

HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R.
CHILE CHICO

Protocolo de Indicación de Transfusión

CÓDIGO
PROT.GCLL.72017-2

Nº RESOLUCIÓN
1764

Vigencia
5 años

Nº Edición
2

Página 1 de 21

PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

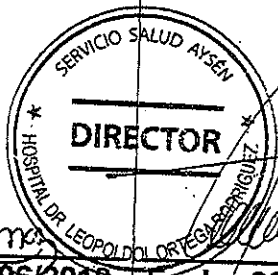
Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
Natalia Sanhueza Palma Médico EDF Jefa de Urgencias Fecha: 12/09/2017	Natalia Sanhueza Palma Médico EDF Jefa de Urgencias	Rocío Gómez Rossel Enfermera Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Manuel Rodríguez Ortubia Director
Actualiza 2ª Edición Gonzalo Millalén Kleinknecht Tecnólogo Médico Encargado UMT(s)			
Fecha: 11/06/2018 Modificaciones	Fecha: 20/06/2018	Fecha: 28/06/2018	Fecha: 03/07/2018
Distribución	Servicio Hospitalizados, Urgencias, Dirección, OCSP, Laboratorio, Archivo.		



GCLL

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



 <p>Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo</p> <p>Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 2 de 21</p>				

RESOLUCION EXENTA N° 1764 /

Chile Chico, 03 de Julio de 2018.

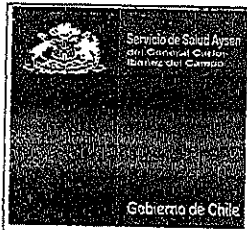
VISTOS ESTOS ANTECEDENTES; Solicitud de encargada de Calidad y Seguridad del Hospital de contar con resolución de aprobación de "Protocolo de Indicación de Transfusión", el DFL N° 1 del Ministerio de Salud y su reglamento orgánico; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República; las facultades delegadas por DL. 2763/79, Art. 12 y su Reglamento Orgánico aprobado por D.S. 140/2004 del Ministerio de Salud, Decreto N° 55 del 12 de julio de 2018 del Ministerio de Salud, Resolución Exenta N° 1116 del 10-04-2018 de Directora del Servicio de Salud Aysén: dicto la siguiente:

RESOLUCION:

- 01.- **MODIFIQUESE** Resolución N° 800 del 12 de septiembre de 2018.
02. **APRUEBESE** a contar de la presente fecha "**Protocolo Indicación de Transfusión 2ª Edición del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez**", texto que es del siguiente tenor literal.

09 ABR. 2019

JULIETA RIVERA CHAVEZ
AMH CALIDAD SALUD



Servicio de Salud Asesor
del Central de Chile
Batería del Camino



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R.
CHILE CHICO

Protocolo de Indicación de Transfusión

CÓDIGO
PROT.GCL1.72017-2

Nº
RESOLUCIÓN
1764


Vigencia
5 años

Nº Edición
2

Página 3 de 21

Índice

Título	Página
Introducción	4
Objetivos	5
Responsables	5
Alcance	5
Excepciones	5
Terminología	6
Actividades a realizar	7
Referencias bibliográficas	11
Evaluación	11
Indicadores	12
Control de Cambios	13
Diagrama de Flujo	14
Anexos	15

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO	CÓDIGO PROT.GCLL72017-2	Nº RESOLUCIÓN 1764
	Protocolo de Indicación de Transfusión	Vigencia 5 años	Nº Edición 2
Página 4 de 21			

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la transfusión de hemoderivados es corregir los defectos transitorios del transporte de oxígeno, así como defecto de los componentes celulares o plasmáticos del sistema de coagulación.

La decisión de realizar una transfusión debe ser individualizada, ya que en ocasiones se desencadenan reacciones adversas que pueden ser leves hasta comprometer la vida del paciente, por lo cual debe evaluarse riesgos versus beneficio.

El procedimiento debe ser oportuno, además de cumplir un estándar de calidad y seguridad ser oportuna.

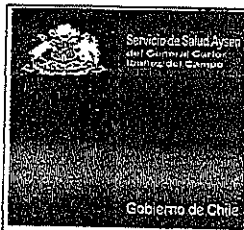
Para dar cumplimiento a lo anterior el Hospital Regional de Coyhaique nos provee de un stock de hemoderivados debidamente fiscalizados en caso de urgencias y nuestro establecimiento analiza a los receptores en caso de necesitar una transfusión.

2. OBJETIVO

Mantener normas claras y precisas sobre la indicación de transfusiones de hemoderivados, para mantener una práctica de salud segura para los pacientes que reciben transfusiones.

2.1 Objetivos Específicos

- Disminuir la ocurrencia de efectos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos, reduciendo el número de transfusiones innecesarias.



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R.
CHILE CHICO

Protocolo de Indicación de Transfusión

CÓDIGO
PROT.GCLL.72017-2

Nº
RESOLUCIÓN
1764

Vigencia
5 años

Nº Edición
2

Página 5 de 21

3. RESPONSABLES

Responsable / Función	Médico Jefe Urgencias	Enfermera Supervisora Urgencias	Médicos	Técnicos de Enfermería de Turno	Tecnólogo Médico
Cumplir y aplicar protocolo.	X	X	X	X	X
Actualizar Protocolo					X
Supervisión Mensual					X
Evaluación Trimestral					X

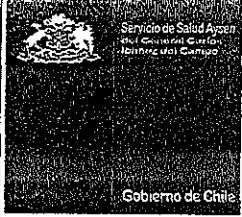

4. ALCANCE

Aplica a todo usuario que se le indique transfusión de hemoderivados en el Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.
El presente protocolo debe ser aplicado por médicos, enfermeras, tecnólogos médicos y técnicos paramédicos en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.

5. EXCEPCIONES



No hay

09 ABR. 2019
JULIETA RIVERA CHAVEZ
AMH CALIDAD SALUD

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO	CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2	Nº RESOLUCIÓN 1764
		Protocolo de Indicación de Transfusión	Vigencia 5 años	Nº Edición 2
Página 6 de 21				

6. TERMINOLOGIA

- Abreviaturas:
 - **HRC:** Hospital Regional de Coyhaique.
 - **SOCHHEM:** Sociedad Chilena de hematología.
 - **RAT:** Reacción Adversa a Transfusión.
 - **FC:** Ficha Clínica.
 - **TENS:** Técnico de Enfermería de Nivel Superior.
 - **Hb:** Hemoglobina
 - **HTO:** Hematocrito
- **Transfusión sanguínea:** Corresponde a la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (recetor); la cual puede salvar la vida de un paciente en determinadas circunstancias.
- **Hemoderivado:** Es todo aquel tejido que se deriva o separa a partir de la sangre, la que generalmente se obtiene de una centrifuga en un laboratorio. De cada centrifugación se obtienen distintos hemocomponentes como glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado.
- **Estudio pretransfusional:** son los procedimientos realizados por los servicios de transfusión o los bancos de sangre, previos a la transfusión, con el fin de asegurar la selección adecuada de la unidad de sangre o los componentes a transfundirse.

 <p>Servicio de Salud Asesora del Callejón Central El Barro del Campo Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO	CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2	Nº RESOLUCIÓN 1764
		Protocolo de Indicación de Transfusión	Vigencia 5 años	Nº Edición 2
Página 7 de 21				

7. ACTIVIDADES A REALIZAR


7.1 Generalidades

Este establecimiento solo dispone en su stock de 3 unidades de Glóbulos Rojos Grupo O+, por lo cual nuestro protocolo solo hace referencia a situaciones que pueden ser tratadas con este producto. Por lo tanto, los pacientes de alta complejidad, en los que se requiera un estudio más profundo y/o el uso de otro hemoderivado como plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco congelado, serán derivados al HRC.

7.2 Criterios de Indicación de Transfusión

- **CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS**
 - **Contenido:**
 - Volumen: 300 ml
 - Hematocrito: 55 - 75%
- **Indicaciones**
 - Anemia sintomática o con signos de hipoxia tisular:
 - Pacientes con patología no quirúrgica con Hto < 21 % y/o Hb < 7 g/dl.
 - Pérdida de Sangre Aguda > 20% de la volemia o 150 ml/min.
 - Pérdida de Sangre Aguda con Hto < 24 % y/o Hb < 8 g/dl.
 - En enfermedad coronaria o cerebrovascular con Hto < 24% y/o Hb < 8 g/dl.
 - Se excluyen indicaciones quirúrgicas ya que como hospital de baja complejidad, no están indicadas las cirugías mayores o de alto riesgo.
 - En pacientes pediátricos la transfusión será en anemia sintomática con Hb menor a 7 g/dl.
 - En caso de alguna patología crónica descompensada por anemia y si las unidades disponibles están por vencer, serán utilizadas para evitar derivación al HRC.

09 ABR. 2019
 JULIETA RIVERA CHAVEZ
 AMH CALIDAD SALUD

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO Protocolo de Indicación de Transfusión	CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2	N° RESOLUCIÓN 1764
		Vigencia 5 años	N° Edición 2
Página 8 de 21			

7.3 Número de Unidades a transfundir

- Según la guía 2017 de la SOCHHEM la dosis de transfusión de GR es de 1 unidad en un paciente estable y esto aumentará el hematocrito en un 3% y la Hb en 1 Gr/, en un paciente de 70 kg. Sólo en situaciones clínicas especiales tales como: paciente inestable hemodinámicamente y/o sangrado activo, la indicación puede ser mayor a 1 unidad de GR.
- Tener en cuenta que en pacientes pediátricos la dosis recomendada de glóbulos rojos es de 10-15 ml/kg y que 10 ml/kg aumenta la Hb en 3 grs y el Hto en 6-10%.
- Pacientes sobrecargados de volumen o en riesgo de sobrecarga, como en insuficiencia renal crónica y en cardiopatías, se recomienda transfundir no más de una unidad en 24 horas.


JULIETA RIVERA CHAVEZ
 ANMH CALIDAD SALUD
 09 ABR. 2019

7.4 Preparación de la Transfusión

- Clasificar previamente la muestra del paciente.
- Seleccionar el producto a transfundir: en el Hospital de Chile Chico sólo contamos con un stock de 3 unidades de glóbulos rojos O Rh+.

7.5 Procedimiento

- La solicitud de Transfusión debe realizarse en formulario correspondiente, con todos los datos del paciente, en forma clara, legible por el Médico con su nombre y firma. Se aceptará indicación verbal sólo en los casos descritos en el punto 5 de este documento.
- Toda indicación debe ir precedida de un estudio pretransfusional.
- Se debe indagar antecedentes de alergias o efectos adversos a transfusiones anteriores.
- Antes de comenzar la transfusión el médico que la ha prescrito DEBE informar al paciente de este procedimiento y solicitar que firme el Consentimiento Informado autorizando la transfusión (ANEXO 2). Se exceptúan situaciones de emergencia vital.
- Desde hoja de enfermería revisar control de temperatura y presión arterial del paciente.
- Revisar diagnóstico del paciente para tomar medidas adicionales de seguridad.
- Verificar la identidad del paciente mediante brazalete de identificación.
- Lavarse las manos y colocarse guantes de procedimiento.

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO Protocolo de Indicación de Transfusión	CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2	N° RESOLUCIÓN 1764
		Vigencia 5 años	N° Edición 2
Página 9 de 21			

- Abrir unidad recontrolada e instalar el equipo de transfusión.
- Verificar si usuario cuenta con acceso venoso para administración de Transfusión, de lo contrario instalar Vía Venosa de acuerdo a Manual de Enfermería del establecimiento.
- Conectar bránula con bajada de equipo de Transfusión.
- Fijar con técnica de camiseta de conexión de transfusión.
- Abrir el goteo del infusor.
- Esperar 10 minutos, para evidenciar si hay algún tipo de reacción en el paciente con la transfusión.
- Registrar en hoja de enfermería la instalación de la transfusión, N° de unidades, tipo de hemocomponente y grupo sanguíneo del hemocomponente, hora y firma.
- Posterior a la transfusión realizar vigilancia activa con control de signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, luego según condición hemodinámica e indicación médica.
- Avisar al laboratorio una vez terminada la transfusión (debe ser en menos de 4 horas por riesgo de contaminación del producto).


7.6 Reacciones Adversas

- En toda transfusión se esperan posibles reacciones adversas. Describas en el ANEXO 3.
- Toda reacción adversa se debe informar al Médico a cargo del paciente y al tecnólogo médico del laboratorio. Registrar en la Ficha Clínica y formulario correspondiente (Anexo 3).

7.7 Actividades

- **Médico**
 - Indicar transfusión según protocolo.
 - Realizar Orden de solicitud transfusión (ANEXO 1)
 - Registra en ficha clínica.
 - Realizar Consentimiento informado (ANEXO 2)
- **Enfermera de turno y/o TENS de Turno**
 - Tramita Orden de transfusión
 - Toma exámenes de grupo y Rh.
 - Control de signos vitales antes, durante y después de la transfusión.
 - Instala transfusión

09 ABR. 2019
 AMH CALIDAD SALUD
 JULIETA RIVERA CHAVEZ

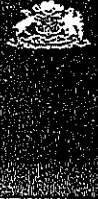

 <p>Servicio de Salud Alto No Centralizado Unidad del Centro Unidad del Sur</p> <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 10 de 21</p>			

- **Tecnólogo Médico**

- Recepción de solicitud de Transfusión verificando los siguientes datos: nombre, apellidos, cédula identidad, edad, sexo, diagnóstico, motivo transfusión, tiempo de solicitud (inmediata, urgente o no urgente), hora de solicitud, nombre médico solicitante, firma y que además se encuentre indicada en la ficha clínica.
- Verificar que el tubo de muestra de sangre este rotulado con el nombre del paciente y dos Apellidos y que esto coincida con la orden de transfusión.
- Registra en el reverso de la orden: hora de recepción, sus iniciales, grupo Rh, responsable de la clasificación y fecha de clasificación si procede.
- Realiza prueba de compatibilidad, y entrega la transfusión a Enfermera y/o TENS de Turno.
- Registra en libro de transfusiones.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Protocolo Indicación de Transfusión, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, 1^{era} edición, septiembre de 2017.
- Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Hematología para tratamiento de enfermedades hematológicas. Medicina transfusional. Indicación de transfusión. Marzo 2017.
- 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
- M. Rivas. Manual de urgencias 2013

 <p>Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo</p> <p>Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p>		<p>CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>		<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 11 de 21</p>					


9. EVALUACIÓN

- RESPONSABLE:
 - De la Supervisión: Tecnólogo Médico de Laboratorio.
 - De la evaluación: Tecnólogo Médico de Laboratorio.

- METODOLOGIA:
 - Tipo de Indicador: De proceso
 - Tipo de umbral: Porcentaje


 - Método muestreo: Universal
 - Tamaño de la muestra:
Se supervisará al 100% de los pacientes transfundidos.

- PERIODICIDAD:
 - De la evaluación: Trimestral
 - De la captura de datos: Mensual

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO	CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2	Nº RESOLUCIÓN 1764
	Protocolo de Indicación de Transfusión	Vigencia 5 años	Nº Edición 2
Página 12 de 21			

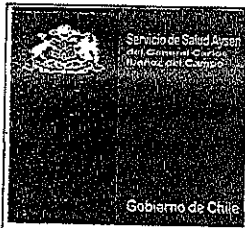
10. INDICADOR

Nombre	Porcentaje de pacientes transfundidos que cumplen los criterios de Indicación de transfusión según protocolo
Descripción	Este indicador evaluará el cumplimiento de los criterios de Transfusión según Protocolo con el fin de prevenir Eventos Adversos asociados a la indicación de transfusión en el Hospital de Chile Chico.
Umbral	≥80%
Periodicidad	Trimestral
Tipo de Indicador	De Proceso
Formula del Indicador	$\frac{\text{Número de pacientes transfundidos que cumplen con los criterios de indicación de transfusión, según Protocolo, en el trimestre.}}{\text{Número Total de Pacientes Transfundidos en el mismo período}} \times 100$
Excepciones	No hay
Aclaración	No hay
Fuente de datos.	Pauta de supervisión, Solicitudes de transfusión, Ficha clínica.
Metodología de la Evaluación	Se supervisará al 100% de los pacientes transfundidos.
Responsable.	Tecnólogo Médico de Laboratorio
Población objetivo.	Pacientes transfundidos en el Hospital de Chile Chico

 <p>Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo</p> <p>Gobierno de Chile</p> <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 13 de 21</p>			

11. Control de Cambios

Fecha	Tipo	Aprobación
03/07/2018	Se modifica formato de Tabla de Responsables	Director H.L.O.R
03/07/2018	Se modifica excepciones	Director H.L.O.R
03/07/2018	Se modifica terminología, se agrega en abreviaturas: TENS, Hb, HTO	Director H.L.O.R
03/07/2018	En Actividades se modifica: Criterios de indicación de transfusión. Orden de los puntos descritos.	Director H.L.O.R
03/07/2018	En evaluación se agrega: -Responsables de supervisión y evaluación. -En metodología se modifica tipo de indicador y se agrega tipo de umbral. -Tamaño de la muestra: universal	Director H.L.O.R
03/07/2018	Indicador: Se modifica nombre. Se incorpora en descripción: "con el fin de prevenir Eventos Adversos asociados a la indicación de transfusión" Se agrega: "que cumple con los criterios de indicación" y período en el que se evaluará. Se modifica las excepciones	Director H.L.O.R



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R.
CHILE CHICO

Protocolo de Indicación de Transfusión

CÓDIGO
PROT.GCLL.72017-2

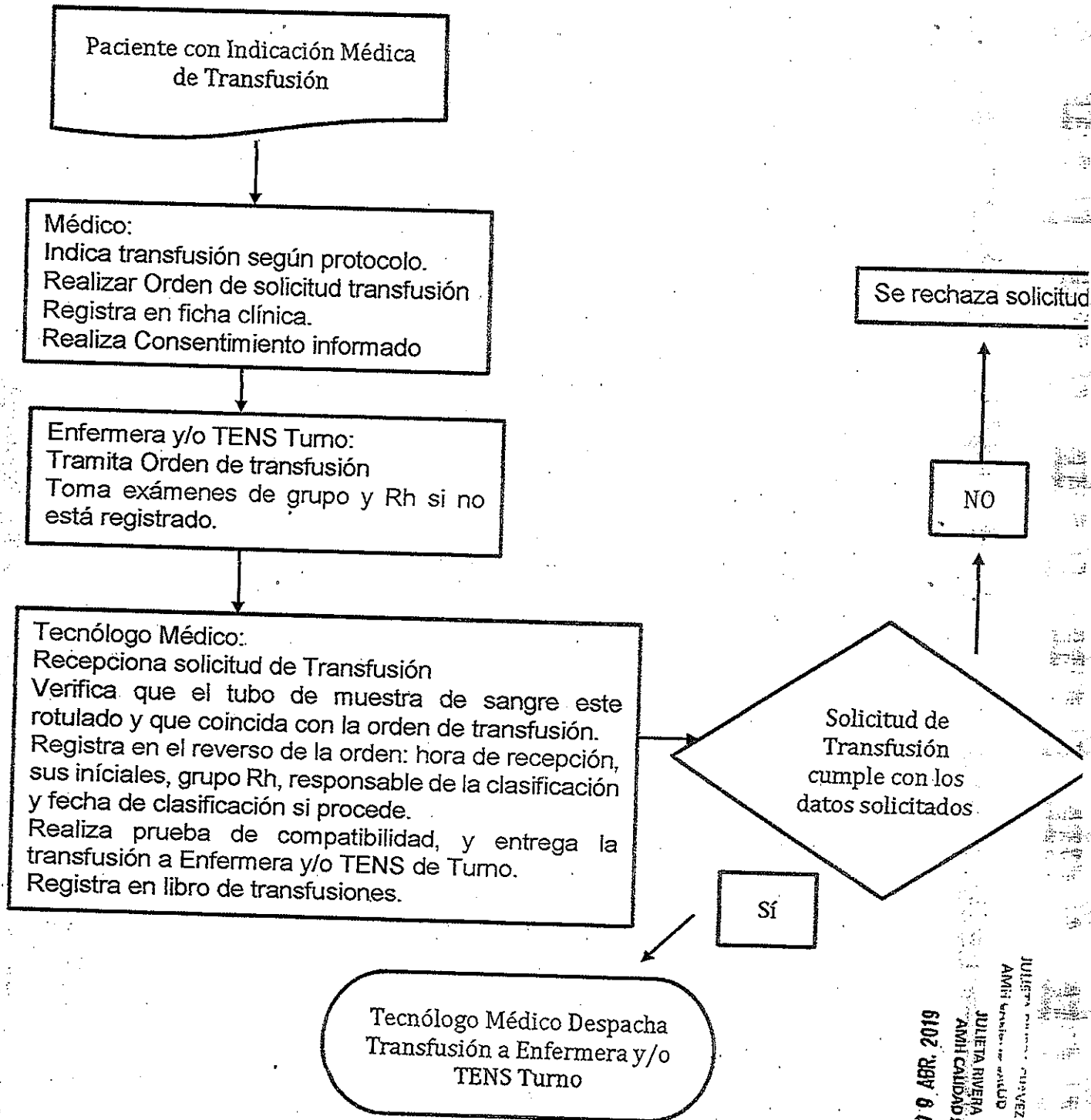
Nº
RESOLUCIÓN
1764

Vigencia
5 años

Nº Edición
2

Página 14 de 21



12. Diagrama de Flujo



09 ABR. 2019

JULIETA RIVERA CHAVEZ
ANMII CALIDAD SALUD

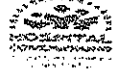
JULIETA RIVERA CHAVEZ
ANMII CALIDAD SALUD

 <p>Servicio de Salud Aysén del Central Carlos Ibáñez del Campo</p> <p>Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 15 de 21</p>				

13. ANEXOS:

ANEXO N°1: ORDEN DE SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN
Anverso

Servicio de Salud Aysén
Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez
UMT



Solicitud de Transfusión

Adulto Niños

Glóbulos Rojos uds. uds.

Otros: _____ uds.

Fecha: ____/____/____. Hora: _____ Grupo sanguíneo: _____

(Paciente)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
RUT:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
Servicio:		
Diagnóstico:	Motivo:	

Indicación de la transfusión: Inmediata Urgente No Urgente

***LA SOLICITUD DE CARÁCTER INMEDIATA ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO SOLICITANTE**


Transfusiones previas Sí No Reacciones Adversas Sí No

HTO % Hb grs/dl Rcto. Plaquetas Bili Total

Transfusión Recién nacido: Grupo Sanguíneo de la madre:

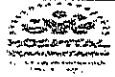
TODA SOLICITUD INCOMPLETA SERA RECHAZADA

Nombre Médico: _____ Código: _____ Firma: _____

 <p>Servicio de Salud Aysén del Centro y Sur de Chile</p> <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>
<p>Página 16 de 21</p>			

Reverso

Servicio de Salud Aysén
 Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez
 UMT



PARA SER LLENADO EN UMT

Fecha de recepción: _____ Hora: _____ TM/TP: _____

Grupo ABO Rh
 Paciente

Transfusión: Fecha: _____ Hora: _____ Firma TM: _____
 Realizada



	1	2	3	4	5	6	7
Nº Unidad							
Hemoderivado							
Folio RAT							
Grupo Rh							
PC							
Hora Despacho							
Nº Anual							
Nº Mensual							

Observaciones: _____



Sin Stock



Avisado a: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____

 <p>Servicio de Salud Aysén del Centro de Chile Ibáñez del Campo</p> <p>Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRÍGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>		<p>CÓDIGO PROT.GCLL72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
		<p>Página 17 de 21</p>		<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>

ANEXO Nº2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

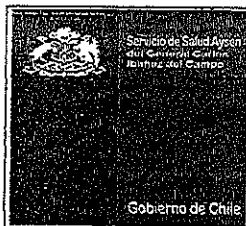
	<p>Servicio de Salud Aysén</p> <p>Hospital Comunitario Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez</p> <p>Chile Chico</p>	
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		
<p>_____ de _____ años.</p>		
<p>Identificación y datos generales del paciente:</p> <p>RUT _____, he sido informado por _____</p> <p>del Servicio de _____ del Hospital Comunitario Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, que mi (s) probable (s) diagnóstico (s) es (son):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Por lo que debo ser sometido a:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Se me ha explicado en forma comprensible y suficiente en que consiste este procedimiento, sus objetivos, características, beneficios y las alternativas disponibles, las consecuencias de no realizar este procedimiento y los potenciales riesgos asociados.</p> <p>Comprendo que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que pueden requerir de una extensión del procedimiento original, intervenciones adicionales o alternativas urgentes y/o inmediatas.</p>		
<p>Se me ha informado que en algún momento puede ser necesaria la transfusión de sangre que yo</p> <p>Acepto _____ Rechazo _____ No aplica _____</p>		
<p>Comprendo todo lo explicado por el profesional y las limitaciones de la medicina, doy mi consentimiento para que se me realice este procedimiento.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma Paciente</p>		

 <p>Servicio de Salud Aysen Hospital Regional Coyhaique Banco de Sangre Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL COMUNITARIO DEL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p>	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO	CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2	Nº RESOLUCIÓN 1764
		Protocolo de Indicación de Transfusión	Vigencia 5 años	Nº Edición 2
Página 18 de 21				

ANEXO Nº3: REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES Y/ O HEMODERIVADOS

Anverso

SERVICIO DE SALUD AISEN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE BANCO DE SANGRE		170888 13189
REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION		
Nombre paciente:	edad:	Nº Ficha:
Diagnóstico	Servicio Clínico:	Fecha:
Grupo Rh Paciente	Grupo Rh Donante:	
Indicación:	Inmediata	Urgente
	No Urgente	Médico:
Hora recep. Solicitud Tx	Hora despacho Tx	
Transfusión de:	G.R.	PFC
	Criop.	Plaquetas
	Otros:	
Nº Unidad:	Volumen:	
	P.C:	INSTALADA POR _____
Firma Técnico Médico _____		
REACCION ADVERSA A LA TRANSFUSION		
	SI	NO
Temperatura pre-transf.:	Temperatura post-transf.:	Frecuencia Cardíaca:
Presión Arterial Pre-transfusión:	Presión Arterial Post-transfusión:	
Hora inicio Tx:	Hora término Tx:	
SINTOMAS	SIGNOS	Otros:
Prurito	Ictericia	
Calofríos	Rush Alérgico	
Náuseas / Vómitos	Hipotensión	
Cefalea	Hipertensión	
Dolor Precordial	Fiebre	
Disnea / Ortopnea	Cianosis	
Dolor Lumbar	Shock Anafiláctico	
Dolor Zona Punción	Hemoglobinuria	
Mialgias / Artralgias	Púrpura post-Tx	
	Sudoración	
	Taquicardia	
	Edema Palpebral	
	Edema Laríngeo	
Nombre y Firma Profesional Responsable que llena este formulario _____		
Este documento será retirado por el personal de Banco de Sangre ¡Gracias por vuestra colaboración!		



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R.
CHILE CHICO

Protocolo de Indicación de Transfusión

CÓDIGO
PROT.GCLL.72017-2

Nº
RESOLUCIÓN
1764

Vigencia
5 años

Nº Edición
2

Reverso

REACCION TRANSFUSIONAL

Fecha:

Hora Inicio Transfusión: Hora de la Reacción Transfusional:

Volumen Transfundido: Producto Transfundido:

Grupo Rh Paciente: Grupo Rh Donante:

Prueba de Compatibilidad:

Diagnóstico de la Reacción Transfusional (marcar con una x) an Otras Especificar,

Reacc. Fiebril no hemolítica Reacción Alérgica (piel) Est. Hemolítica aguda

Reacc. Anafiláctica Sepsis Sobrecarga de volumen Otras

Exámenes:

Hemocultivos Paciente: 1. 2. 3. Unidad de Tx enviada a Microbiología: SI NO

Test de Coombs Directo Receptor: Test de Coombs Indirecto Receptor:

Bilirrubinemia Total Receptor: Hemoglobina libre en el plasma (visual):

Tratamiento Efectuado Pre-Transfusión (indicar):

Tratamiento Post-Reacción Transfusional (indicar):

Estado del Paciente:


Vivo: Muerto:

Condiciones al Alta:

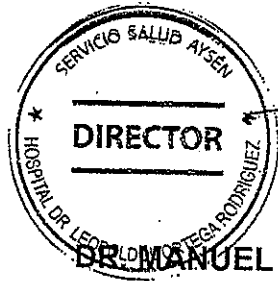
Observaciones:

Nombre y Firma Profesional Responsable:

GLOSARIO: Tx = TRANSFUSION
GR = GLOBULOS ROJOS
PFC = PLASMA FRESCO CONGELADO
Criopp. = CRIOPRECIPITADOS

 <p>Servicio de Salud Aysén Caja Costera Chilota Río Negro del Campo</p> <p>HOSPITAL COMUNITARIO DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ CHILE CHICO</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Protocolo de Indicación de Transfusión</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCLL.72017-2</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN 1764</p>
	<p>Página 21 de 21</p>	<p>Vigencia 5 años</p>	<p>Nº Edición 2</p>

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



(Handwritten signature)

**DR. MANUEL RODRÍGUEZ ORTUBIA
DIRECTOR HOSPITAL
DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ
CHILE CHICO**

DR.MGRO/EU.RDGR/MLDH
DISTRIBUCION:
1 ENCARGADA DE CALIDAD HLOR
1 SECRETARIA DIRECCION
1 DIRECCION
1 LABORATORIO
1 URGENCIAS

