

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Cuestionario: Incidentes

Datos del paciente

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Servicio hospitalario:

Antecedentes:

Transfusiones Si No Desc.
Cirugía Si No Desc.
Embarazos Si No Desc.
Inmunodepresión Si No Desc.
Reacción transfusional previa Si No Desc. Tipo de reacción:

Datos del componente

Tipo: Hematíes

Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia
Anemia aguda por otras causas
Anemia crónica
Anemia perioperatoria
Anemia y cardiopatía
Anemia hemolítica autoinmune
Anemia hemolítica congénita
Anemia hemolítica otras causas
Anemia del prematuro
Otras causas

Características

Sangre total Irradiado
Leucorreducidos Lavado
Exanguinotransfusión Eritroaféresis
Uso neonatal Transfusión intrauterina

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de extracción:

Plaquetas

Indicaciones

- Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado
- Trombocitopenia. Hemorragia
- Trombocitopenia. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria congénita. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria adquirida. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis procedimiento invasivo

Características

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Irradiado | <input type="checkbox"/> | Leucorreducido | <input type="checkbox"/> |
| Pool | <input type="checkbox"/> | Tromboaféresis | <input type="checkbox"/> |
| HLA compatibles | <input type="checkbox"/> | HPA compatibles | <input type="checkbox"/> |
| Uso neonatal | <input type="checkbox"/> | Inactivados | <input type="checkbox"/> |

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Plasma

Indicaciones

- Hemorragia aguda con coagulopatía por consumo
- Hemorragia aguda con coagulopatía por anticoagulante
- Hemorragia aguda con coagulopatía por enfermedad hepática
- Hemorragia aguda con coagulopatía de otras causas
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por anticoagulantes
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por enfermedad hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía de otras causas
- Coagulación intravascular diseminada
- Recambio plasmático terapéutico
- Deficiencia aislada de factor de la coagulación
- Otros motivos

Características

- Azul metileno Cuarentenado

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Granulocitos

Indicaciones

Neutropenia asociada a infección

Disfunción de los neutrófilos asociada a infección

Otras

Características

Buffy Leucorreducido

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Otros

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Procedencia de la donación: Alogénica Autóloga

Datos de la Transfusión

Fecha de la Transfusión: Hora Transfusión:

Prioridad

Rutina Emergencia Desconocida

Localización

Urgencias Planta Quirófano UVI

Hospital de día Hospitalización a domicilio Otros

Servicio solicitante

Cardiología <input type="checkbox"/>	Cirugía Gral. y Digestiva <input type="checkbox"/>	Digestivo <input type="checkbox"/>
Ginecología-Obstetricia <input type="checkbox"/>	Hematología Clínica <input type="checkbox"/>	Medicina Intensiva <input type="checkbox"/>
Medicina Interna <input type="checkbox"/>	Nefrología <input type="checkbox"/>	Oncología Médica <input type="checkbox"/>
Pediatría <input type="checkbox"/>	Traumatología y C. Ortopédica <input type="checkbox"/>	Urgencias <input type="checkbox"/>
Urología <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo Minutos Horas Días Meses

Consciencia del error

1. TRANSFUSIÓN ERRÓNEA

- El/la paciente se transfunde con un componente de grupo sanguíneo erróneo y con incompatibilidad ABO/Rh (D).
- El/la paciente se transfunde con un componente de grupo sanguíneo erróneo, pero fortuitamente con compatibilidad ABO/Rh (D).
- El/la paciente se transfunde con un componente destinado a otro/a paciente y de grupo sanguíneo ABO/Rh (D) incompatible.
- El/la paciente se transfunde con un componente destinado a otro/a paciente, pero del mismo grupo sanguíneo ABO/Rh (D) o ABO/Rh (D) compatible.
- El/la paciente se transfunde con un tipo de componente distinto al que se había solicitado; por ejemplo, con plaquetas en lugar de hematíes.

Causas de la transfusión errónea

Errores en la prescripción (en la cumplimentación de la solicitud o en la prescripción del componente, en papel o electrónica)

- La solicitud se cumplimentó con los datos (o etiquetas) de un/a paciente diferente al que en realidad se quiere transfundir.
- La solicitud de transfusión está incompleta (faltan datos).
- El facultativo prescribe la transfusión de un/a paciente distinto al que en realidad quiere transfundir.
- Al hacer efectiva la transfusión, el facultativo prescribe por error un tipo de componente, (por ejemplo, plaquetas), distinto al que se había requerido en la solicitud de transfusión (por ejemplo plasma).
- Otras causas. Especificar:

Errores de extracción

- La extracción se realiza al/ a la paciente correcto/a, pero las muestras se identifican con los datos de otro/a paciente.
- La extracción se realiza a un/a paciente diferente del previsto/a, pero la solicitud y las muestras se identifican con los datos del/de la paciente que necesita la transfusión.
- La extracción se realiza a un/a paciente diferente del previsto/a, las muestras se identifican con los datos de este/a mismo/a paciente, aunque la solicitud fue correctamente realizada con los datos del/de la paciente al/ a la que en realidad se quería transfundir.
- Identificación incompleta de las muestras (faltan datos).
- Otras causas. Especificar:

Errores del servicio de transfusión

- Se realizó una recepción/registro incorrecto de la solicitud o de las muestras.
- Se seleccionó una muestra errónea para la determinación del grupo sanguíneo.
- Se produjo un error técnico en el curso de las pruebas de compatibilidad: grupo sanguíneo y/o prueba cruzada mal realizada.
- Se produjo un error técnico en el curso de las pruebas de compatibilidad: grupo sanguíneo y/o prueba cruzada mal interpretada.
- Se produjo un error de transcripción en el curso de las pruebas de compatibilidad.
- Se seleccionó y dispensó un componente de un grupo sanguíneo ABO o Rh (D) erróneo.
- Se seleccionó y dispensó un componente destinado a otro receptor.
- Se seleccionó y dispensó un tipo de componente distinto al solicitado.
- No se seleccionó el grupo ABO adecuado para un paciente trasplantado con progenitores hematopoyéticos o con un órgano sólido.
- Otras causas. Especificar:

Errores de activación de la transfusión

- Enfermería** ha activado la transfusión para el paciente, a pesar de que éste no la requiere.
- Enfermería ha activado la transfusión para un paciente diferente al que se quiere transfundir.
- Enfermería ha activado la transfusión, pero al activarla se solicita un tipo de componente distinto al indicado en la solicitud de transfusión
- Otras causas. Especificar:

Errores en la recogida del componente y en el transporte a la unidad clínica

- La persona encargada recoge un componente destinado a otro/a paciente o un componente distinto al prescrito porque enfermería de la unidad donde está ingresado el/la paciente le ha entregado un volante de recogida erróneo.
- La persona encargada recoge más de un componente a la vez en el servicio de transfusión y al efectuar la entrega el componente en la unidad donde está ingresado el paciente acaba entregando un componente destinado a otro/a paciente (cruce de componentes en la entrega en la unidad)
- Otras causas. Especificar:

Errores en el momento de la recepción del componente y en el de la administración en la cabecera del paciente

- En el momento de la recepción del componente no se verifica que se trata de la unidad o del tipo de componente destinado al/ a la paciente que se quiere transfundir
- No se ha verificado la concordancia entre los datos del/de la paciente y los datos de la etiqueta adherida a la bolsa.

- No se ha verificado la compatibilidad ABO.
- No se ha seguido el protocolo correspondiente al sistema de seguridad en uso en el hospital.
- No se ha comprobado la prescripción por parte del médico responsable
- No se ha identificado activamente al/a la paciente inmediatamente antes del inicio de la transfusión.
- Otras causas. Especificar:

2. TRANSFUSIÓN DE UN COMPONENTE QUE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESPECÍFICOS NECESARIOS PARA EL PACIENTE

Causas de la transfusión que no cumple con los requisitos necesarios

Errores de prescripción

El prescriptor no ha indicado:

- Que el componente debe ser irradiado.
- Que el componente debe ser negativo para CMV.
- Que el componente debe ser lavado.
- Que el componente debe ser desplasmatizado.
- Que el componente debe ser fraccionado
- Que las plaquetas deben ser HLA compatibles o con prueba cruzada negativa en caso de refractariedad plaquetaria.
- Que el componente debe tener determinadas especificaciones propias de la transfusión neonatal.
- Otras causas. Especificar:

Errores del servicio de transfusión

El servicio de transfusión no ha tenido en cuenta las indicaciones de la solicitud o no ha contemplado otros requisitos complementarios que debe tener el componente sanguíneo, de acuerdo con las necesidades y/o el estado clínico del/ de la paciente:

- El componente se dispensó sin haber sido irradiado.
- Se dispensó un componente que no era CMV negativo.
- Se dispensó un componente no lavado.
- Se dispensó el componente sin haber sido desplasmatizado.
- Se dispensó el componente sin haber sido fraccionado.

- No se respetó la compatibilidad HLA de las plaquetas o no se seleccionaron con prueba cruzada negativa en un caso de refractariedad plaquetaria.
- No se tuvo en cuenta que el componente debía tener determinadas especificaciones propias de la transfusión neonatal.
- No se respetó la compatibilidad eritrocitaria de los antígenos frente a los cuales el/la receptor/a es o era portador/a de anticuerpos antieritrocitarios.
- No se respetó la compatibilidad eritrocitaria que sería deseable dado el diagnóstico del/la paciente para prevenir la aloinmunización (por ejemplo, pacientes diagnosticados de talasemia y drepanocitosis, síndrome mielodisplásicos, otras enfermedades oncohematológicas).
- No se respetó la compatibilidad Rh completo (D, C, c, E, e) y Kell de unos hematíes destinados a una paciente en edad fértil.
- No se realizó una prueba cruzada mayor en un/una paciente portador/a de anticuerpos irregulares, y sólo se realizó el tipaje y escrutinio.
- Otras causas. Especificar:

3. TRANSFUSIÓN INADECUADA, INNECESARIA, DEMORADA O NO REALIZADA

Causas de la transfusión inadecuada

Errores de prescripción (en la cumplimentación de la solicitud o en la prescripción del componente)

- La solicitud no es correcta (el facultativo/a la prescribe para un/a paciente erróneo/a), lo que produce una demora hasta aclarar el error, lo que se traduce en un impacto en el estado del/ de la paciente.
- La solicitud no es correcta (el facultativo/a prescribe un componente diferente al que se quiere transfundir y está indicado), lo que produce una demora hasta aclarar cuál es el componente deseado, lo que acaba teniendo algún impacto en el estado del/ de la paciente.
- El grado de urgencia solicitado no es el que en realidad se quería solicitar (en el día o urgente en vez de reserva, reserva en vez de urgente o en el día, etc.).
- La demora injustificada de la cumplimentación de la solicitud de transfusión obliga al servicio de transfusión a dispensar unos hematíes de grupo O negativo en una situación en la que la determinación del grupo sanguíneo y la prueba cruzada habrían podido realizarse.
- La prescripción es incorrecta porque se sustenta en resultados analíticos erróneos (muestras diluidas u otras causas) o en valores no actualizados, lo que supone una cifra de hemoglobina, de plaquetas o de los valores de coagulación incorrectos.
- La transfusión no tiene una indicación clara, o no está bien documentada/argumentada.
- Prescripción de una dosis inadecuada del componente sanguíneo a transfundir
- Prescripción inadecuada de la velocidad de infusión del componente sanguíneo para las características físicas del/de la paciente (peso bajo, neonatos, etc.).

Prescripción tardía que ha supuesto un compromiso para la vida del/ de la paciente, o ausencia de prescripción en un/a paciente con síndrome anémico en el que estaba indicada la transfusión, lo que ha supuesto un impacto en el estado clínico y/o en la evolución del/de la paciente.

Otras causas. Especificar:

Errores de extracción

Las muestras no están correctamente identificadas (sin identificación alguna, identificación incompleta, identificación errónea) y se rechazan, lo que conlleva una demora que tiene algún impacto en el estado clínico del/ de la paciente.

La muestra extraída estaba diluida o era inadecuada, lo que dio lugar unos resultados analíticos erróneos.

La demora injustificada en la extracción de las muestras obliga al servicio de transfusión a dispensar unos hematíes de grupo O negativo en una situación en la que la determinación del grupo sanguíneo y la prueba cruzada habrían podido realizarse.

La demora injustificada en el transporte de las muestras obliga al servicio de transfusión a dispensar unos hematíes de grupo O negativo.

Otras causas. Especificar:

Errores del servicio de transfusión

Demora injustificada en la recepción de la solicitud y las muestras que tiene algún impacto en el estado del/ de la paciente.

Demora injustificada en la realización de las pruebas de compatibilidad que tiene algún impacto en el estado del/de la paciente.

Otras causas. Especificar:

Errores de activación de la transfusión

Transfusión innecesaria de un componente reservado, porque enfermería ha activado la transfusión sin que exista una instrucción específica y precisa del facultativo indicando que la transfusión se haga efectiva.

Omisión de la activación de la transfusión (no se lleva a cabo), o se hace más tarde de lo necesario, con una demora significativa injustificada que tiene algún impacto en el estado del/de la paciente.

No se reclama la segunda unidad, o la segunda fracción u otro componente que está indicado transfundir, y esta omisión acaba teniendo algún impacto en el estado del/ de la paciente.

Otras causas. Especificar:

Errores en la recogida del componente o en el transporte a la unidad clínica

Se produjo una demora en la transfusión del componente por problemas técnicos en el proceso de recogida (vía tubo neumático) que tiene algún impacto en el estado del/de la paciente.

- Se produjo una demora injustificada en el proceso de recogida (vía personal responsable) que tiene algún impacto en el estado del/ de la paciente.
- Otras causas. Especificar:

Errores de administración en la cabecera del paciente

- Una vez que el componente ha llegado a la unidad clínica, la transfusión se demora de forma injustificada comprometiendo el estado clínico del/ de la paciente.
- Otras causas. Especificar:

4. TRANSFUSIÓN INSEGURA

Causas de la transfusión insegura

Errores del servicio de transfusión

- Se dispensa una unidad caducada.
- Se dispensa un componente, cuyo contenedor está visiblemente dañado o muestra algún defecto que puede afectar a la seguridad del mismo.
- No se avisa de la conveniencia de emplear un calentador de sangre homologado para la transfusión del/ de la paciente, cuyo diagnóstico aconseja el uso del mismo
- Otras causas. Especificar:

Errores de manipulación y conservación en la unidad clínica

- Se transfunde un concentrado de hematíes que ha estado fuera de la nevera más tiempo del adecuado.
- Se transfunde un componente, cuya temperatura de conservación no ha sido la adecuada (p. ej., plaquetas en la nevera, hematíes en nevera no validada para la conservación de componentes sanguíneos).
- La transfusión de hematíes se prolonga más de 4 horas.
- La transfusión de la unidad de plasma o plaquetas se prolonga más de 2 horas.
 - La transfusión de hematíes se realiza a una velocidad excesiva para las características físicas y hemodinámicas del/de la paciente.
- La fracción del concentrado de hematíes se ha transfundido en menos de 2 horas.
- El equipo de transfusión no es el adecuado.
- La transfusión se ha realizado, simultáneamente, por la misma vía de infusión por la que se estaba administrando un fármaco u otras sustancias que pueden hemolizar los hematíes.
- El componente se manipuló inadecuadamente antes de la transfusión (calentador no homologado para la transfusión, punción incorrecta de la bolsa, uso inadecuado de dispositivos electrónicos...).
- El componente debería haberse transfundido utilizando un calentador.

- Se ha transfundido un componente, cuyo contenedor está visiblemente dañado o muestra algún defecto que puede afectar a la seguridad de la transfusión.
- La transfusión se realiza por una vía de infusión inadecuada (p. ej., por vía subcutánea).
- Otras causas. Especificar:

5. TRANSFUSIÓN CORRECTA A PESAR DEL ERROR

Causas de la transfusión correcta a pesar del error

Errores del servicio de transfusión

- Se dispensa el componente correcto al/a la paciente correcto/a con una etiqueta con los datos de otro/a paciente.
- Se dispensa el componente correcto al/a la paciente correcto/a, pero en la etiqueta del componente no estaban todos los datos.
- Se dispensa el componente correcto al/a la paciente correcto/a con algún dato erróneo en la etiqueta del componente.
- Se hace transposición de etiquetas entre unidades destinadas al mismo/a paciente.
- Otras causas. Especificar:

Errores en el momento de la transfusión en la cabecera del paciente

Se transfundió el componente correcto al/a la paciente correcto/a sin seguir el protocolo de seguridad establecido

- El/La paciente ya no portaba el brazalete de seguridad al ir a transfundir.
- El/La paciente portaba un brazalete de seguridad diferente al que llevaba cuando se realizó la extracción.
- No se revisó la correspondiente prescripción por parte del médico responsable
- No se verificó la concordancia de datos y de grupo ABO/Rh (D) entre el/la paciente y el componente a transfundir.
- No se realizó la determinación del grupo ABO, cuando por protocolo correspondía.
- No se interpretó correctamente el resultado de la determinación del grupo ABO.
- No se identificó activamente al/ a la paciente.
- Otras causas. Especificar:

Datos complementarios

Nº. total de errores detectados incluyendo el error notificado:

Primer error (error de origen):

Causa/s del error (ya señalada/s en el apartado correspondiente):

Posibilidad de detectar el error o errores en el momento de la administración del componente:

Motivos de la no detección:

Personal implicado en el primer error

- Médico/a prescriptor/a
- Extractor/a
- Técnico/a de laboratorio
- Celador/a o personal de transporte
- Enfermero/a del servicio de transfusión
- Enfermero/a del área clínica

¿El personal que cometió el primer error era el personal habitual?

- Sí
- No

La persona que realiza la transfusión es:

- Médico/a o anestesista
- Enfermero/a de planta
- Enfermero/a del servicio de transfusión

Horario en el que se produjo el error:

- Diurno
- Nocturno
- Fin de semana

¿Los pacientes portan un brazalete identificativo?

- Sí
- No

¿Están utilizando un recurso electrónico para la identificación de los pacientes?

- Sí. En caso afirmativo indicar cuál es el sistema electrónico empleado:
- No

Comunicación del caso al Comité de transfusión:

- Sí
- No
- No hay

¿Se ha/n analizado el error o errores cometidos con las personas implicadas?

- Sí
- No. ¿Por qué motivo?

¿Qué medidas correctoras se han derivado del análisis realizado?

- Especificar:

Además del error notificado, ¿la transfusión ha producido una reacción transfusional?

- Sí. Especificar:
- No

En caso afirmativo ¿ha notificado la reacción transfusional en el formulario correspondiente?

- Sí
- No