

**SEGURIDAD** LA HEMOVIGILANCIA HOSPITALARIA NO SIRVE DE NADA SI NO SE HACE UN ANÁLISIS CAUSAL DE LOS DATOS

Un tercio de los errores cometidos en transfusión nacen en el laboratorio

→ Todos los datos recogidos por los sistemas de hemovigilancia hospitalarios no servirán de mucho si no se emplean para realizar análisis causa-raíz que permitan averiguar por qué

se han producido los errores de transfusión, que hasta en un 40 por ciento de los casos tienen su origen en fallos cometidos en el laboratorio del hospital.

■ Laura Pérez Torres Málaga

La hemovigilancia ha sido uno de los temas más tratados durante el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular (SETS), celebrado en Málaga. En él se han establecido las causas de los errores más comunes en la administración de componentes sanguíneos y según los expertos, "entre el 30 y 40 por ciento de los episodios de sangre equivocada se deben a errores que se originan en el laboratorio de transfusión del hospital".

En este sentido, Mercedes López, especialista del Hospital del Mar, de Barcelona, ha explicado que la hemovigilancia hospitalaria que se practica no sirve de nada si no se hace un análisis causal. "No se trata de tener un armario lleno de datos, sino de entenderlos, encauzarlos y luego hacer un tratamiento apropiado. Estamos acostumbrados a describir el análisis epidemiológico del error, cuándo fueron los errores, dónde y quién lo cometió, pero lo más importante es el paso siguiente, saber el porqué".



FOTOS: LAURA PÉREZ TORRES

Mercedes López, Lluís Massuet y Lydia Blanco, del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León y moderadora de la mesa.

Otra de las conclusiones a las que llegaron los expertos es que clasificar es vencer, ya que para hablar de errores hay que estar convencido de que si se clasifican, se localizarán antes y será posible realizar un análisis causa-raíz, que se caracteriza por enfocar al sistema y no a las personas que cometen el error: "Cambiar a las personas sería un parche en la bandera y es habitual que un error tenga varias causas aunque existe una que es

nombrada a menudo: la falta de formación del personal". La principal ventaja que tiene actuar con causas-raíz es que al no ir contra las personas se favorece la notificación, y "para un hospital una mayor notificación es más seguridad".

Código de barras

En cuanto a las guías y métodos para la seguridad de la práctica de la transfusión, Lluís Massuet, del Banco de Sangre y Tejido de Bellvitge,

en Barcelona, ha destacado el sistema automático de lectura de código de barras en el que es necesario cumplir fielmente los protocolos. "Tiene dificultades de lectura en el campo quirúrgico aunque como valor añadido permite introducir la hemovigilancia y completar la trazabilidad". Además, este sistema "cuenta con un contenedor de seguridad que incorpora electrónica RFID con microprocesador y memoria, se programa con

el número de identificación del paciente que se va a transfundir y su abertura es por comparación de códigos con un sistema de bloqueo".

No obstante, Massuet ha dicho que "los errores de administración de componentes siguen existiendo y son la segunda causa de muerte relacionada con la transfusión. Para que ocurra un incidente se precisan dos o más errores. Las nuevas tecnologías pueden reducir la incidencia de errores y cada centro debe valorar la que más le conviene".

Los códigos de barras facilitan la hemovigilancia y trazabilidad, pero se sigue precisando de procedimientos normalizados de trabajo en los que la formación y el conocimiento del riesgo son indispensables. Las nuevas tecnologías pueden cambiar la metodología para la trazabilidad de todo el proceso donación-transfusión, pero la formación y el entrenamiento del personal de enfermería en medicina transfusional, así como el número de transfusiones que realiza cada enfermera, parecen ser factores que determinan una buena práctica.