

Registro de Tareas del Comité de Calidad del Servicio de Transfusión Hospitalario

María José Rodríguez Fernández

Dra. Universidad de Málaga

Mercedes Rodríguez Fernández

Profesora Titular Universidad de Málaga

REGISTRO DE TAREAS:

- Análisis de la última Auditoría interna, así como el abordaje y propuestas de resolución de las desviaciones observadas.
- Análisis de la última encuesta de satisfacción del ST y las acciones de mejora y no conformidades que pueda requerir.
- Análisis de estadística de Actividad transfusional y Hemovigilancia. (Comunicada a Servicios Centrales SAS).
- Análisis de los indicadores del ST
- Análisis de auditoría de indicaciones de transfusión.
- Elaboración del informe anual de gestión de riesgos y planificación del nuevo ejercicio.
- Comprobación anual de mecanismo alternativo en caso de fallo de aplicación informática.
- Revisión de planes del sistema de calidad.
 - Plan de Formación
 - Plan de Auditoría interna
 - Plan de Mantenimiento de equipamiento.
- Gestión de reclamaciones
- Planificación y control del cumplimiento de los Objetivos del SC.
- Análisis del estado de las no conformidades y acciones correctivas.
- Análisis del estado de las acciones de mejora y control de cambios, así como la evaluación de necesidades y expectativas de las partes interesadas.

DESARROLLO DE TAREAS:

- Análisis de la última Auditoría Interna:

Tras la finalización de los plazos de la reacreditación CAT, solicitamos a la Dra. Gracia García, responsable de CTTC, concertar una fecha para la realización de la auditoría interna anual. Por dificultades en dicho centro no fue posible consensuar una fecha en el plazo de tiempo disponible, de modo que debió ser pospuesta para su realización en este año 2022 (fecha aún por definir conjuntamente). Se adjuntará en informe anexo y su análisis se recogerá en próxima acta de comité de calidad.

- Análisis de la última encuesta de satisfacción.

Se han recabado 33 formularios cumplimentados que representan los servicios más activos en transfusión (Hematología, nefrología, cirugía digestiva, UCI, Hospital de día).

La valoración global es “satisfecho/muy satisfecho” y en este contexto no hemos recibido ninguna queja en observaciones ni recomendaciones de mejora, como sí habíamos observado en encuestas anteriores.

- Análisis de estadística de actividad transfusional y hemovigilancia.

En 2021 se transfundieron 12.473 CH de un total de 12.593 CH recibidos. Con una caducidad de 57 U y 41 desechadas. Esto representa un índice de utilización de 99,04%. Se transfundieron 4.679 CP, de un total de 4905 recibidas.

Observamos un incremento marcado de caducidad respecto a periodo anterior (212 CP caducados), que tras analizarlo conjuntamente con CTTC constatamos un incremento de unidades enviadas muy próximas a caducidad, en un intento de que pudieran ser utilizadas por nuestro centro al ser el que más consumo de plaquetas tiene de toda la provincia. Consideramos adecuado este intento por parte de CTTC de mejorar la utilización global de hemoderivados, aunque implica lógicamente un incremento de nuestra caducidad, ajeno a nuestros mecanismos habituales de gestión de stock.

Observamos un aumento global del consumo de hemoderivados con respecto a 2020, lo cual está en relación con el aumento de actividad del Hospital, tanto Médica como quirúrgica, en un año de recuperación tras la fase más dura de la pandemia.

- Análisis de los indicadores del ST.

El resultado de los indicadores anuales contemplados en el proceso soporte hemoterapia del SAS, han sido:

-Porcentaje de utilización de hemoderivados: 99,05%

-Porcentaje de utilización de plasma: 15,90 (estándar <40)

-Nº de declaraciones al sistema de hemovigilancia: 5,52 / 80.000 (estandar 10-20 / 80.000)

-Trazabilidad/Circuito transfusional: 99,59% (Estandar >99%)

En relación a los indicadores semestrales y trimestrales cabe destacar, tal como se ha señalado en apartado anterior, la desviación en la caducidad de las plaquetas. Esta desviación está en relación a la política del CTTC que nos ha solicitado esta colaboración para intentar reducir la caducidad a nivel provincial, aunque esto implica aumentar nuestro índice de caducidad.

Observamos de manera reiterada que el estándar definido para la devolución de hemoderivados, especialmente desde área quirúrgica, no se adecuaba a la buena práctica de esta unidad, ya que observamos que hacían un buen uso y conservación de los hemoderivados que se entregaban en previsión de la cirugía. Creemos que esta práctica da seguridad y garantiza la reposición en situaciones críticas, sin que implique un aumento de unidades desechadas, pero sí lógicamente un incremento en las devoluciones. Por este motivo modificamos el estándar de <5% a <7%. Actualmente en último trimestre registramos un índice de devolución de 7%.

- Elaboración del informe anual de gestión de riesgos y planificación del nuevo ejercicio.

Se realiza informe anual. Ver informe anexo.

- Comprobación anual de mecanismo alternativo en caso de fallo de aplicación informática.

Hemos comprobado que están operativos todos los estocajes de etiquetas, etiquetas de extrema urgencia, peticiones en papel, hojas de cierre y hojas de comprobación.

- Revisión de planes del sistema de calidad.

Hemos revisado y actualizado todos los planes del sistema de calidad (Plan de Formación, plan de auditoría interna y plan de mantenimiento de equipamiento, objetivos y acuerdos con terceros). Ver documentación anexa.

- Gestión de reclamaciones.

De acuerdo al SAS, el servicio gestiona las posibles reclamaciones de usuarios a través de la aplicación "Resuelve". No hemos tenido ninguna reclamación ni sugerencia de mejora registrada.

- Planificación y control del cumplimiento de los Objetivos del SC.

Los objetivos planteados para 2021 fueron:

- Implantación y validación de sistema de registro digital continuo de temperatura de equipos de frío.
- Puesta en marcha de la petición electrónica en entorno Diraya.
- Actualización certificación CAT del Servicio.
- Ejecución y cumplimiento de los planes del sistema de calidad.

Todos estos objetivos se han cumplido, aunque la petición electrónica (desarrollada ya en Milenio), aún no está implantada en todos los servicios, ya que está pendiente de encaje a través de Diraya.

Se plantea como objetivo para este año:

- Implantación y desarrollo de la petición electrónica de transfusión en entorno Diraya.
- Ejecución de los planes del sistema de calidad y análisis del sistema de calidad, de acuerdo a los nuevos estándares CAT definidos.

- Análisis del estado de las no conformidades y acciones correctivas.

Se revisa la situación de las acciones correctoras (Ver registros). Queda pendiente de cerrar la acción correctora iniciada junto con Veolia para ajustar la correlación de temperaturas marcadas por el registro digital centralizado y el registrado por la sonda de las neveras. Es cierto que se ha corregido en buena medida, pero aún no lo consideramos óptimo.

- Análisis del estado de las acciones de mejora y control de cambios, así como la evaluación de necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Se ha iniciado el formulario “F23 Acción de mejora” para la implantación de la petición electrónica. (ver anexo), así como Formulario de validación. No se espera cambios en los roles de las distintas partes interesadas. La expectativa del cambio implica una mayor seguridad en el circuito transfusional, facilitando el trabajo especialmente en el registro de las transfusiones por parte del personal TEL de transfusiones.

M Jose Rodríguez Fernández
Hematologa Responsable
Servicio de Transfusines H Materno