



GRUPO DE HEMOVIGILANCIA DE ASTURIAS

INFORME AÑO 2014



COMPOSICION GRUPO HEMOVIGILANCIA DE ASTURIAS	3
ORGANIZACIÓN GHAS	4
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	5
Reuniones	5
Evaluación de los ST y CT.....	6
Comunicaciones a congresos.....	9
XVI Jornadas de Medicina Transfusional (Noviembre 2014).....	10
NOTIFICACIONES	11
Incidentes comunicados	13
Incidentes relacionados con la preparación de componentes	15
Incidentes relacionados con la transfusión	15
Errores en la administración de componentes	16
Casi incidentes notificados	17
Seguimiento donaciones / donantes con incidencias	17
TRASLADO AL NUEVO HUCA.....	17
DATOS ACUMULADOS	18
Notificaciones	18
Incidentes relacionados con la donación	19
Incidentes relacionados con las transfusiones	19
Reacciones adversas relacionadas con la transfusión:.....	20
Exitus.....	21
Errores en la administración de Componentes	21
Casi Incidentes Notificados.....	22
CONCLUSIONES	23
PROPUESTAS	24
DEFINICIONES	25



COMPOSICION GRUPO HEMOVIGILANCIA DE ASTURIAS

Desde el año 2006 funciona como Grupo de Trabajo el Grupo de Hemovigilancia de Asturias (GHAS) constituido de acuerdo al Decreto 4/2006 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Dicho grupo está constituido por los diferentes servicios de transfusión de los servicios de transfusión hospitalarios (públicos y privados) del Principado de Asturias, por el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias y un representante del SESPA y otro de la Consejería de Salud

Los representantes en el GHAS de los diferentes Centros en el año 2014 han sido

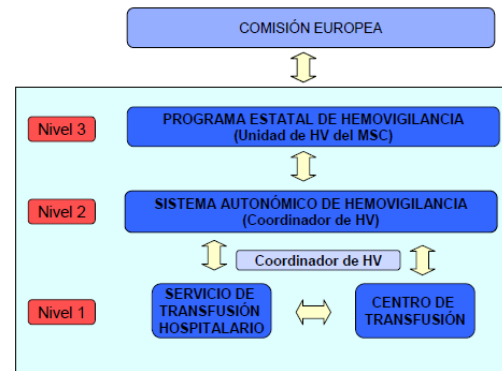
CENTRO MEDICO	Dr. Benito
CLINICA ASTURIAS. OVIEDO	Dra. Muñoz Turrilas
HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	Dr. Vicente
HOSPITAL BEGOÑA GIJON	Dra. Muñoz Turrilas
HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	Dr. Taboada Alameda
HOSPITAL CRUZ ROJA GIJON	Dra. Loida Corbillón
HOSPITAL DE CABUEÑES	Dra. Fernández
HOSPITAL DE JARRIO	Dr. Vargas Pabón
HOSPITAL DE JOVE	Dra. Colunga
HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	Dr. Medina Rodriguez
HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS	Dra. Chamorro
HOSPITAL MONTE NARANCO	Dr. Buelga
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	Dr. García Gala Coordinador Autonómico
HOSPITAL VALLE DEL NALON	Dra. Rosón
SANATORIO COVADONGA. GIJON	Dra. Ojea
SERVICIOS CENTRALES SESPA	D ^a Shura Rozada
CONSEJERIA SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS	Dra. Mérida
CENTRO COMUNITARIO SANGRE Y TEJIDOS ASTURIAS	Dra. Muñoz Turrilas



ORGANIZACIÓN GHAS

La organización de la hemovigilancia de Asturias se adecua a lo establecido en la organización del sistema español de hemovigilancia. Dicho sistema se estructura en 3 niveles:

- **Servicios y Centros de Transfusión:** supone el nivel más básico. El personal de los mismos es el encargado de la detección y primer análisis de los incidentes que pudieran suceder.
- **Nivel autonómico:** en el que se realizan las labores de coordinación dentro de la comunidad y con el Ministerio de Sanidad. El responsable es el Coordinador de Hemovigilancia, figura crucial en el sistema y que, según la organización de la comunidad autónoma (CA), puede pertenecer a este nivel o al anterior.
- **Nivel estatal:** la Unidad de Hemovigilancia, encargada de la coordinación con las CCAA y con la Comisión europea





ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Reuniones

Durante el año 2014 se realizaron 2 reuniones del grupo.

- 24 enero
- 30 Octubre

Los temas y puntos más significativos de los tratados fueron:

- Revisión EA e incidencias más significativas
- Utilización de sistemas de identificación de pacientes dentro del circuito de transfusión
- Necesidad de mejorar la aplicación informática y la integración con la Historia Clínica (integración delphyn-selene)
- Necesidad de un mantenimiento correcto y un control de los equipos utilizados en los Centros y Servicios de transfusión de acuerdo a los establecido en la normativa legal vigente



Evaluación de los ST y CT

En el mes de mayo se realizó una actualización de los datos de los ST y CT sobre existencias de sistemas de gestión de calidad, comité de transfusión y personal que trabaja en ellos. Los resultados han sido:

Existencia de SGC / CHT

CENTRO	COMITÉ TRANSFUSION	SGC CERTIFICADO	GUIA EMPLEO COMPONENTES SANGUINEOS
HOSPITAL DE JARRIO	NO	ISO 9001:2008	SI / PROPIA-SETS
HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	SI 6 reuniones / año	ISO 9001:2008	SI / PROPIA
HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	No	NO	
HOSPITAL MONTE NARANCO		DATOS NO DISPONIBLES	
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	SI 8 / 10 reuniones /año	ISO 9001:2008 CAT	SI / PROPIA
HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS	SI 2/4 reuniones año	ISO 9001:2008	SI / PROPIA
HOSPITAL DE CABUEÑES	SI 6/8 reuniones / año	ISO 9001:2008	SI / PROPIA
HOSPITAL DE JOVE		ISO 9001:2008	
HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	NO Objetivo actual	ISO 9001:2008	
HOSPITAL VALLE DEL NALON	NO Funcionó hasta 2008. Objetivo actual	JOINT COMISSION	SI / SETS
CENTRO MEDICO		DATOS NO DISPONIBLES	
HOSPITAL CRUZ ROJA GIJON	SI 4 reuniones / año	ISO 9001:2008	SI/ PROPIA
HOSPITAL BEGOÑA GIJON		NO	
SANATORIO COVADONGA. GIJON	NO	INSTRUCCIONES TECNICAS	NO
CLINICA ASTURIAS. OVIEDO	NO	INSTRUCCIONES TECNICAS	NO
CENTRO COMUNITARIO SANGRE Y TEJIDOS ASTURIAS		ISO 9001:2008 CAT	



Encuesta sobre personal que trabaja en los ST

CENTROS QUE HAN CONTESTADO

CENTRO	
HOSPITAL DE JARRIO	X
HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	X
HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	X
HOSPITAL MONTE NARANCO	X
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	X
HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS	X
HOSPITAL DE CABUEÑES	X
HOSPITAL DE JOVE	
HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	X
HOSPITAL VALLE DEL NALON	X
CENTRO MEDICO	
HOSPITAL CRUZ ROJA GIJON	X
HOSPITAL BEGOÑA GIJON	
SANATORIO COVADONGA. GIJON	
CLINICA ASTURIAS. OVIEDO	

RESPUESTAS

1. Personal que trabaja en el ST

	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
DUE	8	5	5
TEL		5	5
DUE + TEL	2		

En 4 centros (HUCA, HCAB, HVN, HAB) solo trabajan DUE.



2. Personal que realiza las siguientes tareas

	Turno Mañana		Turno Tarde		Turno Noche	
	Personal Propio	Personal Ajeno al ST	Personal Propio	Personal Ajeno al ST	Personal Propio	Personal Ajeno al ST
Extracción Muestras Paciente	10	5	6	7 En 4 solo es personal ajeno.	6	7 En 4 solo es personal ajeno
Administrar 1ª Bolsa	10	1	6	5 En 4 solo es personal ajeno	6	5 En 4 solo es personal ajeno
Administrar siguientes bolsas	10	2 (1 centro dependiendo de la carga de trabajo)	6	5 En 4 solo es personal ajeno	6	5 En 4 solo es personal ajeno
Transfusión intraquirofano	1	10 (9 siempre y en 1 a partir de la 2ª)	1	10 (9 siempre y en 1 a partir de la 2ª)	1	10 (9 siempre y en 1 a partir de la 2ª)

3. Comprobación grupo ABD a la cabecera del paciente

	Turno Mañana		Turno Tarde		Turno Noche	
	Personal Propio	Personal Ajeno al ST	Personal Propio	Personal Ajeno al ST	Personal Propio	Personal Ajeno al ST
SIEMPRE	6		6		6	
1ª Bolsa	3		3		3	
Siguientes bolsas	1 si la DUE es diferente		1 si la DUE es diferente		1 si la DUE es diferente	
Nunca						

4. Formación

a. Curso de Experto Universitario como requisito para trabajar DUE

SI	NO
7	3

b. Plan de formación inicial específico para personal del ST

EXISTE Y SE CUMPLE	3
EXISTE Y SE CUMPLE PARCIALMENTE	3
EXISTE Y NO SE CUMPLE	2
NO EXISTE	2



c. Plan de formación para el personal ajeno al ST

EXISTE Y SE CUMPLE	0
EXISTE Y NO SE CUMPLE	1
EXISTEN SESIONES FORMATIVAS	2
NO EXISTE	7

Comunicaciones a congresos

Se presentó la actividad del GHAS en el 16th International Haemovigilance Seminal y en el XXV Congreso de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea

- Screening of infectious disease in blood donors: 10 years of hemovigilance in Asturias (Spain). Muñoz MC, García Gala JM, San Román F, Seco C, Corbillón L; Fernández C, Martínez E, Bernardo A, Rozada S, Chamorro C. Blood Transf 2014 12 Suppl 2,s473
- Transfusión errors: a tour year report form Grupo Hemovigilancia del Principado de Asturias (GHAS). Spain. Fernandez Alvarez C, García Gala JM, Martinez Revuelta E, Muñoz Turrilas C, Bernardo Alvares A. Blood Transf 2014 12 Suppl 2,s476
- Near-Miss: 5 years of experience in a regional heamovigilance system. García Gala JM, Martínez Revuelta E, Fernandez Alvarez C, Muñoz Turrilas C, Corbilón L, Bernardo A, Medina Rodríguez J, Taboada F, Rozada S. Blood Transf 2014 12 Suppl 2,s477
- Hemovigilancia del Principado de asturias: 4 años de experiencia en el análisis de reacciones adversas Corbillón L, Bernardo A, Muñoz M.C, García Gala J.M., Martínez E., Fernández C., Colunga C., Vargas M., Rosón C., Vicente J.M., Medina J. Blood Transf 2014; 14 Suppl 5, s1065
- Errores transfusionales analisis de cuatro años. Grupo de hemovigilancia de Asturias Fernández C., García Gala J.M., Martínez E., Muñoz C.,Bernardo A., Chamorro C., Vicente J.M., Vargas M.,Rosón C., Corbillón M.L. Blood Transf 2014; 14 Suppl 5, s1062
- Cribado de enfermedades infecciosas en donantes de sangre: 10 años de hemovigilancia en Asturias Muñoz M.C., San Román F., Seco C., García Gala J.M., Fernández C., Martínez E., Corbillón L., Bernardo A. Blood Transf 2014; 14 Suppl 5, s1017
- Análisis de casi incidentes: experiencia de 5 años en una red de hemovigilancia regional Garcia Gala J.M., Martínez E., Fernandez C., Muñoz C., Corbillon L., Medina J., Vicente J.M., Vargas M., Chamorro C., Roson C., Bernardo A. Blood Transf 2014; 14 Suppl 5, s1061



XVI Jornadas de Medicina Transfusional (Noviembre 2014).

Asistentes: Se inscribieron un total de 140 personas de los que acudieron 126 personas (90%)

Por categorías, la distribución de los inscritos fué

- DUE 39%
- TEL 24%
- MEDICOS 23%
- AUXILIARES CLINICA 12%
- AUXILIARES ADMINISTRATIVOS 1%
- OTROS 1%

La distribución por áreas sanitarias / centros sanitarios ha sido

- HUCA 47%
- CENTRO COMUNITARIO SANGRE Y TEJIDOS 19%
- HOSPITAL ORIENTE ASTURIAS 13%
- HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA 3.5%
- HOSPITAL VALLE NALON 5%
- HOSPITAL SAN AGUSTIN 2%
- HOSPITAL DE JARRIO 5%
- HOSPITAL CABUEÑES 3%
- HOSPITAL CRUZ ROJA GIJON 1%
- EN PARO 2%

El 78 % trabaja en un Centro o Servicio de Transfusión a tiempo completo

El 84 % de los inscritos habían participado en ediciones previas.

De los resultados de la evaluación se destaca:

- Aspectos organizativos:
Como nota media ha sido 4 (sobre un máximo de 5 puntos) equivalente en la escala de valoración a BIEN
- Aspectos científicos:
Como nota media ha sido 4 (sobre un máximo de 5 puntos) equivalente en la escala de valoración a BIEN



NOTIFICACIONES

La revisión de las notificaciones constituye la actividad principal del GHAS

	Nº TOTAL	Nº CON SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA	CENTROS CON ALGUNA NOTIFICACION
Centros de Transfusión	1	1	1
Servicios de Transfusión	15	15	7 (46%)

Unidades bajo hemovigilancia.

DONACIONES	SANGRE TOTAL	40.255
	AFERESIS	849
TOTAL		41.104

TRANSFUSIONES	HEMATÍES	40.717
	UNIDADES PLAQUETAS	6.345
	PLASMA	5.177
	CRIOPRECIPITDO	174
TOTAL		52.413



	HEMATIES	PLASMA	CRIOPRECIPITADO	PLAQUETAS	TOTAL	AUTOS EXTRAIDAS	AUTOS TRANSFUNDIDAS	%AUTO Transfundida	% Auto total hematies
H JARRIO	1.166	21	0	10	1.197	99	41	41%	3,397%
H SAN AGUSTIN	3.693	433	36	244	4.406	3	2	67%	0,054%
HUCA	18.698	3.667	77	5.090	27.532	38	20	53%	0,107%
H MONTE NARANCO	1.531	12	0	2	1.545	0	0		
H VALLE NALON	1.922	168	3	110	2.203	42	17	40%	0,877%
H ALVAREZ BUYLLA	1.872	83	0	38	1.993	139	105	76%	5,311%
H ORIENTE	987	79	0	32	1.098	0	0		
H JOVE	1.022	100	4	29	1.155	42	12	29%	1,161%
H CABUEÑES	7.001	347	39	637	8.024	0	0		
H CARMEN Y SEVERO OCHOA	644	27	0	50	721	0	0		
H CRUZ ROJA GIJON	500	0	0	3	503	36	13	36%	2,534%
S COVADONGA	27	0	0	1	28	0	0		
H BEGOÑA	256	4	0	7	267	0	0		
CLINICA ASTURIAS	61	10	0	2	73	0	0		
C MEDICO	1.337	226	15	90	1.668	27	10	37%	0,742%
TOTAL	40.717	5.177	174	6.345	52.413	426	220	52%	0,537%



Incidentes comunicados

		NUMERO ABSOLUTO	
DONACION	SANGRE TOTAL	183	4.55‰
	AFERESIS	0	
TRANSFUSION*		97	1.85 ‰

*Reacciones adversas, Casi Incidentes y Errores en la Administración Componentes

Reacciones adversas con imputabilidad ≥ 2 y gravedad ≥ 2 :

		NUMERO ABSOLUTO	
DONACION*	SANGRE TOTAL	0	
	AFERESIS	0	
TRANSFUSION		3	0.057‰

BORRADOR



Incidentes relacionados con la donación

DONACION SANGRE TOTAL

				TOTAL	IMPUTABILIDAD \geq 2 + GRAVEDAD \geq 2	OBSERVACIONES	
Síntomas locales	Extravasacion		Hematoma	27	0		
			Punción arterial	158	0		
			Sangrado retardado				
	Dolor	Especificado como	Irritacion neurologica				
			Daño en un tendón				
		No especificado	Dolor en el brazo				
	Otros		Tromboflebitis				
Alergia local							
Síntomas Generales	Reaccion Vasovagal		RRVV inmediata	25	0		
			RRVV inmediata con daño				
			RRVV retardada				
			RRVV reatardada con daño				

DONACION AFERESIS

				TOTAL	IMPUTABILIDAD \geq 2 + GRAVEDAD \geq 2	OBSERVACIONES
Síntomas locales	Extravasacion		Hematoma	0		
			Punción arterial	0		
			Sangrado retardado	0		
	Dolor	Especificado como	0			
			0			
		No especificado	0			
	Otros		Tromboflebitis	0		
Alergia local			0			
Síntomas Generales	Reaccion Vasovagal		RRVV inmediata	0		
			RRVV inmediata con daño	0		
			RRVV retardada	0		
			RRVV reatardada con daño	0		
Reacción al citrato				0		
Hemólisis				0		
Reacción alérgica generalizada				0		
Embolismo gaseoso				0		
Mal funcionamiento de la máquina				0		
Defecto del equipo				0		



Incidentes relacionados con la preparación de componentes

El día 20 de septiembre hubo un descenso de la temperatura de hematíes del CCSTA que tuvo como consecuencia la pérdida de 812 unidades por permanecer almacenado en unas condiciones que no garantizaban la calidad del producto (temperaturas entre -1,4°C y -4,2°C) durante más de 3 horas.

La causa de esta situación fue debido a que, aún cuando sonaron las alarmas a las temperaturas previstas, la persona encargada de vigilar no tomó ninguna de las medidas establecidas para dichas situaciones.

Incidentes relacionados con la transfusión

		TOTAL	IMPUTABILIDAD \geq 2 + GRAVEDAD \geq 2	OBSERVACIONES
Reacción Adversa	Reacciones febriles	51	0	Hay 4 de gravedad 2 pero imputabilidad 1. Se han relacionado con posible colonización de la vía a través de la cual se administró el componente
	Reacciones alérgicas	35	1	
	Reacción hemolítica	1		Anti-c. Gravedad 1
	Edema pulmonar cardiogénico	4	1	1 Exitus con imputabilidad 1
	Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión	1		Imputabilidad 1. Gravedad 2 No demostrado Ac
	Alloimmunizaciones	0		
	Infección Virica transmitida por virus	0		
	Infección bacteriana transmitida por transfusión	0		
	Púrpura postransfusional	0		
	Hemosiderosis	2	1	
	Infección parasitaria transmitida por transfusión	0		
	Otras	1		Extravasación plaquetas
Error en la administración de componentes		2		
Casi incidentes			19	



Errores en la administración de componentes

Atendiendo a la distribución del tipo de error, las notificaciones han sido:

TIPO DE ERROR		
EL COMPONENTE NO CUMPLE LOS REQUISITOS	NO IRRADIADO	
	NO FENOTIPADO	1 (Transfusión de 1 C.H. Fya+ a paciente con un Anti-Fya)
	ABO MAYOR	
	ABO MENOR	
	D POS EN D NEG	
	D NEG EN D POS	
	OTROS	
COMPONENTE TRANSFUNDIDO A OTRO PACIENTE		
ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTI-D		1



Casi incidentes notificados

Los Casi Incidentes notificados han estado relacionados con:

- Errores de prescripción: 13 (solicitud de componentes basándose en datos analíticos no correctos)
- Errores de extracción:: 4
- Errores Laboratorio: 2

Seguimiento donaciones / donantes con incidencias

Se han documentado 6 seroconversiones (2 VIH, 2 VHB, 1 VHC, 1 HTLV I). Se hizo seguimiento en 9 receptores. De estos 9, en 6 se descartó la existencia de efectos en los receptores y en 2 casos no se pudo encontrar al receptor.

TRASLADO AL NUEVO HUCA

Durante el año 2014 se produjo el traslado del HUCA. Esto ha tenido un importante impacto en la actividad del Servicio de Transfusión ya que además de los cambios comunes para todo el Hospital (espacio, aplicación informática) el traslado para el ST el traslado ha supuesto:

- **Cambio en la aplicación informática propia** (se ha pasado de delphyn a e-delphyn)
- **Cambios en el equipamiento.**
- **Cambios en los circuitos.** Dada la ubicación del ST ha habido un incremento de los tiempos de transfusión debido a la mayor distancia de los servicios dónde se transfunde. Además se constata un deslizamiento de la actividad transfusional al horario de tarde
- **Cambios en los procedimientos** destacando la implantación de la petición electrónica cuyo funcionamiento comenzó durante el mes de marzo del 2015

Esta situación ha motivado la generación de un importante número de incidencias. El elevado número de incidencias y el trabajo que ha representado el cambio ha hecho que no se hayan registrado casi incidentes en el HUCA durante el 2014 y el primer semestre del 2015.

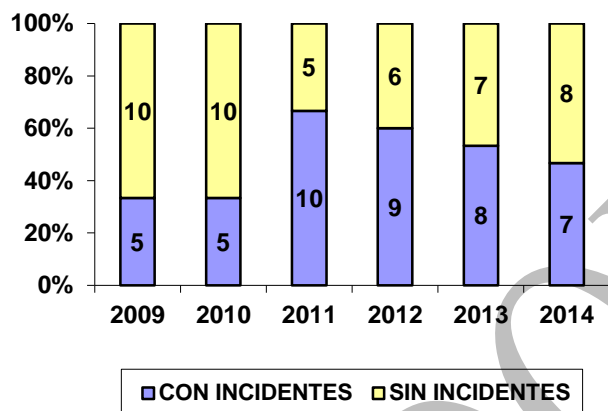
De los casi incidentes no registrados en el HUCA pero si monitorizadas, destaca el importante incremento de solicitudes con datos erróneos. Por motivos ajenos al ST, no se implantó la petición electrónica en el mismo momento que el resto del hospital. Esto provocó la existencia de un circuito en papel para las solicitudes de componentes. La existencia de 2 circuitos (papel para unas solicitudes, electrónica para otras) hizo aumentar muy significativamente los errores en la identificación de peticiones (se pasó de <0,01% de peticiones a valores de 0,1%)



DATOS ACUMULADOS

Notificaciones

Número de Servicios de Transfusión que han notificado incidentes



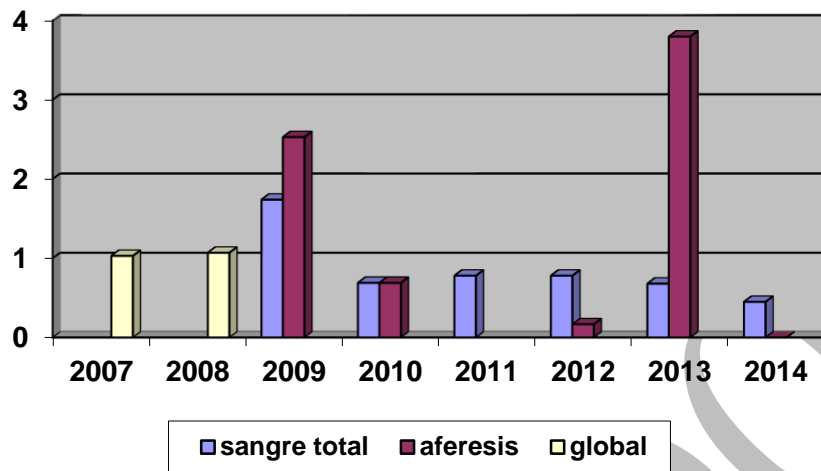
Tasa de incidentes comunicados

		03	044	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
DONACION	SANGRE TOTAL	ND				1,03%	1,07%	1,74%	0,69 %	0,78%	0,78 %	0,62%	0,45 %
	AFERESIS							2,53%	0,69 %	0 %	0,16 %	3,8 %	0%
TRANSFUSION		1,1 ‰	1,45 ‰	1,77‰	ND	2,29‰	2,14‰	1,5 ‰	1,37‰	1,5 ‰	2,34‰	1,7 ‰	1,85 ‰



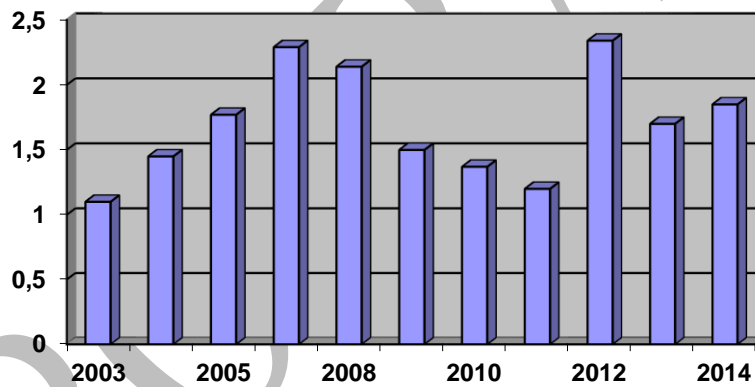
Incidentes relacionados con la donación

Incidentes notificados /100 donaciones



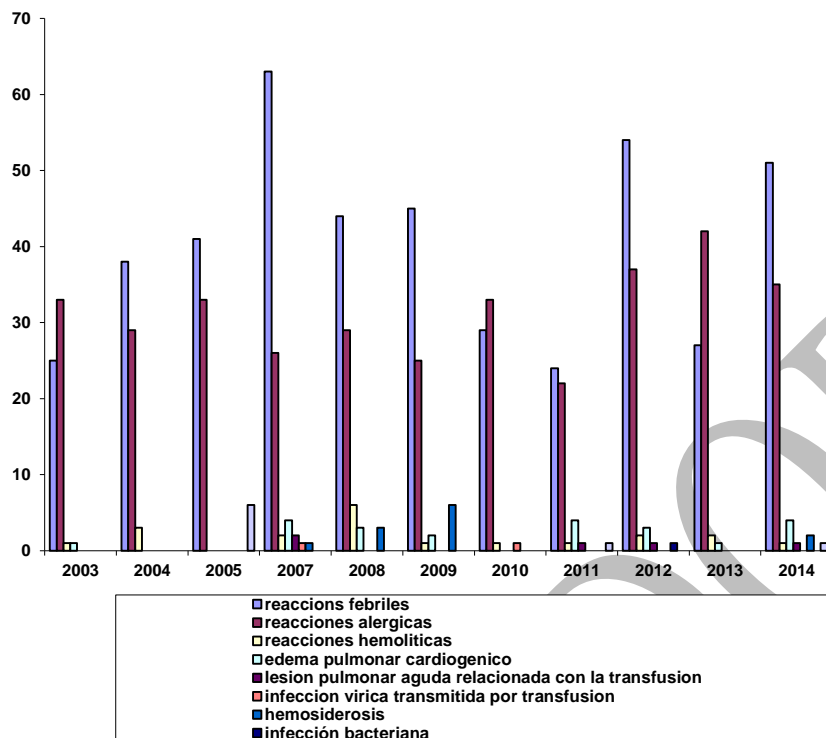
Incidentes relacionados con las transfusiones

Incidentes notificados /1000 episodios transfusionales





Reacciones adversas relacionadas con la transfusión:



	2003	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
reacciones febriles	25	38	41	63	44	45	29	24	54	27	51
reacciones alérgicas	33	29	33	26	29	25	33	22	37	42	35
reacciones hemolíticas	1	3		2	6	1	1	1	2	2 (1 exitus)	1
edema pulmonar cardiogenico	1			4	3	2		4	3		4 (1 exitus)
lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión				2				1	1	1	1
infección vírica				1			1				
hemosiderosis				1	3	6					2
infección bacteriana									1		
otras			6					1			1

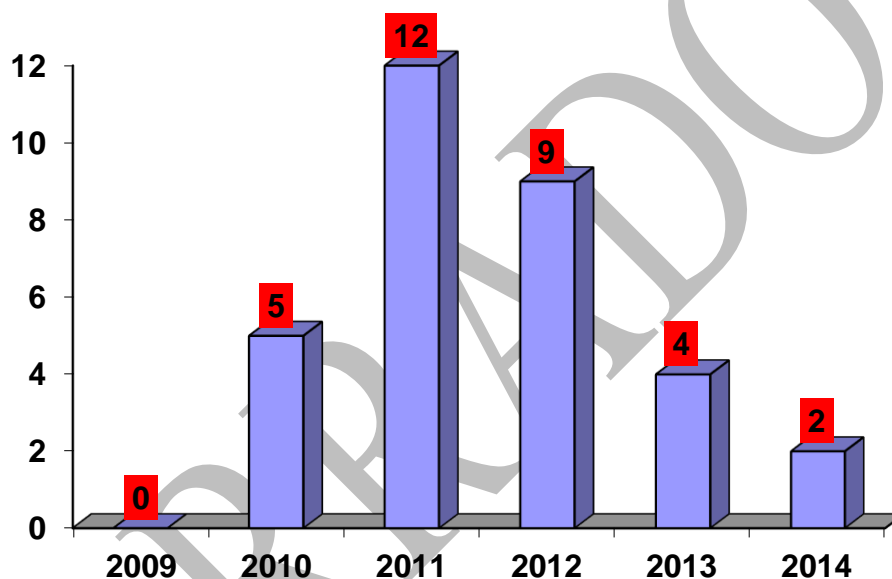


Exitus

AÑO		TRANSFUSIONES	
2009	0	54.800	
2010	0	53.650	
2011	0	55.385	
2012	0	52.448	
2013	1	48.663*	Reacción Hemolítica: Sd. Hiperhemólisi
2014	1	52.413	EAP. Imputabilidad 1
TOTAL	2	317.359	1 / 158.679

*Sin datos del Centro Médico

Errores en la administración de Componentes



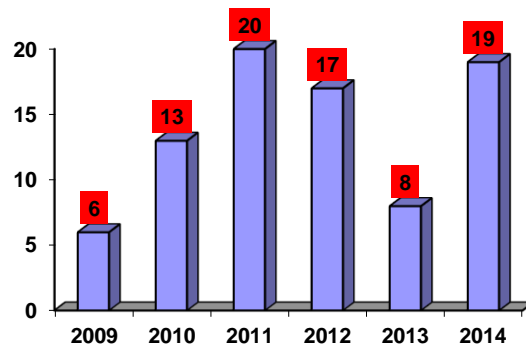
EAC (excluidos la administración de gammaglobulina)

AÑO	EAC	TRANSFUSIONES		EAC ABO INCOMPATIBLES	TRANSFUSIONES HEMATIES	
2009	0	54.800		0	41.780	
2010	5	53.650	1 / 10.730	1	42.149	1 / 42.149
2011	12	55.385	1 / 4.615	5	42.082	1 / 8.417
2012	6	52.448	1 / 8.741	0	40.419	
2013*	4	48.663	1 / 8.110	0	37.459	
2014	1	52.413	1 / 52.413	0	40.717	
TOTAL	28	317.359	1 / 11.334	6	244.336	1 / 40.722

*Sin datos del Centro Médico



Casi Incidentes Notificados



BORRADOR



CONCLUSIONES

Los datos referidos a España corresponden al informe nacional del año 2013

- En relación con la donación
 - La tasa de donación de 38,7‰
 - La tasa de notificaciones de EA en Asturias es inferior a la media nacional (45/10.000 d frente 54/10.000)
 - No se ha notificado ningún efecto adverso grave
 - La tasa de notificaciones oscilante a lo largo de los años. Llama la atención la ausencia de EA relacionados con las donaciones de aféresis

- En relación con la preparación de componentes
 - Ha habido una pérdida de un importante número de unidades por un problema en una de las neveras del Centro Comunitario. Es fundamental un adecuado estado de los equipos destinados a la conservación de los componentes sanguíneos.

- En relación con la transfusión
 - La tasa de transfusión de hematíes ha sido 38 ‰ (global de transfusión: 49 ‰)
 - La tasa de notificaciones (18.5/10.00 T.) es inferior a la media nacional (24 /10.000 T)
 - La tasa de notificaciones graves (5.1 /100.000) es inferior a la media nacional (9.1/100.000)
 - Se ha notificado un *exitus* relacionado con la transfusión aunque con baja imputabilidad. Corresponde a un Edema Agudo de Pulmón.
 - El mayor número de casos corresponde a Reacciones Febriles No hemolíticas y Alérgicas de forma similar a lo recogido en otros registros.
 - Se ha registrado 1 caso de error administración de componentes debido a la utilización de un componente no fenotipado.

- En relación con la encuesta del Centro de Transfusión y Servicios de Transfusión
 - El 91.85% de los componentes transfundidos se realiza en un ST con un SGC certificado
 - El 79.3% de los componentes transfundidos se realiza en un Hospitales con un Comité Hospitalario de Transfusión



PROPUESTAS

- Establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad efectivo en todos los Centros de la Red Transfusional de Asturias. Es fundamental un correcto funcionamiento y un adecuado mantenimiento de los equipos
- Desarrollo de las funciones establecidas para los Comités de Transfusión
- Desarrollar la red informática de acuerdo a lo previsto de forma que exista un historia transfusional única para todos los centros y que incluya el registro de Hemovigilancia y una gestión más eficiente del inventario.
- Implantar la petición electrónica de componentes sanguíneos sin que sea necesario hacer una transcripción manual de los datos.
- Potenciar la formación en relación con la Transfusión. Esta formación debe incluir a todo el personal implicado en la transfusión no sólo al personal que trabaja en el Centro o Servicios de Transfusión (médicos prescriptores, personal de enfermería, técnicos).

BORRADOR



- **DEFINICIONES**

Centro de transfusión: centro sanitario en el que se efectúa cualquiera de las actividades relacionadas con la extracción y verificación de la sangre humana o sus componentes, sea cual sea su destino, y de su tratamiento, almacenamiento y distribución cuando el destino sea la transfusión

Servicio de transfusión: unidad asistencial de un centro hospitalario, vinculada a un centro de transfusión, en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en Hematología y Hemoterapia, se almacena sangre y componentes sanguíneos para su transfusión y en la que se pueden realizar pruebas de compatibilidad de sangre y componentes para uso exclusivo en sus instalaciones, incluidas las actividades de transfusión hospitalaria

Hemovigilancia: conjunto de procedimientos organizados de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional, desde la extracción de la sangre y componentes hasta el seguimiento de los receptores, todo ello con el fin de prevenir, y tratar su aparición o recurrencia

Receptor: persona que ha recibido una transfusión de sangre o componentes sanguíneos

Incidente: término usado de manera general para hacer referencia a cualquier tipo de efecto, acción o reacción inesperada durante los procesos de donación, preparación de componentes o transfusión

Reacción adversa: respuesta nociva e inesperada en el donante o en el paciente, en relación con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes. Se considera **grave** si el resultado es mortal, potencialmente mortal, produce invalidez o incapacidad o da lugar a hospitalización o enfermedad o, en su caso, las prolongue

Efecto adverso: cualquier hecho desfavorable vinculado a la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes

Imputabilidad: probabilidad de que una reacción adversa en un receptor pueda atribuirse a la sangre o al componente transfundido, o de que un efecto adverso en un donante pueda atribuirse al proceso de la donación.



Incidentes relacionados con la Transfusión:

Los incidentes notificados se clasifican en tres grupos:

Reacciones adversas a la transfusión (RAs): respuesta nociva e inesperada en el paciente, en relación con la transfusión de sangre o de sus componentes

Errores en la administración de componentes (EAC): episodio en que a un paciente se le transfunde un componente sanguíneo que no cumple los requisitos idóneos o que estaba destinado a otro paciente

Incidentes sin efecto/"casi incidentes": cualquier error que de no haberse detectado a tiempo hubiera producido un incidente en el proceso transfusional, pero que al ser detectado antes de la transfusión no se ha llegado a producir

Reacciones Adversas a la Transfusión

Reacciones febriles
Reacciones alérgicas
Reacción hemolítica
Edema pulmonar cardiogénico
Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión
Aloinmunizaciones
Sospecha de infección bacteriana transmitida por transfusión
Púrpura postransfusional
Hemosiderosis
Sospecha de infección parasitaria transmitida por transfusión
Otras
Casi incidentes
Error en la administración de componentes



Incidentes relacionados con la donación:

A. Complicaciones con síntomas locales: causadas directamente por la inserción de la aguja. Algunas se caracterizan por producirse extravasación, mientras otras se caracterizan por la aparición de dolor.

A1. Complicaciones principalmente caracterizadas por extravasación

Hematoma: acumulación de sangre en los tejidos fuera de los vasos.

Síntomas: cardenal, decoloración, hinchazón y dolor local.

Punción arterial: una punción de la arteria braquial o de una de sus ramificaciones producida por la aguja utilizada en la venopunción.

Síntomas: puede haber dolor leve localizado en la región del codo. Objetivamente se puede ver la sangre recogida de un color rojo más luminoso del normal y quizás movimientos de la aguja provocados por la pulsación arterial, la bolsa se llena muy rápido. En casos sin complicación puede no presentarse hematoma.

Complicaciones: El riesgo de un hematoma grande se incrementa así como de Síndrome compartimental en el antebrazo, Pseudoaneurisma en la arteria braquial y Fístula arteriovenosa.

Sangrado retardado: reinicio espontáneo del sangrado en el lugar de la venopunción después de realizada la donación.

A2. Complicaciones principalmente caracterizadas por dolor

Irritación neurológica: irritación de un nervio producida por la presión ejercida por un hematoma.

Síntomas: son de tipo nervioso irradiando dolor y/o parestesias en asociación con el hematoma.

Lesión neurológica: daño de un nervio al insertar la aguja o retirarla.

Síntomas: dolor con frecuencia asociado a parestesia. El dolor es irradiante e intenso. Se produce inmediatamente al insertar la aguja o retirarla.

Daño en el tendón: daño de un tendón producido por la aguja.

Síntomas: son muy intensos con dolor local no irradiante que se inicia inmediatamente tras la inserción de la aguja.

Dolor en el brazo: casos caracterizados principalmente por dolor local, intenso e irradiante en el brazo de la donación y que aparece durante o en las cuatro horas siguientes. Sus características no permiten clasificarlo en una de las categorías más específicas ya mencionadas anteriormente.



A 3 Otras categorías con síntomas locales

Tromboflebitis: inflamación de una vena asociada a trombosis.

Síntomas: calor, endurecimiento, dolor local, enrojecimiento e hinchazón.

Alergia (local): reacción cutánea en el lugar de venopunción producida por alérgenos de las soluciones utilizadas para la desinfección del brazo o alérgenos de la aguja.

Síntomas: rash, hinchazón y picor en el lugar de venopunción.

B. Complicaciones con síntomas generalizados

Reacción vasovagal: sensación general de malestar y debilidad, con ansiedad, mareo y náuseas, que puede progresar hasta la pérdida de conocimiento (síncope). En la mayoría de los casos se producen sólo síntomas menores, pero unos pocos casos siguen un curso más grave con síntomas como pérdida de conciencia y convulsiones o incontinencia.

Síntomas: malestar, debilidad, ansiedad, mareo, náuseas, sudoración, vómitos, palidez, hiperventilación, convulsiones y pérdida de conciencia.

Se clasifican en cuatro tipos:

- **Reacción vasovagal inmediata:** los síntomas se producen antes de que el donante haya abandonado el lugar de donación.
- **Reacción vasovagal inmediata con daño:** daño causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia antes de que el donante abandone el lugar de donación.
- **Reacción vasovagal retardada:** los síntomas se producen después de que el donante haya abandonado el lugar de donación
- **Reacción vasovagal retardada con daño:** daño causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia después de que el donante haya abandonado el lugar de donación



Clasificación

GRAVEDAD	
0	Sin manifestaciones clínicas
1	Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa
2	Signos inmediatos con riesgo vital
3	Morbilidad a largo plazo
4	Muerte del paciente
NC	No constan datos relativos a la gravedad o no se han podido recabar

IMPUTABILIDAD		
0	Excluida	hay pruebas fehacientes que no dejan lugar a dudas de que la reacción adversa se debe a otras causas
	Improbable	hay pruebas que permiten atribuir la reacción adversa a causas distinta de la sangre o los componentes sanguíneos
1	Posible	las pruebas no permiten atribuir con exactitud la reacción adversa ni a la sangre o los componentes sanguíneos ni a otras causas
2	Probable	las pruebas permiten atribuir claramente la reacción adversa a la sangre o a un componente sanguíneo, y no es explicable por otras causas
3	Seguro	hay pruebas fehacientes que no dejan lugar a dudas de que la reacción adversa se debe a la sangre o a un componente sanguíneo
NC	No consta	no constan datos relativos a la imputabilidad en la notificación o no se han podido recabar
NE	No evaluable	los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad