ERROR TRANSFUSIONAL CON ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE HEMATÍES INCORRECTO EN URGENCIAS

Descripción del incidente

Incidente de seguridad del paciente ocurrido en el Servicio de Urgencias, consistente en la administración de un concentrado de hematíes correspondiente a otro paciente debido a un error de identificación en el banco de sangre, no detectado en las fases posteriores de recogida y administración.

El paciente desarrolló una reacción transfusional aguda que requirió intervención clínica urgente.

Aprendizaje (acciones de mejora y resultados obtenidos)

El incidente evidencia la vulnerabilidad del proceso transfusional y la necesidad de reforzar las barreras del sistema. Implantar o mejorar sistemas de trazabilidad electrónica con bloqueo por discrepancia se considera una barrera importante para evitar estos errores. El aprendizaje organizativo es prioritario.

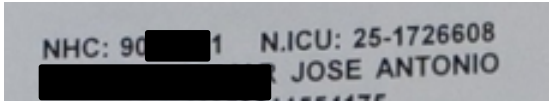
Análisis de causas (factores contribuyentes)

El incidente es consecuencia de la alineación de múltiples fallos del sistema:

Error en la dispensación. Identificación incorrecta en la salida del banco de sangre.

Verificación previa a la transfusión insuficiente o inefectiva.

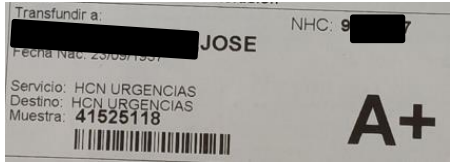
No se identifica una causa individual aislada, sino un **fallo sistémico en la cadena transfusional.**



Solicitud a Banco de Sangre



Producto transfundido



Informe de control transfusional