

TIEMPO DE TRANSFUSIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Cascales A. Ferrer F. García A. Cano MJ. Moreno MJ. Palacios S. Candela MJ. Rivera J. Gutierrez D. Vicente V.

Hospital Reina Sofía de Murcia.

Introducción: La implantación en el año 2006 de un Sistema de Calidad en el Servicio de Transfusión (ST) de nuestro Hospital, nos ha permitido detectar puntos débiles de la cadena transfusional.

Objetivo: Estudio del tiempo de transfusión de los hemoderivados (HD) con el fin de establecer un ciclo de mejora.

Material y métodos: Evaluamos el tiempo transcurrido desde la salida del Banco de Sangre (BS) hasta que se inicia la transfusión y, el tiempo entre el inicio y el fin de la transfusión de todos los HD transfundidos, en nuestro hospital, en el primer trimestre de 2006: 839 concentrados hematíes (CH), 186 plasma fresco congelado (PFC) y 28 concentrados plaquetas (CP). Consideramos inaceptable un tiempo de transfusión >4 h para una unidad de CH, >2h para una unidad de PFC y >60 min para una unidad de CP. Definimos tiempos subóptimos cuando exceden las 2h, 60 min y 30 min para CH, PFC y CP respectivamente. La fuente de datos utilizada fue la hoja de control transfusional.

Resultados: El tiempo transcurrido desde la salida del BS hasta el inicio de la transfusión fue <30 min en el 74% de los casos y sólo en un 7% la demora fue >60 minutos. En cuanto al tiempo de transfusión de los HD, observamos que la mayoría de los CH (71%) se transfundieron en un tiempo subóptimo, un 9% en un tiempo inaceptable y sólo el 30% lo hicieron en el tiempo recomendado (≤ 2 h). Por contra, en el caso de los PFC y CP, la mayor parte de ellos se transfundieron en un tiempo óptimo y tan sólo un pequeño porcentaje lo hicieron en un tiempo inaceptable (3% y 7% respectivamente). Una de las posibles causas de la prolongación de los tiempos de transfusión de los CH era la utilización sistemática de filtros de microagregados. Las medidas correctoras tomadas fueron: 1) retirada de los filtros de microagregados y su sustitución por los de macroagregados en las áreas transfusoras del hospital, 2) control y entrega de los filtros de microagregados y de leucorreducción por el ST y 3) formación específica sobre la indicación y uso de cada tipo de filtro y sobre la duración de la transfusión de los diferentes HD. Transcurrido un año, reevaluamos los tiempos de transfusión de todos los HD transfundidos en el mismo período de tiempo (712 CH, 121 PFC, 70 CP). La comparación de los datos se realizó con una t de student para proporciones. Observamos un aumento significativo ($p < 0,001$) del porcentaje de CH transfundido en un tiempo óptimo (30% en 2006 y 45% en 2007) sin aumentar el número de reacciones adversas. En el caso de los CP conseguimos que ninguno de ellos se transfundiera en un periodo inaceptable. No observamos diferencias para el PFC.

Conclusión: La evaluación continua de la calidad nos ha permitido detectar un inadecuado uso de los filtros de transfusión y disminuir los tiempos de transfusión de los CH y CP sin aumentar el número de reacciones adversas.