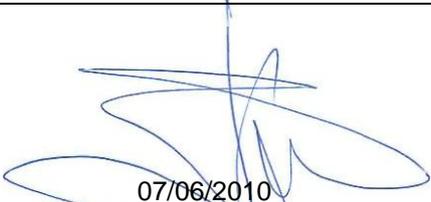




ÍNDICE

AUTORES	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. DEFINICIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
4. POBLACIÓN DIANA	7
5. RECURSOS HUMANOS	7
6. RECURSOS MATERIALES	7
7. TIEMPO APROXIMADO DE EJECUCIÓN	8
8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO/INTERVENCIÓN	8
8.1 EXTRACCIÓN DE MUESTRA PRETRANSFUSIONAL.....	9
8.2 EL PERSONAL DE BANCO.....	13
8.3 DISPENSACIÓN.....	13
8.4 DOCUMENTACIÓN DE PRODUCTOS.....	15
8.5 ADMINISTRACIÓN.....	15
8.6 REACCIONES TRANSFUSIONALES.....	19
9. PROCEDIMIENTO/TÉCNICAS ASOCIADAS	20
10. BENEFICIOS	20
11. RIESGOS	20
12. INDICADORES DE CALIDAD	20
13. ANEXOS	21
13.1 EVIDENCIA CIENTIFICA Y NORMAS DE PROCESO.....	21
13.2 BIBLIOGRAFIA.....	23
13.3 RIESGO DE LAS TRANSFUSIONES.....	25
13.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	23
13.5 PULSERA IDENTIFICATIVA Y CÓDIGO DE BARRAS.....	28
13.6 PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN.....	30
13.7 CAMPOS OBLIGATORIOS A RELLENAR EN LA PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN.....	31
13.8 IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE REACCION ADVERSA POR TRANSFUSIÓN.....	23
13.9 INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL.....	33
13.10 DOCUMENTACIÓN DEL PRODUCTO.....	34
13.11 ALGORITMOS.....	35
13.12 TABLA CRITERIOS DE CALIDAD FORMAL DEL PROCOLO.....	37

TÍTULO DEL PROCOLO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA ENFERMERIA

REVISIÓN	APROBACIÓN
PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA
 07/06/2010 Fecha y firma	 07/06/2010 Fecha y firma

Cláusula de confidencialidad: Este documento es propiedad del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Se deberá utilizar dicho material exclusivamente para el ámbito que ha sido acordado y que requiere necesariamente su empleo. No obstante, queda prohibida la reproducción total o parcial del documento, sin hacer mención de la fuente.

El Hospital no se hace responsable del uso del documento en fase de borrador.

BORRADOR

ORIGINAL

AUTORES

- Azorín Muñoz, Presentación. Enfermera. Supervisora de Banco de Sangre. 01
- Sanz Imedio, Elia. Facultativa del Servicio de Hematología. Responsable de Banco de Sangre. 01
- Con la colaboración del personal de la Unidad.

REVISORES EXTERNOS

- Unidad de Formación Continuada, Investigación y Calidad. 01-02
- Comisión de Cuidados. 02

1. INTRODUCCIÓN

La transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos continúa ocupando un lugar prominente en la medicina del siglo XXI. Actualmente se han logrado grandes niveles de seguridad; sin embargo, como otras muchas medidas terapéuticas, las transfusiones siguen presentando riesgos potenciales, que solo pueden ser minimizados si todas las actividades relacionadas con ella, se realizan siguiendo protocolos de trabajo definidos sobre la base de preservar al máximo, la seguridad de donante y receptor.

La transfusión de sangre o hemoderivados, solo se indicara cuando se estime que los beneficios de uso, superan los riesgos.

En buena practica, todo profesional que indique transfusiones debe estar familiarizado con los distintos componentes sanguíneos disponibles.

Los derivados sanguíneos que se disponen en el Banco de Sangre de este hospital son:

- **Concentrado de hematíes leuco-reducidos CH-LR**

Hematíes procedentes de 1 unidad de sangre total tras su fraccionamiento (separación del plasma, leucocitos y plaquetas).

Alicoutas de Concentrado de Hematíes: 1 concentrado de hematíes se divide en 3 alicuotas pediátricas de un solo donante.

- **Concentrado de plaquetas**

Los concentrados de plaquetas, sea cual sea su presentación, tienen una caducidad de 5 días.

- Procedentes de donante único, obtenidas por aféresis.

Indicadas en caso de refractariedad.

Requieren estudio previo de donantes.

- Pool de plaquetas para adultos.
Contienen las plaquetas de 5 donantes, mezcladas automáticamente en sistema cerrado.
- Pool pediátrico, constituido por las plaquetas de 3 donantes.
Disponemos de subunidades (alícuota pediátrica): cada una de ellas contiene la tercera parte de un pool pediátrico, aunque las plaquetas de cada una de ellas siguen siendo de tres donantes. Todos los pools de plaquetas están filtrados en origen.

- Plasma Fresco Congelado Cuarentenado.

Procedente de una unidad de sangre total, tras su fraccionamiento.

- Crioprecipitados

Contienen el fibrinógeno y el F VIII de 1 Unidad de sangre separado por congelación/ descongelación.

2. DEFINICIÓN

Técnica que consiste en el traspaso por medio de inyección de concentrado de hematíes u otros derivados procedentes de un donante, para restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno y otras sustancias o corregir los niveles séricos de proteínas.

3. OBJETIVOS

- Dar a conocer los procedimientos establecidos en el Hospital a lo largo de todo el circuito transfusional para minimizar en lo posible los riesgos y optimizar la seguridad transfusional.
- Realizar la técnica de transfusión sanguínea de forma sistémica.
- Prevenir complicaciones en los pacientes sometidos a transfusión sanguínea.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes ingresados y *ambulatorios* en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca que precisan una transfusión sanguínea.

5. RECURSOS HUMANOS

- Enfermera.

6. RECURSOS MATERIALES

- Para la extracción de la muestra
 - Tubo de 5 ml EDTA (k3) (tubo de hemograma).
 - Pulsera Transfusional (con código de barras).
 - Sistema extracción vacío o, jeringa y aguja.
- Pulsera *transfusional*.
- Hoja de petición de transfusión.

7. TIEMPO APROXIMADO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución en la transfusión de sangre es variable, dependiendo del derivado sanguíneo que se transfunda, número de unidades y/o aparición de reacciones. Como regla general el tiempo de infusión según derivado sanguíneo es:

- Concentrado de Hematíes: 60-90 minutos/unidad. No más de 2 horas.
- Plasma: 30 minutos / unidad
- Pool de plaquetas: 30-60 minutos.

Excepción: Indicación expresa del facultativo.

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO/INTERVENCIÓN

- Comprobar los datos del paciente y la indicación del procedimiento **(Cat IC)**.
- Informar al paciente de la técnica a realizar, objetivo del procedimiento y riesgos **(Cat. IC)**.

Observación: Tener en cuenta las preferencias del paciente en cuanto al sitio de punción.

- Revisar que está firmado el consentimiento informado de la transfusión. (Anexo 13.4)

Aclaración: Si no está firmado, avisar al facultativo. *El consentimiento informado esta ubicado en "Arrinet" → Información al paciente → Consentimientos Informados → Hematología → Transfusión de Hemoderivados*

- Verificar que la hoja de petición está correctamente cumplimentada, con todos los campos obligatorios rellenos y firmada por el facultativo. (Anexo 13.7)

8.1 EXTRACCIÓN DE MUESTRA PRETRANSFUSIONAL.

- Se llevará a pie de cama del paciente:

- Petición de transfusión
- Pulsera transfusional.
- Tubo de hemograma..

Observación: la mayoría de las reacciones transfusionales graves se producen por errores en esta fase.

- Identificación inequívoca del paciente. Tanto la pulsera transfusional como el tubo de la muestra se identificaran a pie de cama del paciente tras preguntarle a él, nombre completo (o a sus familiares en caso de que estuviera inconsciente). En caso de que la situación no permita conocer el nombre (accidentes, paciente inconsciente sin familiares, etc.) se rotulará la pulsera con la identificación que figure en la pulsera identificativa del paciente.
- Tras verificar todos los datos, a pie de cama, escribir nombre, apellidos, número de Historia Clínica y fecha, en la pulsera transfusional.
Aclaración: Sobre una superficie dura y con bolígrafo para que se calquen bien los datos.
- Despegar la parte donde hemos escrito estos datos y colocar en tubo de Edta (K3), tubo de hemograma, código en vertical. (Anexo 13.5)

Aclaración: la pulsera mantendrá los datos del paciente porque es autocopiativa.

- Separar el juego de códigos que se usarán para identificar la solicitud.
- Colocar la pulsera en la muñeca y cerrarla, dejando holgura suficiente sobre todo en aquellos pacientes que presumiblemente serán transfundidos en quirófano.
- Resto de etiquetas de código:
 - 1 en la petición de transfusión
 - 1 en la copia
 - Desechad el resto de etiquetas

- Las muestras serán tomadas por la enfermera de la unidad donde este ingresado el paciente.
- La extracción debe ser lo más limpia posible para evitar hemólisis.

Aclaración: Si la muestra se toma de una vía canalizada, deben desecharse al menos 10 cc de sangre.

- Poner la sangre en el tubo y mezclar con el anticoagulante, volcando suavemente de arriba a bajo varias veces, sin agitar.
- Rellenar adecuadamente el apartado correspondiente a la toma de muestra en la petición de transfusión, y FIRMAR con nombre y apellidos, legibles.
- Enviar al Banco de sangre la solicitud, original y copia, por el tubo neumático.

Aclaración: En caso de *extrema* urgencia llevar en mano.

- La enfermera de Banco de Sangre realizará de nuevo el grupo sanguíneo a pie de cama del paciente, para verificar el grupo. Realizado este, le pondrá al paciente una pulsera blanca, donde costará:
 - Grupo sanguíneo y Rh del paciente.
 - Firma del enfermero que ha realizado el grupo.
- Esta pulsera se pondrá abrazada a la pulsera identificativa obligatoria del paciente. Ambas pulseras no se quitarán hasta el alta del paciente. (Anexo13.5)

Aclaración: Si en cualquier momento se rompiese la pulsera identificativa obligatoria del paciente, pedir una copia al servicio de admisión y volver a colocar ambas pulseras.

- **Intervención Quirúrgica urgente.**
 - Identificar al paciente y extraer la muestra sanguínea, siguiendo los pasos descritos anteriormente.
 - La auxiliar bajará personalmente a Banco de sangre la petición de transfusión y el tubo de hemograma.
 - El Banco de sangre le devolverá una copia de la hoja de transfusión.
 - Si se precisara sangre durante la intervención, la auxiliar, bajará a Banco de sangre, con una etiqueta del paciente y un segundo tubo de hemograma para verificar el grupo sanguíneo.
 - Tras comprobar el grupo se servirá a la auxiliar los concentrados de hematíes que precise, ésta *indicará su nombre y apellido para que conste en el informe*

transfusional(entregado a:) y el banco pegará la etiqueta detrás de la hoja de petición de sangre y entregará la hoja de trazabilidad (Anexo13.9).

- La auxiliar entregará en quirófano a la enfermera responsable del paciente, las unidades de sangre a transfundir.
- La enfermera o *anestesta* antes de poner la primera unidad debe de verificar:
 - Que el número, el grupo y el Rh que aparece en la hoja de trazabilidad se corresponde con el de la bolsa y pulsera transfusional.
 - Que el número, nombre y apellidos del paciente que aparece en el informe, están verificados en ambas pulseras.
 - Que la apariencia de la bolsa a transfundir es buena.
 - *Firmar en los informes transfusionales el inicio de la transfusión con nombre y apellidos legibles. Anotar fecha y hora de inicio de la transfusión. Anotar las constantes vitales*
 - Despegar una de las etiquetas de la bolsa a transfundir y pegar al dorso de la hoja blanca de trazabilidad para devolver a banco.
- Al finalizar la transfusión rellenar el apartado de incidencias, firmar y devolver hoja blanca a banco de sangre y hoja rosa a historia clínica.

8.2 EL PERSONAL DE BANCO

- Firmar la recepción tras comprobar que la muestra y la solicitud son correctas.
- Comprobar si se le han realizado transfusiones previas durante el ingreso.
- Devolver la copia a la unidad de origen para ser archivada en la Historia Clínica del paciente.

Aclaración: Si incorrecciones en la muestra o solicitud.-

- Se devolverá la petición y/o la muestra a su origen para corregir las deficiencias (Si la transfusión no es urgente o es para reservar).
- Se pedirán por teléfono las aclaraciones necesarias mientras se prepara el producto a transfundir (Si la transfusión es urgente).

8.3 DISPENSACIÓN

- El Banco de Sangre seguirá el "PLAN DE USO" consignado en la petición. Tras realizar la selección de hemocomponentes.
- **Extrema urgencia**
 - Se entregará en el momento, al portador de la petición, una bolsa del grupo O Negativo.
 - Se procesará la muestra del paciente realizando grupo sérico y hemático y se montarán anticuerpos irregulares para dar las siguientes unidades.

•

- **Reservas**

- *Las reservas se mantendrán vigentes durante un tiempo máximo de 48 horas.*

- **Resto de Transfusiones**

- El personal del Banco acudirá a las plantas de hospitalización y transfundirá la 1ª unidad de cada solicitud, realizando grupo a pie de cama, colocando la pulsera del grupo y Rh unida a la Pulsera identificativa del paciente.
- Las siguientes unidades serán recogidas y transfundidas por el personal de la planta

Excepción:

- 1- Los Quirófanos y unidades especiales como, Hemodiálisis y Hospital de día, recogerán los hemoderivados directamente en el Banco de Sangre.
- 2- En caso del que el paciente no lleve la pulsera con su grupo (quirófano de urgencia, cambio de pacientes en quirófano programado o ambulatorio no habituales) se exigirá una 2ª muestra *para recomprobar grupo sanguíneo antes de entregar nuevas unidades de hematíes. Igualmente se exigirá una 2ª muestra en pacientes de extrema urgencia a los que se les había servido hematíes 0(-) para comprobar su grupo y poder suministrarle sangre isogrupo.*

8.4 DOCUMENTACIÓN DE PRODUCTOS.

- Cada producto saldrá del banco convenientemente documentado.
- La bolsa de transfusión (*cada unidad*) se acompañará de (*Anexo 13.9*):
 - *Dos etiquetas con los datos correspondientes del paciente y el concentrado de hematíes (situadas en el dorso de la unidad)*
 - *Dos hojas de trazabilidad (informe transfusional) uno blanco y otro rosa*
- Antes de iniciar la transfusión, despegar una etiqueta de la bolsa, en la que consta el nombre del paciente y pegarla al dorso del *informe blanco*. *La otra etiqueta JAMAS se retirara de la Unidad antes de terminar la trasnsfusión, con la finalidad de mantener la unidad identificada en todo momento*
- Quien retire hemocomponentes del Banco de Sangre, *indicará su nombre y apellido para que conste en el apartado “ entregado a “ de los informes transfusionales.*
- Para retirar reservas con destino a los quirófanos y garantizar la seguridad del paciente, será preceptivo, aportar una etiqueta, de identificación del paciente a transfundir, que quedará en el dorso de la solicitud.

8. 5 ADMINISTRACIÓN

- Antes de iniciar la transfusión, *registrar en hojas de trazabilidad (informes transfusionales”* constantes al receptor: pulso, temperatura y T.A
- En aquellos pacientes que precisen premedicación, contactar con banco de sangre para coordinar los tiempos.

- Asegurar canalización venosa del paciente, comprobando que el calibre de la vía es el adecuado.

Aclaración: Adultos: no inferior a 18G.

Niños: 22- 23G

- Cebar el sistema con el producto a infundir antes de conectar la transfusión, para evitar el aire residual.
- Observaciones:
 - Se requieren filtros especiales en los sistemas de transfusión de hemoderivados.
 - No puede usarse cualquier sistema.
 - No puede añadirse nada a las bolsas de Hemoderivados.
 - No pueden pasarse *por la misma vía venosa por la que se está transfundiendo ningún otro medicamento o perfusión.*
- Al iniciar la transfusión, el ritmo será de 2 ml/min, con rigurosa observación del paciente para detectar cualquier síntoma de reacción transfusional. Si ocurre, INTERRUMPIR la transfusión y AVISAR al facultativo responsable del paciente.
- Aumentarse el ritmo de infusión, pasados 15 min. sin incidencias.
- Ajustar ritmo de infusión en función al derivado sanguíneo que se este transfundiendo. Alargar los tiempos indicados, aumenta el riesgo de contaminación. **(Nivel I)**

Aclaración: Los tiempo de infusión según derivado sanguíneo son:

- Concentrado de Hematíes: 60-90 minutos/unidad. No más de 2 horas.
- Plasma: 30 minutos / unidad
- Pool de plaquetas: 30-60 minutos.

Excepción: Indicación expresa del facultativo.

- Vigilar al paciente durante toda la transfusión.

POR ÚLTIMO

- Retirar la bolsa, cuando termine de pasar el producto.
- Rellenar el apartado correspondiente al final de la transfusión en las hojas blanca y rosa. Firmar.
- Enviar la hoja blanca al Banco de Sangre.

Aclaración: al recibir la hoja blanca en el banco de sangre se cierra el ciclo en el sistema informático confirmando que la unidad ha sido transfundida.

- Archivar la hoja rosa en la Historia Clínica.
- Colocar la bolsa vacía en un contenedor adecuado para productos biológicos.

Observación: Es conveniente que las bolsas permanezcan en las unidades de hospitalización durante 24 horas, lo que permitirá disponer de ellas en caso de reacción transfusional

Aclaración: La muestra corresponde a cada pulsera, es válida durante 48h., durante las que no se precisa otra muestra para

transfundir (aunque si petición). Transcurrido este tiempo se CORTARÁ LA PULSERA.

Si se pide otra transfusión se inicia el procedimiento completo (identificación, muestra, pulsera, etc.)

- Anotar el procedimiento en el registro de enfermería (**Cat II**)
 - Registrar si aparece alguna incidencia o complicación.

- **Observaciones**
 - Los concentrados de hematíes deben permanecer en neveras específicas para ellos, con registro continuo de temperatura y alarmas.
 - Las plaquetas deben permanecer en continuo movimiento a 20° C.
 - El tiempo máximo entre la salida del Banco y el principio de una transfusión, no excederá *de 30 minutos*.
 - Los hemoderivados no deben permanecer en ningún frigorífico fuera del Banco. Las unidades no utilizadas, no pasaran con el paciente a otra Unidad de Hospitalización; se devolverán, junto con su documentación, al Banco de Sangre.

Excepción: servicios con alto porcentaje de urgencias que tienen neveras adecuadas para almacenar, por tiempo limitado, concentrado de hematíes. Estos servicios están obligados a realizar medidas de mantenimiento de dichas

neveras (limpieza) y el banco de sangre, generalmente los lunes, cambiará los registros de temperatura.

- Basándonos en la Teoría de la Enfermería Transcultural, tendremos en cuenta las preferencias del paciente con respecto a quién y de que forma ha de llevarse en todos aquellos puntos que puedan ser de su competencia.
- La sangre y sus derivados es un bien escaso, hoy por hoy, insustituible, que debe de ser usada con indicaciones precisas.

8. 6 REACCIONES TRANSFUSIONALES.

- Sospecha de Reacción Transfusional si aparecen los siguientes síntomas, no esperable en ese paciente:
 - Nauseas
 - Vómitos
 - Disnea
 - Escalofríos
 - Fiebre
 - Tiritona
 - Dolor lumbar
 - Hipotensión
- Suspender la transfusión, si sospecha de reacción. **(Cat.IA)**
- Conectar un gotero con fisiológico.
- Avisar al médico

- Monitorizar al paciente: pulso, temperatura, tensión arterial y diuresis.
(Cat.IA)
- Comunicar la sospecha al Banco, que enviará un impreso clínico para el médico responsable.
- Devolver el impreso al Banco junto con:
 - Muestra de sangre, tubo seco y de hemograma.
 - Muestra de orina
 - La/s bolsas de todos los hemoderivados que haya recibido el enfermo correspondientes a la petición en curso.

9. PROCEDIMIENTO/TÉCNICAS ASOCIADAS

Protocolo de vías periféricas: inserción, mantenimiento y retirada. 02

10. BENEFICIOS

- Reducción de complicaciones y errores.
- Aumento de la seguridad transfusional.
- Actuación estandarizada en la transfusión sanguínea.

9. RIESGOS

La aplicación de este protocolo no conlleva aparición de más riesgos.

12. INDICADORES DE CALIDAD

En proceso de elaboración

13. ANEXOS

13.1 EVIDENCIA CIENTÍFICA Y NORMAS DE PROCESO.

Las recomendaciones de evidencia científica (en nuestro hospital seguimos las del Instituto Joanna Brigg) y normas de proceso de los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC), van asociadas a las recomendaciones de procedimiento o a la técnica enlazándose con la referencia bibliográfica.

Calidad de la evidencia	Recomendación
BUENA	Existe adecuada evidencia científica Para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.
REGULAR	Existe cierta evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.
BAJA	Existe insuficiente evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.

La mejora en el desarrollo del trabajo enfermero vendrá determinado por el seguimiento de las recomendaciones de los CDC (Centros para el control y prevención de enfermedades) cuya finalidad es promover la salud y la calidad de vida mediante la prevención y el control de las enfermedades, las lesiones e incapacidades. Estas recomendaciones basadas en la evidencia de los datos científicos existentes, en los conceptos teóricos, en su aplicabilidad y

en su impacto económico son agrupadas en las categorías siguientes según las recomendaciones de los CDC:

Cat IA	Cat IB	Cat IC	Cat II	NE
Normas obligadas con evidencia y soporte científico	Normas obligadas evaluadas por un comité de expertos	Requerida por regulaciones del estado	Normas sugeridas. Estudios clínicos y/o epidemiológicos	Evidencia y consenso insuficiente

Todos los estudios se clasifican según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación revisado.

NIVEL I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevante
NIVEL II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado
NIVEL III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados
NIVEL III.2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
NIVEL III.3	Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos

	no controlados
NIVEL IV	Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

13.2 BIBLIOGRAFÍA.

- Salipante DM. Refusal of blood by a critically ill patient: a healthcare challenge. Crit Care Nurse. 1998;18(2):68-76. (Level IV)
- Bodnaruk ZM, Wong CJ, Thomas MJ. Meeting the Clinical Challenge of Care for Jehovah's Witnesses. Transfus Med Rev. 2004;18(2):105-116. (Level IV)
- Muramoto O. The Watchtower Society redefines the guidelines for use of blood productsa. Associated Jehovah's Witnesses for Reform on
- Blood. [online] 2004. Available at: <http://www.ajwrb.org> (Level IV)
- Maclaren G, Anderson M. Bloodless intensive care: a case series and review of Jehovah's witnesses in ICU. Anaesth Intensive Care. 2004;32(6):798-803. (Level III)
- Simmons F. The Jehovah's witness orthopaedic trauma patient: an ethical challenge. Orthop Nurs. 1999;18(5):28-34. (Level IV)
- Woolley S. Jehovah's witnesses in the emergency department: what are their rights? Emerg Med J. 2005;22(12):869-71. (Level IV)
- Ozawa S, Shander A, Ochani T. A practical approach to achieving bloodless surgery. AORN J. 2001;74(1):34-40, 42-48, 50-4. (Level IV)

Wolfe S. Are you ready for bloodless medicine? RN. 2000;63(5):42-46.
(Level IV)

- Manual Práctico de Medicina Transfusional Dra. Luz Barbolla
- Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos SETS. (Sociedad Española de Transfusión Sanguínea).
- Trazabilidad de los componentes sanguíneos.
- BOE nº 42 Orden SCO/322/2008 Art.2 y Art.4
- Guía sobre la utilización de sangre y componentes sanguíneos. Servicio de Hematología del Hospital Vall D'Hebron.
- TECHNICAL MANUAL. Asociación Americana de Bancos de Sangre.
- Welch AZ, et al. Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la diversidad. En: SUA, editor. *Teorías y modelos para la atención de enfermería.*; 2003.
- Fathimath Shifaza RN,RM,BNsc,MNsc. Transfusión de sangre: Medicación Intravenosa. Evidence Summary 9 de mayo 2007. Consultado en Internet en diciembre de 2009 en : <http://es.jbiconnect.org>.
- The Joanna Briggs Institute. Transfusión: Sangre o productos sanguíneos. Intervention 14 de septiembre 2006. Consultado en Internet en diciembre de 2009 en : <http://es.jbiconnect.org>.
- Kim Graham BLibr&InfMgmt DipAppSc(NStud). Transfusión de sangre: plasmaféresis rica en plaquetas. Evidence Summary 31 de junio 2007. Consultado en Internet en diciembre de 2009 en : <http://es.jbiconnect.org>.

13. 3 RIESGOS DE LAS TRANSFUSIONES.

- Extravasación.
- Reacciones de tipo inmunitario.
 - Reacciones postransfusionales hemolíticas y serológicas tardías.
 - Reacciones transfusionales hemolíticas agudas.
 - Reacciones transfusionales febriles no hemolíticas.
 - Reacciones alérgicas.
 - Reacciones anafilácticas.
 - Enfermedad de injerto contra huesped transfusional (TRALI).
 - Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión.
 - Púrpura postransfusional.
 - Aloimmunización.
- Reacciones no inmunológicas.
 - Sobrecarga de líquidos.
 - Hipotermia.
 - Efectos tóxicos de los electrolitos.
 - Sobrecarga de hierro.
 - Hipotensión.
 - Inmunomodulación.
- Complicaciones infecciosas.
 - Infecciones víricas
 - Virus de hepatitis C (HCV)
 - Virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1

- Virus de hepatitis B
- Otras hepatitis virales
- Citomegalovirus
- Virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) de tipo I
- Parvovirus b-19
- Otras infecciones
 - Contaminación bacteriana

13. 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">ETIQUETA IDENTIFICATIVA</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Nº HC:</td> <td style="width: 33%;">Nº SS:</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>1º Apellido:</td> <td>2º Apellido:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Edad:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td>Sexo:</td> <td>Nacimiento:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td>Telefónico:</td> <td></td> </tr> </table>	ETIQUETA IDENTIFICATIVA			Nº HC:	Nº SS:		1º Apellido:	2º Apellido:		Nombre:	Edad:	Fecha:	Sexo:	Nacimiento:		Dirección:	Telefónico:	
ETIQUETA IDENTIFICATIVA																			
Nº HC:	Nº SS:																		
1º Apellido:	2º Apellido:																		
Nombre:	Edad:	Fecha:																	
Sexo:	Nacimiento:																		
Dirección:	Telefónico:																		
<p>Servicio / Unidad: Hematología</p>																			
<p>Autorización para TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS</p>																			
<p>DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO al servicio de Hematología, para que se me realice TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra. ...</p> <p>Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA de este documento.</p> <p>Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.</p> <p>En Murcia, a 05/11/2012</p> <p style="text-align: center;">Firma del paciente Firma del médico</p> <p style="text-align: center;">DNI/NIE/Pasaporte: Colegiado:..</p>																			
<p>Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:</p> <p>Yo, el paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .., no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.</p> <p>En Murcia, a 05/11/2012</p> <p style="text-align: center;">Firma del paciente</p>																			
<p>COPIA PARA EL HOSPITAL</p> <p>La información sobre TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS que debo comprender está en la(s) hojas(s) siguiente(s)</p>																			
<p><small>Consentimiento nº HEM12-001 Acreditado el 30/12/1899 Revisión: 30/12/1899</small></p>																			

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">ETIQUETA IDENTIFICATIVA</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Nº HC:</td> <td style="width: 33%;">Nº SS:</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>1º Apellido:</td> <td>2º Apellido:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Edad:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td>Sexo:</td> <td>Nacimiento:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td>Telefónico:</td> <td></td> </tr> </table>	ETIQUETA IDENTIFICATIVA			Nº HC:	Nº SS:		1º Apellido:	2º Apellido:		Nombre:	Edad:	Fecha:	Sexo:	Nacimiento:		Dirección:	Telefónico:	
ETIQUETA IDENTIFICATIVA																			
Nº HC:	Nº SS:																		
1º Apellido:	2º Apellido:																		
Nombre:	Edad:	Fecha:																	
Sexo:	Nacimiento:																		
Dirección:	Telefónico:																		
<p>Servicio / Unidad: Hematología</p>																			
<p>Autorización para TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS</p>																			
<p>DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO al servicio de Hematología, para que se me realice TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra. ...</p> <p>Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA de este documento.</p> <p>Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.</p> <p>En Murcia, a 05/11/2012</p> <p style="text-align: center;">Firma del paciente Firma del médico</p> <p style="text-align: center;">DNI/NIE/Pasaporte: Colegiado:..</p>																			
<p>Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:</p> <p>Yo, el paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .., no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.</p> <p>En Murcia, a 05/11/2012</p> <p style="text-align: center;">Firma del paciente</p>																			
<p>COPIA PARA EL PACIENTE</p> <p>La información sobre TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS que debo comprender está en la(s) hojas(s) siguiente(s)</p>																			
<p><small>Consentimiento nº HEM12-001 Acreditado el 30/12/1899 Revisión: 30/12/1899</small></p>																			
<p>Página 1</p>																			

Descripción del procedimiento ¿En qué consiste?

Consiste en administrarle los componentes de la sangre que necesita a través de una vena o un catéter venoso. Antes de toda transfusión, el médico responsable del enfermo habrá valorado el riesgo y los beneficios de dicho tratamiento. Para prevenir posibles infecciones a través de una transfusión, la sangre y sus componentes se obtienen de donantes voluntarios y altruistas. Estos donantes responden a un cuestionario sobre su salud y son sometidos a una exploración médica antes de donar para garantizar la calidad de lo que vamos a transfundirle. En todos los componentes sanguíneos obtenidos se efectúan análisis para descartar la existencia de enfermedades que se contagian por la sangre. Finalmente, antes de la transfusión se comprueba además que el componente sanguíneo que le administramos sea compatible con la sangre que usted tiene.

Finalidad ¿Para qué sirve?

La transfusión de hemoderivados se realiza para reponer componentes de la sangre vitales para la supervivencia del paciente (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, etc.).

Consecuencias relevantes o de importancia

A pesar de todas las precauciones mencionadas toda transfusión comporta un mínimo riesgo de contraer enfermedades infecciosas como la hepatitis C o B, el SIDA u otras aún menos frecuentes. Esto sucede en menos de 1 de cada 60.000 transfusiones y se debe a que existe una primera fase de estas enfermedades infecciosas, llamada "período ventana", durante la cual existen los virus que causan estas enfermedades en la sangre del donante y que no podemos detectar, pero que pueden transmitir la enfermedad.

Riesgos del procedimiento

Las reacciones más frecuentes son leves y de fácil tratamiento. Puede aparecer fiebre, escalofríos o tiritonas y aparición de urticaria, que produce picores y habas en la piel. Las reacciones graves son muy raras pero suponen un gran riesgo para el paciente. Las principales son la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre (hemólisis), el encharcamiento de los pulmones (edema de pulmón) y reacciones alérgicas graves como la anafilaxia.

Riesgos personalizados

Por mi situación actual: diabetes [], obesidad [], hipertensión arterial [], anemia [], edad avanzada [], otra: [], puede aumentar la frecuencia o la gravedad de ciertos riesgos o complicaciones. Además se me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, problemas con la coagulación de la sangre, enfermedades del corazón o pulmón que padezco, las prótesis que llevo, si llevo marcapasos, las medicinas que estoy tomando o cualquier otra cosa relacionada con mi salud.

Contraindicaciones

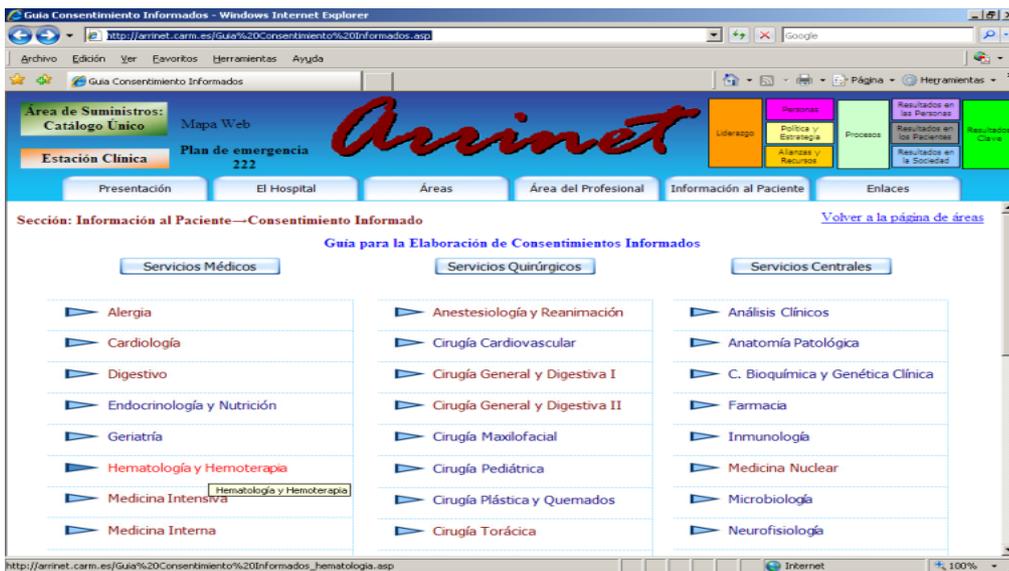
Este procedimiento NO presenta contraindicaciones.

Alternativas al procedimiento

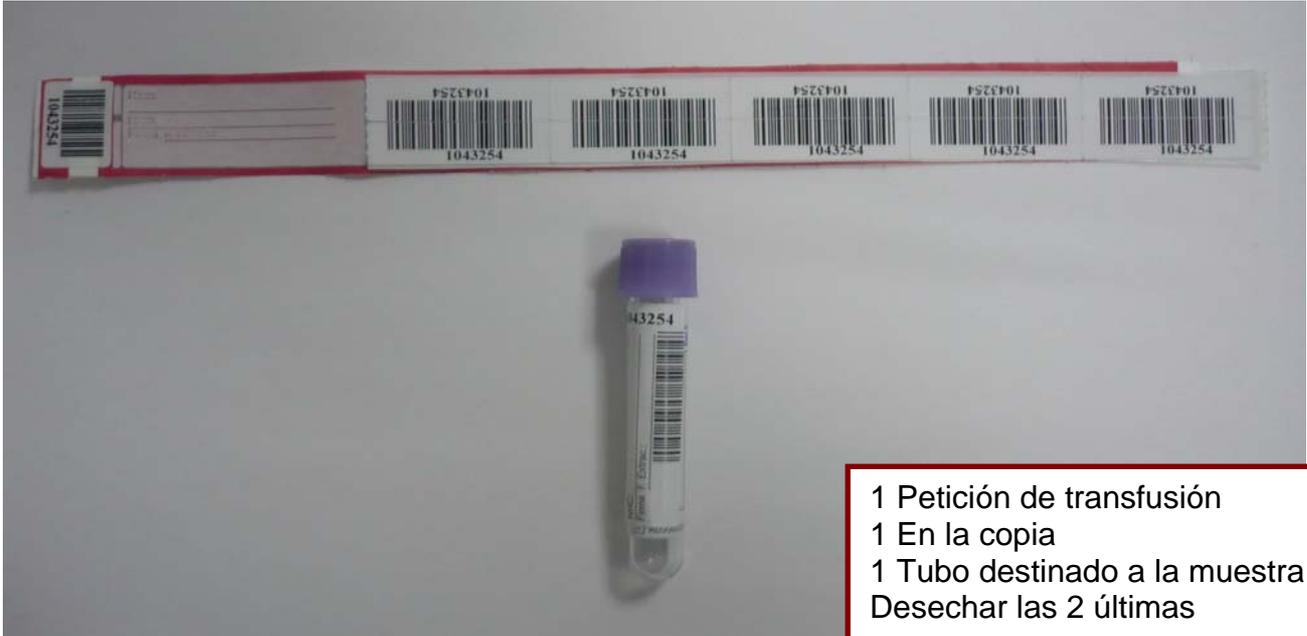
NO existen alternativas.

Consentimiento nº HEM12-001
Acreditado el: 30/12/1999
Revisión: 30/12/1999

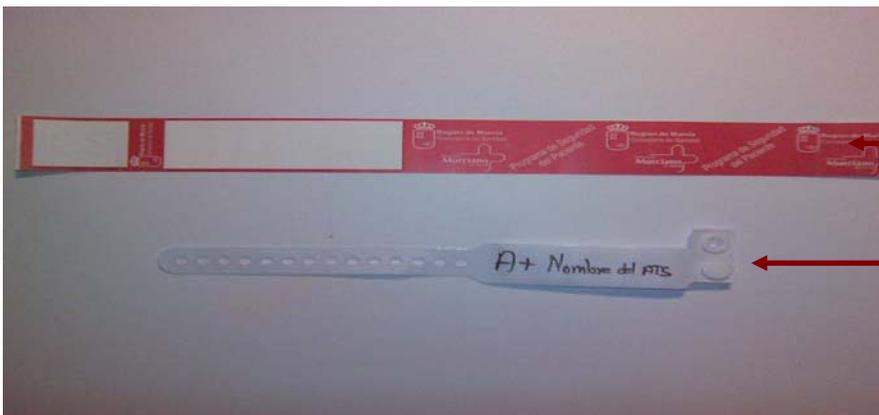
Página 2



13. 5 PULSERAS IDENTIFICATIVA Y CÓDIGO DE BARRAS



- 1 Petición de transfusión
- 1 En la copia
- 1 Tubo destinado a la muestra
- Desechar las 2 últimas



Pulsera de Identificación

Pulsera del Grupo



Pulsera de Grupo abrazada a Pulsera de Identificativa



- Pulsera transfusional.
- Pulsera de Grupo abrazada a Pulsera de Identificativa.
- Tubo de Edta con código.

13. 6 PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN

PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN		NOTAS IMPORTANTES	
<p>BANCO DE SANGRE</p> <p>QUIRÓFANO/SERVICIO: GFH Cama: Edad:</p>		<p>NOTAS IMPORTANTES</p> <p>Rellenar el VOLANTE DE PETICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de identificación. - Tipo de hemoderivado (CH, CP, PFC) y cantidad a transfundir (Unidades de CH y CP, mL de PFC). - Transfusiones previas, embarazos. - Modelo de Petición: <ul style="list-style-type: none"> • Reserva y Reserva global: Las muestras y la petición deben llegar a Banco de Sangre el día anterior a la intervención. • Transfundir en el día: 60 min. de demora. • Transfundir urgente: 45 min. de demora. • Transfundir urgente inmediata: Sin demora. Esta opción tan sólo es posible para aquellos pacientes a los que se les haya realizado previamente el tipaje de grupo y el escrutinio de anticuerpos irregulares. • Transfundir con extrema urgencia en casos excepcionales se transfundirá sangre isogrupo o sangre O Rh neg. (si no da tiempo a realizar el grupo hemático del paciente). 	
<p>1.º APELLIDO 2.º APELLIDO</p> <p>NOMBRE</p> <p>N.º HISTORIA CLÍNICA</p> <p>N.º SEG. SOCIAL</p>		<p>IDENTIFICAR CORRECTAMENTE LAS MUESTRAS.</p> <p>COMPROBACIÓN DEL GRUPO ABO Y RH ANTES DE TRANSFUNDIR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes quirúrgicos: Se comprobarán los grupos de los pacientes que vayan a ser intervenidos, colocándoles a continuación la pulsera identificativa. - Pacientes no quirúrgicos: Antes de iniciar la infusión de la primera unidad se comprobarán los grupos colocándoles a continuación la pulsera identificativa. 	
<p>PETICIÓN INTERVENCIÓN</p> <p>FECHA HORA FECHA HORA</p> <p>GRUPO Rh</p> <p>COOMBS DIRECTO</p> <p>AC. IRREGULARES</p> <p>DATOS ANALÍTICOS</p> <p>Hb. Plaquetas</p> <p>TP. APTT. Fibrin</p> <p>CONCENTRADOS DE HEMATÍES U.</p> <p>SANGRE TOTAL U.</p> <p>PLASMA mL.</p> <p>PLAQUETAS U.</p> <p>OTROS</p> <p>AUTOTRANSFUSIÓN</p> <p>RESERVA CON PRUEBAS CRUZADAS</p> <p>RESERVA GLOBAL CON GRUPO Y ESCRUTINIO</p> <p>TRANSFUNDIR EN EL DÍA</p> <p>TRANSFUNDIR CON URGENCIA</p> <p>TRANSFUNDIR CON URGENCIA INMEDIATA</p> <p>TRANSFUNDIR CON EXTREMA URGENCIA</p>		<p>Antes de iniciar la transfusión el ATS-DUE debe comprobar que los datos de identificación del paciente y las bolsas coinciden.</p> <p>Salvo excepciones (transfusiones masivas, presencia de crioprecipitinas activas) no está justificado el entamamiento previo de las bolsas de sangre. No deben usarse calentadores ni dejar las bolsas a temperatura ambiente. En caso necesario se debe recurrir a una bomba de infusión con serpentín termorregulado. Las bolsas no deben estar "nunca" fuera del frigorífico.</p> <p>Ningún hemoderivado debe permanecer fuera de Banco de Sangre más que el tiempo imprescindible para dar la transfusión. Si la demora es superior a 10 min. deben devolverse a Banco de Sangre inmediatamente.</p> <p>Todos los hemoderivados deben administrarse usando agujas de 16-18 G y a través de filtros para retener ámbulos de plaquetas y de fibrina.</p> <p>Ni en la bolsa ni en el sistema de infusión deben mezclarse los hemoderivados con otras medicaciones o soluciones glucosalinás.</p> <p>La transfusión debe completarse en el tiempo más breve posible que permita la situación hemodinámica del paciente. Una unidad no debe infundirse nunca en más de 120 min.</p> <p>Durante los 10 min. iniciales de la transfusión deben vigilarse estrechamente las constantes vitales del paciente.</p> <p>En caso de reacción transfusional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrumpir la transfusión manteniendo la vía con S. salino. - Avisar al Médico responsable del paciente y a Banco de Sangre. - Aplicar el Protocolo de Reacción Transfusional. - Devolver el resto de la bolsa al Banco de Sangre. 	
<p>MÉDICO QUE HACE LA PETICIÓN</p> <p>Fdo.: Código:</p> <p>Dr.</p> <p>PETICIÓN DE EXTREMA URGENCIA.</p> <p>Bajo mi responsabilidad solicito sangre sin realizar tipaje de grupo ni escrutinio de anticuerpos irregulares</p> <p>OBSERVACIONES:</p>		<p>TRANSFUSIONES PREVIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA DE LA ÚLTIMA </p> <p>EMBARAZOS O ABORTOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿HAS TENIDO REACCIÓN TRANSFUSIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>TIPO DE REACCIÓN</p> <p>ATS-DUE QUE REALIZA LA EXTRACCIÓN</p> <p>D. FECHA HORA FIRMA.</p> <p>ATS-DUE O TÉCNICO QUE RECIBE LAS MUESTRAS</p> <p>D. FECHA HORA FIRMA.</p>	
<p>EXTRAER UN TUBO CON EDTA (TAPON MORADO). IDENTIFICARLO CON NOMBRE Y DOS APELLIDOS</p> <p>NOTA IMPORTANTE: LA SANGRE SÓLO SE RESERVARÁ 48 HORAS</p>			

13.7 CAMPOS OBLIGATORIOS A RELLENAR EN LA PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN

PETICIÓN DE TRANSFUSIÓN	
	
Ctra. Madrid-Cartagena • Telf. 968 36 95 00 30120 EL PALMAR (Murcia)	
BANCO DE SANGRE	
QUIRÓFANO/SERVICIO: GFH Cama: Edad:	
PETICIÓN [Red box around date and time fields]	INTERVENCIÓN [Blue box around date and time fields]
<input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECTO <input type="checkbox"/> AC. IRREGULARES	DIAGNÓSTICO Y MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN [Red box around this section]
DATOS ANALÍTICOS Hb. Plaquetas TP. APTT. Fibri	<input type="checkbox"/> AUTOTRANSFUSIÓN <input type="checkbox"/> RESERVA CON PRUEBAS CRUZADAS <input type="checkbox"/> RESERVA GLOBAL CON GRUPO Y ESCRUTINIO <input type="checkbox"/> TRANSFUNDIR EN EL DÍA <input type="checkbox"/> TRANSFUNDIR CON URGENCIA <input type="checkbox"/> TRANSFUNDIR CON URGENCIA INMEDIATA <input type="checkbox"/> TRANSFUNDIR CON EXTREMA URGENCIA
<input type="checkbox"/> CONCENTRADOS DE HEMATIES U. <input type="checkbox"/> SANGRE TOTAL U. <input type="checkbox"/> PLASMA ml. <input type="checkbox"/> PLAQUETAS U. <input type="checkbox"/> OTROS	TRANSFUSIONES PREVIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE LA ÚLTIMA EMBARAZOS O ABORTOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿HAS TENIDO REACCIÓN TRANSFUSIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO DE REACCIÓN
MÉDICO QUE HACE LA PETICIÓN Fdo.: Código: Dr.	[Red box around signature and date fields]
PETICIÓN DE EXTREMA URGENCIA. Bajo mi responsabilidad solicito sangre sin realizar tipaje de grupo ni escrutinio de anticuerpos irregulares Fdo.: Código:	[Red box around signature and date fields]
OBSERVACIONES:	[Red box around signature and date fields]
EXTRAER UN TUBO CON EDTA (TAPÓN MORADO). IDENTIFICARLO CON NOMBRE Y DOS APELLIDOS	
NOTA IMPORTANTE: LA SANGRE SÓLO SE RESERVARÁ 48 HORAS	

Campos Obligatorios



Solo rellenar si cirugía programada



13. 8 IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA POR TRANSFUSIÓN

Documento 1

CONFIDENCIAL



NOTIFICACIÓN INICIAL DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

Este formulario debe ser cumplimentado por el médico ante la sospecha de que un paciente presenta una reacción adversa en relación con la transfusión de sangre o de sus componentes

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre: _____ N° H° Clínica: _____

Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa) Sexo: _____

Servicio: _____ Cama: _____ Tfno: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la transfusión: (dd/mm/aaaa)

Antecedentes

	NO	SI		NO	SI
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodepresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacciones transfusionales previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo	_____	_____

Momento de la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión → _____ Horas

DATOS DEL COMPONENTE

Hemátios Plaquetas PFC Otros: _____

N° de Unidad: _____ Volumen transfundido: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Elevación de Temperatura	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>
Escalofríos/Tiritona	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	Eritema	<input type="checkbox"/>
Anuria/Oliguria	<input type="checkbox"/>	Edema angioneurótico	<input type="checkbox"/>
Hemoglobinuria	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	Shock	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
Crisis hipertensiva	<input type="checkbox"/>	Síndrome hemorrágico difuso	<input type="checkbox"/>
Edema agudo de pulmón	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN

Pre-transfusión	Post-transfusión
Temper _____	Temper _____
P. Art _____	P. Art _____
Pulso _____	Pulso _____

Notificación cumplimentada por el Dr/Dra: _____

N° Colegiado: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Firma: _____

NOTA: EN ESTA SITUACIÓN SE RECUERDA LA NECESIDAD DE ENVIAR AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA LAS MUESTRAS NECESARIAS PARA EL ESTUDIO, HABITUALMENTE:

- 10 ml. de sangre del paciente sin anticoagulante (SUERO)
- 5-10 ml. de sangre del paciente con anticoagulante (1 ó 2 EDTA o HEPARINA)
- El componente causante de la reacción, y el equipo de infusión

13. 9 INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL: HOJA DE TRAZABILIDAD

Ejemplar para Banco de Sangre

Ejemplar para la Historia Clínica

INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL																			
DATOS DEL PACIENTE																			
Nombre			Fecha nacimiento			Pulsera Número													
Historia Clínica			Sexo			Servicio solicitante			Grupo										
Fecha de envío			Hora de envío			Destino del envío			Cama										
Entregada por																			
Entregada a																			
PRODUCTO A TRANSFUNDIR																			
Número unidad	DUE que inicia la transfusión o Anestesiólogo	Inicio Fecha/Hora	Final Fecha/Hora	Constantes Vitales				DUE que finaliza la transfusión o Anestesiólogo											
				Inicio TA	Pulso T*	Final TA	Pulso T*												
Antes de empezar a transfundir he verificado la siguiente información																			
<table border="1"> <tr> <td>14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35</td> <td></td> </tr> </table>												14		21		28		35	
14																			
21																			
28																			
35																			
Incidencias																			
¿Algún sintoma de reacción transfusional?										SI	NO								
¿La transfusión ha sido interrumpida?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿Ha devuelto la bolsa al Banco de Sangre?										<input type="checkbox"/>	Cantidad residual _____ ml.								
¿Ha enviado comunicación de reacción para estudio al Banco de Sangre?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Firma																			
EJEMPLAR ROSA ARCHIVAR H* / EJEMPLAR BLANCO DEVOLVER AL BANCO																			
Hospital Virgen de Arrixaca (JGT) 1 / 1																			

En el dorso de esta hoja se colocará una etiqueta de la bolsa

IMPORTANTE:
Datos a verificar antes de administrar concentrado

13.10 DOCUMENTACIÓN DEL PRODUCTO



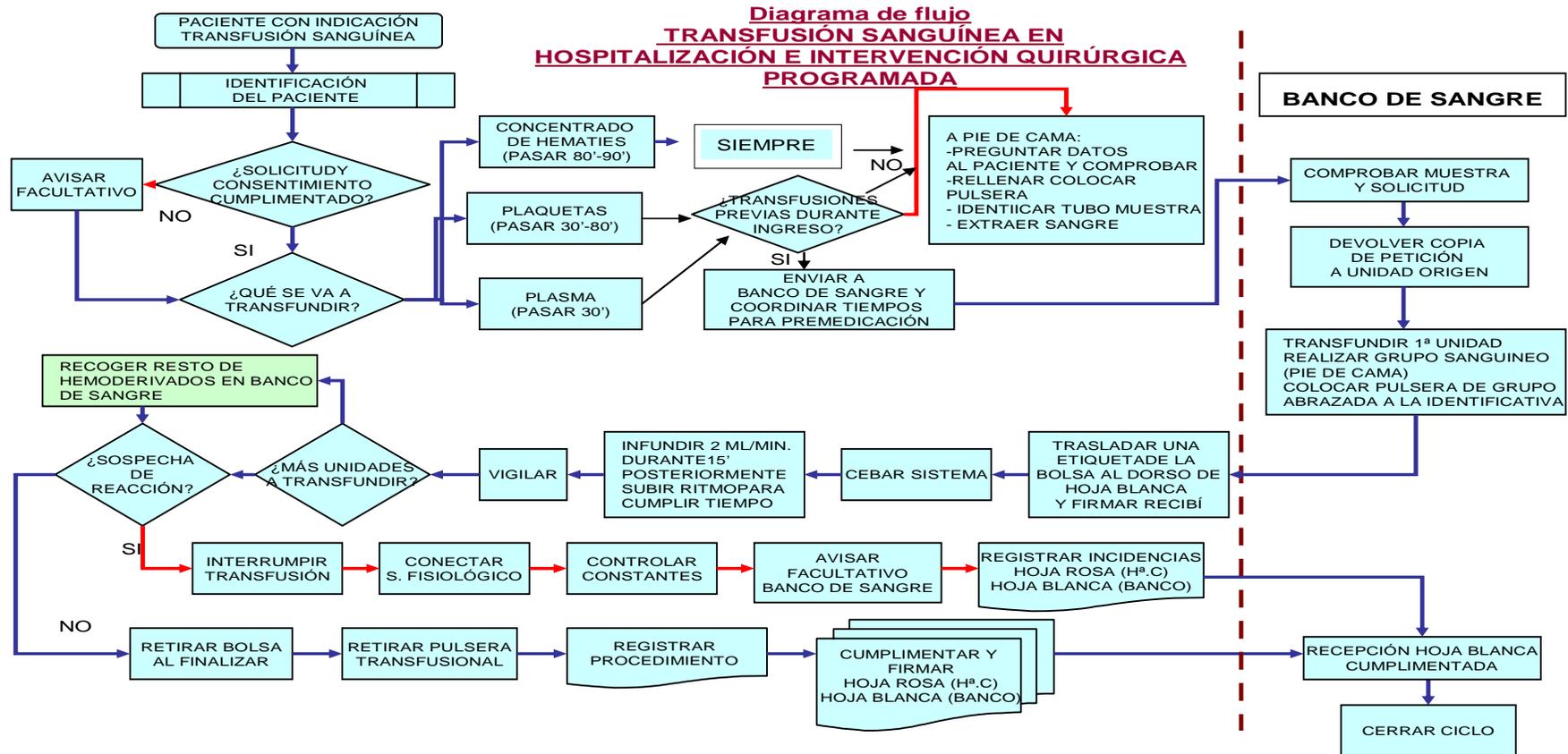
Etiqueta para despegar y pegar al dorso de hoja blanca de trazabilidad

- Número de unidad
- Número de muestra
- Producto
- Destinatario (nombre y apellidos)
- Fecha y hora de entrega
- Grupo de unidad

EDICIÓN	02	FECHA	01/12/2012
---------	----	-------	------------

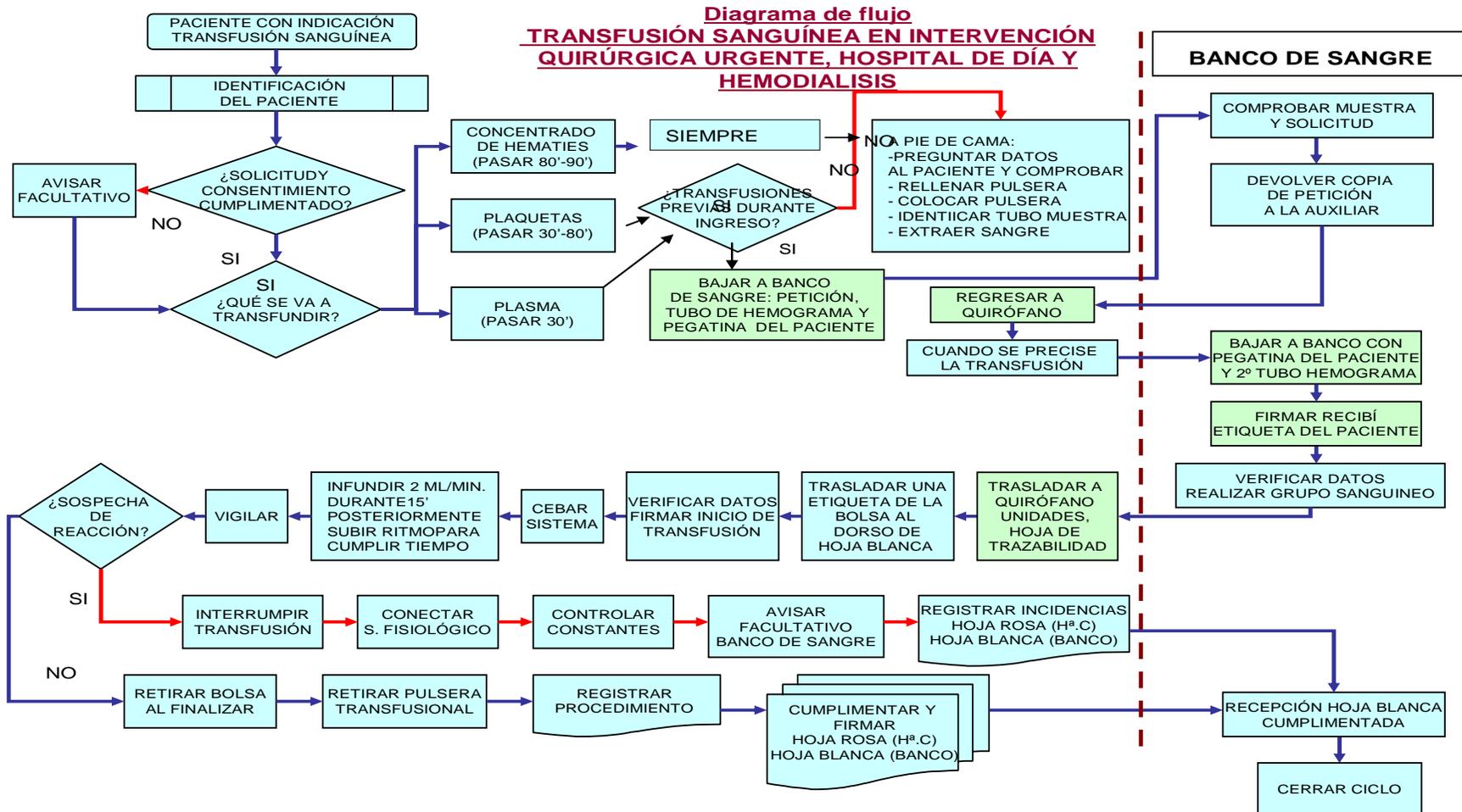
PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE

13.11 ALGORITMO:



EDICIÓN	02	FECHA	01/12/2012
---------	----	-------	------------

PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE



PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE

13. 12 TABLA CRITERIOS DE CALIDAD FORMAL DEL PROTOCOLO

ATRIBUTO	CRITERIO DE CALIDAD	Cumple	
		SI	NO
APLICABILIDAD CLÍNICA	1- El protocolo define la población a la que se aplica.	X	
FLEXIBILIDAD	2- El documento proporciona información específica sobre las situaciones en las cuales no debe aplicarse el protocolo en su totalidad .		X
	3- El documento proporciona información específica sobre las situaciones en las cuales no deben aplicarse determinadas recomendaciones del protocolo.	X	
	4- El protocolo considera, en algún momento del proceso, las preferencias del paciente.	X	
FIABILIDAD REPRODUCIBILIDAD	5- En el documento consta que los aspectos relativos a las cuestiones científico-técnicas del mismo han sido revisadas por expertos independientes.	X	
	6- En el documento consta que los aspectos relativos a las cuestiones científico-técnicas del mismo han sido sometidas a pretest .		X
DOCUMENTACIÓN	7- El protocolo describe, específicamente el método empleado para identificar y revisar las evidencias científicas en las que se fundamenta.		X
	8- Constan las referencias de las fuentes de información utilizadas en el desarrollo del protocolo.	X	
VALIDEZ	9- Las recomendaciones deben asociarse a su correspondiente nivel de evidencia. Cada recomendación debe enlazarse con las referencias bibliográficas en las cuales se basa.		X
	10- El protocolo describe cualitativamente los beneficios para la salud esperados de su aplicación.	X	
	11- El protocolo describe cuantitativamente los beneficios para la salud esperados de su aplicación.		X
	12- El protocolo describe cualitativamente los riesgos para la salud esperados de su aplicación.	X	
	13- El protocolo describe cuantitativamente los riesgos para la salud esperados de su aplicación.		X



EDICIÓN	02	FECHA	01/12/2012

PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE

ATRIBUTO	CRITERIO DE CALIDAD	Cumple	
	14- El protocolo describe cualitativamente los costes esperados de su aplicación.		X
	15- El protocolo describe cuantitativamente los costes esperados de su aplicación.		X
MANEJABILIDAD	16- El protocolo presenta un índice paginado .	X	
	17- El protocolo presenta las páginas numeradas .	X	
CLARIDAD DEL TEXTO	18- El protocolo es legible (las páginas están completas, no hay números de página perdidos y la reprografía es de buena calidad).	X	
CLARIDAD ESTRUCTURAL	19- El protocolo contiene diagramas de flujo o algoritmos .	X	
MODELAJE ADECUADO	20- El protocolo describe, delimita o especifica el sistema de registro de datos.	X	
REVISIÓN PROGRAMADA	21- El protocolo especifica su fecha de edición/publicación .	X	
	22- El protocolo prevé una fecha de revisión del mismo.	X	
PROCESO MULTIDISCIPLINAR	23- En el documento consta que se ha tenido en cuenta, durante el proceso de elaboración del protocolo, la opinión de los profesionales de la Unidad que deben aplicarlo.	X	
	24- En el documento consta que se ha tenido en cuenta, durante el proceso de elaboración del protocolo, la opinión de los profesionales de otras Unidades , relacionadas o de apoyo, para su aplicación.		X
	25- En el documento consta que se ha tenido en cuenta, durante el proceso de elaboración del protocolo, la opinión de los usuarios/pacientes hacia los que va dirigido.		X