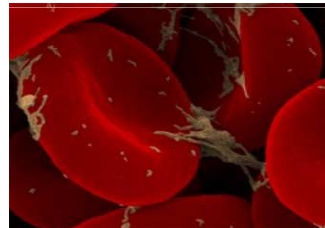

Implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en un Servicio de Transfusión. Objetivo: La ACREDITACIÓN del mismo.



16 de Octubre de 2010

Francisco de Paula Martín González, Antonio Jesús Recio Jurado , J.

Martín Sánchez, J. García Masegoso, J.A. Pérez Simón.

U.G.C. de Hematología : Servicio de Transfusión.

H.H. U.U. “Virgen del Rocío”. SEVILLA.

- **1.- CALIDAD**
- **2.- NORMAS ISO**
- **3.- SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD (SGC)**
- **4.- NUESTRA EXPERIENCIA**

1.- Evolución histórica del concepto de calidad



* Al principio había “algo” comparable con lo que entendemos por
Calidad → Artesanía

* Satisfacción del Cliente y del Artesano

- Primeros antecedentes Calidad como tal, principios XIX → Samuel Colt
- Revolución Industrial → Producir más, con < coste y para más clientes
- 1910 Henry Ford → Fabricación en Cadena: Tareas sencillas y repetitivas = Tedio y Aburrimiento = Monotonía

1.-

Calidad: antecedentes

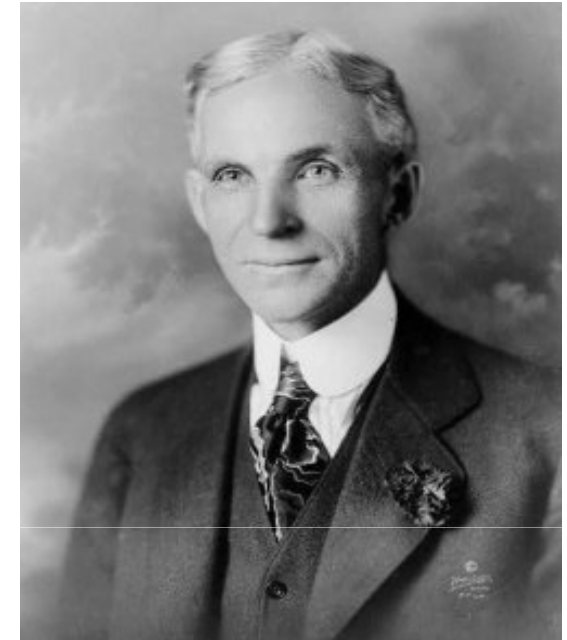
- Padre empresario de la Industria textil (Seda)
- Desde joven se interesó por los mecanismos sobre todo los relacionados con las armas de fuego.
- Viaje en barco de vapor a India ⇒ fundamento revolver
- Línea de producción y partes intercambiables**
- Minas marinas, cable submarino conductor de electricidad y telegráfico trabajando con Morse en la 1ª línea entre N.Y. y Coney Island



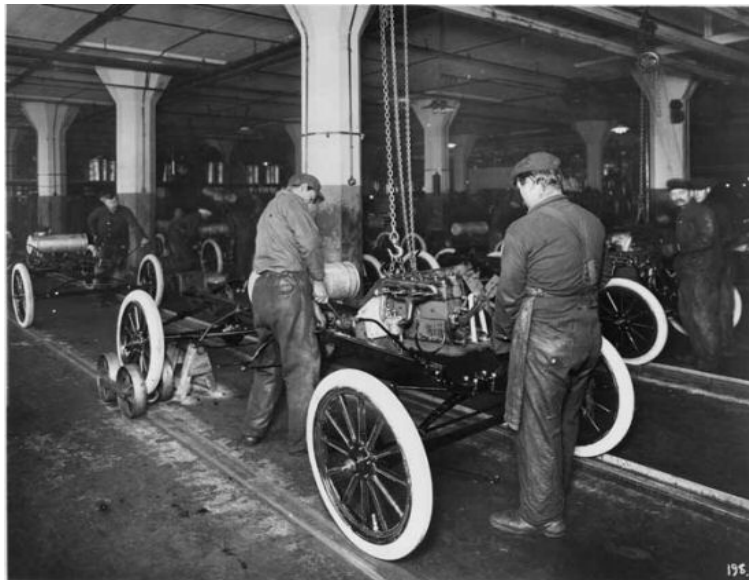
Samuel Colt
(1814 – 1862. Hartford, CT)

1.-

Calidad: antecedentes



Henry Ford
(1863 – 1947. Dearborn, MI)

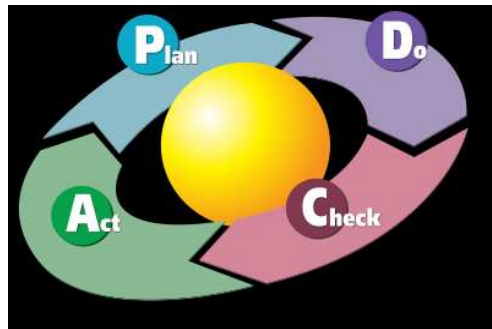


1.- Evolución histórica del concepto de calidad

- 1920 en EE.UU. Se introduce concepto **Control de Calidad** en áreas técnicas y productivas, un año después aparecen los gráficos de control → **Control Estadístico de los Procesos**.
- La II GM → conlleva que se busque : **Eficacia** en lo que se produce (armamento) cumpliendo un **Plazo** de entrega . No importa el **Coste**.
- Tras la guerra, los EE.UU., ayudan a Japón a levantar su industria → envía sus mejores técnicos que incorporan allí el **Control de Calidad**. Paradoja en los 70: Se igualan los niveles de calidad de Occidente.
- Posguerra: gran **demanda** de bienes junto a una **reducción** de costes (procesos defectuosos): obligan a crear procesos de **inspección** para garantizar la calidad de lo fabricado → resultó ser lo más costoso.

1.- Evolución histórica del concepto de Calidad

- Ideas renovadoras en Occidente: concepto Aseguramiento de la Calidad:
“**hacerlo bien a la 1ª**” es decir calidad correctiva y preventiva, basada en el Ciclo de Deming → **Planificar – Documentar – Revisar – Actuar**
- El modelo seguido internacionalmente p^a implementarlo: **Normativa** serie **ISO 9000** → “Producir con arreglo a características o requisitos técnicos, reduciendo las inspecciones y los costes” Problema: No se tenía en cuenta la opinión del cliente. Para solucionarlo → **Gestión de la Calidad** (Norma **ISO 9001/2000**).
Objetivo: Satisfacer al cliente, mantener la calidad, reducir costes y mejorar la competitividad. Lleva a evolucionar **Excelencia en Calidad**: la calidad llegue a TODAS las actividades → **Calidad Total** → Mejora Continua



Círculo de Deming
Plan ⇒ Do ⇒ Check ⇒ Act

P: Planificar para obtener los objetivos esperados

D: (Hacer) Llevar a cabo los planes establecidos

C: Revisar que los resultados eran los planificados

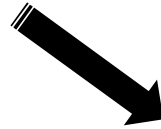
A: Actuar para prevenir y corregir problemas, mantener los logros y mejorar lo conseguido: Replanificar

1.-

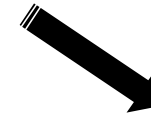
Aseguramiento de la calidad

Post II Guerra Mundial

Control de calidad



Organización
Internacional para la
Estandarización



Aseguramiento de la calidad
**“Hacer las cosas bien
a la primera”**

1.- La calidad en el ámbito sanitario

- El ser humano es capaz de distinguir en su fuero interno, lo que es, de lo que no es calidad, debido a que, realmente calidad es: sentido común.
- En la sanidad, al igual que en el ámbito empresarial, la calidad también está presente y aunque se reconoce su existencia desde hace décadas, el paso adelante ha venido de la mano del aumento de complejidad de los procesos, del volumen de la población atendida y de la mayor exigencia de los ciudadanos que reclaman cada vez más y mejores servicios.
- La calidad incumbe a todos los miembros de la organización, es decir desde los directores y jefes hasta los niveles más inferiores.
- Avedis Donabedian, padre del estudio de la Calidad en sanidad, señaló que el conjunto del servicio sanitario está formado por tres elementos: **atención clínica, servicio y relación personal** y atributos relacionados con ellos son el tiempo, confort, seguridad y coste económico.

1.- La Calidad. Aplicación en Sanidad.



Según la Organización Mundial de la Salud:
definición de Calidad en el ámbito sanitario.

“Conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y así lograr el mejor resultado, con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, la máxima satisfacción del paciente con el proceso y con el uso más eficiente de los recursos”

2.- Normas ISO 9000. Aplicación en Sanidad.

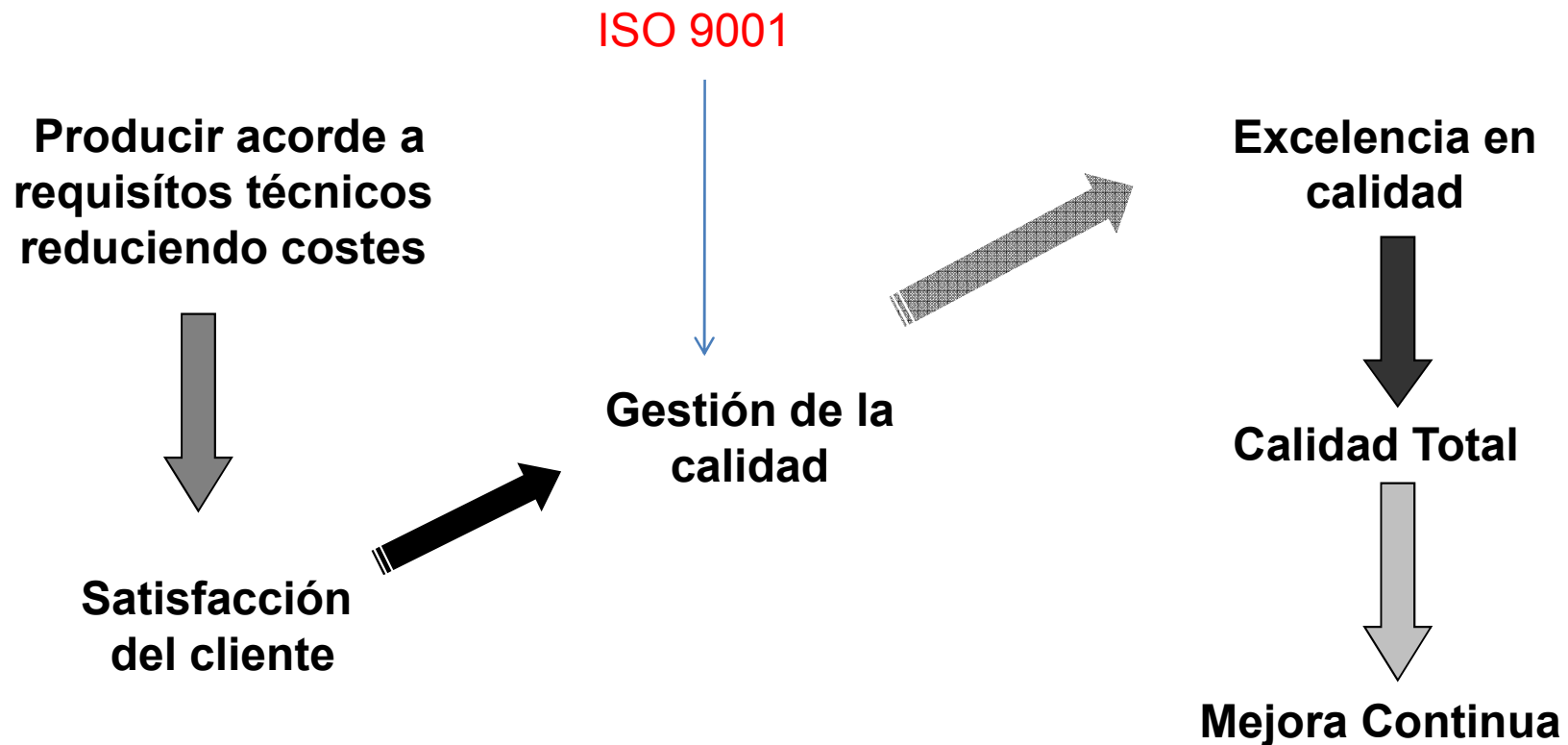
¿Un capricho, un juego, una imposición?



2.-

Normas ISO 9000. Evolución

Evolución de la Norma ISO 9000



- (Normas ISO 9000 → Guías y directrices internacionales editadas y que son revisadas periódicamente, por la ISO (Organización Internacional de Normalización) sobre gestión y aseguramiento de la calidad. Su finalidad → demostrar ante terceros, que la organización hace aquello que dice hacer, conforme a estándares de calidad internacionalmente reconocidos y que para mayor seguridad del cliente se hace auditar, de forma que el nivel de calidad no pueda ser puntual, sino continuo.

La familia de Normas ISO 9000, está formada por 3 normas básicas:

- ISO 9000/2000 → Fundamentos y vocabularios del SGC.
- ISO 9001/2000 → Requisitos del SGC. Es la **única certificable**. Diseñada para cumplir con eficacia los reglamentos y requerimiento de los clientes para así obtener su satisfacción.
- ISO 9004/2000 → Directrices para mejorar el desempeño del SGC, vela por mantener la satisfacción de todos los implicados. Abarca tanto la Eficacia como la Eficiencia del sistema.
- Estas Normas se revisan aproximadamente cada 6 años.

2.-



International
Organization for
Standardization

NORMAS ISO 9001. REQUISITOS

ISO 9001/2008 → Especifica de forma general, los requisitos que debe cumplir cualquier organización (Centros y Servicios de Transf.)

Sección 1: *Alcance*

Sección 2: Referencia normativa

Sección 3: *Términos y definiciones* (específicas para la ISO 9001, no específicas para la ISO 9000)

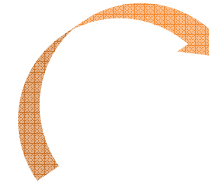
Sección 4: ***Sistema de Gestión de la Calidad***

Sección 5: ***Responsabilidad de la Dirección***

Sección 6: ***Gestión de Recursos***

Sección 7: ***Realización del producto***

Sección 8: ***Medida, análisis, mejora***



La legislación vigente está
por encima de la Norma ISO 9001

Sólo los puntos **4 al 8** tienen que estar implementados en un Sistema de Gestión de la Calidad, del **1 al 3** tienen que estar establecidos

3.- Sistemas de Gestión de la Calidad en Sanidad

- Un S.G.C. se puede definir como la estructura organizativa que dispone un Centro o Servicio de Transfusión para permitirle mantener una **gestión eficaz y eficiente** de la **calidad**, en el ámbito de todas sus actividades. Hay diferencias significativas entre los S.G.C., de un Centro y un Servicio de Transfusión hospitalario, aunque comparten características similares.
- Un S.G.C. → **NO** estático y/o funcionalmente inamovible. **SI** mantenerlo en estado de permanente actividad. → La Dirección de los centros tendrá que revisar su funcionamiento, para ver signos de avance y progreso o si por el contrario, se nota desviación y hay que aplicar alguna acción correctora o de mejora.
- Implantar un S.G.C. implicará por tanto, búsqueda y mejora permanente de la calidad, mediante acciones repetidas y continuadas de planificación del sistema, revisión de su comportamiento y replanificación de aquél, cuando proceda, para subsanar las deficiencias encontradas: C. Deming

3.- ¿Qué esperamos de un S. G. C. en Sanidad?

- Asegurar procesos, conforme a estándares de calidad.
- Reducir fallos o errores usando prevención, para evitar la realización de productos o servicios que incumplan con los estándares de calidad.
- Fomentar el trabajo en equipo, la colaboración y la comunicación entre los diferentes miembros de la organización del Centro/Servicio.
- Aumento continuado de la eficacia y la eficiencia de la organización del Centro/Servicio, respondiendo a las necesidades y expectativas de las partes interesadas y con un consumo adecuado y planificado de recursos.
- Compromiso, de mantener en el tiempo calidad y mejora continua una vez conseguida la certificación acreditada de la Norma ISO 9001/2008.

3.-

NORMATIVA LEGAL de los S. G. C.

- La **Norma Internacional ISO 9001:2008** es la referencia, mundialmente reconocida, para la implantación de estándares de calidad, en un S.G.C.
- La adopción en Centros y Servicios de Transfusión españoles de estos SGC es de obligado cumplimiento según el R.D. 1088/2005 de 16 de Septiembre, amparado por la Directiva Europea 2002/98, que **impone la obligación** de que estos tipos de instituciones sanitarias tengan implantados S.G.C. para la regulación y el desarrollo de sus actividades.
- Complementariamente, la Directiva Europea 2005/62/CE de 30 de Sptbre. que será transpuesta a la legislación española a finales de 2006, abunda en la materia al dictar normas relativas a los sistemas de calidad en los C.R.T.S.
- La Norma se entiende, como el marco de referencia para que cada organización adapte sus requisitos a la realidad de su actividad (desde el punto de vista de estructura organizativa → Gestión de la Calidad, no de los requisitos técnicos o servicios que se presten)

3.- SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

15514 *REAL DECRETO 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.*

Artículo 32. *Sistema de calidad.*

1. Los centros y servicios de transfusión deberán contar con un sistema de calidad acorde con los principios de buenas prácticas, que abarque todas las actividades que determinan sus objetivos y responsabilidades.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá, de acuerdo con las directrices que dicte la Unión Europea, las normas y especificaciones mínimas relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión.

3.- RAZONES QUE JUSTIFICAN IMPLANTAR UN S.G.C.

Implantar un S.G.C. bajo la Norma ISO 9001:2008, es **abrir la organización a:**

- **Frentes Externos**.- Se orienta al **Cliente** en todo lo que hace la organización →
 - Conocer nuestro entorno: controlar y gestionar aspectos externos.
 - Escuchar “la voz del cliente”.
 - Estudiar su nivel de satisfacción.
 - Favorecer la comunicación con los clientes.
 - Escuchar sus sugerencias y reclamaciones.
- **Frentes Internos**.- Fomenta la **implicación de los Empleados** →
 - Favorece la participación.
 - Fomenta el interés por la innovación.
 - Favorece la comunicación interna, lo que a su vez:
 - Aporta sugerencias de mejora y
 - Motivación por la posibilidad de que se adopten las ideas aportadas por ellos.

3.- RAZONES QUE JUSTIFICAN IMPLANTAR UN S.G.C.

Ventajas de la correcta implantación de un S.G.C. → dos tipos →

- En el **momento de decidir** su implantación, nos sirve para conocernos:
 - ¿Quiénes somos? - ¿Qué hacemos? - ¿Cómo lo hacemos?
 - ¿Por qué lo hacemos como lo hacemos?
- **A posteriori**, la correcta implantación deriva en:
 - Ahorro: Métodos operativos eficaces y eficientes, que reducen fallos y optimizan los procesos y recursos económicos.
 - Mayor organización: Se establecen responsabilidades bien definidas, se documentan actividades claves y sus planes de control y se registra lo que se hace, como se hace y los errores → Permite oportunidades de mejora.
 - Una posición diferenciada y de prestigio: Ante hospitales, pacientes, donantes, autoridades político-sanitarias y ciudadanos en general.

3.- CONDICIONES PREVIAS A LA IMPLANTACIÓN DE UN S.G.C.

- **Concienciación de la Dirección**

- Es fundamental e imprescindible que estén convencidos de su necesidad.

- **Formación de un Equipo Interno**

- Coordinador o responsable de calidad, además de un equipo de personas involucradas , con conocimientos de la Norma y de cómo implantarla dentro de la actividad de la organización (Jefes Servicio, Sección, Supervisores)

- **Ayuda de Consultoría Externa**

- Aconsejable contar con su experiencia y conocimientos, para el correcto desarrollo de la implantación, evitando así que el proceso se haga muy largo.

Hay **tres reglas básicas** en toda implantación de un S.G.C. →

- **Escribir lo que se hace y lo que se debe hacer** : P.N.T. u otros documentos.

- **Hacer lo que está escrito** : Lo que se escribe debe ser fiel a lo que se hace.

- **Poder demostrarlo** : Poder contar con registros documentados, que nos permitan demostrar ante terceros, el grado de cumplimiento de los requisitos.

3.- Norma ISO 9001/2008. Requisitos de un SGC.

¿Si hacemos todo lo que marca la Norma, tenemos garantizada
una práctica transfusional correcta?

NO

**La certificación o acreditación según los estándares / Norma ISO 9001
no garantiza en absoluto la calidad final del producto o servicio, sólo
certifica que los procesos relativos a la estructura organizativa
(S.G.C.) están siendo aplicados.**

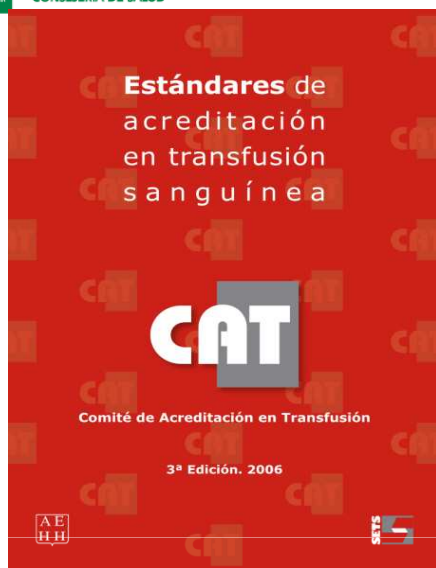
3.- Norma ISO 9001. Requisito de un SGC.

¿Es posible acreditarse / certificarse según ISO 9001
sin ofrecer al cliente un proceso transfusional adecuado?

SÍ

**La certificación o acreditación según los estándares / Norma ISO 9001
no garantiza en absoluto la calidad final del producto o servicio, sólo
certifica que los procesos relativos a la
estructura organizativa (S.G.C.) están siendo aplicados.**

3.- Aplicación de la legislación y Norma ISO 9001 en Transfusión



AEHH
SETS

1. REQUISITOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- 1.1. GESTIÓN DE LA CALIDAD
- 1.2. DIRECCIÓN MÉDICA RESPONSABLE
- 1.3. MANUAL DE CALIDAD
- 1.4. LUGARES DE TRABAJO
- 1.5. BIOSEGURIDAD
- 1.6. PERSONAL
- 1.7. FORMACIÓN
- 1.8. DOCUMENTACIÓN
- 1.9. EQUIPAMIENTO Y REACTIVOS
- 1.10. MEJORA CONTINUA
- 1.11. NO CONFORMIDADES Y ACCIONES PREVENTIVAS/CORRECTIVAS

+

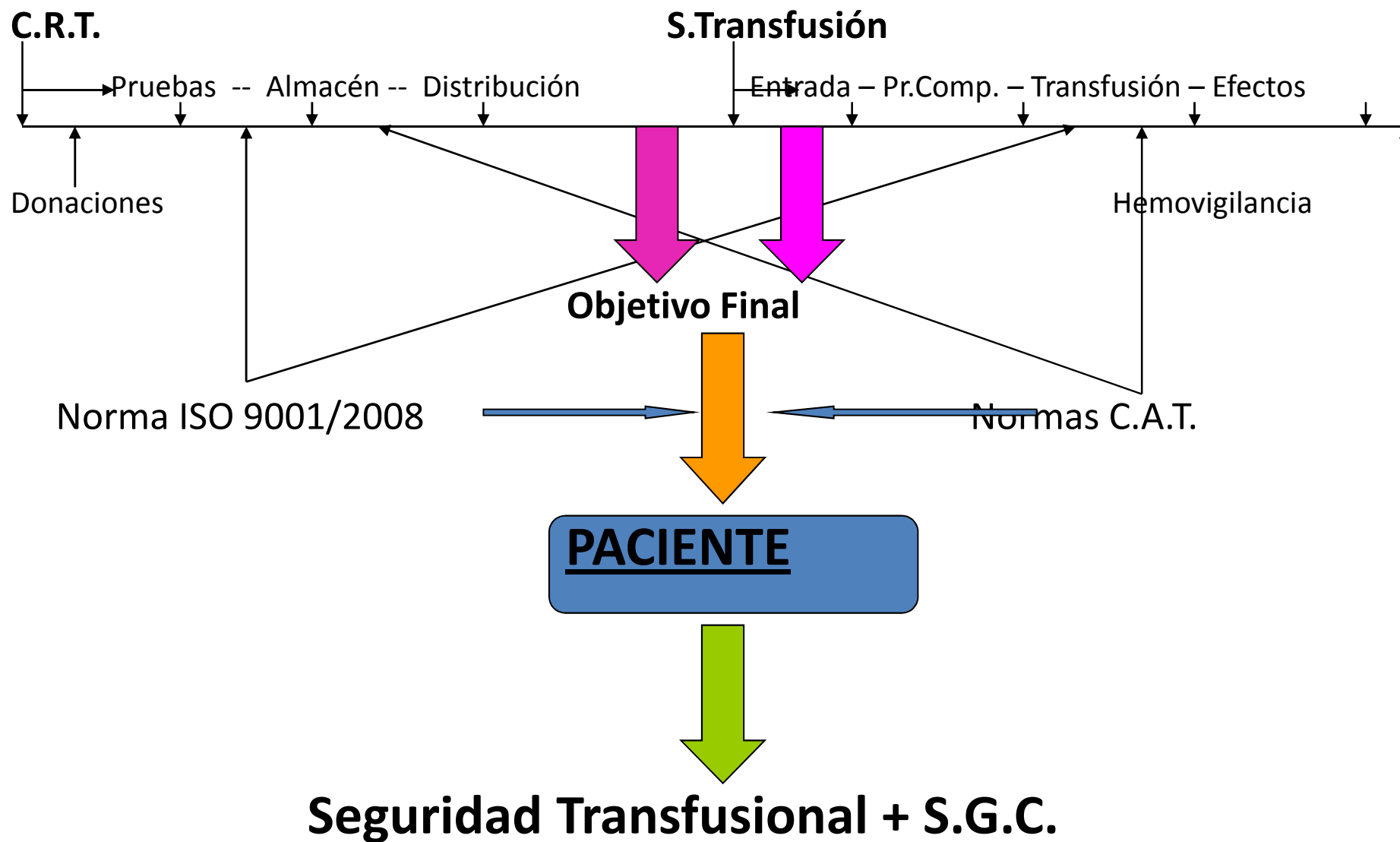
Normativa Legal



Práctica Transfusional Segura

4.-

NUESTRA EXPERIENCIA



4.- El Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

CENTROS DEL CAMPUS



- 1 Centro de Documentación Clínica
- 2 Hospital General
- 3 Hospital de Rehabilitación y Traumatología
- 4 Hospital Infantil
- 5 Central Térmica
- 6 Lavandería Central
- 7 Hospital de la Mujer
- 8 Edificio de Laboratorios
- 9 Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas
- 10 Centro de Seguridad

- 11 Salud Mental
- 12 Edificio de Gobierno
- 13 Edificio Consultas Externas
- 14 Anatomía Patológica y S.S. Funerarios
- 15 Helipuerto
- 16 Futuro emplazamiento del Instituto de Biomedicina de Sevilla - IBIS
- 17 Servicios Centrales
- 18 Almacén Central
- 19 Cocina Central



4.-

NUESTRA EXPERIENCIA

- Petición por parte de la Directiva de la ANEH. Transmitir nuestra experiencia.
- Momento en el que se encuentra el Servicio de Transfusión hospitalario de HH.UU. Virgen del Rocío.
- Cronograma de nuestra etapa previa a la Acreditación CAT →
 - * 1986 acreditación “PABAS” de nuestro Banco. 1990 perdemos la misma.
 - * 2006 vacante la Jefatura de Servicio. Coordinador experto en Calidad. Decisión de solicitar Acreditación del S.T.H. Fase de Inexperiencia = mucho ímpetu/poca eficacia/poca información
 - * 07/09/2006. Solicitud oficial de Acreditación a la Secretaría CAT.
 - * 14/09/2006. Contestación de la Secretaría CAT aceptando la solicitud y pidiendo documentación de inicio:
 - 1.- Definición de las áreas en las que se solicita la Acreditación.
 - 2.- Datos de actividad durante el último año en dichas áreas.
 - 3.- Estructura organizativa. Organigrama.
 - 4.- Manual de Calidad.
 - 5.- Programa de Formación.
 - 6.- Manual de gestión del Equipamiento.
 - 7.- Manual de Bioseguridad.
 - 8.- Manual de PNT escritos y actualizados de cada una de las áreas a auditar.
 - 9.- Programa de registro de no conformidades, casi errores e incidentes.

4.-

NUESTRA EXPERIENCIA

* Nos remiten las Unidades o Areas del Serv^o de Transfusión que pueden ser acreditadas:

1. - Almacenamiento de Componentes Sanguíneos.
- 2.- Pruebas de Compatibilidad.
- 3.- Transfusión de Componentes sanguíneos.
- 4.- Autotransfusión.
- 5.- Aféresis Terapéuticas.
- 6.- Inmunohematología.
- 7.- Hemovigilancia.
- 8.- Sistema de Gestión de la Calidad.

* 28/092006. Constitución de un Comité de Acreditación Transfusional, para que coordine y supervise los trabajos y constituido por:

- El Coordinador médico en funciones de Jefe de Servicio.
- El Jefe de Sección, responsable médico, del Servicio de Transfusión.
- Un Médico Hematólogo, como Coordinador interno.
- El Director Científico de una casa comercial como Coordinador Externo.
- El Coordinador de Calidad.
- Un Delegado de la casa comercial como Secretario
- El Supervisor de Enfermería

4.-

NUESTRA EXPERIENCIA

- * El Subdirector Médico de los Centros de Apoyo al Diagnóstico.
- * “ “ “ de Enfermería “ “ “ “ “ “ “ .
- * “ Responsable Económico “ “ “ “ “ “ “ .
- A partir de este momento distinguimos varias fases o etapas en el proceso:
 - * Se le encarga al Coordinador Interno, asesorado por el Externo, la creación de toda la documentación requerida (Manuales, Procedimientos, Registros, etc), llegándose a generar más de 2.500 folios.
 - * Se empieza a concienciar al personal, para implicarlos en el proyecto y que comprendan el porqué de los cambios paulatinos en metodología.
 - * 03/2008. ¿cómo estamos? ¿dónde estamos? = 1ª Auditoria Interna. Acciones correctivas.
 - * 11/2008. 2ª Auditoria Interna. Acciones correctivas.
 - * 01/ 2009. Recibimos del CAT propuesta de fecha para visita de auditoria. Cuenta atrás.
 - * 20-21/05/2009. Auditoría CAT. Cuando se va nos deja un informe provisional.
 - * 22/06/2009. Informe por apartados de Acciones Correctas, de No Conformidades y de Mejoras. Fija un plazo de 5 meses (Octubre) para poner en practica Acciones Correctoras.
 - * 20/07/2009. 3ª Auditoria Interna facilitada por Casa Comercial, que instaura a la vista del informe, un plan para subsanar los defectos detectados y nos da trabajo a todos.
 - * 09/10/2009. Se remite, en soporte informático, las acciones correctoras aportadas a las deficiencias detectadas por la Auditoria.

4.-

NUESTRA EXPERIENCIA

- * 10/12/2009. Recibimos contestación de las Acreditadoras, informándonos de que en breve nos mandarán propuesta de fecha para girar visita de comprobación de la puesta en funcionamiento de las medidas correctoras.
- * 11/01/2010. Giran visita para comprobar la implantación y correcto funcionamiento de medidas correctoras. Antes de irse nos adelantan que el informe será favorable.
- * 14/01/2010. Recibimos el Certificado de Acreditación C.A.T., en Sistema de Gestión de la Calidad y Práctica Transfusional.
- En este transcurso, vino un nuevo Jefe de Servicio, dimos 3 Cursos de Formación Interna impartidos por nosotros mismos a más de 60 participantes, tuvimos inquietud por quizás no superar la prueba pero hemos aprendido que con trabajo y la ayuda necesaria, se tardará más o menos, pero todo se consigue y casi desde entonces seguimos vigilantes en la tarea de mantener lo conseguido y procurar, si cabe, mejorarlo porque esa es la filosofía de la mejora continua.
- El mundo actual, cambiante y cada vez más competitivo, nos obliga a demostrar ante terceros la calidad de lo que hacemos, siendo nuestros propios clientes, los primeros que nos exigen la certificación de nuestra organización:

“La certificación en calidad y en seguridad transfusional proporciona credibilidad y confianza al ciudadano”

4.- Resumen Informe Auditoría CAT (junio 2009). No conformidades

2. Control del equipamiento:

Inventariado e identificación-fichas de equipo

Definición equipos críticos

Validación de contenedores de envío

Mantenimiento y registros

3. Control de reactivos

Coordinador de Calidad: Antonio J. Recio Jurado

4.- Resumen Informe Auditoría CAT (junio 2009). No conformidades

4. Componentes sanguíneos

Almacenamiento y transporte: incidencias temperatura

6. Transfusión

Muestras pretransfusionales con 72h máx. → Urología (Check Line)

Registro comprobación grupo bolsas

Transfusión RhD en Rhd

Descongelación controlada del plasma

Difusión procedimiento transfusión → Comité de Transfusión Hosp.

Entrega, transporte y conservación por procedimiento no validado

4.- Resumen Informe Auditoría CAT (junio 2009). No conformidades

7. Hemovigilancia

Designar Responsable Hemovigilancia

No comunicación de errores y casi incidentes

Implantación de medidas correctoras/preventivas de los efectos adversos

8. Registros

Custodia, caducidad y conservación registros

Custodia fuera de la normativa vigente (LOPD 15/1999, 13 dic.)

Aplicación informática Delphyn®: validación, formación inicial

Control y cambio periódico claves acceso informático

Desconocimiento notificación datos personales a AEPD

Aplicación informática Delphyn®: mantenimiento preventivo

4.- Resumen Informe Auditoría CAT (junio 2009). No conformidades

Recomendaciones

Seroteca de receptores

Sustitución Prueba Cruzada en ausencia Acs Irr., por Pr. Compatibilidad

Notificar errores y “casi incidentes” al sistema regional Hemovigilancia

Identificar personas y fechas en toda actividad

Estado actual Auditoría CAT (junio 2009)

Auditoría CAT
20 y 21/5/2009

	INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA
---	--

CENTRO	Servicio Transfusión HU Virgen del Rocío	Nº de Expediente 5/09
---------------	--	---------------------------------

AUDITOR JEFE	Julia Rodríguez Villanueva	FECHA	20-21 DE MAYO 2009
AUDITORES	Cristina Arbona		
OBSERVADOR	Asunción Pinacho		

ALCANCE DE LA ACREDITACIÓN	Sistema Gestión de la Calidad. Autodonación Práctica Transfusional.	Versión Estándares 2006
-----------------------------------	---	-----------------------------------

	INFORME DEFINITIVO DE AUDITORÍA SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN	Versión Estándares 2006	Página 1 de 12
---	---	--------------------------------	--------------------------

CENTRO VISITADO	Servicio de Transfusión Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla	Expediente Nº 5/09	Fecha 20-21 mayo 2009
------------------------	--	------------------------------	---------------------------------

AUDITORA JEFE	Julia Rodríguez Villanueva
----------------------	----------------------------

AUDITORES	Cristina Arbona. Asunción Pinacho(observadora)
------------------	---

ALCANCE DE LA ACREDITACIÓN	Sistema de Gestión de la Calidad Práctica Transfusional
-----------------------------------	---



Acciones correctivas y
documentación de las mismas
5 meses (octubre 2009)



	INFORME DE SEGUIMIENTO DE LA AUDITORIA	Fecha del informe 14 01-2010
---	---	--

CENTRO VISITADO	Servicio de Transfusión Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla	Expediente Nº 5/09
------------------------	--	------------------------------

AUDITOR JEFE	Julia Rodríguez Villanueva	FECHA	20-21 de mayo
---------------------	----------------------------	--------------	---------------

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN	Sistema de Gestión de la Calidad Práctica Transfusional
------------------------------------	---

Visita extraordinaria certificación CAT
4 febrero 2010

4.-

Servicio de Transfusión. Planificación 2010.

- Acreditación progenitores hematopoyéticos
- Eficiencia trabajo diario, automatización
- Otras aplicaciones para gestión de la calidad, migración
- Progresiva eliminación registros en papel
- Comunicación con CRTS, eficiencia pedidos diarios
- Solicitud electrónica de transfusión
- Seguridad transfusional: pilotaje RFID

**Sugerencias...y
brindar nuestra
colaboración.**



Intranet Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Centro de Documentación Clínica - Mozilla Firefox

Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda W - Wikipedia (es)

file:///C:/Jesús VAIO/Medicina/Banco de Sangre/Calidad Sevilla 2009/Peticion electrónica Sevilla/01 - Prototipo/html/detalle/peticionBancoSangre/peticionBancoSangre.html

Más visitados AEHH Amazon CorreoSAS Cic2005 Embraco HemTimes MapMyRide mSmart NYTimes PubMed Rapha RochePubs twmp VeloDramatic Vimeo WeatherChannel Wiggle

Intranet Hospitales Universitarios...

Datos de la Petición

Centro de Origen:	Hospital General	Unidad Clínica Solicitante:	
Habitación-Cama:	310-2	Consulta:	
Médico prescriptor:	Javier Marín	Unidad Clínica/lugar de transfusión:	
Fecha de petición:	01/10/2009		

Motivo de la solicitud. Historia transfusional

Diagnóstico:
Motivo de la transfusión: Seleccione un valor
Transfusiones previas: ☐ SI ☐ No
Embarazos previos: ☐ SI ☐ No
Reacciones transfusionales previas: ☐ SI ☐ No

Datos Analíticos

Hb (g/dl): **Plaquetas (µl):** **TP (%):**
 Recuperar datos analíticos de laboratorio...

Hemoderivado a transfundir

Peso del paciente: Kg
Concentrado de hemáties: Seleccione un valor
Plaquetas: Seleccione un valor
Plasma fresco congelado: Seleccione un valor
¿Irradiar el hemoderivado?: ☐ SI ☐ No
Unidad clínica/lugar de transfusión:

Prioridad de la transfusión

Prioridad: Seleccione un valor
Fecha prevista de la transfusión: 01/10/2009
Las muestras para las pruebas pretransfusionales deberán ser extraídas en las 72h previas a la transfusión. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN TRANSFUSIÓN, CAT 2006.

Muestra pretransfusional

Muestra extraída por: Javier Marín
Muestra recibida por: Javier Marín
Fecha extracción: 01/10/2009
Fecha recepción: 01/10/2009

Revisión por Servicio de Transfusión

La solicitud de transfusión ha sido aceptada por el Servicio de Transfusión del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en la siguiente fecha y hora: 01/10/2009 10 : 15

Terminado

 Versión Provisional Versión Definitiva

ES 10:03 23/01/2010

Agradecimiento



**Muchas gracias
por su atención**



Resumen Informe Auditoría CAT (junio 2009). No conformidades

Mapa general de procesos, Servicio de Transfusión. HH.UU. Virgen del Rocío, Sevilla

