



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD O'HIGGINS.
HOSPITAL DE PICHILEMU
OFICINA DE PARTES
DR.FRS/df.

RESOLUCION EXENTA N° 023

PICHILEMU, 16 de enero del 2020.-

VISTOS: Razones de buen servicio, Res. N° 15/2015 de la Contraloría General de la República; las facultades que me confiere el D.L N°1/2005, D.S N° 140/2004, Reglamento de los Servicios de Salud, y D.E. 123/2018 y Res. N° 2779/2018 de Facultades Delegadas, dicto lo siguiente:

R E S O L U C I O N:

1.- **DEJESE SIN EFECTO** Resolución N° 275 de fecha 26 de octubre del 2015.

2.- **APRUEBASE** "Protocolo Criterios de Indicación de Transfusión" versión N° 2, de fecha 16 de enero del 2020, en el marco del Proceso de Acreditación de Calidad y Seguridad del Paciente.

3.- **DEJESE ESTABLECIDO** que el protocolo antes mencionado entra en vigencia a contar de la fecha de la presente resolución.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



DR. FRANCISCO ROA SALAS
DIRECTOR
HOSPITAL PICHILEMU

DISTRIBUCION:
- Of. Partes y Archivo
- Interesados.





**PROTOCOLO
CRITERIOS DE INDICACION
DE TRANSFUSION**

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 1 de 10

**PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION
DE TRANSFUSION**

Nombre: TM. Andrea Parraguez Cáceres	Nombre: Dra. Solange Escobedo Marambio	Nombre: Dr. Francisco Roa Salas
Cargo: Tecnólogo Médico	Cargo: Sub Director Médico	Cargo: Director
Unidad o Sección: Laboratorio	Unidad o Sección: Dirección	Unidad o Sección: Dirección
Firma:  Andrea Parraguez Cáceres Tecnólogo Médico 15.121.812-1	Firma:  Dra. Solange Escobedo Marambio 1*166762-3 Médico.	Firma:  
Fecha: 10 Enero 2020	Fecha: 14 Enero 2020	Fecha: 16 Enero 2020



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 2 de 10

1. INTRODUCCION

El dicho dice: "la mejor transfusión es la que no se hace", en base a esto tenemos que preguntarnos, cuales son las indicaciones correctas para solicitar una transfusión, en que situaciones, que hemocomponente, cuantos y cuando, para lograr proporcionar un mayor porcentaje de beneficio que de riesgo al paciente.

2. OBJETIVOS

-Objetivos generales:

Contribuir a la seguridad y calidad de atención de nuestros pacientes disminuyendo las transfusiones innecesarias.

-Objetivos Específicos:

Establecer los criterios médicos de indicación de Transfusión con la finalidad de evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a ellas y optimizar el uso de un recurso escaso.

3. ALCANCE

Este protocolo deberá ser conocido por todos los Médicos de nuestro establecimiento, quienes son los únicos responsables de la indicación de transfusiones sanguíneas, con el objeto de adecuar las indicaciones a los criterios en este protocolo establecidos.

4. RESPONSABLES

• Médicos Tratantes:

- Indicación de transfusión en formulario de solicitud de transfusión de componentes sanguíneos y hemocomponentes según los criterios definidos en este protocolo.
- Registro en Ficha Clínica o DAU.

• Tecnólogo Médico Unidad Laboratorio:

- Velar por el cumplimiento de este protocolo.
- Brindar apoyo a los servicios clínicos en los temas relacionados con indicación de hemocomponentes.
- Vigilar el correcto llenado de las órdenes de transfusión, al representar la fuente primaria de información en la evaluación de la indicación.
- Gestionar transfusión electiva con Hospital Santa Cruz.

5. DEFINICIONES

- Hemocomponentes: Productos terapéuticos que se obtienen a partir de la sangre total a través de procesos de centrifugación, separación y fraccionamiento. Estos son: concentrado de glóbulos rojos, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado y crioprecipitado.
- Prueba de Compatibilidad: Procedimiento pre Transfusional destinado a demostrar la existencia o no de incompatibilidad de grupo ABO entre los glóbulos rojos a transfundir y el suero o plasma del receptor y/o anticuerpos anti eritrocitarios significativos, de manera de lograr una adecuada sobrevida de los eritrocitos transfundidos y prevenir reacciones transfusionales.

6. DESARROLLO

Déjese establecido que en el Hospital de Pichilemu no se realizan transfusiones.

En el caso de que algún paciente necesite dicho procedimiento se enviará al Hospital de Santa Cruz.

La Indicación de transfusión de componentes sanguíneos es un acto EXCLUSIVO del Médico.

La indicación de transfusión de sangre y hemocomponentes debe ser realizada según los criterios definidos en este protocolo, por lo que deben ser conocidos por todos los médicos que desempeñan funciones en el Hospital de Pichilemu.

La indicación de transfusión y los motivos que llevaron a ella deben quedar registrados en la ficha clínica, Hoja de evolución médica en el caso de pacientes hospitalizados, o en registro DAU de Urgencia y deben estar basados en los criterios descritos en este protocolo.

Se establecen criterios de urgencia, para definir el tiempo de respuesta a la solicitud de Transfusiones desde la Unidad de Medicina Transfusional Hospital Santa Cruz:



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 3 de 10

- Inmediato: 10 min. Sin pruebas cruzadas: El carácter de inmediato es de exclusiva responsabilidad del médico. Este criterio no aplica para el Hospital de Pichilemu.
- Urgente: 40 min a 4 horas.
- No urgente: Dentro de las 12 horas
- Electiva: Programada

El procedimiento se inicia con la Solicitud de Transfusión (Anexo 1) y Consentimiento Informado (Anexo 2), documentos usados tanto para adultos como para pacientes pediátricos; así como también para pacientes hospitalizados, urgencias y ambulatorios. La Solicitud de transfusión debe ser confeccionada únicamente por el médico tratante con letra legible y cumpliendo con el registro de todos los campos solicitados en ella. El incumplimiento del registro de la solicitud o la falta del consentimiento informado, podría ser motivo de rechazo por la Unidad de Medicina Transfusional Hospital Santa Cruz.

En el caso de transfusiones Electivas o Programadas, los documentos anteriormente mencionados se deben entregar al Laboratorio Clínico del Hospital de Pichilemu, y el tecnólogo médico coordinará con la Unidad de Medicina Transfusional del Hospital Santa Cruz, la disponibilidad de unidades, fecha y hora de la realización de la transfusión.

Una vez obtenida la información, se remitirá al servicio solicitante en el caso de pacientes no ambulatorios, para que se realice la coordinación con el paciente, sus familiares o representante legal, además del traslado del paciente en ambulancia si es que fuese necesario.

En el caso de los pacientes ambulatorios, la coordinación se realiza directamente entre el laboratorio y el paciente o sus familiares. En el caso de necesitar transporte en ambulancia se coordinará con movilización para realizar dicho traslado.

Una vez realizada la coordinación y con fecha y hora asignadas al procedimiento, el laboratorio del Hospital de Pichilemu enviará la documentación (Solicitud de Transfusión, Consentimiento Informado), además de una muestra sanguínea del paciente a transfundir en tubo EDTA para realizar las pruebas de compatibilidad, a la Unidad de Medicina Transfusional Hospital Santa Cruz, todo esto antes de la fecha de transfusión. En el caso de que no sea posible le envío de la muestra sanguínea, se realizarán las pruebas de compatibilidad el día de la citación directamente en el hospital de derivación.

El tecnólogo médico de la Unidad de Medicina Transfusional del Hospital de Santa Cruz (lunes a viernes de 8:00 a 17:00) recibe la Solicitud de Transfusión y el Consentimiento Informado (Anexos 1 y 2), revisando que estas contengan toda la información relevante, tanto para la priorización del despacho de la transfusión como la información relevante para la evaluación de su indicación. El Tecnólogo Médico está facultado a rechazar los documentos, si estos contienen datos incompletos o incongruentes.

En el caso de transfusiones de tipo Urgentes o No Urgentes, el paciente es derivado directamente desde el Servicio de Urgencias del Hospital de Pichilemu al Servicio de Urgencias del Hospital de Santa Cruz con la solicitud de transfusión y consentimiento informado. Una vez que el paciente llega al centro de referencia es nuevamente evaluado por el médico de turno para confirmar la pertinencia de la solicitud de transfusión.

5.1 Requisitos para la transfusión

Los principios básicos de la terapia transfusional son:

1. Salvo en situaciones que justifiquen la transfusión masiva, por lo general: solo se debe transfundir el componente deficitario.
2. La terapia transfusional debe restablecer la función deficitaria y no su alteración cuantitativa o un valor de laboratorio.
3. La clínica siempre debe primar por sobre el laboratorio.
4. Los beneficios esperados deben superar los riesgos.
5. La indicación de transfusiones es de exclusiva responsabilidad del médico.
6. Esta debe ser indicada solamente por médicos que conozcan al paciente y su patología.
7. Los criterios de la indicación deben quedar registrados en la ficha clínica, o en el registro DAU del paciente, y deben estar basados en las indicaciones consignadas en el presente protocolo.



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 4 de 10

En aquellos casos en los que el Médico Tratante se encuentre ante situaciones clínicas que no sean contenidas en este protocolo y que a su criterio cumplan con requerimientos de transfusión sanguínea, deberá, siempre que la condición clínica del paciente lo permita, solicitar apoyo del sub director médico a la hora de decidir sobre la indicación.

A. CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTES ADULTOS.

A.1 CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS (GR)

Criterios de Indicación: La principal función de este componente es aumentar la capacidad transportadora de oxígeno de la sangre al incrementar la masa eritrocitaria. Se podrá indicar concentrado globular siempre que:

- 1.- Hemoglobina $\leq$ a 6 g/dl
- 2.- Hemoglobina entre: 6 y 9 g/dl
 - Anemia preoperatoria sintomática (Si es cirugía electiva corregir anemia con terapia específica).
 - Pacientes con Insuficiencia Renal crónica con sintomatología evidente.
 - Pacientes con comorbilidad cardiorrespiratoria severa, isquemia miocárdica activa o poca tolerancia a anemia y sintomáticos (>65 años, DM no controlados o con arteriopatía crónica severa).
 - Pacientes oncológicos sintomáticos
 - Pacientes post operados con: Anemia post operatoria en paciente con comorbilidad cardiovascular, pulmonar y/o mayores de 65 años con cifras de hemoglobina por debajo de 8 g/dl. Anemia post operatoria en pacientes sin comorbilidad cardiovascular, pulmonar o menores de 65 años sólo con hemoglobina por debajo de 7 g/dl.
- 3.- Otros
 - Hemorragia intraoperatoria no controlada o en paciente hemodinámicamente inestable.
 - Hemorragia activa con riesgo vital.

Dosis de concentrado de glóbulos rojos: Se espera que una dosis terapéutica de concentrado de glóbulos rojos en pacientes adultos **equivalente a 1 unidad de glóbulos rojos aumente 1 g/dl de hemoglobina o 3-4 % en el hematocrito.** La cantidad de glóbulos rojos a transfundir debe ser dirigida por la condición clínica del paciente y no por un valor meta establecido, bajo el principio de "mínima cantidad de hemoglobina necesaria para mantener función". Pacientes sobrecargados de volumen o en riesgo de sobrecarga, como en la insuficiencia renal crónica y en cardiopatas, se recomienda transfundir no más de 1 unidad en 24 horas. Para la evaluación del resultado de la transfusión debemos tomar en cuenta:

- Pacientes con hemorragia no controlada o hemodinámicamente inestables: Predomina el criterio clínico para definir necesidad de nueva transfusión.
- Pacientes sin evidencia de sangrado y hemodinámicamente estables: La decisión de una nueva transfusión está sujeta al resultado de Hb / Hto post transfusional. No existe un tiempo estandarizado para este control, pero en pacientes estables y sin evidencia de sangrado se aconseja aguardar 24 horas.

En aquellos pacientes donde por cualquier situación distinta a sangrado no controlado o inestabilidad hemodinámica, se requiera evaluar el resultado de la transfusión antes de las 24 horas post transfusionales, se aceptará un tiempo mínimo de 6 horas posterior a la transfusión para el nuevo control de Hb/Hto.

A.2 CONCENTRADO DE PLAQUETAS

Criterios de Indicación: La transfusión de plaquetas está indicada en las siguientes situaciones:

1. Tratamiento de hemorragia asociada a trombocitopenia (<100.000 plaquetas/mm³) o disfunción plaquetaria (Consumo de antiagregantes plaquetarios en los últimos 5 días, disfunción plaquetaria en enfermedad renal, entre otras).
2. Profilaxis de complicaciones hemorrágicas en pacientes con trombocitopenia que serán sometidos a cirugía o procedimientos invasivos:
 - 2.1 Instalación de catéter venoso central (Incluyendo catéter de hemodiálisis) <20.000 plaquetas/mm³,
 - 2.2 Punción lumbar < 50.000 plaquetas/mm³,
 - 2.3 Endoscopias en general, artroscopias o biopsias percutáneas: <50.000 plaquetas/mm³,
 - 2.4 Cirugía en general < 50.000 plaquetas/mm³,
 - 2.5 Cirugía del Sistema Nervioso Central o intraocular < 100.000 plaquetas/mm³.



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 5 de 10

3. Profilaxis de hemorragias en pacientes con trombocitopenia severa sin hemorragia activa (<10.000 células/mm³ en pacientes sin causa conocida de trombocitopenia o <5.000 células/mm³ en pacientes con causa conocida de trombocitopenia).

4. Paciente con trombocitopenia de cualquier causa sin sangrado, pero con factores de riesgo adicionales para sangrado (fiebre, infección y/o quimioterapia) cuando el recuento de plaquetas sea $<20.000/\mu\text{l}$.

5. Como parte de protocolos de transfusión masiva.

6. Politraumatizados con daño de SNC mantener recuento plaquetario $>100.000/\mu\text{l}$.

Dosis de plaquetas: La dosis terapéutica de plaquetas recomendada para un paciente adulto es de **1 unidad por cada 10 Kg de peso**.

Se espera que una dosis terapéutica de plaquetas aumente el recuento en sangre periférica entre 40.000 y 50.000/ μl , en un sujeto de 70 kilos o bien 5.000 plaquetas/ μl por cada unidad. Para evaluar el resultado de la transfusión se debe realizar un recuento de plaquetas a los 60 minutos y 24 horas post – transfusión.

A.3 PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC).

Criterio de Indicación: La única indicación de plasma fresco congelado es el tratamiento de la hemorragia o la prevención de hemorragia en pacientes con coagulopatía demostrada.

Así pues, en nuestra institución se podrá indicar PFC para:

- 1) Manejo de hemorragia masiva secundaria a terapia con anticoagulante oral.
- 2) Manejo de hemorragias severas en pacientes con antecedentes de Deficiencias únicas de factores de coagulación. Ej. Factor V.
- 3) Manejo de sangrado en pacientes con Déficit demostrado de múltiples factores asociados a hemorragia severa o coagulación intravascular diseminada (CID) demostrada.

El PFC no está indicado para la corrección de alteración de los tiempos de coagulación en pacientes sin alguna de las causas anteriores que vayan a ser sometidos a procedimientos invasivos. Tampoco está indicado para corregir el TP en ausencia de hemorragia (usar Vitamina K) y menos está indicado para aumentar el volumen plasmático o la concentración de albúmina, por ejemplo, en pacientes con cirrosis hepática.

Dosis de Plasma fresco congelado: La dosis debe permitir alcanzar el 30% del factor deficitario. Esto se consigue administrando 10 a 15 ml de PFC/ kg de peso del paciente. En hemorragia por tratamiento anticoagulante oral el requerimiento es menor 5 a 8 ml/kg.

A.4 CRIOPRECIPITADOS

Criterio de Indicación: En nuestra institución las indicaciones de este componente están limitadas al uso en cuadros hemorrágicos asociados a las siguientes patologías:

- 1) Pacientes con Hemofilia A, en ausencia de concentrados liofilizados de factor VIII.
- 2) Pacientes con disfibrinogenemias.
- 3) Pacientes con enfermedad de Von Willebrand, que no responde a DDAVP o no se dispone del medicamento o liofilizado de factor VIII RICO EN Von Willebrand.
- 4) Manejo de hemorragia en paciente urémico.
- 5) Corrección de hemorragia de la microcirculación en paciente con transfusión masiva, con niveles de fibrinógeno menor a 100 mg/dl.

Dosis de crioprecipitado: Una unidad de factor VIII/kg incrementa los niveles en un 2%. Por ejemplo, si tenemos un paciente de 60 kg con hemofilia A grave con actividad basal de factor VIII menor de 1% y por el tipo de hemorragia debemos aumentar los niveles a 30%, se requeriría administrar $15 \text{ unidades/kg} \times 60 \text{ kg} = 900$ unidades de Factor VIII. Considerando que una bolsa de crioprecipitado contiene 100 unidades de Factor VIII la indicación es de 9 Unidades de Crioprecipitados. Por la vida media del factor VIII esta dosis debería repetirse cada 12 horas.



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 6 de 10

B. CRITERIOS DE INDICACION MÉDICA DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

B.1 CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS

Dosis de Glóbulos Rojos en pacientes pediátricos: La administración de 10 ml/kg/peso, aumenta el Hto en 6-10% y la Hb en 3 gr/dl a las 24 horas.

Criterios Indicación:

- 1) Asintomática Hemoglobina < 6.5 g/dl
- 2) Hemoglobina <10 g/dl
 - Con requerimiento de O2.
 - Con apneas o bradicardia.
 - Con taquicardia o polipnea.
 - Con mal incremento de peso
- 3) Pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas: Hemoglobina < 15g/dl
 - En ECMO
 - En ventilación mecánica.

B.2 CONCENTRADO DE PLAQUETAS

Dosis de concentrado de plaquetas en pacientes pediátricos: Cada 10-20 ml por kg de peso, aumenta el recuento sanguíneo en 50.000 plaquetas.

Criterios de Indicación:

- 1) Falla en la producción de plaquetas con recuento 5.000-10.000 x mm³
- 2) Plaquetas <50.000 en pretérmino con sangramiento activo o en niños que vayan a ser sometido a procedimiento invasivo.
- 3) Plaquetas <100.000 en pretérmino enfermo (Coagulopatía intravascular diseminada).
- 4) Sangramiento activo en presencia de defecto cualitativo en la función plaquetaria.
- 5) Excesivo sangramiento y sin explicación en paciente sometido a bypass cardiopulmonar.
- 6) Como parte de protocolos de transfusión en trauma severo.

B.3 PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)

Dosis de plasma fresco congelado en pacientes pediátricos: La dosis debe permitir alcanzar el 30% del factor deficitario. Esto se consigue administrando 10 a 15 ml de PFC/ kg de peso del paciente pediátrico.

Criterios de Indicaciones:

- 1) Reponer factores de coagulación Tratamiento de reemplazo en pacientes con déficit congénitos o adquiridos de anticoagulantes naturales en ausencia de sus concentrados.
- 2) Reversión de tratamiento anticoagulante.
- 3) Corrección inmediata de déficit de vitamina K. Deficiencia de C1 esterasa
- 4) Como parte de protocolo de Transfusión masiva de sangre.



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 7 de 10

6.- INDICADOR

Nombre Indicador	Pacientes Transfundidos según protocolo
Objetivo	Evaluar que las indicaciones de transfusiones de glóbulos rojos sean de acuerdo a los criterios clínicos de transfusión definidos en el protocolo.
Tipo Indicador	Proceso
Responsable	Tecnólogo Médico
Formula	$\frac{\text{Nº de pacientes con indicación médica de transfusión de glóbulos rojos que cumplen con criterio según protocolo}}{\text{Nº total de paciente con indicación médica de transfusión de glóbulos rojos}} \times 100$
Umbral	80%
Periodicidad	Trimestral
Fuente de Datos	Solicitudes de transfusiones del Servicio de Urgencias y DAU
Áreas de Aplicación	Servicio de Urgencia
Metodología	Se evaluará el total de los pacientes con indicación médica de transfusión de glóbulos rojos provenientes del servicio de urgencias, catalogados como Urgente o No urgentes. No se incluyen las transfusiones de tipo Electivas o Programadas. Se evaluarán los criterios de solicitud de transfusión, independiente si se realiza el procedimiento o no, ya que este tipo de transfusión está sometida a una re evaluación por el médico de turno en Hospital de Santa Cruz. Se dará por cumplida cuando la transfusión evaluada se ajuste con los criterios definidos según el protocolo y pauta de evaluación. No se incluirá dentro de la evaluación la cantidad de los hemocomponentes solicitados por el médico, ya que los pacientes serán re evaluados por médico de hospital de referencia el cual decidirá dicho criterio.
Responsable	Encargado Servicio de Urgencias

7.- REFERENCIAS

Protocolo Criterios de Indicación Médica de Transfusión de Sangre y Hemocomponentes, Hospital Santa Cruz, HSC-GCL -77, Fecha Mayo 2019, versión 5

8.- CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Cambio	Aprobación
16 Enero 2020	Cambio versión 1 a 2. Actualización por vencimiento. Se modifican objetivos, alcance, responsables, definiciones, desarrollo, indicador, referencias, distribución y anexos.	Comité Calidad Laboratorio Clínico Sub dirección Médica

9.- DISTRIBUCION

- Dirección
- Servicio Hospitalización Indiferenciada
- Servicio Urgencias
- Unidad Laboratorio clínico



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 8 de 10

ANEXO 1 SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN		FOLIO N°
FECHA SOLICITUD: DÍA MES AÑO		HORA:
1. Servicio de salud		2. Establecimiento
3. Especialidad		4. Unidad
5. Nombre		6. Historia Clínica
7. RUT		8. Si es recién nacido, RUT, de padre o madre beneficiario
9. Sexo (Marca con x) ☐ Masculino ☐ Femenino		10. fecha de Nacimiento
11. Edad		12. Domicilio (calle, número interior, bloque (block), villa, localidad)
13. Comuna de Residencia		14. Teléfono 1
15. Teléfono 2		16. Correo Electrónico
17. Se deriva para atención en: Establecimiento		18. Especialidad
19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica ☐ Seguimiento ☐ Realizar Tratamientos ☐ Otro ☐ Especificar		20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)
21. Sospecha problema de salud AUGE? Especificar problema		22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)
23. Fundamentos del diagnóstico		24. Exámenes realizados
25. Nombre		26. RUT
27. Apellido paterno		28. Apellido materno
29. Nombres		30. Firma profesional

ORIGINAL: ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LA REFERENCIA
COPIA: ESTABLECIMIENTO QUE EMITE LA INTERCONSULTA



**PROTOCOLO
CRITERIOS DE INDICACION
DE TRANSFUSION**

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 9 de 10

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN
DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
HOSPITAL SANTA CRUZ.**

Declaro que el Dr., con fecha:, me ha informado que necesito o podría necesitar una transfusión de componentes sanguíneos, con el objetivo de favorecer mi recuperación.

He sido informado(a) por el médico en que consiste una transfusión de componentes sanguíneos, los procedimientos que se usarán, y los beneficios de recibir esta transfusión.

También se me explicó los posibles riesgos implicados que conlleva este acto transfusional. Estos posibles riesgos son entre otros: sensibilizaciones, reacciones alérgicas o hemolíticas, fiebre; otros riesgos son la exposición a microorganismos que pueden producir infecciones incluyendo el virus del sida o hepatitis, aunque dicha posibilidad es extremadamente baja.

Comprendo que los riesgos existen a pesar que se ha analizado cuidadosamente la sangre de acuerdo a la normativa nacional e internacional.

El médico también me ha explicado las alternativas a la transfusión, incluidos sus riesgos y consecuencias.

Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas que aclaran mis dudas al médico y personal especializado.

Una vez leído este documento, marque (con una X) donde corresponde:

_____ DOY mi consentimiento informado y voluntario para que se me practique la transfusión y autorizo al médico tratante y otros médicos que lo asistan, para indicarme una transfusión.

_____ NIEGO mi consentimiento para que se me realice la transfusión. Se me ha informado y comprendo que los riesgos asociados a mi rechazo pueden ser, entre otros, una lesión permanente o posiblemente la muerte. En consecuencia, acepto toda la responsabilidad que esto implica.

Nombre del paciente (O representante legal)	Rut del paciente (O representante legal)	Firma del paciente (O representante legal)
--	---	---

Nombre del médico: _____

RUT: _____ Firma: _____

En caso de extrema urgencia:

_____ Médico autoriza la transfusión debido a que el paciente no está en condiciones de hacerlo.

El consentimiento informado para la transfusión deberá anexarse a la solicitud de transfusión en cada nueva hospitalización del paciente, se firma solo una vez y de este modo, se aceptan los eventos transfusionales que ocurran en este período.

Original: Adosar a Ficha Clínica

Copia: Entregar a Paciente



PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACION DE TRANSFUSION

Código: HP-CSP-GCL1.7
Versión: 2
Fecha Elaboración: 16 Enero 2020
Fecha Vigencia: 16 Enero 2025

Página 10 de 10

ANEXO 3 PAUTA EVALUACION INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS HOSPITAL PICHILEMU

PAUTA EVALUACION INDICACION MEDICA DE TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS HOSPITAL PICHILEMU																
FECHA DE EVALUACION:																
PERIODO DE EVALUACION:																
N°	PACIENTE	RUT	FECHA DE TRANSFUSION	MEDICO SOLICITANTE	CRITERIO DE ADULTO (1-2-3-4)	CRITERIO PEDIATRIA (1-2-3-4)	CUMPLE	OBSERVACIONES								
CRITERIO PACIENTES ADULTOS																
									1)	Hb ≤ 6 g/dl						
									2)	Hb 6-9 g/dl						
										Anemia preoperatoria sintomática						
CRITERIO PACIENTES PEDIATRICOS																
									1)	A-sintomática Hemoglobina < 6.5 g/dl						
									2)	Hemoglobina < 10 g/dl						
										Con requerimiento de O2						
OTROS																
									3)	Hemoglobina < 10 g/dl						
									4)	Con taquicardia o polipnea						
										Con mal incremento de peso						
OTROS																
									3)	Pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas: Hemoglobina < 15g/dl						
									4)	En ECMO						
										En ventilación mecánica						
OTROS																
									3)	En ECMO						
									4)	En ventilación mecánica						
										NO CUMPLE						