

## **INFORME D'AUDITORIA DEL SERVEI DE TRANSFUSIÓ**

**Centre Hospitalari:** Institut Guttmann

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

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

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

**Auditora:** Dra. Anna Ester Condins

**Data de l'auditoria:** 28/1/2016

---

### **Punts febles detectats a l'auditoria de l' any 2015**

No es van detectar punts febles

---

## **INFORME DE VALORACIÓ I MILLORA**

### **1. Autorització administrativa**

Es disposa de l'autorització administrativa per a l'administració de components sanguinis.

Està sota la direcció tècnica del BST - Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol.

### **2. Sol·licitud transfusional**

Es sol·liciten i conserven degudament signats els consentiments per a l'administració de components sanguinis. El contingut de la informació és correcte.

La sol·licitud transfusional reuneix tots els requeriments necessaris per identificar el receptor, el metge prescriptor i les raons mèdiques. Es verifica que estan degudament emplenades.

### **3. Mostra de sang**

Les mostres de sang estan correctament identificades.

Es pot identificar la persona que realitza l'extracció de la mostra i la data.

### **4. Proves de compatibilitat**

Les proves pretransfusionals es realitzen al BST - Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol.

### **5. Transfusió.**

Es disposa d'un procediment actualitzat de la verificació de la compatibilitat entre la unitat de component sanguini i el receptor, la mecànica transfusional i la detecció de possibles reaccions adverses, que està vigent i es segueix per part del personal implicat.

El mecanisme per a la comprovació de les dades d'identificació del receptor i de la unitat del component sanguini garanteix la correlació correcta.

A la història clínica del malalt queda reflectida la identificació i la naturalesa dels components sanguinis transfosos.

### **6. Traçabilitat.**

Existeix traçabilitat entre els components sanguinis rebuts, les unitats analitzades i les transfosos als receptors. Les dades són enregistrades als sistema informàtic del BST - Badalona.

Aquestes dades es conserven com a mínim durant 30 anys.

### **7. 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 de efectuar les notificacions.

A l'any 2015 s'han detectat un efecte advers i s'ha comunicat al registre d'hemovigilància de Catalunya.

## **8. Requisits bàsics per a la garantia de qualitat.**

Existeix un manual que inclou tots els procediments crítics. Aquests estan actualitzats i són correctes.

Està organitzat de forma que garanteix la qualitat dels serveis oferts.

Estan identificats els equips crítics, i definides les característiques de manteniment i controls i es porta a terme.

Disposen d'un sistema informàtic, controlat.

## **9. Conservació de components sanguinis.**

L'emmagatzematge de components sanguinis es realitza correctament i d'acord amb el procediment on està correctament especificat.

Es realitza el control de les temperatures i de les alarmes dels equips i sistemes de conservació dels components sanguinis.

## **10. Personal.**

La quantitat de personal és suficient per garantir les activitats a desenvolupar.

Existeix un pla de formació inicial i continuat que garanteix la competència en les persones.

Es capacita al personal per a la transfusió i sols aquells que ho estan poden transfondre.

Hi ha normes escrites en matèria de prevenció de riscos laborals i s'ajusten a les normes establertes.

## **11. Locals.**

Donat que les proves de compatibilitat es realitzen al BST - Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol no es disposa de local destinat al servei de transfusió.

## **12. Equips per a la conservació.**

Es disposa d'un inventari actualitzat dels equips.

Estan validats, calibrats i amb el manteniment realitzar per garantir el funcionament correcte. En la visita a la planta d'hospitalització s'ha constatat el no funcionament de l'alarma de la nevera, on es conserven les segones unitats a transfondre, per estar desconnectat l'interruptor de la mateixa.

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

### **13. Registres.**

Es conserva la documentació dels procediments operatius, directrius, manual de formació, els vigents i les versions anteriors.

El registre dels components sanguinis rebuts, de les proves de compatibilitat, del destí final es conserven durant un mínim de 30 anys.

La confidencialitat de les dades està assegurada.

### **14. Política transfusional.**

Existeix el Comitè Transfusional que es va reunir dues vegades l'any anterior a l'auditoria, i desenvolupa les tasques encomanades.

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

### **15. 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 es segueix per part del personal implicat.

No s'han realitzat autotransfusions aquest any.

## **VALORACIÓ FINAL**

La visita constata el bon funcionament del servei de transfusió, adequant-se a la normativa existent.

### **Punts forts a destacar:**

Felicitem al centre pel seu interès i dedicació a la formació del personal, especialment al Sr. Ustrell que ens ha explicat el seu pla de Formació. També la cura de la seguretat transfusional al exigir una capacitació al personal que transfon.

### Accions de millora:

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.

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

Signat:



Dra. Anna Ester Condins  
Auditora BST  
Data: 12/04/16

Vist i plau:



Dra. Pilar Ortiz Murillo  
Cap tècnic Banc de Sang  
Data: 12/04/16