTOS.

1. GLÓBULOS ROJOS

- 1.1 INDICACIÓN DE LOS CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS
- 1.2 DOSIS
- 1.3 RENDIMIENTO DE UNA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS
- 1.4 OTRAS CONSIDERACIONES

2. PLAQUETAS

- 2.1. INDICACIÓN PROFILÁCTICA: PACIENTE SIN HEMORRAGIA.
- 2.2. INDICACIÓN TERAPÉUTICA: PACIENTE CON HEMORRAGIA
- 2.3. CASOS ESPECIALES
- 2.4. CONTRAINDICACIONES PARA TRANSFUNDIR PLAQUETAS
- 2.5. DOSIS
- 2.6. RENDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

3. HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS (GLÓBULOS ROJOS Y PLAQUETAS)

- 3.1. INDICACIONES DE GLÓBULOS ROJOS LAVADOS
- 3.2. INDICACIÓN DE HEMOCOMPONENTES IRRADIADOS
- 3.3. INDICACIÓN DE HEMOCOMPONENTES LEUCODEPLETADOS

4. PLASMA

- 4.1 INDICACIONES
- 4.2 DOSIS
- 4.3 MONITORIZACIÓN

5. CRIOPRECIPITADO

- 5.1. INDICACIONES
- 5.2. DOSIS
- 5.3. MONITORIZACIÓN

5

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



CAPÍTULO 2: TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

1. GLÓBULOS ROJOS (COMUNES Y MODIFICADOS)

- 1.1. EN EL RECIÉN NACIDO (PRIMER MES DE VIDA, NO PRETÉRMINO)
- 1.2. EN EL LACTANTE MENOR DE 4 MESES
- 1.3. EN EL LACTANTE MAYOR DE 4 MESES
- 1.4. TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA

2. PLAQUETAS (COMUNES Y MODIFICADOS)

- 2.1. PREMATUROS (EDAD GESTACIONAL < DE 37 SEMANAS)
- 2.2. OTROS PACIENTES PEDIÁTRICOS

CAPÍTULO 3: TRANSFUSIONES EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS

1. HEMORRAGIA AGUDA (ANEMIA AGUDA POR HEMORRAGIA)

2. TRANSFUSIÓN EN EL PERIOPERATORIO

3. TRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON AUTOANTICUEPOS Y ALOANTICUEPOS

- 3.1. TRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON AUTOANTICUEPOS
- 3.2. TRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON ALOANTICUEPOS

4. TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS RHD POSITIVO A PACIENTES RHD NEGATIVO

BIBLIOGRAFÍA

6

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

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.



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

Procedimiento: INDICACION DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES (HC)

Nombre del paciente: _____

Fecha indicación: _____

Servicio o Unidad: _____

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 perdida mayor del 20% de volemia			
3.-	Nivel de Hemoglobina inferior a 7 g/dl, con o sin sintomatología hipóxica			
4.-	Nivel de Hemoglobina entre 7 y 10 g/dl, con sintomatología hipóxica o con antecedentes de insuficiencia cardiaca o renal.			
5.-	Nivel de Hemoglobina inferior a 10 g/dl, con cirugía de urgencia sin tiempo para corrección de anemia, con sintomatología hipóxica y/o antecedentes cardiacos.			
6.-	¿La cantidad indicada esta de acuerdo al protocolo?			

Si la indicación para el HC cumple con 2 de los 6 requisitos de calidad anteriores, entonces Cumple, de lo contrario No cumple.

CUMPLE

SI

☐

NO

☐

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

Procedimiento: INDICACION DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES (HC)

Nombre del paciente: _____

Fecha indicación: _____

Servicio o Unidad: _____

Médico: _____

Fecha Supervisión: _____

PLAQUETAS

¿APLICA?

Requisitos de Calidad

SI

NO

1.- Recuento 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 plaquetario < 10.000/uL			
4.- Profilaxis en cirugía cardíaca o neurológica, con recuento plaquetario < 100.000/uL			
5.- Paciente con trombocitopenia y hemorragia de la microcirculación, independiente del recuento plaquetario (plaquetas disfuncionales).			
6.- ¿La dosis indicada corrige el déficit, de acuerdo al riesgo del paciente?			

Si la indicación para el HC cumple con 2 de los 6 requisitos de calidad anteriores, entonces Cumple, de lo contrario No cumple.

CUMPLE

SI

☐

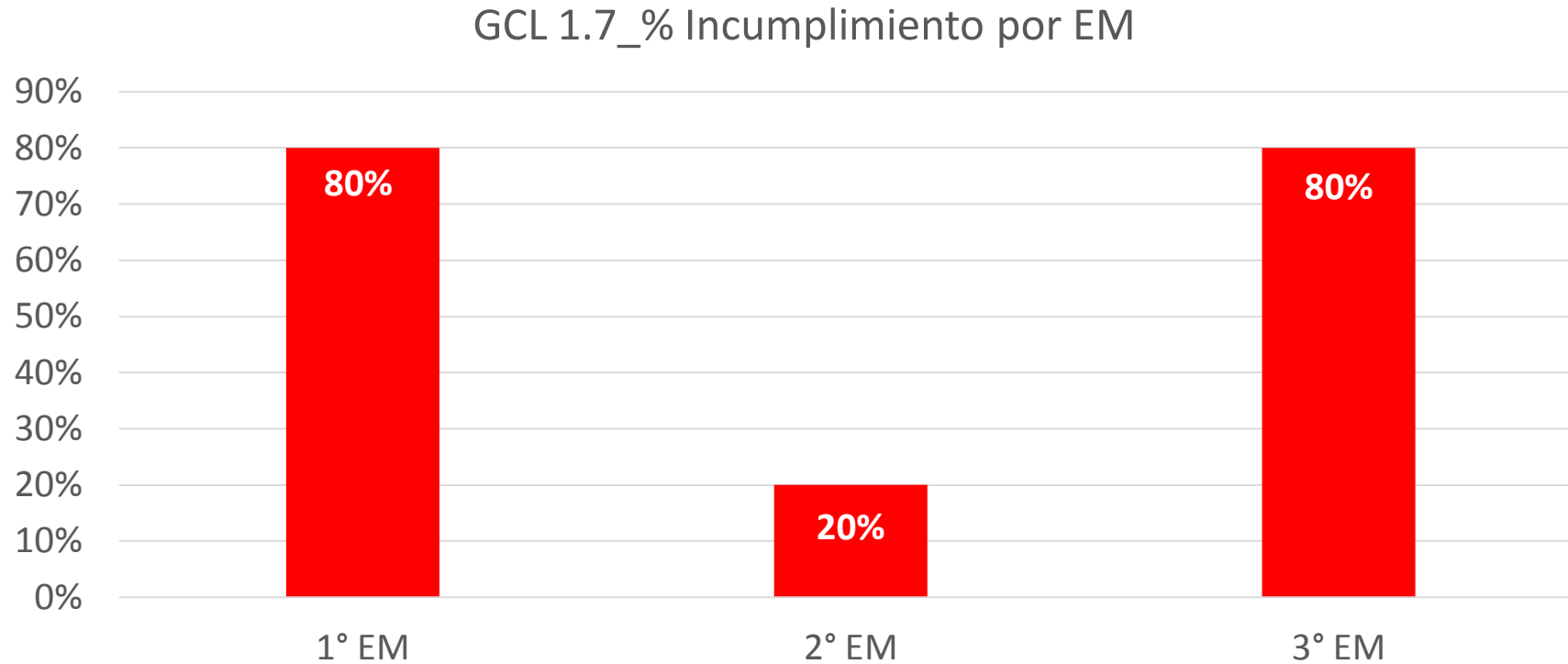
NO

☐

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO

CARACTERÍSTICA GCL 1.7

De los 50 prestadores, 23 presentaron incumplimiento en esta característica.
En un 80% se observó incumplimiento del 1° y 3° EM y solo un 20% del 2° EM.



PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA GCL 1.7

23/50

Primer elemento medible:

- Documento No vigente al momento de la Fiscalización.
- El documento no señala número de unidades de glóbulos rojos a transfundir.
- El documento no considera criterios de transfusión y unidades a transfundir en pacientes pediátricos.
- Existencia de otros documentos donde se instruyen criterios de indicación de transfusión, no vinculado al documento principal.

Segundo elemento medible:

- No se presenta indicador en todos los puntos de verificación que le aplican al prestador.
- 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.

INDICADOR GLOBAL OBLIGATORIO GCL 1.7

% DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE SEGÚN NORMATIVA VIGENTE

SERVICIO CLINICO		Nº PACIENTES TRANSFUNDIDOS ADECUADAMENTE		TOTAL PACIENTES TRANSFUNDIDOS		INDICADOR (%)
ONCOLOGICAS	CDT	45		45		100
	GINE ONCO	22		23		95.65
	UCI ONCO PED.	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

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		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
01-2017	1	1	100%
02-2017	2	3*	66,7 %
03-2017	0	0	Sin casos
04-2017	1	1	100%

Tipo de HC

Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Cumplidas	Total	% Cumplimiento
6	6	100%
11	14	78,6%
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:

- No existe constancia formal de no realización de transfusiones en alguno de los puntos de verificación que le aplican (PQ, UPC Ad, APD, UGR y APQ).
- Los resultados de evaluación periódica no corresponde a lo definido en el indicador, como por ejemplo:
 - ✓ El indicador define medir N° de solicitudes de transfusión y los resultados de la evaluación periódica corresponden a N° de pacientes transfundidos.
 - ✓ El indicador define medir N° de pacientes trasfundidos y los resultados de la evaluación periódica corresponden a N° de unidades transfundidas.
- No se establecen criterios de cumplimientos objetivos que permitan validar los resultados presentados por el prestador al revisar la fuente primaria (falta una pauta donde se constantes dichos criterios (laboratorio, clínicos, etc)).

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN ESTÁNDAR DE DIÁLISIS.

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

GCL 1.6

Característica

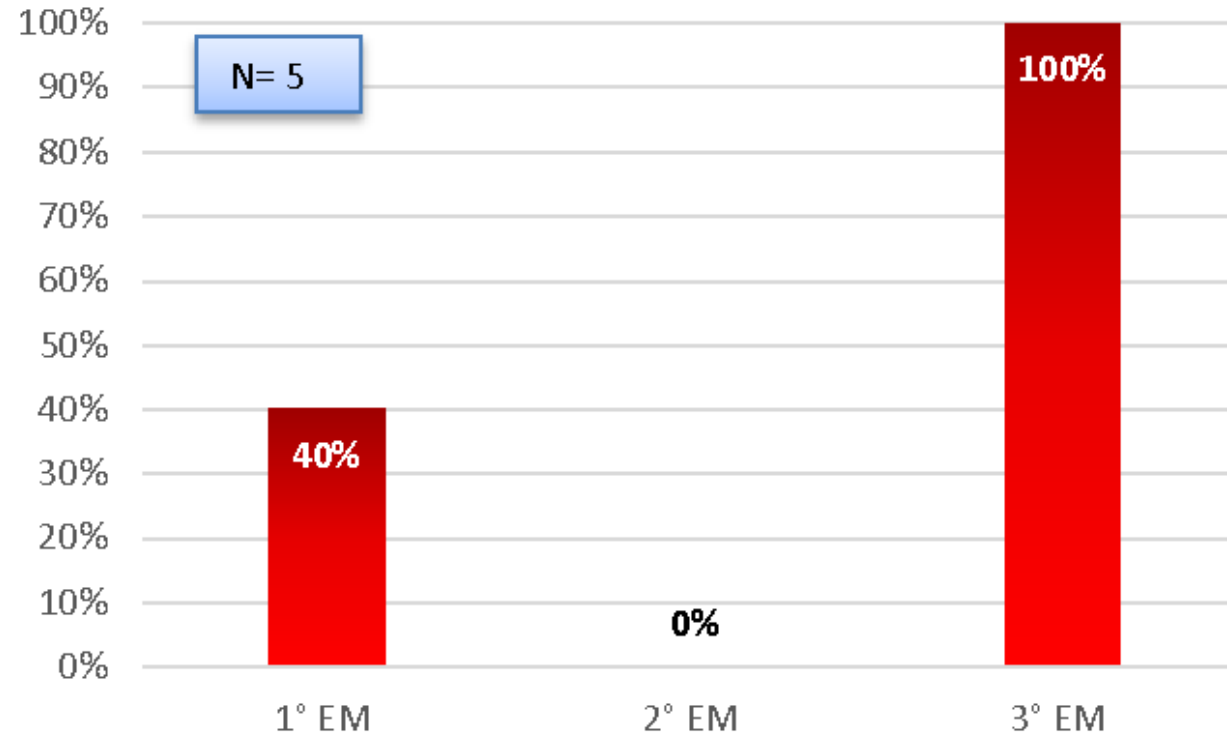
Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.

Verificador

Criterios de indicación de transfusión

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.6	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-1.6	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y N° de unidades.		
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica de la indicación, en la totalidad de las transfusiones realizadas.		

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN ESTÁNDAR DE DIÁLISIS. (GCL 1.6)



De las 10 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 5 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 100% de incumplimiento en el 3° EM versus el 100% de cumplimiento en el 2° EM.

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN ESTÁNDAR DE DIÁLISIS.

Incumplimientos más frecuentes detectados

Primer elemento medible:

- El prestador no presenta protocolo para la indicación médica de transfusión, porque no realiza estas prestaciones y deriva a los pacientes que la requieren.
- El protocolo de transfusión, no describe el número de unidades a transfundir por tipo de hemocomponente.

Tercer elemento medible:

- Los resultados de la evaluación periódica no corresponden a lo definido en el indicador.

Ejemplos constatados:

- ✓ El indicador define medir cumplimiento de criterios de tipo de hemocomponente y N° de unidades y los resultados corresponden a la evaluación de la técnica de administración del hemocomponente.
 - ✓ El indicador define medir cumplimiento de los criterios de transfusión y los resultados corresponden a la evaluación de la completitud de registros en la solicitud de transfusión.
- Los resultados obtenidos en la fiscalización no son concordantes con los presentados por el prestador.

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN ESTÁNDAR DE DIÁLISIS.

Observación de la Unidad de Fiscalización en Calidad:

Se aclara a los prestadores de Centros de Diálisis, que esta característica les aplica siempre que exista "indicación" de transfusión a sus pacientes, independiente de que éstos sean derivados a otro prestador que le otorga la prestación de transfusión.



Los pacientes que se atienden en unidades de diálisis extrahospitalarias serán referidos a hospital en caso de anemia severa ($Hb \leq 7$ g/dl) refractaria a tratamiento.





SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud

Intendencia de Prestadores de Salud
Superintendencia de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

**Versión N°4, aprobada por Resolución Exenta IP/N° 1860,
de 24 de noviembre de 2017.**

**COMPONENTE MEDICINA TRANSFUSIONAL APTR /COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES APDS/
COMPONENTE CENTROS DE SANGRE APCS**

APTr APDs APCS	NÚMERO 132 Sobre cómo se evalúa un Banco de Sangre, y la consiguiente aplicabilidad de las Características de los Componentes de Medicina Transfusional (APTr) de Donantes de Sangre (APDs) y Centros de Sangre (APCs).
	a) Se evaluará como Centro de Sangre si sólo realiza la producción y no realiza Atención de Donantes ni administra transfusiones; b) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Atención de Donantes si hace las funciones productivas y además atiende donantes; c) Se evaluará como Centro de Sangre, Unidad de Atención de Donantes y Unidad de Medicina Transfusional si realiza las tres funciones; d) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Medicina Transfusional si realiza funciones productivas y administra las transfusiones; e) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional si sólo administra las transfusiones; f) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional y Unidad de Atención de Donantes, si administra transfusiones, y atiende donantes; y g) Se evaluará como Unidad de Atención de Donante si sólo atiende Donantes Asimismo debe entenderse que la trazabilidad inequívoca, (entendida como un sistema organizado de registros, que permite ubicar e identificar inequívocamente la sangre y sus componentes en cualquier etapa del proceso, desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico y viceversa), es transversal, independiente de la etapa de la prestación que otorgue el establecimiento, entendiéndose por esto que resulta aplicable la trazabilidad completa, si en él, se realiza cualquiera de las etapas de APTr, APDs y/o APCs.

**COMPONENTE MEDICINA TRANSFUSIONAL APTR /COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES APDS/
COMPONENTE CENTROS DE SANGRE APCs**

APTr APDs APCs	NÚMERO 133 Sobre qué características de los Componentes APTr, APCs y APDs, debe evaluar la Entidad en aquellos prestadores que compran a terceros los servicios de transfusión de hemocomponentes y en que los pacientes son transfundidos en el prestador evaluado por el tercero al cual le compra la prestación. En tales casos resultan aplicables las características relativas a la compra, procedimientos de transfusión y trazabilidad de los hemocomponentes, esto es, las Características APTr 1.1 , APTr 1.2 y APTr 1.3. <i>Observación: la instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses dictada la presente Circular.</i>
--	---

COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES (APDS)	
APDs 1.1 APDs 1.2	NÚMERO 134 Sobre qué características del Componente “Unidad de Donantes de Sangre (APDs)”, del Ámbito de Servicios de Apoyo, de los Estándares Generales de Atención Cerrada y Abierta, resultan aplicables y constatables respecto de los procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis. Como dicho procedimiento se encuentra ligado a la figura de un donante, para efectos de un proceso de acreditación la Entidad Acreditadora constatará que el prestador haya incluido los procedimientos de donación por aféresis en el cumplimiento de las exigencias de las características evaluadas en el Componente APDs, independiente de que los procedimientos no se lleven a cabo en la Unidad de Donantes o el prestador no cuente con dicha Unidad. En el caso de prestadores de Atención Cerrada que no cuenten con atención de donantes de sangre, pero realicen procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis, les será aplicable, además, la característica CAL 1.2, en el punto de verificación APDs.



Sociedad
Chilena de
Hematología

SOCHIHEM

[Quiénes Somos](#) | [Hazte Socio](#) | [Revistas](#) | [Contacto](#) | [Boletín Electrónico](#) |



[Cursos y Congresos](#) [Medicina Tranfusional](#) [Noticias](#) [Pacientes](#) [Links](#)

+ CCHMT

[Inicio](#) >> [CCHMT](#)

[Capítulo Chileno Medicina...](#)

[Socios Capítulo](#)

[Únase al Capítulo](#)

[Reuniones Científicas Capítulo](#)

[Actividades y Noticias](#)

Destacados



Jornada Chilena de Medicina Transfusional Sur Austral: PRESENTACIONES

Descargue las exposiciones presentadas en el encuentro organizada por el Capítulo Chileno de Medicina Transfusional, celebrado en octubre en Temuco.



Estándares para obtención de componentes sanguíneos y gestión de inventario o stock

Descargue este documento, emanado del Ministerio de Salud, que representa los estándares nacionales para obtención de componentes sanguíneos y la gestión de...



MINSAL: Normas y criterios de donación sangre

Descargue los documentos emanados de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, donde se regula el procedimiento de atención a donantes...



¡¡Muchas Gracias!!

