

CASI-INCIDENCIAS EN TRANSFUSIÓN. APRENDER DE NUESTROS PASOS, A SER MÁS SEGUROS

Autor principal:

PATRICIA
FERNANDEZ
SANTOS

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabra clave 1:

Transfusión sanguínea

Palabra clave 2:

seguridad

Palabra clave 3:

incidentes

Palabra clave 4:

riesgo

Resumen:

La transfusión de hemocomponentes es un proceso en el que hay que buscar el aseguramiento integral de la calidad, donde todos y cada uno de los pasos a realizar son importantes para obtener la máxima seguridad. Se valora que los beneficios son superiores a los posibles riesgos, y defender la premisa de la OMS de “administrar correctamente la sangre correcta al paciente correcto en el tiempo correcto”.

La transfusión de hemocomponentes es un proceso en el que hay que buscar el aseguramiento integral de la calidad, donde todos y cada uno de los pasos a realizar son importantes para obtener la máxima seguridad.

En la actualidad las medidas de control, trazabilidad e identificación del paciente, hacen que el proceso sea dinámico y en constante retroalimentación para mejorar

Este estudio pretende hacernos conscientes de los principales puntos de posible incidencia, su análisis y posibles propuestas de mejora en nuestra práctica diaria con el paciente.

Antecedentes/Objetivos:

En la actualidad, se da una gran importancia, al uso óptimo de los hemoderivados, tanto que el mismo Ministerio de Sanidad se implica y hace una guía con las recomendaciones para su Uso, y también insisten en los sistemas de Hemovigilancia y Calidad.

Según el estudio ENEAS de 2005, los efectos adversos que se producen durante la hospitalización, pueden tener su origen en varios puntos, uno de ellos son los procedimientos que se realizan antes de la administración de un medicamento.

En este estudio, se hace referencia, que casi el 42% de los errores de administración son evitables.

Promover la mejora de la calidad del proceso clínico de transfusión, que se define como:
La transfusión “del componente sanguíneo adecuado al paciente que lo necesite en el momento preciso, en condiciones apropiadas y con arreglo a una indicación correcta”.

Numerosos estudios demuestran que los pacientes sufren lesiones o enfermedades evitables a causa de errores y accidentes (fallos de calidad) en los hospitales. Éstos se producen en diversas etapas del proceso de la asistencia sanitaria. Para la mayoría de los pacientes y sus médicos, la transfusión es sólo un elemento más del proceso de asistencia y sus riesgos representan únicamente una pequeña proporción de todos los riesgos a los que se exponen. Por ello, el sistema de gestión de calidad para la transfusión debe planificarse como parte integrante del sistema de calidad general del hospital.

Descripción del problema - Material y método:

Se toma como referencia el Manual de Uso Óptimo de Componentes Sanguíneos. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Informes, estudios e investigación 2011, y se tienen en cuenta las recomendaciones para una correcta identificación.

Se realiza un análisis de las casi-incidencias e incidencias en los procesos de transfusión de los 5 últimos años.

Este análisis se realiza sobre los distintos puntos de la trazabilidad de la transfusión, la indicación de la transfusión, la solicitud, la identificación del paciente, las posibles reacciones.

De estos distintos puntos se buscan las causas.

En una segunda fase, se analizan los datos obtenidos de esta observación y el cumplimiento de los objetivos marcados.

Se realiza una revisión sistemática de la literatura. Comienza por una búsqueda bibliográfica a través de Medline, Cochrane, Instituto Joanna BriggsI (IJB), Cuiden, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), a través de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), y se evidencia gran cantidad de artículos referentes al tema.

Para la inclusión y la exclusión de los documentos se utilizan los propios descriptores, realizando varias combinaciones de los mismos, con fecha de los últimos 10 años, y alguno con peso importante fuera de estas fechas, y que dichos artículos se pudieran consultar al completo. Los idiomas utilizados en la búsqueda son inglés, francés y español.

Resultados y discusión:

Durante el estudio de los resultados, se advierten errores detectados en los distintos puntos del proceso transfusional, pero especialmente en la identificación del mismo.

El aumento de pacientes ancianos, con desorientación, de situaciones de urgencia, de pacientes solos....hace que la identificación positiva de pacientes sea más complicada con el paso de los años.

Siguiendo las recomendaciones del el Manual de Uso Óptimo de Componentes Sanguíneos. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Informes, estudios e investigación 2011, los resultados nos ofrecieron encontrar errores en la identificación de los pacientes. Encontramos un 5% de peticiones con falta de datos, observamos que la sistemática de identificación en un 6% de los casos no es la adecuada, sin embargo, aún con las deficiencia de falta de datos, hemos observado que existen mecanismos que no habíamos estandarizado en el protocolo de preguntas, (como puede ser preguntar a la enfermera de la planta, a los familiares, utilizar la pulsera de admisión) que ayudan a la correcta identificación. Llegando a la conclusión de que el 100% de

las transfusiones fueron realizadas correctamente.

Este estudio, nos hace prestar especial atención al análisis de las dificultades que van apareciendo en la administración de los hemoderivados, e ir adaptando los protocolos de nuestro centro a los diferentes puntos mejora del mismo.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Este trabajo se centra en el análisis de las posibles causas de error, y puntos débiles del cumplimiento de los protocolos, hace más visible nuestra toma de conciencia en la realización de nuestro trabajo diario.

Analiza la aplicación de los distintos protocolos de administración de hemoderivados y aporta seguridad a la administración de los mismos.

Los pacientes deben ser identificados correctamente y recibir el tratamiento médico prescrito en las mejores condiciones posibles.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Sería interesante tras la aplicación de los protocolos mejorados realizar un estudio dentro de unos años, valorando los mismos puntos para valorar la evolución de los mismos.

Investigar sobre las posibles causas de estas casi-incidencias, para poder hacer conscientes a las unidades clínicas de las consecuencias de las mismas.

Bibliografía:

- 1.- Vargas Marín, Carolina. Uso de hemocomponentes en la práctica médica e implicaciones legales. Medicina Legal de Costa Rica, vol. 28 (2), setiembre 2011. ISSN 1409-0015
 - 2.- Informe Hemovigilancia año 2013. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Hemovigilancia.
 - 3.- Manual de Uso Óptimo de Componentes Sanguíneos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación 2011
 - 4.- Navarro Martínez R, Benloch Salcedo A, Gosalvo Julián A, Romero Civera A, Sánchez Campos MH, García Álvarez S. Evaluación de la detección de errores y casi errores en un programa de hemovigilancia. XIII Congreso Nacional de enfermería hematológica.
 - 5.- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (a partir del 21 octubre de 2010), Agencia / Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias o similares. GuíaSalud
-