RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL DE ATENCIONES DE SALUD PARA ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS (REMASEP) 2025

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) Ministerio de Salud

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Estadística e información en Salud. Oficina Diseño y Control. Resumen estadístico Mensual de atenciones en Salud para Establecimientos privados (REMASEP) Santiago, MINSAL 2024. Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta

CONTENIDO

I) INTRODUCCIÓN ____ **7**

II) GENERALIDADES SERIE REMASEP 2025 ____ **9**

III) ESTRUCTURA DEL REMASEP Y CÓMO USAR EL MANUAL ____ **10**

IV) ALCANCE ____ ¡Error! Marcador no definido.

V) GENERALIDADES SOBRE REGISTRO EN REMASEP ____ **11**

VI) ACTORES Y RESPONSABILIDADES ____ **12**

VII) GLOSARIO DE DEFINICIONES ____ **13**

VIII) INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS EN CHILE ____ **16**

IX) INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE MIGRANTES ____ **17**

X) PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ____ **18**

XI) REMASEP 01: ALGUNAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS NO PERTENECIENTES AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD ____ **21**

XI.1) SECCIONES REMASEP 01 ____ **21**

XI.2) SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD Y CONSULTAS DE MORBILIDAD ____ **22**

XI.3) SECCIÓN B: CONSULTAS MÉDICAS ____ **23**

XI.4) SECCIÓN C: ATENCIONES Y Consultas por otros profesionales no médicos ____ **24**

XI.5) SECCIÓN D: CAPACIDAD INSTALADA Y UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS ____ **25**

XI.6) Sección E: Causas de suspensión de cirugías electivas ____ **29**

XI.7) SECCIÓN f: PARTOS Y ABORTOS ____ **31**

SECCIÓN F1: PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS ____ **31**

SECCIÓN f.2: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) ____ **34**

XI.8) SECCIÓN G: INFORMACIÓN RECIÉN NACIDOS ____ **35**

XI.8.1 SECCIÓN G.1: RECIÉN NACIDOS VIVOS Y FALLECIDOS SEGÚN PESO AL NACER ____ 35

XI.8.2 SECCIÓN g.2: RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA ____ 37

XI.8.3 SECCIÓN g.3: APGAR menor o igual a 3 al minuto y APGAR menor o igual a 6 a los 5 minutos ____ 37

XI.9) SECCIÓN h: ESTERILIZACIONES SEGÚN SEXO (*)_____ 38

XI.10) SECCIÓN I: EGRESOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA _____ 38

XI.11) SECCIÓN J: TIPOS DE LACTANCIA EN NIÑOS Y NIÑAS AL EGRESO DE LA HOSPITALIZACIÓN _____ 40

XI.12) SECCIÓN K: TAMIZAJES DEL RECIÉN NACIDO _____ 41

XI.12.1 Sección K.1: Tamizaje metabólico _____ 41

XI.12.2 Sección K.2: Tamizaje Auditivo Definiciones conceptuales: _____ 42

XI.12.3 Sección K.3: Tamizaje cardiopatías congénitas _____ 44

XII) HOJA URGENCIAS: ATENCIONES DE URGENCIA _____ 45

XII.1) SECCIONES DE LA HOJA URGENCIAS _____ 45

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP URGENCIAS: _____ 46

XII.2) SECCIÓN A: ATENCIONES REALIZADAS EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE LA RED PRIVADA _____ 46

XII.3) SECCIÓN B: CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES, PREVIA A LA ATENCIÓN MÉDICA _____ 47

XII.4) SECCIÓN C: ATENCIONES REALIZADAS POR MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LAS UNIDADES DE URGENCIA HOSPITALARIA _____ 48

XII.5) SECCIÓN D: PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN ESPERA DE CAMAS EN UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)_____ 48

XII.6) SECCIÓN E: PACIENTES FALLECIDOS EN UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)_____ 50

XII.7) SECCIÓN F: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA: CARACTERIZACIÓN DE LA VÍCTIMA_____ 51

XII.8) Sección F.1: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización del agresor y su relación con la víctima registrada en Sección F _____ 54

XII.9) SECCIÓN G: ATENCIONES POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA _____ 55

XII.10) SECCIÓN H: MOTIVOS DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA AL SERVICIO DE URGENCIA_____ 55

XII.11) SECCIÓN I: ATENCIONES EN URGENCIA POR VIOLENCIA SEXUAL_____ 55

XII.12) SECCIÓN J: ATENCIONES MÉDICAS POR VIOLENCIA SEXUAL CON REALIZACIÓN O INDICACIÓN DE PERITAJE. _____ 57

XII.13) SECCIÓN K: ATENCIONES DE URGENCIA ASOCIADAS A LESIONES AUTOINFLIGIDAS____ 58

XII.14) SECCIÓN l: ATENCIONES EN SERVICIO DE URGENCIA ASOCIADOS A MORDEDURA DE ANIMALES_____ 58

XIII) REMASEP B1: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO ____ 60

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP B1: ____ 60

XIII.1) SECCIÓN A: RESUMEN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN Y GRUPO DE EDAD ____ 60

XIII.2) SECCIÓN B: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ____ 61

XIII.3) Secciones C, D, E, F, G: Exámenes o procedimientos ____ 61

XIV) REMASEP B2 ANEXO: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS _ 63

XV) REMASEP ODONTOLÓGICO: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ____ 64

XV.1) SECCIÓN A: CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLÓGICOS REALIZADOS ____ 64

XV.1.1 A.1. CONSULTAS Y ALTAS ____ 64

XV.1.2 A.2. URGENCIAS ____ 65

XV.1.3 A.3. ACCIONES GENERALES DE PREVENCIÓN E HIGIENE ____ 65

XV.1.4 A.4. ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA GENERAL ____ 67

XV.2) 1.2 SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS. ___ 69

XV.3) 1.3 SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. ____ 76

XVI) EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES (EyP_ET) ____ 78

XVI.1) Secciones: ____ 78

XVI.2) Glosario común ____ 79

XVI.3) Sección A: Exámenes de Sífilis ____ 80

Sección A.1: Examen VDRL por grupo de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan). ____ 80

XVI.3.1 Sección A.2: EXAMEN VDRL POR GRUPO DE USUARIOS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público) ____ 83

Sección A.3: EXAMEN RPR POR GRUPO DE USUARIOS (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan) ____ 84

XVI.3.2 SECCIÓN A.4: EXAMEN RPR POR GRUPO DE USUARIOS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público) ____ 85

SECCIÓN A.5: EXAMEN MHA-TP POR GRUPO DE USUARIOS (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan) ____ 86

SECCIÓN A.6: EXAMEN MHA-TP POR GRUPO DE USUARIOS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público) ____ 86

XVI.4) SECCIÓN B: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS ____ 87

SECCIÓN B.1: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SIFILIS (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan) ____ 88

SECCIÓN B.2: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SIFILIS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público) ____ 89

XVI.5) Sección C: Exámenes de VIH por grupos de usuarios ____ 91

SECCIÓN C.1: EXÁMENES INSTRUMENTALES DE VIH POR GRUPOS DE USUARIOS (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan) 91
SECCIÓN C.2: EXÁMENES INSTRUMENTALES DE VIH POR GRUPOS DE USUARIOS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público) 94
XVI.6) SECCIÓN D: EXÁMENES DE GONORREA POR GRUPOS DE USUARIOS 95
XVI.7) SECCIÓN E: EXÁMENES DE CHLAMYIDIA TRACHOMATIS POR GRUPOS DE USUARIOS 97
XVI.8) SECCIÓN F: EXÁMENES DE VIH POR TÉCNICA VISUAL/RÁPIDA Y GRUPOS DE USUARIOS 98
XVI.9) SECCIÓN G: SCREENING ENFERMEDAD DE CHAGAS PARA EMBARAZADAS, PUÉRPERAS Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL 99
XVI.10) SECCIÓN H: DIAGNÓSTICO TRANSMISIÓN VERTICAL MADRE HIJO/A CON ENFERMEDAD DE CHAGAS 100
XVI.11) SECCION I: TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS 101
XVI.12) SECCIÓN J: DONANTES CONFIRMADOS ENFERMEDAD DE CHAGAS 102
XVI.13) SECCIÓN K: SEGUIMIENTO DE CASOS 103
XVII) ANEXO ENFERMEDADES TRASMISIBLES: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL 104
XVII.1.1 Secciones del REMasep: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL 104
XVII.2) SECCION A: TRATAMIENTO DE SIFILIS EN GESTANTES 105
XVII.3) Sección B: Niños y niñas expuestos a la sífilis tratados al nacer 105
XVII.4) Sección C: Abortos y defunciones fetales atribuidas a sífilis, según edad gestacional 106
XVII.5) Sección D: Aplicación de profilaxis ocular para Gonorrea en recién nacidos 107
XVII.6) Sección E: Mujeres VIH que recibe protocolo prevención transmisión vertical al parto (PTV) 108
XVII.7) Sección F: Recién nacidos expuestos al VIH que recibe protocolo DE TRANSMISION VERTICAL 109
XVII.8) Sección G: Recién nacidos expuestos al VIH que recibe leche maternizada al alta 110
XVII.9) Sección H: Gestantes estudiadas para Estreptococcus Grupo B (EGB) 111
XVII.10) Sección I: Gestantes evaluadas para Hepatitis B 112
XVII.11) Sección J: Profilaxis de transmisión vertical aplicada al recién nacido, hijo de madre hepatitis B positiva 113
XVII.12) Sección K: Seguimiento de Niños y Niñas al Año de Vida 113
XVIII) SERVICIOS DE SANGRE 115
XVIII.1) SECCIONES DEL REMASEP: SERVICIOS DE SANGRE 115
XVIII.2) Sección A 116

XVIII.2.1 Sección A.1: Población donante (CS-UMT-BS) 116
XVIII.2.2 Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación 117
XVIII.2.3 Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS) 118
XVIII.3) Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS) 120
XVIII.4) Sección C: Producción de componentes sanguíneos (CS-BS) 120
XVIII.5) Sección C: 122
XVIII.5.1 Sección C.1: Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS) 122
XVIII.6) Sección C.2: Componentes sanguíneos eliminados (UMT) 123
XVIII.7) Sección C.3: Componentes sanguíneos transformaciones (CS–BS-UMT) 123
XVIII.8) Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS) 124
XVIII.9) Sección C.5: Insatisfacción (stock óptimo) (7 Días) CS 125
XVIII.10) Sección C.6: Insatisfacción Stock Crítico (3 días) UMT 126
XVIII.11) Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS y UMT) 126
XVIII.12) Sección D.1: Transfusiones (UMT - BS) 127
XVIII.13) Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT - BS) 128
XVIII.14) Sección F: Reacciones adversas por acto transfusional (UMT-BS) 129
XVIII.15) Sección G: Inmunohematología 130
XVIII.16) Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-BS-UMT) 130
XVIII.17) Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT) 131
XVIII.18) Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT) 131
XVIII.19) Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS - UMT) 133
XVIII.20) Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-UMT) 133
XVIII.21) Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UMT) 134
XVIII.22) Sección H: Aféresis (UMT-BS-CS) 135
XVIII.23) Sección H.1: Aféresis de donación (UMT-BS-CS) 135
XVIII.24) Sección H.2: Aféresis terapéutica (UMT-BS) 136

I) INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), enmarcado en su función de generar información pertinente, confiable y oportuna, que involucre a la totalidad del sector salud del país, ha estimado necesario disponer de información estadística relativa a las atenciones de salud que realizan los Establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Este instrumento está basado en las antiguas Estadísticas Particulares **(EP)**, utilizados durante muchos años que, si bien permitían disponer de información estadística relativa a las atenciones de salud de estos Establecimientos, hoy en día son insuficientes y no permiten que sea comparable y complementaria para las estadísticas nacionales relacionadas con las atenciones de salud. REMASEP 2025 son el resultado del trabajo coordinado y de mejora continua, que permiten contar con los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita.

En atención a la velocidad de los cambios en la tecnología de procesamiento de grandes volúmenes de datos y a la necesidad de facilitar el proceso a los establecimientos involucrados y a las Secretaría Ministeriales de Salud (SEREMI), esta serie pone a disposición de los interesados los instrumentos de resumen y transmisión de información.

REMASEP 2025 es el resultado de múltiples procesos de mejora de los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita. Para el logro de esto, es necesario adecuar y actualizar este instrumento de acuerdo con las necesidades de información más importantes para el sector, considerando también, los cambios que realiza FONASA a las prestaciones, tanto en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) como Modalidad Libre Elección (MLE). Se incorporan además aquellas prestaciones que realizan los establecimientos, aun cuando no se encuentran en los aranceles.

Para este período se ha revisado, adecuado y actualizado este instrumento a las necesidades de información más importantes para el sector, considerando las limitaciones que cualquier sistema de recolección de datos agrupados presenta y no da abasto a los múltiples y diversos requerimientos que el quehacer de los establecimientos, MINSAL u otros sectores requieren.

Sin duda, la serie REMASEP siempre estará en proceso de actualización, de acuerdo con las necesidades básicas de información en salud, de acuerdo con lo siguiente:

- Se realiza un proceso sistemático de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas que hacen uso de este instrumento.
- Se evalúan todas las solicitudes de información, dejando fuera aquellas en que la explotación de bases de datos nominales (como los registros clínicos electrónicos) para hacer más eficiente y efectivo el sistema de reportes.

- Se modernizan las herramientas tecnológicas utilizadas, desde la configuración de la planilla de registro que incorpora validaciones internas y llenado automático de celdas en hoja REMASEP 01 y REMASEP B1 a partir de datos de hoja REMASEP B2 ANEXO; hasta mejoras en la plataforma de carga de los REMASEP, como la creación de la funcionalidad de Cargas Múltiples.
- Se modifica el manual de apoyo al registro de datos de los REMASEP 2025, precisando las definiciones conceptuales, acoplando las recomendaciones operativas a los procesos de trabajo e incorporando reglas explícitas de validación de datos.
- Las prestaciones que entreguen los establecimientos y que estén excluidas de REMASEP 2025, **solo serán registros locales**.

El presente Manual REMASEP 2025 contiene, en detalle, las mejoras realizadas en cuanto a las recomendaciones de uso de las planillas de todas las series, así como las reglas de validación de datos que se espera puedan apoyar a los equipos locales para monitorear la calidad de sus datos y puedan usarlos para su gestión.

II) GENERALIDADES SERIE REMASEP 2025

La serie REMASEP permite recoger y resumir la información estadística de los establecimientos catastrados en la Base de Datos de Establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud construida por el DEIS.

OBJETIVO

Contar con información estandarizada, comparable y complementarias de las atenciones y actividades de salud realizadas a la población, en establecimientos de Salud No pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y los de Fuerzas Armadas y de Orden Público, para generar estadísticas de alcance nacional.

ALCANCE:

Este manual está dirigido a los referentes técnicos de programas y estrategias de salud y estadísticos de:

- Red de Establecimientos de Salud No pertenecientes al Sistema Nacional Servicios de Salud.
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI)
- Ministerio de Salud.

MARCO LEGAL

- Resolución Exenta Nº (en proceso de firma); Aprueba nueva serie estadística REMASEP 2025
- Ley N°19.937 modifica el D.L. Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana y el D.D. 136/2005; se le debe solicitar a los establecimientos el envío oportuno de esta información.
- Resolución Exenta N º 345 del 23 de marzo del 2023, Aprueba nueva serie estadística REMASEP 2023.

OBJETIVO DEL PROCESO DE CARGA

Definir y orientar en las acciones necesarias para la carga de información masiva de todos los establecimientos Salud No pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y los de Fuerzas Armadas y de Orden Público, que permitan un proceso de gestión de calidad de la información, para generar estadísticas de alcance nacional.

Criterios de construcción de Base de Datos de Establecimientos Salud No pertenecientes al Sistema Nacional Servicios de Salud

- Establecimientos que entregan información estadística al DEIS y que generan bases de datos, por lo tanto, tienen código asignado, además este establecimiento está catastrado por la Superintendencia de Salud como prestador institucional.
- La solicitud de código para los nuevos establecimientos la realiza la Unidad de Estadística de la respectiva SEREMI de Salud, para finalizar el proceso de solicitud de funcionamiento, con la Unidad de Profesiones Médicas.
- La actual base de establecimientos NPSNSS está validada por las respectivas SEREMI´s de Salud y se encuentra disponible en el sitio Web del DEIS, que es http://www.deis.cl/

III) ESTRUCTURA DEL REMASEP Y CÓMO USAR EL MANUAL

El presente Manual de Instrucciones de la Serie de Resúmenes Estadísticos Mensuales de Atenciones de Salud, correspondiente al año 2025, está conformado por las hojas que corresponden a las planillas, en el siguiente orden de distribución:

- **REMASEP 01:** Algunas Actividades Realizadas en Establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- **URGENCIAS:** Atención de Urgencia
- **REMASEP B1**: Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico;
- **REMASEP B2 Anexo:** Procedimientos Diagnósticos e Intervenciones Quirúrgicas
- **REMASEP OD:** Atención Odontológica de especialidades;
- **EyP ET:** Exámenes y Pesquisa de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- **TV_MI:** Anexo Enfermedades Trasmisibles: Transmisión Vertical Materno Infantil
- **SERVICIOS DE SANGRE:** Prestaciones de medicina transfusional.

Cada serie se desagrega en hojas de trabajo, correspondientes al tipo de registro que contienen. A su vez, cada hoja de REMASEP contiene varias secciones, según el tipo de dato que se va a recopilar y, finalmente, para cada sección, es decir cada tipo de dato, se detallan los siguientes aspectos:

- **Definiciones conceptuales**: Corresponde a la definición del dato, a lo que representa, su significado. En ediciones siguientes, estas definiciones están o estarán contenidas en la forma de un estándar de datos, de acuerdo con la Norma N° 820, y su actualización Decreto Exento N°9 Norma N° 231.

- **Definiciones operacionales**: Corresponde a la forma de registrar el dato, con relación al proceso en que se genera el dato y en qué casilla debe registrarse.
- **Reglas de consistencia interna**: Corresponde a verificaciones internas de datos, ya sea a través de fórmulas o llenado automático, que reflejan la coherencia de datos y sus sumatorias y/o sus equivalentes en diferentes hojas y secciones de las series del REMASEP.

Al principio de cada Hoja REMASEP en el manual, se ha desarrollado una pequeña introducción, que hace relación directa a la temática de dicho REMASEP, además se han incluido referencias y definiciones oficiales de algunos conceptos, de acuerdo con orientaciones técnicas vigentes.

Se establece que el presente manual, es un instrumento de apoyo para los equipos locales de trabajo y, en ese contexto, la revisión y avance deben insertarse en un proceso de mejoramiento continuo. Esto exige, generar una bitácora con sugerencias, las que serán revisadas y sistematizadas en un espacio de tiempo definido. Estamos convencidos que esta modalidad orienta mejor la satisfacción de las necesidades de los usuarios del manual. Les agradecemos enviar sus sugerencias al correo electrónico remsas@minsal.cl

IV) GENERALIDADES SOBRE REGISTRO EN REMASEP

Registro de Series REMASEP en los distintos tipos de Establecimientos Privados.

REMASEP 2025 es el resultado de la división de trabajo y procesos de mejora de los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita. Para este período se ha hecho un gran esfuerzo para adecuar y actualizar este instrumento a las necesidades de información más importantes para el sector y el país. Lo anterior, considerando que este mecanismo de recolección es antiguo y no cubre los múltiples y diversos requerimientos que el quehacer de los establecimientos, del MINSAL u otros sectores que lo requieran.

Sin duda, REMASEP siempre serán perfectibles, sin embargo, es importante destacar las áreas de mejora e innovación en que se trabajaron simultáneamente, esperando avanzar en un Registro Estadístico Electrónico Nominal para mejorar la calidad y oportunidad de la información en el período:

- Se realizó un proceso sistemático y ampliado de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas que hacen uso de este instrumento, dentro del MINSAL.

Por lo precedente, cada establecimiento de salud posee código DEIS asignado de acuerdo con la estructura señalada por Ordinario Nº 358 y Decreto 820 del 25 de marzo 2014. Dicho código, debe ser solicitado por la SEREMI de Salud, con el envío de Resolución Exenta, la cual señala la instalación del establecimiento, especificando: Nombre, Comuna, Dirección y Dependencia, además de acompañar con la correspondiente ficha de solicitud de asignación de Código DEIS de establecimiento.

Es responsabilidad de cada SEREMI solicitar la serie mensual de información, así como también solicitar al DEIS la asignación de código para aquellos establecimientos nuevos o para aquellos establecimientos existentes pero que no han regularizado su inclusión en la base de establecimientos, de acuerdo con la normativa vigente indicada en Ord. B52 N°2836 del 16 de octubre del 2024.

También deben informar de aquellos establecimientos que se cierren de forma temporal o definitiva, para dejar registro en la hoja de control y mantener actualizado en conjunto a la base de establecimientos del DEIS, así como también se debe informar de los cambios de nombre o dirección de los establecimientos u cualquier modificación legal que se realice.

V) ACTORES Y RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades que se declaran a continuación guardan relación con el uso de este manual y asociado al proceso de tributación al resumen estadístico.

Tabla 1. Responsabilidades según nivel

ACTORES	RESPONSABILIDADES
Departamento de Estadísticas e información en salud, Ministerio Salud.	▪ Diseñar, actualizar y difundir de las Series REMASEP: Planillas, Diccionario y Manual. ▪ Centralizar la información provista por las SEREMI´s de Salud. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes SEREMI´s de Salud las actividades para garantizar calidad y completitud de la información tributada por los establecimientos bajo su jurisdicción. ▪ Monitorear la información tributada por las SEREMI´s de Salud, promoviendo la mejora continua. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes SEREMI´s de Salud y referentes Ministeriales actividades de difusión de registros nuevos en diferentes Series.
Unidades o Departamentos de Estadística de las SEREMI´s de Salud	▪ Velar por el cumplimiento de normativa vigente. ▪ Monitorear tributación de las series por establecimientos NPSNSS bajo su jurisdicción, proporcionando retroalimentación a los establecimientos para mejorar la calidad de la información. ▪ Centralizar la información de diferentes establecimientos de su red y tributar a DEIS mediante uso de plataforma Ministerial-DEIS. ▪ Difundir el uso del Manual dentro de su red de establecimientos y apoyo continuo para garantizar la correcta implementación y uso del sistema y sus Series.

Unidades de estadística de los Establecimiento de salud NPSNSS	▪ Tributar la información mensual, en oportunidad y calidad del registro de datos de acuerdo con la normativa vigente, manteniendo estrecha comunicación con las SEREMI´s de Salud. ▪ Los establecimientos de salud deberán validar sus datos previamente al proceso envío a Departamento o Unidades de Estadística del Servicio de salud. ▪ Los establecimientos de Salud son los responsables de hacer correcciones en oportunidad y calidad, en caso de ser requeridas en el proceso de validación, de acuerdo con el conducto regular establecido por cada Departamento o Unidad de Estadística de los SEREMI´s de Salud. ▪ Difundir el uso de este manual dentro de su establecimiento.

VI) GLOSARIO DE DEFINICIONES

Establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud o establecimiento Privado: Corresponden a los establecimientos que otorgan prestaciones de salud, las cuales están reguladas mediante la autorización sanitaria correspondiente y, no están adscritos a una red pública de salud. Se incluyen en este tipo los establecimientos pertenecientes a las Fuerzas armadas, de orden y seguridad. En los cuales, se distinguen las siguientes categorías:

a. **Hospital:** Es el establecimiento que atiende a pacientes cuyo estado de salud requiere de atención profesional médica y de enfermería continua, organizado en servicios clínicos y unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico diferenciado.
b. **Clínica:** Es el establecimiento que otorga atención a pacientes cuyo estado de salud requiere de atención profesional médica y de enfermería continua, sin disponer de servicios clínicos y unidades de apoyo diferenciados.
c. **Centro de Salud Privado:** Corresponde a establecimientos ambulatorios privados, donde se realizan prestaciones médicas o de otros profesionales de la salud, excluyendo a las farmacias y a las clínicas dentales.
   Incluyendo especialidades y prestaciones de nivel primario y secundario. Con o sin servicios de apoyo.
d. **Laboratorios clínicos:** es aquel servicio, unidad o establecimiento público o privado que tiene por objeto la ejecución de exámenes o análisis de apoyo clínico y diagnóstico en salud humana, tales como exámenes hematológicos, bioquímicos, hormonales genéticos, inmunológicos, microbiológicos, parasitológicos, virológicos, citológicos, histopatológicos y toxicológicos, con fines de prevención, diagnóstico o control de tratamiento de las enfermedades, estados fisiológicos o condiciones de filiación.
   Se distinguen, según su ubicación, dos tipos de Laboratorios Clínicos: aquellos que constituyen unidades o servicios adosados a un establecimiento de carácter asistencial que proporciona

atenciones en modalidad ambulatoria y no ambulatoria. Aquellos instalados como establecimientos independientes.

e. **Centro de Diálisis:** Establecimiento unidad asistencial constituido por un conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, destinados a realizar procedimientos de sustitución renal a pacientes con enfermedad renal aguda o crónica terminal, a través de hemodiálisis o peritoneo diálisis. Puede ser un establecimiento independiente o formar parte de un centro de un centro asistencial mayor, como hospitales o clínicas.
f. **Clínica dental:** corresponde a establecimientos ambulatorios privados, que otorga exclusivamente prestaciones odontológicas de nivel primario o secundario integrados.
g. **Centros de Diagnóstico y Tratamiento Privados:** son establecimientos privados destinados a especialidades especificas en el ámbito de la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación.
   Se consideran en esta categoría: Centros Oftalmológicos, Centros de Quimioterapia, Centros de Radioterapia, Centros Dermatológicos, Centros Oncológicos, etc.

De los formularios REMASEP:

Los REMASEP son instrumentos de resumen y despacho de información estadística, construidos en planillas electrónicas (archivos en formato .xls o .xlsx), cuyo componente por hoja son:

Hoja “NOMBRE”: permite identificar la SEREMI, al establecimiento y el mes que corresponden los datos; hoja CONTROL donde se realiza una primera validación, y se detalla si existen errores en alguna de las hojas REMASEP y, de una hoja MACRO donde se incluyen algunas macros y utilidades para realizar una primera validación local.

La unidad de estadística de la SEREMI debe revisar esta hoja y de existir algún error, revisar la hoja y sección indicada, para solicitar al establecimiento su corrección, para posteriormente consolidar y cargar en el sistema, pero sin los errores.

1. **REMASEP 01: ALGUNAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS NO PERTENECIENTES AL SISTEMA NACIONAL**

   Este REMASEP es una hoja resumen donde se registran algunas actividades realizadas en establecimientos: Control de salud, atenciones y consultas realizadas en el establecimiento.

2. **URGENCIAS: ATENCIONES DE URGENCIA**

   En esta hoja se registrará el detalle de todas las atenciones realizadas en los establecimientos que cuentan con Unidad de Emergencia Hospitalaria.

3. **REMASEP B1: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO**

   En esta hoja REMASEP se dispone de un listado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos e Intervenciones Quirúrgicas, desagregadas por los diferentes grupos del Arancel FONASA, actualizado en el 20252.

4. **REMASEP B2 ANEXO: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

   Aquí se registran todos los procedimientos realizados y que sirven de apoyo en los registros consolidados de la hoja REMASEP B: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO. Esta hoja nutre de información a las hojas REMASEP 01 y B.

5. **REMASEP OD: RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

   En este REMASEP se registran actividades odontológicas y afines.

6. **REMASEP EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES (EyP_ETS):** En este REMASEP se registran los exámenes de pesquisa de enfermedades trasmisibles realizados.

7. **REMASEP TV_MI: Anexo Enfermedades Trasmisibles:** Transmisión Vertical Materno Infantil.

8. **SERVICIOS DE SANGRE:** Prestaciones de medicina transfusional.

VII) INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS EN CHILE

A continuación, se detalla información de relevancia para Registrar Pueblos Indígenas u Originarios en Chile.

Información para registrar:

Los pueblos indígenas en Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias o parte de ellas, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura (Ley 19.253, Norma Técnica 820 de Estándares de Información en Salud, Decreto Supremo N° 231 de 2023 de MINSAL).

Se considera la conciencia de la propia identidad indígena como parte del derecho fundamental a la autodeterminación, en conformidad a lo dispuesto en el Convenio N° 169 de la OIT (Decreto Supremo N° 236 de 2008, Chile).

En cuanto a la captura de la información de la variable pueblos indígenas, esta se realiza por medio de una pregunta abierta estandarizada, cuidando su integridad y desarrollo: ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?

Frente a respuesta afirmativa, consultar ¿A cuál pertenece? La variable Pueblos Indígenas u Originarios incluye las siguientes categorías:

Tabla 2. Categorías Variable Pueblos indígenas u originarios

Pueblo Indígena Código	Pueblo Indígena Glosa
1	Mapuche
2	Aymara
3	Rapa Nui o Pascuense
4	Lickanantay
5	Quecha
6	Colla
7	Diaguita
8	Kawésqar
9	Yagán
10	Otro (Especificar)

11	Chango

El pueblo Selk'nam deberá ser registrado como "Otro", indicando el nombre del pueblo originario.
En el caso de menores de edad, la pertenencia a un pueblo indígena u originario será informada por su madre, padre o el adulto responsable.

Decreto 21, Reglamento sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural (diciembre, 2023) del Ministerio de Salud.

Mediante este decreto, se establece definiciones y alcances sobre lo siguientes ámbitos; Pueblos Indígenas, Territorio de alta concentración de población indígena, Sistemas de Sanación Indígenas, Asistencia Espiritual, Modelo de Salud Intercultural, Atención con Pertinencia Cultural, Prestador Institucional, Facilitador Intercultural y Factores de riesgo específicos.

VIII) INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE MIGRANTES

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) del 2016, la migración internacional hace referencia a las personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo.

Incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos.

IX) PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

A. NIVEL ESTABLECIMIENTO

A.1. NOMBRE DE LOS ARCHIVOS

Como primera etapa en el procesamiento de los datos del sistema de información REMASEP, es preciso nombrar el archivo que contiene la información de la siguiente manera XXXXXXYY; dónde:

XXXXXX	Corresponde al código del Establecimiento indicado en base de datos establecimientos del DEIS.
YY	Señala el Mes al que corresponden los datos

A.2. VARIABLES CONTENIDAS EN LA HOJA "NOMBRE" DE CADA SERIE REMASEP

La hoja denominada "NOMBRE" debe contener la información de identificación del establecimiento que genera la información. Los recuadros de esta hoja identifican al establecimiento, la comuna, la dependencia administrativa, el mes y año al que corresponden los datos. Estos datos son obligatorios de llenar, dada la importancia que poseen en la generación posterior de las bases de datos respectivas.

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA SEREMI: se debe seleccionar de la lista desplegable el nombre de la Seremi y digitar el código de la SEREMI que le corresponde, con dos caracteres (un digito por cada celda).

NOMBRE Y CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO: es la denominación única para cada establecimiento asistencial (Prestador Institucional) asignado por el DEIS previa presentación de la Resolución de autorización Sanitaria de funcionamiento y formulario de solicitud de asignación de código.

Este código es el registrado en la base de datos de Establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, a disposición de Estadística de las SEREMIS o en la página DEIS, http://www.deis.cl/

NOMBRE Y CÓDIGO DE COMUNA: se debe digitar el nombre y código de la comuna del establecimiento, de acuerdo con lo publicado en la División Político-Administrativa.

MES: se debe seleccionar de la lista desplegable el mes (nombre) y se debe ingresar el número del mes al que corresponden los datos. Este número va desde 01 (mes de enero) a 12 (mes de diciembre). En el primer dígito sólo es válido el 0 (cero) y el 1 (uno) y en el otro son válidos desde el 0 (cero) hasta el 9 (nueve).

DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO: Se registra el nombre del Director Técnico del Establecimiento, quien es el responsable de la información contenida en los REMASEP del establecimiento. (Dto. 161/82, art. N° 19)

RESPONSABLE DE ESTADÍSTICAS: Se consigna el nombre de la persona que está a cargo de la función estadísticas del establecimiento.

A.3. REVISIÓN Y VALIDACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS

Una vez terminado el ingreso de datos en REMASEP y, previo a su envío a la Unidad de Estadística de la SEREMI, es necesario revisar y validar la información, para ello se deberá chequear la hoja "CONTROL" existente en la serie.

En la hoja "CONTROL", van a aparecer las inconsistencias en los totales que corresponden a sumatorias de distintos desgloses para una misma variable.

También la hoja "CONTROL" indica, en forma automática, los REMASEP de la serie respectiva que están "Sin Datos".

A.4. ENVÍO DE LA SERIE REMASEP A LA SEREMI DE SALUD

El establecimiento de salud debe enviar en forma mensual, los archivos a la SEREMI de Salud o indicar sino hubo movimiento en el establecimiento. Una vez recibido el archivo, se realiza el proceso correspondiente en el sistema REMSAS/REMASEP, y se procede a realizar las cargas mensuales, para monitoreo y control de la información recibida.

La SEREMI de Salud definirá en qué fecha los establecimientos enviarán esta información mensual, es decir, cada SEREMI establecerá un calendario mensual de recepción de los archivos enviados por los establecimientos, la que se deberá mantener y respetar para todo el año y para todos los establecimientos, dependiente del calendario de apertura y carga que envía el DEIS.

APERTURA Y NIVEL SEREMI DE SALUD

El proceso se realiza en las Unidades de Estadística de cada SEREMI de Salud y consiste en generar una base de datos mensual para la Series REMASEP. Esta base acumula en un solo archivo .mdb la información de las planillas Excel originadas por los establecimientos de su jurisdicción.

Las SEREMIS de Salud, discrecionalmente y de acuerdo con su realidad local, definirá sus procedimientos internos y los plazos para solicitar la información a los establecimientos, no obstante, se debe tener presente que el DEIS requiere la información por SEREMI de **forma mensual,** de acuerdo con el calendario de cargas enviado por oficio**.**

B.1. NOMBRE DEL ARCHIVO DE LA BASE DE DATOS: el nombre del archivo de la base de datos estará compuesto por 2 dígitos, los que se refieren al código de la región, tal como se indica a continuación, con el objetivo de tener estandarizadas y ordenadas las bases de datos recibidas:

01 SEREMI de Salud de Tarapacá

02 SEREMI de Salud de Antofagasta

03 SEREMI de Salud de Atacama

04 SEREMI de Salud de Coquimbo

05 SEREMI de Salud de Valparaíso

06 SEREMI de Salud del Libertador Bernardo O'Higgins

07 SEREMI del Maule

08 SEREMI de Salud del Biobío

09 SEREMI de Salud de La Araucanía

10 SEREMI de Salud de Los Lagos

11 SEREMI de Salud de Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo

12 SEREMI de Salud de Magallanes y de la Antártica Chilena

13 SEREMI de Salud Metropolitana

14 SEREMI de Salud de Los Ríos

15 SEREMI de Salud de Arica y Parinacota

16 SEREMI de Salud de Ñuble

B.2. CARGA DE ARCHIVOS EN SISTEMA REMASEP

La serie REMASEP se cargará en formato base de datos Access, generada a partir de los archivos mensuales Excel recibidos desde los establecimientos, y la carga se realizará en el Sistema de Cargas de REMASEP, disponibilizado por el DEIS.

Es responsabilidad y función de las SEREMIS (Departamentos, Unidades u Oficinas de Estadísticas), realizar una primera validación a la información recibida, según lo indicado en el "Manual de procedimiento y validaciones de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REMASEP)" antes de ser cargada en el sistema, página https://cargasremsas.minsal.cl/ ingresando con las credenciales creadas para este fin.

X) REMASEP 01: ALGUNAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS NO PERTENECIENTES AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

X.1) SECCIONES REMASEP 01

Sección A: Controles de salud y consultas de Morbilidad

Sección B: Consultas Médicas

Sección C: Atenciones y consultas por otros profesionales no médicos

Sección D: Capacidad instalada y utilización de quirófanos

Sección E: Causas de suspensión de cirugías electivas

Sección F: Partos y abortos

- Sección F.1: Partos y Abortos atendidos
- Sección F.2: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Sección G: Información Recién Nacidos:

- Sección G.1: Recién nacidos vivos y fallecidos según peso al nacer
- Sección G.2: Recién nacido con malformación congénita
- Sección G.3: APGAR menor o igual a 3 al minuto y APGAR menor o igual a 6 a los 5 minutos

Sección H: Esterilizaciones según Sexo (*)

Sección I: Egresos de maternidad y neonatología, según lactancia materna exclusiva

Sección J: Tipos de lactancia en niños y niñas al egreso de la hospitalización

Sección K: Tamizajes del Recién Nacido

- Sección K.1: Tamizaje Metabólico
- Sección K.2: Tamizaje Auditivo
- Sección K.3: Tamizaje Cardiopatías Congénitas

Definiciones conceptuales, operacionales y reglas de consistencia Secciones REMASEP 01

X.2) SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD Y CONSULTAS DE MORBILIDAD

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Control de salud: Corresponde a las atenciones realizadas a los individuos desde el primer mes de vida hasta los 80 años y más, en forma periódica, integral y de carácter preventiva, con el objeto de, vigilar el normal crecimiento y desarrollo desde la etapa infantil (en el caso del control sano del niño o niña), como también pesquisar los riesgos físicos y sociales presentes durante todo el ciclo vital, que afectan la salud y bienestar de las personas, entregando acciones de fomento y protección de la salud, para mejorar la calidad de vida de éstos.

Control Prenatal: Es la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante.

Control de Puérpera: Atención integral y con enfoque de riesgo que se otorga a la puérpera hasta los 42 días después del parto con el objetivo de controlar la evolución normal de este período, prevenir y detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio, con el recién nacido y con la lactancia.

Control de Regulación de Fecundidad: Es la atención integral otorgada en forma oportuna y confidencial a la mujer en edad fértil y/o a hombres que deseen utilizar un método de regulación de fecundidad.

Control Ginecológico: Es la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, a partir de los 10 años, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de la mujer.

Control de Crónicos: Es la atención sistemática y periódica proporcionada a un paciente afectado por una o más patologías crónicas o en riesgo de padecerla, con la finalidad de dar una respuesta integral a sus necesidades de salud, que comprenda acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, cuando corresponda.

Consulta de morbilidad general: Es la atención profesional otorgada por el Médico, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla, etc.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se deben registrar todas las consultas y controles realizados, según tipo de actividad, según profesional que realiza la atención, por grupo de edad definidos y por sexo.

También debe registrarse el dato de pueblo originario y migrantes.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: La suma de las columnas sexo debe ser igual al total de atenciones realizadas, por grupos de edad.

X.3) SECCIÓN B: CONSULTAS MÉDICAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Consulta de especialidad: Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista a un usuario, en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación que se realiza ambulatoriamente incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla, etc.

Especialidades y Subespecialidades: Corresponde a las unidades del nivel secundario a las cuales se genera la derivación o solicitud de atención, de acuerdo con su pertinencia y ámbito de atención.

Consultas resueltas de forma no presencial: Corresponde a las consultas de especialidades, realizadas en forma telefónica o aquellas realizadas a través de otras plataformas informáticas, donde el especialista interactúa en forma sincrónica con el paciente, con o sin participación de un acompañante y no se encuentran contenidas en las atenciones por grupo de edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Consulta Médica de especialidad: Se registran las consultas efectuadas en los establecimientos por especialidad y subespecialidad (acreditada del Médico que realiza la atención), segregadas por edad, sexo y en el caso que corresponda, la identificación de la condición de beneficiario asociada. Todas estas son consideradas como parte de la producción propia del establecimiento.

Consultas resueltas de forma no presencial: Se registran las consultas realizadas en forma telefónica y las que utilizan otras plataformas

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: La suma de las columnas sexo debe ser igual al total de atenciones realizadas por grupo de edad.

R2: Las consultas resueltas de forma no presencial no se suman a las consultas totales de especialidad.

X.4) SECCIÓN C: ATENCIONES Y CONSULTAS POR OTROS PROFESIONALES NO MÉDICOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponden a las atenciones proporcionadas por los profesionales no médicos, a una persona usuaria, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o intervenciones terapéuticas. Se incluyen en ellas, aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Consulta de Enfermera/o: Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

Consulta de Matrón/a (Consulta Ginecológica): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica.

Consulta Nutricionista: Comprende las atenciones de pacientes que son derivados con otros diagnósticos, como trastornos alimentarios (bulimia, anorexia, pregorexia y otros), alergias alimentarias, intolerancias y enfermedad celiaca entre otras, independiente de su diagnóstico nutricional. Además, se deben considerar las atenciones otorgadas a pacientes que en la consulta actual presentan diagnostico nutricional normal.

Consulta de Psicólogo/a: Es la atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a las personas que requieren de orientación psicológica, o presentan alto riesgo de enfermedad o trastorno de salud mental, pero que NO ha sido ingresado a un programa.

Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta de Fonoaudiólogo/a: Es la atención otorgada a personas que son derivadas, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Atención kinesiológica: Prestación kinésica que incluye la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación y/o kinesiterapia, que se le realiza a un paciente en una sesión de tratamiento.

Consulta Trabajador/a Social: Es la atención mediante la cual, la/el Asistente Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de ésta con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.

Atención de Tecnólogo/a Médico: Es la atención individual proporcionada a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción u otra).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registra el número de consultas realizadas en establecimientos privados, desagregadas según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de consulta y profesional que realiza la actividad. También debe registrarse el dato de pueblo originario y migrantes.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de pacientes atendidos, correspondientes a pueblos originarios y/o migrantes, no debe ser mayor al total de atenciones de Ambos sexos.

X.5) SECCIÓN D: CAPACIDAD INSTALADA Y UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Quirófanos: Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica mayor en condiciones de asepsia y seguridad.

Se incluyen en este registro los quirófanos destinados a Cirugía Electiva, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados.

Quirófanos Cirugía Electiva: Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles a lo menos 8 horas.

Quirófanos Urgencia: Se entiende por quirófanos de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugías no electivas y que deben estar disponibles 24 horas.

Quirófanos Obstétrico: y los obstétricos para resolver intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad de Obstetricia.

Quirófanos Indiferenciado: Son aquellos se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias.

Quirófanos de cirugía menor: Se entiende por quirófano de cirugía menor al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica menores en condiciones de asepsia y seguridad. Deben estar disponibles al menos 8 horas diarias.

Se han definido los siguientes horarios para el registro de la actividad quirúrgica en quirófanos:

Horario hábil

Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de al menos 8 horas diarias, y, para efectos del registro considera los horarios de lunes a jueves de 8 a 17 horas. y el viernes hasta las 16:00 hrs.

Horario inhábil de lunes a viernes: Para efectos del registro, es el horario posterior al término del horario hábil, el cual comienza de lunes a jueves a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente. El viernes comienza a las 16:00 hrs y termina a las 08:00 del día siguiente.

Sábado, domingo y festivos: Se define como el total de horas utilizadas y su producción asociada en los quirófanos en trabajo, durante los días sábado, domingo y festivos.

CAPACIDAD INSTALADA DE QUIRÓFANOS

Para efectos de registros los quirófanos se distribuyen en:

Quirófanos en dotación: Corresponde a la cantidad de quirófanos autorizados al establecimiento (informados por resolución y aprobados por el MINSAL), instalados para realizar cirugías mayores. El número de quirófanos en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales.

Quirófanos habilitados: Corresponde a los quirófanos que se encuentran en condiciones de uso, es decir infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar y que cumpla con la Norma Técnica Básica Cada quirófano debe estar disponible a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación respecto a las 44 horas contratadas semanales.

Quirófanos en trabajo: Corresponde a los quirófanos disponibles, habilitados para ser utilizados, que cumplen con la norma técnica básica y además cuenta con la dotación de recursos humanos necesarios para funcionar.

Quirófanos de cirugía menor en trabajo: Corresponde a los quirófanos disponibles y habilitados para ser utilizados, que cumplen con las normas técnicas básicas y además cuenta con la dotación de recursos humanos necesarios para funcionar.

CONCEPTO DE UTILIZACIÓN DEL QUIRÓFANO

Horas Programadas: Corresponde a las horas quirúrgicas que se proyectan ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo.

Tabla Quirúrgica: Es el proceso de asignación de tiempo y espacio en un quirófano a un paciente, para la realización de una intervención quirúrgica mayor.

Horas Ocupadas: Se define como las horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante un horario específico (hábil, inhábil)

Tipo de Beneficiarios.

Corresponde a la modalidad de atención seleccionada por el usuario o la aseguradora. Beneficiarios en modalidad institucional (MAI) modalidad libre elección (MLE) y otros.

Recambio: Se define al tiempo utilizado para el aseo y preparación de un quirófano entre una intervención y otras, con el objetivo de dejarlo en condiciones de uso. El concepto anterior era “preparación”.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Números de quirófanos en dotación: Corresponde registrar la cantidad de quirófanos autorizados al establecimiento por resolución y aprobados por el MINSAL El número de quirófanos registrado debe mantenerse constante en el registro mensual.

Promedio mensual de quirófanos habilitados: Corresponde registrar la suma de quirófanos habilitados en el mes, dividido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos e indiferenciados y el total de los días del mes calendario para los quirófanos de urgencia y obstétrico.

Promedio mensual de quirófanos en trabajo: Corresponde registrar la suma de quirófanos en trabajo en el mes, dividido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos e indiferenciados y el total de los días del mes calendario para los quirófanos de urgencia y obstétrico.

Total, de horas mensuales de Quirófanos habilitados (horario hábil): Corresponde registrar el total de horas diarias disponibles, en horario hábil, mínimo 8 hrs. por día de los quirófanos habilitados para cirugía mayor electiva.

Total, de horas mensuales de Quirófanos en trabajo (horario hábil): Corresponde registrar el total de horas, que pueden ser utilizadas en los quirófanos en trabajo, según definiciones.

Horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de quirófanos en trabajo en horario hábil: Corresponde a las horas quirúrgicas que se proyectan ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo. Se desagrega según programación para beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. (información es proporcionada por el equipo de pabellones)

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo. Ésta corresponde a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de recambio. Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.

Esta información se desagrega según ocupación por beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo del área de pabellones.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo en horario inhábil de lunes a viernes: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo en horario inhábil. Éstas corresponden a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación. Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.

Esta información se desagrega según ocupación por beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo del área de pabellones.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario sábado, domingo y festivo: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, los días sábado, domingo y festivos. Éstas corresponden a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación.

Total de horas mensuales ocupadas de quirófanos para Cirugía menor y otros procedimientos: Corresponde registrar el total de horas utilizadas para cirugías menores y otros procedimientos realizados en los quirófanos para cirugía mayor separadas en horario hábil y horario inhábil.

Horas de recambio: Corresponde registrar el número de horas ocupadas en la preparación del quirófano para una próxima cirugía. Este registro es responsabilidad de la unidad de pabellón y deberá ser entregado a la unidad de estadística en el plazo establecido.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El promedio mensual de quirófanos en trabajo, debe ser menor o igual al promedio de quirófanos habilitados.

R.2: El promedio mensual de quirófanos habilitados, debe ser igual o menor al número de quirófanos en dotación.

R.3: El total de horas mensuales de quirófanos en trabajo, debe ser igual o menor al total de horas mensuales de quirófanos habilitados, ambos en horario hábil.

R.4: El total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil, deben ser menor o igual al total de horas mensuales de quirófanos habilitados.

R.5: El total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil + el total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario inhábil de lunes a viernes + el total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario sábado, domingo y festivo, deben ser mayor al total de horas mensuales de quirófanos habilitados.

R.6: Los totales de horas de recambio, deben ser menor al total de horas ocupadas en intervención quirúrgica por tipo de beneficiarios.

R.7: El total de horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de quirófanos en trabajo, deben ser menor o igual al total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil.

R.8: El total de horas ocupadas en cirugías menores y procedimientos deben estar contenidas en el total de horas de ocupación de cirugía mayor.

X.6) SECCIÓN E: CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, quirófano, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de esta sección es reconocer las causas que generaron la suspensión de la intervención quirúrgica.

El registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (la fuente de datos es la tabla quirúrgica) y debe ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Se establecen las siguientes causales de suspensión:

1) <u>Atribuibles al paciente:</u>

- Patología Aguda
- Descompensación en pabellón
- Anticipación de cirugía por agudización de patología
- Paciente fallece.

2) <u>Administrativas:</u>

- No se presenta
- Rechaza operación
- Patología Crónica descompensada
- Falta de Ayuno
- Sin suspensión de anticoagulantes u otras drogas proscritas (excluidas)
- Atraso al ingreso
- Patología no informada, no conocida (alergia al látex)
- Estudio incompleto
- Exámenes alterados no corregidos
- Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra especificada
- Sin evaluación de especialista indicada
- Sin indicación quirúrgica
- Falta disponibilidad de cama básica
- Falta disponibilidad de cama media
- Falta disponibilidad de cama UTI
- Falta disponibilidad de cama UCI
- Sin cupo en recuperación
- Documentación incompleta
- Sin consentimiento informado firmado / falta de tutor legal consignado
- Falla coordinación con Unidad de Imagenología
- Falla coordinación con Unidad de Anatomía Patológica (Biopsia rápida)

3) <u>Unidades de apoyo clínico:</u>

- Falta sangre o hemoderivados

4) <u>Unidades de apoyo logístico:</u>

- Instrumental y/o material con falla de esterilización
- Instrumental incompleto o no disponible
- Equipamiento no operativo
- Falta de equipo, insumos y/o cajas quirúrgicas por parte de proveedor externo
- Falta de medicamentos / stock insuficiente
- Falta de insumos / stock insuficiente
- Falta de ropa quirúrgica / stock insuficiente

5) <u>Equipo Quirúrgico:</u>

- Falta / Disponibilidad de Cirujano
- Falta / Disponibilidad de Anestesista
- Falta / Disponibilidad de Técnico paramédico
- Falta / Disponibilidad profesional no médico
- Prolongación de tabla
- Error de programación
- Reemplazo por urgencia

6) Infraestructura:

- Falla energía eléctrica
- Falla de climatización
- Falla de red húmeda
- Falla Ascensor
- Falla gases clínicos

7) Emergencias:

- Desastres naturales: terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.
- Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del hospital
- Accidentes múltiples
- Incendios o amago de incendio
- Derrame de productos químicos
- Aviso de bomba
- Actos delictuales
- Emergencia sanitaria

8) Gremiales:

- Paro o movilización de funcionarios.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección corresponde registrar la causa que motivo la suspensión de la intervención quirúrgica.

Se desagregan las suspensiones por grupos de edad.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

X.7) SECCIÓN F: PARTOS Y ABORTOS

SECCIÓN F1: PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a los partos y abortos atendidos en los establecimientos No Pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud.

Parto: Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su embarazo a término. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y bajo riesgo, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto Vaginal: Corresponde al total de partos que ocurrieron por vía vaginal, independientemente de la presentación y el número de fetos, excepto los que requirieron instrumentalización (fórceps o vacuum).

Parto Distócico Vaginal: Parto anormal o parto distócico (literalmente "parto difícil o alumbramiento con dificultad"). Ocurre cuando hay anormalidades anatómicas o funcionales del feto, de la pelvis de la madre, el útero y el cérvix y/o alguna combinación de éstos, los cuales interfieren con el curso normal del parto y alumbramiento. Las dificultades que surgen pueden ser de origen fetal, materno o de los anexos fetales como el cordón umbilical, la placenta o el líquido amniótico.

Parto fuera del establecimiento: Corresponde a aquellos partos cuyo expulsivo ocurrió fuera de la red asistencial, por ejemplo: en domicilio, en la vía pública, en centros comerciales, en medios de transporte como taxis o buses, etc.

Parto por Cesárea: Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina, cuando el parto por vía vaginal no es posible por alguna complicación. Puede efectuarse de forma programada (electiva) o de urgencia.

- Cesárea Electiva: Total de cesáreas programadas realizadas en el establecimiento durante el período a informar.
- Cesárea de Urgencia: Corresponde al total de cesáreas de emergencia o urgencia realizadas en el período.

Aborto: Es la pérdida del embrión o del feto antes de que éste haya llegado a un desarrollo suficiente que le permite vivir de un modo independiente.

Se considera como aborto la interrupción del embarazo desde el momento de la concepción hasta las 21 semanas más 6 días de edad gestacional.

Parto de embarazo no controlado: Corresponde a aquellas gestantes cuyo parto fue atendido en el establecimiento y se constató que no fueron ingresadas a control prenatal.

Entrega de placenta a solicitud de la mujer: Se debe registrar toda entrega de placenta a requerimiento de la puérpera de acuerdo con lo indicado en la Norma técnica N°189 para la entrega de la placenta.

Partos prematuros: Se entiende como parto prematuro aquel ocurrido entre la semana 22 y la semana 36+6 de gestación. Para fines de análisis, se clasificarán en las siguientes categorías:

- Partos prematuros menores a 24 semanas: Corresponde a los partos, de inicio espontáneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 22 y la semana 23 + 6 días de gestación.

- Partos prematuros entre 24 a 28 semanas: Corresponde a los partos, de inicio espontáneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana entre la semana 24 y la semana 28 + 6 días de la gestación.

- Partos prematuros entre 29 a 32 semanas: Corresponde a los partos, de inicio espontaneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 29 y la semana 32 +6 días de gestación.

- Partos prematuros de 33 a 36 semanas: Corresponde a los partos, de inicio espontaneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 33 y la semana 36 + 6 días de gestación.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Tiene como finalidad registrar el total de partos, normal y distócico, partos por cesárea de tipo electivo o de urgencia y los abortos atendidos en el establecimiento, y los que ocurren fuera del establecimiento de salud.

Esta actividad se desagrega según pertenencia a pueblo originario o condición migrante. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en cada establecimiento (Servicio de Obstetricia).

Nota: el registro de Partos y Abortos corresponde al total de actividades realizadas, y debe ser mayor o igual a los registros contenidos en el Sistema Nacional de Información Perinatal (SNIP).

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El número de pacientes correspondientes a Pueblos Originarios o migrantes, deben ser menor o igual al total de procedimientos.

SECCIÓN F.2: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales Procedimiento clínico que busca poner término a la gestación de forma anticipada, frente a la presencia de alguna de las 3 causales establecidas en la Ley N° 21.030 mediando la voluntad de la mujer (niña, adolescente o adulta) y con el consentimiento informado de la mujer o persona gestante o pronunciamiento del tribunal de familia, según corresponda.

Causales de interrupción voluntaria de embarazo: es el motivo que justifica la interrupción voluntaria del embarazo, en estas tres condiciones, y que es permitido por la ley N° 21.030. Las causales pueden ser:

Causales de interrupción voluntaria de embarazo: Es el motivo que justifica la interrupción voluntaria del embarazo, en estas tres condiciones, y que es permitido por la Ley N° 21.030. Las causales pueden ser:

Causal N°1: La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evita un peligro para su vida. El Riesgo vital puede ser inminente o no inminente.

Causal N°2: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, que sea de carácter letal.

Causal N°3: Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años (13 años, 11 meses y 30 días), la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

Aborto: Interrupción del embarazo ocurrida antes de la semana 22 de gestación (21 semanas, 6 días).

Parto: Interrupción del embarazo ocurrida desde la semana 22 de gestación, en adelante.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Tiene como finalidad registrar el total atenciones realizadas a mujeres cuyo caso constituye una causal de la ley 21.030 en el Establecimiento. Esta actividad se registrará según la voluntad de la mujer respecto a continuar o interrumpir su embarazo y se desagrega según edad. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de cada establecimiento.

Cuando la interrupción voluntaria del embarazo se realice con 22 semanas o más de edad gestacional se registrará como “Parto” y se deberá diferenciar los partos vaginales inducidos de los partos por cesárea.

Cuando la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales se realice hasta las 21 semanas más 6 días de edad gestacional, se registrará como “aborto", diferenciando por grupos de edad gestacional específicos.

Aquellas situaciones en las que la mujer se encontrará cursando un embarazo múltiple y este se interrumpe voluntariamente por alguna de las tres causales, deberá registrarse sólo una (1) interrupción del embarazo en el caso de las cesáreas y dos o más (interrupciones) en el caso de los partos vaginales inducidos.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: Para la Causal 3 no se deben ingresar IVE de más de 14 semanas ni partos prematuros.

R.2: Para Causal 1 y Causal 2, si el producto de la gestación es un nacido vivo se debe ingresar en esta sección.

R.3: Para las Causal 1 y 2, cuando la edad gestacional sea desde la semana 22 en adelante, se debe registrar la vía del parto: distinguiendo parto vaginal inducido del parto por cesárea.

R.4. El número total de interrupciones del embarazo por Ley 21.030, tanto partos como abortos deben estar contenidos en todas las secciones que corresponda.

R.5: Los recién nacidos atendidos en una IVE también deberán ser registrados en la sección que corresponda.

X.8) SECCIÓN G: INFORMACIÓN RECIÉN NACIDOS

X.8.1 SECCIÓN G.1: RECIÉN NACIDOS VIVOS Y FALLECIDOS SEGÚN PESO AL NACER

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido (vivo o fallecido) hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida postnatal importante de peso.

La clasificación de los nacidos vivos según el peso al nacer es:

- Menos de 500grs.

- De 500 a 999 grs.
- De 1.000 a 1.499 grs.
- De 1.500 a 1.999 grs.
- De 2.000 a 2.499grs.
- De 2.500 a 2.999 grs.
- De 3.000 a 3.999 grs.
- De 4.000 y más grs.

Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC): Corresponde a la detección precoz de Fenilquetonuria e Hipotiroidismo Congénito Neonatal que tiene como objetivo prevenir el retardo mental que producen estas dos enfermedades si son detectadas y tratadas desde el período neonatal.

Toma de muestra: Corresponde al examen de sangre que debe ser tomado desde las 40 horas de vida cumplidas del recién nacido, idealmente a partir de las 48 horas. En el caso del recién nacido prematuro de 36 a 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al 7º día de edad y en prematuros con edad gestacional inferior o igual a las 35 semanas, la muestra se tomará a los 7 días de edad, y posteriormente se deberá repetir a los 15 días de edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número total de recién nacidos, vivos o fallecidos según peso en gramos al nacer. En las últimas columnas se debe registrar la toma de muestras efectuadas para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC), según la normativa establecida por el Programa Nacional de Búsqueda Masiva de Fenilquetonuria e hipotiroidismo congénito neonatal.

En “primeras muestras” se registrará el primer examen que se realice al recién nacido, y debe ser consistente con el Total de nacidos vivos según peso al nacer en el mes del informe.

En las “muestras repetidas” corresponde registrar todas las muestras que se realicen posterior a la primera, ya sea por repetición o confirmación de la muestra.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de Primeras Muestras no debe ser mayor al Total

R.2: El total de Muestras Repetidas no debe ser mayor al Total

X.8.2 SECCIÓN G.2: RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal.

Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o, por el contrario, ocultas, hereditarias o no, únicas o múltiples.

La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número total de Nacidos Vivos o de Nacidos Fallecidos, que hayan presentado alguna malformación congénita.

REGLAS DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

X.8.3 SECCIÓN G.3: APGAR MENOR O IGUAL A 3 AL MINUTO Y APGAR MENOR O IGUAL A 6 A LOS 5 MINUTOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Test de Apgar: Es la evaluación clínica que se le realiza al recién nacido en el momento de nacer al minuto y a los 5 minutos de vida. En él se evalúan 5 parámetros a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 y 2.

En la columna “menor o igual a 3 (<=3) al minuto”, corresponde el número total de Recién Nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 3 al minuto.

En la columna “menor o igual a 6 (<=6) a los 5 minutos”, corresponde el número total de Recién Nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 6 a los 5 minutos.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Se debe registrar los Test de Apgar realizados, en la primera columna Apgar “menor o igual a 3 al minuto”, y en la segunda columna de sebe registrar Apgar “menor o igual a 6 a los 5 minutos”.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

X.9) SECCIÓN H: ESTERILIZACIONES SEGÚN SEXO (*)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esterilización en mujeres: Corresponde a un procedimiento para una mujer para producir su esterilidad permanente.

Esterilización en hombres: Corresponde a una intervención quirúrgica que pone fin a la fertilidad masculina de forma permanente (vasectomía).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres como en hombres realizadas en el periodo, desagregadas por grupo de edad e independiente de la causa de ésta. En las esterilizaciones en mujeres se incluye también las realizadas durante una cesárea.

REGLAS DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

X.10) SECCIÓN I: EGRESOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Total de egresos: Corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo y los egresos de recién nacido del servicio clínico de neonatología.

Egresos con lactancia materna exclusiva: Corresponde a los RN vivos al egreso de la hospitalización, con indicación de lactancia materna exclusiva, sin otros líquidos y sin indicación de fórmulas o sustitutos de leche materna S.O.S. (exceptuando la administración de vitaminas, minerales o medicamentos en formas de gotas o jarabe (medicamente justificado)).

Serología positiva a VIH o HTLV-1: Tanto el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el Virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) son infecciones virales que, por su mecanismo de transmisión y de acuerdo con lineamientos ministeriales vigentes, requieren que se suspenda la lactancia materna con el fin de evitar la transmisión madre a hijo/a.

Egresados que mantuvieron lactancia materna exclusiva durante la hospitalización y al alta: Corresponde a los RN vivos que egresan con lactancia materna exclusiva, que no recibieron ningún otro tipo de alimentación durante la hospitalización (tales como suero glucosado al 5%, fórmula láctea, entre otros); exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Ley 21.155: Esta ley establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio, y releva el derecho preferente del hijo ser amamantado directamente por su madre, salvo que por indicación médica o decisión de la madre se resuelva lo contrario; es decir, reconoce la autonomía de la madre en la decisión de amamantar.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección se registrarán los egresos de recién nacidos desde "la maternidad" con lactancia materna exclusiva y aquellos que, por algunas razones médicas justificadas o por lo indicado en la Ley 21.155, no serán amamantados con leche materna. Lo anterior, indicando si pertenecen a pueblos originarios o si corresponde a recién nacidos hijos de madres migrantes.

Egresados con lactancia materna exclusiva: Se registra el total de recién nacidos que al momento del alta están siendo alimentados con leche materna exclusivamente.

Egresados que mantuvieron lactancia materna exclusiva durante la hospitalización y al alta: Se registra el total de recién nacidos que fueron alimentados desde el nacimiento hasta el momento del alta con leche materna exclusivamente.

Egresados con madres serología positiva (VIH): Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres presentan serología positiva a VIH.

Egresados con madres serología positiva (HTLV-1) Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres presentan serología positiva a HTLV-1

Egresados con madres acogidas a la ley 21.155: Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres se hayan acogido a su derecho según lo indica la ley 21.155.

Total de egresos: Se registra el total de recién nacidos egresados de la maternidad y neonatología

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: Los egresos con lactancia materna exclusiva durante la hospitalización y al alta no pueden ser mayores al total de egresos con lactancia materna exclusiva.

R.2: El total de pueblos originarios y migrantes debe ser igual o menor a la suma entre los egresos de maternidad y neonatología, según tipo de alimentación.

X.11) SECCIÓN J: TIPOS DE LACTANCIA EN NIÑOS Y NIÑAS AL EGRESO DE LA HOSPITALIZACIÓN

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Lactancia Materna Exclusiva: consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses únicamente (100%) de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Materna / Lactancia Artificial (LM /LA): Consiste en la alimentación que recibe el Lactante menor a 6 meses, cuyos volúmenes de Lactancia Materna y Formula Láctea, se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la Lactancia Materna predominante (entre 50% y 90% de Lactancia Materna), y Fórmula predominante (entre un 10% y 49,9% de Lactancia Materna). No incluye la administran de otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Formula Láctea (FL): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de lactancia materna sea menor al 10%. No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia materna exclusiva con sólidos: Consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta únicamente de Lactancia Materna (como aporte lácteo) complementada con sólidos (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

Lactancia materna/fórmula láctea más sólidos: Consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta de Lactancia Materna y Formula Láctea (en cualquier proporción) complementada con sólidos (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

Fórmula láctea más sólidos: Consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta exclusiva de Formula Láctea (como aporte m lácteo) complementada con sólidos (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección, se registra el tipo de alimentación láctea presente en los menores que asisten a control programático del 1°, 3°, 6°, 12° y 24° meses de edad, segregados por sexo.

Además, se debe registrar si los usuarios son pertenecientes a pueblos originarios y/o migrantes.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: Los niños y niñas pertenecientes a pueblos originarios y/o migrantes deben ser menor o igual que el total ambos sexos.

X.12) SECCIÓN K: TAMIZAJES DEL RECIÉN NACIDO

X.12.1 SECCIÓN K.1: TAMIZAJE METABÓLICO

DEFINICIONES CONCEPTUALES

El Ministerio de Salud ha implementado, desde el año 1992, el Programa Nacional de Búsqueda Masiva para diagnóstico de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC). Este consiste en la toma de muestra de sangre del recién nacido para el diagnóstico precoz de estas ambas patologías, lo que ha contribuido a prevenir la discapacidad que ambas enfermedades producen si no son detectadas y tratadas desde el período neonatal, mejorando la calidad de vida de los niños y niñas afectadas.

Para esta toma de muestra se deben tener presente 3 criterios principales: Edad gestacional pediátrica, horas de vida del niño/a y tiempo que ha pasado desde que inició la alimentación enteral.

Para los recién nacido con 38 semanas y más, debe ser tomado desde las 40 horas de vida y con al menos 24 horas de alimentación enteral.

En el caso del recién nacido prematuro de 36 a 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al 7º día de edad. Si el recién nacido no se está alimentando por vía enteral se debe registrar en tarjeta de examen.

En recién nacidos con edad gestacional igual a las 35 semanas, la muestra se tomará a los 7 días de edad, y posteriormente se deberá repetir a los 15 días de edad. Si el recién nacido no se está alimentando por vía enteral se debe registrar en tarjeta de examen.

Fibrosis quística: Actualmente existe un programa piloto de screening de fibrosis quística en algunos establecimientos de la red pública de salud. Este screening permite el diagnóstico precoz para el abordaje oportuno de la patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se deberá registrar el total de recién nacidos a los cuales se les tomó la muestra para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC).

Primeras muestras: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les toma la primera muestra para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC).

Exámenes de segunda punción: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les debe tomar una segunda muestra, ya sea por repetición o confirmación de esta.

Segunda muestra en menores de 36 semanas: Se registrarán el total de recién nacidos menos de 36 semanas a los cuales se les tomó una segunda muestra según lo indica la normativa establecida por el Programa Nacional de Búsqueda Masiva de Fenilquetonuria e hipotiroidismo congénito neonatal.

Exámenes alterados: Se registrará el total de exámenes que sean reportados al establecimiento como "alterados".

Fibrosis quística: Se registrará, en los establecimientos que cuenten con el piloto, el total de recién nacidos a los que se les ha tomado una muestra para el screening de fibrosis quística.

Se registra el número de tamizajes alterados, realizados a recién nacidos, desagregados según edad, pueblos originarios y migrante.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de recién nacidos tamizados debe ser igual o menor que el número total de recién nacidos vivos reportado en la sección K.1

X.12.2 SECCIÓN K.2: TAMIZAJE AUDITIVO

DEFINICIONES CONCEPTUALES

La hipoacusia se define como la condición en la cual se produce una disminución parcial o total en la capacidad para detectar ciertas frecuencias e intensidades del sonido, la que puede ser de causa congénita o adquirida.

El tamizaje auditivo permite un diagnóstico precoz de la hipoacusia, lo que reduce la discapacidad a tal punto que el niño puede hacer su vida prácticamente normal, la rehabilitación además es breve a diferencia cuando se hace el diagnóstico tardío en que luego de una larga rehabilitación, quedan con una discapacidad de por vida.

El tamizaje auditivo se realiza dentro de los primeros 3 meses de vida, principalmente en los Servicios de Obstetricia y Neonatología, utilizando el examen Emisiones Otoacústicas (EOA) a los Recién Nacidos (RN) sin factor de riesgo, y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral automatizados (PEATa o AABR) a los RN con algún factor de riesgo.

Los factores de riesgo a considerar se encuentran definidos en la Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral del RN en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología (MINSAL, 2015).

Cuando estos exámenes están normales se informa PASA, por el contrario, cuando resultan alterados, se informan cómo REFIERE.

En el caso de salir alterado (REFIERE) cualquiera de estos 2 exámenes, se realiza un segundo examen de tamizaje con PEATa (Retamizaje).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Total de Recién Nacidos Tamizados: Se registra el número total de recién nacidos vivos o lactantes menores de 3 meses con tamizaje auditivo realizado.

Tamizaje: Se deberán registrar el número de recién nacidos vivos o lactantes a los cuales se les realizó un primer tamizaje (independiente del examen realizado, EOA o PEATa).

Retamizaje: Se deberá registrar el número de recién nacidos vivos o lactantes que requirieron y se les hizo la toma de un retamizaje o 2º tamizaje.

Se desagrega el total de recién nacidos vivos o lactantes pertenecientes a pueblos originarios a quienes se les realizó el primer tamizaje, independiente del examen realizado.

Recién Nacidos referidos por tamizaje alterado: Se debe registrar el número total de recién nacidos vivos o lactantes tamizados que son referidos el tamizaje auditivo (resultado alterado). En la primera columna se registra aquellos que son referidos en el primer tamizaje y en la segunda aquellos que REFIEREN el retamizaje o 2º tamizaje.

Se desagrega el número de recién nacidos vivos o lactantes pertenecientes a pueblos originarios que son referidos el primer tamizaje.

Total Exámenes Realizados: Se registra el número de exámenes de tamizaje realizados en el establecimiento, en diferentes unidades clínicas: servicio de la maternidad (puerperio), servicio de neonatología y servicio de otorrinolaringología y desagregados por tipo de examen: emisiones otoacústicas (EOA) o potenciales automatizados de tronco cerebral (PEATa/AABR).

En el caso del servicio de otorrinolaringología corresponden solo a exámenes realizados antes de los 6 meses de vida.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de recién nacidos y lactantes con retamizaje debe ser igual o menor al total de recién nacidos con 1º tamizaje

R.2: El total de recién nacidos vivos y lactantes tamizados con retamizaje debe ser igual o menor al total del número de recién nacidos vivos y lactantes que REFIEREN el primer tamizaje.

X.12.3 SECCIÓN K.3: TAMIZAJE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

La saturometría u oximetría de pulso es el método usado en los establecimientos de la red pública de salud como screening neonatal de cardiopatías congénitas críticas.

Por medio de la utilización de un oxímetro de pulso se mide la saturación de oxígeno en la mano derecha (pre-ductal) y alguno de los pies (post-ductal), lo que permite identificar diferencias de saturación significativas que puedan indicar la presencia de alguna anomalía congénita de origen cardiaco.

Este screening no reemplaza a los otros métodos de pesquisa: Ecografía antenatal y Examen por el Neonatólogo. Con la correcta realización combinada de los tres métodos se obtienen los mejores resultados de diagnóstico precoz.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el total de recién nacidos a los cuales se le realizó el screening de saturometría según el lugar de realización (Maternidad o Neonatología) y se debe indicar, de ellos, cuantos fueron derivados a cardiología por hallazgos sugerentes de cardiopatía.

Los procedimientos y la toma de decisión clínica se deben realizar de acuerdo con lo indicado en la Norma Técnica N° 194 para la atención integral del recién nacido en la unidad de puerperio, en Servicios de Obstetricia y Ginecología.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de RN referidos a cardiología en cada una de las unidades debe ser igual o menor al total de recién nacidos tamizados.

XI) HOJA URGENCIAS: ATENCIONES DE URGENCIA

Es la atención médica integral de Emergencia/Urgencia, otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención abierta o cerrada, al Servicio de Urgencia. Se registran todas las actividades de las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

Emergencia: Es aquella atención de salud no postergable, definida así, por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.

Urgencia: Es la solicitud demandada por la población a partir de la percepción de que la atención de su problema de salud no puede ser pospuesta.

XI.1) SECCIONES DE LA HOJA URGENCIAS

Sección A: Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia de la red privada

Sección B: Categorización de pacientes, previa a la atención médica

Sección C: Atenciones realizadas por médicos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria

Sección D: Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Sección E: Pacientes fallecidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Sección F: Atenciones médicas asociadas a violencia: caracterización de la víctima

Sección F.1: Atenciones médicas asociadas a violencia: caracterización del agresor y su relación con la víctima registrada en Sección F

Sección G: Atenciones por anticoncepción de emergencia

Sección H: Motivos de atención por emergencia obstétrica al servicio de Urgencia

Sección I: Atenciones en urgencia por violencia sexual

Sección J: Atenciones médicas por violencia sexual con realización o indicación de peritaje

Sección K: Atenciones de urgencia asociadas a lesiones autoinfligidas

Sección L: Atenciones en Servicio de Urgencia asociados a Mordedura de Animales

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP URGENCIAS:

XI.2) SECCIÓN A: ATENCIONES REALIZADAS EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE LA RED PRIVADA

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Atención Médica Niño y Adulto: Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención de urgencia.

Atención médica gineco-obstetra: Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención Gineco obstétrica de Urgencia.

Atención por Matrón(a): Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención Gineco obstétrica de Urgencia (recepción maternal).

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Se registrará el número de atenciones médicas, gineco-obstetra y de matronas(es), realizadas en la Unidad de Emergencia hospitalaria de los establecimientos privados, desagregadas por grupos de etario y sexo.

Independientemente de que un paciente sea visto por distintos profesionales durante su atención de urgencia, se registrará como “atención de urgencia” a aquellos reciban un alta del proceso, ya sea a hospitalización, fallecimiento, traslado u alta a domicilio.

Esto implica que en caso de pacientes que son vistos por dos o más médicos en la misma Unidad de Emergencia, se registrará como una sola atención.

Si un paciente es atendido(a) por otro profesional no médico y requiere atención por Médico, sólo se registrará la atención médica, es decir, el profesional no médico SOLO se registra cuando es atención única.

Si el paciente tiene más de una atención por un profesional no Médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

La medición de procedencia excluye la consulta espontánea a los servicios de urgencia, por lo que, la diferencia de las atenciones totales y registro de procedencia corresponden a esta variable.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de atenciones médicas debe ser coincidente con la sección B (total categorización).

XI.3) SECCIÓN B: CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES, PREVIA A LA ATENCIÓN MÉDICA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a la priorización o categorización de los pacientes que acuden a estas unidades, de acuerdo con criterios de gravedad de los mismos.

La categorización se define como:

C1 (emergencia vital): Evaluación y manejo simultáneo inmediato (sin tiempo de espera). Por su condición de riesgo vital y hemodinamia inestable, el paciente es directamente reanimado.

C2 (emergencia evidente-emergencia médica): Paciente con compromiso vital evidente y hemodinamia alterada. Por su condición, el paciente debe ser estabilizado.

C3 (urgencia-emergencia médica relativa): Paciente con hemodinamia inestable o compromiso neurológico o de patrón respiratorio evidente. Por su condición, el paciente debe ser tratado.

C4 (urgencia potencial-atención médica de urgencia): Paciente hemodinámicamente estable que requiere un procedimiento (diagnóstico o terapéutico) asociado. Por su condición, el paciente debe ser evaluado.

C5 (consulta general): Toda situación clínica de manifestación espontánea y/o prolongada capaz de generar solo malestar y contrariedades generales en el paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar a todos los pacientes atendidos, según sexo y grupo etario, excluyendo atención de urgencia obstétrica, atendidos en la Unidad de Emergencia Hospitalaria, categorizados mediante el “selector de demanda” que debe ser registrado en la hoja Dato de Atención de Urgencia (DAU), desglosados en C1, C2, C3, C4 o C5, considerando que un paciente sólo puede ser registrado en una categoría. Si es omitida la categorización por el “selector de demanda” debe registrarse “sin categorización”.

Esta actividad es realizada previamente a la consulta médica de urgencia.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: Si se categoriza en más de una ocasión, se debe registrar sólo la 1ª categorización.

R.2: Para efectos de esta sección sólo se deben informar las categorizaciones a los pacientes que tuvieron efectivamente una atención.

XI.4) SECCIÓN C: ATENCIONES REALIZADAS POR MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LAS UNIDADES DE URGENCIA HOSPITALARIA

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Corresponde a las atenciones médicas realizadas por especialistas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

Estas especialidades, en algunos casos no forman parte del staff medico de una Unidad de Urgencia, por lo que es importante llevar el registro de casos en los que se solicita la evaluación y atención de este tipo de especialistas.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registra el número de consultas o interconsultas de Urgencia/Emergencia Hospitalaria realizadas por médico especialista en la U.E.H., según las especialidades indicadas y por grupo etario.

En caso de pacientes que son vistos por dos o más médicos especialistas en la misma Unidad de Urgencia, se registrará el número de atenciones otorgadas por cada uno de los especialistas, independiente si el paciente tiene dos más atenciones de especialistas.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de las atenciones realizadas por estos especialistas o interconsultores, no se incluyen en sección A.1

XI.5) SECCIÓN D: PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN ESPERA DE CAMAS EN UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

El flujo de pacientes en las Unidades de Emergencia Hospitalaria puede finalizar en alta a domicilio, indicación de hospitalización y/o derivación a otro establecimiento.

La adecuada respuesta del establecimiento a la demanda de hospitalización de sus pacientes se mide en las horas que el paciente con indicación de hospitalización permanece en la Unidad de Emergencia (UEH), en espera para ocupar una cama hospitalaria.

Pacientes con indicación de hospitalización: Son aquellos en que el profesional médico, decide que el paciente debe acceder a una cama hospitalaria u hospitalización domiciliaria para recibir en forma inmediata atención médica, ya sea diagnóstica o terapéutica, pues de no mediar esta situación, él puede sufrir daño permanente. Esto es independiente si el paciente espera en camilla, silla u otros. Lo importante es la indicación de hospitalización.

Pacientes que ingresan a cama hospitalaria / hospitalización domiciliaria según tiempo de demora al ingreso: Corresponde al tiempo que transcurre entre la hora de indicación de hospitalización y la hora en que el paciente ingresa al servicio clínico de destino, ocupando una cama hospitalaria.

Se han definido como tiempos de demora al ingreso, los siguientes periodos:

- Menos de 12 horas
- 12-24 horas
- Mayor a 24 horas

Aquellos pacientes que no se hospitalizan, habiendo recibido la indicación de hospitalización, se registran de acuerdo con las siguientes categorías:

Pacientes que rechazan la hospitalización: Corresponde a aquellos pacientes que, a pesar de haber recibido la indicación médica de hospitalizarse en ese establecimiento, rechazan la hospitalización, ya sea para regresar a su hogar o para gestionar particularmente la hospitalización en otro establecimiento.

Pacientes derivados a otro establecimiento: Corresponde a aquellos pacientes que, recibido la indicación médica de hospitalizarse en ese establecimiento, por motivos de oferta del hospital o de mayor capacidad resolutiva de su problema, se decide derivar a otro establecimiento de la red. Esta derivación debe ser gestionada por el establecimiento que decide la indicación de hospitalización y la derivación.

Pacientes que permanecen en UEH: Corresponde a aquellos pacientes que, a pesar de haber recibido la indicación médica de hospitalizarse en algún área funcional del establecimiento, no accedieron a una cama hospitalaria y fueron dados de alta desde la misma Unidad de Emergencia Hospitalaria una vez resuelta su etapa aguda.

Pacientes que ingresa directamente a proceso quirúrgico: Corresponde a aquel paciente que recibió la indicación médica de hospitalización en la UEH y por el cuadro clínico fue derivada directamente a pabellón, sin acceder aún a una cama hospitalaria.

Estos pacientes son prioritarios, y no deben esperar para ingresar a cama hospitalaria.

Esta sección excluye los pacientes que tienen indicación de hospitalización para el área funcional de obstetricia.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Se debe registrar el número de pacientes con indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

Los pacientes hospitalizados (a cama de dotación /cupo domiciliario) se registran según tiempo de espera, desde la indicación de hospitalización hasta el ingreso a sala o hasta el ingreso a domicilio, estos datos se sugieren que sean proporcionados por la unidad de gestión de camas y el de Hospitalización Domiciliaria respectivamente.

La información de los pacientes que no se hospitalizan (por rechazo de hospitalización, por traslado a otro establecimiento, por permanecer aún en UEH y por ingresar directamente a proceso quirúrgico), se sugiere que sea proporcionada por la UEH del establecimiento.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: La suma de los pacientes según tiempo de demora al ingreso, más todos los pacientes que no se hospitalizan dará cuenta del número total de pacientes con indicación de hospitalización en una UEH.

R.2: Los pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico no deben ser desagregados por “pacientes que ingresan a cama hospitalaria según tiempo de demora al ingreso”

XI.6) SECCIÓN E: PACIENTES FALLECIDOS EN UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a pacientes que fallecen en la unidad de urgencia del establecimiento.

Pacientes fallecidos en espera de atención medica: Corresponde a aquellos pacientes que habiendo sido ingresados y registrado en DAU, no alcanzan a recibir la atención médica, por presentar un paro cardiorrespiratorio con resultado de muerte, independiente de haber sido categorizado y de haber recibido atención del paro cardiorrespiratorio una vez identificado que el paciente se encontraba en condición de paro.

Pacientes fallecidos en proceso de atención: Corresponde a aquellos pacientes que, iniciada la atención médica, fallecen previo al alta o indicación de hospitalización u otro procedimiento.

Pacientes fallecidos en espera de cama hospitalaria: Corresponde a aquellos pacientes con indicación de hospitalización, fallece esperando ingresar a una cama hospitalaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registran los pacientes fallecidos, según el proceso en el que se encontraban de la atención médica según sexo y edad. Se debe identificar, además, cuántos de estos usuarios eran Beneficiarios/as FONASA.

La información de los pacientes que fallecen debe ser proporcionada por la Unidad de Emergencia Hospitalaria, a través del DAU, cuyo registro de horas de atención, procedimientos e indicaciones médicas permitirá monitorear esta situación.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XI.7) SECCIÓN F: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA: CARACTERIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a las atenciones médicas asociadas a violencia, según definiciones de la ley N° 20.066

Violencia: Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS)

Violencia intrafamiliar (VIF): Todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él.

También es violencia intrafamiliar si la víctima es pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive del ofensor, su cónyuge o su actual conviviente. Esto implica que es VIF cuando se ejerce contra padres, madres, hijos e hijas, las y los hermanos, abuelas y abuelos, nietas, nietos, tías, tíos, las y los sobrinos, bisabuelos y bisnietos. Los familiares pueden ser consanguíneos, es decir, que comparten sangre, o parientes políticos, que sería la familia del cónyuge o conviviente.

Se da además cuando esta conducta ocurre entre los padres de un hijo común, o sobre un menor de edad, adulto mayor o persona con discapacidad que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Otras violencias: Uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo.

Violencia de género (excluye violencia intrafamiliar): Consiste en actos violentos o de agresión dirigidos a las personas en razón de su género y se basa en una asimetría de poder sustentada en un sistema donde las mujeres, niñas y diversidades sexo genéricas deben ser y comportarse de ciertas formas determinadas socialmente, debiendo enfrentarse a opresiones y situaciones de violencia que se expresan de diversas maneras. Estas manifestaciones de violencia pueden ocurrir desde muy temprana edad, afectando a niñas y adolescentes, y en cualquier espacio social, sea público (establecimientos educacionales, institutos, universidades, transporte público, colectivo, espacios públicos recreacionales o deportivos, clínicas, hospitales, oficina y otros lugares de trabajo, la calle, etc.), privado (viviendas, sean propias o de familiares o amistades), o incluso en el ámbito simbólico (sexismo, perpetuación de estereotipos, medios de comunicación) manifestándose a lo largo de todo el ciclo vital.

Tipos de lesiones:

- Lesiones traumatológicas: Fractura, por ejemplo: Muñeca, brazo y codo, Luxación de codo, daño de ligamentos de dedo de la mano.
- Lesiones odontológicas: Luxación Dentaria, Fractura Coronaria con o sin compromiso pulpar y/o Avulsión Dentaria.
- Lesiones Contusionales: Aplastamiento, mordeduras, quemaduras, asfixia, estrangulación, ahorcadura, puñetazos, patadas.
- Lesiones por arma: Heridas por arma blanca o por arma de fuego.
- Signos y síntomas psicológicos: las víctimas de violencia en general; y aquellas víctimas de violencia de género en particular presentan consecuencias psicológicas en mayor proporción que las personas que no viven violencia (Colque, 2020, p.1)1 y, que, además, son superiores a los que presentan los pacientes psiquiátricos ambulatorios (Colque, 2020, p.15). Entre los síntomas psicológicos más frecuentes se encuentran: síntomas depresivos, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), ansiedad, trastornos del sueño, síntomas somáticos, comportamiento suicida o crisis de pánico2. Según señala el Protocolo de Estambul3 (2009), los síntomas psicológicos a menudo son más prevalentes y duraderos que los físicos, e incluso pueden mantenerse a largo plazo (p.6). Finalmente, cabe mencionar que la ausencia de estos síntomas en el momento de la evaluación inicial en un servicio de urgencia no invalida el relato de la persona afectada. La ausencia de síntomas psicológicos asociados puede deberse a “la naturaleza frecuentemente

episódica o retardada del TEPT o a síntomas de negación por vergüenza o a otras dificultades" (p.42)

- Sin lesiones constatables: Lesiones en que no existe evidencia física observable.

Diversidad Sexual: Hace referencia a la multiplicidad de expresiones del género y la sexualidad incluyendo a toda la diversidad de sexo, orientaciones sexuales e identidades de género, sin especificar cada una de ellas.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por edad, sexo. Para registrar violencia intrafamiliar se debe excluir cualquier tipo de violencia contra la mujer y registrar solo la violencia hacia las otras personas (familiares) mencionadas en la definición. Al registrar violencia de género, se debe considerar cualquier tipo de violencia contra la mujer y diversidades sexo-genéricas

Además, se debe registrar, el tipo de lesión causada a la víctima (traumatológica, odontológica, contusional, por arma o psicológica), o si no existen lesiones constatables. El registro de los tipos de lesiones será independiente al número de atenciones realizadas, ya que una persona puede sufrir lesiones de distinto tipo.

Por último, se debe indicar si las atenciones fueron realizadas a niños, niñas, adolescentes o jóvenes del SENAME o Mejor Niñez, a personas de la diversidad sexo genérica, gestantes, pueblos originarios o migrantes. Todos deben estar desagregadas también en los grupos de edad correspondientes.

En esta sección deben registrar todos aquellos establecimientos que otorgan atención de urgencia (UEH u otro excepcional).

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de atenciones realizadas a niños, niñas, adolescentes o jóvenes del SENAME o Mejor Niñez, a personas de la diversidad sexo genérica, gestantes, pueblos originarios o migrantes deben ser menor o igual al total ambos sexos.

XI.8) SECCIÓN F.1: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA: CARACTERIZACIÓN DEL AGRESOR Y SU RELACIÓN CON LA VÍCTIMA REGISTRADA EN SECCIÓN F

Definiciones conceptuales

Corresponde a las características de el/los agresores/es de las/los usuarios atendidos y registrados en la sección F.

El/las/los agresores se clasifican según el punto de vista de la relación con la víctima:

- Pareja / Expareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).
- Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, de la víctima o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)
- Se pueden clasificar también desde el punto de vista de su conocimiento con la víctima:
- Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).
- Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tenga ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se deben registrar las características del agresor, desagregando el tipo de violencia ejercida, el sexo de este y su relación con la víctima.

En esta sección deben registrar todos aquellos establecimientos que otorgan atención de urgencia (UEH, u otro excepcional).

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: La suma de las columnas pareja/expareja y familiar, debe ser coincidente con la suma del sexo del agresor en la fila “Violencia intrafamiliar”.

R.2: La suma de las columnas conocido/a y desconocido/a, debe ser coincidente con la suma del sexo del agresor, en la fila “Otras violencias”.

R.3: La suma de las columnas pareja/expareja, familiar, conocido y desconocido deben ser coincidentes con la suma del sexo del agresor, en la fila “Violencia de género”.

XI.9) SECCIÓN G: ATENCIONES POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Es la atención que solicitan en forma voluntaria las mujeres en la unidad de emergencia, entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por Médico y Matrón/a que ocurre en la Unidad de Emergencia del establecimiento de salud, con y sin entrega de anticonceptivo, desagregadas según edad.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XI.10) SECCIÓN H: MOTIVOS DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA AL SERVICIO DE URGENCIA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a las embarazadas que consultan a urgencia por alguna emergencia obstétrica, según las patologías definidas por el programa. No incluye los traslados de un establecimiento a otro.

Las patologías clasificadas en este nivel son: Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome Hipertensivo del Embarazo SHE, Retardo en el Crecimiento Intrauterino RCIU, HELLP (Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetopenia), Parto Prematuro, Hemorragia I, II y III Trimestre, Rotura Prematura de Membrana, otras patologías (HTA, crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.) y trabajo de parto sin patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registra el motivo de consultas de embarazadas por una emergencia obstétrica a la UEH.

Se registra la patología principal por la que consultó, es decir la asociada a los síntomas que generaron la atención en la UEH, es decir una consulta, una patología.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XI.11) SECCIÓN I: ATENCIONES EN URGENCIA POR VIOLENCIA SEXUAL

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde a las atenciones por violencia sexual, en las Unidades de Emergencia. Cada una de ellas se desagrega en ocurridas a:

- **72 horas o menos:** Agresión sexual realizada hace 72 horas o menos. Se debe administrar profilaxis de VIH e ITS y vacuna anti-hepatitis B. Si corresponde, se debe entregar anticoncepción de emergencia.
- **Más de 72 horas:** Agresión sexual realizada en un tiempo superior a 72 horas. Se puede entregar anticoncepción de emergencia hasta 120 horas post agresión.

El victimario puede clasificarse en:

- Pareja / Expareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).
- Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)
- Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).
- Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tenga ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Diversidad Sexual: Hace referencia a la multiplicidad de expresiones del género y la sexualidad incluyendo a toda la diversidad de sexo, orientaciones sexuales e identidades de género, sin especificar cada una de ellas.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupo etario y sexo.

Se debe consignar el número de usuarias que recibieron anticoncepción de emergencia y las que no la recibieron. Además, aquellas victimas a su vez recibieron profilaxis VIH y/o ITS y hepatitis B

Exclusivamente en víctimas de 18 o más años, se debe registrar la relación con el victimario y según sexo. Se excluye el dato en el caso de menores de 18 años, dado que la ley 21.057, expresa que está prohibido preguntar sobre los hechos ocurridos y antecedentes sobre el agresor.

Pareja / Expareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).

Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)

Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tenga ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: La sumatoria de las columnas relacionadas con victimario debe ser concordante con el total y a su vez, éstas con su detalle por hombre y mujer, en el caso de víctimas de 18 años o más.

XI.12) SECCIÓN J: ATENCIONES MÉDICAS POR VIOLENCIA SEXUAL CON REALIZACIÓN O INDICACIÓN DE PERITAJE.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Las atenciones médicas con peritaje realizadas por violencia sexual en las unidades de Emergencia, puede ser realizada por médicos con o sin especialidad, si el fiscal así lo determina. Sin embargo, lo óptimo es que este peritaje sea realizado por médicos peritos en sexología forense, con el objetivo de mejorar la pesquisa sexológica forense, evitando de esta manera la victimización secundaria en personas que sufren delitos sexuales, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

Esta sección se desagrega por tipo de atención:

Atención por Médicos Peritos: Atención ejecutada por médicos que han realizado la formación en peritaje forense y que obligatoriamente deben estar inscritos en "Registro Nacional de Peritos en Sexología Forense". La atención de estos especialistas puede estar dada de dos formas:

Atención otros Médicos: Atención realizada por médicos con o sin especialidad determinada, que no están inscritos en el "Registro nacional de Peritos en Sexología Forense" y que, a propósito de la indicación del fiscal de turno, debe realizar el peritaje.

De Turno: Se refiere a médicos inscritos en el "Registro Nacional de Peritos en sexología Forenses", que realizan la atención, estando en su jornada de contrato laboral.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde a la prestación de Médicos-Peritos Forenses, y/u otros Médicos de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, que, por indicación del fiscal, deben realizar peritaje sexológico. Realizan la prestación en su jornada laboral o en modalidad de llamada.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de esta sección debe ser menor o igual al total de la sección I.

XI.13) SECCIÓN K: ATENCIONES DE URGENCIA ASOCIADAS A LESIONES AUTOINFLIGIDAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponden a las atenciones en que se detecta que el paciente se ha autoprovocado daño con o sin intención de suicidarse.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Corresponde registrar las atenciones otorgadas a pacientes que presentan lesiones autoinfligidas, sin distinción del profesional médico o no médico que otorgue la atención. Se deberá registrar según grupo de edad y sexo.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XI.14) SECCIÓN L: ATENCIONES EN SERVICIO DE URGENCIA ASOCIADOS A MORDEDURA DE ANIMALES

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Mordeduras: Heridas provocadas por un animal cuando clava sus dientes en una zona del cuerpo (única) o en varias (múltiples).

La mordida puede ser provocada por distintos animales, entre los que destacan: perros, gatos, animales silvestres, roedores o animales de abasto, murciélagos, entre otros, siendo estos últimos la principal fuente de infección en los casos mortales de rabia en las Américas

La rabia es una de las enfermedades desatendidas que afecta principalmente a poblaciones pobres y vulnerables que viven en zonas rurales remotas. Aunque hay inmunoglobulinas y vacunas para el ser humano que son eficaces para la prevención y el tratamiento, las personas que las necesitan no tienen fácil acceso a ellas. En general, las muertes causadas por la rabia raramente se notifican, y los niños de 5 a 14 años son víctimas frecuentes.

La transmisión a ser humano por mordedura de perros rabiosos se ha interrumpido casi por completo. Los casos mortales en humanos por contacto con zorros, mapaches, mofetas, chacales, mangostas y otros huéspedes carnívoros salvajes infectados son muy raros, y no hay casos conocidos de transmisión a través de mordeduras de roedores.

También puede haber transmisión al ser humano por contacto directo con mucosas o heridas cutáneas recientes con material infeccioso, generalmente saliva. La transmisión de persona a persona por mordeduras es teóricamente posible, pero nunca se ha confirmado.

La administración de vacuna antirrábica oportunamente interrumpe el período de incubación y exitosamente evita el cuadro clínico cuando es completado antes del inicio de síntomas.

Hay vacunas antirrábicas que se pueden utilizar como inmunización anterior a la exposición. Se recomienda administrarlas a personas que tengan ocupaciones de alto riesgo, como el personal de laboratorio que trabaje con el virus, aquellos que trabajan en programas de lucha contra las zoonosis, los guardabosques, entre otros. También se debe considerar la posibilidad de vacunar a los niños que residan o visiten zonas de alto riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se registrarán todas las atenciones por mordeduras que fueron provocadas por un animal susceptible de contraer rabia y las exposiciones a murciélago, desagregadas por rango etario, por el tipo de mordedura (única o múltiple) y por la indicación de vacuna.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: La indicación de vacuna debe ser igual o menor que el total de ambos sexos.

R.2: El total de las atenciones por tipo de mordedura debe ser coincidente con la suma de ambos sexos.

XII) REMASEP B1: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP B1

XII.1) SECCIÓN A: RESUMEN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN Y GRUPO DE EDAD

DEFINICIONES OPERACIONALES

En estas secciones corresponde registrar las intervenciones quirúrgicas de acuerdo con sus diferentes clasificaciones, detalladas en las definiciones conceptuales

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Intervención quirúrgica: Conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

Cirugía electiva: Es la intervención quirúrgica que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo.

Intervención quirúrgica mayor: Es una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que conlleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional.

Intervención quirúrgica menor: Es la intervención quirúrgica diagnóstica y/o terapéutica de baja complejidad y riesgo vital, con escasas complicaciones, realizada bajo anestesia local y mínima medicación pre-operatoria.

Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor qué, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación. Una vez pasado el tiempo de recuperación anestésica, el paciente vuelve a su domicilio.

Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que con lleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional y que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo.

Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser

de urgencia. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación. Una vez pasado el tiempo de recuperación anestésica, el paciente vuelve a su domicilio.

Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en el quirófano y la recuperación del paciente es realizado una cama hospitalaria de dotación.

REGLA DE CONSISTENCIA:

R.1. El total de los grupos de edad debe ser coincidente con la suma de ambos sexos.

XII.2) SECCIÓN B: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Intervención Quirúrgica: Conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XII.3) SECCIONES C, D, E, F, G: EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

La sección se compone de exámenes de laboratorio y de imagenología que contribuyen al apoyo diagnóstico y terapéutico y, se realizan en establecimientos privados.

Los exámenes de laboratorio se encuentran diferenciados en los siguientes grupos:

- Hematológicos
- Bioquímicos
- Hormonales
- Inmunológicos
- Microbiológicos
- Exámenes de deposiciones exudados, secreciones y otros líquidos
- Orina

Los exámenes de imagenología se encuentran diferenciados en exámenes radiológicos simples y ecografías obstétricas y ginecológicas.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Partos, Abortos, Procedimientos de Ortopedia, de Hemodiálisis, de Diagnóstico, Terapéuticos, que se registran según la caracterización de las variables descrita en el párrafo precedente de estructura general.

Procedimientos clínicos: Son prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

XIII) REMASEP B2 ANEXO: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

En esta hoja se fusionan el total de las actividades que darán cuenta de toda la producción de los establecimientos, se incluyen exámenes de laboratorio, de imágenes, procedimientos diagnósticos, consultas de Psiquiatría y salud mental, cirugías, intervenciones quirúrgicas y actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico, toma de muestra, diálisis.

Esta hoja se encuentra actualizada de acuerdo con las modificaciones del Arancel de FONASA 2024 (MAI – MLE), y todas aquellas prestaciones que, aun no estando aranceladas son realizadas por los establecimientos.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP B2 ANEXO

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se debe registrar el número de atenciones entregadas.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XIV) REMASEP ODONTOLÓGICO: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Corresponde a las actividades odontológicas realizadas en establecimientos especializados y clínicas dentales privadas, con el objetivo de reducir la prevalencia de enfermedades bucales y mejorar la calidad de vida de la población a lo largo de su curso de vida. Contempla actividades promocionales, preventivas y recuperativas.

REMASEP OD, es el registro de todas las prestaciones odontológicas realizadas en los establecimientos que componen la Red de atención privada, ya sea de Odontología General como de Especialidades.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP ODONTOLÓGICO

XIV.1) SECCIÓN A: CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

Corresponde registrar las siguientes prestaciones:

XIV.1.1 A.1. CONSULTAS Y ALTAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Primera Consulta: Se entiende por “Primera Consulta de Odontología General” a la primera vez que el paciente consulta, en el año calendario, en el establecimiento para solicitar solución a una patología odontológica determinada, incluyéndose el ingreso a tratamiento, así como también las consultas de aquellos pacientes que se arrastran del año anterior hasta lograr el alta.

Primera Consulta de Especialidad: Es la primera consulta en el año calendario por un episodio de una patología odontológica específica, en una instancia de atención odontológica de especialidad.

Control odontológico: Es la atención que se otorga la persona, con el objeto de evaluar y mantener la salud oral integral, fomentando acciones y hábitos que contribuyan a proteger la salud bucal, identificando factores y conductas de riesgo de enfermar a través de medidas de prevención y control en forma precoz.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Primera Consulta: Registrar al paciente que concurre por primera vez a: solicitar ingresar a un tratamiento; o para un control programado (control posterior a un Alta Integral, o seguimiento). Realizar el registro según edad y sexo, condición de embarazo y migrantes.

Primera Consulta de Especialidad: Registrar considerando la especialidad. Realizar el registro según edad y sexo, condición de embarazo y migrantes.

Control Odontológico: Se incluye el control con enfoque de riesgo odontológico (CERO), control posterior al alta odontológica, control posterior al término de tratamiento, control posterior a la consulta de urgencia y control posterior a la consulta de morbilidad.

En caso de que en alguno de los controles se determine la necesidad de tratamiento rehabilitador u otro, se debe derivar a consulta de morbilidad, según sea el caso.

XIV.1.2 A.2. URGENCIAS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Consulta de Urgencia: Corresponde a la atención no programada, realizada al paciente que acude de manera espontánea y que requiere un tratamiento inmediato por alguna de las patologías de Urgencia Odontológica Ambulatoria.

Urgencia con Obturación definitiva: obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante composite u otro material de obturación estético.

Corresponde registrar como consulta de urgencia odontológica, la atención otorgada a un paciente que acude por demanda espontánea y que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar como consulta de urgencia odontológica, la atención otorgada a un paciente que acude por demanda espontánea y que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable.

XIV.1.3 A.3. ACCIONES GENERALES DE PREVENCIÓN E HIGIENE

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Se consideran actividades preventivas, entre otras, las que se definen a continuación. Para fines de registro en el formulario, se suman todas en cada grupo de edad

Aplicación de sellante en pieza permanente, Fotocurado: Es la prestación que consiste en aplicar una barrera física en las superficies dentarias para prevenir que se inicie una lesión de caries o para detener la progresión de una. Indicados en niños y niñas de alto riesgo a partir de los 4 años y en dentición permanente de acuerdo al estado eruptivo de molares y premolares, se

recomienda los sellantes de resina en dientes erupcionados y de vidrio ionómero en dientes semierupcionados.

Instrucción y control de higiene oral en Niños y Adultos: Corresponde a la instrucción y control en técnicas de higiene oral, incluyendo instrucciones de técnica de cepillado y uso de seda dental.

Aplicación flúor gel niño y adulto: Prestación que consiste en la aplicación de flúor en la superficie de 1 o más dientes, como estrategia de protección específica indicada desde el inicio de la dentición primaria y según riesgo.

Higiene y profilaxis en niños y adultos: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación de la placa bacteriana, de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Fluoración Tópica de Barniz: Es la aplicación de fluoruros realizada individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz.

Aplicación Flúor Barniz SILANO: es una capa protectora, similar a un esmalte de uñas, que se aplica sobre los dientes y ayuda a reducir el riesgo de pérdida de esmalte por la acción de microorganismos presentes en la boca, que ocasionan la caries dental.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: prestación que tiene como objetivo entregar herramientas para que el paciente y/o su cuidador(a) responsable, adquieran las habilidades necesarias para realizar un adecuado cepillado de dientes e higiene interdental, de tal forma que logre desorganizar la placa bacteriana o biofilm.

Considera el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral, esta educación debe realizarse en todo paciente que ingresa a tratamiento odontológico integral o a control con enfoque de riesgo odontológico, y puede repetirse en sesiones consecutivas, según necesidad hasta que cumpla el objetivo.

Consejería breve en tabaco: Intervención de carácter individual y personalizada, dirigida a adolescentes de 12 años y mujeres gestantes, pudiendo ampliarse a otros menores de 15 años y a adultos, con el objetivo de valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registran todas las acciones de Actividades consignadas, que el odontólogo realiza, desagregadas por grupos de edad:

Aplicación de sellantes: Se registra una prestación por cada diente sellado.

Aplicación de barniz de flúor: Se registra una fluoración por sesión de aplicación de flúor barniz en una o todas las superficies dentarias.

Profilaxis dental: Se registra una profilaxis por sesión.

XIV.1.4 A.4. ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA GENERAL

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Actividad interceptiva de anomalías dentomaxilares (OPI): Prestaciones que se desarrollan con el objetivo de prevenir, diagnosticar e interceptar anomalías dentomaxilares que se presentan durante el crecimiento y desarrollo cráneo facial y dentario. Se registra el diagnóstico, planificación de tratamiento interceptivo, controles, desgastes selectivos e instalación de aparato interceptivo para anomalías dentomaxilares.

Destartraje Supragingival y pulido coronario: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación del tártaro presente en la corona clínica del diente y la corrección de obturaciones defectuosas que afecten la integridad de los tejidos periodontales. Pulido Coronario: Corresponde a la sesión de profilaxis destinada a la eliminación de la placa bacteriana, de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Exodoncia (todos los tipos): Es la extracción de un diente temporal o definitivo, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

Procedimiento pulpar (Odontopediatría): Procedimiento ejecutado en diente primario por profesional odontopediatra, con el objetivo de mantener la integridad y salud del diente y sus tejidos de soporte, mediante recubrimientos pulpares, pulpotomías o pulpectomías.

Acceso cavitario: Está referido a acceso endodóntico o trepanación: “el acceso endodóntico es el procedimiento que considera el vaciamiento del contenido cameral y de los 2/3 cervicales de los conductos radiculares.

Restauración estética (incluye todos los tipos): Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante composite u otro material de obturación estético.

Restauración de amalgama: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas, mediante amalgama.

Obturación de vidrio ionómero: Es la obturación definitiva de un diente, en todas las superficies lesionadas, mediante vidrio ionómero.

Tratamiento restaurador atraumático (art): Tratamiento con enfoque mínimamente invasivo que incluye la extracción del tejido cariado con INSTRUMENTOS MANUALES, en general sin uso de anestesia ni equipo eléctrico, y la restauración de la cavidad dental con un material adhesivo como vidrio ionómero. Se excluyen de este procedimiento las obturaciones de vidrio ionómero

en cavidades realizadas con uso de turbina y/o micromotor. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

Procedimientos médico-quirúrgicos: Prestaciones terapéuticas del tratamiento de la Urgencia odontológica ambulatoria, tales como drenajes, suturas, prescripción de medicamentos para el control del dolor y/o infección y otras prestaciones propias del tratamiento de urgencias odontológicas.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se registran todas las acciones de Actividades consignadas, que el odontólogo realiza, desagregadas por grupos de edad:

Destartraje supragingival y pulido coronario: Se registra un destartraje por sesión.

Procedimiento pulpar: Se registra una prestación por cada diente intervenido.

Acceso cavitario: Se registra una prestación por cada diente intervenido.

Restauración estética: Se registra por cada diente obturado.

Restauración de amalgama: Se registra por cada diente obturado.

Obturación de vidrio ionómero: Se registra por cada diente obturado.

Tratamiento restaurador atraumático (art): Se registra por cada pieza en que se realizó un tratamiento restaurador atraumático.

Procedimientos médico-quirúrgicos: Se registra cada sesión en la que se realicen procedimientos médico- quirúrgicos.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: Las actividades realizadas a población embarazadas deben estar incluidas en el grupo de edad que corresponda.

XIV.2) 1.2 SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Examen y diagnóstico de especialidad (incluye a colgajo, semi incluido e incluido): Es la atención proporcionada por parte del odontólogo especialista al paciente, con el objetivo de diagnosticar el estado de salud bucal y establecer un plan de tratamiento y seguimiento.

Educación en Salud Bucal: Corresponde a las actividades destinadas a generar aprendizajes en las personas para fortalecer sus capacidades de autocuidado de la salud bucal, considera promoción de estilos de vida y prácticas saludables y prevención de enfermedades bucales.

Cirugía tercer molar: Intervenciones que conllevan a la extracción quirúrgica de un tercer molar.

Cirugía menor ambulatoria: Acto quirúrgico de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, que generalmente requiere la aplicación de anestesia local y cuya realización conlleva bajo riesgo y mínimas complicaciones post quirúrgicas.

Cirugía mayor ambulatoria: Acto quirúrgico que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional a realizarse en pacientes ASA I y II, con comorbilidades controladas y sin riesgo de descompensación, que no requerirán hospitalización.

Tratamiento de traumatismo dento alveolar: Corresponde al tratamiento de lesiones traumáticas que afectan al diente y las estructuras de soporte.

Obturación directa: Procedimiento que consiste en preparación la cavidad y colocación de material restaurador en la cavidad de forma inmediata y directa, con el fin de devolver forma y función al diente.

Obturación indirecta (inlays u onlays): Procedimiento que involucra la confección del material restaurador en laboratorio y la colocación y cementado en el diente donde previamente se ha realizado la impresión, con el fin de devolver forma y función al diente.

Instalación aparato removible ortodóncico: Procedimiento que consiste en la colocación y ajuste de aparatos removibles intraoral o extraoral.

Instalación aparato fijo ortodóncico: Procedimiento que consiste en la instalación de aparatos fijos.

Instalación aparato de contención ortodóncico: Procedimiento a través del cual, se realiza una contención fija y/o removible en el maxilar inferior y/o superior.

Retiro aparatología de ortodoncia: Procedimiento a través del cual, se retiran los aparatos fijos o removibles.

Ortopedia prequirúrgica: Procedimiento que consiste en la instalación de placas obturadoras en edades tempranas de pacientes que presentan fisura labio-palatina, para la disminución de las secuelas de esta anomalía.

Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI) (incluye Vital y no vital): Conjunto de acciones tendientes a promover hábitos favorables para el adecuado desarrollo maxilofacial y detener o atenuar, a través de acciones no invasivas, alteraciones dentomaxilares en sus primeras etapas.

Tratamiento de endodoncia unirradicular (incluye Vital y no vital): Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura el diente de un canal radicular.

Tratamiento de endodoncia birradicular (incluye Vital y no vital): Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura el diente con dos canales radiculares.

Tratamiento de endodoncia multirradicular (incluye Vital y no vital): Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura el diente con más de dos canales radiculares.

Inducción al cierre apical: Conjunto de acciones cuyo objetivo es conseguir la aposición de tejidos duros que cierren el ápice a modo de obturar el o los canales radiculares sin extrusión de los materiales al periápice.

Retratamiento de Endodoncia: Procedimientos endodónticos que consisten en la eliminación de material existente, nueva limpieza y conformación del conducto, suele realizarse cuando el tratamiento inicial es inadecuado o ha fracasado o el conducto se ve contaminado nuevamente por una exposición prolongada con el medio oral.

Cirugía apical: Intervención quirúrgica que tiene como finalidad extirpar el ápice dentario y eliminar tejidos de origen infeccioso y/o inflamatorio crónico presente en la zona.

Adaptación a la atención odontológica: Aplicación de técnicas tendientes a lograr mejoras o cambios en el comportamiento del individuo frente a la atención odontológica.

Procedimiento restaurador en Odontopediatría (todos los tipos: Resina, Temporales y Amalgamas: Procedimiento ejecutado por profesional odontopediatra, que consiste en la recuperación de la salud bucal mediante obturaciones directas.

Procedimiento pulpar en Odontopediatría (Pulpotomía y Pulpectomía: Procedimiento ejecutado en diente primario por profesional odontopediatra, con el objetivo de mantener la integridad y salud del diente y sus tejidos de soporte, mediante recubrimientos pulpares, pulpotomías o pulpectomías.

Cirugía ambulatoria (Odontopediatría): Acto quirúrgico ejecutado por profesional odontopediatra, que pudiese requerir, anestesia local, sedación profunda, anestesia general o anestesia regional. La realización conlleva mínimas complicaciones post quirúrgicas y no requiere hospitalización.

Destartraje subgingival y pulido radicular: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a remover la placa bacteriana y tártaro de la región subgingival y/o de la zona radicular.

Procedimiento quirúrgico (Periodoncia): Procedimiento destinado a preservar el periodonto que se ve afectado por distintos grados de enfermedades, independiente de la/las técnicas quirúrgicas utilizadas.

Procedimiento quirúrgico peri-implantar (Periodoncia): Procedimiento destinado a exponer la superficie del implante que ha sido contaminado con biofilm para proceder a su bio-compatibilización con los tejidos peri-implantarios.

Ferulización: Corresponde a la inmovilización del diente por medio de un dispositivo rígido y fijo.

Rehabilitación mediante prótesis removible acrílica parcial o total: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología removible de material acrílico.

Rehabilitación mediante prótesis removible metálica parcial: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología removible de material metálico.

Rehabilitación mediante prótesis fija unitaria o plural**:** Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología fija.

Rehabilitación mediante prótesis fija implantoasistida (Unitaria y plural): Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante implantes dentales.

Rehabilitación mediante prótesis muco- implantoasistida: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante sobredentadura.

Reparación de prótesis (Compleja y simple): Procedimiento clínico dirigido a la reparación de elementos protésicos, lo cual puede ser temporal o definitivo.

Implantología Quirúrgica: Procedimientos clínicos quirúrgicos dirigidos a la instalación de implantes dentarios y procedimientos relacionados.

Implantología protésica: Procedimientos clínicos dirigidos a la rehabilitación de implantes dentarios y procedimientos relacionados.

Toma de biopsia: Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción parcial o completa de la lesión de tejidos blandos y/o duros, con el fin de realizar un estudio histopatológico y establecer un diagnóstico.

Estudio histopatológico: Estudio que contempla el examen macroscópico y microscópico de tejidos biológicos y la elaboración del informe correspondiente.

Sialometría: Procedimiento destinado a medir el flujo salival en reposo o estimulado, para determinar una valoración objetiva de riesgo de caries y patología de la mucosa oral.

Terapia farmacológica de lesiones del territorio buco maxilofacial: Contempla la administración intralesional de medicamentos (corticoides, esclerosantes u otros) y/o medidas curativas como fito, láser y crioterapia, que contribuyen en el tratamiento y la prevención de patologías que afectan la mucosa oral.

Terapia no farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial:

Estudio clínico lesiones del territorio oral maxilofacial: Conjunto de acciones realizadas para el diagnóstico de lesiones del territorio oral y/o maxilofacial, apoyadas en herramientas de examen clínico, imagenológicas y laboratoriales.

Terapia física en Trastornos temporomandibulares (TTM) y dolor orofacial (DOF): Considera el manejo de TTM, a través de métodos terapéuticos no farmacológicos como pueden ser, Ultrasonido, TENS, calor, frío o ejercicios.

Infiltración de Articulación Temporo Mandibular (ATM): Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en la inyección de un medicamento ya sea peri y/o intra-articularmente en relación con la ATM, para que este actúe directamente en la zona lesionada. Se utiliza en procesos inflamatorios agudos o crónicos con el objetivo de aliviar el dolor, recuperar la movilidad y acelerar el proceso reparativo.

Bloqueo anestésico y/o medicamentoso en TTM y DOF: Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en la inyección de anestésico local y/o medicamento en relación con tejidos blandos, nervios y/o tejidos duros de la región orofacial. Puede tener un objetivo diagnóstico y/o un fin terapéutico.

Terapia farmacológica TTM: terapia basada en el manejo farmacológico de patologías del territorio oral y/o maxilofacial ejecutada por profesional especialista en TTM.

Artrocentesis en Articulación Temporo mandibular (ATM): Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en instilar con suero fisiológico el interior de la ATM de forma continua, mediante la entrada y salida del líquido, con el objetivo de ejercer una distensión de la cápsula articular, liberando las adherencias que puedan existir y el lavado en el interior de la articulación para arrastrar elementos formes, detritus, microcristales y citocinas que favorecen y promueven la inflamación y la destrucción de la articulación.

Terapia bioconductual: Acción clínica dirigida a la modificación de malos hábitos orales, en específico en relación con el bruxismo de vigilia. En ella, al paciente inicialmente se le dan indicaciones para observar intensidad, frecuencia y factores asociados al mal hábito de apriete dentario diurno. Luego, se le entrena mediante diferentes estrategias para aprender a adoptar una posición de reposo mandibular, para finalmente aplicar lo aprendido en la eliminación del mal hábito ya mencionado. Incluye también Higiene del Sueño.

Desgaste selectivo: Acción clínica sustractiva en relación con el ajuste de contactos oclusales.

Instalación de dispositivo ortopédico: Instalación de un dispositivo intraoral de acrílico en el maxilar o mandíbula, y que se utiliza para la estabilización oclusal, protección de los dientes y restauraciones, así como también para el manejo ortopédico de los TTM.

Actividades Somatoprótesis: Prestaciones ejecutadas por profesional odontólogo relacionadas con la confección e instalación de dispositivos protésicos maxilofaciales.

Rehabilitación de prótesis maxilofacial: Procedimiento clínico dirigido a la rehabilitación protésica de pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la región maxilofacial.

Cirugía ortognática: cirugía que permite corregir las condiciones de la mandíbula y la cara relacionadas con la estructura, crecimiento, apnea del sueño, trastornos de la ATM, problemas de maloclusión debido a desarmonías esqueléticas u otras que no pueden ser resueltas de manera tradicional.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

En esta sección se registran aquellas actividades que el profesional Odontólogo Especialista realiza en los distintos establecimientos de Atención de Salud. Los registros deben ser desagregados por grupo de riesgo, sexo, embarazadas, y migrantes.

Examen y diagnóstico de especialidad (incluye a colgajo, semi incluido e incluido): registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha atención.

Educación en salud bucal: registrar la sesión independiente de las temáticas y estrategias abordadas en la sesión.

Cirugía tercer molar: registrar número de terceros molares extraídos (registrar por pieza).

Cirugía menor ambulatoria: Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención (incluye cirugía tercer molar).

Cirugía mayor ambulatoria: Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención (incluye cirugía tercer molar).

Tratamiento de traumatismos dento alveolares: Registrar la atención de urgencia (sesión), destinada a recuperar la estética y funcionalidad de áreas dentoalveolares que han sufrido traumatismos, independiente de las actividades realizadas en dicha atención.

Obturación directa: Registrar el número de dientes obturados.

Obturación indirecta (inlays u onlays): Registrar el número de dientes obturados, independiente de la técnica de confección, sea inlays u onlays.

Instalación aparato removible ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados.

Instalación aparato fijo ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados.

Instalación aparato de contención ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados, ya sean fijos o removibles.

Retiro aparatología de ortodoncia: Registrar el número de aparatos retirados, ya sean fijos o removibles.

Ortopedia pre- quirúrgica: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Tratamiento de endodoncia unirradicular (incluye Vital y no vital: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes unirradiculares.

Tratamiento de endodoncia birradicular (incluye Vital y no vital: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes birradiculares.

Tratamiento de endodoncia multirradicular (incluye Vital y no vital: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes multirradiculares.

Inducción al cierre apical: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Retratamiento de endodoncia: Registrar el número de retratamientos, independientes del número de canales radiculares.

Cirugía apical: Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Adaptación a la atención odontológica: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Procedimiento restaurador Odontopediatría (todos los tipos: Resina, temporales y Amalgamas): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Procedimiento pulpar en Odontopediatría (Pulpotomía y Pulpectomía): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Cirugía ambulatoria (Odontopediatría): Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Destartraje subgingival o pulido radicular: Registrar la actividad por sextante.

Destartraje supragingival o pulido coronario: Registrar la actividad por sextante.

Procedimiento quirúrgico (Periodoncia): registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Procedimiento quirúrgico peri-implantar (Periodoncia): Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Ferulización: Registrar la atención (sesión) en que se realiza el procedimiento.

Rehabilitación mediante prótesis removible acrílica parcial o total: Registrar el número de aparatos protésicos removibles instalados, de material acrílico, sin distinguir el tipo de rehabilitación parcial o total.

Rehabilitación mediante prótesis removible metálica parcial: Registrar el número de aparatos protésicos removibles instalados, de material metálico.

Rehabilitación mediante prótesis fija unitaria o plural: Registrar el número de prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria.

Rehabilitación mediante prótesis fija implantoasistida (Unitaria y plural): Registrar el número de prótesis fija implanto-soportada instalada.

Rehabilitación mediante prótesis muco-implantoasistida: Registrar el número de prótesis muco- implanto-soportada instalada.

Reparación de prótesis (compleja y simple): Registrar el número de prótesis reparadas, ya sean reparaciones simples, compuestas, reajustes y/o rebasados.

Implantología Quirúrgica (número de implantes osteointegrados instalados): Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Implantología protésica: Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Toma de biopsia: Registrar el número de intervenciones quirúrgicas, independiente del número de muestras tomadas en dicha intervención.

Estudio histopatológico: Registrar el número de exámenes realizados (independiente de la técnica utilizada) con el respectivo informe anatomopatológico.

Sialometría: registrar el número de procedimientos realizados.

Terapia farmacológica de lesiones del territorio buco maxilofacial: Registrar el número de terapias farmacológicas administradas.

Terapia no farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial:

Terapia física en Trastornos Temporomandibulares (TTM) y Dolor Orofacial (DOF): Registrar el número de terapias físicas utilizadas.

Estudio clínico lesiones del territorio oral maxilofacial: Registrar el número de sesiones realizadas hasta el diagnóstico.

Terapia física en Trastornos temporomandibulares (TTM) y dolor orofacial (DOF):

Infiltración de Articulación Temporo mandibular (ATM): Registrar el número de infiltraciones realizadas.

Bloqueo anestésico y/o medicamentoso en TTM y DOF: Registrar el número de inyecciones de anestésicos locales y/ medicamentosos realizadas.

Terapia farmacológica TTM: registrar el número de sesiones para el acompañamiento de la terapia farmacológicas.

Artrocentesis en Articulación Temporo Mandibular (ATM): Registrar el número de instilaciones realizadas.

Terapia bioconductual: Registrar la atención (una sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Desgaste selectivo: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Instalación de dispositivo ortopédico: Registrar el total de dispositivos intraorales instalados.

Actividades Somatoprótesis: Registrar el número de prótesis instaladas.

Rehabilitación de prótesis maxilofacial: Registrar la atención (sesión) en que se realiza el procedimiento.

REGLAS DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XIV.3) 1.3 SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

Corresponde a las actividades de Imagenología oral y maxilofacial que constituyen un apoyo en la atención de otras especialidades.:

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Las actividades de apoyo en atención de especialidades son las siguientes:

Radiografía intraoral mediante técnicas retroalveolares (por placa): Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas. Se agrupan las técnicas Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales que se tomen en este nivel de atención:

- Radiografía extraoral (por placa)
- Radiografía oclusal (por placa)
- Telerradiografía (por placa)
- Radiografía panorámica (por placa)
- Tomografía computacional máxilo facial cone beam (por adquisición)
- Sialografías (por procedimiento)
- Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento)

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección se deben registrar las actividades mencionadas de apoyo en atención a especialidades, según grupos de edades y grupos objetivos de acuerdo a lo definido por el programa:

Radiografía intraoral mediante técnicas retroalveolares (por placa): Registrar las técnicas retroalveolares y Bite Wing que se tomen. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Radiografía extra oral (por placa): Registrar cada examen radiográfico extra oral tomado. Incluye el informe de su interpretación radiográfica. No se debe incorporar en este registro, la telerradiografía, radiografía panorámica o TC cone beam.

Radiografía oclusal (por placa): Registrar cada examen radiográfico oclusal tomado. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Telerradiografía (por placa): Registrar cada telerradiografía tomada, sea frontal o lateral, digital o análoga. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Radiografía panorámica (por placa): Registrar cada radiografía panorámica tomada, digital o análoga. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Tomografía computacional máxilo facial cone beam (por adquisición): Registrar cada tomografía cone beam adquirida. Incluye el informe de la interpretación de los hallazgos.

Sialografías (por procedimiento): Registrar el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. El número de placas tomadas utilizando esta técnica diagnóstica, se registra en el rubro radiografías extraorales. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento): Registrar cada examen de tomografía computada, ultrasonido y resonancia magnética del territorio maxilofacial. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Embarazadas debe ser registradas en detalle por edades según corresponda.

XV) EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES (EYP_ET)

Debe contener la información estadística sobre los Exámenes de Laboratorio procesados para el estudio diagnóstico de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV 1

La información de los Exámenes procesados debe ser entregada por los laboratorios, bancos de sangre y centros de sangre que procesan estos Exámenes para la red asistencial (aquellos Exámenes que procesa como resultado de Exámenes tomados en el mismo establecimiento y aquellos que, como laboratorio de referencia de la red debe procesar) y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extrasistema.

Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de Exámenes no deben registrar esa producción, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio. Los procedimientos “toma de muestra” no deben ser registrados. Las confirmaciones se pueden registrar con posterioridad al registro de Exámenes reactivos correspondientes.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES

XV.1) SECCIONES:

- **Sección A: Exámenes de Sífilis**
  - Sección A.1: Examen VDRL por grupo de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan).
  - SECCIÓN A.2: examen VDRL por grupo de usuarios (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público).
  - Sección A.3: Examen RPR por grupo de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan).
  - SECCIÓN A.4: examen RPR por grupo de usuarios (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público).
  - Sección A.5: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan).
  - Sección A.6: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público).

- **Sección B: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis.**
    - Sección B.1: Exámenes según grupos de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 Y Sífilis (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan).
    - Sección B.2: Exámenes según grupos de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 Y SIFILIS (Exámenes procesados por venta de servicios a sector público).
- **Sección C: Exámenes de VIH por grupo de usuario.**
    - Sección C.1: Exámenes instrumentales de VIH por grupos de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan).
    - Sección C.2: exámenes instrumentales de VIH por grupos de usuarios Exámenes Procesados por venta de servicios a sector público).
- **Sección D: Exámenes de Gonorrea por grupos de usuarios.**
- **Sección E: Exámenes de Chlamydia Trachomatis por grupos de usuarios.**
- **Sección F: Exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios.**
- **Sección G: Screening Enfermedad de Chagas para Embarazadas, Puérperas y Mujeres en edad fértil.**
- **Sección H: Diagnóstico transmisión vertical madre hijo/a con enfermedad de Chagas.**
- **Sección I: Tratamientos farmacológicos.**
- **Sección J: Donantes confirmados enfermedad de Chagas.**
- **Sección K: Seguimiento de casos.**

XV.2) GLOSARIO COMÚN

Exámenes procesados: Corresponde al o los Exámenes procesados destinados a identificar una enfermedad específica entre individuos asintomáticos o que se encuentra bajo sospecha de padecerla.

Exámenes reactivos: Corresponde al o a los Exámenes de laboratorio procesados, cuyo resultado es reactivo para la enfermedad específica

Exámenes confirmados: Corresponde al o los Exámenes específicos que confirman positivamente la enfermedad. Esta confirmación es realizada generalmente por el ISP u otros centros autorizados mediante técnicas diferentes o más complejas.

Usuario: Se refiere a cualquier persona del grupo definido de pesquisa, que se realiza un examen de detección por algún problema de salud, por indicación médica o por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Personas en control de salud y pacientes en estado de hospitalización.

Grupos de pesquisa, detección o grupo de usuario: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el programa.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre.

Altruista nuevo: Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista repetido: Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o familiar: Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órgano y/o tejido: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar tejidos u órganos.

Trans: Se entenderá por personas Trans a aquella que, teniendo un determinado sexo biológico, se comporta, se viste o se identifica con el sexo opuesto. En estas definiciones se incluye a las personas:

XV.3) SECCIÓN A: EXÁMENES DE SÍFILIS

Corresponde a los diferentes exámenes para el diagnóstico de sífilis en grupos de riesgo, realizados con diferentes técnicas: VDRL, RPR y MHA-TP.

SECCIÓN A.1: EXAMEN VDRL POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIO QUE PROCESAN).

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Corresponde al examen realizado para la detección o pesquisa de personas con Sífilis, correspondiendo a los test serológicos no treponémicos VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Incluye Exámenes en sangre y en Líquido Céfalo Raquídeo (LCR).

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes primer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes segundo trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes tercer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes trimestre embarazo ignorado: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, para pesquisa de Sífilis, en el cual se desconoce o no se determinó la etapa del embarazo en curso.

Gestantes en seguimiento por diagnostico Sífilis: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes diagnosticadas con Sífilis (Exámenes de seguimiento) independiente de la etapa o trimestre de gestación que esté cursando.

Mujeres que ingresan a maternidad por parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto.

Mujeres que ingresan por aborto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a los servicios hospitalarios para atención por aborto.

Mujeres en control ginecológico: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, a las mujeres que asisten a control ginecológico.

Recién nacido y lactante para detección de Sífilis congénita: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a los hijos de madre con diagnóstico o sospecha de Sífilis, para pesquisa de Sífilis Congénita. Incluye exámenes en sangre y en líquido céfalo raquídeo (LCR).

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que ejercen comercio sexual.

Personas en control fecundidad: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que asisten a control de fecundidad.

Consultantes por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que están en control por una Infección de Transmisión Sexual.

Personas con EMP: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) en el contexto del Examen de Medicina Preventiva.

Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes no treponémicos procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre, según algoritmo.

Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan órganos y/o tejidos

Pacientes en diálisis: Corresponde a los Exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que están en diálisis.

Víctima de violencia sexual: Corresponde a los Exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que fueron atendidos por ser víctimas de violencia sexual.

DEFINICIONES OPERACIONALES

VDRL procesados: se debe registrar el número de exámenes procesados, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

VDRL reactivos: aquí se debe registrar el número de exámenes procesados, con resultado reactivo. Además, se debe identificar el total de exámenes y el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria, de los exámenes por sexo, debe ser igual al total

R.3: La sumatoria de los Transfemeninas y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, debe ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, debe ser menor o igual al total.

R.6: El número de exámenes a Beneficiarios FONASA, debe ser menor o igual al total

XV.3.1 SECCIÓN A.2: EXAMEN VDRL POR GRUPO DE USUARIOS (EXÁMENES PROCESADOS POR VENTA DE SERVICIOS A SECTOR PÚBLICO)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que venden servicios a establecimientos del sistema público, sean estos servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

DEFINICIONES OPERACIONALES

RPR Procesados: Se debe registrar el número de exámenes según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

RPR Reactivos: Se debe registrar el número de exámenes según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria, de los exámenes por sexo, debe ser igual al total

R.3: La sumatoria de los Transfemeninas y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a pueblos originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

SECCIÓN A.3: EXAMEN RPR POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIO QUE PROCESAN)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Corresponde al examen realizado para la detección o pesquisa de Sífilis, correspondiendo al Test Serológicos RPR (Rapid Plasma Reagin). Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

DEFINICIONES OPERACIONALES

RPR Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

RPR Reactivos: Se debe registrar el número de exámenes que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemeninas y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.3.2 SECCIÓN A.4: EXAMEN RPR POR GRUPO DE USUARIOS (EXÁMENES PROCESADOS POR VENTA DE SERVICIOS A SECTOR PÚBLICO)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que venden servicios a establecimientos del sistema público, sean estos servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

DEFINICIONES OPERACIONALES

RPR Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

RPR Reactivos: Se debe registrar el número de Exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total reactivos debe ser menor o igual que el total procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

SECCIÓN A.5: EXAMEN MHA-TP POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIO QUE PROCESAN)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Corresponde al examen treponémico realizado para el diagnóstico de Sífilis, correspondiendo a exámenes MHA-TP. Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

DEFINICIONES OPERACIONALES

MHA-TP Procesados: Se debe registrar el número de exámenes procesados según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

MHT-TP Reactivos: Aquí se debe registrar el número de exámenes procesados, con resultado reactivo. Además, se debe identificar el total de exámenes y el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total reactivos debe ser menor o igual que el total procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemeninas y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

SECCIÓN A.6: EXAMEN MHA-TP POR GRUPO DE USUARIOS (EXÁMENES PROCESADOS POR VENTA DE SERVICIOS A SECTOR PÚBLICO)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que venden servicios a establecimientos del sistema público, incluido APS, que prestan servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

DEFINICIONES OPERACIONALES

MHA-TP Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

MHA-TP Reactivos: Se debe registrar el número de Exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total reactivos debe ser menor o igual que el total procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemeninas y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.4) SECCIÓN B: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos, bancos y centros de sangre, que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados, y aquellos que establecimientos que prestan servicios (ventas) a establecimientos de la Red Asistencial Pública.

SECCIÓN B.1: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SIFILIS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIO QUE PROCESAN)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos, bancos y centros de sangre, que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Usuarios: Persona que se deriva a este examen desde un establecimiento de salud. Donante de sangre altruista nuevo u ocasional: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangres altruista repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante familiar o de reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órganos y/o tejido: Examen solicitados a persona en proceso de donación.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo anti Tripanosoma cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (quimioluminiscencia y ELISA para treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección, los establecimientos deben consignar la totalidad de exámenes procesados, reactivos y confirmados excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

Se debe registrar en “procesados” el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio, bancos o centros de sangre del establecimiento.

Para HTLV: Considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas: Considera como screening el test de ELISA IgG para T. Cruzi.

En **“reactivos”** se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En **“confirmados”** corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot) En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

En Sífilis, la categoría confirmados no aplica.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: Los exámenes reactivos deben ser menores o iguales a los procesados.

R.2: Los exámenes confirmados deben ser menores o iguales a los reactivos.

SECCIÓN B.2: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SIFILIS (EXÁMENES PROCESADOS POR VENTA DE SERVICIOS A SECTOR PÚBLICO)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que venden servicios al sistema público, incluido APS, y de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar una infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo Anti Tripanosoma Cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (Quimioluminiscencia y ELISA para Treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para T. cruzi.

En **"reactivos"** se deben registrar aquellos Exámenes procesados por compra de servicio cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En **"confirmados"** corresponde registrar aquellos Exámenes procesados compra de servicio cuyo resultado es confirmado positivo por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

En HTLV, los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En Sífilis la categoría confirmados, no aplica.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: Los exámenes reactivos deben ser menores o iguales a los procesados.

R.2: Los exámenes confirmados deben ser menores o iguales a los reactivos.

XV.5) SECCIÓN C: EXÁMENES DE VIH POR GRUPOS DE USUARIOS

SECCIÓN C.1: EXÁMENES INSTRUMENTALES DE VIH POR GRUPOS DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIO QUE PROCESAN)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados independiente de la técnica que realicen, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios y los exámenes confirmados por el ISP. Corresponde a los exámenes de detección de VIH procesados y confirmados por ISP según grupo de pesquisa.

Registran también, en esta sección las maternidades que realicen Test visual o test rápido para el diagnóstico de la infección por VIH en gestantes que lleguen al preparto sin resultado de serología conocida.

Tipos de exámenes: Para VIH se considera el test de ELISA u otro examen de tamizaje autorizado por ISP, o test rápidos cuando corresponda.

Exámenes procesados: Corresponde al número de exámenes, que fueron procesados, por el laboratorio durante el período a informar según el grupo de usuarios. Las repeticiones propias de la técnica de screening y necesarias para obtener un resultado no se contabilizan por sí mismas, ya que corresponden al procesamiento de un examen.

Las pruebas de identidad deben considerarse ya que corresponden a una nueva muestra.

Las muestras venosas provenientes de establecimientos que aplican test rápidos/visuales tomadas para proceso de confirmación y que serán enviadas al ISP, así como su resultado NO DEBEN SER CONSIGNADAS en esta sección.

Exámenes confirmados por el ISP: Corresponde al número de exámenes según el grupo de usuarios, cuyo resultado es confirmado POSITIVO por el ISP. No deben registrarse los resultados negativos del ISP.

Los grupos de pesquisa definidos son:

Gestantes 1º examen: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 1º examen, para detección del VIH.

Gestantes 2º examen: Corresponde a la totalidad de Exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 2º examen, para detección del VIH.

Mujer en trabajo de pre- parto o parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para VIH.

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las personas (hombres y mujeres) en control por comercio sexual

Pacientes en diálisis: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que están en diálisis

Consulta por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH, según norma vigente a las personas que están en control por una Infección de Transmisión Sexual.

Personas en control de regulación de fecundidad, ginecológico, climaterio: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas que asisten a control de fecundidad, ginecológico, climaterio.

Personas con EMP: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas en el contexto del Examen de Medicina Preventiva

Personas en control de salud según ciclo vital: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH, que asisten a control según ciclo vital y no consignado en las otras categorías

Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan sangre.

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que realiza esta acción al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que están cubriendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan órganos y/o tejidos.

Persona en control por TBC: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados a pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, (al ingreso a programa de TBC)

Víctima de violencia sexual: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas víctimas de violencia sexual.

Pareja serodiscordante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas viven con VIH (excluye gestante).

Pareja de gestante VIH positivo: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas son gestantes que viven con VIH.

Personal de salud expuesto a accidente corto punzante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personal de salud que han tenido un accidente corto punzante.

Paciente fuente de accidente cortopunzante: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que son fuente de un accidente cortopunzante.

Persona en control por Hepatitis B: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que están en control por Hepatitis B.

Persona en control por Hepatitis C: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que están en control por Hepatitis C.

Consultantes por morbilidad: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a pacientes durante la atención de morbilidad, y no contenido en las categorías descritas anteriormente.

Consulta espontánea: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados por solicitud espontánea del o la usuaria/o.

Columna 14-18 años: Con el objeto de facilitar el acceso al diagnóstico a los adolescentes, en enero del año 2017 y mediante la Ley N° 20.987 se introdujo una modificación a la Ley N° 19.779 (Ley del SIDA), en su artículo 5°, que permite a aquellas personas que tengan edad igual o superior a 14 y menores de 18 años, consentir por sí mismos en la realización del examen de detección del VIH. Esa misma ley mandata que en caso de ser positivo el resultado del examen de las personas en este rango de edad, se deberá informar de este hecho a su representante legal. Así mismo, el legislador colocó en el Ministerio de Salud la responsabilidad de velar por el acompañamiento de este adolescente hasta su ingreso a control.

Será materia de monitoreo y seguimiento de esta ley, poder dar cuenta del acceso al examen en esta población particular, (contenida en otros grupos de la desagregación quinquenal), del acceso a la orientación e información previa al examen y la consejería posterior, así como de su ingreso a control. Información que se recoge en las secciones C1, C2 y G de este REM.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar en “procesados” el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, incluyendo test visual o test rápido.

Si en alguna localidad existiese un laboratorio dependiente de una corporación municipal que procesara los exámenes de toda la red asistencial de la comuna, esta producción se debe registrar en el centro de salud más representativo de la comuna, es decir, en el establecimiento con más población inscrita.

Las ventas de servicio de procesamiento de exámenes NO deben ser registradas en este REM, ya que al establecimiento que compra servicio le corresponde el registro.

Se deben registrar los exámenes realizados a los grupos definidos, como TRANS, pueblos originarios y migrantes, que deben estar incluidos por su grupo de edad correspondiente.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Trans femenino y masculino debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

SECCIÓN C.2: EXÁMENES INSTRUMENTALES DE VIH POR GRUPOS DE USUARIOS (EXÁMENES PROCESADOS POR VENTA DE SERVICIOS A SECTOR PÚBLICO)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que venden servicios al sistema público, incluido APS, y de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado, a laboratorios externos al establecimiento.

Se deben registrar los exámenes realizados a los grupos definidos, como TRANS, Pueblos Originarios y Migrantes, que deben estar incluidos por su grupo de edad correspondiente.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemenino y masculino debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.6) SECCIÓN D: EXÁMENES DE GONORREA POR GRUPOS DE USUARIOS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

La Gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae, diplococo Gram negativo, que puede infectar primariamente diferentes tipos de mucosa. La infección cursa habitualmente asintomática en mujeres pudiendo transmitirla durante meses o años, sin que las personas conozcan si son o no portadores del gonococo. Los hombres manifiestan mayoritariamente cuadros de uretritis. Otros sitios de infección son la mucosa rectal, faríngea y ocular, dependiendo del punto de exposición a la bacteria.

Las complicaciones de la infección no tratada pueden llegar a producir esterilidad en hombres y mujeres y ceguera en el recién nacido infectado.

Según datos de la vigilancia, a partir del año 2015 comienza un incremento de la tasa de gonorrea el cual se mantiene hasta el 2016 alcanzando a 11,2 casos por cien mil habs., lo que representa un aumento del 36% respecto del año 2014. El mayor riesgo se encuentra en el grupo de 15 a 24 años. El grupo de 20 a 24 años presenta la mayor tasa nacional, seguida del grupo de 15 a 19 años, destacándose el aumento el año 2016 de la tasa de este último grupo, lo que representó 61% de incremento entre los años 2014 y 2016. Este comportamiento ascendente en los adolescentes y jóvenes se mantiene hasta el primer semestre del 2017.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello

Considera los siguientes Exámenes: Cultivo de Neisseria gonorrhoeae y PCR (TAAN) para gonococo.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Gonorrea, según norma vigente realizados a gestantes.

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que ejercen comercio sexual.

Personas VIH (+): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que viven con VIH.

Consultante de ITS ambulatorio: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas atendidas en nivel ambulatorio.

Consultante de ITS en urgencia y hospitalizado: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) atendidos en nivel hospitalario.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemenino y masculino debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.7) SECCIÓN E: EXÁMENES DE CHLAMYIDIA TRACHOMATIS POR GRUPOS DE USUARIOS

La infección por Chlamydia Trachomatis es la enfermedad infecciosa de transmisión sexual más frecuente en el mundo. La OMS estima que 92 millones de nuevos casos ocurren cada año. Se ha demostrado que 70 a 90% de las infecciones por C. Trachomatis en la mujer son asintomáticas, pudiendo persistir por meses o años. Su mayor incidencia se presenta en la adolescencia y en mujeres menores de 25 años. En el hombre, la infección suele ser asintomática en 6% a 11% de los casos, especialmente en los adolescentes.

Las complicaciones de esta infección en las mujeres incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, infertilidad tubárica, embarazo ectópico e infertilidad. Por otra parte, la infección durante el embarazo se asocia con la ruptura prematura de las membranas, bajo peso al nacer y el aborto involuntario.

La transmisión vertical de la infección por Chlamydia Trachomatis puede producir neumonía en el recién nacido o infección ocular, con cuadros de oftalmia neonatal que pueden evolucionar a ceguera si no se da tratamiento adecuado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello.

Considera los siguientes exámenes: Aislamiento de Chlamydia Trachomatis, por PCR (TAAN), o Inmunofluorescencia directa (IFD) u otra técnica similar.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Chlamydia Trachomatis, según norma vigente realizados a gestantes.

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que ejercen comercio sexual.

Personas VIH (+): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que viven con VIH.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 1° y 2°): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas atendidas en nivel ambulatorio. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 3º y urgencia): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) atendidos en nivel hospitalario. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Víctima de violencia sexual: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que han sido víctimas de violencia sexual

Otros: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, de personas en situaciones distintas de las descritas en los otros grupos.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los Transfemenino y masculino debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.8) SECCIÓN F: EXÁMENES DE VIH POR TÉCNICA VISUAL/RÁPIDA Y GRUPOS DE USUARIOS

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos de salud NO LABORATORIOS que tienen disponibles test de VIH por técnica Visual/Rápida. Corresponde registrar los exámenes de detección de VIH por técnica visual/rápida realizados (procesados) y confirmados por ISP según grupo de pesquisa.

Las muestras venosas tomadas para proceso de confirmación NO DEBEN SER CONSIGNADAS.

Se considera en la modalidad “interior establecimiento salud (intramuro)”, a los exámenes realizados dentro del establecimiento a la población objetivo (grupo de pesquisa), en cualquiera de las actividades de salud. Los grupos de pesquisa son los mismos de la sección C1, con excepción del grupo de donantes de sangre.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R.1: El total de Confirmados positivos por el ISP debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANSFEMENINOS y masculinos debe ser menor o igual al total de exámenes

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.9) SECCIÓN G: SCREENING ENFERMEDAD DE CHAGAS PARA EMBARAZADAS, PUÉRPERAS Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL

El acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad de Chagas se enmarca en el marco vigente del Programa Nacional de Vigilancia Integrada de Enfermedad de Chagas, en el cual se consideran las diferentes estrategias de Salud Pública en todo el ciclo vital de las personas.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Control Pre Concepcional: Es la atención integral proporcionada otorgada a una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación, de acuerdo a sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional. En relación con la enfermedad de Chagas comprende el tamizaje para confirmar o descartar la enfermedad.

Control Prenatal: Es la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante. En relación con la enfermedad de Chagas comprende el tamizaje para confirmar o descartar la enfermedad.

Control de Puérpera, Recién Nacido y lactante: Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo(a) en el transcurso en los primeros días de vida del recién nacido y lactante efectuado por Médico o Matrón(a) en establecimientos de atención secundario (maternidad y policlínico de Enfermedad de Chagas o similar) en el cual se evalúa el estado de salud de ambos.

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Chagas: Corresponde a la atención entrega por equipo multidisciplinario referente a nivel de servicio de salud quien inicia tratamiento y controles que evalúan la adherencia farmacológica especifico de acuerdo con el marco normativo nacional. Se debe registrar eventos asociados al proceso.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se deben registrar los exámenes realizados, los exámenes con resultado reactivo y los exámenes con resultado positivo, según grupo de usuarios definido:

Gestantes con examen de Chagas solicitado: Corresponde a mujeres embarazadas que ingresan a control prenatal, donde el profesional que atiende solicita (orden) examen serológico como tamizaje de infección por T. cruzi. Se debe registrar el número de total de casos que se presentan durante el periodo evaluado (independientemente de su edad gestación o momento de consulta)

Gestantes con examen de Chagas informado: Corresponde a mujeres embarazadas según edad que, durante sus controles prenatales de seguimiento, se realiza la entrega del resultado de evaluación serológica para infección de T cruzi (informe), el que puede ser confirmado o descartado. Incluye casos cuya muestra fue solicitada en periodos anteriores

Gestantes con examen de Chagas confirmado: Corresponde a mujeres embarazadas según edad cuyo examen serológico es confirmatorio para infección por T cruzi durante el periodo evaluado. Incluye casos cuya muestra fue solicitada y procesada en periodos anteriores. El resultado corresponde a los informes del ISP y/o Establecimiento reconocidos.

Gestantes que ingresan a maternidad con examen de enfermedad de Chagas: Corresponde a la totalidad de las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y/o aborto y se desconoce su situación serológica para Chagas.

Se debe registrar el número total de exámenes procesados para la pesquisa y confirmación de la infección de T cruzi según norma vigente, es decir toda mujer sin registro en agenda de salud o sin informe de resultado diagnóstico.

Mujeres en Control Preconcepcional: Corresponde a la totalidad de exámenes solicitados para la pesquisa de la infección de T cruzi según norma vigente a mujeres que acuden a control preconcepcional

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XV.10) SECCIÓN H: DIAGNÓSTICO TRANSMISIÓN VERTICAL MADRE HIJO/A CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo: Corresponde al número total de recién nacidos vivos hijo/as de madre con enfermedad de Chagas confirmado que egresan de maternidad o neonatología.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico directo realizado: Corresponde al número total de recién nacidos vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quien se realiza a partir de las primeras 48 hrs. de nacido, el examen directo para identificación del T cruzi según norma vigente. Antes del alta la muestra debe ser tomada, procesada, informada y registrada.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (1° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza antes del mes de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR). Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (2° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza antes de los dos meses de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR). Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (3° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza antes de los nueve meses de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR). Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.2: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.11) SECCION I: TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Personas con enfermedad de Chagas que ingresan a tratamiento farmacológico en el periodo (Nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que ingresan a tratamiento farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que suspenden o rechazan tratamiento farmacológico en el periodo (Nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que suspenden o rechazan (incluye inasistencia prolongada y suspensión por RAM) farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que finalizan tratamiento farmacológico en el periodo (Nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que finalizan tratamiento farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que ingresan a tratamiento farmacológico en el periodo (Benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que ingresan a tratamiento farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que suspenden o rechazan tratamiento farmacológico en el periodo (Benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que suspenden o rechazan (incluye inasistencia prolongada y suspensión por RAM) farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que finalizan tratamiento farmacológico en el periodo (Benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que finalizan tratamiento farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XV.12) SECCIÓN J: DONANTES CONFIRMADOS ENFERMEDAD DE CHAGAS

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Donantes confirmados con enfermedad de Chagas en el periodo: Corresponde a los donantes de sangre según edad y sexo confirmados por infección por T cruzi durante el periodo evaluado.

Donantes confirmados e informados de su condición serológica para enfermedad de Chagas: Corresponden a los donantes de sangre según edad y sexo confirmados por infección por T cruzi, quienes se informa su resultado serológico y se deriva a evaluación clínica según normativa vigente

REGLA DE CONSISTENCIA

R.1: El número de personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.2: El número de personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

XV.13) SECCIÓN K: SEGUIMIENTO DE CASOS

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Control de las personas con Chagas crónico: Corresponde al total de pacientes con enfermedad de Chagas crónica, quienes acuden a evaluación de su patología crónica en consulta de especialista o morbilidad de acuerdo con la normativa vigente.

Estudio de contactos familiares de un caso por Infección por T cruzi: Corresponde al total de casos/contactos familiares de un caso índice, según edad y sexo, a quienes se solicita serología para T cruzi en el periodo evaluado.

Contactos familiares confirmados por infección por T cruzi: Corresponde al total de casos/contactos familiares de un caso índice, según edad y sexo, a quienes se confirma la infección por T cruzi

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no requiere regla de consistencia.

XVI) ANEXO ENFERMEDADES TRASMISIBLES: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

Este REMASEP tiene por objetivo consolidar en un solo espacio los principales indicadores de seguimiento de las políticas públicas dirigidas a la prevención de la transmisión materno infantil de las infecciones transmisibles priorizadas.

Por lo anterior corresponde su registro al establecimiento donde se verifica el nacimiento, con la información del control prenatal **realizado en el sistema privado**, que porta la mujer al momento de su ingreso al establecimiento y con los datos de las atenciones recibidas durante su hospitalización. Contempla solo a las mujeres atendidas por aborto o parto. Excluye a aquellas que estando embarazadas son atendidas por otras causas que no contemple la finalización de la gestación.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

XVI.1.1 SECCIONES DEL REMASEP: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

- **Sección A:** Tratamiento de sífilis en gestantes
- **Sección B:** Niños y niñas expuestos a la sífilis tratados al nacer
- **Sección C:** Abortos y defunciones fetales atribuidas a sífilis, según edad gestacional
- **Sección D:** Aplicación de profilaxis ocular para Gonorrea en recién nacidos
- **Sección E:**Mujeres VIH que recibe protocolo prevención transmisión vertical al parto (PTV)
- **Sección F:** Recién nacidos expuestos al VIH que recibe protocolo de transmisión vertical
- **Sección G:** Recién nacidos expuestos al VIH que recibe leche maternizada al alta
- **Sección H:** Gestantes estudiadas para Estreptococcus Grupo B (EGB)
- **Sección I:** Gestantes evaluadas para Hepatitis B
- **Sección J:** Profilaxis de transmisión vertical aplicada al recién nacido, hijo de madre Hepatitis B positiva
- **Sección K:** Seguimiento de Niños y Niñas al año de vida

XVI.2) SECCION A: TRATAMIENTO DE SIFILIS EN GESTANTES

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Gestantes con 1° test no treponémico reactivo en este embarazo: Considera a todas aquellas mujeres que disponen de un examen reactivo para sífilis durante el embarazo sea éste el primer, segundo o tercer tamizaje rutinario. Es decir, se contabilizan en el período, a las mujeres que obtienen por primera vez en este embarazo, un resultado reactivo. Excluye por tanto a aquellas que son reactivas en exámenes de monitoreo y seguimiento post tratamiento de sífilis.

Gestantes con penicilina administrada: El tratamiento inicial para sífilis es la administración de una dosis de Penicilina benzatina de 2,4 millones al momento de la entrega del resultado reactivo del tamizaje. Considera solo aquellas que reciben al menos 1 dosis de penicilina. Excluye a quienes reciben tratamiento con otro fármaco.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de mujeres que obtienen resultado reactivo del examen no treponémico por primera vez en este embarazo o en el parto y el tratamiento.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total debe ser igual a la suma por grupos de edad.

R2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

XVI.3) SECCIÓN B: NIÑOS Y NIÑAS EXPUESTOS A LA SÍFILIS TRATADOS AL NACER

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Recién nacida/o expuesta/o a sífilis: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología no treponémica reactiva al parto sin antecedentes de tratamiento durante la gestación o tratamiento inadecuado.

Se considera tratamiento adecuado, el tratamiento con penicilina benzatina 2,4 millones, ultima dosis administrada al menos 30 días antes de parto, en mujer con todas las parejas tratadas.

Se considera tratamiento inadecuado, al tratamiento administrado de forma incompleta, administrado en un tiempo menor a los 30 días previos al parto y/o con un medicamento distinto de penicilina benzatina y/o mujer tratada sin tratamiento de sus parejas sexuales.

Recién nacida/o expuesta/o a sífilis tratada/o: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología no treponémica reactiva al parto sin antecedentes de tratamiento durante la gestación o tratamiento inadecuado, que recibe hospitalización y tratamiento con penicilina al nacer.

Un/a recién nacido/a tratado al nacer con antibiótico distinto de penicilina se considera para sífilis congénita no tratado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de recién nacidos expuestos/as a sífilis al nacer que recibe tratamiento y el total de recién nacidos/as expuestos a sífilis al nacer. La fuente de información son los servicios donde se realiza el tratamiento de recién nacidos.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de recién nacidos expuestos/as a sífilis al nacer debe ser mayor o igual al total de niños/as expuestos a sífilis al nacer que reciben tratamiento.

R2: El total de recién nacidos consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de recién nacidos expuestos y tratados.

XVI.4) SECCIÓN C: ABORTOS Y DEFUNCIONES FETALES ATRIBUIDAS A SÍFILIS, SEGÚN EDAD GESTACIONAL

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Mujer con serología reactiva para sífilis: Corresponde a todas aquellas mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo.

Aborto menor o igual a 19+6 semanas o menor a 500 grs.: En esta categoría se considera a todos los abortos que disponen de ecografía precoz cuya edad gestacional (EG) calculada es menor o igual de 19+6 semanas. Los casos que no dispongan de ecografía precoz, y tienen un peso inferior a 500 grs. deben ser considerados en esta categoría.

Aborto entre las 20 y las 21+6 semanas o mayor a 500 grs.: En esta categoría se considera a todos los abortos que disponen de ecografía precoz cuya EG calculada está entre las 20 y 21+6 semanas. Los casos que no dispongan de ecografía precoz, y tienen un peso mayor a 500 grs. deben ser considerados.

Mortinato mayor o igual a 22 semanas: En esta categoría se considera a todos los mortinatos que disponen de ecografía cuya EG calculada es igual o mayor a 22 semanas. En caso de no disponer de ecografía utilizar fecha de última regla para calcular edad gestacional.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo, según edad gestacional del aborto o mortinato. La fuente de información son los establecimientos donde se atiende el aborto o mortinato.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo, debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R2: El total de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, no integran la suma por edad.

R3: El total de mujeres con aborto o mortinato según edad gestacional es mayor o igual al total de mujeres con aborto o mortinato según edad gestacional con serología reactiva.

XVI.5) SECCIÓN D: APLICACIÓN DE PROFILAXIS OCULAR PARA GONORREA EN RECIÉN NACIDOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Profilaxis ocular para gonorrea: Considera como profilaxis la administración de antibiótico de cloranfenicol en gotas, o ungüento de eritromicina en cada ojo con el objetivo de evitar la infección por gonorrea.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar el número de recién nacidos vivos que reciben profilaxis ocular con antibiótico para evitar la transmisión de la gonorrea, durante las primeras 24 horas de vida.

La fuente de información son los servicios de atención de recién nacido.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de recién nacidos tratados consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de recién nacidos tratados.

R2: El total de recién nacidos vivos debe ser mayor o igual al total de recién nacidos/as que reciben tratamiento.

XVI.6) SECCIÓN E: MUJERES VIH QUE RECIBE PROTOCOLO PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL AL PARTO (PTV)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Protocolo de prevención de la transmisión vertical VIH: Considera la administración de antirretrovirales según norma vigente (inicio de trabajo de parto o al menos 4 horas antes de la cesárea programada) hasta la ligadura del cordón para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que recibieron protocolo completo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que recibieron protocolo completo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que recibieron protocolo incompleto PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que recibieron protocolo incompleto de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Es decir, recibieron medicamentos antirretrovirales por un tiempo menor al establecido en la norma. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que no recibieron protocolo PTV al parto: considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP atendidas por parto: Considera al total de mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP que recibieron protocolo completo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva en proceso de confirmación por el ISP y que recibieron protocolo completo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP que recibieron protocolo incompleto PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología es reactiva en proceso de confirmación por ISP y que recibieron protocolo

incompleto de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Es decir, recibieron medicamentos antirretrovirales por un tiempo menor al establecido en la norma. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP que no recibieron protocolo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva en proceso de confirmación por ISP, y que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical durante el preparto y parto. Excluye a las mujeres atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP atendidas por parto: Considera al total de mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva y está en proceso de confirmación al momento del parto. Excluye a las mujeres que han tenido mortinato.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todas las mujeres con serología VIH (+) confirmadas y en proceso de confirmación por ISP que tienen su parto en el periodo de reporte y que reciben protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales durante el trabajo de parto y parto. La fuente de información son los servicios de ginecobstetricia donde se atiende parto.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

R3: El total de mujeres VIH (+) que recibe protocolo puede ser menor o igual al total de mujeres VIH (+) atendidas por parto en cada categoría.

XVI.7) SECCIÓN F: RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS AL VIH QUE RECIBE PROTOCOLO DE TRANSMISION VERTICAL

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs. de vida: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada que recibe antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, durante las primeras 12 horas de vida.

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP: Corresponde al total de hijos nacidos vivos de mujeres VIH (+) confirmadas.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs. de vida: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) en proceso de confirmación por ISP al parto que recibe antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, durante las primeras 12 horas de vida.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) **en proceso de confirmación por ISP**: Corresponde al total de hijos nacidos vivos de mujeres VIH (+) en proceso de confirmación por ISP al parto.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con serología VIH (+) confirmadas y en proceso de confirmación por ISP que reciben protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales antes de las 12 horas de vida.

La fuente de información son los servicios donde se administra el tratamiento de recién nacidos.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de recién nacidos que recibe protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales antes de las 12 horas de vida puede ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) confirmada y en proceso de confirmación por ISP.

R2: El total de recién nacidos vivos de mujer VIH (+) y tratados consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) y tratados.

XVI.8) SECCIÓN G: RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS AL VIH QUE RECIBE LECHE MATERNIZADA AL ALTA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa): Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada por el ISP que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera solo aquellos que retiran físicamente los sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben solo la indicación escrita.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) en proceso de confirmación por que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa): Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología VIH (+) en proceso de confirmación por ISP que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera solo aquellos que retiran físicamente los

sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben solo la indicación escrita.

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) **en proceso de confirmación por ISP**: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) en proceso de confirmación por ISP.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con serología VIH (+) confirmadas y en proceso de confirmación por ISP que reciben leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera solo aquellos que retiran físicamente los sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben solo la indicación escrita.

La fuente de información son las unidades de puerperio/puericultura.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de recién nacidos que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa) debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) confirmada y en proceso de confirmación por ISP.

R2: El total de niños consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) confirmada y en proceso de confirmación por ISP que recibe la leche maternizada.

XVI.9) SECCIÓN H: GESTANTES ESTUDIADAS PARA ESTREPTOCOCCUS GRUPO B (EGB)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Gestantes estudiadas para EGB durante el control prenatal: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del ESTREPTOCOCCUS GRUPO B según guía perinatal entre las 35-37 semanas o gestantes que por hallazgo en urocultivo se consideran estudiadas.

Gestantes estudiadas durante el control prenatal con examen EGB (+): Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del ESTREPTOCOCCUS GRUPO B y obtiene un resultado (+). Incluye aquellas estudiadas según guía perinatal o por hallazgo en urocultivo.

Total gestantes atendidas por parto en el centro que tienen antecedente de control prenatal: Corresponde al total de mujeres cuyo parto fue atendido en el centro y que tuvo controles prenatales.

Profilaxis para (EGB): Considera la administración de antibióticos durante el trabajo de parto y hasta la resolución del parto según guía perinatal.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todas las gestantes estudiadas, confirmadas y con profilaxis para EGB durante el período de reporte.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

R3: El total de mujeres EGB (+) puede ser menor o igual al total de mujeres estudiadas EGB.

XVI.10) SECCIÓN I: GESTANTES EVALUADAS PARA HEPATITIS B

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Gestantes con solicitud de estudio serológico para Hepatitis B en el embarazo: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del virus de la Hepatitis B. Considera aquellas estudiadas con antígeno de superficie para Hepatitis B (AgsHB).

Gestantes con estudio serológico positivo confirmado para Hepatitis B en el embarazo: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del virus de la Hepatitis B y que es confirmada (+) por el ISP.

Gestantes con Hepatitis B confirmada por el ISP con antecedentes de atención con especialista (Gastroenterólogo, hepatólogo u otro): Considera a la mujer en control prenatal que ha sido confirmada con hepatitis B por el ISP y tiene el antecedente de haber sido evaluada por especialista para control de la Hepatitis.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todas las gestantes estudiadas, confirmadas y derivadas por hepatitis B durante el período de reporte según nivel de atención.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

XVI.11) SECCIÓN J: PROFILAXIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL APLICADA AL RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE HEPATITIS B POSITIVA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Recién nacidos hijos de madre Hepatitis B positiva confirmadas: Considera a todos los recién nacidos en el periodo de reporte hijos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

Profilaxis de Hepatitis B para la prevención de la transmisión vertical: Corresponde a la administración de la vacuna anti-hepatitis B y la inmunoglobulina específica antes de las primeras 12 horas de vida.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con hepatitis B confirmada positiva por el ISP que reciben profilaxis completa antes de las 12 hrs de vida.

La fuente de información son los servicios donde se realiza el tratamiento de recién nacidos.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de recién nacidos que recibe protocolo de prevención de la transmisión vertical antes de las 12 horas de vida puede ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

R2: El total de recién nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

XVI.12) SECCIÓN K: SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS AL AÑO DE VIDA

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Niños hijos de madre con Hepatitis B confirmada positiva por el ISP evaluados al año de vida: Considera a todos los hijos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP que recibieron profilaxis al nacer y que son evaluados con AgsHB al año de vida. Excluye a los niños que no recibieron profilaxis.

Niños hijos de madre Hepatitis B positiva, evaluados al año de vida, confirmado positivo de transmisión vertical para Hepatitis B: Considera a todos los hijos de mujer con hepatitis B

confirmada por el ISP que recibieron profilaxis al nacer cuyo resultado del AgsHB es positivo al año de vida.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se debe registrar a todos los hijos de mujer con hepatitis B confirmada positiva por el ISP que reciben profilaxis al nacer y son evaluados para hepatitis B al año de vida.

La fuente de información son los servicios donde se realiza el seguimiento de los niños positivos para Hepatitis B.

REGLAS DE CONSISTENCIA

R1: El total de niños evaluados es mayor o igual al total de niños positivos para Hepatitis B al año de vida.

R2: El total de niños consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños estudiados y positivos para hepatitis B.

XVII) SERVICIOS DE SANGRE

El Ministerio de Salud la entidad responsable del gestionar el suministro de sangre para el país. Esto se realiza mediante distintos establecimientos que desarrollan procesos de Medicina Transfusional, como los Centros de Sangre (4 en el país: Valparaíso, Metropolitano de Santiago, Concepción y Austral de Puerto Montt), Bancos de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional ubicadas dentro de los hospitales.

Existen lugares fijos de donación de sangre en el país, dependientes de los 29 Servicios de Salud. Algunos sitios fijos tienen equipos que realizan colectas móviles de sangre, en lugares accesibles y cercanos a la comunidad, para entregar la oportunidad de donar sangre, por ejemplo, en tu lugar de trabajo. También existen Bancos de Sangre privados, pertenecientes a instituciones de salud privadas e institucionales que, de igual manera, se rigen por las normativas establecidas por MINSAL.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REMASEP SERVICIOS DE SANGRE

XVII.1) SECCIONES DEL REMASEP: SERVICIOS DE SANGRE

- **Sección A**
  - Sección A.1: Población donante (CS-UMT-BS).
  - Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación.
  - Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS).
- **Sección B:** Ingreso de unidades de sangre a producción (CS-BS).
- **Sección C:** Producción de componentes sanguíneos (CS-BS).
  - Sección C.1: Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS).
  - Sección C.2: Componentes sanguíneos eliminados (UMT).
  - Sección C.3: Componentes sanguíneos transformaciones (CS- BS-UMT).
  - Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS).
  - Sección C.5: Insatisfacción stock óptimo (7 Días) CS.
  - Sección C.6: Insatisfacción stock critico (3 Días) UMT.
- **Sección D:** Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS-UMT).
  - Sección D.1: Transfusiones (UMT-BS).
- **Sección E:** Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT-BS).
- **Sección F:** Reacciones adversas por acto* transfusional (UMT-BS).
- **Sección G:** Inmunohematología.

- Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-BS-UMT).
- Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT).
- Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT).
- Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS-UMT).
- Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-UMT).
- Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UMT).

➢ **Sección H:** Aféresis.
- Sección H.1: Aféresis de donación (BS-UMT-CS).
- Sección H.2: Aféresis terapéutica (UMT-BS)

DEFINICIONES GENERALES

Centro de Sangre (CS): Es un establecimiento especializado del Servicio de Sangre, cuya misión incluye todas las funciones relacionadas con la promoción, donación, procesamiento y producción de componentes sanguíneos, la calificación microbiológica e inmunohematológica de la sangre donada y el etiquetaje de sus componentes.

Es responsable del almacenamiento, transporte, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos de salud que son parte de su red territorial. También puede cumplir otras funciones establecidas por MINSAL.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): Es una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar prestaciones de inmunohematología y terapia transfusional con indicación médica sujeta a guías nacionales de manera oportuna, segura, de calidad, informada, y costo eficiente. Realiza procesos de hemovigilancia y procedimientos que permitan la trazabilidad.

Banco de Sangre (BS): Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico localizada dentro de un establecimiento de salud, que efectúa promoción de la donación y colecta de sangre, producción de componentes sanguíneos, almacenamiento, calificación microbiológica e inmunohematológica de las unidades donadas, con el objeto de efectuar la terapia transfusional en el propio centro asistencial.

XVII.2) SECCIÓN A

XVII.2.1 SECCIÓN A.1: POBLACIÓN DONANTE (CS-UMT-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Donante de sangre Altruista Nuevo: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangres Altruista Repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante de Reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante Aceptado: Persona que, de acuerdo con las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista, cumple con los requisitos y por lo tanto es aceptado como donante de sangre.

Colecta Móvil de sangre: Actividad en que un equipo de salud especializado se desplaza a una localidad predefinida, portando el equipamiento y material necesario, con el objeto de colectar sangre de donantes voluntarios. La colecta puede realizarse en un lugar físico disponible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Definiciones operacionales

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y grupos de edad correspondientes.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.2.2 SECCIÓN A.2: TIPO DE DONANTES CON CONTRAINDICACIÓN

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Donante con contraindicación transitoria: Persona que, tras la entrevista de selección, evidencia una condición de salud que le impide ser aceptada como donante de sangre. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa transitoria o temporal.

Donante con contraindicación permanente: Persona que, tras la entrevista de selección, evidencia una condición de salud que le impide ser aceptada como donante de sangre. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa definitiva o permanente.

La contraindicación transitoria y permanente, se aplica a todos los tipos de donantes de sangre.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición contraindicados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, desagregados por rango etario y por sexo.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.2.3 SECCIÓN A.3: REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (CS-UMT-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): Corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar:

Complicaciones con síntomas locales:

- Sangre fuera de los vasos sanguíneos
  - Hematoma
  - Punción arterial
  - Sangramiento posterior
- Dolor
  - Irritación o injuria en un nervio
  - Brazo doloroso
- Inflamación o infección localizada
  - Tromboflebitis
  - Celulitis
- Otras injurias mayores en los vasos sanguíneos
  - Trombosis venosa profunda
  - Fístula arteriovenosa
  - Síndrome compartimental
  - Pseudoaneurisma de la arteria braquial

Complicaciones con síntomas generalizados:

- Reacción vasovagal (RVV)
  - Sin pérdida de conciencia
  - Con pérdida de conciencia
    - <60 segundos, sin complicaciones
    - ≥ 60 segundos y / o convulsiones o incontinencia
- Con lesión
- Sin lesión
- En el sitio de recolección

- Fuera del sitio de recolección

Complicaciones relacionadas a la aféresis:

- Reacción al citrato
- Hemólisis
- Embolismo aéreo
- Infiltración

Reacción alérgica:

- Alergia local
- Reacción alérgica generalizada (anafilaxia)

Otras complicaciones serias a la donación de sangre:

- Síntomas agudos cardíacos
- Infarto al miocardio
- Paro cardiaco
- Ataque isquémico transitorio
- Accidente cerebrovascular
- Muerte

Otras complicaciones

Las definiciones técnicas de estos eventos adversos se encuentran disponibles en el Decreto exento N°38, emitido el 31 de mayo de 2021, por el MINISTERIO DE SALUD y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Denominado “Aprueba norma técnica N° 212 que regula "la atención y selección de donantes de sangre total y por aféresis en sitio fijo y colecta móvil", y deja sin efecto las resoluciones exentas N° 458, de 2007 y N° 389, de 2013, de la subsecretaría de redes asistenciales, que aprobaron las normas generales técnicas N° 96 y N° 146”. La cual se encuentra disponible en línea.[1]

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, separados se acuerdo a:

- Clasificación
- Tipo
- Subtipo
- Y duración en algunos casos.

[1] Ministerio de salud: Dona- Sangre: Disponible en https://www.minsal.cl/dona-sangre-descarga-de-archivos/

Incluye el registro del total de eventos adversos, considerándolos como unitarios e independientes en cada tipo de donante de sangre: altruista o reposición.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.3) SECCIÓN B: INGRESO UNIDADES DE SANGRE A PRODUCCIÓN (CS-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Unidades de Sangre Apta: Aquellas unidades de sangre total que cumplen con los controles de volumen adecuado, sellos indemnes, sin filtraciones, correcta identificación y aspecto, por lo que pueden ser procesadas para obtener componentes sanguíneos.

Unidades de Sangre No Apta: Aquellas unidades de sangre total que no cumplen con los controles de calidad para ser procesadas con el fin de obtener componentes sanguíneos.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde al registro del número total de unidades de sangre que han sido clasificadas como aptas y No aptas para que sean procesadas.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.4) SECCIÓN C: PRODUCCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (CS-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo o Hemocomponente: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que se puede preparar mediante centrifugación, filtración, congelación y/o descongelación de acuerdo con un procedimiento validado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde al registro del número total de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre, según clasificación. Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Glóbulos Rojos

- Desplamatizados
- Leucoreducidos
- Bolsa con Filtro
- Aféresis

Plaquetas

- Estándar
- Leucorreducida Pool
- Leucodepletada Pool
- Aféresis
- Bolsa con filtro

Plasmas

- Plasma Fresco Congelado Terapéutico
- Plasma Uso No Terapéutico
- Aféresis

Crioprecipitados

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.5) SECCIÓN C

XVII.5.1 SECCIÓN C.1: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS (CS-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite eliminar -en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo. Las causas de eliminación a registrar se indican a continuación:

Calificación microbiológica reactiva: Aquel componente sanguíneo que resulta reactivo en duplicado ante las técnicas de tamizaje microbiológico realizadas.

Obsolescencia: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al cumplir su periodo de vida útil y no fue utilizado en terapia transfusional.

Falla por cadena de frío en almacenamiento: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al incumplir la trazabilidad en la cadena de frío durante el periodo de almacenamiento.

Falla por cadena de frío en transporte: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al incumplir la trazabilidad en la cadena de frío durante el periodo de transporte.

Otros: Causas diversas de eliminación de componentes sanguíneos (control de calidad no conforme, aspecto, volumen, recuentos, hemólisis u otros).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número total de unidades eliminadas por cada componente sanguíneo según la respectiva causa de eliminación.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.6) SECCIÓN C.2: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS (UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite eliminar - en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo.

Las causas de eliminación o devolución son:

- Obsolescencia: Componente sanguíneo eliminados o devueltos al CS por tener vida útil muy limitada y no puede ser utilizado en terapia transfusional.
- Falla por cadena de frío: Componente sanguíneo devueltos o eliminados por fallas en la cadena de frio durante el transporte o el almacenamiento.
- Devoluciones por producto por no cumplir estándar: Componente sanguíneo devuelto al CS por no cumplir con el estándar establecido.
- Descongelamiento sin uso: Componente sanguíneo eliminado por haber sido descongelado y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: Componentes sanguíneos que fueron eliminados o devueltos por diversos motivos.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar los Componente sanguíneo eliminados o devueltos al centro de sangre que no pueden ser utilizados en la Terapia Transfusional de la Unidad de Medicina Transfusional. Se desagrega por tipo de causa de eliminación y componente sanguíneo. El servicio de sangre que debe registrar en esta sección es la Unidad de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.7) SECCIÓN C.3: COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFORMACIONES (CS–BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Transformación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite transformar o modificar - en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- **Unidades pediátricas:** Unidades de componentes sanguíneos alicuotados para uso pediátrico.
- **Irradiación:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- **Reconstitución para uso pediátrico (recambio):** Unidades de componentes sanguíneos utilizados en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- **Reducción volumen:** Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.
- **Desplasmatización:** Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.
- **Filtrado posterior a producción:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a filtración o en forma posterior a proceso productivo o al lado de la cama del paciente (bedside), para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar los componentes sanguíneos transformados o modificados desde su presentación original para utilizar en pacientes pediátricos u otros pacientes que requieren terapia transfusional. Se desagrega por tipo de componente sanguíneo, según unidades. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.8) SECCIÓN C.4: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIBLES (CS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

- **Unidades pediátricas**: Unidades de componentes sanguíneos alicuotados para uso pediátrico.
- **Irradiación**: Unidades de componentes sanguíneos sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- **Reconstitución para uso pediátrico (recambio):** Unidades de componentes sanguíneos utilizados en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- Reducción volumen: Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.

- **Desplasmatización:** Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.
- **Filtrados:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a filtración en la extracción (origen) sumados a los filtrados al lado de la cama del paciente (bedside), para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección corresponde registrar el número total de componentes sanguíneos aptos según tipo, para su distribución a la fecha de corte de este registro mensual. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.9) SECCIÓN C.5: INSATISFACCIÓN (STOCK ÓPTIMO) (7 DÍAS) CS

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los establecimientos que realizan procesos de medicina transfusional para administrar la oferta y demanda de componentes sanguíneos en la cadena de suministro, con el objetivo de optimizar los recursos y lograr la provisión necesaria para el abastecimiento oportuno de las necesidades.

Stock o Inventario: Número total de unidades de componentes sanguíneos almacenados en condiciones controladas, para satisfacer de manera oportuna y continua la demanda del establecimiento.

Stock Óptimo: Corresponde a aquella cantidad de componentes sanguíneos almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales de un establecimiento durante 7 días.

Número de días bajo stock óptimo: Cantidad de días calendario en los cuales el conteo de unidades de GR se encuentra bajo el stock óptimo definido para el año en curso. Sugerencia de horario de medición: 8am o inicio del día.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección corresponde registrar el número total de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O (+), A (+), B (+), O (-) y A (-) se encuentra bajo la cantidad designada como óptima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.10) SECCIÓN C.6: INSATISFACCIÓN STOCK CRÍTICO (3 DÍAS) UMT

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los establecimientos que realizan procesos de medicina transfusional para administrar la oferta y demanda de componentes sanguíneos en la cadena de suministro, con el objetivo de optimizar los recursos y lograr la provisión necesaria para el abastecimiento oportuno de las necesidades.

Stock o Inventario: Número total de unidades de componentes sanguíneos almacenados en condiciones controladas, para satisfacer de manera oportuna y continua la demanda del establecimiento.

Número de días bajo stock crítico: Cantidad de días calendario en los cuales el conteo de unidades de GR se encuentra bajo el stock crítico definido para el año en curso. Sugerencia de horario de medición: 8am o inicio del día.

DEFINICIONES OPERACIONALES

En esta sección corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O (+), A (+), B (+), O (-) y A (-) se encuentra bajo la cantidad designada como mínima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.11) SECCIÓN D: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIDOS (CS) O TRANSFERIDOS (BS Y UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Distribución o transferencia de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite distribuir, movilizar de un lugar a otro o transferir un componente sanguíneo hacia un nuevo lugar de destino: una UMT, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, Hospital Universitario, etc., ya sean dependientes del MINSAL, privados o FFAA, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número total de unidades distribuidas o transferidas, según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre, según las unidades que distribuye. Los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional, según las unidades que transfiere.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.12) SECCIÓN D.1: TRANSFUSIONES (UMT - BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Transfusión de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite infundir o transfundir un componente sanguíneo en un paciente adulto, pediátrico, ginecológico, bajo una indicación médico-clínica que indica su realización durante el día (rutina) o en forma urgente (urgencia, pabellón), para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Glóbulos Rojos transfundidos: Número de unidades de glóbulos rojos transfundidas a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de glóbulos rojos a transfundir puede encontrarse en su condición estándar (sin modificación) o puede ser sometida a transformación mediante irradiación y/o filtración.

Plaquetas (Concentrado Plaquetario): Número de unidades de plaquetas transfundidas a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de plaquetas transfundida puede ser elaborada a partir de una donación unitaria de sangre completa (Estándar), en modalidad de Pool o haber sido obtenida mediante procedimientos de Aféresis. A su vez, y de acuerdo con los requerimientos clínicos de los pacientes, encontrarse en su condición estándar (sin modificación), así como también pueden ser sometidas a transformación mediante irradiación y/o filtración.

Plasmas: Número de unidades de plasmas transfundidos a un paciente menor o mayor de 15 años La unidad de plasma transfundida debe ser en condiciones estándar, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

Crioprecipitados: Número de unidades de crioprecipitados transfundidos a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de crioprecipitado transfundida debe ser en condiciones estándar, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número de unidades de componentes sanguíneos transfundidos, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo con la clasificación de las unidades transfundidas en estándar o mediante irradiación, y la edad del usuario desagregada en rangos etarios.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.13) SECCIÓN E: DEMANDA GLÓBULOS ROJOS PARA TRANSFUSIÓN (UMT - BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Demanda: Cantidad total de unidades según componente, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: Total de unidades de glóbulos rojos indicadas por médico a un paciente, registradas en un formulario de solicitud de transfusión, que cumple criterios de indicación establecidos.

Unidades despachadas: Total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas y preparadas nominativamente para un paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número total de unidades de glóbulos rojos solicitadas para transfusión y cuántas de estas solicitudes fueron despachadas.

Para el registro de las unidades solicitadas, no se debe considerar las solicitudes canceladas.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.14) SECCIÓN F: REACCIONES ADVERSAS POR ACTO TRANSFUSIONAL (UMT-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Acto transfusional: Procedimiento que se origina desde una solicitud de transfusión, que comienza a partir de la instalación de una o más unidades de componentes sanguíneos, realizada secuencialmente en un mismo evento.

Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT): Corresponde a los efectos adversos o a la respuesta anormal que un paciente presenta o desarrolla por la administración de componentes sanguíneos.

Los tipos de reacciones adversas que se pueden originar son:

Complicaciones agudas

a. Origen inmunológico:

- Reacción hemolítica aguda.
- Reacción febril no hemolítica.
- Reacción alérgica.
- Anafilaxia/hipersensibilidad.
- Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI).
- Aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata.
- Reacción hemolítica aguda por incompatibilidad ABO.
- Reacción hemolítica aguda por otra causa.

b. Origen No inmunológico:

- Contaminación bacteriana.
- Sobrecarga circulatoria.
- Hemólisis no inmune.

1) Complicaciones retardadas

c. Origen Inmunológico:

- Reacción hemolítica retardada.
- Aloinmunización frente a antígenos eritrocitarios.
- Púrpura postransfusional.
- Enfermedad injerto contra huésped postransfusional (EICHT).

d. Origen No Inmunológico:

- Hemosiderosis transfusional.
- Transmisión de priones.
- Formación de inhibidores.

- Septicemia.
- Transmisión de VIH post transfusional.
- Transmisión de VHC post transfusional.
- Transmisión de VHB post transfusional.
- Transmisión de otro virus post transfusional.
- Malaria/Paludismo.
- Otras infecciones parasitarias post transfusional (incluye Sífilis y Chagas).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional, según tipo de componente sanguíneo y tipo de reacción adversa. Incluir reacciones a crioprecipitados en columna plasma. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.15) SECCIÓN G: INMUNOHEMATOLOGÍA

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de inmunohematología realizadas a donantes de sangre y a pacientes, considerando embarazadas como pacientes. Es importante mencionar que quien ejecuta la prestación tiene la responsabilidad de registrar en REM.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.16) SECCIÓN G.1: CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA ABO-RHD (CS-BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar número total de prestaciones de Inmunohematología clasificación sanguínea ABO RhD realizadas a donantes de sangre y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar los siguientes FENOTIPOS posibles:

- O RhD+
- O RhD-
- A RhD+
- A RhD-
- B RhD+
- B RhD-
- AB RhD+
- AB RhD-
- DISCREPANTE ABO
- DISCREPANTE RhD

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.17) SECCIÓN G.2: DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES (CS-BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología “detección de anticuerpos irregulares” realizada a donantes y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar los siguientes **resultados de DETECCIÓN posibles**:

- Positivo
- Negativo
- Indeterminado

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.18) SECCIÓN G.3: IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES (CS-BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología detección de anticuerpos irregulares realizada a donantes y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando la especificidad del anticuerpo:

a) SISTEMA MNS:
   - M
   - N
   - S
   - s

b) SISTEMA P1PK:
   - P1

c) SISTEMA Rh:
   - D
   - C
   - E
   - c
   - e

d) SISTEMA LUTHERAN:
   - Lua
   - Lub

e) SISTEMA KELL
   - K
   - K (cellano)
   - Kp^a

f) SISTEMA LEWIS
   - Le^a
   - Le^b

g) SISTEMA DUFFY
   - Fy^a
   - Fy^b

h) SISTEMA KIDD
   - Fya
   - Fyb

i) SISTEMA DIEGO
   - Di^a

- Di^b

j) NO CONCLUYENTE

k) OTROS

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.19) SECCIÓN G.4: PRUEBAS CRUZADAS ERITROCITARIAS (BS - UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología pruebas cruzadas eritrocitarias realizada pacientes (hospitalizados, ambulatorios y otros) menores y mayores de 18 años.

Registrar resultados por Pruebas Cruzadas:

- Compatible (Negativo)
- Incompatible (Positivo)

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.20) SECCIÓN G.5: FENOTIPO ERITROCITARIO (CS-BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología fenotipo eritrocitario realizado a donantes y pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando el Fenotipo:

a) SISTEMA Rh

- DCce
- DCe
- DCcEe
- Dce
- DcEe
- DcE

- DCEe
- DCcE
- DCE
- ce
- Cce
- cEe
- CcEe

b) SISTEMA KELL

- K-k+
- K+k+
- K+k-

c) SISTEMA DUFFY

- Fy(a+b-)
- Fy(a+b+)
- Fy(a-b+)
- Fy(a-b-)

d) SISTEMA KIDD

- Jk(a+b-)
- Jk(a+b+)
- Jk(a-b+)

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.21) SECCIÓN G.6: PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA EN PACIENTES (BS-UMT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología prueba de antiglobulina directa realizada a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar cada prestación de Prueba De Antiglobulina Directa según antisuero utilizado:

- Poliespecífico
- Monoespecífico IgG
- Monoespecífico C3d

Registrar cada prestación de Prueba De Antiglobulina Directa según resultado:

- Positivo

- Negativo
- Indeterminado

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.22) SECCIÓN H: AFÉRESIS (UMT-BS-CS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis de donación realizada en donantes de sangre, sin diferenciación de altruista y reposición y aféresis terapéutica en pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.23) SECCIÓN H.1: AFÉRESIS DE DONACIÓN (UMT-BS-CS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis realizada a donantes de sangre

Registrar los procedimientos de donación:

- Procedimientos para obtención de Glóbulos Rojos
- Procedimientos para obtención de Plaquetas
- Procedimientos para obtención de Plasma
- Procedimientos para obtención de Leucocitos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos Periféricos autólogos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos Periféricos alogénicos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos desde Médula Ósea autólogo
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos desde Médula Ósea alogénico
- Procedimientos para obtención de plasma convaleciente o hiperinmune

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.

XVII.24) SECCIÓN H.2: AFÉRESIS TERAPÉUTICA (UMT-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis terapéutica realizada a pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos:

- Procedimientos de Recambio de Glóbulos Rojos
- Procedimientos de Recambio Plasmático
- Procedimientos de Depleción de Glóbulos Rojos
- Procedimientos de Depleción de Plaquetas
- Procedimientos de Depleción de Leucocitos
- Procedimientos de Fotoféresis

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

REGLA DE CONSISTENCIA

Esta sección no presenta reglade consistencia.