

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA UNA ADECUADA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

Autor principal MARIA JOSE TEIJEIRO PULIDO

CoAutor 1 BLANCA BAQUÉ SAN VICENTE

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave PROCEDIMIENTOS CALIDAD TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

» Resumen

Una de las prioridades de cualquier banco de sangre es la necesidad de realizar la transfusión de hemoderivados de la manera más segura posible.

Ésta ha logrado un alto nivel de seguridad, que radica en:

El estudio de enfermedades transmisibles en el donante.

La administración correcta y trazabilidad de los hemoderivados.

La información del proceso al receptor de la transfusión para que pueda reconocer cualquier reacción adversa.

Con esta presentación queremos dar a conocer los métodos que utilizamos en el Banco de Sangre del Hospital de Galdakao-Usansolo para conseguir la máxima seguridad en las transfusiones que llevamos a cabo.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El Hospital de Galdakao-Usansolo tiene una población de cobertura de 300.000 habitantes donde se dispone de 439 camas, aunque la media de camas en funcionamiento durante el año es de 383. Que se distribuyen en 168 camas quirúrgicas, 160 médicas, 10 de UCI, 5 de reanimación y 30 de psiquiatría agudos y 10 de la unidad de desintoxicación. El área quirúrgica consta de 12 quirófanos para cirugía programada y uno de urgencias. En el que la actividad transfusional se desarrolla por el personal de enfermería del Banco de Sangre.

Nuestro método de trabajo difiere un poco del resto de los hospitales comarcales por lo que nos parece interesante dar a conocer nuestro método y a través de nuestros registros cuantificar en los últimos 7 años todo el trabajo realizado así como las barreras detectadas en nuestro servicio.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La importancia de la detección precoz y seguimiento de los efectos secundarios de la transfusión sanguínea es primordial, siendo un hecho la posibilidad de la administración errónea del hemoderivado.

Los puntos críticos son:

La identificación errónea (del paciente, de las muestras, de la petición)

Técnicas erróneas en el laboratorio de banco de sangre.

Etiquetado erróneo de las bolsas. Administración del componente sanguíneo erróneo.

Nosotros apostamos porque a lo largo del proceso transfusional participe el menor número posible de profesionales para garantizar mejor la trazabilidad. Esta es la mejor opción para minimizar los riesgos.

Para esto hemos recogido los incidentes transfusionales en un hospital en el que el personal de enfermería del Banco de Sangre tiene como objetivo garantizar la adecuación del hemoderivado a administrar, mediante una correcta identificación del paciente y hemoderivado, la administración y seguimiento de la transfusión, con recogida documental de todo el proceso.

Se ha utilizado un método descriptivo-estadístico con los datos de los últimos siete años junto con la documentación disponible en nuestro hospital: Manual de procedimientos de Banco de Sangre. (Certificación en el 2003 de la norma ISO 9001-2000)

Recogida de datos de:

Odolbide, programa informático de la red de Osakidetza SVS donde se pueden encontrar los datos necesarios sobre los donantes y receptores.

Registro de reacciones transfusionales del Banco de Sangre del hospital de Galdakao-Usansolo.

Libro de incidencias del Banco de Sangre del hospital de Galdakao-Usansolo.

Estadística anual de todos los datos del trabajo realizado en el Banco de Sangre.

PROCEDIMIENTO

Cuando se recibe la petición del hemoderivado a transfundir, se comprueba en el Odolbide la ficha del paciente, si tiene grupo sanguíneo, transfusiones o reservas anteriores, o cualquier anotación en su bloc de notas tales como; productos irradiados, premedicación de la transfusión o necesidad de fenotipar las bolsas en el caso de que el paciente tenga anticuerpos irregulares (Estas anotaciones se apuntan en la parte inferior de la petición).

Después de estas comprobaciones nos dirigimos a la habitación para la extracción de sangre. Una vez allí, se confirma nombre y dos apellidos, se le coge vía si así lo precisa y se le extraen los tubos necesarios.

En el banco de sangre, se realiza el grupo sanguíneo, las pruebas cruzadas, se registran todos los datos en el Odolbide, se imprime la hoja de trabajo y se comprueba el producto a transfundir mediante el lector de código de barras del Odolbide y si todo es correcto se procede a la transfusión.

Cada producto se transporta individualmente junto a su petición su hoja de trabajo y con la pegatina de conformidad de la transfusión del Odolbide en una bolsa de plástico.

Al llegar al lugar de la transfusión se le avisa a la enfermera/o responsable de ese paciente que se va a comenzar la transfusión. Se constatan las constantes vitales (Temperatura, T/A) en el grafico del paciente y se va a la habitación.

Delante del paciente se vuelve a confirmar el nombre y dos apellidos, se le extraen 1 o 2 cc de sangre para confirmar el grupo sanguíneo junto al paciente y se comprueba que coincide con el grupo del producto a transfundir.

Por último se transfunde el hemoderivado.

Se deja el resguardo de la petición de hemoderivados firmada por la enfermera/o de Banco de Sangre que la ha realizado con fecha y hora en la historia del paciente al terminar la transfusión para que quede constancia.

En caso de reacción transfusional, la enfermera/o de planta llama a la enfermera/o de banco que sube con la hoja específica de reacción transfusional para realizar una primera valoración del paciente antes de avisar al hematólogo.

Cualquier suceso fuera de lo establecido se registra en el libro de incidencias.

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

En estos cinco últimos años se han sido transfundidos 11.425 pacientes con un total de 49.317 hemoderivados. Se recogieron 24 reacciones febriles, 32 reacciones alérgicas y 6 reacciones de otro tipo, no existiendo ningún error de administración, detectando un casi error de cambio de unidad al realizar la comprobación de grupo de bolsa y paciente en el lugar de la transfusión.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
C.Hematíes	6532	7355	7471	7639	7922	7310 7259
Autotransfusión	3	31	33	20	40	17 18
Plasma	931	941	1043	625	752	597 488
Plaquetas	2220	1938	904*	961	1164	1411 1043
Total enfermos transfundidos	2111	2431	2527	2704	2796	2659 2741

* 2007 pasaron a contarse las plaquetas por pool en lugar de Individualmente

Reacciones transfusionales	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Febriles	7	4	4	4	5	9	9
Alérgicas	9	11	3	4	5	8	10
Otras	3*	0	0	0	2*	3*	1*

* 2005

 Sospecha de VHC sin confirmar

 Sospecha de contaminación bacteriana sin confirmar
Edema agudo de pulmón

* 2009

Por contaminación bacteriana

Por reacción hemolítica, existencia de Anticuerpo Irregular

*2010

Por error de la etiqueta del grupo sanguíneo de la bolsa enviada por el CVTH y detectado al hacer el grupo sanguíneo a la bolsa en nuestro servicio.

Error en etiquetado de los tubos de extracción

Error en el etiquetado de la petición de sangre, el médico puso el nombre de otro paciente.

*2011

Por contaminación bacteriana.

CONCLUSIONES

Para la seguridad transfusional:

Es primordial que los criterios de actuación del personal de Banco de Sangre estén unificados y sean accesibles.

Es fundamental que a lo largo del proceso transfusional intervenga el menor número de profesionales posibles para garantizar mejor la trazabilidad.

Es esencial la confirmación del grupo sanguíneo pretransfusional en el lugar de la transfusión.

Todos estos casi errores no han llegado a ser errores gracias al personal de enfermería que los ha detectado.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La mayor barrera encontrada ha sido la falta de comunicación entre servicios, ya que ha habido reacciones no detectadas porque no se ha avisado al banco en el momento en que sucedieron y las hemos detectado en una transfusión posterior al comentarlo el propio paciente.

Es importante que todos los servicios del hospital estén en contacto continuo y que ante cualquier tipo de reacción el personal de enfermería de planta contacte con el personal de enfermería de banco de sangre para que valore si requiere la intervención del hematólogo y este decida las medidas a tomar frente a posteriores transfusiones.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Tanto al paciente como a sus familiares se les explica el proceso y se les pide que en caso de sentir o ver algún síntoma diferente, avisen a la enfermera de planta para que esta nos avise a nosotras y así valorar y minimizar los riesgos que conlleva la transfusión.

» Propuestas de líneas de investigación.

Nosotros apostamos porque a lo largo del proceso transfusional participe el menor número posible de profesionales para garantizar mejor la trazabilidad. Esta es la mejor opción para minimizar los riesgos.

Nos gustaría que todo el personal pusiese de su parte para que no sucedan esos problemas que surgen de vez en cuando y que tiene que solventar el personal de banco. Los médicos darle a la transfusión la importancia que tiene, dar el consentimiento informado a firmar y explicar al paciente por qué se le transfunde y los riesgos que esta transfusión conlleva.

En nuestro hospital la transfusión la realiza personal de enfermería preparado para detectar y actuar ante cualquier reacción adversa y deseamos que continúe así.