

## OBJETIVO

Evidenciar que la utilización del *check-list* y que las medidas de transfusión restrictivas llevadas a cabo en la “consulta prequirúrgica de ahorro de sangre de hematología”, reducen el riesgo de incidentes y casi incidentes en la cabecera del paciente y mejora la indicación de los hemoderivados en cada prescripción médica.

## MATERIAL Y METODO

Programa de gestión para bancos de sangre HEMOBANK IIG. Junto a la incorporación del programa, la mejora de la seguridad ha sido la acción combinada de tres elementos:

- 1.- Identificación activa y doble identificación de los pacientes por parte del personal de laboratorio y la enfermera encargada de la transfusión. A través de un formulario impreso (*check-list*) se realiza una doble identificación en la cabecera del paciente. Se requiere para la identificación: el nombre, apellidos y fecha de nacimiento antes de la administración de los componentes sanguíneos junto con la compatibilidad ABO entre donante y receptor.
- 2.- Mayor implicación del personal de enfermería en planta haciéndoles partícipes del proceso requiriéndoles su firma conforme también comprueban que la identificación de las unidades con el paciente se corresponden en el momento de la entrega de la unidad.
- 3.- Revisión de las solicitudes médicas para comprobar que las indicaciones son las adecuadas y que los protocolos de transfusión se aplican a quien los necesita, consiguiendo así que paulatinamente los clínicos se involucren más en la correcta prescripción, estableciendo de ese modo una cultura de transfusión restrictiva más efectiva.

Para valorar la eficacia de la implantación del *check-list* como método de mejora en la seguridad transfusional, hemos revisado las notificaciones de errores transfusionales en la base de datos de la aplicación Hemovigilancia del *Banc de Sang i Teixits* y el volumen total de unidades transfundidas por año en el período comprendido entre 2011 y 2017.

## RESULTADOS

Hemos encontrado un total de 4 errores transfusionales y 3 casi incidentes entre 2011 y 2017 notificados en la base de datos de Hemovigilancia del *Banc de Sang i Teixits*, dos de estos errores se debieron a un error de identificación en la cabecera del paciente (año 2013 y año 2015), el resto son errores detectados en relación a una mala identificación de las muestras pretransfusionales. El *check-list* se ha realizado históricamente en nuestro centro pero, desde el año 2016 se implantaron una serie de mejoras a raíz de los errores detectados con el objetivo de disminuir su incidencia y a lo largo de los años 2016 y 2017 no se han producido errores de identificación. Los datos se muestran en la **Tabla 1** y en la **Gráfica 1**.

Tabla 1. Errores transfusionales por año.

	Nº errores	Unidades entregadas			% error
		CH	PL	PFC	
2011	1	3996	131	213	0.02
2012	0	4356	190	352	0
2013	3	4094	353	207	0.06
2014	2	3855	174	353	0.05
2015	1	3675	184	176	0.02
2016	0	3450	121	226	0
2017	0	3219	114	132	0

Gráfica 1.



## CONCLUSIONES

Se ha conseguido establecer en el centro, de forma rutinaria en cada entrega de componentes sanguíneos, un proceso en el que el personal técnico comprueba la compatibilidad ABO de las unidades en la cabecera del paciente con la DUE (enfermera que realiza la transfusión) presente que firma a su vez la recepción de las unidades. Esta doble comprobación de identidad junto con la comprobación del ABO son la clave para evitar el errores. Por otro lado, se ha conseguido obtener una mejor trazabilidad de cada componente sanguíneo entregado, una mayor implicación en la seguridad por parte de la DUE receptora de la unidad y una mayor implicación incluso de los pacientes en su propia seguridad (algunos pacientes se identifican antes de ser preguntados o incluso reclaman ser identificados, siendo así parte activa del proceso), esto junto con una menor cantidad de hemoderivados consumidos y una mejor indicación gracias a las terapias alternativas propuestas por el Hematólogo encargado de la consulta de ahorro de sangre.

Aun habiendo establecido el *check-list* como principal filtro de seguridad y junto con el resto de medidas adoptadas, en Marzo de 2018 hemos tenido un “incidente” en el que un plasma acabó en el paciente equivocado debido a un error de identificación. Se dio la coincidencia de que el paciente que por error recibió el plasma era hermano del que debía haberlo recibido, ambos estaban ingresados en planta, ambos eran del mismo grupo ABO y ambos tenían una prescripción de transfusión activa en el sistema. Desde entonces, se solicita al DUE en segundas unidades el nombre y el nº de historia único en cada paciente en el centro.

