

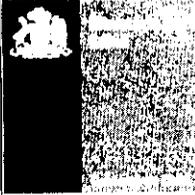
	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS

UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

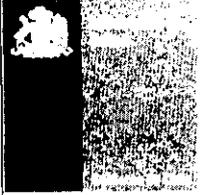
Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre: Dr. Francisco Azócar Zubicueta	Nombre: Dr. Cristóbal Campos Olmedo	Nombre: EU. Catherine Rojas Grandón	Nombre: Dr. Francisco Martínez Cavalla
Cargo: Médico jefe UMT	Cargo: Subdirector Medico	Cargo: Encargada Of. Calidad y Seguridad del Pacte.	Cargo: Director Hospital Linares
Unidad o Sección: Unidad de medicina transfusional	Unidad o Sección: Subdirección Clínica	Unidad o Sección: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Unidad o Sección: Dirección
Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 27 ENE. 2014.	Fecha: 27 ENE. 2014	Fecha: 28 ENE. 2014.	Fecha: 30 ENE. 2014.

NOTA: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados

  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág. 3
2. Objetivos.....	Pág. 3
3. Alcance.....	Pág. 4
4. Documentación de referencia.....	Pág. 4
5. Responsables.....	Pág. 4
6. Definiciones.....	Pág. 8
7. Desarrollo.....	Pág. 9
8. Distribución.....	Pág. 22
9. Flujograma.....	Pág. 23
10. Indicador y Umbral de Cumplimiento....	Pág. 24
11. Pauta de Cotejo.....	Pág. 25
12. Anexo.....	Pág. 26
13. Revisiones.....	Pág. 34

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

1. INTRODUCCIÓN

Sabemos que toda transfusión de sangre, hemocomponentes o hemoderivados debe estar sometidas a la necesidad por parte del paciente, estos deben ser de Calidad y proporcionar seguridad a éste.

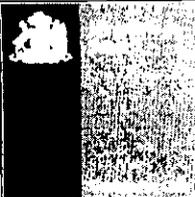
Para el cumplimiento de lo anterior, existe una trazabilidad del producto que nace desde el Donante de Sangre en los diferentes centros de extracción, pasando a los Centros de Sangre para su procesamiento con exámenes de tipo inmuno hematológico y serológico con el posterior despacho hacia las diferentes Unidades de Medicina Transfusional (UTM) de la región, las cuales almacenan el elemento en un stock para un despacho final hacia los diferentes servicios clínicos del centro hospitalario.

En este proceso, a parte del Centro de Sangre y las UMT intervienen los Comités de Transfusión de los Hospitales, los cuales deben aportar con "Normas para la Indicación de la sangre y de los diferentes Hemocomponentes y hemoderivados a los pacientes".

Esto es necesario para que haya una Terapia Transfusional segura, oportuna, clínicamente indicada, informada, de calidad y costo seguro.

2. OBJETIVOS

Mantener normas claras y precisas sobre la indicación de transfusiones de Sangre, Hemocomponentes y/o Hemoderivados y número de unidades.

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

3. ALCANCE

Todos los usuarios del Hospital de Linares que requieran transfusión, principalmente los pacientes de Pabellón, UPC Adulto y Urgencia.

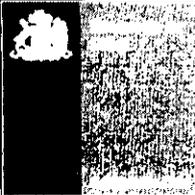
4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- ✓ "Orientaciones para Centros de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional en Chile".
- ✓ Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- ✓ Departamento de Calidad de Medicina Transfusional 2006.
- ✓ "Recomendaciones para el uso de Transfusiones de sangre o sus componentes".
- ✓ Circular 4C/26 11-04-2000, Ministerio de Salud - División de Salud de las personas.
- ✓ Departamento de Programas de Salud. UMT
- ✓ "Normas de Medicina Transfusional", Hospital de Linares UMT, Junio 2005.
- ✓ "Reglamento para Bancos de Sangre y Servicios y Servicios de Transfusión". Asociación Americana de Banco de Sangre Décima Edición 1981 - Pensado, julio 1982.
- ✓ "Transfusiones, indicaciones para el uso de Sangre y Componentes sanguíneos", Nora Villegas de Merino, MD Jefe, Departamento de Laboratorio.

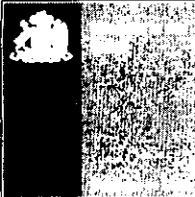
5. RESPONSABLES

5.1 Ejecución:

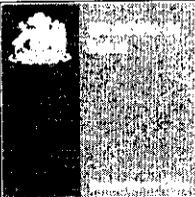
Responsables en la ejecución de la indicación de transfusión.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Servicio Clínico/ Unidad	Responsable	Actividades
Servicio clínico / Unidad	Médico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escribe orden de la transfusión. ✓ Registra en la ficha. ✓ Hace Consentimiento Informado al paciente.
	Enfermera Matrona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibe la orden de la transfusión. ✓ Toma una muestra de sangre al paciente.
	Técnico paramédico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lleva la orden de la transfusión y la muestra a la UTM del Hospital.
Unidad Medicina Transfusional	Tecnólogo Médico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica que los datos del paciente sean correctos y realiza el procedimiento para preparar transfusión. ✓ Ya preparada la transfusión, la despacha, entregándola a Técnico Paramédico de la U.M.T.
	Técnico Paramédico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibe la transfusión y la orden de la transfusión, verificando que coincidan los datos. ✓ Lleva la transfusión, la orden y el equipo de trabajo al servicio clínico del Hospital
Servicio Clínico o Unidad	Técnico paramédico (UMT)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ubica al paciente en el servicio clínico del Hospital, verificando la correspondencia de los datos y realizándole una clasificación de sangre.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Servicio Clínico/ Unidad	Responsable	Actividades
Servicio Clínico o Unidad	Técnico paramédico (UMT)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instala la transfusión según protocolo. ✓ En pabellón la instalación de la transfusión será realizada por el médico anestesista. ✓ Ya instalada espera unos 5 minutos por si hay alguna tipo de reacción en el paciente con la transfusión. ✓ Registra en la ficha la instalación de la transfusión, tipo y grupo de sangre del hemocomponente, hora y firma. ✓ Entrega las instrucciones al personal encargado del paciente
	Técnico Paramédico (Servicio Clínico o Unidad)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibe las instrucciones sobre el paciente con transfusión (Nº de Unidades indicadas)
U. M.T.	Técnico Paramédico (UMT)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza los registros en la UTM., orden de transfusión, tarjeta individual del paciente. y en el libro de transfusiones. ✓ Debe realizar cada cierto tiempo verificaciones del procedimiento, visitando el paciente. ✓ Entrega la información de la transfusión del hemocomponentes instalado, acerca del paciente al turno siguiente de la UTM., el que también debe ir al servicio y verificar el correcto procedimiento.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Excepciones:

Sólo se acepta solicitud de transfusión verbal en los siguientes casos:

- a) Emergencia en una intervención quirúrgica en la Unidad de Pabellón.
- b) Recuperación Anestésica, por el médico anestesista.
- c) En la Sala de Partos por el médico residente gineco-obstetra.
- d) En la Unidad de Emergencia por el médico cirujano residente.
- e) Sin embargo las unidades solicitantes será responsables de hacer entrega de la orden de transfusión correspondiente, al término del procedimiento, a la UTM.

5.2 Monitoreo:

- ✓ Integrante del Comité de Calidad de la UTM.
- ✓ Encargada de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

5.3 Aplicación:

Médico Jefe de la Unidad de Medicina Transfusional y Comité de Medicina Transfusional.

	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

6. DEFINICIONES

Sangre Completa: contiene sangre con todos sus componentes. Cada unidad contiene 450 cc de sangre de un donante único y 60cc de una solución anticoagulante-nutriente. Su hematocrito es de aproximadamente 37%. Su uso ha disminuido desde que existen disponibles una amplia variedad de hemocomponentes que podemos utilizar en función de las necesidades específicas de cada paciente. Es deficitaria en factores de coagulación lábiles (V y VIII) debido al almacenamiento. Exigible compatibilidad grupo ABO y Rh.

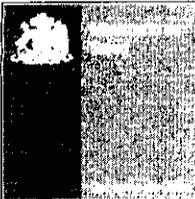
La transfusión de sangre completa tiene como objetivo reponer la pérdida aguda de la capacidad transportadora de oxígeno y volemia. Se privilegiará la indicación de concentrados.

Concentrados Eritrocitarios de Glóbulos: consiste en una suspensión de glóbulos rojos de donante único en un volumen de 300cc con un hematocrito entre 65% - 75% más 80cc de una solución 4:1 de plasma y solución anticoagulante - nutriente. Se administrará grupo sanguíneo compatible ó O-Negativo.

Su transfusión tiene por objetivo aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos como resultado de anemia, entregando al organismo una suficiente capacidad transportadora que restituya una función perturbadora. La transfusión de concentrado de glóbulos rojos no tiene por objetivo "Normalizar" hematocrito y/o hemoglobina

Concentrados Plaquetarios: su transfusión tiene por objetivo corregir la deficiencia cuantitativa o cualitativa de plaquetas en circunstancias en que existen hemorragia o posibilidad de ella consecuencia de la diferencia. Estas complicaciones aparecen, o son más acentuadas, a mayor intensidad de la trombocitopenia.

Crioprecipitado: cada unidad contiene de 10 a 50cc de una solución rica en factor VIII coagulante (factor VIII:C), Factor VIII Von Willebrand, (factor VIII:VW), Fibrinógeno (150 mg), fibronectina y factor XIII.

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Está indicado en la corrección de deficiencias hereditarias o adquiridas de factores VIII: VW, y fibrinógeno.

Su aporte disminuye en forma significativa el riesgo de hemorragias.

Plasma fresco congelado:

El plasma fresco congelado (PFC) contiene todos los factores de la coagulación presentes en el sujeto normal, en este caso, el donante de sangre. A diferencia del plasma fresco no congelado, contiene los factores lábiles (factores V y VIII). Tiende a corregir el tiempo de protrombina y T.T.P.K.

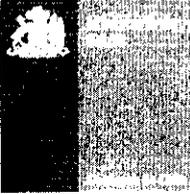
Trazabilidad en Medicina Transfusional:

Es un sistema organizado de registros, que permite ubicar e identificar la sangre y sus componentes en cualquier etapa del proceso, desde la donación hasta su destino final, sea transfusional o eliminación. Establece el vínculo entre la donación y el paciente receptor de la sangre.

7. DESARROLLO

7.1 Requisitos para la transfusión:

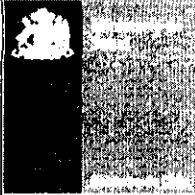
- ✓ La transfusión debe estar clínicamente indicada por un médico.
- ✓ La solicitud de Transfusión debe hacerse en formulario establecido por al unidad con todos los datos del paciente, en forma clara y precisa por el Médico con nombre y firma.
- ✓ Toda transfusión debe ir acompañada de un "Consentimiento Informado".

  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- ✓ Realizado por el médico que indica la transfusión. Si el paciente no esté en condiciones de expresar su voluntad, debe ser aplicado al familiar o tutor mas cercano.
- ✓ Ante el riesgo vital del paciente, y en ausencia de un familiar o tutor, se efectuará la transfusión, pues el riesgo de realizar esta acción es claramente muy inferior al riesgo de no hacerlo, bajo la responsabilidad del profesional que la indica.
- ✓ Toda indicación debe ir precedida de un estudio pre-transfusional que deben incluir exámenes inmuno hematológicos.

7.2 Preparación de la transfusión:

- ✓ Clasificar previamente la muestra del paciente.
- ✓ Seleccionar el producto a transfundir.
- ✓ Realizar los diferentes exámenes inmuno hematológicos previos a la Transfusión.
- ✓ Etiquetar el producto en forma correcta antes de despachar hacia los diferentes servicios clínicos.
- ✓ La instalación del producto sanguíneo a transfundir debe ser realizado por personal debidamente adiestrado.
- ✓ En toda transfusión se pueden esperar posibles reacciones adversas.
- ✓ Toda reacción adversa se debe informar al Médico y/o Personal del Servicio y debe quedar registro en la ficha y formulario de reacciones adversas.
- ✓ Previo a la Transfusión se deben investigar posibles reacciones adversas las que deben también ser registradas.

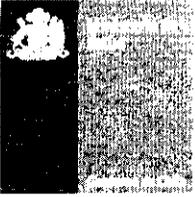
  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

7.3 Trazabilidad:

- ✓ La trazabilidad de la sangre comienza con la atención del donante, traslado de la sangre extraída al Centro Regional de Sangre (CRS.), procesamiento por este CRS. y el despacho como Hemocomponentes o Hemoderivado hacia las diferentes Unidades de Medicina Transfusional de cada hospital de la región.
- ✓ Cada UTM realiza los diferentes exámenes (grupo de sangre, pruebas de compatibilidad y anticuerpos irregulares) a cada Hemocomponentes para que sea compatible con el receptor de la transfusión y lo envía a los servicios clínicos y unidades de Apoyo clínico del centro hospitalario.
- ✓ El Transporte de la Sangre desde la UTM hacia el Centro Regional de Sangre y de los Hemocomponentes y/o Hemoderivados del CRS hacia la UTM deben mantener una Cadena de Frío.

7.4 Control y supervisión:

- ✓ Se debe controlar, supervisar y cautelar el uso del producto en todo momento por parte de la UTM del Hospital.
- ✓ Se debe establecer en todo momento, una comunicación entre la UTM y el Centro Regional de Sangre por posibles situaciones problemáticas, como son los despachos incompletos, retardo en el transporte, no cumplimiento de cadena de frío, etc.
- ✓ También se debe establecer una Comunicación y Hemovigilancia entre la UTM y los Servicios Clínicos, por posibles situaciones no deseadas.
- ✓ Se debe proteger en todo momento la confidencialidad de la Información acerca de la procedencia del producto (donante).

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- ✓ Se debe cautelar que todos los procesos de la Transfusión estén de acuerdo con la legalidad y con las Normas vigentes.
- ✓ Evaluar la actitud Transfusional a través de Informes Estadísticos e Indicadores.
- ✓ Toda Terapia Transfusional debe ser de costo eficiente, por lo que se debe Monitorear la eliminación de productos no conformes (Obsolescencia) y velar por la correcta indicación Médica.

7.5 Indicación de la sangre y de los diferentes hemocomponentes y hemoderivados:

- ✓ Se usa sangre total y Hemocomponentes de acuerdo a las siguientes indicaciones.

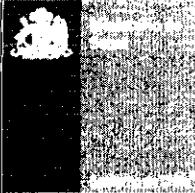
7.5.1 Sangre completa:

Indicaciones:

- a) Corrección de hemorragia activa con pérdida de volemia mayor de 50%.
- b) Circulación extracorpórea.
- c) Exanguíneo transfusión de neonatos.

Numero de Unidades:

- a) Una unidad de sangre completa aumenta los niveles de hemoglobina en 1 punto porcentual y aumenta el hematocrito en 3 puntos porcentuales, en un sujeto adulto de aproximadamente 70 kilos de peso una vez estabilizado el cuadro hemorrágico.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019
HOSPITAL DE LINARES		

7.5.2 Concentrados Eritrocitarios de glóbulos rojos:

Indicaciones:

- a)** Corrección de anemia sintomática o con signos de anemia tisular. Generalmente es necesaria y se indica con:
- ✓ Hemoglobina menor a 7 g/dl o Hematocrito menor a 21%.
 - ✓ Ocasionalmente se indica con valores de hemoglobina sobre 10 g/dl hematocrito mayor a 30%.
 - ✓ Entre ambos valores, esto es hemoglobina entre 7 y 10 g/dl y hematocrito entre 21 y 30%, la indicación dependerá del criterio clínico según síntomas y signos de hipoxia tisular.
 - ✓ En pacientes con cardiopatía isquémica, cuando existen condiciones de aumento de consumo de oxígeno.
 - ✓ Evaluar la indicación con valores de hemoglobina de 10 g/dl o menos.
- b) Corrección de anemia crónica sintomática, que no responde tratamientos específicos.**
- c)** Corrección de anemia aguda, pérdida de sangre mayor al 20% del volumen sanguíneo total, luego de normalizada la volemia.
- d)** En anemia peri operatoria, la transfusión solo está indicada previo a cirugía de urgencia en pacientes con anemia sintomática.
- e)** En pacientes con algún tipo de anemia que responde a terapia específica, se recomienda corregirla y operar en forma electiva.

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- f) La transfusión intraoperatoria sólo debe indicarse después de evaluar la cuantía del sangrado y estado clínico del paciente.
- g) Aquellos pacientes que, por la naturaleza de su enfermedad o por intensidad de su anemia, que requieran transfusiones frecuentes éstas deben administrarse al mínimo posible que compatibilicen una calidad de vida aceptable.

Número de Unidades:

Una unidad de concentrado incrementa la hemoglobina en 1 gr/dl y hematocrito en 3 a 4 %, medidos 24 hrs. postranfusión en una persona de 70 kilos.

El volumen a transfundir dependerá de la intensidad de la anemia, estado del sistema circulatorio y de la capacidad funcional cardíaca y renal. En anemias sintomáticas se requieren al menos 2 unidades de concentrados de glóbulos rojos.

En disfunciones renales y cardíacas, se recomienda sólo una Unidad de 24 Hrs. En pacientes en hemodiálisis que requieran transfusión, se recomienda durante o después de ella para evitar el riesgo de hipervolemia.

7.5.3 Concentrados plaquetarios:

Indicaciones:

La transfusión de concentrados plaquetarios está indicada en las diferentes circunstancias.

a) Transfusión terapéutica:

- ✓ Paciente con patología médica que presente hemorragia atribuible a trombocitopenia (recuento plaquetario inferior a 50.000 /ul).
- ✓ Pacientes quirúrgicos u obstétricos con hemorragias de la microcirculación y trombocitopenia.

		PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
			Característica: GCL 1.7 Versión: 3.0 Fecha versión: Enero 2014 Vigencia: Enero 2019

- ✓ Pacientes con transfusión masiva, con hemorragia de la microcirculación, y recuento de plaquetas inferior a 50.000/ul.
- ✓ Pacientes con trombocitopatía y hemorragia de la microcirculación, aun cuando el recuento de plaquetas sea normal.

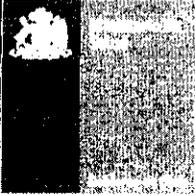
b) Transfusión profiláctica (pacientes sin hemorragia activa):

- ✓ Pacientes de patología médica cuyo recuento plaquetario esta por de debajo de los 10.000 / ul, sin hemorragia evidente. Puede indicarse con recuentos mayores si existen otras coagulopatías asociadas.
- ✓ Pacientes quirúrgicos y obstétricos con recuento plaquetario menor a 50.000 /ul. Para recuentos entre 50.000 /ul y 100.000 /ul su indicación depende de la potencial gravedad de la hemorragia.
- ✓ Procedimientos invasivos (tales como punción lumbar, instalación de catéter vasculares centrales y biopsias) en pacientes con recuento plaquetario menor a 50.000 / ul.

c) Contraindicaciones:

No está indicada la transfusión de plaquetas en las siguientes situaciones:

- ✓ Si la trombocitopenia es por destrucción, debido a anticuerpos (como en el Púrpura Trombocitopénico idiopático), a menos que amenace la vida y exista sintomatología que sugiera la inminencia de accidente vascular encefálico hemorrágico (generalmente recuento plaquetario menor a 10.000/ul).

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- ✓ Trombocitopenia médica, sin hemorragias, con recuentos plaquetarios mayores a 20.000/ul.
- ✓ Trombocitopenia quirúrgica y obstétricas, sin hemorragia, con recuentos mayores a 100.000/ul.
- ✓ Púrpura trombocitopénico trombótico.
- ✓ Púrpura trombocitopénico post-transfusional.

Número de Unidades:

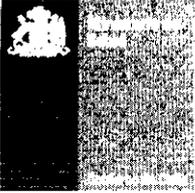
Una unidad de concentrado Plaquetario preparado de una unidad de sangre completa de un donante al azar, eleva el recuento en 6.000/ul por m² de superficie corporal. Una unidad de concentración plaquetario obtenido por aféresis equivalente a las unidades preparadas con sangre de 6 a 8 donantes de sangre completa.

En general, la indicación es una unidad de concentrado plaquetario por cada 10 Kg., de paciente. En pacientes con fiebre, sepsis, esplenomegalia, el rendimiento post-transfusional se encuentra disminuido, por lo que la dosis a transfundir debe aumentarse, en general,, en a lo menos 20%. Si no se produce respuesta clínica satisfactoria debe efectuarse recuento plaquetario una hora y 24 horas post transfusión.

7.5.4 Crioprecipitados:

Indicaciones y profilaxis:

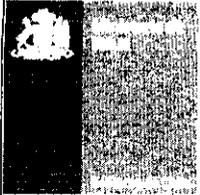
- ✓ Manejo de pacientes hemofílicos en ausencia de concentrados liofilizados de factor VIII.
- ✓ Tratamiento de situaciones hemorrágicas y profilácticas odontológicas, quirúrgicas y procedimientos médico.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- ✓ La hemofilia tiene normas terapéuticas específicas. Para ello consultar la Normativa del Programa de Hemofilia y afines (MISNAL-1999 o la versión más actualizada de este documento).
- ✓ Profilaxis peri operatoria y periparto en pacientes portadores de déficit de fibrinógeno y disfibrinogenemias; enfermedad de Von Willebrand, que no responde al DDAVP (tipo I Ib) o no se cuenta con este medicamento.
- ✓ Profilaxis quirúrgica (incluyendo biopsias) y hemorragias en pacientes urémicos.
- ✓ Manejo de hemorragias en pacientes portadores de enfermedad de Von Willebrand cuando no se dispone de la terapia de elección tales como DDAVP (o su uso está contraindicado: Tipo I Ib) o liofilizado factor VIII rico en factor Von-Willebrand.
- ✓ Corrección de hemorragia de la microcirculación, en transfusión masiva, con fibrinógeno menor a 100 mg/dl o cuando su concentración no pueda ser medida.
- ✓ Terapia de reemplazo en pacientes con déficit de factor XIII.

Número de Unidades:

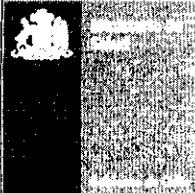
La unidad de crioprecipitado por cada 10 Kg. del paciente eleva el nivel de factor VIII en 20% y el nivel de fibrinógeno en aproximadamente 50 mg/dl. Una unidad de crioprecipitado de donante al azar contiene entre 80 a 100 U.I de factor VIII:C y 100 mg/dl del fibrinógeno.

  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

7.5.5 Transfusiones de Plasma Fresco Congelado (PFC):

Indicaciones:

- ✓ Tratamiento de hemorragia, o disminución de su riesgo, en pacientes con coagulopatías.
- ✓ Manejo de hemorragia secundaria a terapia anticoagulante tales como warfarinas y acenocumarol.
- ✓ Corrección de déficit conocidos de factores de coagulación (Ej.: Déficit de factor IX en hemofilia). Cuando no hay disponibilidad de sus concentrados liofilizados. También puede utilizarse el plasma conservado en el tratamiento de la hemofilia. Para el manejo de la hemofilias, refiérase a la normativa del Programa de hemofilia y afines (Normas de Manejo Clínico de la Hemofilias, MINSAL-199 o la versión más actualizada de este documento).
- ✓ Manejo de hemorragias de la microcirculación si el tiempo de protrombina o el TTPK es mayor a 1.5 veces normal.
- ✓ Corrección de hemorragias de la microcirculación en pacientes con trasfusión masiva (mayor volumen sanguíneo en 12 hrs) y no se encuentra rápidamente con cifras de tiempo de protrombina y TTK.
- ✓ Terapia de reemplazo en pacientes con déficit de antibrombina III, proteína C, proteína S en ausencia de sus concentrados.
- ✓ Manejo del púrpura trombocitopénico trombótico.

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Número de Unidades:

La dosis a aportar debe permitir alcanzar a más o menos el 30% de la concentración del factor plasmático en déficit, ello se consigue con 10 a 15 ml de PFC por kilo de peso del paciente. En hemorragia por tratamiento de anticoagulante oral el requerimiento es menor: 5 a 8 ml/kg de PFC.

Contraindicaciones:

El uso de PFC no está indicado para aumentar el volumen plasmático o la concentración de albúmina, por ejemplo en la cirrosis hepática.

7.6 Consideraciones especiales para la transfusión en el paciente pediátrico:

7.6.1 Transfusión de sangre completa:

- ✓ Debe referirse el uso de sangre reconstituida en lugar de la sangre completa. Su uso es en sanguíneo transfusión en le recién nacido que tenga las indicaciones clínicas específicas y en cirugía con circulación extracorpórea.

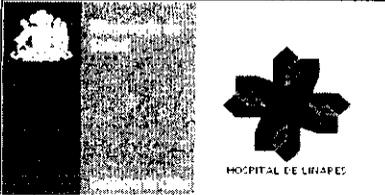
Numero de Unidades:

Dependiendo del peso volemia y talla del RN, será el volumen a indicar, reconstituyendo una unidad de glóbulos rojos leucoreducidos y filtrados en una unidades de plasma fresco congelado previa prueba de compatibilidad con muestra de la madre.

7.6.2 Transfusión de concentrados Eritrocitarios:

Indicaciones El Recién nacido:

- ✓ Hemoglobina venosa menor a 13.0 g/dl en el recién nacido de menos de 24 horas de vida.

	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Indicaciones en lactantes menores a 4 meses.

- ✓ Hemoglobina menor a 8.0 g/dl en recién nacido estable con manifestaciones clínicas de anemia (taquicardia, taquipnea, apnea recurrente, dificultad para alimentarse y pobre incremento de peso).
- ✓ Pérdida aguda de mayor al 10% del volumen asociado a shock, una vez recuperada la volemia.
- ✓ Pérdida por flebotomía para exámenes, cuando el volumen acumulativo excede el 10% del volumen sanguíneo en un período de una semana.
- ✓ Hemoglobina entre 8 y 13 g/dl asociada a insuficiencia respiratoria severa, cardiopatía cianótica o insuficiente cardíaca.

Indicación en lactante mayor de 4 meses:

- ✓ Son iguales a las del adulto.

Número de Unidades:

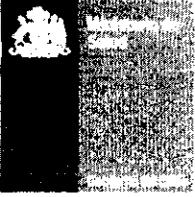
La transfusión de 10 cc/kg eleva el hematocrito entre 6 y 10% y la hemoglobina entre 2 y 3 g/dl medido a las 24 horas.

7.6.3 Transfusión de concentrados plaquetarios:

Profilaxis:

Indicadores en RN. prematuros (edad gestacional menor que 37 semanas).

- ✓ Recuento plaquetario menor que 50.000 / ul en prematuro estable.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

- ✓ Recuento plaquetario menor que 100.000/ul en prematuro con historia de asfixia perinatal, pero de nacimiento menor que 1.000 grs., necesidad de ventilación asistida con contenido de oxígeno inspirado mayor que 40%. Aquellos clínicamente inestables o con signos de sepsis.
- ✓ **En el resto de los pacientes pediátricos**, las indicaciones de transfusión profiláctica y terapéutica de concentrados plaquetarios son iguales al adulto.

Número de Unidades:

Una U. de concentrado plaquetario /10 kg eleva el recuento en 50.000/ul.
Una U. de concentrado plaquetario/m2 eleva el recuento en 100.000/ul.

7.6.4 Transfusión de plasma fresco congelado:

Indicadores: son iguales a las del adulto.

Número de Unidades:

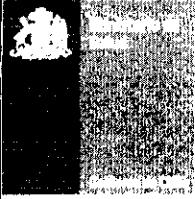
Una unidad de PFC contiene una U.I. /ml de cada factor de la coagulación.

7.6.5 Transfusión de crioprecipitado:

Indicaciones: son iguales a las del adulto

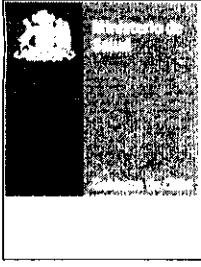
Número de Unidades:

Una unidad de crioprecipitado (una bolsa) contiene entre 80 y 100 U.I. de factor VIII.

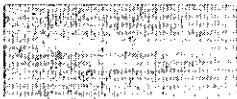
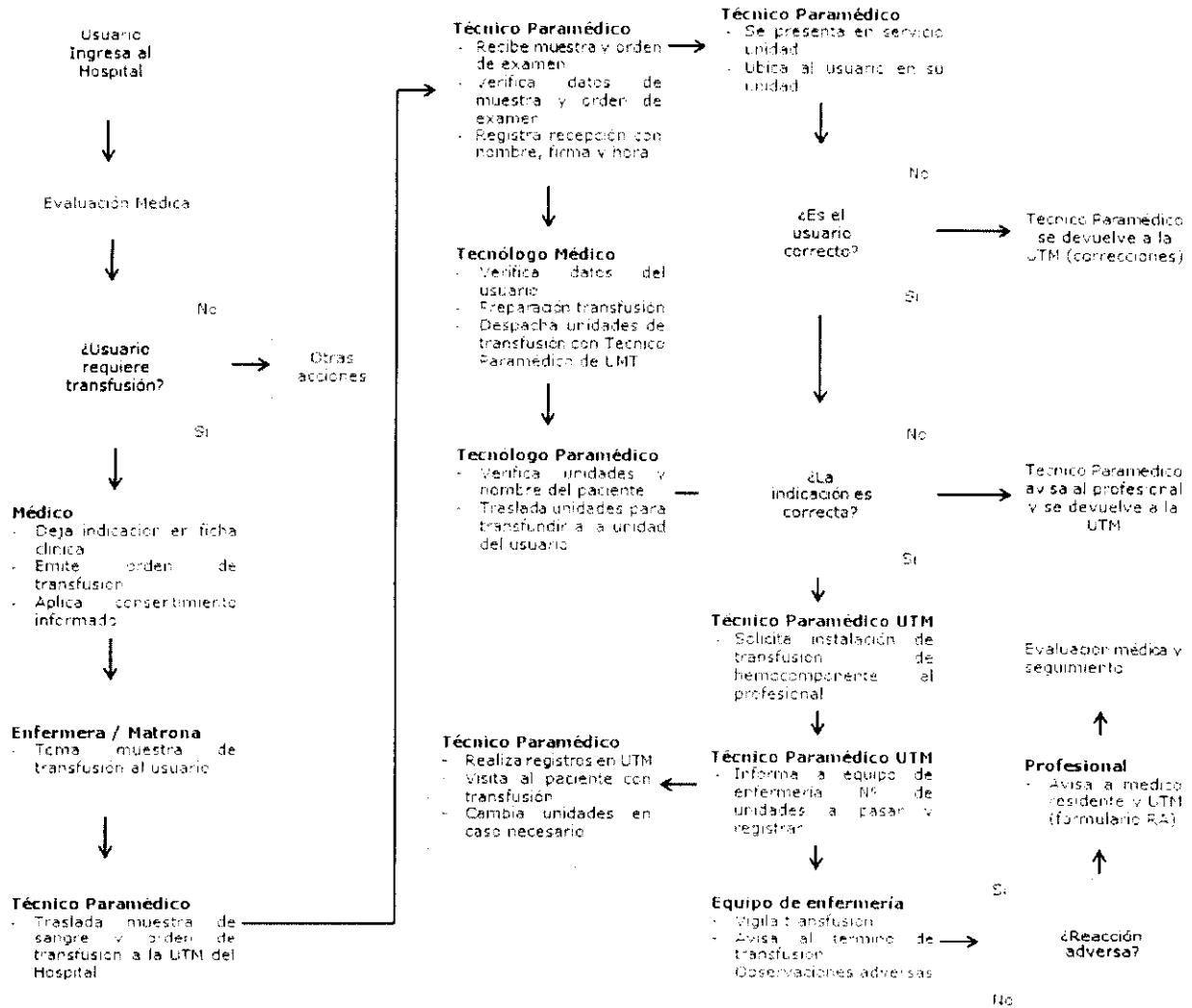
  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

8. DISTRIBUCIÓN

- ✓ Pabellones Quirúrgicos
- ✓ Centro Responsabilidad Quirúrgico
- ✓ Centro Responsabilidad Médico
- ✓ Centro Responsabilidad Pediátrico
- ✓ Unidad de Paciente Crítico Adulto
- ✓ UTI Adulto
- ✓ UTI Pediátrica
- ✓ Unidad de Paciente Crítico Pediátrico
- ✓ Centro Responsabilidad Gineco-Obstétrico
- ✓ Unidad de Emergencia
- ✓ Dirección
- ✓ Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente

	 HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS	Código: UMT-01
			Característica: GCL 1.7
			Versión: 3.0
			Fecha versión: Enero 2014
			Vigencia: Enero 2019
HOSPITAL DE LINARES			

9. FLUJOGRAMA



 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	<p>PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS</p> <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	Código: UMT-01
			<p>Característica: GCL 1.7</p> <p>Versión: 3.0</p> <p>Fecha versión: Enero 2014</p> <p>Vigencia: Enero 2019</p>

10. INDICADOR Y UMBRAL DE CUMPLIMIENTO

Definición del Indicador	Porcentaje de pacientes que han sido transfundidos según criterios definidos en el protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Formula	$\frac{\text{Nº de pacientes transfundidos en el servicio x (*) y que cumplen con los criterios definidos en el protocolo en el periodo}}{\text{Nº total de pacientes transfundidos en el servicio x (*) en el mismo periodo}} \times 100$
Umbral	80%
Fuente de dato	Ficha clínica DAU de urgencia
Periodicidad	TRIMESTRAL
Responsable	Jefe de UMT y encargado de calidad de la unidad

(*) PABELLÓN-UCI UTI-URGENCIA

Definición del Indicador	Porcentaje de pacientes que han sido transfundidos según criterios definidos en el protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Formula	$\frac{\text{Nº de pacientes transfundidos según protocolo local en el periodo}}{\text{Nº total de pacientes transfundidos en el mismo periodo.}} \times 100$
Umbral	80%
Fuente de dato	Ficha clínica DAU de urgencia
Periodicidad	PREVALENCIA MENSUAL
Responsable	Jefe de UMT y encargado de calidad de la unidad

	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

11. PAUTA DE COTEJO

Monitoreo Cumplimiento Normas de Indicación y Uso de Hemocomponentes

Servicio o Unidad: _____ Fecha: _____

Nº	Nombres del Paciente	RUT	Ficha Clínica	Transfusión indicada por el médico		Indicación de HC de acuerdo a norma		Cumple (100%)	No cumple (< 100%)
				Si	No	Si	No		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Aplicado por: _____

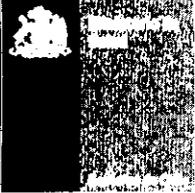
 <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	<p>PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS</p> <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

12. ANEXO

ANEXO I

Indicación de Hemocomponentes y Número de Unidades

HEMOCOMPONENTE
<p>GLÓBULOS ROJOS</p> <p>Anemia Crónica Hgb 6 Anemia Aguda Hgb 7 Comorbilidad cardiorespiratoria Hgb 8-10 RN <24 hrs Hgb 13 Lactante cardiopatía o insuficiencia respiratoria Hgb 8-12 Dosis Adultos: Anemia sintomática al menos 2 unidades Nefropatía o cardiopatía 1 unidad en 24 hrs. Dosis pediátrica 10 cc/kg</p>
<p>PLAQUETAS</p> <p>Pacientes estable plaquetas <10000 Factor de riesgo asociado (sepsis , etc)<20000 Previo a procedimiento o cirugía <50000 Previo a neurocirugía o politraumatizado <100000 Prematuro estable <50000 Prematuro inestable <100000 Dosis 1 unidad por 10kg de peso</p>
<p>PFC</p> <p>Hemorragias por anticoagulantes, déficit de antitrombina III, proteínas C y S, protrombina o TTPK >1.5 veces del tiempo normal Dosis: 10-15 cc/Kg</p>
<p>CRIOPRECIPITADO</p> <p>Hemorragia en hemofilia si no hay liofilizado de Fx VIII Hemorragia en VW si no hay DDAVP Terapia de reemplazo en deficiencia de factor XIII Dosis: 1 unidad cada 10 Kg. de peso.</p>

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____

Identificado con C.I. _____ y/o con el número de identificación personal (Nº) _____

He sido informado por _____

Que dado el diagnóstico de _____

Debo ser sometido a _____

Se me ha informado del **objetivo, las características y beneficios** del procedimiento, así como de sus **potenciales riesgos**.

Se me han explicado las consecuencias que tendría para mi salud el no realizar este procedimiento.

He sido informado que en el caso de intervenciones quirúrgicas podría esta ser realizada por otro médico de mismo equipo quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Estoy informado de que puedo revocar este consentimiento comunicándose al profesional tratante, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de paciente o usuario.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria (márquese con una X la opción tomada):

Acepto	
No acepto	

Firma del paciente o
Nombre y firma del responsable legal

Nombre y Firma del Profesional

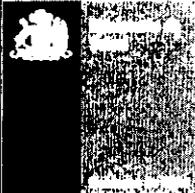
Fecha

Unidad/Servicio

REVOCATORIA: Mediante la presente tengo a expresar mi revocatoria al consentimiento informado otorgado más arriba.

Firma y RUT de paciente o responsable legal

Fecha

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7 Versión: 3.0 Fecha versión: Enero 2014 Vigencia: Enero 2019

ANEXO II

Consentimiento Informado Transfusión de Componentes

Información general:

Durante su ingreso hospitalario puede ser necesario la transfusión de sangre u hemocomponentes como Glóbulos Rojos, Plaquetas o Plasma, bien porque se precise una intervención quirúrgica, o bien porque tenga una enfermedad que requiera de transfusiones.

Cuando su médico ha decidido indicarle una transfusión, es porque ha calculado que el riesgo de realizar esta acción es claramente muy inferior al riesgo de no hacerlo. Sin embargo usted como paciente y/o familiar tiene el derecho a conocer estos riesgos y de decidir informadamente si acepta o no esta terapia.

¿En que consiste una transfusión sanguínea?

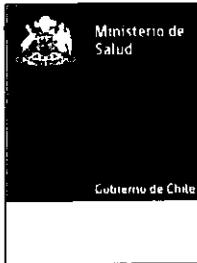
La transfusión consiste en la administración de sangre humana o de alguno de sus hemocomponentes con Glóbulos Rojos, Plaquetas o Plasma, a través de una vena del paciente (como si fuera suero).

¿Cuáles son los riesgos de la transfusión sanguínea?

La sangre o hemocomponentes que el paciente recibirá procede de personas sanas, que han pasado por diversas pruebas para donar su sangre, por lo tanto es segura.

Toda la sangre recibida ha sido analizada para el virus del SIDA, de la Hepatitis B y C, además de la enfermedad de Chagas y el virus de HTL-1. Pese a ello existe una remotísima posibilidad de contagio de 2-3 por millón para Hepatitis B o C, lo cual equivaldría a un contagio cada 50 a 100 años en este Hospital.

Otro riesgo, es que el receptor sufra algún tipo de reacción de rechazo, que aún más frecuentes, son casi siempre leves.



**PROTOCOLO
INDICACIÓN DE
TRANSFUSIÓN, MANEJO
DE HEMOCOMPONENTES
Y HEMODERIVADOS**

HOSPITAL DE LINARES

Código: UMT-01
Característica: GCL 1.7
Versión: 3.0
Fecha versión: Enero 2014
Vigencia: Enero 2019

ANEXO 3

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD - MAULE
HOSPITAL BASE LINARES

TIMBRE PREVISIÓN:

GRUPO /RH

SÍRVASE TRANSFUNDIR: 1 2 3 4 5 6 7 8 UNIDADES ó VOLUMEN..... CC

GLÓBULOS ROJOS **PLAQUETAS** **PLASMA F.C.** **CRIOPP** **SANGRE**

AL PACIENTE: GRUPO /RH MADRE.....
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 RUT SEXO F. DE NACIMIENTO EDAD JONO USUARIO.....
 SERVICIO SALA CAMA Nº FICHA.....
 DIAGNOSTICO..... CODIGO.....

TIPO DE INDICACIÓN: **INMEDIATA** **URGENTE** **NO URGENTE** **ELECTIVA**

MOTIVO DE LA URGENCIA:

HA RECIBIDO TRANSFUSIONES EN ESTA HOSPITALIZACIÓN: **SI** **NO**

REACCIÓN EN LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: **SI** **NO**

FECHA RECuento: ERITROCITOS: X 10⁶ /dL GLÓBULOS BLANCOS: X 10³ /dL
 HEMATOCRITO: % HEMOGLOBINA: GR/dL PLAQUETAS: X 10³ /dL

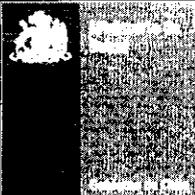
PROFESIONAL EXTRACCIÓN MUESTRA
 NOMBRE
 FIRMA
 HORA
 FECHA

MEDICO
 FIRMA MEDICO EMISOR DE ORDEN:
 NOMBRE MEDICO EMISOR DE ORDEN:
 FECHA EMISION DE ORDEN:
 HORA EMISION DE ORDEN:
 PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SI NO
 CONSENTIMIENTO INFORMADO SI NO
 PREMEDICACION SI NO

NOMBRE
 FIRMA
 HORA
 FECHA

FIRMA MEDICO EMISOR DE ORDEN:
 NOMBRE MEDICO EMISOR DE ORDEN:
 FECHA EMISION DE ORDEN:
 HORA EMISION DE ORDEN:
 PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: **SI** **NO**
 CONSENTIMIENTO INFORMADO: **SI** **NO**

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: SI NO
 PREMEDICACION: SI NO

  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOKOLO INDICACION DE TRANSFUSION, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

EXCLUSIVO UNIDAD MEDICINA TRANSFUSIONAL

RECEPCIONADO POR:

FIRMA RECEPCIÓN.....FECHA.....HORA.....

CONFIRMACIÓN (IN VITRO): GRUPO / RH.....FECHA.....NOMBRE.....FIRMA.....

CONFIRMACIÓN (IN VIVO): GRUPO / RH.....FECHA.....NOMBRE.....FIRMA.....

DESPACHO 1: N°.....FECHA.....HR.....NOMBRE.....FIRMA.....

DESPACHO 2: N°.....FECHA.....HR.....NOMBRE.....FIRMA.....

CONSENTIMIENTO: SI NO PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: SI NO

GRUPO/RH Y N° DE UNIDADES A TRANSFUNDIR:

1N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

2N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

3N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

4N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

5N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

6N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

7N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

8N°.....VOL.....ml H.COMP.....G/RH.....FECHA.....HR.....FIRMA.....

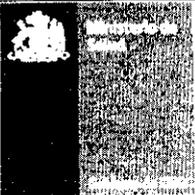
INCONVENIENTES MECÁNICOS:

CONTROL TRANSFUSIÓN: FECHA.....HORA.....FIRMA.....

REACCIÓN ADVERSA: SI NO FECHA...../...../.....HORA.....FIRMA.....

OBSERVACIONES:

.....

  <p>HOSPITAL DE LINARES</p>	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

ANEXO IV

Reacciones adversas a la transfusión de hemocomponentes y/o hemoderivados

Agudas mediadas por inmunidad:

1. Reacción hemolítica aguda
2. Reacción febril (inducida por Leucocitos o citosina)
3. Aloinmunización a Leucocitos o plaquetas
4. Reacciones alérgicas
5. Daño pulmonar relacionado con transfusión (TRALI)
6. Anafilaxia aguda por anti-IgG

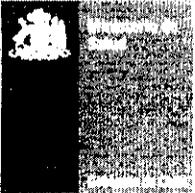
Tardías mediadas por inmunidad:

1. Reacción hemolítica aguda
2. Formación de nuevo anticuerpo
3. Púrpura postransfusional, su presentación es rara
4. Enfermedad injerto contra huésped cuya frecuencia es desconocida
5. Inmuno supresión cuya frecuencia es desconocida

Agudas NO mediadas por inmunidad:

1. Sobrecarga circulatoria
2. Contaminación bacterial de la Unidad
3. Unidad bemoilizada mecánicamente
4. Unidad bemoilizada por calentamiento inapropiado
5. Unidad bemoilizada por cambio osmótico
6. Trombopatía inducida por unidad muy fría

Crónicas NO mediadas por inmunidad: Hemosiderosis postransfusional.

  HOSPITAL DE LINARES	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

Infecciones virales (CMV, HAV, HBV, HCV, HGV, HTLV-1 / II, HIV-1, HIV) Parásitos (Plasmodium especies, Babesia microti, Tripanosoma cruzi, Leishmania especies)

ANEXO 5

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL (UN FORMULARIO POR CASO)

1. Servicio de Salud _____
2. Inst. donde se hizo la transfusión _____
3. Inst. donde se diagnosticó el caso _____
4. Reacción transfusional (marque la apropiada) _____

Reacción Hemolítica	Lumbalgia	()	Cianosis	()
	Hemoglobinuria	()	Shock	()
	Calofrío	()	Hipertermia	()

Reacción pirogénica

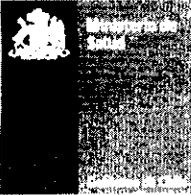
Urticaria ()
Otra ()

- 4.1 Fecha de diagnóstico: _____
- 4.2 Criterio utilizado para hacer el diagnóstico: _____

5. Criterio utilizado para atribuir la reacción a la transfusión (cuadro clínico, exámenes de laboratorio, etc.). Además, siempre explicita el criterio utilizado para descartar que la reacción haya sido previa a la transfusión.

6. Datos sobre el (la) paciente:

- 6.1 Nombre completo _____
- 6.2 Edad _____
- 6.3 Sexo _____
- 6.4 Diagnóstico principal de ingreso _____
- 6.5 Motivo por el que fue transfundido(a) _____
- 6.6 Falleció: Sí () No ()
- 6.7 Causa de Muerte: _____

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

7. Historia transfusional (indique con una "X" la transfusión que se sospecha o sabe está implicada en la reacción).

Tipo y cantidad de producto transfundido	Fecha transfusión	Banco de Sangre de Sangre

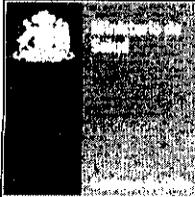
8. Sobre la sangre utilizada, registre el resultado de los exámenes Inmunológicos realizados a la sangre utilizada presumiblemente implicada. Registre sólo la información implicada. Utilice (-) negativo o no reactivo y (+) positivo o reactivo, (N) no estudiado en el momento de la transfusión.

Grupo de sangre () RH () ACs. Irregulares ()
Pruebas cruzadas () T. Coombs directo ()

9. Sobre el control de calidad de las técnicas de laboratorio. Registre la fecha y resultado del último control de calidad de inmunohematología (previo a la transfusión implica) realizado por el Instituto de Salud Pública.

10. Nombre y firma de (llene todos los espacios)

- Médico responsable del Banco de Sangre del que proviene la sangre utilizada: _____
- Médico que hizo diagnóstico de la reacción transfusional: _____
- Médico que indicó la transfusión: _____
- Médico que notifica el caso: _____

 	PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS HOSPITAL DE LINARES	Código: UMT-01
		Característica: GCL 1.7
		Versión: 3.0
		Fecha versión: Enero 2014
		Vigencia: Enero 2019

11. Médico que notifica el caso _____

12. Firma del Médico _____

13. REVISIONES

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en	Nº Versión
2	Noviembre 2012	Se actualiza: <ul style="list-style-type: none"> • Formato • Objetivo • Alcance • Indicación de unidades • Consentimiento informado • Se incorpora definiciones 	Resolución exenta	2.0