

| Gravedad (G) | Frecuencia (F) | Detectabilidad (D) |
|------------------|-----------------|--------------------|
| Catastrófico 9-1 | Frecuente 9-10 | Baja 9-10 |
| Mayor 5-8 | Ocasional 7-8 | Moderada 7-8 |
| Moderado 3-4 | Infrecuente 5-6 | Ocasional 5-6 |
| Menor 1-2 | Remoto 1-4 | Alta 1-4 |

Pasos del proceso. Posible Fallos- Posibles causas- Posibles Efectos:

1. Recogida inadecuada de las muestras: Insuficiente volumen sanguíneo, no hermetismo del sistema de clampado, presencia de coágulos y/o ausencia en el envío de tubos analíticos maternos. Posibles fallos: no validez de la muestra. Posibles causas: No aplicación correcta y secuenciada de la técnica. Posibles efectos: tramitación de una muestra no válida a envío y procesamiento por entidad superior. (NPR 520)
2. Ausencia de envío de cuestionario y consentimiento materno. Posibles fallos: Falta de comunicación entre facultativos, personal de enfermería y pacientes. Posibles causas: Dificultad en el acceso a la información clínica sobre la entrega médica de tales documentos. Sobrecarga del personal. Requerimiento de cuidados de urgencia de los usuarios. Posibles efectos: A. No integración de los cuidados enfermeros. (NPR: 370) B. Falta de información a las pacientes (NPR: 390)
3. Ausencia de celularidad compatible con futuro trasplante. Posibles fallos: requerimiento de análisis de la muestra por entidad superior. Posibles causas: desconocimiento del estado de validez de la sangre de procedencia. Posibles efectos: tramitación de muestras no válidas para envío y procesamiento. (NPR: 40)
4. Tiempo de custodia o traslados o condiciones de custodia o traslado invalidantes de la muestra. Posibles fallos: Identificación errónea de la muestra, lugar y forma de almacenaje. Posibles causas: Sobrecarga del personal, variabilidad en el personal que interviene, tanto en el

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Tras el análisis de índice de riesgos resultan prioritarias intervenciones en materia de mejora de redefinición de controles, verificaciones adicionales y listas de comprobación, comunicación interna, acceso continuado a la actualización de la historia clínica, garantizando vías de retroalimentación, establecimiento de tiempos, cumplimentación correcta de registros y la corrección en algunos puntos del protocolo específico. La experiencia demuestra que se pueden identificar objetivamente los riesgos. La corrección o minimización de los mismos, nos permitirá garantizar la calidad en el proceso asistencial mejorando los resultados efectivos. Y la revisión continuada de procesos incidirá en la disminución

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La donación responsable es uno de los pilares esenciales para la consecución de la donación sostenible, pero el manejo exquisito de las muestras obtenidas es una responsabilidad esencial de los profesionales. El conocimiento de los circuitos y los puntos débiles de la cadena de producción nos ubican a cada uno de nosotros en los peldaños claves de intervención.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Continuar el registro y revisión de la frecuencia e incidencia de procedimientos incorrectos en esta materia. Establecer procedimientos de registro electrónico validado que no permita la salida de las muestras hospitalarias a centros de análisis si existe algún pilar sin confirmación.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical. Organización Nacional de Trasplantes. 2008.
- Células madre de cordón umbilical: <http://infocelulasmadre.com/index.html>.
- New England Cord Blood Bank, Americana, NECBB, Alison Johnson, Atlanta: <http://www.cordbloodbank.com/es/index.html>.
- Banco de sangre de cordón umbilical: Prevención, tratamiento y registro de reacciones adversas y/o incidencias en la Maternidad. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.
- Herrera Gómez A. Procedimiento de actuación en la donación de sangre de cordón umbilical. NURE Inv. 2012 Jun.