

| | |
|--|--------------|
|  Gestió de Serveis Sanitaris | |
| 23 AGO. 2017 | |
| NÚM. ENTRADA | NÚM. SORTIDA |
| 0371 | |

Hospital Universitari Santa Maria
A/ Dr. Albert Tarrats
Alcalde Rovira Roure,44
025198 - LLEIDA

Barcelona, 31 de juliol 2017

Benvolgut Dr. Albert Tarrats,

Us trametem l'informe definitiu, de l'auditoria realitzada al Servei de Transfusió del vostre centre, que evidencia el correcte funcionament d'aquest.

Com ja se us va comunicar, a partir d'aquest any, aquesta auditoria la fa el personal del Banc de Sang i Teixits sota el control dels inspectors de la Subdirecció General d'Avaluació i Inspecció Sanitàries i Farmacèutiques de la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària del Departament de Salut.

Tenen com a objectiu poder resoldre problemes i consultes del procés de transfusió, conèixer i valorar la situació específica del vostre servei de transfusió, identificar àrees de millora i recollir suggeriments.

Cordialment,



Lluís Puig Rovira
Director Assistencial

INFORME DEFINITIU D'AUDITORIA DEL SERVEI DE TRANSFUSIÓ

Centre Hospitalari: Hospital Universitari Santa Maria. Lleida.

Director mèdic del centre hospitalari: Dr. Albert Tarrats.

Director tècnic del servei de transfusió: BST – Lleida. Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Interlocutor del servei de transfusió: Dra. Marta Panadés, Dr. Juan Manuel Sánchez i Sra. Laura Batalla.

Auditora: Dra. Anna Ester Condins

Data de l'auditoria: 19/02/2016

Punts febles detectats a l'auditoria de l'any 2014

No es van trobar 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 – Lleida. Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

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 es realitza electrònicament i 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. S'identifiquen mitjançant número de seguretat transfusional.

4. Proves de compatibilitat

Les proves de compatibilitat es realitzen al BST – Lleida. Hospital Universitari Arnau de Vilanova i es registren correctament les determinacions analítiques necessàries per verificar la compatibilitat del component sanguini.

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 transfoses als receptors.

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 d'efectuar les notificacions.

A l'any 2015 s'han produït dos efectes adversos deguts a la transfusió: un quasi incident i un edema agut de pulmó cardiogènic i han estat comunicats al servei 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 concentrats d'hematies. En el moment de la visita es constata el no funcionament de la gràfica de registre de la temperatura els darrers quatre dies.

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.

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 Lleida. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, 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 realitzat per garantir el funcionament correcte.

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.

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

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 verificar el funcionament de la gràfica on es registra la temperatura de la nevera de conservació dels components sanguinis.

A data 23 de maig es rep la següent resposta:

1. Manifesten que han resolt el problema que consideren una situació puntual i que actualment ja està solucionat. No aporten altres documents que ho acreditin.

VALORACIÓ FINAL

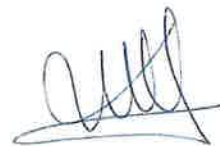
La visita constata el bon funcionament del servei de transfusió, adequant-se a la normativa existent, considerant-se resoltes les deficiències detectades.

Signat:



Dra. Anna Ester Condins
Auditora BST
Data: 12/05/2017

Vist i plau:



Dra. Pilar Ortiz Murillo
Cap tècnic Banc de Sang
Data: 12/05/2017