

Calidad.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. C. IBAÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/18

**APRUEBA PROTOCOLO  
CRITERIOS DE INDICACIÓN  
MÉDICA DE TRANSFUSIÓN.**

**RESOLUCION EXENTA N° 002762**

**COYHAIQUE, 21 MAR. 2018**

**VISTOS estos antecedentes:**

a) Resolución N° 1600, de 2008 de 30 de octubre de 2008 vigente desde el 24 de noviembre de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija las normas sobre exención de Toma de Razón, y que dejó sin efecto la Resolución N° 55 de Contraloría General de la República, que establecía las normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón y la Resolución N° 520 de 15.11.96, que fijaba el texto refundido coordinado y sistematizado de la Resolución N° 55 ya citada, y sus modificaciones, todas de la Contraloría General de la República;

b) Ley N° 19.937 de fecha 24 de febrero de 2004, de Autoridad Sanitaria; el DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469;

c) Decreto Supremo N° 140, de fecha 20 de noviembre de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; el D.S. N° 38/05, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, especialmente su artículo 43 y siguientes;

d) La Resolución N° 072 de fecha 02.07.1988 del Director del Servicio de Salud Aysén que delega facultades en el Director del Hospital Coyhaique, y sus modificaciones; el Decreto N° 74 del 27.03.14 del MINSAL que nombra en calidad de suplente al Director de Servicio de Salud Aysén.

e) La Resolución Afecta N° 1279 del 28 julio 2017 del Director de Servicio Salud Aysén que nombra Director Hospital Regional Coyhaique afecto al sistema de alta dirección pública; tomada razón por Contraloría Regional de Aysén el 11/08/2017.

f) La Resolución Exenta N° 115 del 05 enero 2018 del Director Hospital Regional Coyhaique que designa orden de subrogancia de la Dirección del Hospital Regional Coyhaique:

g) La ley N° 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos;



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. C. IBAÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

**CONSIDERANDO:**

La necesidad de implementar herramientas estandarizadas que permitan asegurar la calidad y seguridad en las prestaciones de salud otorgadas en este establecimiento, y proveer condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

**R E S U E L V O:**

- 1. MODIFIQUESE**, el documento "Protocolo de Indicación de Hemoderivados" en el Hospital Regional Coyhaique, aprobado por Resolución Exenta N° 659 del 17 enero 2013.
- 2. APRUEBASE**, la presente reedición del documento "Protocolo Criterios de Indicación Médica de Transfusión"
- 3. TENGASE PRESENTE**, que la presente Resolución regulariza el inicio de vigencia del Protocolo Criterios de Indicación Médica de Transfusión a contar del 15 enero del 2018.
- 4. DESE** a la presente Resolución la más amplia difusión por los receptores de la misma.



**RODRIGO SOLIS SOLIS (S)  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE**

**RSS/WRC/PAB/SGO/erg  
Distribución:**

1. SDM
2. OSCP
3. AUDITORIA MEDICA
4. BANCO SANGRE
5. DR. LARROCA
6. PABELLÓN
7. UCI ADULTO
8. UTI ADULTO
9. UPC NEO
10. UTI PEDIATRICA
11. DIÁLISIS
12. URGENCIA
13. ONCOLOGÍA
14. SECRETARIA  
DIRECCION

15. ARCHIVO

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.


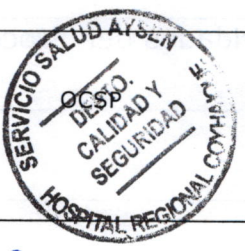
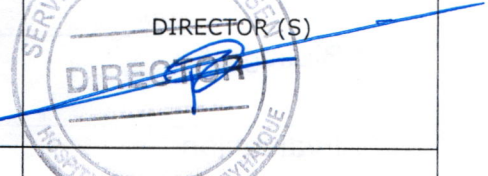
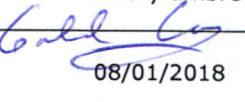
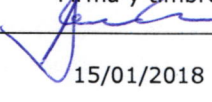

03/06/19

 <b>SERVICIO SALUD AYSÉN</b> <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>COYHAIQUE</b>	<b>PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>  <b>UNIDAD DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>  <b>DEPENDIENTE: CR. APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: 03</b>
		<b>Fecha inicio vigencia:</b> <b>15/01/2018</b>
		<b>Páginas: 1 - 23</b>
		<b>Vigencia: 5 años</b>

# PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/18 ✓

ELABORACION	VISACION	APROBACION
Walter Ramírez Marta Zúñiga Solange Frigolett Gabriel Larroca	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Rodrigo Solís
 Jefe Banco Sangre TM. Responsable Calidad BS TM. Banco-Sangre Hematólogo	 OCISO. CALIDAD Y SEGURIDAD	 DIRECTOR(S)
 Firma y timbre	 Firma y timbre	 Firma y timbre
 08/01/2018	 15/01/2018	 21 MAR 2018
<b>RESOLUCION EXENTA</b>	<b>Nº</b> 002762	<b>FECHA:</b> 21 MAR. 2018



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **1. INDICE:**

<b>TITULO</b>	<b>Nº página</b>
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	4
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	5
Descripción de las Actividades del Proceso	5
Bibliografía	21
Evaluación	21
Indicadores	22
Anexos	23



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **2. INTRODUCCIÓN:**

Una transfusión sanguínea es un trasplante alogénico cuyo objetivo es reemplazar el déficit de una función hematológica que esté produciendo síntomas o signos, o que coloque en riesgo al enfermo aun sin producirlos.

En el país, y en nuestro hospital, las transfusiones de hemocomponentes son una acción de salud frecuente. Ya que las complicaciones asociadas no son despreciables en cuanto a sus efectos, se hace necesaria la racionalización de esta práctica clínica lo que lleva a normar su indicación con el propósito de obtener el máximo beneficio de la terapia transfusional con mínimos riesgos asociados.

La seguridad de la Medicina Transfusional se basa principalmente en obtención de sangre de donantes lo más seguros posibles (altruistas repetidos), producción de componentes sanguíneos en condiciones de seguridad y la indicación de transfusiones sólo a pacientes que se beneficiarán con esta.

## **3. OBJETIVOS:**

- Establecer los criterios de indicación médica de las transfusiones sanguíneas en el Hospital Regional Coyhaique.
- Normar la indicación de Hemocomponentes en el Hospital Regional Coyhaique.
- Orientar a los profesionales de la salud en el criterio de indicación de transfusión de hemocomponentes.
- Garantizar la calidad del proceso y la racionalización de su uso.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

#### 4. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	FUNCION
Jefe de Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el cumplimiento de la aplicación de la Normativa.</li><li>• Confección y difusión de informes de evaluación y supervisión del cumplimiento de aplicación de la normativa.</li><li>• Difusión y capacitación continua al personal de salud.</li><li>• Colaborar en la evaluación mensual de los criterios de indicación médica de transfusión de hemocomponentes.</li></ul>
Tecnólogo médico responsable de calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colabora en la evaluación mensual de los criterios de indicación médica de transfusión de hemocomponentes.</li></ul>
Médico Encargado Medicina Transfusional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el cumplimiento y aplicación de la normativa.</li><li>• Evaluar mensualmente los criterios de indicación médica de transfusión de hemocomponentes.</li><li>• Revisión y actualización del protocolo.</li></ul>
Médicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, cumplir y aplicar el protocolo.</li><li>• Indicación médica de transfusión de hemocomponentes.</li><li>• Confección de la solicitud de transfusión en formulario establecido (anexo1)</li></ul>
Tecnólogos Médicos, Enfermeras y Matronas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, cumplir y aplicar el protocolo.</li></ul>

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

#### 5. ALCANCE:

Todos los actos de indicación de hemocomponentes a pacientes que requieran transfusión en el Hospital Regional de Coyhaique.

#### 6. EXCEPCIONES: N/A



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **7. TERMINOLOGIA:**

**Hemocomponentes:** productos de la separación de la sangre total por medio de centrifugación: glóbulos rojos (GR), plaquetas (PQ), plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitado (CPP).

**SAG-Manitol:** solución salina que contiene adenina, glucosa, manitol y preserva los glóbulos rojos por un período de 42 días.

**Hb:** hemoglobina.

**RN:** recién nacido.

**TP:** tiempo de protrombina.

**TTPA:** tiempo de tromboplastina parcial activado.

**TACO:** tratamiento anticoagulante oral.

**DDAVP:** desmopresina.

## **8. DESARROLLO DEL PROCESO:**

### **8.1. CONSIDERACIONES GENERALES:**

- En el banco de sangre del HRC se producen los siguientes hemocomponentes:
  - Glóbulos rojos leucodepletados adicionados con SAG-Manitol.
  - Glóbulos rojos leucodepletados lavados.
  - Plasma fresco congelado
  - Plaquetas obtenidas en forma manual
  - Plaquetas leucodepletadas obtenidas por aféresis.
  - Crioprecipitados.
  - Sangre reconstituida para recambio.
  
- Cada unidad de sangre donada es sometida a estudios microbiológicos de acuerdo a las exigencias ministeriales, realizándose screening de:
  - VIH
  - Virus Hepatitis B
  - Virus Hepatitis C
  - Sífilis
  - Chagas
  - HTLV I/II

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

- Cada unidad de Sangre donada además es sometida a estudios inmunológicos con el fin de determinar grupo ABO, factor Rh, y anticuerpos irregulares.
- La transfusión de hemocomponentes se debe considerar un trasplante de tejido alogénico, de vida media corta lo que conlleva los riesgos inherentes a un tejido transplantado; por lo tanto, siempre se deberá evitar la transfusión si la indicación clínica no está plenamente justificada. El médico solicitante debe evaluar el riesgo versus beneficio de esta indicación.
- La indicación de la transfusión es de exclusiva responsabilidad del médico solicitante por lo que deberá ser indicada sólo por el profesional que efectivamente haya evaluado previamente al paciente.
- La indicación de la transfusión y la justificación de los criterios de indicación médica serán verificados en la solicitud de transfusión.
- Se debe registrar como mínimo en la solicitud de transfusión:
  - Nombre y dos apellidos.
  - RUT
  - Fecha y hora de solicitud
  - Servicio y/o procedencia solicitud
  - Diagnóstico
  - Motivo urgencia
  - Tipo de hemocomponente y cantidad
  - Peso
  - Antecedentes de transfusiones previas
  - Antecedentes de reacciones adversas
  - Hematocrito, hemoglobina, recuento de plaquetas, pruebas de coagulación, según corresponda.
  - Nombre y firma médico.

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10





SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

## **8.2. CRITERIOS DE INDICACIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN ADULTOS:**

### **8.2.1 TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS (GR)**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

#### **Descripción:**

- Son obtenidos de una unidad de sangre, de la cual se ha removido mediante centrifugación; la mayor parte del plasma y se ha leucodepletado por filtración, obteniéndose una unidad de glóbulos rojos leucodepletados alcanzando los estándares internacionales recomendados para unidades leucodepletadas ( $1 \times 10^6$  de leucocitos en la unidad).
- Una unidad de GR tiene un hematocrito de 65 a 75 % y un volumen aproximado de 300 cc.

#### **Objetivo:**

- Proveer al organismo de una suficiente capacidad transportadora de oxígeno, cuando su aporte tisular está disminuido como resultado de anemia; a través del mecanismo del aumento de la masa eritrocitaria.
- El objetivo **NO** es normalizar una cifra de Glóbulos Rojos, la concentración de hemoglobina o el valor del hematocrito, sino mejorar la situación clínica del paciente.

#### **Indicaciones:**

- a) Anemia crónica sintomática por déficit de producción de eritrocitos y en las cuales no han tenido rendimiento las terapias específicas. En pacientes sin comorbilidad cardio-respiratoria un umbral de Hb de  $\leq 7$  g/dl es apropiado.
- b) Anemia aguda sintomática o con evidencia de hipoxia tisular. Extrapolado de la experiencia en pacientes críticos generales un umbral de Hb:  $\leq 7$  g/dl es apropiado.
- c) En pacientes críticos generales un umbral de Hb de  $\leq 7$  g/dl es apropiado.
- d) En pacientes con comorbilidad cardio-respiratoria severa o isquemia miocárdica activa puede considerarse un umbral de Hb más elevado de  $\leq 8$  g/dl. Este mismo umbral debe usarse en cirugías ortopédicas y cardíacas.



SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

- e) En anemia preoperatoria la transfusión solamente está indicada en cirugía de urgencia en aquel paciente con anemia sintomática. En caso de cirugía electiva se recomienda si es posible diferir la intervención hasta corregir la anemia y así evitar la transfusión.
- f) La transfusión intra y post operatoria es de responsabilidad del cirujano y anestesista quienes deben evaluar la cuantía de la hemorragia quirúrgica, el estado clínico del paciente y el rendimiento de las terapias alternativas. Aquí un umbral de Hb de 6 a 7 g/dl puede ser apropiado (sin comorbilidad cardio-respiratoria)
- g) No hay evidencia en la literatura que muestre que los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico se beneficien con umbrales de transfusión más altos, por lo que se regirán por los mismos criterios que el resto de los pacientes (hemoglobina de  $\leq 7$  g/dl en pacientes asintomáticos).
- h) Los pacientes con sangrado agudo grave (por ejemplo hemorragia digestiva en curso) se regirán por los protocolos aprobados en la literatura para la situación en particular.

#### **Volumen y Rendimiento:**

- Una (1) Unidad de GR aumenta la Hb en 1gr/dl y el Hematocrito en aproximadamente 3 a 4% en un sujeto de 70 kg. (medido después de 24 horas post transfusión).
- La recomendación es transfundir de a una (1) unidad por indicación, y luego evaluar si será necesaria una segunda unidad.
- En pacientes con riesgo de sobrecarga de volumen, como insuficientes renales crónicos y en cardiopatas debe transfundirse 1 unidad por día.
- En pacientes en hemodiálisis se recomienda transfundir durante o después de la diálisis.

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

07/06/19

## **8.2.2. TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS LAVADOS**

### **Descripción:**

- Es una unidad de glóbulos rojos leucodepletado por filtración, lavado con solución isotónica para remover las proteínas, electrolitos y anticuerpos plasmáticos. Sólo se prepara en estricta coordinación entre el clínico y el Banco de Sangre, la que debe gestionarse al menos 24 horas antes del uso.

### **Objetivos:**

- Evitar reacciones alérgicas recurrentes o graves, incluidos pacientes con déficit de IgA sensibilizados.

### **Indicaciones:**

- Para ser usado pacientes con déficit de IgA, que han desarrollado anticuerpos anti IgA, en pacientes con reacciones alérgicas severas o recurrentes, en pacientes portadores de hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) y en caso que la madre sea la donante de GR en púrpura aloinmune neonatal.

### **Volumen y Rendimiento:**

- Una (1) Unidad de GR aumenta la Hb en 1gr/dl y el Hematocrito en aproximadamente 3 a 4% en un sujeto de 70 kg. (medido después de 24 horas post transfusión).



SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

### 8.2.3. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS:

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

#### Descripción:

- Concentrado de plaquetas de donante al azar, donante de sangre de rutina: se obtiene de 1 unidad de sangre total, tiene un volumen de 50-60 ml, duran 5 días conservadas a 22° C con agitación constante.
- Plaquetas donante único (aféresis): se obtiene de un donante mediante procedimiento de aféresis, tiene un volumen 270-500 ml y equivale entre 6 y 10 unidades de donante al azar. Duran 5 días conservadas a 22 °C con agitación constante.

#### Objetivo:

- Corregir la deficiencia cualitativa o cuantitativa de plaquetas que lleve al riesgo de hemorragia. A mayor intensidad de trombocitopenia mayor riesgo de sangramiento.

#### Indicaciones:

##### a) Transfusión Terapéutica:

- Paciente con patología médica que presenten hemorragia atribuible a trombocitopenia **con recuento plaquetario < 50.000 / mm<sup>3</sup>.**
- Paciente quirúrgico u obstétrica, con hemorragia de la microcirculación y trombocitopenia **< a 50.000/mm<sup>3</sup>.**
- Pacientes con transfusión masiva, con hemorragia de la microcirculación y **recuento de plaquetas < 50.000.**
- Pacientes con trombocitopenia y hemorragia de la microcirculación, aún cuando el recuento de plaquetas sea normal (cuando se sospeche de alteración en la función plaquetaria).

##### b) Transfusión profiláctica:

- Paciente con patología médica con recuento plaquetario < a 10.000/mm<sup>3</sup> (puede estar indicada con recuento > si existe asociada otra coagulopatía o fiebre).
- Paciente quirúrgico u obstétrica con recuento plaquetario < a 50.000/mm<sup>3</sup>.



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

05/06/10

- Recuento entre 50.000 a 100.000/mm<sup>3</sup> depende de la potencial gravedad de la hemorragia.
- En cirugías con alto riesgo de daño en caso de sangrado (SNC, algunas cirugías oftalmológicas) con PLT < 100.000/mm<sup>3</sup>
- Procedimientos invasivos (punción lumbar, vía venosa central, biopsias) en pacientes con recuento de plaquetas < a 50.000/mm<sup>3</sup>.

**No usar en:**

- Púrpura Trombocitopénico Idiopático (PTI) con trombocitopenia a menos que haya riesgo de hemorragias con riesgo vital.
- No en Púrpura Trombocitopénico Trombótico (PTT), salvo en hemorragia con riesgo vital.
- No en trombopenia por heparina por riesgo de precipitar trombosis arterial.
- Trombocitopenias Médicas, sin hemorragia y con recuento > 20.000/mm<sup>3</sup>

**Volumen y rendimiento:**

- Una (1) unidad de plaquetas eleva el recuento plaquetario en 6.000/mm<sup>3</sup> por m<sup>2</sup> de superficie corporal.
- En general se indica 1 unidad de plaquetas por cada 10 Kg. de peso.
- En pacientes con fiebre, sepsis o esplenomegalia el rendimiento disminuye por lo que se debe aumentar la indicación en al menos 20%.
- Efectuar recuento plaquetario de control a la hora y a las 24 horas post transfusión.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

#### 8.2.4 TRANSFUSIÓN DE PLASMA FRESCO CONGELADO

##### Descripción:

- Es obtenido por separación del plasma de la sangre total por centrifugación, congelándose posteriormente a  $-80^{\circ}\text{C}$ .
- **Contiene todos los factores de la coagulación, incluyendo los factores lábiles V, VII y VIII**, pudiendo corregir el Tiempo de Protrombina (TP) y TTPA (tiempo de tromboplastina parcial activado).

##### Objetivo:

- Tratamiento de la hemorragia o disminuir su riesgo en pacientes con déficit de Factores de la Coagulación cuando **no** se dispone de terapia específica.

##### Indicaciones:

- Hemorragia secundaria a terapia anticoagulante oral (dicumarínicos)
- Corrección de déficit de factores de la coagulación **VIII** y **IX** cuando no hay disponibilidad de liofilizados.
- Hemorragia de la microcirculación si el tiempo de protrombina o INR  $>$  a 1.5 veces lo normal.
- Corrección de hemorragia de la microcirculación por transfusión masiva (más de 1 volumen sanguíneo transfundido en 12 horas) y no se cuenta rápidamente con cifras de TTPA y Tiempo de Protrombina.
- Terapia de reemplazo en déficit de Antitrombina III, Proteína C y Proteína S en ausencia de sus concentrados liofilizados.
- Manejo del Púrpura Trombocitopénico Trombótico (fluído de recambio en plasmaféresis).
- Previo a procedimientos invasivos en pacientes con alteración de coagulación o en TACO, para lograr  $\text{TP} >$  a 30% o  $\text{INR} <$  1,5 respectivamente.



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

El plasma fresco NO está indicado para:

- **Aumentar la concentración de albúmina**
- **Aumentar el volumen plasmático**
- **Tratar inmunodeficiencia**
- **No está indicado para corregir el TP en ausencia de hemorragia (usar vitamina K)**
- **No está indicado su uso en pacientes con hepatopatía crónica previo a procedimientos invasivos menores**

#### **Volumen y rendimiento:**

- La dosis a aportar debe permitir alcanzar más o menos el 30% del factor en déficit, lo que se consigue con **10 a 15 ml.** De Plasma Fresco x Kg. de peso.
- En hemorragia por tratamiento anticoagulante oral, **5 a 6 ml** de Plasma Fresco Congelado x Kg. de peso.

#### **8.2.5 TRANSFUSIÓN DE CRIOPRECIPITADO:**

##### **Descripción:**

- Se obtiene de una unidad de plasma fresco congelado, descongelada lentamente a 4° C, se centrifuga para separar el crioprecipitado y se almacena a -80° C por un año.
- Contenido:
  - Factor VIII de 80 - 120 U.
  - Factor von Willebrand 40 - 70 %.
  - Factor XIII 20 - 30 %
  - Fibrinógeno 150 - 250 mg.

##### **Objetivo:**

- Corregir déficit de factores de la coagulación en caso de hemorragia activa o profilaxis de ella.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONARojas  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

### **Indicación:**

- Pacientes con hemofilia A, en ausencia de concentrado de liofilizado de factor VIII. Para tratamientos de cuadros hemorrágicos y en profilaxis odontológicas, quirúrgicas o de procedimientos médicos invasivos.
- Pacientes con Enfermedad de von Willebrand, que no responden a DDAVP o no se dispone del medicamento o liofilizado de factor VIII rico en von Willebrand, que presentan sangramiento y en profilaxis odontológicas, quirúrgicas o de procedimientos médicos invasivos.
- Pacientes con disfibrinogenemias.
- Profilaxis quirúrgica y manejo de hemorragias en paciente urémico.
- Corrección de hemorragia de la microcirculación con niveles de fibrinógeno menor a 100 mg/dl.
- Terapia de reemplazo en pacientes con déficit de factor XIII.

### **Volumen y Rendimiento:**

- En sujetos hemofílicos para el cálculo de la dosis debemos considerar:
  - Que 1 unidad de factor VIII/Kg peso incrementa los niveles en un 2%. Hay considerar que una bolsa de crioprecipitado contiene 100 U de factor VIII en un volumen de 15 a 20 ml. de plasma.
  - Por la vida media del factor VIII la dosis debería repetirse cada 12 horas.
- Cálculo:
  - % del factor que desea aumentar x peso/2
  - En otras situaciones, 1 unidad /10kg de peso.





SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

### 8.3. CRITERIOS DE INDICACIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS:

#### 8.3.1. TRANSFUSIÓN DE SANGRE TOTAL (RECONSTITUIDA):

##### Descripción:

- Indicada sólo en exanguineo-transfusión en neonatos y usando siempre **sangre reconstituida**; es una unidad de glóbulos rojos a la que se ha adicionado plasma fresco congelado (PFC)

##### Objetivos:

- Remover células sensibilizadas tanto en la incompatibilidad Rh como en la ABO.
- Corregir la anemia hemolítica secundaria en RN expuestos a sustancias tóxicas, tanto transplacentarias como neonatales.

##### Indicación:

- En incompatibilidad ABO se utilizan glóbulos rojos O y plasma AB, A o B, según el grupo sanguíneo del RN.
- En incompatibilidad Rh se de utilizar glóbulos rojos O Rh negativos y plasma AB o del grupo sanguíneo del RN.

##### Volumen y Rendimiento:

- En general un recambio se hace con el doble del volumen sanguíneo, esto es:  $2 \times 80\text{ml/kg} = 160 \text{ ml/kg}$ . Normalmente basta con una unidad de sangre.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/10

### 8.3.2. TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS:

#### Objetivo:

- Los principios básicos de la transfusión de GR es la necesidad de mejorar el transporte de O<sub>2</sub> a los tejidos en un corto plazo.

#### Indicación:

##### En recién nacidos:

- a) RN con Hto  $\leq$  20% (Hb  $\leq$  7 g/dl, reticulocitos  $<$  2%), independiente de sintomatología. Transfundir 20 cc/kg (dos alícuotas si es sensible a volumen).
- b) RN con Hto  $\leq$  25 ( Hb  $\leq$  8 g/dl)
- c) RN con oxígeno suplementario que no requiere ventilación mecánica y presenta una o más de las siguientes condiciones:
  - Aumento en la necesidad de oxígeno por naricera en 48 horas o CPAP nasal que requiera aumento de presión en 20% o RN que requiera 1/8 lt. por minuto de flujo de oxígeno por naricera.
  - Apneas/bradicardia a repetición  $>$  9 episodios en 24 horas o  $\leq$  2 que requiera ventilación a presión positiva estando en tratamiento con metilxantinas.
  - Taquicardia sobre 108x' ó FR  $>$  80x' por más de 24 horas.
  - Ganancia de peso inferior a 10 gramos/kg/día recibiendo al menos 100 Kcal/kg/día.
  - Intervención quirúrgica mayor.

**Transfundir 15 a 20 cc/ kg (dos alícuotas si es sensible a volumen)**

- d) RN con Hto  $\leq$  30% ( Hb  $\leq$  10 g/dl)

VM mínima o CPAP nasal con presión  $>$  6 cm H<sub>2</sub>O y FiO<sub>2</sub>  $\leq$  0.4 ó ¼ lt por minuto de oxígeno por naricera.

**Transfundir 15 cc /kg en 2 a 4 horas.**



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

**e) RN con Hto  $\leq$  35% (Hb  $\leq$  11 g/dl)**

En ventilación mecánica con presión media de la vía aérea  $>$  8 cm H<sub>2</sub>O y/o FiO<sub>2</sub>  $>$  0.4 ó ½ lt. por minuto de oxígeno por naricera

**f) RN con Hto  $\leq$  40% y/o Hb  $<$  13 g/dl** en las primeras 24 horas de vida extrauterina y en la primera semana de vida. En los RN con compromiso cardio-respiratorio y/o inestabilidad hemodinámica.

**En lactantes menores de 4 meses:**

- Hemoglobina  $<$  8gr/dl en pacientes con anemia sintomática, dificultad para alimentarse y pobre aumento de peso.
- Pérdida aguda mayor del 10% de la volemia asociada a shock.
- Pérdida por flebotomía cuando el volumen acumulado excede el 10 % de volemia en período de una semana.
- Paciente con nivel de Hb entre 8-13 gr/dl asociada a insuficiencia respiratoria o insuficiencia cardíaca.
- En lactante mayor de 4 meses las indicaciones son igual a las del adulto.

**Volumen y rendimiento:**

- 10 cc/kg. eleva el Hcto entre 6-10% y la Hb entre 2-3 grs./dl medidos a las 24 hrs.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONARojas  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

### 8.3.3. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS:

#### Objetivo:

- Corregir la deficiencia cualitativa o cuantitativa de plaquetas que lleve al riesgo de hemorragia.

#### Indicaciones:

##### a) Profiláctica:

##### RN prematuro:

- Recuento plaquetario  $< 50.000/\text{mm}^3$  en prematuro estable.
- Recuento plaquetario  $< 100.000/\text{mm}^3$  en prematuro con historia de:
  - asfixia perinatal
  - peso al nacer  $<$  de 1000 grs.
  - necesidad de ventilación asistida con contenido de  $\text{O}_2$  inspiratorio  $> 40$
  - Pacientes clínicamente inestables o con signos de sepsis.

- b) En el resto de pacientes pediátricos las indicaciones de transfusión De plaquetas, tanto profiláctica como terapéutica son iguales a las del adulto.

#### Volumen y Rendimiento:

- **En RN término: 5 – 10 ml/kg. eleva el recuento de plaquetas en  $50.000/\text{mm}^3$**
- En el resto de los pacientes pediátricos: 1 unidad de plaquetas por cada 10 kg. de peso eleva el recuento en  $50.000/\text{mm}^3$  o una unidad de concentrado plaquetario por cada  $\text{m}^2$  de superficie corporal eleva el recuento en  $100.000/\text{mm}^3$ .
- En pacientes con fiebre, sepsis, esplenomegalia, el rendimiento postransfusión se encuentra disminuido por lo que la dosis a transfundir debe aumentarse, en al menos 20%



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA

03/06/19

### **8.3.4. TRANSFUSIÓN DE PLASMA FRESCO CONGELADO:**

#### **Objetivo:**

- Igual que en el adulto, tratamiento de la hemorragia o disminuir el riesgo en pacientes con déficit de factores de la coagulación.

#### **Indicaciones:**

##### **RECIEN NACIDO:**

- Enfermedad hemorrágica del RN por déficit de vitamina K o déficit congénito de Proteína C o S.
- Paciente sin sangramiento activo, con alteración significativa de Tiempo de Protrombina (< 60%) o TTPA (aumento > 150%) con riesgo de hemorragias: prematuro en riesgo de hemorragia periventricular o antes de procedimientos quirúrgicos.

##### **NIÑOS MAYORES:**

- Terapia de reemplazo de deficiencias aisladas o combinadas de factores de la coagulación V - VII - XIII o si no hay disponibilidad de concentrados específicos en caso de factor IX.
- En la corrección de la deficiencia de vitamina K.
- Neutralización inmediata de tratamiento anticoagulante.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Insuficiencia hepática grave.
- Pacientes en tratamiento anticoagulante y cirugía inminente.
- Pacientes con déficit congénito de factores V - VII - XIII frente a procedimientos invasivos: cirugía, extracciones dentarias.



SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19

### **Volumen y Rendimiento:**

- La dosis habitual es de 20 ml/kg peso, lo que incrementa la actividad de los factores en un 10 a 20% en ausencia de coagulopatías por consumo, debiendo cuidarse la volemia del paciente.

### **8.3.5. TRANSFUSIÓN DE CRIOPRECIPITADOS:**

**Indicaciones:** son iguales a las indicaciones del adulto.

### **8.4. TIEMPO DE DESPACHO DE LOS HEMOCOMPONENTES:**

#### **8.4.1. Glóbulos Rojos:**

- **INMEDIATA:** El Banco de Sangre deberá despachar la transfusión en un plazo máximo de 10 minutos, desde la recepción de la solicitud de transfusión y de la muestra de sangre.  
Con esta indicación no se realiza prueba de compatibilidad, ni determinación de anticuerpos irregulares al paciente y se registra en libro de transfusiones inmediatas, para futuras auditorias por indicación del MINSAL. Por lo anterior esta indicación es de exclusiva responsabilidad del médico solicitante.
- **URGENTE:** El Banco de Sangre despachará la transfusión en un tiempo estimado de 40 minutos a 4 horas desde la recepción de la solicitud y la muestra de sangre.
- **NO URGENTE:** Despacho de la transfusión dentro de las 12 horas, desde la recepción de la solicitud y la muestra.

#### **8.4.2. Otros Hemocomponentes:**

- El tiempo de despacho de: PLASMA FRESCO CONGELADO, CRIOPRECIPITADO Y PLAQUETAS estará supeditado a los tiempos de descongelamiento o preparación de pool de los mismos, por lo que no debe indicarse como transfusión inmediata.



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/19 *[Signature]*

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- American Association of Blood Banks, Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología: "Manual Técnico", 13ª Edición; 2001.
- Capítulo de Medicina Transfusional de la Sociedad Chilena de Hematología. Comité Metropolitano de Bancos de Sangre. "Recomendaciones para el uso de transfusiones de sangre o sus componentes", Documento MINSAL; 2013
- Ley de la República de Chile, publicada en el Diario oficial el 31/01/2000, Norma General Técnica N° 42, sobre proceso de mejoría de la Medicina Transfusional.
- Guías Prácticas Clínicas Medicina Transfusional, aprobadas por la Sociedad Chilena de Hematología, SOCHHEM, 2015.
- Anemia en el Recién Nacido, Hospital Luis Tisné Brousse.
- Orientaciones sobre las unidades de medicina transfusional. Comisión Nacional de Sangre y Tejidos, Minsal, julio 2013

## 10. EVALUACIÓN:

RESPONSABLE: TM. Encargado Banco de Sangre.

METODOLOGÍA:

Tipo de Indicador: Indicador basado proporciones.

Tamaño de la muestra: Se obtendrá el total de pacientes con indicación de transfusión en el mes evaluado, (para lo cual se efectuará corte entre el día 26 al 25 de cada mes) en los puntos de verificación: UPC adultos, Pabellón, Diálisis, Urgencia y Oncología (quimioterapia)

Periodicidad: mensual. El informe de supervisión y análisis de los resultados se hará llegar a las jefaturas de las unidades el día 20 de cada mes.



SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

**11. INDICADOR:**

FORMULACIÓN DEL INDICADOR	
Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes que cumplen con los criterios de indicación médica de transfusión.
Justificación	Este indicador evalúa el cumplimiento de la normativa de criterios médicos de indicación de transfusión de hemocomponentes de acuerdo a normativa estandarizada en el Hospital Regional Coyhaique. Este procedimiento contribuye a otorgar procesos asistenciales más seguros y disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a la atención de salud.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes transfundidos que cumplen con los criterios de indicación médica de transfusión}}{\text{Nº total de pacientes transfundidos en el período evaluado}} \times 100$
Población	Pacientes transfundidos
Tipo	Proceso
Fuente de Datos	Solicitud de transfusión
Umbral de cumplimiento	$\geq 85\%$
Periodicidad	Mensual
Responsable	Jefe de Banco de Sangre





**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**12. ANEXOS:**

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

05/06/19

Servicio de Salud Aysén  
Hospital Regional Coyhaique  
Banco de Sangre

**SOLICITUD DE TRANSFUSION**

	Adulto		Niños			
Glóbulos Rojos	<input type="text"/>	Uds.	<input type="text"/>	cc	Sangría	<input type="text"/> Uds.
Plasma Fresco	<input type="text"/>	Uds.	<input type="text"/>	cc	Globuloféresis	<input type="text"/> Uds.
Crioprecipitado	<input type="text"/>	Uds.	<input type="text"/>	cc	Otros: _____	<input type="text"/> Uds.
Plaquetas	<input type="text"/>	Uds.	<input type="text"/>	cc		

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_  
(Paciente)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
Nº Ficha:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:	RUT:
Servicio:	Sala:	Cama:	
Diagnóstico:	Motivo de la Urgencia:		

Indicación de la transfusión: Inmediata:  Urgente  No Urgente

\* LA SOLICITUD DE CARACTER DE INMEDIATA ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL MEDICO SOLICITANTE \*

Transfusiones previas SI  NO  Reacciones Adversas SI  NO   
Hcto  % Hb  grs/dl Rcto. Plaquetas  /mm<sup>3</sup> Bili Total  mg/dl

Transfusión Recién Nacido: Grupo Sanguíneo de la Madre

TODA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE SERA RECHAZADA

Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_


AG 42704 Form. (24/10/05) (1/0)

6521720



03/06/18

### CONTROL DE CAMBIOS: Protocolo Criterios de Indicación Médica de Transfusión.

Revisión	Fecha	Modificación realizada																								
1	01/11/18	<p><b>Incorpórese en el punto 8. Desarrollo del proceso:</b></p> <p><b>8.1. Consideraciones generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La solicitud de transfusión se realizará en formulario autocopiativo. El documento original de la solicitud se enviará a Banco de Sangre para cursar la solicitud de hemocomponentes y la copia (hoja amarilla) será archivada en la historia clínica del paciente como respaldo de la indicación médica de la transfusión.</li> </ul> <p><b>Modifíquese en el punto 12. Anexos: Solicitud de Transfusión</b></p> <div style="text-align: center;">  <p><b>SOLICITUD DE TRANSFUSION</b></p> </div> <p>Servicio de Salud Aysén Hospital Regional Coyhaique Banco de Sangre</p> <p>SERVICIO: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> ADULTO      <input type="checkbox"/> NIÑOS      Recambio plasmático terapéutico <input type="checkbox"/> ciclos      Glóbulos rojos <input type="checkbox"/> Uds.      <input type="checkbox"/> cc.      Líquido a usar: <input type="checkbox"/> ALBÚMINA      <input type="checkbox"/> PFC      Plasma Fresco <input type="checkbox"/> cc.      <input type="checkbox"/> cc.      Eritroaféresis <input type="checkbox"/>      Crioprecipitado <input type="checkbox"/> Uds.      <input type="checkbox"/> cc.      Hcto. Actual <input type="checkbox"/> Hcto. A lograr <input type="checkbox"/>      Plaquetas <input type="checkbox"/> Uds.      <input type="checkbox"/> Cc.   </p> <p>Fecha: _____ Hora: _____ Grupo sanguíneo _____ Peso paciente: _____ paciente</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Apellido Paterno:</td> <td colspan="2">Apellido Materno:</td> <td colspan="2">Nombre:</td> </tr> <tr> <td>N° Ficha:</td> <td>M <input type="checkbox"/></td> <td>F <input type="checkbox"/></td> <td>Edad:</td> <td colspan="2">RUT:</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Diagnostico:</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Motivo de Urgencia:</td> </tr> </table> <p>Indicación de la transfusión: <input type="checkbox"/> Inmediata      <input type="checkbox"/> Urgente      <input type="checkbox"/> No urgente</p> <p>*LA SOLICITUD "INMEDIATA" ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL MEDICO SOLICITANTE FIRMA: _____</p> <p>TRANSFUSIONES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>      Reacciones Adversas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hcto: <input type="checkbox"/> Hb: <input type="checkbox"/> grs/dL      Rcto. Plaquetas: <input type="checkbox"/> /mm<sup>3</sup></p> <p>TP: <input type="checkbox"/> INR: <input type="checkbox"/>      TTPA: <input type="checkbox"/></p> <p>Fibrinógeno <input type="checkbox"/> mg/dL      Dímero D <input type="checkbox"/> mg/L</p> <p>Transfusión Recién Nacido: Grupo Sanguíneo de la Madre <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>TODA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE SERA RECHAZADA</b> </div> <p>Nombre Médico: _____ Código: _____ Firma: _____</p>	Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre:		N° Ficha:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad:	RUT:		Diagnostico:						Motivo de Urgencia:					
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre:																						
N° Ficha:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad:	RUT:																						
Diagnostico:																										
Motivo de Urgencia:																										



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

FERNANDO GAHONA ROJAS  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA.

03/06/18 *[Signature]*

Revisión	Fecha	Modificación realizada																																																																																																																								
1	01/11/18	<p style="text-align: center;"><b>PARA SER LLENADO POR EL BANCO DE SANGRE</b></p> <p>Fecha recepción: ..... Hora: ..... TM/TP: .....</p> <p>Grupo ABO/Rh <input type="text"/> AI <input type="text"/> FECHA EXAMENES <input type="text"/></p> <p>Paciente <input type="text"/></p> <p>Transfusión preparada: Fecha: ..... Hora: ..... Firma TM: .....</p> <p>Transfusión avisada a: ..... Fecha: ..... Hora: ..... Firma TM: .....</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Nº Unidad</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemocomponente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Grupo Rh</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AI</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PC</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nº de Transfusión</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hora de Despacho</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TM de Despacho</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nº Anual</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nº Mensual</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Observaciones: _____</p> <p>Paciente sin donantes <input type="checkbox"/> Sin stock <input type="checkbox"/></p> <p>Avisado a: ..... Servicio: .....</p> <p>Fecha: ..... Hora: ..... Firma: .....</p> <p>Check List:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Indicación de la Transfusión en ficha clínica</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Identificación del Paciente en Sala</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reclasificación ABO/Rh</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Registro de Entrega Hemocomponente en hoja Enfermería</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Profesional que recibe Hemocomponente</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TP Responsable</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	Nº Unidad									Hemocomponente									Grupo Rh									AI									PC									Nº de Transfusión									Hora de Despacho									TM de Despacho									Nº Anual									Nº Mensual										SI	NO	Indicación de la Transfusión en ficha clínica			Identificación del Paciente en Sala			Reclasificación ABO/Rh			Registro de Entrega Hemocomponente en hoja Enfermería			Profesional que recibe Hemocomponente			TP Responsable		
	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																		
Nº Unidad																																																																																																																										
Hemocomponente																																																																																																																										
Grupo Rh																																																																																																																										
AI																																																																																																																										
PC																																																																																																																										
Nº de Transfusión																																																																																																																										
Hora de Despacho																																																																																																																										
TM de Despacho																																																																																																																										
Nº Anual																																																																																																																										
Nº Mensual																																																																																																																										
	SI	NO																																																																																																																								
Indicación de la Transfusión en ficha clínica																																																																																																																										
Identificación del Paciente en Sala																																																																																																																										
Reclasificación ABO/Rh																																																																																																																										
Registro de Entrega Hemocomponente en hoja Enfermería																																																																																																																										
Profesional que recibe Hemocomponente																																																																																																																										
TP Responsable																																																																																																																										

ELABORACIÓN	APRUEBA MODIFICACIÓN	VISACIÓN
Walter Ramírez	Sandra Gálvez Paulina Arriagada	Jaime López
Jefe Banco Sangre	OCSPI	Director
<i>[Signature]</i> Firma	<i>[Signature]</i> Firma	<i>[Signature]</i> Firma
01/11/2018	08/11/2018	08/11/2018