

SERVIÇO: Imuno-hemoterapia

Período de Análise: Janeiro a Dezembro 2014

Normativo: ISO 9001

ISO 14001

Presentes: NA

Elaborado por: Margarete Cardoso

Data: 19-03-2015

1. Resultados das Auditorias

(incluir auditorias no âmbito da Qualidade, Resíduos, entre outras, especificando cada uma, e respectivos resultados)

Ao longo do período em análise, foram efectuadas 4 auditorias que tiveram como resultados:

- **Inspeção** levada a cabo pela Direcção-Geral da Saúde e pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, nos dias 28 e 29 de Janeiro, para efeito de autorização da actividade do Serviço de Imuno-hemoterapia (artigo 5º e 10º, nº 2, do decreto-lei nº 267/2007 de 24 de Julho) e da qual resultaram **15 recomendações**.
- **Auditoria para acreditação do Hospital** pela *Joint Commission International Accreditation* (referencial: *Padrões de Acreditação da Joint Commission International Accreditation para Hospitais*, 5ª edição), nos dias 9 e 10 de Outubro, **não tendo sido assinaladas oportunidades de melhoria e não-conformidades** para o Serviço de Imuno-hemoterapia.
- **Auditoria interna ao sistema de gestão ambiental** (referencial: NP EN ISO 14001:2012), a 22 de Outubro, com os objectivos de avaliar o grau de implementação do sistema de gestão ambiental e a sua conformidade com a norma de referência, a aptidão em cumprir com a política e os objectivos definidos e verificar a conformidade legal. Desta auditoria resultou **1 oportunidade de melhoria**.
- **Auditoria interna ao sistema de gestão da qualidade** (referencial: NP EN ISO 9001:2008), a 22 de Outubro, tendo como âmbito a colheita, validação e preparação de componentes do sangue para aplicação transfusional, realização de análises clínicas de doenças transmissíveis e de imuno-hematologia, consultas e aplicação de terapêuticas e tratamentos e na qual foram identificadas **3 oportunidades de melhoria e 3 não-conformidades**.
- **Auditoria externa ao sistema de gestão da qualidade** (referencial: NP EN ISO 9001:2008) **e do ambiente** (referencial: NP EN ISO 14001:2012), realizada pela SGS, a 11 de Novembro, com os objectivos de rever os resultados da auditoria anterior, avaliar a conformidade do uso da marca de certificação da SGS e confirmar que o sistema de gestão: cumpre com todos os requisitos das normas de referência, requisitos legais e regulamentares aplicáveis; está efectivamente implementado e mantido; que é eficaz e que conduz ao cumprimento dos objectivos e à realização da política da organização, **não tendo sido assinaladas oportunidades de melhoria e não-conformidades**.

Os resultados decorrentes das auditorias são positivos, destacando-se os resultantes da **inspeção DGS/IGAS**, após a qual o Serviço de Imuno-hemoterapia manteve a autorização de actividade; da **auditoria externa** em que o Serviço manteve a certificação e da **acreditação** do Hospital que se traduziu num maior reconhecimento.

2. Ocorrências, Não Conformidades e Oportunidades de Melhoria Detectadas

Foram identificadas:

- Ocorrências: 125
- Não-conformidades: 27 (incluídas as recomendações da inspeção que foram tratadas como NC)
- Oportunidades de melhoria: 7
- Incidentes no HER+: 4

Ocorrências

No período em análise foram registadas **125** ocorrências, mais 31 que o ano passado, que se encontram distribuídas do seguinte modo:

- Ocorrências associadas ao *sistema informático*, que se encontram fechadas e que não deram origem a não-conformidades: 18
- Ocorrências decorrentes do *fornecimento de componentes do sangue associados ao IPST*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 19
- Ocorrências decorrentes de *resultados TAN enviados pelo IPST*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 6
- Ocorrências associadas ao fornecimento de consumíveis pelo *armazém*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 25
- Ocorrências associadas ao *fornecimento de produtos farmacêuticos*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 12
- Em relação ao fornecimento de produtos pelo *refeitório*, existem 3 ocorrências que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades.
- Uma ocorrência associada ao *processamento do sangue em componentes*, que está encerrada e não deu origem a não-conformidade.
- Cinco decorrentes do *controlo da qualidade*, estando todas fechadas. Uma das ocorrências deu origem à abertura de uma ficha de não-conformidade.
- Ocorrências relativas à *saída dos componentes*, encontrando-se fechadas e sem abertura de ficha de não-conformidade: 2
- Ocorrências ligadas à *recepção do pedido de transfusão de sangue e amostra*, encontrando-se fechadas e sem não-conformidades associadas: 3
- Ocorrências relacionadas com os *consentimentos informados*, encontrando-se fechadas e não deram origem a não-conformidades: 5
- À *manutenção dos equipamentos* foram registadas 3 ocorrências que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades.
- Relacionadas com o *protocolo de auto-transfusão*, existem 2 ocorrências que estão fechadas e não deram origem a não-conformidades.
- Uma ocorrência relativa à *devolução de componentes*, que se encontra fechada e não deu origem a não-

conformidade.

- Ocorrências relacionadas com a *metrologia*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 10
- Com o *carro de urgência*, foram registadas 3 ocorrências que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades.
- Ocorrências ligadas ao *banco de sangue*, que se encontram fechadas e não deram origem a não-conformidades: 2
- Com os *reagentes*, registada 1 ocorrência que foi fechada e não deu origem a não-conformidade.
- Com o *ambiente de trabalho*, surgiram 2 ocorrências que se encontram fechadas, mas que deram origem à abertura de fichas de não-conformidade e a 1 registo no HER+.
- Por *troca de amostra*, registou-se 1 ocorrência que se encontra fechada e deu origem à abertura de ficha de não-conformidade e a registo no HER+.
- Relacionado com os *dadores de sangue*, surgiu 1 ocorrência que se encontra fechada, e que deu origem à abertura de ficha de não-conformidade.

Cerca de metade das ocorrências (52%) estão associadas ao fornecimento de produtos/serviços por parte dos fornecedores.

Não-conformidades

No período em análise foram registadas 27 não-conformidades, mais 17 que o ano passado, que se encontram distribuídas do seguinte modo:

- Decorrentes da *inspeção DGS/IGAS* – 15 (apesar de recomendações, foram tratadas como sendo NC)
- Resultantes das *auditorias internas* - 3
- Com o *controlo da qualidade aos componentes do sangue* - 1
- Relacionadas com os *equipamentos* - 2
- Com o *carro de urgência* – 1
- Relacionadas com o *ambiente de trabalho* – 2
- Por *troca de amostra* – 2
- Com os *dadores de sangue* - 1

Oportunidades de melhoria

Em 2014, foram efectuadas 7 oportunidades de melhoria, igual número que o ano passado, que se encontram distribuídas do seguinte modo:

- Decorrentes das *auditorias internas* – 4
- Com os *consentimentos informados da transfusão de sangue e componentes* – 1
- Feita pelos *dadores de sangue* – 2

HER+

- Efectuados 4 registos no HER+.

No HER+ constam 4 registos efectuados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia como sendo o Serviço de detecção e simultaneamente como o de ocorrência. Este quarto registo, do qual não tínhamos conhecimento, refere-se a falta de assinatura numa requisição de sangue. Trata-se de um reporte indevidamente executado já que a falta de assinatura numa requisição de componentes nunca poderá ter a Imuno-hemoterapia como Serviço de ocorrência. Como não foi feito registo de ocorrência no SGQ por parte do colaborador que efectuou este reporte no HER+, não foi realizado qualquer tratamento por parte do Serviço de Imuno-hemoterapia.

Também nesta aplicação consta dois reportes efectuados por outros serviços, tendo a Imuno-hemoterapia como Serviço de ocorrência. Um efectuado pela Patologia Clínica respeitante a preparação inadequada de dispositivo/equipamento (glicosímetro não controlado na data devida) e outro devido a uma discrepância de informação na folha de monitorização da transfusão enviada à Urgência Geral. Esta última originada por erro informático da aplicação de gestão de bancos de sangue (SIBAS) deu origem a uma ocorrência no SGQ associada ao sistema informático (*Ficha de registo de ocorrência nº 1/2014 – sistema informático*).

3. Estado das Acções Correctivas e Preventivas

Não-conformidades

- Das 15 recomendações feitas no âmbito da *Inspecção*, 4 encontram-se em fase de acompanhamento das acções implementadas, 6 estão em fase de análise das acções a serem implementadas e 5 estão fechadas tendo as acções sido consideradas eficazes.
- Das 3 não-conformidades detectadas nas *Auditorias Internas*, 2 estão em fase de análise das acções a serem implementadas e 1 está fechada tendo a acção sido eficaz.
- A não-conformidade referente ao *controlo da qualidade aos componentes do sangue* encontra-se fechada, tendo a acção implementada sido eficaz.
- As 2 relacionadas com os *equipamentos* encontram-se em fase de acompanhamento das acções implementadas.
- A do *carro de urgência* está fechada, tendo a acção implementada sido eficaz.
- Das 2 não-conformidades associadas ao *ambiente de trabalho*, 1 está em fase de acompanhamento da acção implementada e a outra encontra-se fechada, tendo a acção implementada sido eficaz.
- As decorrentes da *troca de amostra*, 1 está em fase de acompanhamento da acção implementada e 1 está fechada, sendo a acção implementada considerada eficaz.
- A relacionada com o *dador de sangue*, encontra-se em fase de acompanhamento da acção implementada.

Oportunidades de melhoria

- Das 4 oportunidades de melhoria resultantes das *Auditorias Internas*, 2 estão em fase de acompanhamento das acções implementadas e as outras 2 encontram-se encerradas, tendo as acções implementadas consideradas eficazes.
- A oportunidade de melhoria associada aos *consentimentos informados da transfusão do sangue e componentes*

está fechada, tendo sido eficaz a acção implementada.

- As 2 oportunidades de melhoria feitas pelos *dadores de sangue*, no âmbito das 'sugestões e auto-exclusão do dador de sangue' (HVFX.IMP.GER.011) encontram-se em fase de análise.

HER+

O Serviço de Imuno-hemoterapia solicitou um ponto da situação relativo aos incidentes registados no HER+.

Os registos efectuados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia encontram-se todos fechados.

A tabela 1 faz o resumo do exposto nos pontos 1 a 3.

Área	Ocorrências	Não conformidades	F	A	HER+	Oportunidades de Melhoria	F	A
Inspecção DGS		15	5	10				
Auditorias Internas		3	1	2		4	2	2
Sistema informático	18							
Fornecimento de componentes do sangue pelo IPST	19							
Fornecimento de resultados TAN pelo IPST	6							
Fornecimento de consumíveis pelo armazém	25							
Fornecimento de produtos farmacêuticos	12							
Fornecimento de produtos pelo refeitório	3							
Processamento do sangue em componentes	1							
Controlo da qualidade	5	1	1					
Saída dos componentes	2							
Recepção do pedido de transfusão de sangue e amostra	3				1			
Consentimentos informados	5					1	1	
Manutenção dos equipamentos	3							
Protocolo de auto-transfusão	2							
Devolução de componentes	1							
Metrologia	10	2		2				
Carro de urgência	3	1	1					
Banco de sangue	2							
Reagentes	1							
Ambiente de trabalho	2	2	1	1	2			
Troca de amostra	1	2	1	1	1			
Dadores de sangue	1	1		1		2		2
TOTAL	125	27	9	18	4	7	3	4

Tabela 1. Número de ocorrências, não-conformidades e oportunidades de melhoria e estado das acções.

4. Grau de satisfação de clientes

Para a avaliação da satisfação dos clientes contribuem os louvores e a análise dos inquéritos de avaliação do grau de satisfação. Entendem-se como clientes os serviços clínicos do Hospital, os dadores e os doentes.

Em relação à avaliação da satisfação dos **doentes**, foram distribuídos questionários de Setembro a Dezembro, tendo-se obtido apenas 8 respostas. Por não ser representativo, não é feito o tratamento estatístico dos dados; contudo, os dados estão disponíveis para consulta. A maioria dos doentes não quis responder, devido ao facto de terem já uma certa idade e pelo facto de estarem doentes e não se sentirem com disposição para responder a questionários. Uma vez que esta situação também já se verificou em 2013, sugere-se uma outra alternativa. Talvez um questionário mais pequeno, uma outra forma de avaliação ou um período mais alargado para a distribuição dos questionários.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos dadores de sangue

A recolha das respostas decorreu durante o mês de Setembro, tendo sido distribuídos 150 questionários e devolvidos 128. A taxa de resposta foi de 85%.

A análise dos dados permitiu retirar as seguintes conclusões que são apresentadas de seguida.

a) A identificação dos dadores engloba o **género**, a **idade** e a **profissão**.

Relativamente à distribuição dos dadores por género, a maioria são homens (67%) e 32% são mulheres (gráfico 1).

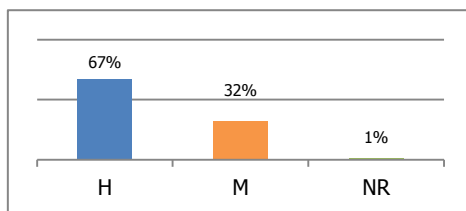


Gráfico 1. Gráfico de barras do género.

(n = 127: n masculino = 86, n feminino = 41)

Considerando a amostra global, a idade média dos dadores situa-se nos 41 anos de idade.

A análise da profissão dos dadores foi realizada tendo em conta o sector de actividade. Dos dadores que estão empregados (89%), a maior parte exerce a sua actividade no sector terciário do qual fazem parte actividades que não produzem bens, mas prestam serviços. Apenas 1 dador reformado, 2 desempregados e 11 que não responderam.

b) Relativamente às **características gerais**, são apresentados os dados relativos aos dadores 'Satisfeitos' (S) e 'Muito Satisfeitos' (MS) que constituem a maioria (gráfico 2).

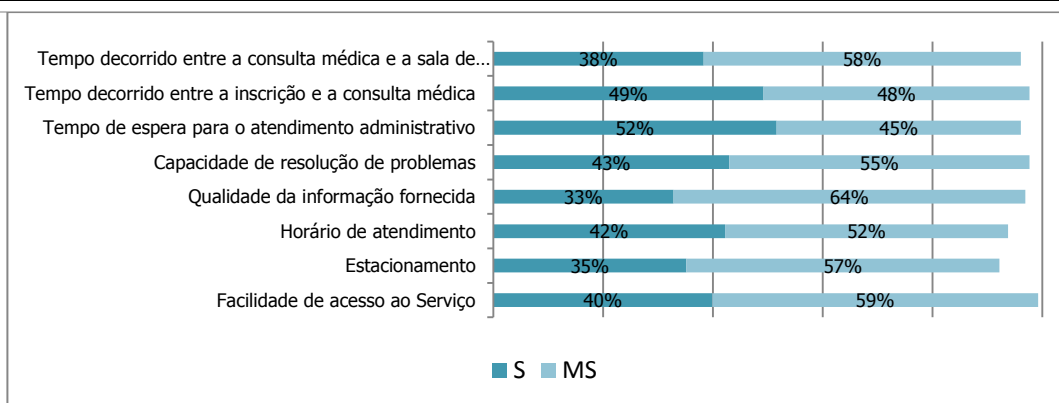


Gráfico 2. Gráfico de barras das características gerais.

(n = 128)

Resultados muito semelhantes aos obtidos o ano anterior, sendo de destacar o aumento dos dadores 'muito satisfeitos' na 'capacidade de resolução de problemas' (em 2013, 44%) e no 'horário de atendimento' (em 2013, 40%).

c) Na relação com os profissionais, em termos da **simpatia** e do **acolhimento**, a maioria dos dadores atribuiu a classificação de 'Muito Satisfeito' (MS) para todos os grupos de profissionais (gráfico 3).

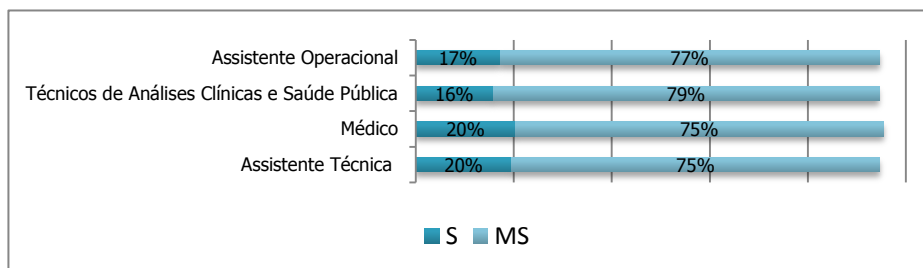


Gráfico 3. Gráfico de barras da relação com os profissionais (simpatia e acolhimento).

(n = 128: n assistente operacional, médico e assistente técnica = 128, n técnicos análises clínicas = 127)

Resultados muito semelhantes aos obtidos o ano anterior.

d) A competência dos profissionais obteve a mesma classificação de 'Muito Satisfeito' (MS) (gráfico 4).

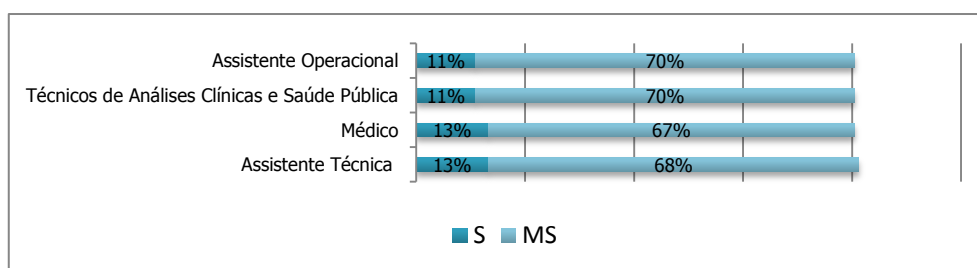


Gráfico 4. Gráfico de barras relativo à competência dos profissionais.

(n = 128)

Em comparação com o ano anterior, maior número de dadores 'muito satisfeitos' para todos os grupos de profissionais.

e) Na avaliação dos diversos parâmetros que constituem as **instalações**, são apresentados os dados relativos aos dadores 'Satisfeitos' (S) e 'Muito Satisfeitos' (MS) (gráfico 5).

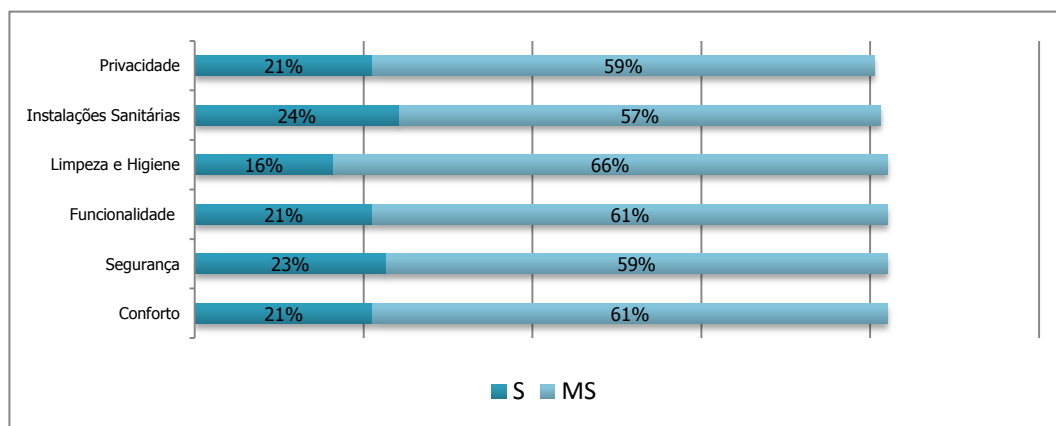


Gráfico 5. Gráfico de barras relativo às instalações.

(n = 128)

Resultados também em muito semelhantes aos de 2013, com um ligeiro aumento no número de dadores 'muito satisfeitos'.

f) De uma forma global, 84% dos dadores estão 'Satisfeitos' com os **cuidados de saúde** que foram **prestados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia** (gráfico 6).

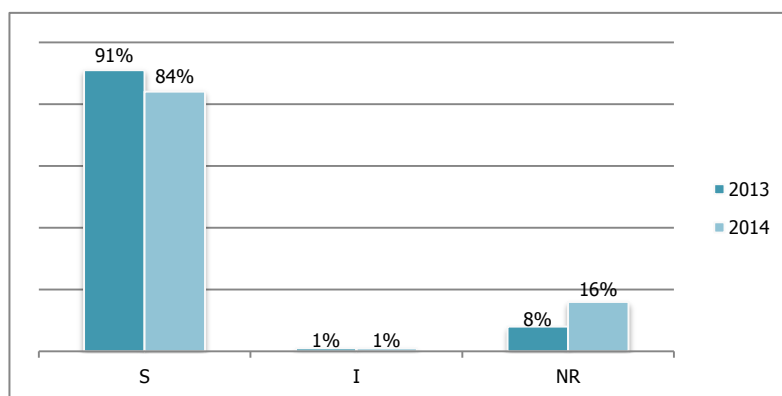


Gráfico 6. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Sangue 2013-2014.

(2013: n = 90 | 2014: n = 108)

Em comparação com o ano anterior, uma ligeira diminuição dos dadores 'satisfeitos' (em 2013, 91%) e um aumento do número de dadores que não responderam (em 2013, 8%).

g) Quinze dadores registaram os seguintes comentários, os quais são analisados:

1) A possibilidade de serem feitas dádivas aos sábados.

Esta possibilidade está contemplada desde que haja um grupo mínimo de dadores e que seja devidamente agendada.

2) Este Serviço devia de estar aberto todos os dias da semana.

3) Deveria alargar-se as colheitas de segunda a sexta-feira.

4) Gostava de ver as colheitas de sangue a funcionar diariamente.

Não há possibilidade de haver colheitas todos os dias da semana, por motivos de espaço, logística e de recursos humanos. As terças e quintas-feiras estão reservadas para os doentes que não podem e não devem estar misturados com os dadores.

5) Queremos estacionamento gratuito para todos os doentes e não apenas para quem dá sangue.

O acordo que existe é apenas para os dadores. Actualmente, não há a possibilidade de os doentes usufruírem do estacionamento sem terem custos associados. Os doentes que vêm ao Serviço de Imuno-hemoterapia têm os mesmos direitos e deveres de todos os utentes do Hospital.

6) Horário de atendimento insatisfeito pelo motivo de muitas vezes não poder tirar o dia no trabalho e poderia vir durante a hora de almoço.

O horário das colheitas de sangue aos dadores foi alargado, não sendo possível aumentar mais o tempo. Os recursos existentes (espaço, equipamento e humanos) só permitem este horário de forma a que os procedimentos após colheita, possam ser efectuados.

7) Falta iluminação na recepção. A sala de dádivas devia ter mais camas para o efeito, julgo que três são insuficientes.

A questão da iluminação na recepção foi apontada na auditoria interna da qualidade e encontra-se em execução. Já foi solicitada mais iluminação, mas até ao momento, o pedido não foi atendido.

Não é possível aumentar o número de cadeiras para a dádiva de sangue, tendo em conta a área disponível para o efeito.

8) Excelente equipa de profissionais em todos os aspectos.

9) Na sala de colheitas, as pessoas são todas extremamente simpáticas. Muito obrigada. Vou continuar a tentar convencer as pessoas que conheço a virem comigo. Não custa nada ajudar o próximo.

10) A sala dos dadores está muito mais ampla. Acho que melhoraram o seu aspecto. Todos nos sentimos muito mais à vontade.

- 11) **Continuar com o bom trabalho evidenciado.**
- 12) **São fantásticos.**
- 13) **Não tenho nenhuma sugestão. Está tudo bem.**
- 14) **Continuação do bom trabalho efectuado!**

É muito gratificante quando vemos o nosso trabalho ser reconhecido pelo que estas opiniões são muito importantes para quem contacta com os dadores de sangue. Por outro lado, também mostram que os dadores estão atentos à nossa forma de estar e de trabalhar.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos serviços clínicos do Hospital

O questionário foi disponibilizado online com o objectivo de aumentar a participação dos profissionais. Durante os meses de Setembro e Outubro foram recepcionados 100 questionários.

A análise dos dados permitiu retirar as conclusões que são apresentadas de seguida.

- a) A identificação dos profissionais compreende o **género**, a **idade**, o **grupo profissional**, o **serviço a que pertencem** e **há quanto tempo trabalham no Hospital Vila Franca de Xira**. Relativamente à distribuição dos profissionais por género, a maioria são mulheres (74%) e 26% são homens (gráfico 7).

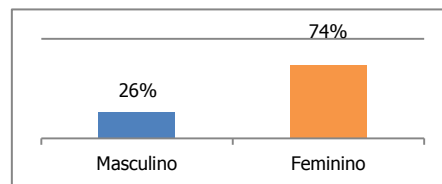


Gráfico 7. Gráfico de barras do género.

(n = 100: n masculino = 26, n feminino = 74)

Considerando a amostra global, a maioria das mulheres (43%) tem uma idade inferior a 30 anos e os profissionais do género masculino (46%) têm uma idade compreendida entre os 30 e os 40 anos.

Sessenta por cento dos profissionais que responderam a este questionário são enfermeiros, sendo os restantes médicos (gráfico 8).

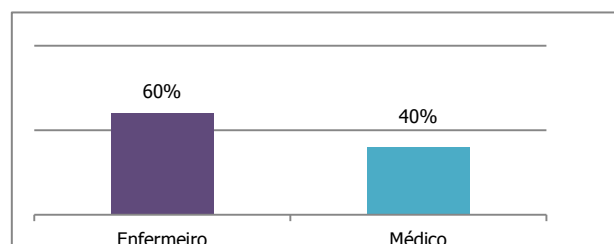


Gráfico 8. Gráfico de barras do grupo profissional.

(n = 100: n enfermeiro = 60, n médico = 40)

A maioria dos profissionais optou por não identificar o serviço ao qual pertencem, apesar de o anonimato estar assegurado (gráfico 9).

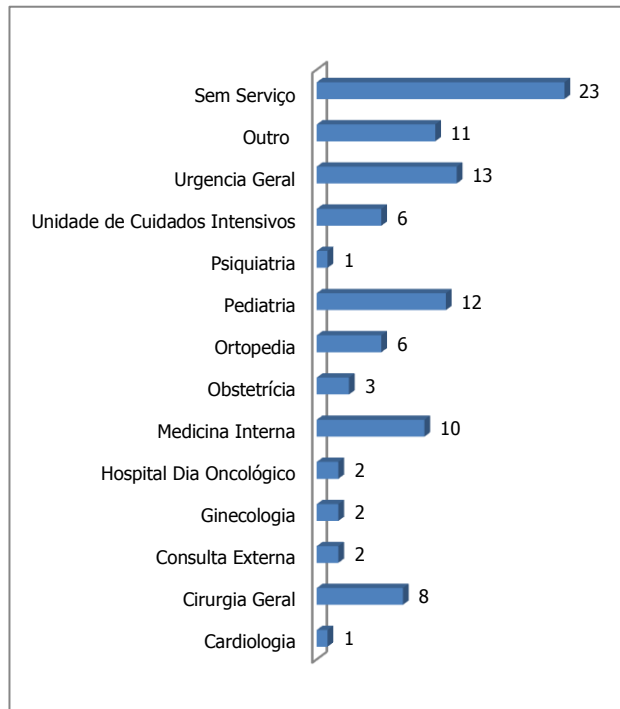


Gráfico 9. Gráfico de barras do Serviço do respondente.

(n = 100)

Trinta e cinco por cento dos profissionais que responderam ao questionário têm pouco tempo de serviço (entre 1 a 5 anos) (gráfico 10).

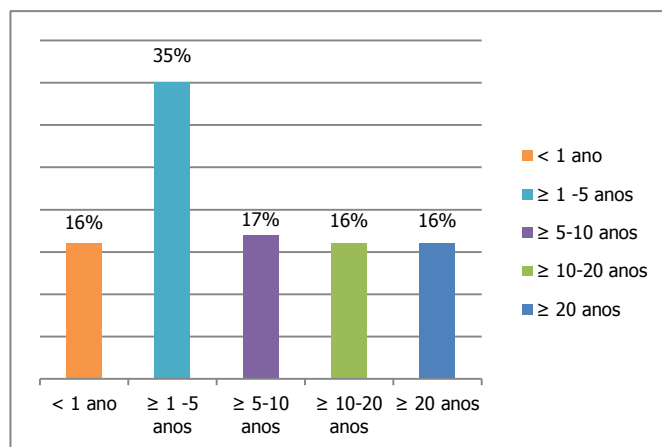


Gráfico 10. Gráfico de barras do tempo de exercício de funções no Hospital.

(n = 100)

b) O atendimento telefónico do Serviço de Sangue foi considerado 'satisfatório' para todos os parâmetros avaliados: rapidez de atendimento, cordialidade e educação, disponibilidade, esclarecimento de dúvidas, facilidade de contacto com o colaborador solicitado e capacidade de resolução de problemas. De notar o facto de

as percentagens de profissionais que não estão satisfeitos nem insatisfeitos serem iguais ou muito próximas com a dos 'muito satisfeitos' (gráfico 11). Desconhecem-se as razões que levam alguns clientes internos a classificar este ponto com as opções de 'insatisfeitos' e 'muito insatisfeitos' devido ao facto de não tecerem comentários. No próximo questionário, é de se ponderar associar a estas opções, o motivo da insatisfação.

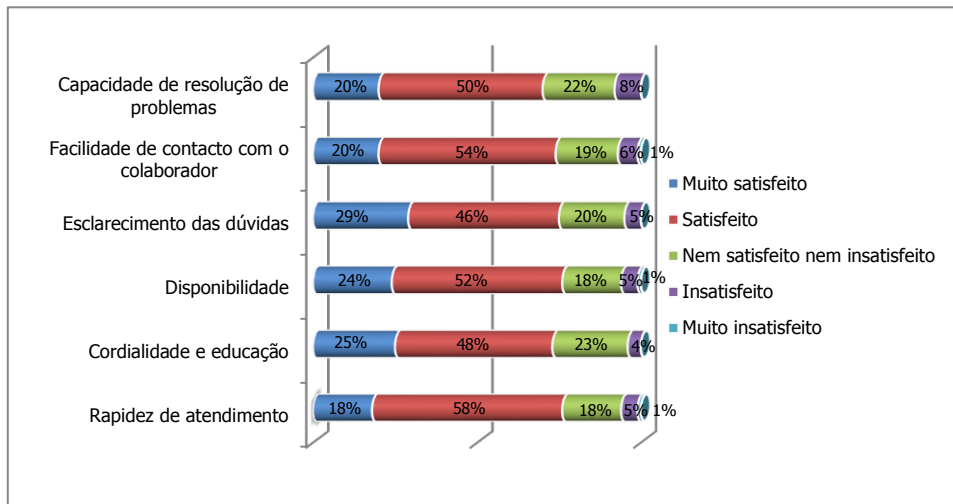


Gráfico 11. Gráfico de barras relativo à classificação do atendimento telefónico do Serviço de Sangue.

(n = 100)

c) Também o **tempo de resposta do Serviço de Sangue** foi avaliado como sendo 'satisfatório' para todos os parâmetros avaliados: análises, transfusões não urgentes, transfusões urgentes e transfusões emergentes; no entanto, há algumas considerações a tecer. Maior número de respostas 'nem satisfeito nem insatisfeito' comparativamente com o 'muito satisfeito'. Dada a importância da capacidade de resposta do Serviço de Imuno-hemoterapia nas transfusões urgentes e nas emergentes, é de referir os 12% de respostas negativas nas transfusões urgentes e os 11% nas emergentes (gráfico 12). Devido ao facto de o Serviço considerar estas percentagens elevadas, efectuou-se um estudo por serviço (dos que responderam a este parâmetro) nos serviços com maior representatividade de respostas (Urgência Geral, UCI, Pediatria, Ortopedia, Cirurgia e Medicina Interna) (gráfico 13).

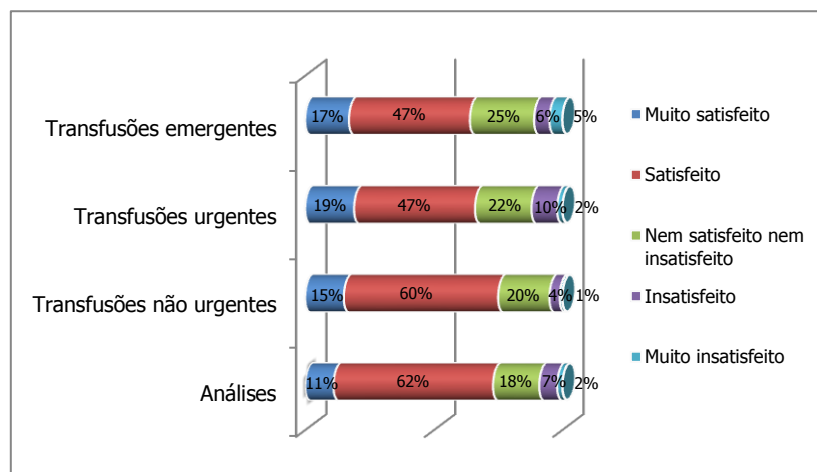


Gráfico 12. Gráfico de barras relativo à classificação do tempo de resposta do Serviço de Sangue.

(n = 100)

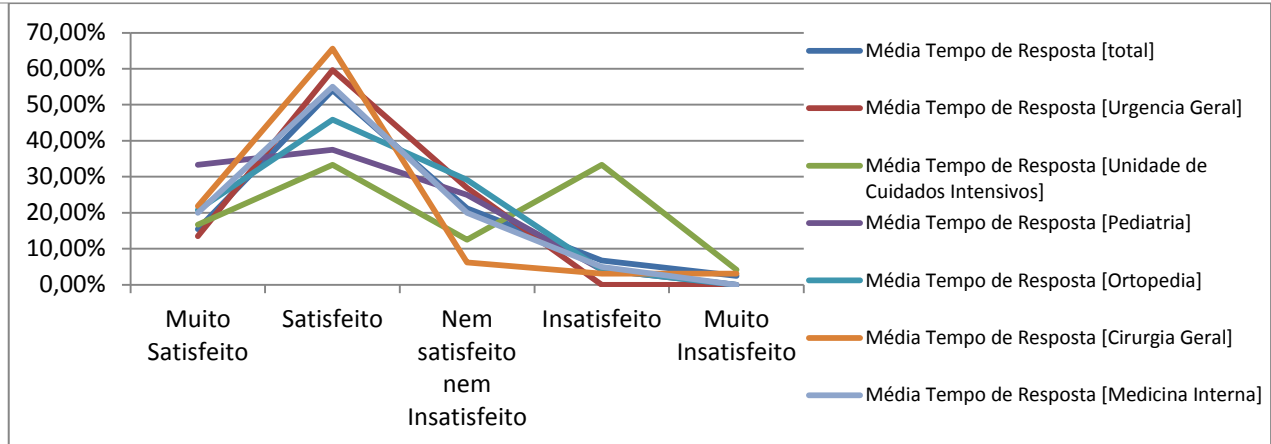


Gráfico 13. Gráfico de barras relativo aos serviços insatisfeitos com o tempo de resposta.

Pela análise dos dados, conclui-se que a percentagem de respostas insatisfatórias resulta da UTI. Os dados revelam, ainda, que os restantes serviços têm um comportamento inverso ao da UTI, nomeadamente o serviço de urgência que em matéria de tempo de resposta, está globalmente satisfeito (73% de 'satisfeitos' e 'muito satisfeitos').

d) A documentação associada à qualidade e respectiva adequação às suas necessidades foi considerada satisfatória pelos respondentes. Os documentos em avaliação compreenderam: a requisição de sangue e componentes, os manuais publicados na intranet e as instruções de trabalho (gráfico 14). Mais uma vez, não se consegue perceber as razões que levam alguns clientes a classificar estes itens com as opções de 'insatisfeitos' e 'muito insatisfeitos', pois não tecem comentários. No próximo questionário, é de se ponderar colocar como obrigatório o motivo da insatisfação quando a opção for essa.

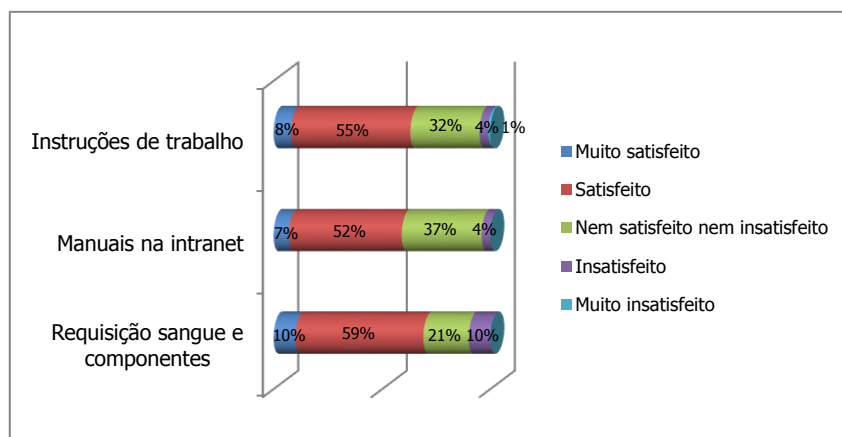


Gráfico 14. Gráfico de barras relativo à classificação da documentação associada à qualidade e respectiva adequação às suas necessidades.

(n = 100)

e) Uma outra questão do questionário aos profissionais de saúde consistia em avaliar a **qualidade e clareza** das informações prestadas, dos resultados e relatórios de análises, da identificação dos componentes e do formulário de identificação positiva da transfusão (gráfico 15). Para todos estes parâmetros, os profissionais sentem-se satisfeitos.

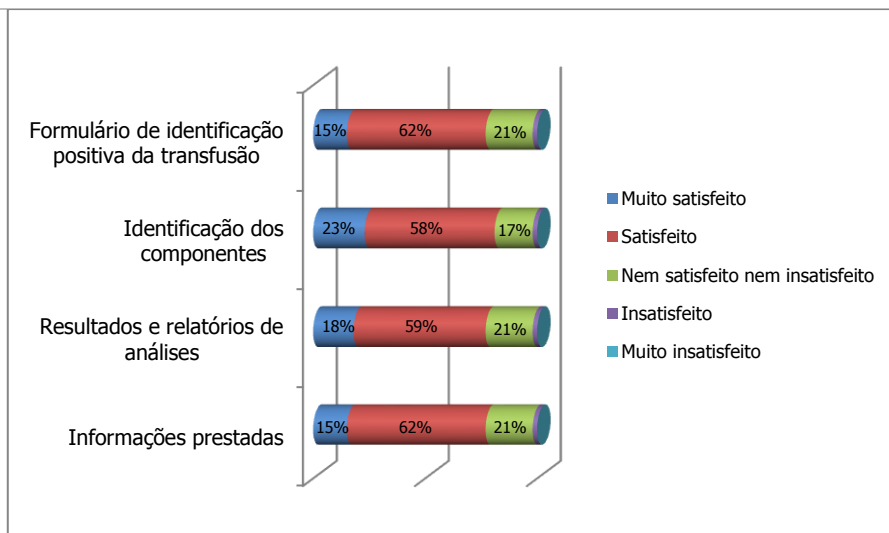


Gráfico 15. Gráfico de barras relativo à qualidade e clareza.

(n = 100)

f) Um outro objectivo do questionário consistia em **classificar o Serviço de Sangue** quanto à disponibilidade, à qualidade, à eficácia e à eficiência (gráfico 16). De um modo geral, os profissionais que responderam ao questionário sentem-se satisfeitos em relação aos 4 parâmetros avaliados. Não se consegue perceber as razões que levam alguns clientes a classificar estes itens com as opções de 'insatisfeitos' e 'muito insatisfeitos', pois não tecem comentários. É de ponderar no próximo questionário, colocar como obrigatório o motivo da insatisfação quando a opção for essa.

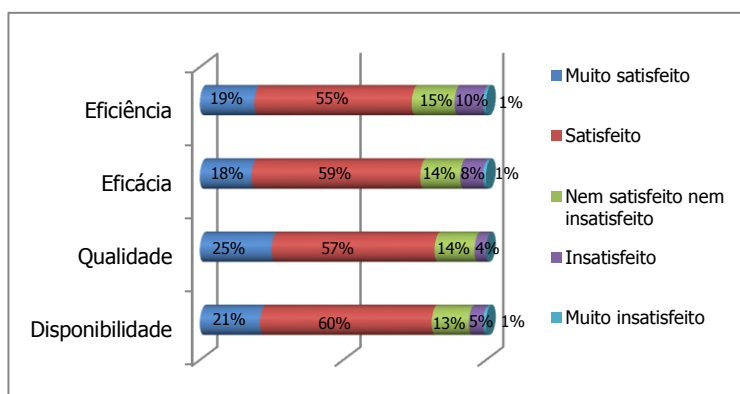


Gráfico 16. Gráfico de barras relativo à classificação do Serviço de Sangue de um modo geral.

(n = 100)

g) Cinquenta e seis por cento dos profissionais não têm conhecimento de todos os serviços prestados pelo Serviço de Sangue (gráfico 17). Para colmatar esta situação, está-se a ponderar elaborar uma estratégia para divulgação dos serviços prestados.

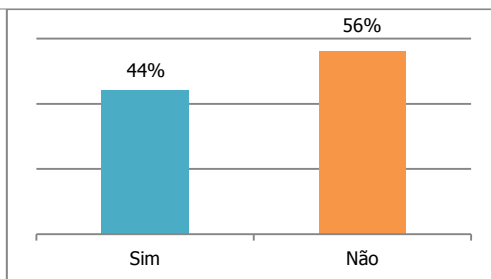


Gráfico 17. Gráfico de barras relativo ao conhecimento dos profissionais quanto aos serviços prestados pelo Serviço de Sangue.

(n = 100)

h) Nove profissionais teceram **comentários**, 3 dos quais avaliaram o Serviço globalmente com a resposta de 'insatisfeito'. De notar que os insatisfeitos não fazem comentários, não sendo possível, através do questionário, averiguar as razões desta opção.

Análise dos comentários

1) Na eventualidade de haver qualquer incongruência com o envio das amostras de tipagem, ou outros, fazer contacto telefónico prévio em vez de somente o envio com nota anexa de alteração.

Na maioria das situações em que se verificam incongruências de natureza diversa, os profissionais entram em contacto com os serviços requisitantes no sentido de alertarem para as alterações necessárias e comunicarem a devolução das requisições, caso se aplique. No entanto, esta é uma questão que deve ser reforçada junto dos profissionais do Serviço de Sangue. Esta revisão pela gestão tem, também, esta finalidade de alertar os profissionais para questões que, no dia-a-dia, podem passar despercebidas.

2) Trabalho no serviço de urgência pediátrica e nunca necessitei de recorrer a este serviço. Por este motivo, não tenho opinião concreta sobre este assunto.

3) Até à data não tive necessidade de recorrer aos serviços prestados pelo laboratório.

Esta é uma confusão que ainda existe, confundir o Laboratório com o Serviço de Sangue.

4) Apesar de toda a importância que é devida ao Serviço de Sangue, não trabalhando o meu Serviço directamente nem eu tendo contacto directo com o mesmo, não poderei transmitir uma opinião consolidada acerca da minha satisfação relativamente ao Serviço de Sangue.

5) Gostaria de realçar a disponibilidade de alguns colaboradores do serviço de sangue, que fazem a diferença ao contactá-los, mas outros há que primam pela burocracia e por dificultar um pedido que, por vezes, é urgente. Seria do interesse de todos nós rever estas dinâmicas funcionais.

As burocracias a que se refere este colaborador são constituídas pelo correcto preenchimento dos pedidos, procedimento do qual não abdicaremos. Existem excepções reservadas para 'situações *lifesaving*' em que aceitamos as requisições no acto da entrega dos produtos solicitados pelo telefone. Esta análise do colaborador também se poderá referir à existência do consentimento informado por parte do Serviço de Sangue que a partir de Setembro de 2014 passou a seguir o circuito dos consentimentos informados do Hospital. A analisar o impacto no próximo questionário.

6) As falhas e descontentamento prendem-se com situações emergentes, apesar de toda a documentação necessária, há momentos em que se deve ser prático e ter em atenção as prioridades.

Nas emergências temos já as referidas excepções, apenas se torna necessário que as mesmas sejam devidamente transmitidas ao Banco de Sangue para se estabelecerem prioridades.

7) Muita burocracia quando se pretende transfusão urgente. Por vezes, por falta de assinatura é devolvida a requisição, apesar do contacto telefónico.

As situações urgentes e emergentes são consideradas 'excepções' que estão contempladas na IT.IMH.046 Recepção da requisição transfusional e amostras pré-transfusionais. O que está definido para estas situações é que, caso se verifique alguma incongruência ao nível da documentação, ela seja resolvida por contacto telefónico prévio, mas a situação terá de ficar resolvida na altura em que o componente é enviado ao Serviço requisitante. Este deve ser o modo de actuação do Serviço de Sangue de modo a facilitar o pedido de transfusão e simultaneamente salvaguardar situações que possam ser prejudiciais para o Serviço de Sangue nos casos em que ocorrem problemas.

8) As perguntas a este questionário deviam de ter a opção "não sabe".

Avaliar esta sugestão na próxima distribuição do questionário.

9) Realização de protocolos de actuação em situação de hemorragia massiva/CID/hemorragia na obstetrícia/hemorragia no politrauma, de forma a agilizar a actuação dos serviços cirúrgicos e a resposta do serviço de sangue, em situações de urgência/emergência.

Está em fase de finalização o protocolo de transfusão maciça que será levado à Comissão Transfusional para aprovação. De seguida, será abordada a actuação na CID.

Acções a desenvolver:

- I. Simulações de transfusão emergente na UTI – análise do tempo de resposta.
- II. Elaboração de estratégia para divulgação dos serviços prestados.
- III. Elaboração de protocolos.
- IV. Inclusão da opção 'não sabe' no próximo questionário.

5. Reclamações e Sugestões

Reclamações

Tivemos o registo de uma reclamação de um dador de sangue relacionada com o encerramento do Serviço a 24 de Dezembro. Esta reclamação ficou registada no Livro de Reclamações, tendo sido tratada e respondida através do Gabinete do Cidadão cumprindo, assim, o procedimento instituído no Hospital. Não deu origem a não-conformidade nem a oportunidade de melhoria por não serem aplicáveis.

Sugestões

Foram efectuadas 2 sugestões pelos dadores através do IMP.GER.011 "Sugestões e auto-exclusão do dador de sangue" que foram convertidas para oportunidades de melhoria.

Uma das sugestões prende-se com o acesso ao *wifi* do hospital (*Ficha de não-conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 28/2014/IMH*) e a outra está relacionada com o tempo de admissão do dador (*Ficha de não-conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 29/2014/IMH*) encontrando-se ambas em fase de análise.

6. Desempenho dos Fornecedores

(referir apenas os fornecedores que são avaliados directamente pelo Serviço)

Os dados seguintes fornecem informação acerca da qualidade dos fornecedores do Serviço de Imuno-hemoterapia.

Os critérios de avaliação dos fornecedores internos e externos constam da IT.IMH.042.00 Aprovisionamento.

Na tabela seguinte é apresentada a percentagem de fornecimentos com ocorrências.

Fornecedor	% Fornecimentos com ocorrências
Abbott	0%
Biognóstica e NEQAS	0%
Biorad – fornecimento de reagentes	0%
Biorad – controlo da qualidade de imunohematologia	0%
Enzipharma	0%
Grifols	0%
IPO - controlo da qualidade de componentes	0%
IPST – fornecimento de componentes	17%
IPST – controlo da qualidade de imunohematologia	0%
IPST – resultados TAN	1%
Octapharma	sem fornecimentos
ITAU	16%
Roche	0%
Admissão Doentes	0%
Armazém	31%
Laboratório – controlo da qualidade aos componentes	0%
Farmácia	8%
Serviços Gerais	0%

Tabela 2. Percentagem de fornecimentos com ocorrências dos fornecedores internos e externos.

Resultados consistentes com o ano anterior, considerando-se todos os fornecedores qualificados para o fornecimento dos produtos e serviços.

Em comparação com o ano anterior, melhores resultados em 2014 para a Abbott (7% em 2013 e 0% em 2014), Biognóstica e NEQAS (4% em 2013 e 0% em 2014), BioRad no fornecimento de reagentes (8% em 2013 e 0% em 2014), Armazém (36% em 2013 e 31% em 2014) e Farmácia (13% em 2013 e 8% em 2014).

A ITAU é o fornecedor que apresentou melhores resultados o ano passado comparativamente com este ano (0% em 2013 e 16% em 2014). Esta diferença prende-se com a maior quantidade de pedidos feitos em 2014 e com a maior quantidade de produtos pedidos em cada requisição.

No que diz respeito ao fornecimento de componentes do sangue, apesar de o IPST ter tido melhores resultados o ano passado (13% de fornecimentos com ocorrências em 2013 em comparação com os 17% deste ano), tal se deve ao surto de Legionella que ocorreu em Vila Franca de Xira e que implicou um maior fornecimento de componentes ao Serviço de Sangue.

7. Objectivos

(indicar os objectivos, indicadores, metas, valores alcançados e justificações para os casos de não cumprimento)

Foram definidos 3 objectivos para a **colheita de sangue e validação dos componentes**:

- Garantir que **os componentes se encontram dentro dos critérios do estabelecido pela lei 267/2007** com uma meta superior a 98% - **atingido e superado (99%)**.
- **Aumentar a % de novos dadores face a 2013** com uma meta de 15% - **atingido e superado (17%)**.

Apesar do objectivo ter sido atingido, na análise do indicador ao longo do ano e a sua monitorização relativamente às acções implementadas (campanha de promoção da dádiva, implementação da aplicação dador HVFX para *Smartphones* e correcção da aplicação de envio das análises por mail), é notória a ineficácia das mesmas. Estas tiveram impacto no aumento do número total de dadores (ver objectivo PROC.IMH.001_3 introduzido em Outubro de 2014 em comparação com os do objectivo PROC.IMH.001_2). Da análise conclui-se que, para aumentar os dadores de 1ª vez, terão de ser implementadas outras medidas.

- **Aumentar o número de dádivas** com uma meta de 5%.

Este objectivo foi introduzido em Outubro, não podendo ser analisado na globalidade pelo facto de termos sido obrigados a encerrar o Serviço durante quase todo o mês de Novembro, devido ao surto de Legionella.

Relativamente à **preparação e fornecimento de componentes**, foram estabelecidos 2 objectivos:

- Garantir a **inexistência de reacções imediatas a transfusões por erro na administração, atribuído ao Serviço de Sangue** com uma meta de 0% - **atingido**.
- **Taxa de transfusões preparadas e não efectivadas**, com uma meta inferior a 42% - **atingido (41%)**.

Este objectivo consiste em reduzir o número de transfusões preparadas e não efectivadas que constituem não só um desperdício de recursos materiais e humanos, mas são também um indicador fiável da qualidade da

avaliação das necessidades transfusionais dos doentes.

Apesar de o objectivo ter sido atingido, há a referir que o mesmo era pouco ambicioso, tendo sido estabelecido assente numa base de estudo do perfil transfusional e de reservas intra-operatórias da instituição, onde havia e continua a existir necessidade absoluta de intervir de forma sustentada.

Durante o ano de 2014 foram efectuadas diversas reuniões com os serviços prescritores e divulgação de informação sobre o tema. A destacar a realizada com o serviço de Anestesiologia a 7 de Novembro de 2014, altura em que ficou clara a necessidade de efectuar, de alguma forma, intervenção ao nível dos tempos de resposta e dos protocolos do Serviço de Sangue. Neste sentido, vai ser efectuado um estudo do tempo de resposta às situações de emergência do Bloco Operatório e, no que diz respeito aos protocolos, encontra-se em fase final de execução, o protocolo de actuação na transfusão maciça. As acções têm como objectivo diminuir o número de reservas para o Bloco Operatório apenas assentes na filosofia da prevenção de conforto.

- Para a **aplicação de terapêuticas em hospital de dia**, pretende-se garantir a **inexistência de reacções adversas atribuídas a erro de administração de medicação ou procedimentos não conformes**. A meta é de 0%, tendo o objectivo sido **atingido**.
- Na **realização de análises**, o objectivo é o de garantir que são **efectuadas todas as execuções e que os envios e resultados são correctos**. Monitorizar a execução e o resultado do controlo de qualidade externo. A meta é de 100% de execuções, envio e resultados correctos, tendo o objectivo sido **atingido**.

8. Acompanhamento de acções resultantes de anteriores revisões do Sistema de Gestão

No relatório de revisão pela gestão relativo a 2013, foram deixadas 4 recomendações para melhoria:

- 1) Na sala de colheitas, derrubamento das paredes e substituição por cortinas; colocação de monitor em cada cadeira para monitorização dos tratamentos: **implementada**
- 2) Átrio dos elevadores: decoração das paredes com imagens alusivas à dádiva de sangue e colocação de um suporte para folhetos informativos: **implementada**
- 3) Colocação de máquina de café: **implementada**
- 4) Execução de cartazes de promoção de dádiva com o nosso logotipo e com frases marcantes: **implementada**
- 5) Melhoria da aplicação informática de gestão de banco de sangue (SIBAS) nas seguintes áreas: 1. Procedimentos; 2. Qualidade dos registos e Informação; 3. Qualidade das estatísticas; 4. Promoção da dádiva: **todos os itens tiveram melhorias parciais, sendo que, o mais desenvolvido foi o da promoção da dádiva (sibas mobile, envio de análise por mail, cartas e convocatórias, mensagens através do sibas mobile)**.

9. Alterações que possam afectar o Sistema de Gestão

Está prevista uma nova versão da NP EN ISO 9001 e da NP EN ISO 14001 que deverão sair no final de 2015, podendo haver necessidade de ajuste de algumas metodologias implementadas.

10. Recomendações para melhoria

As seguintes recomendações constam do 'Plano de actividades do Serviço de Imuno-hemoterapia – 2015':

- 1) Sistema de segurança transfusional com controlo da temperatura das unidades de sangue no seu percurso.
- 2) Prescrição da transfusão online (a actual prescrição em papel é uma das maiores críticas ao Serviço de Sangue e argumento da falta de eficiência).
- 3) Sistema informático (optimização da aplicação SIBAS, ferramentas de pesquisa e análise, tempo de resposta, ligação às soluções clínicas, correcção dos erros).
- 4) Reparação/substituição de 2 arcas frigoríficas (programa de plasma de quarentena praticamente parado).
- 5) Criação do laboratório de imuno-hematologia.

Estas 5 recomendações carecem de investimento.

No âmbito da formação, ensino e investigação, estão previstas 4 actividades:

- 1) Projecto POCKETBOOK - livro de bolso com as principais *guidelines* e normas, na transfusão de componentes sanguíneos e derivados (patrocinado).
- 2) "Um dia com a Anestesiologia no uso óptimo do sangue" - experiência de uma anestesiolegista espanhola (Barcelona), Presidente do *Anemia Working Group* Espanhol – ida a Barcelona de 2 anestesiolegistas do HVFX (patrocinado).
- 3) Comissão transfusional – promoção de reuniões científicas de trabalho com convidados externos no exterior do Hospital (patrocinado).
- 4) "Uma unidade de cada vez" – cartazes para os serviços clínicos (patrocinado).

11. Necessidades de recursos

Tendo em conta que se encontram 2 arcas congeladoras avariadas, pode ou não haver a necessidade de substituição das mesmas.

A estudar a contratação de um imuno-hemoterapeuta; contudo, está-se a considerar a formação do médico de clínica geral na área das análises de doenças transmissíveis e na validação do sangue para transfusão. Esta medida pretende dar resposta a uma recomendação da DGS/IGAS que pretende colmatar a falta do imuno-hemoterapeuta existente actualmente no Serviço no período das ausências do mesmo.

À parte destes 2 pontos, não se prevê qualquer necessidade de recursos, nomeadamente novos equipamentos e contratação de colaboradores.

12. Serviço prestado e eficácia do sistema e dos processos

De um modo geral, pode considerar-se que o sistema de gestão da qualidade implementado tem permitido melhorar a prestação do serviço e a eficácia dos seus processos.

13. Outra considerada relevante

(como sejam os resultados da avaliação do Controlo de Qualidade Interno e a Avaliação Externa da Qualidade, entre outros)

Resultados do controlo da qualidade interno aos componentes do sangue

Neste ponto, são apresentados os resultados relativos ao controlo da qualidade aos componentes do sangue.

Na fase da colheita e da separação do sangue, os componentes são sujeitos a um primeiro controlo da qualidade, cujos elementos de avaliação constam da IT.IMH.011.00 Controlo de Qualidade aos Componentes.

Segue-se uma segunda fase da avaliação aos componentes, em que são seleccionadas um número restrito de unidades as quais são submetidas a avaliação de outros parâmetros.

Aos concentrados de eritrócitos, concentrados de plaquetas e pools de plaquetas é feita a avaliação mensal da qualidade.

Sempre que possível, é também avaliada a qualidade ao sangue total autólogo.

Os plasmas e os crioprecipitados são avaliados ao longo de 2 anos.

'Conforme' e 'Não-Conforme' significa que o componente respeita ou não respeita, respectivamente, os critérios de qualidade definidos.

As unidades eliminadas em consequência dos resultados obtidos, qualquer que seja a fase do controlo, são registadas no IMP.IMH.007 Motivos de eliminação dos componentes – controlo da qualidade.

a) Fase da separação dos componentes

- O gráfico 18 mostra os componentes produzidos e os eliminados na fase da separação do sangue para cada um dos componentes.

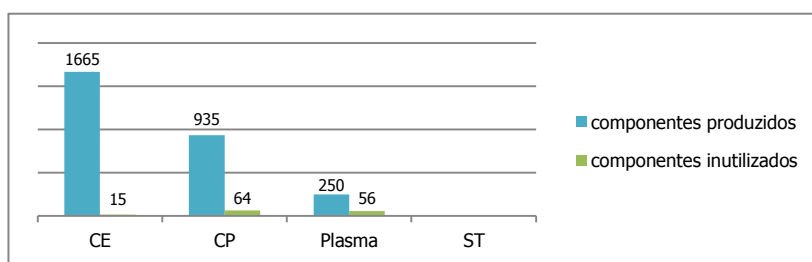


Gráfico 18. Gráfico de barras dos componentes produzidos e dos inutilizados na separação do sangue.

- Quinze concentrados de eritrócitos eliminados por sistema aberto (14) e por dificuldade de desleucocitação (1), representando 1% de unidades de CE inutilizadas do total de produzidas.
- Sessenta e quatro concentrados de plaquetas eliminados por volume insuficiente (2), nuvem plaquetária fraca (45), plasma com células (15) e plasma lipémico (2). Os componentes eliminados representam 7% dos 935 produzidos.
- Cinquenta e seis plasmas eliminados (32 por volume insuficiente, 22 por plasma com células, 1 por plasma lipémico e 1 por plasma do género feminino), representando 22% do total de plasmas produzidos.
- Em 2013, não foi calculada a % dos inutilizados tendo em conta os componentes produzidos, pelo que não é feita comparação.

b) Eritrócitos desleucocitados, em solução aditiva

— A qualidade do concentrado de eritrócitos é avaliada segundo 5 parâmetros que consta na IT.IMH.012.00 Avaliação da qualidade ao concentrado eritrocitário. O gráfico 19 apresenta a % de conformidade dos concentrados de glóbulos vermelhos avaliados.

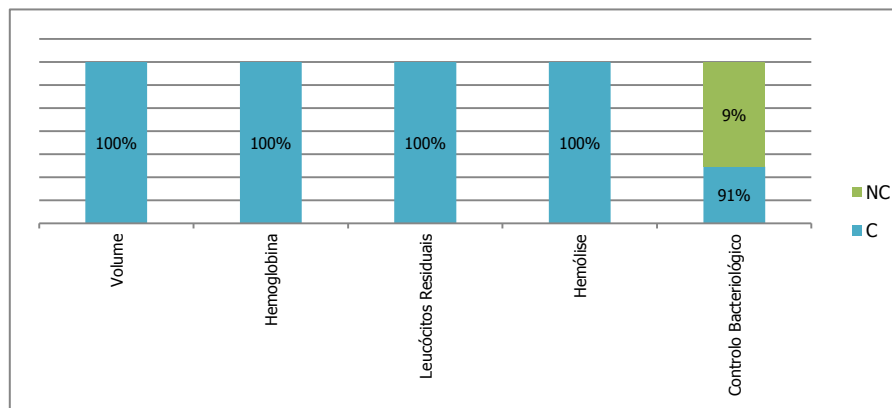


Gráfico 19. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao concentrado de eritrócitos.

— Na tabela 3 encontram-se os valores médios dos resultados obtidos para o concentrado de eritrócitos.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/ unidade)	Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 ⁶)	Hemólise (%)	Controlo Bacteriológico
Valores de Referência	≥ 200	≥ 40	< 1 x 10 ⁶	< 0,80	Negativo
Resultados	285	54	0,195 x 10 ⁶	0,27	Negativo

Tabela 3. Valores médios dos concentrados de glóbulos vermelhos.

- Resultados positivos e consistentes com o ano anterior.
- Em relação a 2013, não houve resultados não-conformes associados ao parâmetro leucócitos residuais (em 2013, 2%), mas houve 1 CE não conforme por resultado positivo de hemocultura em meio anaeróbio (*Ficha de registo de ocorrência nº 5/2014 – controlo da qualidade*), devido a desinfecção inadequada da pele. Esta ocorrência deu origem à abertura da *Ficha de não conformidade, acção correctiva e acção preventiva nº 12/2014/IMH* que se encontra encerrada.

c) Concentrado de plaquetas (método de buffy-coat)

— A qualidade do concentrado de plaquetas é avaliada segundo 6 parâmetros que consta na IT.IMH.013.00 Avaliação da qualidade ao concentrado de plaquetas. O gráfico 20 apresenta a % de conformidade dos concentrados de plaquetas avaliados.

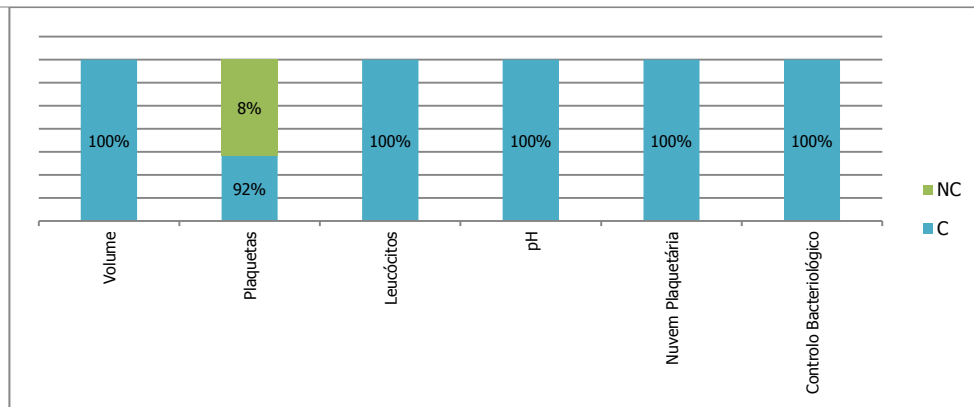


Gráfico 20. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao concentrado de plaquetas.

— Na tabela 4 encontra-se a média dos resultados obtidos para o concentrado de plaquetas.

Parâmetros	Volume (ml)	Nº Plaquetas (nº plaq. x 10 ⁹)	Nº Leucócitos (nº leuc. x 10 ⁹)	pH	Controlo Bacteriológico	Nuvem Plaquetária
Valores de Referência	> 40	> 40 x 10 ⁹	< 0,05 x 10 ⁹	> 6	Negativo	Presente
Resultados	64	64 x 10 ⁹	0,009 x 10 ⁹	8	Negativo	Presente

Tabela 4. Valores médios dos concentrados de plaquetas obtidos pelo método buffy-coat.

- Resultados positivos e consistentes com o ano anterior.
- Em 2014 não houve resultados de leucócitos acima do recomendado em comparação com 2013 (2% NC), mas houve um ligeiro aumento na percentagem de resultados de plaquetas abaixo do recomendado (em 2013, 5% NC). Estas alterações não têm qualquer significado.
- Apenas 4 resultados não-conformes por valor de plaquetas abaixo do recomendado de um total de 48 concentrados de plaquetas avaliados.
- Dois concentrados de plaquetas, num total de 38 unidades, foram avaliadas ao 6º dia de validade e 5 ao 7º dia de validade, no que diz respeito à medição do pH e ao controlo bacteriológico, tendo-se obtido resultados de acordo com o recomendado. Em anos anteriores, já foi realizado este estudo, não se verificando alterações nos resultados. Tendo em conta os resultados e o número de unidades de pools de plaquetas que se transfundem, propõe-se realizar o controlo da qualidade aos concentrados de plaquetas e às pools de plaquetas em 2015 ao 7º dia de validade em vez dos habituais 5 dias. O objectivo a longo prazo é o de separar um número inferior de concentrados de plaquetas e diminuir o número de unidades eliminadas. A legislação refere que os concentrados de plaquetas são armazenados por um período de 5 dias, podendo ser armazenadas durante 7 dias em combinação com a detecção ou redução da contaminação bacteriana.

d) Pool de plaquetas, obtida de unidades de sangue total, desleucocitada

- A qualidade da pool de plaquetas é avaliada segundo 6 parâmetros que consta na IT.IMH.014.00 Avaliação da qualidade a pool de plaquetas desleucocitada. O gráfico 21 apresenta a % de conformidade das pools de plaquetas avaliadas.

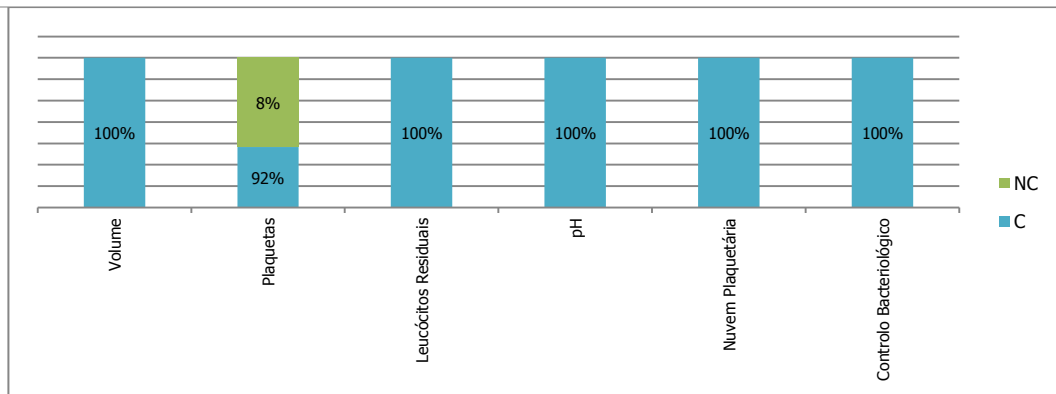


Gráfico 21. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro a pool de plaquetas.

— Na tabela 5 encontram-se a média dos resultados para a pool de plaquetas desleucocitada.

Parâmetros	Volume (ml)	Nº Plaquetas (nº plaq. x 10 ⁹)	Nº Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 ⁶)	pH	Controlo Bacteriológico	Nuvem Plaquetária
Valores de Referência	> 200	> 200 x 10 ⁹	< 1 x 10 ⁶	> 6	Negativo	Presente
Resultados	287	232 x 10 ⁹	0,037 x 10 ⁹	8	Negativo	Presente

Tabela 5. Valores médios das pools de plaquetas desleucocitadas.

- Resultados positivos e consistentes com o ano anterior.
- Apenas 2 pools de plaquetas não-conformes, devido a valor de plaquetas abaixo do recomendado num total de 24 componentes avaliados.
- Melhores resultados no que diz respeito aos valores de plaquetas. Em 2013, 21% de componentes com valores de plaquetas abaixo do recomendado.
- No mês de Abril não foi efectuado o controlo da qualidade a este componente por motivos de pedidos de transfusão e pelo número de concentrados de plaquetas que foram separados. No mês seguinte, submeteu-se a controlo da qualidade 4 pools de plaquetas em vez das habituais 2 (*Ficha de registo de ocorrência nº 3/2014 – controlo da qualidade*).

e) Plasma fresco congelado

- A qualidade do plasma fresco congelado é avaliada segundo 8 parâmetros que consta na IT.IMH.015.01 Avaliação da qualidade ao plasma fresco congelado. O gráfico 22 apresenta a conformidade dos plasmas frescos congelados avaliados.

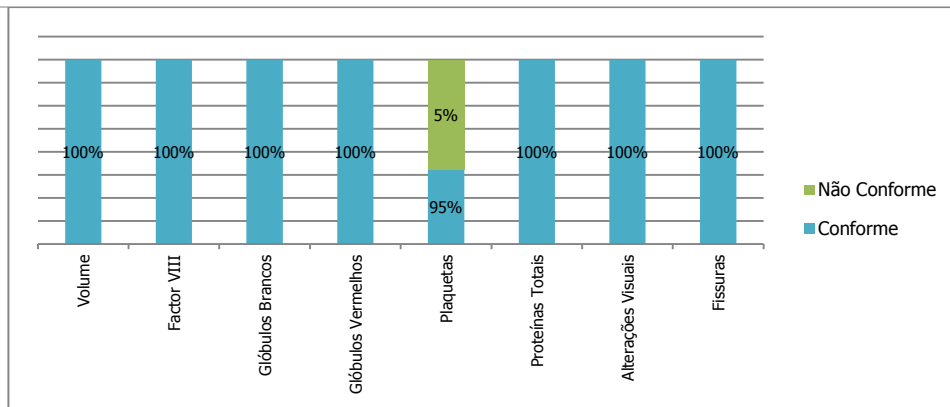


Gráfico 22. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do plasma fresco congelado.

— Na tabela 6 encontra-se a média dos resultados para o plasma fresco congelado.

Parâmetros	Volume (ml)	Factor VIII (%)	Leucócitos (nº leuc. x 10 ⁹ /L)	Eritrócitos (nº gv x 10 ¹² /L)	Plaquetas (nº plq. x 10 ⁹ /L)	Proteínas Totais (g/l)	Alt. Visuais e Fissuras
Valores Referência	≥ 180	50-150	< 0,1	< 6	< 50	> 50	sem
Resultados	199	64	0,005	0,001	10,98	63	sem

Tabela 6. Valores médios do plasma fresco congelado.

— Os resultados obtidos referem-se ao ano de 2012. Os plasmas sujeitos a controlo da qualidade são avaliados por um período de 2 anos pelo que as unidades separadas em 2012 terminaram a sua avaliação em 2014. Os plasmas de 2013 são avaliados ao longo de 2014 e 2015 estando, neste momento, a decorrer a sua avaliação.

— Resultados positivos e consistentes com o ano 2011 – 2013.

— Em comparação com anos anteriores, verifica-se um maior número de unidades conforme em relação ao parâmetro Factor VIII (82% C em 2011 – 2013), proteínas totais (95% C em 2011 – 2013) e fissuras (92% C em 2011 – 2013).

f) Crioprecipitado

— A qualidade do crioprecipitado é avaliada segundo 4 parâmetros que consta na IT.IMH.016.01 Avaliação da qualidade ao crioprecipitado. O gráfico 23 apresenta a conformidade dos crioprecipitados avaliados.

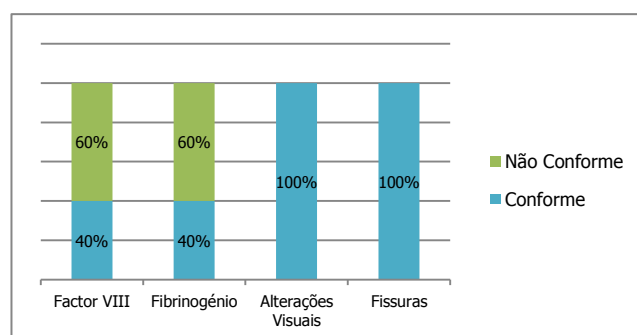


Gráfico 23. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do crioprecipitado.

— Na tabela 7 encontra-se a média dos resultados para o crioprecipitado.

Parâmetros	Factor VIII (U.I./unidade)	Fibrinogénio (mg/unidade)	Alt. Visuais e Fissuras
Valores Referência	≥ 70	≥ 140	sem
Resultados	81	172	sem

Tabela 7. Valores médios do crioprecipitado.

— Os resultados obtidos referem-se ao ano de 2012. Os crioprecipitados sujeitos a controlo da qualidade são avaliados por um período de 2 anos pelo que as unidades separadas em 2012 terminaram a sua avaliação em 2014. As unidades de 2013 são avaliadas ao longo de 2014 e 2015 estando, neste momento, a decorrer a sua avaliação.

— Resultados positivos e consistentes com o ano 2011 – 2013.

— Foram sujeitas a controlo da qualidade 5 unidades em vez das habituais 6, devido ao facto de não estarem disponíveis unidades para controlo da qualidade (foram transfundidas).

— Em comparação com anos anteriores, verifica-se um menor número de unidades conforme em relação ao parâmetro Factor VIII (80% C em 2011 – 2013) e fibrinogénio (100% C em 2011 – 2013).

g) Sangue total autólogo

— A qualidade do sangue total autólogo é avaliada segundo 2 parâmetros que consta na IT.IMH.017.00 Avaliação da qualidade ao sangue total autólogo. O gráfico 24 apresenta a % de conformidade das unidades avaliadas.

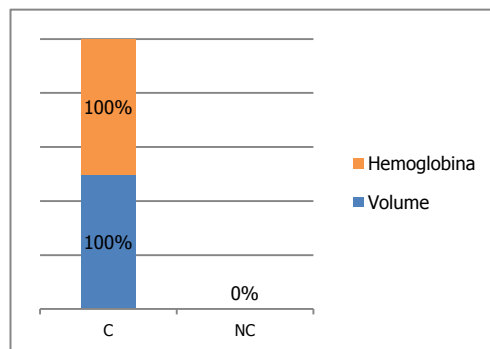


Gráfico 24. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do sangue total autólogo.

— Na tabela 8 encontra-se a média dos resultados para o sangue total autólogo.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/unidade)
Valores Referência	450 ± 50	> 45
Resultados	492	60

Tabela 8. Valores médios do sangue total autólogo.

- Resultados positivos e consistentes com anos anteriores para o componente em causa.
- Melhores resultados de volume (467 ml em 2013) e hemoglobina (55 g/unidade em 2013).
- Foram sujeitas a controlo da qualidade 3 unidades em vez das 2 unidades do ano passado. Apesar de não existir um número definido de unidades autólogas para controlo da qualidade, recomenda-se aumentar o número de unidades em 2015.

h) Comentários aos resultados

O serviço está muito satisfeito com os resultados do controlo da qualidade aos componentes que são consistentes com os anos anteriores. Estes resultados validam os procedimentos de colheita, separação e armazenamento dos componentes.

Resultados do controlo da qualidade interno de imuno-hematologia

Compreende os resultados relativos ao controlo da qualidade de imuno-hematologia realizado pelas técnicas em tubo e em card.

a) Técnica em tubo

- Este controlo consiste na determinação do grupo sanguíneo ABD pela técnica em tubo, partindo de unidades de grupo conhecido. São testados os 3 anti-soros (anti-A, anti-B e anti-D).
- Resultados concordantes entre o esperado e o obtido.

b) Técnica em card

- O princípio é o mesmo do ponto acima, mas é utilizada a técnica em microcoluna em gel (vulgarmente designada por card) para a determinação do grupo sanguíneo. É efectuada por 2 técnicas – manual (ou em bancada) e através do pipetador automático.
- Resultados concordantes entre o esperado e o obtido.
- Verificaram-se algumas situações de não impressão dos resultados que estão a ser alvo de maior atenção em 2015.

Resultados do controlo da qualidade externo

Neste ponto são apresentados os resultados relativos ao controlo da qualidade externo de imuno-hematologia, hematologia e serologia.

Estes controlos têm calendarização associada.

É feita uma avaliação dos resultados sempre que estes controlos são realizados, sendo que no início de cada ano é feita uma avaliação global do ano anterior.

a) Controlo da qualidade externo de imuno-hematologia – Diamed

- Realizados 3 dos 3 exercícios previstos.

— Apenas em 1 dos 3 exercícios se verificaram diferenças entre os resultados imuno-hematológicos reportados e os esperados, devido a um erro de determinação do subgrupo AB0.

b) Controlo da qualidade externo de imuno-hematologia – IPST

- Realizado 1 exercício.
- Resultados OK não se tendo verificado diferenças entre o resultado enviado e o esperado.
- A responsável dos laboratórios de imuno-hematologia e de doenças transmissíveis enviou mail a 12-11-2014 ao Serviço de Imuno-hemoterapia a comunicar que *Por razões alheias à nossa vontade não foi possível realizar o Programa de Controlo de Qualidade Externo de Imunohematologia durante o último ano.*

c) Controlo da qualidade externo de hematologia - NEQAS

- Realizados 12 dos 12 exercícios previstos por ano (1 exercício/mês).
- Resultados OK em termos de *performance score* (< 80) sendo os resultados considerados 'satisfatórios'.
- Bons resultados médios em termos de índice de desvio.
- De uma forma geral, nada a assinalar entre os valores esperados e os valores reportados, gráficos X-B WBC e X-B RBC normais e valores de QC Log no intervalo de referência. Nada a assinalar no perfil dos doadores e dos doentes. Nos gráficos de Levey-Jennings há sempre pontos fora do intervalo de referência, mas é normal.
- Resultados consistentes com os anos anteriores.

d) Controlo da qualidade externo de serologia – NEQAS

I. Hepatite B: AgHBs e Ac anti-HBc

- Realizada a totalidade dos exercícios previstos (3).
- Resultados OK o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os resultados esperados, o que equivale a um *score* máximo de **2**.
- Resultados coincidentes com os anos anteriores.

II. Hepatite C: Ac anti-HCV

- Realizados 3 dos 3 exercícios previstos.
- Resultados OK o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados, o que equivale a um *score* máximo de **2**.
- Resultados coincidentes com os anos anteriores.

III. HIV: Ac anti-HIV

- Realizada a totalidade dos exercícios previstos (3).
- Resultados OK o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados, o que equivale a um *score* máximo de **2**.
- Resultados coincidentes com os anos anteriores.

IV. Sífilis

- Realizados os 2 exercícios previstos.
- Resultados OK o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados, o que equivale a um *score* máximo de **2**.
- Resultados coincidentes com os anos anteriores.

V. HTLV: Ac anti-HTLV

- Realizados os 3 exercícios previstos.
- Resultados OK o que significa que os resultados reportados respeitam os critérios qualitativos e quantitativos, o que equivale a um *score* máximo de **6**.
- Resultados coincidentes com os anos anteriores.

A tabela seguinte faz um resumo dos resultados do controlo da qualidade interno e externo:

Controlo da qualidade	Técnica / Origem	Efectuado	Resultados OK – NÃO OK
Componentes do sangue	não aplicável	sim	resultados OK
Interno de imuno-hematologia	Técnica em Tubo	sim	resultados OK
	Técnica em Microcoluna de aglutinação em gel	sim	resultados OK
Externo de imuno-hematologia	Diamed	sim	resultados OK
	IPST	sim	resultados OK
Externo de hematologia	NEQAS	sim	resultados OK
Externo de serologia	NEQAS	sim	resultados OK

Tabela 9. Controlo da qualidade realizado em 2014.

e) Comentários aos resultados

- Resultados muito satisfatórios ao nível do controlo da qualidade externo.
- Estes resultados validam as técnicas utilizadas.