



RESOLUCION EXENTA: 2403

CORONEL, 10 JUL 2019

VISTOS: DFL N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido coordinado y sistematizado el DL 2763 del 1979 y de las leyes N° 18.933 Y N° 18.469; Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud, Resolución 1.600/2008 y 10/2017, ambas de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N° 4C2/0697, del 01 de febrero de 2019, que nombra Directora Subrogante del Hospital de Coronel, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1. **APRUEBRASE** en el Hospital San José de Coronel **PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MEDICA DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES**, a contar del 01 de Julio de 2019; para dar cumplimiento a GCL 1.7; Estándar de Acreditación .
2. **DEJESE** sin efecto a contar de esta misma fecha resolución Exenta N°1069 del 18 de Abril de 2018; Protocolo de criterios de indicación médica de transfusión de Hemocomponentes del 01 de Abril de 2019.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,



DRA. VILMA RAZMILIC BONACIC
DIRECTORA (S)
HOSPITAL DE CORONEL

Transcribo fielmente,

EFIGENIA LUNA NEIRA
Ministra de Salud



Dra.VRB/Dr.LDSZ/gac
RES. EXENTA INT. N° 21/2019

Distribución:

- Dirección
- Gestión Clínica
- SDA
- Enc. Oficina Calidad
- Enc. Gestión del Cuidado
- Encargada UMT
- Jefe Unidad de Laboratorio y UMT
- Jefes Servicios Clínicos
- Oficina de Partes



PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES

Característica: GCL 1.7
 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT
 Versión: Sexta
 Fecha Aplicación: 01/07/2019
 Vigencia máxima: 01/07/2024
 Número de Páginas: 20

PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES GCL 1.7


ELABORADO	VERIFICADO	APROBADO POR OF.CALIDAD	APROBADO POR DIRECCION
T.M. Stephanie Saavedra Fuentes Encargada UMT. FIRMA 	Dr. Roberto Catalán Barriga Médico Anestesiista Encargado de Medicina Transfusional FIRMA 	Dr. Luis De los Santos Zárraga Encargado oficina de calidad Hospital Coronel FIRMA 	Dra. Vilma Razmilic Bonacic Directoria (s) Hospital Coronel FIRMA  
FECHA: 24-06-2019	FECHA: 26-06-2019	FECHA: 27-06-2019	FECHA: 28-06-2019

**PROTOCOLO DE CRITERIOS
DE INDICACION MEDICA DE
TRANSFUSION DE
HEMOCOMPONENTES**

Característica: GCL 1.7
Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT
Versión: Sexta
Fecha Aplicación: 01/07/2019
Vigencia máxima: 01/07/2024
Número de Páginas: 20

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION	3
OBJETIVO	4
ALCANCE	4
RESPONSABLES	4
PROCEDIMIENTO	5
CRITERIOS DE INDICACION MEDICA A LA TRANSFUSIÓN DE GLOBULOS ROJOS (GR)	8
CRITERIOS DE INDICACION MEDICA A LA TRANSFUSIÓN DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	10
CRITERIOS DE INDICACION MEDICA A LA TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS	11
CRITERIOS DE INDICACION MEDICA A LA TRANSFUSIÓN DE CRIOPRECIPITADO	13
INDICACION MEDICA A LA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES PEDIATRICOS	13
EVALUACION DEL INDICADOR	14
ANEXOS N°1 SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES NO DISPONIBLE EN LA UMT	15
ANEXOS N°2 SOLICITUD DE TRANSFUSION	18
TOMA DE CONOCIMIENTO	19
FORMULARIO DE MODIFICACIÓN	20

	PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES	Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20
--	--	--

2. INTRODUCCIÓN


La terapia transfusional es el tratamiento destinado a restituir la alteración funcional de hemocomponentes faltantes y no necesariamente para corregir el resultado de un parámetro de laboratorio en un paciente.

En vista que la transfusión sanguínea involucra el trasplante de un tejido desde un donante hacia un receptor, existen riesgos para el receptor de infecciones transmisibles (VIH, hepatitis viral, sífilis, HTLV, Chagas) y de respuestas inmunológicas a las células y proteínas plasmáticas extrañas (eventos adversos a la transfusión).

Debido a lo anteriormente expuesto, es que la indicación médica de transfusión de **hemocomponentes** se realiza una vez evaluados los riesgos y beneficios que lograra el paciente con el fin de asegurar el éxito de la terapia transfusional.

La indicación de transfusión es de exclusiva responsabilidad médica y será solicitada en pacientes que hayan sido previamente y directamente evaluados por el profesional médico solicitante, quien debe registrar dicha indicación en la ficha clínica o en el registro de anestesia.

De acuerdo a los criterios exigidos por el programa de evaluación de la calidad hospitalaria y el **Comité de Medicina Transfusional (CMT)**, el Hospital San José de Coronel ha establecido este protocolo de criterios de indicación médica a la transfusión de hemocomponentes con la finalidad de mejorar y apoyar la Medicina Transfusional.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	--

3. OBJETIVO


Establecer criterios médicos de transfusión en adultos, basado en las recomendaciones de medicina transfusional aplicadas y adaptadas a las necesidades según la complejidad de nuestro establecimiento.

4. ALCANCE

- 4.1 Profesionales médicos que soliciten transfusiones en pacientes adultos.
- 4.2 Servicios clínicos donde se soliciten transfusión de hemocomponentes.
- 4.3 Unidad de Medicina Transfusional.

5. RESPONSABLES

- 5.1 Jefe de servicio clínico
- 5.2 Médico tratante.
- 5.3 Médico encargado del comité de medicina transfusional
- 5.4 Enfermera de servicio clínico
- 5.5 Matrona de servicio clínico
- 5.6 Tecnólogo médico

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

6. PROCEDIMIENTO:


- 6.1** La indicación de transfusión es de exclusiva responsabilidad médica y será solicitada en pacientes que hayan sido previa y directamente evaluados por el profesional médico solicitante, quien debe registrar la cantidad y el tipo de hemocomponente requerido en la ficha clínica o en el registro de anestesia (pabellón) dado que es el único documento válido de verificación para la indicación por parte de los profesionales que participan en la terapia transfusional.
- 6.2** Este protocolo está dirigido solo para transfusiones en pacientes adultos ya que según la complejidad y equipamiento del Hospital San José de Coronel no es posible realizar transfusiones de tipo pediátricas, por lo tanto, estas serán derivadas al Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB).
- 6.3** Es importante considerar que la excepción es la transfusión inmediata, que es aquella que se realiza frente a una emergencia hemorrágica activa, siendo de riesgo vital para el paciente. En donde no se realizan pruebas de compatibilidad y se despachan unidades 0 (-) disponibles en el Stock.
- 6.4** Para realizar una solicitud de transfusión, el médico debe completar la orden de “Solicitud de Transfusión” (ANEXO 2). En caso que la orden no cumpla con todos los requisitos exigibles establecidos en el protocolo, esta no podrá ser recepcionada, excepto si la transfusión tiene inmediata, en cuyo caso la documentación se podrá completar posteriormente.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

La orden de transfusión debe venir en el formulario correspondiente, con la siguiente información:

- ❖ Un nombre (al menos) y los dos apellidos del Paciente.
- ❖ N° ficha clínica y Rut del paciente.
- ❖ Registro de Diagnóstico con patología causante de la anemia severa.
- ❖ Servicio clínico, sala y cama.
- ❖ Parámetros actuales de laboratorio. (exceptuar en trasfusión inmediata).
- ❖ Fecha y hora de solicitud.
- ❖ Cantidad de componentes solicitada.
- ❖ Carácter de la transfusión:
 - Inmediata: hasta 10 minutos sin pruebas de compatibilidad.
 - Urgente: 40 minutos a 4 horas con prueba de compatibilidad.
 - No urgente: Hasta 12 horas con prueba de compatibilidad.
- ❖ Consentimiento informado: El médico debe informar al paciente del procedimiento a realizar para que éste lo acepte y firme o ponga su huella digital en dicho ítem. Sí el paciente esta inconsciente, el consentimiento lo firmará un familiar. En caso de que no pueda firmar el paciente y no estuviese presente ningún familiar, quien debe firmar el consentimiento es el médico solicitante.

Excepción: las órdenes incompletas solo se recibirán en casos de transfusiones de *carácter inmediato*, rescatando los datos faltantes una vez superada la urgencia.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---


6.5 El tecnólogo médico que recibe la orden verifica que los datos y condiciones exigidas se cumplan para proceder a seleccionar el o los hemocomponentes requerido y a realizar las pruebas pertinentes.

La Unidad de Medicina Transfusional (UMT) tiene la responsabilidad de proveer los componentes sanguíneos solicitados. En caso de no contar con ellos dentro del stock, el tecnólogo se comunicará directamente con médico tratante para que evalúe algunas de las alternativas de solución según la condición del paciente (ANEXO 1).

6.6 La vigilancia activa de la transfusión debe registrarse en la hoja de Control Terapia proporcionada por la UMT. La instalación y vigilancia de la transfusión es responsabilidad de la enfermera o matrona a cargo del paciente a transfundir en cada servicio clínico, quien procederá según normas de bioseguridad en el transporte e instalación de transfusiones.

Frente a eventos adversos a la transfusión los profesionales involucrados en la solicitud, vigilancia y estudios de compatibilidad de la transfusión deberán seguir el protocolo y notificación descritos en el protocolo: *Pauta a Seguir Frente a Eventos Adversos Asociados a la Transfusión de Hemocomponentes*.

6.7 La eliminación de los desechos de la transfusión son descartados en el receptáculo de material biológico de cada servicio.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA A LA TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS (GR)

Está indicada con la finalidad de aumentar el transporte arterial de oxígeno a los tejidos como resultado de anemias y no para normalizar una cifra de glóbulos rojos, concentración de hemoglobina o valor del hematocrito. Constituyendo una excepción justificada la transfusión de glóbulos rojos a pacientes que serán expuestos a tratamientos de quimioterapia, de manera profiláctica.


1) El criterio de umbral de indicación de transfusión determinado por CMT es el siguiente:

- Hematocrito igual o inferior a 21%
- Hemoglobina igual o inferior a 7 gr/dl.
- Los valores de hemoglobina y hematocrito deben ser actuales, es decir del día o del día anterior a la solicitud de transfusión.
- Entre 7 y 9 gr/dl de hemoglobina se hará por criterios clínicos de acuerdo a síntomas y signos de hipoxia tisular, cardiopatía isquemia entre otro, con evaluación del médico encargado de medicina transfusional. Si este no estuviese, por el anestesista de turno.

Nota: En caso de pacientes en riesgo vital (determinado por médico tratante) no será necesario cumplir con los criterios anteriormente mencionados.

2) Rendimiento:


- Una unidad de glóbulos rojos eleva la hemoglobina en 1 gr/dl y el hematocrito en 3 a 4% para un paciente de 70 Kg con anemia sintomática, por lo que se recomienda transfundir un mínimo de 2 unidades de glóbulos rojos.
- En pacientes con IRC o cardiopatías, se recomienda transfundir una unidad diaria y de administración lenta.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

- En pacientes dializados: transfundir 2 unidades, pasando una unidad diaria a una velocidad de transfusión lenta y de preferencia post-diálisis debido a que hay mayor control de la volemia y equilibrio electrolítico.

3) Pruebas pre-transfusionales:

- Se realizan pruebas de compatibilidad con el receptor en transfusiones de carácter urgente y no urgente.
- Preferir transfundir isogrupo.
- En casos de no disponer de glóbulos rojos del mismo grupo del paciente puede ser transfundido con glóbulos de otro grupo sanguíneo con el consentimiento del médico a cargo de la terapia y pruebas de compatibilidad negativas para transfusiones de carácter urgente y no urgente.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA A LA TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)

Esta terapia es recomendada para corregir hemorragias por déficit de factores de coagulación. Por lo tanto NO debe utilizarse para reestablecer volemia, albúmina ni tratamientos de inmunodeficiencias.

1) Criterio de indicación según el CMT:


- Corregir hemorragias secundarias a terapia anticoagulante.
- Corrección de déficit conocido de factores de coagulación
- Terapia de reemplazo de proteínas: antitrombina III, proteína C, proteína S
- Coagulación intravascular diseminada (CID) para reponer el consumo de factores de coagulación

2) Rendimiento:

- Cada unidad de plasma contiene 200 ml aproximadamente, por lo que dosis recomendada es de 10-15 ml por Kg. de peso para conseguir aumentar el 30% del factor en déficit.
- En casos de hemorragias secundarias a sobredosis oral de anticoagulantes administrar 5-8 ml de PFC por Kg. de peso.

3) Pruebas pre-transfusionales:

- No se realizan pruebas de compatibilidad con el receptor.
- Debe considerarse transfundir isogrupo
- En casos de no disponer de PFC del mismo grupo del paciente puede ser transfundido con otro grupo sanguíneo con el consentimiento del médico a cargo de la terapia.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA A LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS

Está indicada para corregir el déficit cualitativo o cuantitativo de las plaquetas evitando el riesgo de hemorragias.


1) Criterio de indicación según el CMT:

1.1) Transfusiones terapéuticas: se indican tras episodios hemorrágicos.

- Pacientes con patología médica y presencia de hemorragia atribuible a trombocitopenia (recuento de plaquetas $< 50.000 \times \text{mm}^3$).
- Paciente quirúrgico u obstétrico con sangramiento difuso después de una cirugía con recuento plaquetario $< 50.000 \times \text{mm}^3$
- Transfusión masiva, con hemorragia de la microcirculación y recuento plaquetario $< 50.000 \times \text{mm}^3$
- Pacientes con trombocitopenia y hemorragia de la microcirculación, aun cuando el recuento de plaquetas sea normal.

1.2) Transfusión profiláctica: se indican en función del recuento de plaquetas y por lo general durante tratamientos aplasiantes.

- Pacientes con patología medica que presenten recuento plaquetario menor $10.000 \times \text{mm}^3$ o con mayor recuento de plaquetas si se tiene asociado otras coagulopatías.
- Pacientes quirúrgicos y obstétricos con recuento de plaquetas $< 50.000 \times \text{mm}^3$. Entre $50.000-100.000 \times \text{mm}^3$ dependerá del potencial riesgo de hemorragia.
- Pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica o procedimientos invasivos (punción lumbar, biopsias, instalación de catéteres centrales vasculares) con recuento de plaquetas $< 50.000 \times \text{mm}^3$.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

1.3) No indicar transfusión de plaquetas en las siguientes situaciones:


- Púrpura trombocitopenica autoinmune, a menos que exista sintomatología que sugiera la inminencia de accidente vascular encefálico que amenace la vida.
- Recuento plaquetario mayor a 20.000 x mm³ en pacientes sin hemorragia.

2) Rendimiento:

- La transfusión de un concentrado plaquetario aumenta el recuento de plaquetas en 6.000 x mm³
- La dosis habitual en un adulto es de 1 concentrado plaquetario por cada 10 Kg. de peso.
- El rendimiento es menor en pacientes con fiebre, sepsis o esplenomegalia, por lo que es necesario aumentar el número de concentrados y la frecuencia de administración.

3) Pruebas pre-transfusionales:

- No se realizan pruebas de compatibilidad con el receptor.
- Debe considerarse transfundir isogrupo pero no es esencial.
- En casos de no disponer concentrados del mismo grupo del paciente puede ser transfundido con otro grupo sanguíneo con el consentimiento del médico a cargo de la terapia.


 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA A LA TRANSFUSION DE CRIOPRECIPITADO

La indicación de crioprecipitado se realizara solo para restituir proteínas involucradas en el proceso de coagulación en pacientes con cuadros hemorrágicos y con patología de base como: hemofilia A, defibrinogenemia, enfermedad de Von Willebrand y pacientes con déficit de factor VIII. Por lo tanto la transfusión de este componente sanguíneo se realizara solamente en el HGGB que cuenta con la disponibilidad del hemocomponente e historial médico de dichos pacientes.

INDICACION MÉDICA A LA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES PEDIATRICOS

Según la complejidad y equipamiento del Hospital de Coronel, no es posible realizar transfusiones de tipo pediátricas, por lo tanto son derivadas al HGGB.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

7. Evaluación

El tecnólogo a cargo de la UMT realiza evaluaciones trimestrales para obtener el **Porcentaje de Cumplimiento de los Criterios de Indicación Médica a la Transfusión de Glóbulos Rojos**, medido de la siguiente manera:

INDICADOR:


$$\frac{\text{Número de pacientes transfundidos con glóbulos rojos según protocolo por servicio clínico}}{\text{Número total de pacientes transfundidos con glóbulos rojos por servicio clínico}} \times 100$$

Siendo el umbral de cumplimiento fijado para el Hospital de Coronel igual o superior al 90%.

El informe de las evaluaciones será distribuido en los servicios clínicos donde es posible solicitar y transfundir glóbulos rojos.

8. REFERENCIAS:

- Res. Exenta 2171 promulgada 06-12-1999.
- Recomendaciones para el uso de transfusiones de sangre.
- Consenso O.M.S Medicina Transfusional año 2001

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

ANEXO N°1

SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES NO DISPONIBLES EN LA UMT

1) INTRODUCCIÓN:

El Hospital de Coronel cuenta con una Unidad de Medicina Transfusional (UMT) que maneja un Stock crítico de hemocomponentes. Dado que el establecimiento cuenta con actividad quirúrgica, servicio de maternidad y urgencia, generan un consumo de hemocomponentes a veces impredecibles, que pueden ser obtenidos en un tiempo mayor a 60 minutos desde el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) o Centro de Sangre Concepción (CSC) por concepto de distancia.

Frente a una solicitud de transfusión de pacientes con Anticuerpos Irregulares Positivos o Grupo ABO-Rh no disponible en la UMT, es necesario generar un plan de acción para responder a la terapia transfusional en forma oportuna y eficaz.

2) OBJETIVO: Establecer los pasos a seguir frente a una solicitud de transfusión de hemocomponentes que la UMT no disponga en ese momento y no pueda responder de manera inmediata.

3) ALCANCE: El presente documento tiene su alcance a todos aquellos profesionales que por el ejercicio de su actividad participen en la solicitud de hemocomponentes para dar respuesta a una terapia transfusional.


4) RESPONSABILIDAD:

4.1 Médico tratante

4.2 Tecnólogo medico a cargo de la UMT

4.3 Enfermeras

4.4 Matronas

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

5) PROCEDIMIENTO:

La indicación de transfusión es de exclusiva responsabilidad médica y será solicitada en pacientes que hayan sido previa y directamente evaluados por el profesional médico solicitante, quien debe registrar la cantidad y el tipo de hemocomponente requerido en la ficha clínica o en el registro de anestesia (pabellón), dado que es el único documento válido de verificación para la indicación por parte de los profesionales que participan en la terapia transfusional.


FRENTE A UNA SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NO DISPONIBLES EN STOCK

El tecnólogo medico (TM) a cargo de la UMT debe informar al médico solicitante la no disponibilidad del producto para que re-evalúe el grado de urgencia según criterio clínico.

Si el médico estima que el paciente puede esperar la terapia, el TM coordinara con la enfermera/o de turno en urgencia el traslado de la nevera en ambulancia de la siguiente manera:

- El procedimiento de la UMT en pacientes con anticuerpos irregulares es: enviar la nevera al HGGB con la muestra, copia de la orden de transfusión y una solicitud nominativa de hemocomponente para la identificación del anticuerpo y pruebas cruzadas en dicho establecimiento.

El tiempo de respuesta dependerá del HGGB y del retorno de la nevera por medio de la ambulancia.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES</p>	<p>Característica: GCL 1.7 Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT Versión: Sexta Fecha Aplicación: 01/07/2019 Vigencia máxima: 01/07/2024 Número de Páginas: 20</p>
---	---	---

- En pacientes que no tiene anticuerpos irregulares, la UMT: hace una solicitud de reposición de stock enviando la nevera al CSC. El tiempo de respuesta dependerá del retorno de la nevera por medio de ambulancia. Una vez recibidas las unidades el TM a cargo realiza las pruebas de compatibilidad y procede a informar a la enfermera del servicio.

En caso que el médico tratante determine que según la condición del paciente, la transfusión es de carácter urgente:

El TM hará disponible otro grupo sanguíneo (cuando no esté disponible el mismo grupo) con pruebas de compatibilidad negativas. De ser aceptado, el médico debe autorizar firmando en la orden de solicitud de transfusión.

En caso de que el médico solicitante no acepte la transfusión de otro grupo sanguíneo debe:

- Trasladar al paciente al HGGB.
- Enviar una ambulancia a buscar las unidades requeridas para comenzar la terapia.



OFICINA DE CALIDAD

PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES

Característica: GCL 1.7
Realizado por: Unidad Laboratorio y UMT
Versión: Sexta
Fecha Aplicación: 01/07/2019
Vigencia máxima: 01/07/2024
Número de Páginas: 20

ANEXO 2: SOLICITUD DE TRANSFUSION



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL DE CORONEL
UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLICITUD DE TRANSFUSION HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL

LLENAR CON LETRA IMPRENTA
TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

RUT.: _____ EDAD: _____ N° FICHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRANSFUSIONES PREVIAS: SI: NO:

REACCIONES POST-TRANSFUSIONALES SI: NO: N° EMBARAZOS:

SERVICIO: _____ DERIVADO DE: URG _____ MED _____ CIR _____ POLI _____

SALA Y CAMA: _____

MOTIVO INDICACION: HEMATOCRITO:
HEMOGLOBINA:
RECuento: GRUPO SANGUINEO:

OTROS: _____

FECHA: _____ HORA: _____

MEDICO SOLICITANTE
FIRMA Y TIMBRE

HEMOCOMPONENTES	CANTIDAD SOLICITADA
-----------------	---------------------

GLOBULOS ROJOS	UNIDADES
PLASMA FRESCO	UNIDADES
PLAQUETAS	UNIDADES
CRIOPRECIPITADOS	UNIDADES

INMEDIATA	HASTA 10 MINUTOS SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
URGENTE	40 MINUTOS A 4 HORAS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
NO URGENTE	HASTA 12 HORAS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SE ME INFORMA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, ACEPTO DE TRANSFUSION:

SI _____ NO _____

USO EXCLUSIVO UMT

RECEPCION FECHA: _____ HORA: _____ RESPONSABLE: _____

ENTREGA: UNIDAD: _____ FECHA Y HORA: _____ RECIBE: _____

