GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DIRECCIÓN GENERAL

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

RESOLUCION DIRECTORAL Nº 062 -2025-DG-HRGDV-A.

Abancay, 26 FEB. 2025

VISTO:

El **MEMORANDO Nº 69-DG-HRGDV-ABANCAY** de fecha 30 de enero de 2025, emitida por el Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, mediante el cual dispone proyectar Resolución Directoral APROBANDO el Protocolo para la Administración de Sangre y Hemocomponentes, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, mediante INFORME Nº 006-2025-OGC-HRGDV-AB, de fecha 23 de enero de 2025, la Responsable de a Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, requiere Revisión y Validación de protocolos y Procedimiento Operativo Estándar del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre para su aprobación resolutiva, entre los cuales ADJUNTA PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES;

Que, el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Con Categoría II-2, que brinda atención integral y especializada de salud de mediana complejidad a la población, a través de sus servicios ambulatorios, hospitalización y emergencia, con énfasis en la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del mismo desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

De conformidad a lo establecido en la Ley Nº 26842 "Ley General de la Salud"; el Decreto Supremo Nº 008-2017-S, modificado con el Decreto Supremo Nº 011-2017-SA, que aprobó el aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA.

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 08º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional" Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay, aprobado por Ordenanza Regional Nº005-2020-GR.APURIMAC/CR; Texto Único Ordenado de la Ley Nº27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº004-2019-JUS; Ley Nº28175, Ley Marco del Empleo Público, y la RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº006-2025-DG-DIRESA-AP.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DIRECCIÓN GENERAL

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

RESOLUCION DIRECTORAL Nº 062 -2025-DG-HRGDV-A.

Abancay, 26 FEB. 2025

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, el cual consta de 10 títulos citados (31) páginas y forma parte resolución como anexo.

ARTICULO SEGUNDO: DISPONER, que el encargado de la Oficina de Imagen Institucional, publique la presente resolución, en el Portal web institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Mg. CD. Joel B. Pimentel Marín
DIRECTOR GENERAL
COP N° 19839

Distribución
C.c.
Archivo.
Dir. Asesoría Legal
Derv. Banco de Sangre HRGDV
Ofic. Gest calidad.

Escaneado con CamScanner

RD N° 062-2025-DG-HRGDVA

PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES



HOSPITAL
REGIONAL
GUILLERMO DIAZ
DE LA VEGA

Escaneado con CamScanner

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
C.D. Joel B. Pimentel Marín
Director General

M.C. Catty E. Sarmiento Valenzuela
Jefe del Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre.

M.C. Dianira León Sierra
Jefe del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.

Citación:
Este documento debe ser citado como: "**PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES - HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA**" - Abancay; 2025

Escaneado con CamScanner

PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

Aprobado mediante Resolución Directoral Nº .....-2025-DG-HRGDV- A

Etapa	Responsable	Cargo	Firma y Sello
Formulado por:	M.C. Dianira León Sierra	Jefe del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.	
	M.C. Catty E. Sarmiento Valenzuela	Jefe del Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre.	
Revisado por	C.D. Laxmi Hinojosa Salas	Responsable de Oficina de Gestión de la Calidad	
Aprobado por:	C.D. Joel B. Pimentel Marín	Director General	

VIGENCIA: 2025-2029

Escaneado con CamScanner

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Documento de Sustento *	Textos modificados**	Responsable ***
01				

Notas:

*Señalar el informe que sustenta la formulación del documento normativo y/o el informe que sustenta la modificación de la nueva versión del documento.
**Señalar los artículos, numerales, literales, anexos, etc. que genera la modificación del documento.
***Señalar la unidad de organización que formula la nueva versión del documento.

Escaneado con CamScanner

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN: 5
II. FINALIDAD: 6
III. OBJETIVO GENERAL: 6
IV. AMBITO DE APLICACIÓN: 6
V. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: 6
VI. CONSIDERACIONES GENERALES: 6
VII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS: 10
VIII. RECOMENDACIONES: 22
IX. ANEXOS: 23
X. BIBLIOGRAFIA 30

Escaneado con CamScanner

I. INTRODUCCIÓN:

La medicina transfusional es una actividad asistencial muy compleja, y abarca una serie de procedimientos técnicos como administrativos, que se inician desde la captación, evaluación y selección del donante, la extracción de sangre, el procesamiento de esta unidad captada y, finalmente, el procedimiento médico de la transfusión. Los servicios de Hemoterapia y Banco de Sangre son las áreas asistenciales del establecimiento de salud que tienen a su cargo y su responsabilidad el desarrollo de esta actividad, en estrecha coordinación con los usuarios, el personal médico de las diversas especialidades.

Según las actuales normativas nacionales e internacionales, todo establecimiento de salud que realice transfusiones de hemocomponentes debe contar con un Comité de Medicina Transfusional; este comité no es más que un equipo de médicos representativo de las diferentes especialidades usuarias, que tienen como función promover y asegurar una adecuada practica transfusional, estas funciones se cumplen con base en la implementación, entre otras cosas, de una Guía Institucional de terapéutica de hemoderivados, auditoria periódica de las historias clínicas de pacientes transfundidos, desarrollo de actividades de capacitación y educación continua al personal asistencial acerca de las bondades y riesgos de la transfusión.

El acto médico de transfusión sanguínea es de responsabilidad, pues al ser la sangre un tejido, este debe ser considerado con los mismos cuidados y precauciones que un trasplante de órganos y tejidos; la transfusión sanguínea trae consigo riesgos y reacciones adversas que son de suma importancia tener en cuenta antes de decidir por este procedimiento terapéutico. Se debe considerar en una balanza los beneficios a obtener versus los riesgos potenciales de la misma.

El presente protocolo no es solo un instrumento sobre como transfundir, sino que pretende influir en la cultura básica de la Medicina Transfusional de nuestros profesionales incorporando la reflexión sobre conceptos esenciales en la utilización de un material fundamental y escaso. Por ello, es imprescindible destacar la importancia de los donantes y la donación, en el mantenimiento del sistema sanitario y la Salud Pública, mediante la sensibilización que se debe realizar con los pacientes, en la importancia de disponer de una red de hemovigilancia y alerta rápida eficaz, situaciones no siempre presentes en la mente del médico solicitante.

Escaneado con CamScanner

II. FINALIDAD:

El presente protocolo tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de atención a los usuarios mediante la estandarización de criterios, conocimientos y procedimientos para la administración de sangre y hemocomponentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

III. OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar procedimientos para la administración de sangre y hemocomponentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Protocolo es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades productoras de servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, siendo que la adherencia por el personal de salud es de carácter obligatorio.

V. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Protocolo para la administración de sangre y hemocomponentes.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES:

6.1. Definiciones operativas:

a) **Medicina Transfusional:** Especialidad médica que estudia los aspectos clínicos, técnicos, administrativos y legales relacionados con la provisión, procesamiento, conservación, distribución y transfusión de sangre, componentes y derivados.

b) **Unidad de sangre:** Es el volumen estándar (450 ml) de sangre que se obtiene de una persona en una donación.

c) **Hemocomponentes:** Son fracciones celulares o plasmáticas obtenidas de una unidad de sangre (US). Los principales son el concentrado eritrocitario (CE o PG), el concentrado plaquetario (CP), el plasma fresco congelado (PFC), el crioprecipitado (CrPr), los tipos de CE (filtrado, desleucocitado, lavado, irradiado, congelado), la sangre total reconstituida, los

Escaneado con CamScanner

hemocomponentes obtenidos por aféresis y los hemocomponentes autólogos.

d) **Transfusión Sanguínea:** La TS es un procedimiento medico terapéutico que tiene como objetivo corregir la deficiencia de un componente especifico de la sangre, en lo que respecta a la capacidad de transporte de oxígeno (GR) o con relación a la función hemostática (plaquetas y/o factores de coagulación).

e) **Consentimiento Informado:** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconsciencia u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

f) **Historia Clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

g) **Médico Tratante:** Es el profesional médico que, siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el Médico Tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el Médico Tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico.

Escaneado con CamScanner

En ambos casos, en ausencia del Médico Tratante, corresponde al médico jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar estos profesionales en fase de formación de la especialidad

h) **Solicitud transfusional:** La solicitud transfusional se realizará mediante el llenado del formato EG05-FR08 (ver anexo 01), la cual contiene su respectivo consentimiento informado.

6.2. Conceptos Básicos:

a) **Establecimiento de Salud:** Establecimiento que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

b) **Paciente:** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de salud.

c) **Personal de Salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.

6.3. Requerimientos Básicos:

a) **Recursos Humanos:**

- Médico tratante.
- Médico especialista en Patología Clínica del Servicio de Banco de Sangre.
- Licenciado (a) en enfermería u obstetra.
- Tecnólogo Médico del área de inmunohematología de Banco de Sangre.
- Técnico (a) en enfermería

b) **Materiales y equipos:**

- Bolsa de hemocomponentes.
- Guantes quirúrgicos.
- Contenedor portátil para transporte de hemocomponentes.
- Equipo de transfusión.

Escaneado con CamScanner

4. DEFINICIONES	a. **Score:** Se emplea como verbo para referirse a la acción de anotar puntos. b. **Dilución:** Es la reducción de concentración de una sustancia química en una disolución. c. **Antígeno:** Sustancia que al introducirse en el organismo induce en este una respuesta inmunitaria, provocando la formación de anticuerpos. d. **Anticuerpo:** Sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una sustancia extraña que afecta al organismo. e. **Potencia:** Se define la potencia como la rapidez con la que sucede la reacción
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	c. Norma técnica N° 014 MINSA/DGSP del PRONAHEBAS. Guía de procedimientos. 2004 d. Manual Técnico de American Association of Blood Bank. Edición 17ª. 2013. e. OPS Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Tercera edición – 2012
6. MATERIALES	**6.1. Muestra:**
	a. Glóbulos rojos lavados O al 5%. b. Glóbulos rojos lavados A1 al 5%. c. Glóbulos rojos lavados A al 5%. d. Glóbulos rojos lavados B al 5%
	6.2. Materiales y Equipos:
	a. Antisueros Anti A, Anti B, Anti AB y Lectina A1 b. Tubos de vidrio de 12 /75. c. Baño María. d. Pipetas graduadas e. Tips amarillos f. Tips azules g. Suero fisiológico
7. PROCEDIMIENTO	**7.1. Descripción de Actividades:**
	a. Rotular 11 tubos codificando con los números 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256, 512,1024 y 2048, la letra de Antígeno al cual está dirigido el anticuerpo comercial y el lote del mismo. b. Añadir 50 ul de solución salina a todos los tubos. c. Añadir 50 ul del reactivo a evaluar y hacer las diluciones al medio, al cuarto, al octavo y así sucesivamente hasta el onceavo tubo. d. Añadir 50 ul de G.R que tengan el Antígeno al cual está dirigido el anticuerpo comercial a todos los tubos menos al onceavo. e. Mezclar suavemente y centrifugar a 3500 rpm por 15 segundos o 1000 rpm por 1 min. f. Leer si existe o no aglutinación tubo por tubo y registrando de cuantas cruces hasta obtener el tubo con 1 +. g. Una vez obtenida la titulación de 1+ determinar el score sumando las aglutinaciones. h. Registrar los resultados en la ficha de reporte de control de antisueros.
8. VALIDEZ DEL TEST	Los resultados del ensayo son válidos si los calibradores se han procesado sin ninguna observación y los controles de kit cumplen con los índices de valor de corte aceptables dentro del grafico de LEVEY - JENNINGS, que es un tipo de grafico de control de calidad en el cual los datos de control son presentados de manera tal que proveen una indicación visual rápida y precisa que un determinado proceso se encuentra funcionando de manera adecuada. En caso de que no cumplan estos criterios se deben repetir la prueba

Escaneado con CamScanner

9. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	a. El título del reactivo es la del último tubo que muestra una clara aglutinación de 1 +. b. Títulos mínimos de 1/256 son recomendables para los reactivos Anti A y Anti. c. Títulos mínimos de 1/ 64 son recomendables para el Anti D y la Lectina
10. CALCULO DEL SCORE	a. Calcular la potencia o Score de Mrsh del reactivo sumando el puntaje de cada tubo. b. Dar el siguiente valor a cada tubo de acuerdo a la lectura. • 4+= 12 puntos • 3+= 10 puntos • 2+= 8 puntos • 1+= 5 puntos • ½ += 3 puntos
11. INDICACIONES DE USO	a. Está indicado cada ingreso de nuevo lote. b. Si se observa contaminación del reactivo. c. Si el reactivo no presenta reacción

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
T.M. Antony Amao Sierra	M.C. Dianira León Sierra	C.D. Joel B. Pimentel Marín
Validado por:	C.D. Laxmi Hinojosa Salas	

XXXVI.EG05/36_ TRANSFUSIONES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA-URGENCIA

POE N° 36	**Revisión N°**	**Fecha de revisión**	**Fecha de aplicación**	**36 de 38**
EG05/36	**1**	**28/01/2025**	**10/02/2025**	
1. FINALIDAD:	Contribuir a la mejora de la aptitud del recurso humano para la oportuna y correcta provisión de unidades de sangre en situaciones de emergencia y que los procedimientos sean seguros y de calidad.			
2. OBJETIVO:	Proveer de sangre antes de que se termine la prueba de compatibilidad, cuando el retraso en la atención de la unidad para la transfusión pudiera ser perjudicial para la salud del paciente..			
3. ALCANCE:	Personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay			
4. RESPONSABILIDADES	e. **Jefa del servicio de hemoterapia y Banco de Sangre:** Encargado de supervisar y verificar el cumplimiento del presente documento. f. **Tecnólogo Médico y/o Biólogo**: Responsables de ejecutar el presente procedimiento operativo y registrar la información correspondiente.			
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	a. Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS - Guía de Procedimientos Operativos Estándar b. NORMA TÉCNICA N° 014 - MINSA / DGSP - V.01 LIMA – PERÚ 2004			
6. MATERIALES	**11.1. Muestra:** a. Suero y/o Plasma del paciente y Glóbulos Rojos del Donante **11.2. Materiales y Equipos:** a. Tarjetas: Liss/Coombs b. ID-Diluyente 2 (LISS) c. Centrifuga e incubadora de Tarjetas d. Tubos 12 x 75 mm e. Tips - Pipetas Automáticas			
7. PROCEDIMIENTO	**11.3. Descripción de Actividades:**			

Escaneado con CamScanner

	a. Recibir la solicitud transfusional debidamente llenada y firmada: • Verificar la condición de MUY URGENTE. • Verificar la condición SIN PRUEBA CRUZADA. b. La muestra debe estra debidamente identificada con nombres y apellidos del receptor. c. Determinar grupo sanguíneo ABO y factor Rh del paciente. d. Recibir la muestra del paciente, preferentemente con EDTA. e. Seleccionar hemocomponente ABO y RH compatible. Verificar grupo sanguíneo y factor Rh del hemocomponente. f. Rotular el hemocomponente con datos del receptor. La etiqueta o rótulo de la bolsa indicará en forma destacada que no se ha completado la prueba de compatibilidad al momento de la emisión. g. Despachar el hemocomponente y registrar. h. Completar inmediatamente la prueba cruzada. El análisis de compatibilidad se completará en un plazo breve de tiempo utilizando una muestra del paciente, recolectada tan inmediatamente como sea posible en la secuencia de la transfusión. i. Los receptores cuyo grupo sanguíneo ABO y factor Rh se desconoce, recibirán glóbulos rojos del grupo O Rh negativo o en su defecto del grupo O Rh positivo. j. El procedimiento será seguido realizando la prueba cruzada según POE N° 15 k. Almacenar muestra del paciente.
8. INTERPRETACION	a. Interpretación visual de acuerdo a los parámetros proporcionados por el fabricante. VER ANEXO 1

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
M.C. Dianira León Sierra	M.C. Dianira León Sierra	C.D. Joel B. Pimentel Marín
Validado por:	C.D. Laxmi Hinojosa Salas	

XXXVII. EG05/37_ DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES NO TRANSFUNDIDOS

POE N° 37	**Revisión N°**	**Fecha de revisión**	**Fecha de aplicación**	**37 de 38**
EG05/36	**1**	**28/01/2025**	**10/02/2025**	
1. FINALIDAD:	Contribuir a la mejora de la aptitud del recurso humano para la devolución de hemocomponentes no trasfundidos y que los procedimientos sean seguros y de calidad.			
2. OBJETIVO:	Verificar que las unidades de sangre y/o hemocomponentes se encuentren en buen estado y se dispongan nuevamente dentro del stock de hemocomponentes.			
3. ALCANCE:	Personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay			
4. RESPONSABILIDADES	g. **Jefa del servicio de hemoterapia y Banco de Sangre:** Encargado de supervisar y verificar el cumplimiento del presente documento. h. **Tecnólogo Médico y/o Biólogo**: Responsables de ejecutar el presente procedimiento operativo y registrar la información correspondiente.			
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	a. Technical Manual, 19th Edition. American Association of Blood Banks AABB 2017. b. Instructivo del fabricante. c. Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS - Guía de Procedimientos Operativos Estándar d. NORMA TÉCNICA N° 014 - MINSA / DGSP - V.01 LIMA – PERÚ 2004			

Escaneado con CamScanner

6. MATERIALES	**11.4. Materiales y Equipos:** a. Unidades de hemocomponentes. b. Caja transportadora de hemocomponentes. c. Dispositivo de registro de temperatura o data logger
7. PROCEDIMIENTO	**11.5. Descripción de Actividades:** a. El personal de salud del servicio solicitante: • Deberá traer los hemocomponentes en su caja transportadora. • Deberán traer los hemocomponentes antes de los 30 minutos de salido de Banco de Sangre. • Deberá traer los documentos y formatos correspondientes. b. El personal de Banco de Sangre: • Deberá verificar la temperatura en el termómetro de la caja transportadora. • Debera verificar que los hemocomponentes retornaron antes de los 30 minutos de salido de Banco de Sangre. • Deberá verificar los documentos y formatos correspondientes. c. Verificar la temperatura de recepción de los hemocomponentes para garantizar la estabilidad del producto. d. Realizar la verificación visual de los hemocomponentes para grantizar la estabilidad del producto. e. Según el paso a al d: • Si hay cumplimiento de los parámetros establecidos, las unidades se dejarán en cuarentena por 24 horas según conservación de los correspondientes hemocomponentes. • Si no hay cumplimiento de los parámetros establecidos, las unidades se tratarán según criterios de eliminación de los hemocomponentes. f. Realizar verificación visual de los hemocomponentes después de 24 horas. g. Si se verifica que las unidades se encuentran en buen estado se dispondrá nuevamente dentro del stock de hemocomponentes. h. Realizar el reingreso administrativo de hemocomponentes.
8. OBSERVACION	Las unidades reingresadas se priorizarán para su uso, dentro de las unidades ya existentes.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
M.C. Dianira León Sierra	M.C. Dianira León Sierra	C.D. Joel B. Pimentel Marín
Validado por:	C.D. Laxmi Hinojosa Salas	

XXXVIII. EG05/38_ TRANSFERENCIA DE BOLSAS PEDIÁTRICAS

POE N° 38	Revisión N°	Fecha de revisión	Fecha de aplicación	38 de 38
EG05/36	1	28/01/2025	10/02/2025	
1. FINALIDAD:	Contribuir a la mejora de la aptitud del recurso humano para la correcta y oportuna transferencia de bolsas pediátricas y que los procedimientos sean seguros y de calidad.			
2. OBJETIVO:	Proveer de sangre y/o hemocomponentes con los volúmenes solicitados por los servicios de pediatría y neonatología.			
3. ALCANCE:	Personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay			
4. RESPONSABILIDADES	i. **Jefa del servicio de hemoterapia y Banco de Sangre:** Encargado de supervisar y verificar el cumplimiento del presente documento.			

Escaneado con CamScanner

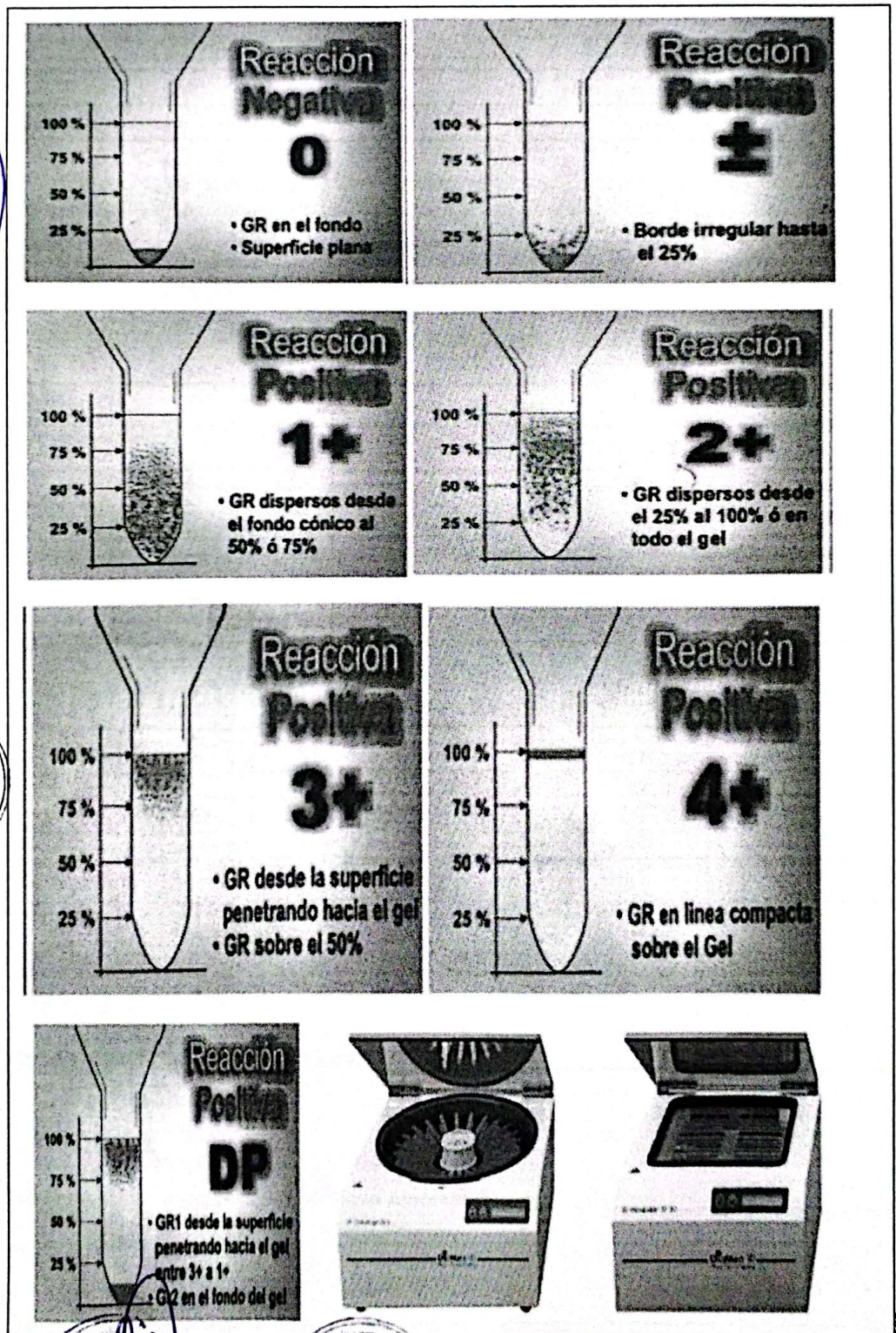
	j. **Tecnólogo Médico y/o Biólogo**: Responsables de ejecutar el presente procedimiento operativo y registrar la información correspondiente.
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	e. Technical Manual, 19th Edition. American Association of Blood Banks AABB 2017. f. Instructivo del fabricante. g. Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS - Guía de Procedimientos Operativos Estándar h. NORMA TÉCNICA N° 014 - MINSA / DGSP - V.01 LIMA – PERÚ 2004
6. MATERIALES	**6.1. Muestra:**
	a. Paquete globular, plasma fresco congelado, plaquetas y crioprecipitado
	6.2. Materiales y Equipos:
	a. Bolsas de transferencias. b. Balanza calibrada. c. Sellador de tubuladuras. d. Pinza Cocher y tijeras estériles. e. Guantes estériles. f. Algodón. g. Alcohol.
7. PROCEDIMIENTO	**7.1. Descripción de Actividades:**
	a. Recibir la solicitud transfusional debidamente llenada y firmada, en la cual se debe consignar el volumen del hemocomponente a transfundir. (volumen que dependerá del peso) b. Realizar la prueba de compatibilidad si el requerimiento fuese paquete globular, en caso el paciente es menor de 4 meses se deberá realizar la prueba cruzada con la muestra obtenida de la madre y realizar la determinación del grupo sanguíneo ABO del receptor. c. Colocar un campo estéril, sobre el cual se realizará la transferencia del hemocomponente. d. Colocarse guantes estériles y proceder a homogenizar el hemocomponente. e. Proceder a realizar la asepsia de la tubuladura. f. Cortar la tubuladura con una tijera estéril e inmediatamente proceder a conectar a la bolsa de transferencia, la cual estará sobre la balanza calibrada y proceder a realizar la transferencia observando el peso de la bolsa de transferencia. g. Se deberá transferir un volumen adicional de 30 ml, el cual se quedará en las tubuladuras del equipo de transfusión. h. Una vez realizada la transferencia se procederá a imprimir las etiquetas de identificación para la bolsa, la cual deberá consignar los mismos datos de la bolsa madre, incluido el número de sello de calidad. i. Se procederá a llenar los registros correspondientes previo a la entrega del hemocomponentes. j. El personal Tecnólogo Médico entregará el hemocomponente solicitado. k. Una vez terminada la transfusión, el personal técnico devolverá la bolsa vacía a Banco de Sangre para su eliminación.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
M.C. Dianira León Sierra	M.C. Dianira León Sierra	C.D. Joel B. Pimentel Marín
Validado por:	C.D. Laxmi Hinojosa Salas	

Escaneado con CamScanner

XXXIX.ANEXOS:

Anexo 1: LECTURA MICROTIPIFICACION EN GEL



Escaneado con CamScanner

ANEXO 2: EG010: ACTA DE ELIMINACION DE UNIDADES

El día _____ de _____ de _____ siendo las _____ horas en presencia del_____

_____

_____

_____

En cumplimiento de las Normas de Bioseguridad, se procede a la eliminación de las unidades y/o componentes sanguíneos, los cuales reúnen las siguientes características:

Nº Unidad	Grupo Sanguíneo	Factor Rh	Hemocomponente eliminado	Causa de Eliminación

Firma y sello de Responsable de Servicio: _____

Firma y sello de representante de Salud Ambiental: _____

Escaneado con CamScanner

- Para vía periférica: catéter endovenoso periférico N° 18 ó 16, algodón, alcohol, esparadrapo y ligadura.
- Formatos de Banco de Sangre
- Tarjetas para la realización de la prueba cruzada.
- Tarjetas para la realización de grupo sanguíneo y factor Rh
- Tarjetas para la realización de fenotipo Rh
- Tarjetas para la realización de la búsqueda de anticuerpos irregulares
- Incubadora inmunohematológica.
- Centrífuga inmunohematológica.
- Conservadora de paquetes globulares.
- Congeladora de PFC.
- Rotador de plaquetas.
- Sellador de tubuladuras.
- Aire acondicionado.

c) Infraestructura:

Los ambientes en los que se realice la administración de hemocomponentes deberán contar con las condiciones físicas de equipamiento, instalaciones y seguridad que permita su operatividad.

6.4. El personal asistencial responsable del paciente a transfundir, solicita el/los hemocomponente(s) necesarios al Banco de Sangre.

6.5. Bajo ningún motivo se acepta solicitudes transfusionales remitidas por familiares o personas allegadas al paciente, solo se admiten las solicitudes entregadas por el personal asistencial del hospital.

6.6. Tecnólogo Médico del Área de Inmunohematología del Banco de Sangre entrega Hemocomponente.

6.7. La verificación de datos del paciente y del producto sanguíneo a administrar son de competencia del Licenciado(a) en Enfermería/Obstetra y del Médico Tratante.

6.8. Licenciado(a) en Enfermería/Obstetra recepciona el/los hemocomponentes solicitados por el médico responsable.

Escaneado con CamScanner

Además, realizará la administración y monitoreo de los efectos adversos a la transfusión sanguínea.

6.9. En caso la muestra para la prueba cruzada sea traída por personal de salud que no es del Banco de Sangre, ésta debe estar identificada, de no ser así será rechazada; se debe contar como mínimo con Apellidos y Nombres del paciente.

6.10. Toda administración de hemocomponentes será registrada en la Historia Clínica del paciente y en los formatos correspondientes.

6.11. Antes del acto quirúrgico, el Médico Especialista en Anestesiología debe confirmar para las cirugías programadas que se ha enviado la solicitud desde el servicio a cargo, con el consentimiento informado firmado (ver anexo 02) y muestra para prueba cruzada, para lo cual llamará al Anexo de Banco de Sangre 127.

VII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

7.1. Generación de la Solicitud Transfusional y Consentimiento informado:

a) Médico Tratante realiza la evaluación al paciente y considera la necesidad de administrar hemocomponentes.

b) Médico Tratante comunica al paciente o apoderado la necesidad de la transfusión sanguínea.

c) Médico Tratante explica los riesgos de la transfusión de hemocomponentes y solicita al paciente/apoderado que firme el consentimiento informado para la transfusión.
Nota: En casos de emergencia, cuando el paciente se encuentre imposibilitado de firmar y no disponga de un "Representante legal/Apoderado" el Médico responsable deberá procederá a firmar el consentimiento informado con su firma y sello legible. En caso se trate de un menor de edad cuyos padres rechacen la transfusión, se comunicará a la Fiscalía. Como todo acto médico, la información debe ser consignada en la Historia Clínica del paciente.

d) El Médico Tratante realiza la solicitud transfusional mediante el llenado del formato con letra legible, consignando todos los datos, sin borrones ni enmendaduras, con sello y firma.

Escaneado con CamScanner

e) Los datos obligatorios a considerar en la solicitud transfusional son los siguientes:

- Apellidos y Nombres completos del paciente.
- DNI.
- Fecha de Nacimiento.
- Edad.
- Número de Historia Clínica.
- Signos Vitales.
- Ubicación del paciente (servicio, cama y número de anexo).
- Grupo sanguíneo del receptor (en casos de extrema urgencia/hemorragia masiva y se desconozca el grupo sanguíneo se regularizará después).
- Antecedentes de transfusiones previas.
- Antecedentes de reacciones adversas Transfusionales.
- Si el receptor es de sexo femenino informar antecedentes de gestaciones, abortos o incompatibilidad feto-materna (este último también consignar si es neonato).
- Motivo de la transfusión.
- Diagnóstico clínico del paciente con CIE 10.
- Resultados de Laboratorio (los valores deberán estar actualizados al día de la solicitud, salvo en cirugías programadas con controles de laboratorio previos máximo de las últimas 48h).
- Tipo de Hemocomponente y cantidad solicitada.
- Requisito de la transfusión: Programada, Urgente, Muy Urgente (sin prueba cruzada).
- Firma y Sello legible del médico solicitante.
- Fecha y hora de la petición.

f) En caso de requerir Hemocomponentes sin prueba cruzada, el Médico Tratante debe autorizarlo con su firma y sello marcando la casilla de "MUY URGENTE SIN PRUEBA CRUZADA".

7.2. Muestras de Sangre para los Estudios Pretransfusionales:

Todo paciente que va a recibir una transfusión debe tener las pruebas pre transfusionales, salvo casos de emergencia (sin prueba cruzada).

Escaneado con CamScanner

Para la atención de las solicitudes de pruebas pre- transfusionales se debe de tener en cuenta los pasos que se indican a continuación:

7.2.1. Del Servicio de Emergencia y Servicios de Hospitalización:

a) La toma de muestra para las pruebas pre transfusionales será realizada por el personal Técnico de Laboratorio del Servicio de Patología Clínica.

b) Deberá extraerse 1 tubo de 3 ml con EDTA (tapa morada). En neonatos se extraerá tubo pediátrico con EDTA para verificar grupo sanguíneo y además deberá extraerse una muestra en EDTA de la madre para la prueba cruzada (las pruebas de neonatos son tomadas por las enfermeras de neonatología).

c) Si la muestra se obtiene de una vía central o periférica en uso, será necesario desechar los primeros 10 ml, antes de la extracción de la muestra. los técnicos de laboratorio no toman muestras de vías centrales, si el único acceso es una vía central, la toma de muestra deberá ser realizada por el profesional de salud a cargo del paciente.

d) En caso no se haya tomado muestra por parte del personal técnico del servicio de Patología Clínica, el procedimiento de toma de muestra lo realizará el personal técnico de Banco de Sangre.

e) Finalizada la extracción, se comprueba que todos los datos recogidos son correctos, haciendo repetir su nombre al paciente si ello es posible.

f) La solicitud transfusional (ver anexo 01) y el consentimiento informado deberán ser enviadas al Banco de Sangre por el técnico de enfermería del servicio.

g) El Banco de Sangre verificará si el paciente tiene depósito de sangre a favor, encaso no lo tuviese, se dará aviso al personal de enfermería a cargo del paciente para que informe a los familiares para la reposición o realizar coordinaciones con el Médico Asistente y/o Jefatura del Servicio de Banco de Sangre.

7.2.2. Del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico:

a) Médico Anestesiólogo, evalúa el riesgo de sangrado y determina el número y tipo de unidades que se necesitan para el procedimiento quirúrgico.

Escaneado con CamScanner

b) Médico Anestesiólogo y/o Médico tratante del paciente entrega la orden de depósito al paciente, para que, de forma inmediata, realice el depósito de las unidades requeridas.
c) En caso el paciente no cuente con depósito de paquete globular y sea sometido a una cirugía potencialmente sangrante el personal médico del servicio solicitante coordinará con la Jefatura del Servicio de Banco de Sangre.
d) Pacientes de cirugía programada potencialmente sangrante, que vayan a ser intervenidos en el turno mañana, serán hospitalizados un día previo a la cirugía y el Licenciado(a) en Enfermería deberá solicitar las muestras para las pruebas de compatibilidad, así como la solicitud transfusional y consentimiento informado del receptor (esto le corresponde al Médico Tratante).
e) El Médico Anestesiólogo de sala de operaciones (SOP) y/o Médico Tratante del paciente deberá confirmar que se haya cumplido con el trámite de depósito y pruebas pre-transfusionales.
f) Si durante la cirugía un paciente se complica y requiere transfusión, se deberá realizar la solicitud de manera muy urgente.
g) Si es un paciente con una solicitud previa y requiere la transfusión de más Hemocomponentes, se deberá realizar una nueva solicitud de manera urgente, y se comunicará al Banco de Sangre. El consentimiento informado deberá ser firmado por el familiar directo y/o por el médico que hace la solicitud.
h) Para la transfusión de plasma y/o crioprecipitado, tener en cuenta que el tiempo de descongelación es de 30 min. Una vez descongelados, serán entregados al personal de salud.
i) Transfusiones de plaquetas se atiende de acuerdo a la compatibilidad ABO y Rh.

7.2.3. De Las Situaciones de Extrema Urgencia (unidades sin prueba cruzada)

a) Si el paciente en situación crítica en el Servicio de Emergencia, Sala de Operaciones u otro, requiere transfusión de sangre y no puede esperar el tiempo de las pruebas pre- transfusionales

Escaneado con CamScanner

(60 min) se deberá realizar la solicitud (eligiendo la opción MUY URGENTE sin prueba cruzada) y consentimiento informado correspondiente.

b) La extracción de la muestra para el estudio pre transfusional en tubo lila con EDTA de 3ml será realizada por el personal técnico de toma de muestra del Servicio de Patología Clínica y/o personal técnico de Banco de Sangre.

c) Médico tratante informa vía telefónica al Banco de Sangre que el paciente requiere transfusión de hemocomponentes de forma muy urgente (sin prueba cruzada), enviar la solicitud transfusional en físico, consentimiento informado.

d) El Tecnólogo Médico encargado del área de inmunohematología de Banco de Sangre entregará las unidades solicitadas al Licenciado(a) en Enfermería y/o Técnico de enfermería del servicio solicitante, solo con compatibilidad ABO/Rh e iniciará en paralelo las pruebas cruzadas.

e) Ante la indicación de transfusión de plasma y/o crioprecipitado, tener en cuenta el tiempo de descongelación es de aprox. 30 min. Una vez descongelados los hemocomponentes serán entregados al personal de salud, de acuerdo, a la compatibilidad ABO y Rh del paciente.

f) Las transfusiones de plaquetas serán atendidas de acuerdo a la compatibilidad ABO y Rh.

7.3. Atención de la Solicitud Transfusional según requisito:

7.3.1. Solicitud para Transfusión Muy Urgente "SIN PRUEBAS CRUZADAS":

a) Implica la transfusión de hemoderivados isogrupo, si conocemos el grupo ABO y Rh del paciente, en caso contrario los concentrados de hematíes serán O negativos (Siempre y cuando el Banco de Sangre tenga disponible en su stock) de lo contrario se brindarán unidades O positivo.

b) El Tecnólogo Médico del área de Inmunohematología del Banco de Sangre entrega las unidades sin realización de pruebas cruzadas al Técnico(a) en Enfermería.

c) El médico solicitante debe ser consciente del riesgo que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al

Escaneado con CamScanner

no haberse realizado los estudios pretransfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo.

d) Realizar las coordinaciones previas a través del anexo 127, y con la respectiva regularización de la documentación (solicitud transfusional) al momento de la entrega del hemocomponente.

7.3.2. Solicitud para Transfusión Urgente:

Se refiere a aquella que debe efectivizarse rápido, pero tiene como requisito previo la disponibilidad de la prueba cruzada, tiempo de respuesta 60 minutos.

Consideración 1: En pacientes nuevos el tiempo de duración sería de 90 minutos, ya que, se debe completar todos sus estudios pre-transfusionales.

Consideración 2: En caso la prueba cruzada resulte incompatible, no se puede estimar el tiempo de respuesta, se debe buscar entre las unidades disponibles en el Banco de Sangre. En caso sea muy urgente, se dará la unidad menos incompatible, con la autorización del Médico Tratante; indicando en la solicitud transfusional el uso de estas unidades de sangre.

- Es responsabilidad del médico solicitante catalogar de urgente una transfusión. Este tipo de transfusión debe reservarse para los casos necesarios (ya que el exceso de solicitudes catalogadas como urgentes supone un retraso en la realización de aquellas que sí lo son).
- Tener en cuenta que el tiempo de respuesta se cuenta desde que la muestra del paciente llega a la Unidad de Banco de Sangre. Si demora la recepción de la muestra al área de inmunohematología del servicio, se ampliará el tiempo de respuesta de la solicitud transfusional.

7.3.3. Solicitud Transfusión de Cirugía Programada:

La orden de depósito es generada por duplicado en consulta externa a cargo del Médico Tratante, por lo menos 7 días previos a la intervención quirúrgica.

Consideración: Considerar que cada unidad de sangre depositada en Banco de Sangre tiene un promedio de vigencia de cuarenta y dos (42) días.

a) En caso el paciente o familiar no tenga donantes para postular o los donantes salieron observados en el tamizaje serológico,

Escaneado con CamScanner

puede disponerse el uso de Hemocomponentes siempre y cuando la jefatura y/o Médico Asistente de Banco de Sangre autorice y el paciente o familiar firme la "Carta de Compromiso de Devolución de Hemocomponentes Sanguíneos" previo a la realización de una intervención quirúrgica.

b) El personal técnico del servicio solicitante debe acudir a la Unidad de Banco de Sangre con la solicitud transfusional realizada por el Médico que atiende el paciente la cual debe tener adjunta la constancia de depósito de sangre, para proceder con la toma de muestra para las pruebas transfusionales (la muestra será tomada por el personal técnico del Servicio de Patología Clínica y/o personal técnico de Banco de Sangre).

c) La solicitud se conservará 48 horas desde la fecha de intervención. En la petición de transfusión deben constar, la fecha y la hora en la que está programado el procedimiento quirúrgico y el procedimiento a realizar.

d) El hemocomponente compatible quedará separado para el paciente para el día de la cirugía.

e) El día de la cirugía, el Tecnólogo Médico encargado del área de Inmunohematología del Banco de Sangre entregará el hemocomponente previo registro en el "Libro de Transfusiones" de Banco de Sangre (fecha, hora, nombre del receptor, lote de la unidad, sello de calidad, nombre TM encargado, nombre y firma del personal que recoge la Unidad).

f) Personal de Salud que recoja el hemocomponente revisará que los datos del "Formato de Solicitud Transfusional" concuerden con los datos registrados:
- Datos de la etiqueta del Hemocomponente.
- Tarjeta de entrega de Hemocomponentes (ver anexo 04)
- De ser conforme, colocar firma, sello, fecha y hora de la recepción del/los hemocomponente(s), en señal de conformidad.

g) El Licenciado(a) en Enfermería debe revisar en el/los Hemocomponentes lo siguiente:
- Sello Nacional de Calidad.
- Estado de integridad de la bolsa que contiene el Hemocomponente.
- Temperatura del hemocomponente (temperatura ambiente).

Escaneado con CamScanner

- Presencia de hemólisis, agregados o coágulos visibles en el hemocomponente.
- En caso exista alguna observación no lo recepciona ni firma, hasta su conformidad.

h) Si el hemocomponente no cumple con los estándares establecidos para la conservación de la cadena de frío, o el aspecto no es el óptimo, se deberá devolver la unidad a Banco de Sangre.

i) Si los hemocomponentes no son transfundidos, se deben devolver al Banco de Sangre dentro de los 30 minutos siguientes a su despacho.

7.4. Periodo de reserva para la Sangre Cruzada No Transfundida:

Transcurridas 48 horas de una intervención o de la solicitud de reserva, la solicitud de transfusión será archivada y se dará por finalizada la petición de Hemocomponentes por parte de Banco de Sangre.

7.5. Transporte de Muestras y Hemocomponentes:

a) Las muestras que sean remitidas al Banco de Sangre deberán estar identificadas con los apellidos y nombres completos del paciente, DNI, fecha y hora de extracción. Deberán ser transportadas en un recipiente termoaislante con un termómetro y/o data logger.

b) Las unidades despachadas para transfusión dentro de la misma institución deben transportarse en un recipiente con un campo estéril, verificando el aspecto de la unidad.

7.6. Administración de los Hemocomponentes:

a) **Todo acto transfusional**, estará reflejado en la Historia Clínica y en la Hoja de Conducción de transfusiones (ver anexo 05). El formato es entregado por Banco de Sangre al momento del despacho del hemocomponente. El Licenciado(a) en Enfermería registrará los datos, firmará y sellará. El formato llenado será validado por el Médico Tratante, mediante firma y sello. La Hoja de Conducción será devuelta al Banco de

Escaneado con CamScanner

Sangre con la bolsa del hemocomponente utilizado, cerrando el Acto Transfusional.

Consideración: Si durante el acto transfusional participan dos o más Licenciados(as) en Enfermería y/o Obstetra deberán registrar sus datos los profesionales respectivos.

- En los casos en los que la transfusión se realice intra SOP, el Médico Especialista en Anestesiología encargado de la transfusión, será el responsable de cumplir la elaboración de la Hoja de Conducción.
- Si son más de dos hemocomponentes a transfundir se debe emplear una hoja de conducción por cada hemocomponente.
- Si el hemocomponente no es transfundido comunicar al Banco de Sangre para completar el Formato de Devolución de Hemocomponentes.

b) **Médico Tratante,** debe registrar en la Historia Clínica y la Hoja de Conducción de transfusiones, datos como situación del paciente, el inicio, el durante y el final de la transfusión sanguínea: las observaciones, cuidados durante y después de la intervención realizada. Debe registrar:

- Nombres y Apellidos, DNI, N° Historia Clínica.
- Dosis y volumen total administrado.
- Hora de inicio y fin de la administración.
- Grupo sanguíneo y Rh y número de bolsa de transfusión.
- Observaciones.
- Nombre, firma y sello del Licenciado(a) en Enfermería que lo realiza y del Médico Tratante.
- Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anormalidad (fiebre, dolor, disnea, tos, escalofríos, cambios en signos vitales del paciente, etc.) será informada de forma oportuna al médico a cargo del paciente para su evaluación y manejo clínico.

c) **Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra,** registrará en la Hoja de Conducción la administración del hemocomponentes (ver anexo 05), los signos vitales del paciente durante la

Escaneado con CamScanner

transfusión (en el caso de Paquete Globular cada 30 minutos), además de las observaciones durante el procedimiento.

d) Flujograma de administración de hemocomponentes:

N°	PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Realizar el lavado de manos clínico antes y después del procedimiento.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
2	Explicar al paciente el procedimiento a realizar, transmitiendo tranquilidad y resolver dudas. Solicitar que notifique molestias durante la transfusión	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
3	Corrobar que el componente sanguíneo a transfundir corresponda al paciente, verificando: el tipo de sangre del paciente en la etiqueta de la bolsa, nombres completos y DNI.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
4	Verificar que el Consentimiento Informado esté firmado por el paciente y/o un familiar responsable y sea actual.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
5	Preparar el equipo con los medios de bioseguridad necesarios para el proceso de transfusión.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
6	Controlar funciones vitales y valorar el estado del paciente antes, durante y después de la transfusión, registrarlas en la hoja de conducción por duplicado.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
7	Calzar los guantes limpios y canalizar una vía periférica endovenosa.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
8	Conectar el equipo de transfusión sanguínea a la bolsa de preparado sanguíneo verificando antes se encuentre a temperatura ambiental, no utilizar ningún otro medio para acelerar el proceso.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
9	Agitación suave del hemocomponente durante su administración. La sangre total puede sedimentar y enlentecer el ritmo de goteo.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
10	Administración lenta (20 a 30 gotas/min) durante los primeros 15 minutos y observar al paciente, si no hubiera complicaciones, regular el ritmo del goteo según amerita el paciente, sobre todo, en casos muy urgentes. Para pacientes pediátricos tener en consideración el peso ya que en relación a este se calculará el volumen a transfundir y por ende también el goteo respectivo, en neonatos no sobrepasar 5-8 gotas/ kpc/min.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
11	Evitar incompatibilidad o contaminación, no administrar medicamentos por la misma vía intravenosa mientras dure la transfusión. Nota: No mezclar la sangre con ninguna solución como la glucosa que hemoliza hematíes y produce micro émbolos.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
12	Vigilar al paciente cada 15 a 30 min para detectar la presencia de reacciones adversas. Si esto sucede seguir paso 13, sino seguir paso 16.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra

Escaneado con CamScanner

13	✓Suspender la transfusión y comunicar al médico. ✓Devolver al Banco de Sangre el resto de la bolsa para realizar de nuevo pruebas de compatibilidad y otros estudios.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
14	Llenar lo siguiente, de presentarse una reacción adversa: ✓ Formato de Devolución de Hemocomponentes. ✓ Reporte de Reacción Adversa Transfusional (ver Anexo N° 11). ✓ Registro virtual de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
15	Completar el formato de Reporte de Reacción Adversa Transfusional, de corresponder.	Médico del Banco de Sangre
16	Perfundir el paquete globular en un lapso de 2 horas con un mínimo de30 minutos en casos de emergencias y bajo supervisión y monitoreo, no exceder las 4 horas. Para las plaquetas convencionales y crioprecipitados será de aprox. 20- 30 min por unidad, y en plasma no exceder tampoco de 4 horas.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
17	Registrar en la hoja de conducción las condiciones del paciente durante la transfusión.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
18	Al terminar la administración, retirar y eliminar el equipo de venoclisis según normas de bioseguridad. Dejar cómodo al paciente.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra
19	Devolver la Bolsa vacía del hemocomponente y Hoja de Conducción al Banco de sangre. La copia de la hoja de conducción se debe archivar en la Historia Clínica del paciente.	Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra

7.7. Ante signos o síntomas de una reacción transfusional:

a) Es responsabilidad del Médico Tratante evaluar la continuidad o detención de la transfusión.
b) En caso de que el Licenciado(a) en Enfermería identifique algún signo o síntoma de alarma, se deberá interrumpir de inmediato la transfusión del hemocomponente hasta identificar la causa. Además, debe reportar de inmediato al médico responsable y al personal del Banco de Sangre.
c) El personal de Banco de sangre entrega la ficha de Reporte de Reacción adversa transfusional.
d) El Médico Tratante, deberá indicar el tratamiento.
e) Registrar los datos en la "Hoja de Conducción de Transfusiones" y reportar la reacción adversa transfusional en el "Reporte de Reacción Adversa Transfusional".
f) Licenciado(a) en Enfermería y el médico responsable firman y sellan el Reporte de Reacción Adversa Transfusional.

Escaneado con CamScanner

g) El Medico asistente de Banco de Sangre recibirá el Reporte de Reacción Adversa Transfusional y realiza la investigación respectiva deberá acudir al servicio que reportó la Reacción Adversa transfusional.

h) Médico Responsable y el Médico del Banco de Sangre determinarán el origen de la reacción y lo consignarán en el ítem Resumen del Reporte de Reacción Adversa Transfusional.

i) Médico del Banco de Sangre, procederá a colocar un resumen del reporte y recomendaciones del caso en el Reporte de Reacción Adversa Transfusional.

7.8. Seguimiento y monitoreo del paciente:

Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra de Hospitalización y Servicios de Cuidados Críticos, monitorizará al paciente cada 30 min (Paquete Globular) como mínimo o siendo al inicio de la transfusión y al término (Plasma Fresco Congelado, Plaquetas), según el estado del paciente y según el hemocomponente a transfundir.

7.9. Al finalizar la transfusión:

El Licenciado(a) en Enfermería y/u Obstetra debe consignar en la Historia Clínica el tratamiento efectuado.

7.10. Casos Especiales:

7.10.1. Pacientes que deben ser transferidos a otro centro hospitalario:

a) Si el paciente debe recibir una transfusión de sangre, pero está estable y puede esperar al traslado, la transfusión se deberá realizar dentro de las instalaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

b) Si el paciente no puede esperar el traslado y se requiere una transfusión, se entregará los hemocomponentes y 3 hojas de conducción. El personal a cargo de la transfusión procederá a llenar la hoja de conducción hasta el momento de la llegada a la ambulancia o medio de transporte. Indicando la última toma de funciones vitales realizadas al paciente hasta llegar a la institución de referencia.

Escaneado con CamScanner

c) Además, debe colocar la observación de que el paciente ha sido trasladado al centro hospitalario al cual fue referido, en la zona inferior de la hoja de conducción, indicando los siguientes datos:
   - Nombre de institución de referencia.
   - Fecha y hora de entrega de Hemocomponentes.
   - Sello y firma del médico que realiza la entrega.

d) Una hoja de conducción se entrega a la institución de referencia, una al Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa del Salvador, y la última a la Historia Clínica del paciente.

7.11. Velocidad de Infusión:

Lo realiza el profesional de salud a cargo según indicaciones del Médico a cargo.

Los primeros minutos de cualquier transfusión debe realizarse a velocidad lenta (2ml/min), solo cuando se haya comprobado que la transfusión no provoca ninguna reacción se puede pasar a los flujos correspondientes de cada hemocomponente:

Producto	Volumen	Conservación	Duración de Transfusión	Ritmo de Transfusión
Paquete Globular	200-300 ml	2°C a 6ºC (42 días)	60-120 min. Nunca más de 4 horas	30 – 60 gotas/min
Plasma Fresco Congelado	200-300 ml	-Congelado a – 30 ºC hasta 12 meses. -Descongelado de 2 a 6 °C hasta 24 horas.	20 -30 min	125-175 gotas/min
Plaquetas simples	45-55 ml	De 20 a 24 ºC En agitación continua (5 días)	Iniciar la transfusión de inmediato 1 pool 20 -30 min	125-225 gotas/min
Plaquetas por aféresis	200-300 ml			
Crioprecipitado	45-55 ml	-Congelado a – 30 ºC hasta 12 meses. -Descongelado de 2 a 6 ºC hasta 24 horas.	10 -20 min	125-175 gotas/min

VIII. RECOMENDACIONES:

8.1. Cumplir con todos los procesos establecidos para evitar eventos adversos a la transfusión que pongan en riesgo la vida del paciente.

Escaneado con CamScanner

8.2. Capacitar a los médicos, licenciados en enfermería y obstetras del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en la aplicación de la Lista de Verificación para la administración de hemocomponentes a fin de cumplir con la correcta aplicación.

8.3. Socializar la presente Guía Técnica con el personal de salud involucrado en la transfusión de hemocomponentes a los pacientes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

IX. ANEXOS:

9.1. Anexo N° 01: Formato de Solicitud Transfusional.

9.2. Anexo N° 02: Formato de Consentimiento Informado del Receptor.

9.3. Anexo N° 03: Constancia de depósito de sangre.

9.4. Anexo N° 04: Tarjeta de Entrega de Hemocomponentes.

9.5. Anexo N° 05: Hoja de Conducción de Transfusiones.

9.6. Anexo N° 06: Formato de Reporte de Reacción Adversa Transfusional.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE

Anexo 01: Formato de Solicitud Transfusional:

EG05 - RF08: SOLICITUD TRANSFUSIONAL

FECHA ☐☐☐☐☐☐

Nombres y Apellidos:			**Nº de Hcl**
sexo: Masculino ☐	Femenino ☐	**Edad**	**Grupo:** **Rh:**
Servicio	**Sala**		**Nº de Cama**
Transfusiones previas SI ☐	NO ☐	DESCONOCIDO ☐	
Reacciones Transfuciones Anteriores SI ☐	NO ☐	DESCONOCIDO ☐	
Embarazos previos	**Abortos:**	**Incompatibilidad Materno Fetal:**	

Diagnóstico de enfermedades:

Hb .....**g/dl** **Hto** .....**%** **Plaquetas** **/mm^3**

Requerimientos:

Sangre Total	☐☐ **Unidades**	**Plaquetas aféresis:**	☐☐ **Unidades**
Paquete Globular.	☐☐ **Unidades**	**Plaquetas:**	☐☐ **Unidades**
Plasma Fresco Congelado:	☐☐ **Unidades**	**Unidades Pediátricas**	☐☐ **Unidades**
Crioprecipitado:	☐☐ **Unidades**	**Otro(Especificado)**	☐☐ **Unidades**

Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante

Fecha: **Hora:**

Requisito:

MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ( ) URGENTE ( ) PROGRAMADA ( )

EN CASO DE REQUERIR LA UNIDAD SIN PRUEBA CRUZADA:

Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante

IMPORTANTE: ESTA SOLICITUD NO SERA ACEPTADA SI NO ESTA DEBIDAMENTE SELLADA Y FIRMADA, O SI FALTARA ALGÚN DATO.

RECEPCIÓN: **HORA:**

Escaneado con CamScanner

Anexo 02: EG05-RF12 Formato de Consentimiento Informado del Receptor:

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponetes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuales son los riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus de SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administrativos tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma de Receptor / Padre / apoderado

Huella Digital

Firma y sello del Médico Tratante

Escaneado con CamScanner

Anexo 03: Constancia de depósito de sangre

PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL " GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"



HOSPITAL REGIONAL " GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"

SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

CONSTANCIA DE DEPOSITO DE SANGRE

EL (LA) SEÑOR(A)

HA DEPOSITADO UNA UNIDAD DE SANGRE EN REPOSICIÓN PARA EL PACIENTE:

.....SERVICIO.....CAMA N°.....

Abancay,.....de.....del 20....

.....

Servicio de Banco de Sangre

Escaneado con CamScanner

Anexo 04: Tarjeta de entrega de Hemocomponentes

HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"

UNIDAD DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

TARJETA DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES

GRUPO SANGUINEO:..... FACTOR Rh:.....

N° DE BOLSA:..... N° SELLO DE CALIDAD:.....

NOMBRE DEL RECEPTOR::.....

SERVICIO:..... N° CAMA:.....

PRODUCTO REMITIDO: PAQUETE GLOBULAR ( ) PLAQUETAS ( )

PLASMA FRESCO ( ) CRIOPRECIPITADO ( )

VOLUMEN:.....

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD SI ( ) SIN P. CM ( )

FECHA: / / PERSONAL RESPONSABLE:.....

NOTA: CONSERVAR ESTA TARJETA EN LA HISTORIA CLÍNICA

Escaneado con CamScanner

Anexo 05: Hoja de Conducción de Transfusiones

REGISTRO Nº 03-0301-120

Paciente: _____ Nº Historia Clínica _____

Servicio: _____ Cama: _____ Firma y sello Médico _____

Nº Bolsa: _____ Nº Sello Nacional de Calidad _____

Comprobante: PG ☐ PFC ☐ Plaquetas ☐ Crioprecipitado ☐

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sexo: M F Grupo Sanguíneo Paciente: _____

ANTECEDENTES

( ) Drogadiccón Endovenosa
( ) Alergia a Medicamento
( ) Contacto Sexual de Riesgo
( ) Consumo de Alcohol
( ) Diálisis
( ) Lúes
( ) Otras Alergia
( ) Hepatitis
( ) Asma
( ) ITS
( ) Otros _____

TRANSFUSIONES PREVIAS

Fecha	Hospital	Hemocomponente	Reacciones Adversas	Observaciones

CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de término: _____

Nombre del personal que realiza la transfusión: _____

Firma y sello del personal que realiza la transfusión: _____

Parámetro/hora						
Presión arterial (mmHg)						
Pulso (xmin)						
Frecuencia respiratoria (°C)						
Palidez (Hematocrito)						
Cianosis						
Sangrado (Rto. plaquetas)						
Volumen del sangrado						

*Llenar correctamente los datos

Escaneado con CamScanner

Anexo 06: Formato de Reporte de Reacción Adversa Transfusional

Eg07 -FR02: REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (Hoja 1 de 1)

INDICACIONES GENERALES
1. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante.
2. Verificar la identidad del paciente, que correlaciones con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o componente. Verificar el número de la unidad de sangre o componente.
3. Completar el formato de investigación de Investigación de Reacciones Transfusionales.
4. El formato DEBERÁ SER FIRMADO POR EL MÉDICO QUE ATIENDE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL.
5. Comunicar al Banco de Sangre la aparición de la reacción transfusional. Devolver la unidad de sangre o componente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, acompañado de la copia del formato de Investigación de Reacciones Transfusionales.
6. Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar la muestra al laboratorio para su análisis con el rótulo de "Reacción Transfusional".

Para ser llenado por enfermería. Debe ser revisado y firmado por el Médico que atienda la Reacción Transfusional.

Nombre del paciente: _____

HC. N°: _____ Servicio: _____ Cama N°: _____

I. N° Unidad o Componente: _____

Componente:

☐ Glóbulos Rojos ☐ Glóbulos Rojos Lavados ☐ Plasma Fresco Congelado
☐ Plasma Residual ☐ Crioprecipitado ☐ Concentrado de Plaquetas
☐ Plaquetas de Aféresis ☐ Glóbulos Rojos Desleucocitados ☐ Otros

Cantidad Transfusionada: _____

Premedicación previa a transfusión: _____

Hora de Inicio de Transfusión_____AM/PM Hora de Suspensión de Transfusión_____AM/PM

Hora de Notificación al Médico_____AM/PM Hora de Notificación al Banco de Sangre _____ AM/PM

Hora de la Recolección de la Orina _____AM/PM

Cambios en signos vitales y síntomas clínicos (Verificar el ítem adecuado)

Fiebre (T°) Pre:_____ Post:_____ Presión Arterial Pre:_____ Post:_____

Frecuencia de Pulso Pre:_____ Post: _____ Frecuencia Respiratoria Pre: _____ Post:_____

☐ Escalofríos ☐ Cefalea ☐ Dolor Torácico ☐ Edema Facial ☐ Hemoglobinuria
☐ Cianosis ☐ Nauseas ☐ Prurito ☐ Dolor Lumbar ☐ Otros

Paciente se encuentra en:

☐ Sepsis ☐ CID ☐ Quimioterapia ☐ Tratamiento ATB ☐ Uso Metildopa

Firma y CEP de Enfermera: _____ Firma, Sello y CMP del Médico: _____

Para ser llenado por el Médico del Banco de Sangre o Servicio de Medicina Transfusional

II. El Servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones
Errores Clericales o Errores Técnicos que provocan Reacciones Transfusionales en el paciente.
Hemólisis o Test de Coombs Directo Positivo en la muestra Post Transfusional del paciente.

Notificación: _____ Fecha: __/__/__ Hora:____:____AM / PM

III:Estudios de Laboratorio Adicionales

☐ Bilirrubina 5 - 7 hrs post Transfusión ☐ Examen de Orina
☐ Perfil de Coagulación ☐ Otros_____

RESUMEN

☐ Reacción Hemolítica Inmediata ☐ Reacción Hemolítica Tardía ☐ Reacción Hemolítica no Inmune ☐ Fiebre
☐ Sobrecarga Circulatoria ☐ Hepatitis Post Transfusional ☐ Transfusión Asociada a Enfermedad Transmisible ☐ Anafilaxia
☐ Contaminación Bacterianas ☐ Alergia-Urticaria ☐ Otros

Reporte y Recomendaciones del Médico del Servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre:

Fecha: __/__/__ Hora: ____:____AM/PM Firma, CMP y Sello _____

Original: Historia Clínica **Copia: Servicio de Medicina Transfusional**

Escaneado con CamScanner

X. BIBLIOGRAFIA

1. Paredes-Aspilcueta. M.G. (2020) Manual de TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA para el médico que transfunde [Internet]. [consultada 23 de diciembre 2025]; Disponible en: https://www.cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2020/10/LibroTransfusio%CC%81n-Paredes-completo.pdf
2. Henrys (2011) Clinical Diagnosis and managemend by laboratory methods 22° Ed.
3. Manual Técnico AABB, 17ª Edición. 2011
4. Decreto Supremo N° 03-95-SA, que aprueba el reglamento de la ley N° 26454 que Declara de Orden Público e Interés Nacional la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana.
5. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
6. Resolución Ministerial N°1191-2006/MINSA,que aprueba la Directiva Sanitaria N° 01-MINSA/DGSP-V.01 " Directiva Sanitaria : Requisitos Mínimos para la Obtención de a Autorización Sanitaria de Funcionamiento de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre".
7. Sistema de Gestión de Calidad del PRONAHEBAS.

Escaneado con CamScanner