

 <p>Gobierno de Chile</p> <p>SERVICIO SALUD AISEN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE</p>	<p>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACION DE LA TRANSFUSION</p> <p>UNIDAD DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL</p> <p>DEPENDIENTE DE: SUBDPTO. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO</p>	Código:
		Edición: 02
		Fecha inicio vigencia: 05/12/2020
		Páginas: 1 - 11
		Vigencia: 5 años

PROCEDIMIENTO ADMINISTRACION DE LA TRANSFUSION

ELABORACIÓN	REVISION	APROBACION
Valeria Villa Montserrat Bustamante	Solange Frigolett	Paulina Arriagada Sandra Gálvez
TM. Banco de Sangre	TM. Jefe (s) de Banco de Sangre	
 firma	 firma	 firma y timbre
Fecha: 16/11/2020	Fecha: 05/12/2020	Fecha: 05/12/2020

1. INDICE:

TITULO	nº de pág.
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	3
RESPONSABLES	3
ALCANCE	3
EXCEPCIONES	3
TERMINOLOGÍA	4
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO	4
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
EVALUACIÓN	8
INDICADORES	8
ANEXOS	9



2. INTRODUCCIÓN:

La transfusión de componentes sanguíneos es un procedimiento que requiere de conocimiento profundo de las bases fisiológicas y un manejo meticuloso en la atención del paciente, por lo cual es fundamental la aplicación y conocimiento de este procedimiento. Administrar correctamente una transfusión sanguínea requiere de habilidad, conocimiento y seguir estrictamente una serie de pasos correlativos que permiten controlar, detectar y solucionar cualquier anomalía que pudiera producirse durante la transfusión previniendo posibles reacciones adversas a la transfusión.

3. OBJETIVOS:

- Estandarizar el procedimiento de administración de componentes sanguíneos.
- Garantizar condiciones de calidad y seguridad en la administración de componentes sanguíneos.
- Prevenir eventos adversos asociados a la administración de componentes sanguíneos.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	FUNCION
Jefe de Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por el cumplimiento del procedimiento.
Médico Tratante, Anestesiastas	<ul style="list-style-type: none"> • Indicación de transfusión. • Conocer y cumplir procedimiento.
Tecnólogos Médicos Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y cumplir el procedimiento. • Preparar y despachar transfusiones de componentes sanguíneos.
Técnicos Paramédicos Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y cumplir el procedimiento. • Colaborar en la entrega de componentes sanguíneos en servicios clínicos. • Realizar control grupo ABO y RhD pre transfusional a pie de cama del receptor.
Enfermeras, Matronas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y cumplir el procedimiento. • Recepción de la transfusión. • Administrar transfusión de acuerdo a procedimiento. • Pesquisa precoz de reacción adversa transfusional. • Completar registros de ICT-HRC, archivar en ficha clínica y guardar copia en carpeta correspondiente.

5. ALCANCE:

- Se aplicará a toda transfusión de componentes sanguíneos que sea administrada en servicios clínicos y/o unidades de apoyo del HRC.

6. EXCEPCIONES: N/A

7. TERMINOLOGIA:

- **HRC:** Hospital Regional Coyhaique.
- **CS:** Componente sanguíneo, producto obtenido de la separación de sangre total por medio de centrifugación: glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado y crioprecipitado.
- **PC:** Prueba de compatibilidad
- **CGR:** Concentrado de glóbulos rojos.
- **ICT-HRC:** Informe de Control Transfusional Hospital Regional Coyhaique.
- **TP:** Técnico paramédico.
- **TM:** Tecnólogo médico.
- **Tiempo de despacho de componentes sanguíneos:**
 - **INMEDIATO:** Se podrá solicitar con indicación inmediata solo los CGR, **en caso de riesgo de muerte inminente**, siendo despachado en un plazo máximo de 10 minutos desde su notificación, **sin resultado de prueba de compatibilidad**, por lo que es de exclusiva responsabilidad del médico solicitante.
 - **URGENTE:** Los CS se despacharán 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 CS será dentro de las 12 horas siguientes desde la recepción de la solicitud y la muestra de sangre. Se solicita que el profesional clínico a cargo del paciente se comunique con el Banco de Sangre, indicando la hora aproximada en que el paciente puede ser transfundido.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

8.1. Consideraciones Generales:

- El médico tratante es el responsable de informar al paciente y/o a su tutor de forma clara y entendible sobre los aspectos relacionados a la transfusión al que será sometido, el tiempo de administración y/o posibles síntomas o eventos adversos.
- Todo componente sanguíneo despachado para transfusión es identificado con una etiqueta, que incluye la siguiente información:
 - Nombre del paciente
 - RUT
 - Grupo ABO-RhD del paciente
 - Servicio clínico que recibe el CS
 - Especificación de tipo de componente sanguíneo enviado
 - Número de la unidad enviada
 - Grupo ABO-RhD de la unidad
 - Fecha y hora

- Toda transfusión de CS es despachada junto al Informe de Control Transfusional Hospital Regional Coyhaique, (ICT-HRC) en duplicado y Hoja informativa de administración de CS (Anexo 1).
- En caso de solicitud de transfusión de glóbulos rojos con carácter inmediato (accidentes de tránsito grave, heridas cortopunzantes que comprometan sistema vascular y grandes vasos, amputaciones traumáticas, inercia uterina, sangramientos inesperados y de gran magnitud en pabellón, shock hipovolémico) se despachará el CGR con etiqueta provisoria (manual) con el nombre del paciente, número de la unidad, ICT-HRC manual y se realizara prueba de compatibilidad posterior al envío.
- Para la transfusión pueden emplearse diversos medios de acceso venoso. La elección depende de la localización, el calibre y la integridad de las venas y del tipo de CS a transfundir. Los catéteres y agujas para transfusión deben tener calibre suficiente:
 - Adultos 18 o 19 G
 - Niños 22 o 23 G.
- Todo componente sanguíneo debe ser administrado por una vía **venosa exclusiva** con equipo infusor, proporcionado por el Banco de Sangre según corresponda, que posee cámara cuentagotas y filtro para retener microagregados y partículas.
- No se debe agregar ni mezclar ningún CS con medicamentos o soluciones diferentes al suero fisiológico. Algunas soluciones pueden producir agregación de los glóbulos rojos en la tubuladura, hemólisis e incluso otras, como Ringer Lactato, pueden llevar a la formación de coágulos.
- El uso del calentador en transfusiones de glóbulos rojos está destinado a:
 1. Pacientes que presenten Crioaglutininas.
 2. Pacientes de Neonatología.
 3. Pacientes de Oncología.
 4. Pacientes con hipotermia.
- En estos casos, el TM responsable entrega el CS en el Servicio que solicita la transfusión, junto al calentador instalado a 37°C; a excepción de servicios como UCI, pabellón, oncología y neonatología, que cuentan con este insumo.

8.2. Proceso transfusional:

- El TP de Banco de Sangre, según horario y disponibilidad traslada las unidades a transfundir hasta el servicio donde se encuentra el paciente, debe cumplir con Check List de la solicitud de transfusión (Anexo 2) **verificando** que:
 - Profesional verifica tipo y N° unidad entregada según solicitud de transfusión.
 - Profesional recibe conforme CS y su correspondiente ICT-HRC
 - Profesional recibe información de verificar: Indicación de Solicitud en Ficha Clínica
 - Reclasificación de grupo sanguíneo ABO-Rh (D) pre transfusional al paciente y consiguiente identificación del paciente a través del brazalete y/o preguntándole a la vez el nombre, cuando corresponda según protocolo vigente.

- Registro de nombre y firma del profesional que recibe cada CS.
- TP responsable, fecha y hora de entrega.
- En caso que la solicitud de transfusión sea solicitada en turno noche o día sin un TP de apoyo, TM debe dar aviso telefónico al servicio solicitante para que los CS sean retirados en el Banco de Sangre, registrando nombre y apellido de profesional verificando las indicaciones de Anexo 2.
- El CS será entregado al personal del hospital enviado por el servicio solicitante, indicándole:
 - Nombre y apellidos del paciente
 - Tipo de CS y número de la unidad
 - ICT-HRC en duplicado (Anexo 3).TM debe dejar registro en la solicitud de transfusión de nombre y apellido de la persona que retira el CS.
- Previo a instalar la transfusión, el profesional responsable del paciente debe chequear:
 - Indicación de transfusión en ficha clínica.
 - Identidad del paciente y grupo sanguíneo ABO-RhD.
 - Verificar tanto la etiqueta del CS e ICT-HRC.
- El profesional que instala la transfusión debe:
 - Establecer valor basal de los signos vitales **antes de iniciar la transfusión** (P/A, frecuencia cardíaca, temperatura).
 - Registrar en hoja de enfermería y en ICT-HRC la hora de inicio de ésta y los signos vitales.
 - Permanecer junto al paciente durante los primeros 10 minutos para evaluar su respuesta a la transfusión.
 - Registrar la hora de término de la transfusión (P/A, frecuencia cardíaca y temperatura) en ambos ICT-HRC y en hoja de enfermería.
 - Observar al paciente durante la primera hora post transfusión.
 - Completar registro de incidencias indicando nombre y firma del profesional a cargo de finalizar la transfusión.
- Previo al inicio de la transfusión, si el paciente presenta estado subfebril (≥ 37.5 °C), fiebre o alteraciones en los signos vitales debe informarse al médico tratante para que evalúe la condición del paciente y autorice la transfusión. Dejar registro en ICT-HRC.
- Si no es posible transfundir el CS recepcionado a la brevedad, ya sea por procedimiento o condición del paciente, el profesional debe notificar a Banco de Sangre para recibir indicaciones que permitan asegurar la calidad del proceso transfusional.
- El profesional registrará si corresponde en ambos ICT-HRC, los ítems "Observaciones primeros 10 minutos después de iniciada la transfusión" y en "Observaciones 1 hora después de terminada la transfusión", cualquier hallazgo asociado a una reacción adversa transfusional; informando al Banco de Sangre signos y/o síntomas del paciente.
- Completados los registros del ICT-HRC, una copia es archivada en ficha clínica del paciente y la otra, en la carpeta destinada para dicho efecto en el mismo servicio y/o unidad de apoyo del HRC donde finalizó la transfusión y será retirada por TM encargado. En caso de pacientes transfundidos durante traslado hacia otras dependencias distintas a la red SSA, se intentará recopilar la mayor información posible.



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Finalizada la transfusión, la unidad vacía del CS es eliminada como residuo especial en bolsa amarilla, en el mismo servicio donde se efectuó la transfusión.
- En el caso de que la transfusión haya sido suspendida por:
 - Reacción adversa a la transfusión, se debe notificar al banco de sangre, dejando el registro correspondiente en ICT-HRC.
 - Otras causas, notificar al Banco de Sangre.

8.3. Velocidad de infusión CS:

8.3.1. Transfusión de concentrado de glóbulos rojos:

- La transfusión de CGR debe iniciarse lentamente, 10 gotas por minuto.
- La transfusión de CGR **nunca debe superar las 4 horas**, por riesgo de contaminación bacteriana del CS.
- Adultos sin patología cardiovascular transfundir en **90 a 120 minutos a una velocidad de 50 a 60 gotas por minuto**, sin superar las 4 horas.
- Pacientes que no toleran bien el aumento de volumen (pacientes renales, cardiopatas, edad avanzada o anemia severa) la transfusión debe ser más lenta, **un 1 ml de CGR/Kg peso del receptor/hora (25 a 30 gotas/min.)**, con cuidadoso control hemodinámico, sin superar las 4 horas.
- En pacientes con pérdida aguda de sangre, la transfusión de una unidad de CGR se puede realizar en 5 a 10 minutos, lo que corresponde a la máxima velocidad de infusión por gravedad.

8.3.2. Transfusión de plasma fresco congelado:

- La velocidad de infusión va a depender del estado clínico del paciente, teniendo en consideración que el tiempo de la transfusión no debe ser mayor a 1 hora. En pacientes hemodinámicamente inestables se debe transfundir a razón de 60 gotas/min.
- Los factores de la coagulación pierden su efectividad a medida que transcurre el tiempo, por lo que la transfusión debe ser realizada en el menor tiempo que permita la condición clínica del paciente.
- El PFC una vez descongelado debe transfundirse lo antes posible, de no ser así, debe mantenerse refrigerado entre 2-8 °C, por un tiempo no mayor a 24 horas. Cumplido este tiempo el PFC no puede ser administrado al paciente.

8.3.3. Transfusión de Crioprecipitado:

- Una vez descongelado los crioprecipitados y preparado el pool, debe **transfundirse de forma inmediata.**
- El tiempo de administración de este CS debe ser entre **10-20 minutos.**
- Los crioprecipitados no deben ser refrigerados posterior a su descongelamiento.

8.3.4. Transfusión de plaquetas:

- La transfusión de plaquetas debe realizarse rápidamente, por lo general entre **20 y 30 minutos**, observando la tolerancia del receptor. En caso de sobrecarga de volumen se alarga el tiempo de infusión a máximo 1 hora. Esto es por el riesgo de contaminación bacteriana.
- Una vez preparado el pool de plaquetas, deben transfundirse en menos de 6 horas. Cumplido este tiempo el CS no puede ser administrado al paciente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Manual Técnico, American Association of Blood Banks, 13º edición, 2001.
- Protocolo de indicación de hemoderivados, HRC, 17/01/2013
- Guías Prácticas Clínicas, Medicina Transfusional, Aprobadas por Sociedad Chilena de Hematología SOCHHEM, 2015.

10. EVALUACION: N/A

11. INDICADORES: N/A

12. ANEXOS:

Anexo 1. HOJA INFORMATIVA DE ADMINISTRACIÓN DE CS

ESTIMADO PROFESIONAL, NO OLVIDE:

- COMPLETAR ICT-HRC CON LETRA LEGIBLE.
- GUARDAR COPIAS EN FICHA CLÍNICA Y CARPETA ASIGNADA A BANCO DE SANGRE.

COMPONENTE SANGUÍNEO	VELOCIDAD DE INFUSIÓN	
CGR	90 a 120 minutos. Nunca superar las 4 horas. 50 a 60 gotas/min.	-Transfundir dentro de 30 min. desde su recepción o en su defecto, refrigerar.
PFC	Hasta 60 minutos. 50 a 60 gotas/min.	Transfundir dentro de 30 min. desde su recepción o en su defecto, refrigerar.
PQ	20-30 minutos.	Transfundir inmediatamente
CRIO	10-20 minutos.	Transfundir inmediatamente

- EN PACIENTES RENALES, CARDIÓPATAS, EDAD AVANZADA O ANEMIA SEVERA CONSIDERAR:

CGR	1 ml de CGR/Kg peso del receptor/hora. Nunca superar las 4 horas. 25 a 30 gotas/min.
-----	---

Anexo 2. CHECK LIST ENTREGA DE CS.

CHECK LIST ENTREGA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	SI	NO
Profesional verifica tipo y n° unidad entregada según solicitud de transfusión		
Profesional recibe conforme componente sanguíneo y su correspondiente ICT-HRC		
Profesional recibe información de verificar: -Indicación de Solicitud en Ficha Clínica		
Reclasificación ABO/Rh según protocolo vigente (2da muestra de sangre venosa)		
TP responsable, fecha y hora de entrega.		

Anexo 3. INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE (ICT-HRC).



Hospital Regional
COYHAIQUE

INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	XXX	RUT	XXX	N° Muestra	0000
Historia Clínica	XXX	Fecha nacimiento	XXX		
Sexo	XXX	EAI	XXX	Grupo	X
Servicio solicitante	XXX	Procedencia		MEDICINA	
Fecha de envío	XXX	Hora de envío	XXX	Sala / Cama	
Destino del envío	XXX				

Nombre y Firma TM Responsable

Antes de empezar a transfundir he verificado la siguiente información

- 1°.- Número, Grupo y Rh que aparecen en este informe son los mismos que en la etiqueta de la bolsa a transfundir.
- 2°.- Que al preguntar nombre y apellidos al paciente y comprobar su número de historia Clínica, coinciden exactamente con los que figuran en el impreso.
- 3°.- Que la bolsa a transfundir tiene un aspecto normal.

Número unidad	Profesional que inicia la transfusión	Inicio (Hora)	Final (Hora)	Constantes Vitales						Profesional que finaliza la transfusión	
				Inicio		Final		TA			Pulso
				TA	Pulso	Tª	TA	Pulso	Tª		
											
Producto:				Caduca xxx							

OBS. PRIMEROS 10 MINUTOS (describir síntomas)

OBS. 1 HORA DESPUÉS DE TERMINADA LA TX (describir síntomas)

Incidencias

¿Algún síntoma de reacción transfusional?	SI	NO
¿La transfusión fue interrumpida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha devuelto la bolsa al Banco de Sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha enviado comunicación de reacción para estudio al Banco de Sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad residual _____ ml.		
Nombre y Firma Profesional responsable		

DEVOLVER UNA VEZ CUMPLIMENTADO AL BANCO DE SANGRE

HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE (TM-AGC)

1 / 1



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

Anexo 3. ICT-HRC FORMATO MANUAL

N° FOLIO: _____



INFORME CONTROL TRANSFUSIONAL BANCO DE SANGRE HRC

FECHA: _____ HORA DE ENVÍO: _____

NOMBRE PACIENTE:		
RUN:		FICHA:
SEXO:	SERVICIO SOLICITANTE:	SERVICIO DE DESTINO:
GRUPO Rh PACIENTE:	Al PACIENTE:	GRUPO Rh DONANTE:
TRANSFUSIÓN DE:	<input type="radio"/> GR FILTRADO <input type="radio"/> PFC <input type="radio"/> CRIOPP <input type="radio"/> PLAQUETAS	
N° DE UNIDAD:		

NOMBRE Y FIRMA TECNÓLOGO MÉDICO RESPONSABLE

CHECK LIST PRETRANSFUSIONAL: <u>Antes de comenzar la transfusión, verificar la siguiente información</u>	
Numero de unidad coincide con el escrito en este informe.	
Grupo-Rh etiqueta de bolsa coincide con el escrito en este informe.	
Corroborar datos personales de paciente en ficha.	
Verificación aspecto de la unidad a transfundir.	

		Constantes vitales								
Número Unidad	Nombre Profesional que inicia la transfusión	Hora Inicio	Hora Final	Inicio			Final			Nombre profesional que finaliza la transfusión
				PA	Pulso	Tº	PA	Pulso	Tº	

OBS. PRIMEROS 10 MINUTOS (DESCRIBIR SINTOMAS):

OBS. 1 HORA DESPUÉS DE TERMINADA LA TX (DESCRIBIR SINTOMAS):

INCIDENCIAS	SI	NO	
¿Algún síntoma de reacción transfusional?			
¿La transfusión fue interrumpida?			
¿ha devuelto la bolsa al Banco de Sangre / UMT?			Cantidad residual _____ ml.
¿Ha enviado comunicación de reacción para estudio al Banco de Sangre?			

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE