

IMPACTO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS TRAS EL RESULTADO DEL INFORME HEMOVIGILANCIA 2006 DE UN HOSPITAL DE 400 CAMAS

M López Soques, M Carrasco, M Bosch, J García Álvarez^a, C Ballano^a, L García^a, A Orfila^a, C Basil^a, C Besses^a.

Servicio de Transfusión. ^aComite de Transfusion. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: En la revisión anual de hemovigilancia realizada por el Comité de Transfusión, se analizaron los 8 errores notificados en 2006. Por una parte, 2 errores de extracción pretransfusional (sangre correcta en el tubo con etiqueta de otro paciente), y 3 errores de recogida de sangre para Quirófano (sangre para un paciente que no la requería) que no dieron lugar a incidentes (= 5 casi-incidentes). Por otra, 3 incidentes: una transfusión de plaquetas no irradiadas, una transfusión de un producto innecesario (plaquetas en lugar de plasma) y un error en la recogida de sangre que finalizó con la transfusión de dicha sangre ABO compatible a una paciente en UCI. Al identificarse como punto débil en la cadena de seguridad la recogida de sangre por parte del personal auxiliar (4 de 8 errores), el Comité de Transfusión consensuó unas disposiciones de seguridad que se remitieron al personal por correo electrónico en diciembre de 2006. Según la nueva norma, la recogida se haría bajo presentación de documentación escrita (la copia carbón de la solicitud de sangre).

Objetivo: evaluar la implantación de las medidas de mejora, y el numero de recogidas incorrectas.

Material y método:: en febrero y marzo 2007 una observadora externa realiza 100 observaciones directas del mecanismo de identificación del paciente a transfundir ante el Servicio de Transfusión. Durante el periodo de estudio, el Servicio de Transfusión no practicó medidas coercitivas para conseguir el documento. Se analiza la proporción de procedimientos correctos y los sistemas empleados. Se revisan los registros de no conformidades para detectar recogidas erróneas de sangre.

Resultados: Se realizan 100 observaciones en directo. Un 38% de las recogidas se hicieron de forma correcta, con el documento requerido. En 62%, se recogió la sangre registrando: el nombre y apellidos retenidos en la memoria del personal auxiliar (42%), el nombre y apellidos presentando una etiqueta preformada que se puede encontrar en la historia clínica del paciente (11%), o una nota escrita en un papel (9%). Los servicios que presentaron el documento correcto fueron UCI y Reanimación y Quirófano. Los servicios que no presentaron el documento fueron Hospitales de día y Urgencias. No se detectaron recogidas erróneas en el periodo de estudio.

Conclusión: 1) Al cabo de 3 meses de dictar importantes normas, sólo el 38% de las recogidas se hacen de forma correcta. 2) Los servicios que detectaron el problema son los que han iniciado el cumplimiento de las disposiciones. 3) Quizá se requieran métodos coercitivos, o quizá se deba promover la dedicación de personal específico para la hemovigilancia, (a semejanza del "transfusion officer") para acelerar la implantación de medidas de mejora consensuadas por el Comité de Transfusión