

INFORME PRELIMINAR D'AUDITORIA DEL SERVEI DE TRANSFUSIÓ

Centre Hospitalari: Institut Guttmann. Badalona. Barcelona.

Director mèdic del centre hospitalari: Dra. M. Victòria Amargós.

Director tècnic del servei de transfusió: BST Badalona. Germans Trias i Pujol.

Interlocutors del servei de transfusió: Dra. M. Victòria Amargós, Sr. Antoni Ustrell i Dr. Joan Ramón Grifols.

Auditora: Dra. Anna M. Ester Condins

Data de l'auditoria: 22/01/2018

Data darrera auditoria: 28/01/2016

Accions de millora detectades:

S'ha d'assegurar que l'interruptor de l'alarma de la nevera ha d'estar en la posició correcta, permetent així que soni si la temperatura surt del rang establert.

Accions de millora no implementades íntegrament:

Es va resoldre adequadament.

INFORME DE VALORACIÓ I MILLORA

1. L'autorització administrativa

Es disposa de l'autorització administrativa per l'administració de components sanguinis. Està sota la direcció tècnica del BST Badalona. Germans Trias i Pujol.

2. Les proves de compatibilitat

Les proves de compatibilitat es realitzen al servei de transfusió del BST Badalona. Germans Trias i Pujol.

3. Els efectes adversos.

Existeix un procediment d'hemovigilància amb les normes per identificar, tractar i notificar, de manera confidencial, els efectes adversos i errors relacionats amb l'emmagatzematge, l'adjudicació i la transfusió dels components sanguinis, on s'identifica la persona responsable d'efectuar les notificacions.

L'any 2017 no s'han detectat efectes adversos.

4. Els locals.

El servei de transfusió no disposa de locals propis. Les proves de compatibilitat es realitzen al BST Badalona. Germans Trias i Pujol.

5. Els equips per a la conservació dels components sanguinis.

Es disposa d'un inventari actualitzat dels equips.

Estan validats, calibrats i amb el manteniment realitzat per garantir el funcionament correcte. A pesar de tot, en el moment de la visita es detecta un mal funcionament d'una de les neveres.

Els equips informàtics, els aplicatius utilitzats i les còpies de seguretat de les dades emmagatzemades es verifiquen per garantir un correcte funcionament.

6. La política transfusional.

Existeix el Comitè Hospitalari de Transfusió que es va reunir tres vegades l'any anterior a l'auditoria, i desenvolupa les tasques encomanades.

La política transfusional es revisa periòdicament a través del Comitè de Transfusió.

7. L'autotransfusió.

Es disposa d'un procediment actualitzat de la sistemàtica d'actuació per a la prescripció, criteris d'exclusió, extracció, anàlisi, conservació, etiquetat i destí en cas de no transfusió autòloga de les unitats de sang i components sanguinis autòlegs, és correcte i se segueix per part del personal implicat.

L'any anterior a l'auditoria no es van realitzar.

Es constata que es compleix amb els requisits de la normativa vigent, pel que fa a:

- L'autorització administrativa.
- La sol·licitud transfusional.
- La mostra de sang pretransfusional.
- Les proves de compatibilitat.
- El procés de transfusió.
- Traçabilitat.
- Els efectes adversos de la transfusió, errors i quasi errors.
- Els requisits bàsics per a la garantia de qualitat.
- El personal implicat en el procés de la transfusió.
- Els locals.
- Els registres.
- La política transfusional del centre hospitalari.
- L'autotransfusió.

VALORACIÓ DE L'AUDITORIA

La visita constata el bon funcionament del servei de transfusió, si bé s'ha detectat algun aspecte que precisa ser millorat, per tal d'adequar-se a la normativa existent.

Accions de millora:

- 1- Cal revisar els aparells on es conserven els components sanguinis per tal que no superin la temperatura adequada per a la seva conservació.

En el termini d'un mes, des de la recepció d'aquest informe, caldrà enviar a la Dra. Anna Ester (aester@bst.cat) la documentació acreditativa, conforme s'han portat a terme les accions de millora.

Signat:



Dra. Anna Ester Condins

Auditora BST

Data: 23/05/2018