

GUÍA CLÍNICA DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS PARA ENFERMERÍA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



Hospital
Comarcal
Melilla

Dirección Territorial de Melilla

GUÍA CLÍNICA DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS PARA ENFERMERÍA



Hospital Comarcal de Melilla



Autoras:

- **Inmaculada Guzmán Román** (Enfermera Servicio y Centro de Transfusión del HCML)
- **Mercedes Plaza Rodríguez** (Enfermera Servicio y Centro de Transfusión del HCML)
- **Mónica Villena Martínez** (Enfermera Servicio y Centro de Transfusión del HCML)
- **M^a Dolores García Martín** (Enfermera Servicio y Centro de Transfusión del HCML)
- **M^a Victoria Caña Santos** (Enfermera Servicio y Centro de Transfusión del HCML)

Revisado

- **Dr. Miguel Ángel de las Nieves López: Jefe de Laboratorio y Centro Transfusión**

Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Subdirección General de Asuntos Generales y Económico-Presupuestarios

Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional

Alcalá, 56 - 28014 Madrid

NIPO: 135-24-004-X

Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 2.130

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado:

<https://cpage.mpr.gob.es>

Diseño y maquetación: Komuso

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	5
1.1.	Objetivo	5
1.2.	A quién va dirigida	6
1.3.	Requisitos previos al procedimiento	6
2.	TIPOS DE COMPONENTES DISPONIBLES EN EL HUME	6
3.	SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN	7
4.	PROCEDIMIENTOS PROPIOS DE ENFERMERÍA	8
4.1.	Material	8
4.2.	Preparación del personal	8
4.3.	Preparación del paciente	8
4.4.	Muestra pretransfusional	9
4.4.1.	Catéter venoso central (CVC): Método de presionar y extraer	9
4.4.2.	Catéter periférico	9
4.5.	Administración de la transfusión	10
4.6.	Monitorización del paciente	13
4.7.	Reacciones adversas	14
5.	CHECK-LIST	19
6.	ALGORITMO	20
7.	ANEXO	21
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23



1. INTRODUCCIÓN

La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico frecuente que permite disminuir la mortalidad, así como alargar y mejorar la calidad de vida de muchos pacientes mediante el aporte de componentes sanguíneos, tales como los **concentrados de hematíes (CH)**, **concentrado de plaquetas (unitarias o en pool) (CPPL)** y **el plasma fresco (PFC)**, que son los componentes habitualmente a disposición en el Laboratorio del Servicio de Transfusión del HUME, obtenidos mediante donación voluntaria y altruista.

La transfusión de estos componentes sanguíneos, que proporciona beneficios clínicos evidentes, no está libre de algunos efectos adversos, y éstos cobran aún más relevancia sobre indicaciones no estrictas acordes a las buenas prácticas en la indicación. Por ello, es fundamental obtener el consentimiento informado del paciente una vez que haya recibido toda la información necesaria por parte del médico prescriptor, incluyendo las opciones de NO transfusión; particularmente en anemias tratables.

La Enfermería es esencial en el proceso transfusional; desde la extracción adecuada de una muestra conforme, al paciente bien identificado, hasta la vigilancia (hemovigilancia) de los efectos clínicos de la transfusión, incluyendo su correcta administración intravenosa y monitorización. Durante todo este proceso la enfermera ofrecerá unos cuidados encaminados al bienestar y seguridad del paciente.

Desde el punto de vista de ENFERMERÍA, la seguridad de todo acto transfusional debe apoyarse en los siguientes pilares fundamentales:

- **Identificación inequívoca de receptores y muestras**
- **Manipulación de los componentes a transfundir**
- **Administración de componentes**
- **Monitorización de la transfusión**
- **Síntomas de alerta**

La Guía pretende ser un recurso que proporcione la información necesaria para llevar a cabo, conforme a las buenas prácticas, la identificación inequívoca del paciente y de la muestra pretransfusional, la correcta obtención de dicha muestra, así como la administración de los componentes y monitorización del paciente.

1.1. Objetivo

- Describir las actividades a realizar antes, durante y después de la administración de hemocomponentes con el fin de minimizar los riesgos y garantizar la seguridad del proceso transfusional.
- Establecer cómo actuar ante posibles manifestaciones o síntomas de una reacción adversa.

1.2. A quién va dirigida

Esta Guía va dirigida al personal de enfermería del HUME involucrado en el proceso transfusional. Toda la Enfermería del HUME en Unidades Asistenciales de Urgencias y Hospitalización debe ser competente con la transfusión.

1.3. Requisitos previos al procedimiento

Salvo en caso de hemorragias graves evidentes en pacientes politraumatizado, heridas por armas o cuadros médicos de hemorragia no controlada (sangrado digestivo, ginecológico, quirúrgico...), la transfusión se basa predominantemente en determinaciones previas de laboratorio, por lo que **la obtención de muestras fiables de laboratorio es el primer pilar de una adecuada práctica transfusional**. Los resultados de laboratorio son habitualmente los determinantes de una indicación de transfusión en más del 90 % de casos.

2. TIPOS DE COMPONENTES DISPONIBLES EN EL HUME

Sólo en situaciones concretas de gran emergencia transfusional, en las que se contempla la transfusión de sangre completa, la transfusión consistirá en la administración intravenosa de:

Concentrado de Hematíes (CH). Bolsas con volumen de 320 ± 30 ml (volumen reflejado en la etiqueta de producción, con bocas de penetración de sistemas con filtro. Se almacenan refrigerados a 4 ± 2 °C y permanecen viables entre 28 a 42 días según los preservantes utilizados. La transfusión tendrá lugar a temperatura ambiente, y excepcionalmente pre-calentados.

Plasma Fresco (PFC). El plasma separado y congelado antes de las 24 h de la extracción al donante preserva más del 80 % de la capacidad de los factores de coagulación, los cuales pueden mantenerse durante 3 años si se mantiene a temperatura de -30 ± 2 °C. Se dispensará a planta como una solución líquida amarillenta y libre de material sólido una vez descongelado.

Plaquetas (CPL). Para preservar su función deben mantenerse a $+22 \pm 2$ °C (T^a ambiente) en suave agitación continua. Su periodo de utilización es de 5-6 días. No irán refrigeradas durante su transporte o almacenamiento. Su entrega para transfusión se hará generalmente en forma de "pool" de plaquetas obtenidas de 4 a 6 donantes de sangre.

3. SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

- La solicitud de transfusión sanguínea es una **prescripción médica** que se realizará utilizando el impreso electrónico destinado a tal efecto, y contendrá información suficiente para la identificación del receptor y del médico prescriptor. Constará de los siguientes datos:
 - Datos de filiación del paciente (nombre y apellidos/fecha de nacimiento/ HªC...).
 - Servicio peticionario.
 - Localización del paciente.
 - Fecha y hora de la solicitud.
 - Identificación y firma del médico prescriptor: nombre y apellidos.
 - Identificación y firma de la enfermera responsable de la extracción de la muestra pretransfusional del paciente.
 - Diagnóstico y motivo de la transfusión.
 - Grado de urgencia: en el día, urgente, extrema urgencia, cruzar y reservar 48 horas (cirugía programada), cruzar y reservar en el día (cirugía urgente).
 - Productos a transfundir (CH, PFC, CPL) y cantidad.
 - Antecedentes transfusionales: transfusiones previas, reacciones adversas previas, anticuerpos conocidos.
- Los errores en la cumplimentación de la solicitud pueden dar lugar a incidentes transfusionales graves, por ello, es fundamental revisar la solicitud para comprobar que incluye los datos imprescindibles para una inequívoca identificación del paciente.
- Es esencial asegurarse que el paciente al que se le va a realizar la toma de la muestra pretransfusional es el mismo que figura en la solicitud.
- La solicitud debe ir identificada con la misma etiqueta de código de barras utilizada para identificar la muestra pretransfusional del paciente.
- La solicitud de transfusión debe acompañarse del documento de **consentimiento informado**. Este documento será recabado principalmente por el médico que indique la transfusión, o la **enfermera que tenga esas funciones delegadas**. Una vez haya explicado al paciente los riesgos y beneficios de la misma, así como las posibles alternativas, el paciente, o si es menor su tutor legal, expresarán su conformidad, salvo que el escenario y situación del paciente no lo permitan.
- El laboratorio del Servicio de Transfusión no admitirá solicitudes no cumplimentadas convenientemente, salvo en situaciones excepcionales de pacientes críticos en que la solicitud se cumplimentará posteriormente.

4. PROCEDIMIENTOS PROPIOS DE ENFERMERÍA

Consisten en la identificación inequívoca de pacientes y muestras, la administración y monitorización de la transfusión, así como la detección y atención inicial a potenciales reacciones adversas, conforme a las buenas prácticas y las instrucciones incluidas en este documento.

4.1. Material

- Para la extracción de la muestra:
 - Guantes.
 - Compresor.
 - Algodón.
 - Antiséptico.
 - Sistema extracción vacío o bien, jeringa y aguja.
 - Tubo EDTA de 3 ml (tapón morado/ hemograma).
 - Pulsera identificativa disponible con fecha de edición de la actual versión de este protocolo. Para el nuevo HUME queda pendiente de definir el grado de digitalización y conexión a sistemas expertos de identificación positiva de pacientes.
- Hoja de solicitud de transfusión/consentimiento.

4.2. Preparación del personal

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

4.3. Preparación del paciente

- Explicar al paciente y familia el procedimiento a realizar.
- En este momento la enfermera podrá colaborar en la obtención del consentimiento informado, explicar al paciente el procedimiento, lo que se espera con la transfusión y los síntomas cuya aparición deberá comunicar de inmediato al personal de enfermería.

4.4. Muestra pretransfusional

Podrá consistir en un **tubo EDTA de 3 ml** (tubo tapón lila utilizado para hemograma) acompañado de otros tubos si se requiere otra confirmación del laboratorio.

Es importante evitar muestras diluidas que originen una transfusión innecesaria. Para ello:

- En el caso de pacientes con infusión iv, la muestra debe extraerse en el brazo opuesto al de la infusión.
- En el caso de tener que tomar la muestra en el miembro portador de sistema de infusión, se detendrá la infusión al menos durante 2 minutos, realizándose la punción por debajo del punto de inserción del catéter con infusión.
- Si la muestra es extraída de un catéter iv (periférico o central), utilizar los siguientes métodos:

4.4.1. Catéter venoso central (CVC): Método de presionar y extraer

1. Limpiar el catéter a presión con una jeringuilla de 10 ml que contenga de 5 a 10 ml de solución de cloruro sódico al 0,9 %.
2. Empleando la misma jeringuilla, tirar del émbolo para aspirar 6 ml de sangre dentro de la jeringuilla. Manteniendo la jeringuilla acoplada a la conexión del catéter, empujar el émbolo para reinfundir la sangre en el catéter.
3. Repetir la aspiración y la reinfusión, por lo menos 3 veces.
4. Extraer y desechar la jeringuilla usada y conectar una nueva jeringuilla para extraer la muestra para el laboratorio.
5. Utilizar otra jeringuilla para limpiar a presión el catéter con 10 a 20 ml de solución de cloruro sódico al 0,9 %.

4.4.2. Catéter periférico

1. Detener la infusión al menos durante 2 minutos.
 2. Elevar el brazo durante unos segundos y bajar. Repetir esta acción dos veces.
 3. Extraer y desechar los 5 primeros mililitros de sangre antes de la recolección de la muestra de sangre para el laboratorio.
- La extracción de la muestra se realizará en la cabecera del paciente previa **identificación inequívoca del mismo. La correcta identificación del paciente en el momento de la extracción de la muestra pretransfusional, es una de las claves para evitar los errores en la administración de componentes sanguíneos.**

- Si el **paciente** está **consciente y orientado** se realizará una **identificación positiva** del paciente preguntando ¿cómo se llama usted?, dejando que sea el paciente quien responda con su nombre y dos apellidos para evitar errores.
- En el caso de **pacientes inconscientes, desorientados, pediátricos o con barreras de lenguaje**, se realizará la identificación preguntando el nombre y dos apellidos del paciente al familiar, cuidador o responsable hospitalario. Así como mediante la pulsera identificativa del hospital.
- Identificar y etiquetar, de manera inmediata y en la misma cabecera del paciente, la muestra tras la extracción (evitar el etiquetado fuera de la habitación del paciente ya que favorece errores). En la etiqueta deberá aparecer el nombre y dos apellidos del paciente, así como su nº de historia clínica.
- En ningún caso se identificará al paciente por nº de habitación.
- **La enfermera/o que realice la extracción de la muestra se identificará con nombre y apellidos y nº de trabajador HUME y firmará en la solicitud de transfusión registrando también la fecha y hora de la extracción.**
- Una vez finalizada la extracción, comprobar que todos los datos recogidos son correctos.
- Remitir la muestra al servicio de transfusión junto con la solicitud de transfusión.
- Las muestras no etiquetadas correctamente serán rechazadas por el Servicio de Transfusión.

4.5. Administración de la transfusión

- La transfusión del componente (CH, Pool de Plaquetas, PFC) debe iniciarse dentro de los 30 primeros minutos de su disposición en planta. Si por alguna razón no es posible transfundirlo en este tiempo, se devolverá al Servicio de Transfusión donde se almacenará (CH y PFC refrigerados. Pool de plaquetas en suave agitación continua) hasta que nuevamente sea requerido en planta.
- **Antes de perforar la unidad e iniciar la transfusión:**
 - Realizar una doble identificación (Enfermera y TEL) activa/positiva e inequívoca del paciente. Le solicitaremos que nos diga nombre y apellidos mediante la pregunta **¿cuál es su nombre completo?** Si no es posible (paciente inconsciente, desorientado, pediátrico o con barreras de lenguaje) comprobar la identificación del paciente a través de su enfermera, cuidadora o pulsera identificativa del hospital. Así mismo, comprobaremos su Hª Clínica. **Cualquier duda sobre la identidad del paciente deberá ser resuelta antes de iniciar la transfusión.**

- En las primeras transfusiones, se debe comprobar grupo ABO/Rh del paciente en porta, en cabecera del paciente. **La enfermera proporcionará una muestra de sangre del paciente al TEL para la comprobación del grupo ABO/Rh.**
- Comprobar que coinciden los datos del paciente (nombre, dos apellidos e Hª Clínica) con la pulsera identificativa, etiquetado de compatibilidad de la unidad a transfundir y los datos de la solicitud de transfusión.
- **La única solución compatible con cualquier tipo de componente es el suero salino isotónico 0,9 % (SF).**
 - Comprobar que no estén pasando por la misma vía venosa ningún otro medicamento o fluido incompatible como Ringer, Ringer lactato-Hartman, Hemocé, suero glucosado al 5 %, soluciones hipotónicas de Sodio.
 - Si es necesario administrar medicación por la misma vía: detener la transfusión, lavar la vía con SF, administrar la medicación, volver a lavar con SF y reiniciar la transfusión.
 - En caso de vía central con varios accesos se utilizará la luz distal para la administración del componente sanguíneo, lavándola previamente con suero salino isotónico 0,9 %.
 - Si es una vía periférica, un **catéter de 18 a 20 G permite un flujo adecuado** de la transfusión en adultos. En pacientes pediátricos y adultos con venas de pequeño diámetro se podrá utilizar catéteres de menos calibre.
- **Características de los componentes**
 - Aspecto:
 - No coágulos ni hemólisis en los CH (concentrados de hematíes).
 - n el caso del plasma que esté totalmente descongelado.
 - Integridad de la unidad.
 - Caducidad del componente a transfundir.
- **Compatibilidad transfusional**
 - Los componentes servidos incorporan una **etiqueta de compatibilidad** transfusional, basada en la variación genética que determinan los sistemas de grupo sanguíneo ABO y Rh, y la selección de unidades en el laboratorio del Servicio de Transfusión conforme a las muestras pre-transfusionales obtenidas previamente.
 - Estas etiquetas indican la identidad del paciente conforme a la veracidad de la información y muestras remitidas al laboratorio del Servicio de Transfusión.

- Cualquier duda en la identidad o compatibilidad transfusional debe resolverse antes de la transfusión.
- La incompatibilidad ABO es siempre un error humano, por una mala ejecución, o diseño, de los procedimientos.
- Información más detallada de la compatibilidad transfusional y situaciones excepcionales de transfusión, pueden encontrarse en el Manual de Calidad del Servicio de Transfusión del HUME.
- **Sistemas de transfusión:**
 - Utilizar sistema estándar de transfusión que incluye una cámara de goteo con un **filtro en línea de micropartículas**, con un tamaño de 170-260 micras para evitar el paso de microcoágulos u otro tipo de partículas de tamaño mayor al torrente sanguíneo, **para todos los componentes**.
 - Si el ritmo de infusión tiene que ser lento o en pacientes pediátricos, utilizar bombas de infusión con equipos específicos para la administración de sangre.
 - Antes de perforar la bolsa con el extremo en bisel del sistema, cerrar éste y cebar la cámara de goteo no más de la mitad. Una vez cebada la cámara abrir el sistema y purgar, asegurando que no se producen burbujas de aire.
 - No debe usarse el mismo sistema empleado en la transfusión de CH para la transfusión posterior de plaquetas, pues quedan atrapadas.
- **Temperatura de infusión:**
 - La transfusión de CH se iniciará antes de 30 minutos de ser recibida en planta, no siendo necesario atemperar totalmente la bolsa a T^a ambiente.
 - Cuando esté indicado el calentamiento de la sangre (transfusión masiva, enfermedad por crioaglutininas) se realizará con los calentadores aprobados para tal fin, que consisten en placas de calentamiento del sistema de infusión, en ningún caso se calentarán los hematíes introduciendo la bolsa en agua caliente o en otro dispositivo (microondas).
- Ritmo de infusión: variará según el componente.

Componentes sanguíneos	Volumen	Duración transfusión	Velocidad infusión
HEMATÍES	200-300 ml.	60-120 min.	60-80 gotas/min.
PLAQUETAS	200-400 ml.	20-40 min.	130-200 gotas/min.
PLASMA	300-400 ml.	30-60 min.	125-175 gotas/min.

- Una unidad de CH **no debe transfundirse durante más de 4 horas** debido al riesgo de contaminación bacteriana.

4.6. Monitorización del paciente

- Comenzar la transfusión con un ritmo lento, 10 a 20 ml de sangre (20-30 gotas/minuto) o bien, 60 ml/hora si se utiliza bomba de infusión, bajo observación de la enfermera responsable. Durante este periodo es cuando se detectan las reacciones hemolíticas agudas. Cuando se haya verificado a los 15 minutos que no aparece ningún efecto adverso se podrá aumentar la velocidad de infusión, según el apartado "Ritmo de infusión".
- Tomar constantes (TA, FC, Tª) al inicio, a los 15 minutos y al finalizar la transfusión, anotándolas en la hoja de control transfusional. Prestar mayor atención a pacientes de edad avanzada o con riesgo de sobrecarga cardiovascular, pudiéndose transfundir un CH de 250 ml hasta en 4 horas (20 gotas/minuto). Pero nunca más de 4 horas por el riesgo de contaminación bacteriana.
- El paciente puede comer LIGERAMENTE y beber líquidos durante la transfusión, si bien se intentará espaciarla con las comidas principales, con el fin de evitar síndromes de aspiración en caso de ocurrir reacciones adversas.
- Si el paciente presenta fiebre antes del inicio de la transfusión es recomendable esperar a que se normalice la temperatura, pues la fiebre durante la transfusión puede alertar de una posible reacción.
- Finalizada la transfusión, continuar observando al paciente con frecuencia hasta 30 minutos después de haber finalizado la transfusión.
- Desechar la bolsa junto con el sistema de transfusión al contenedor de residuos biológicos.
- El control pos-transfusional, en caso de ser necesario, se realizaría al menos 1 hora después de finalizada la transfusión, y preferiblemente al día siguiente en pacientes estables sin sangrado activo.
- **ANEXO. HOJA DE MONITORIZACIÓN (HOJA DE CONTROL TRANSFUSIONAL).**
- *Estas hojas serán evaluadas y controladas por la enfermera de Hemovigilancia.*



4.7. Reacciones adversas

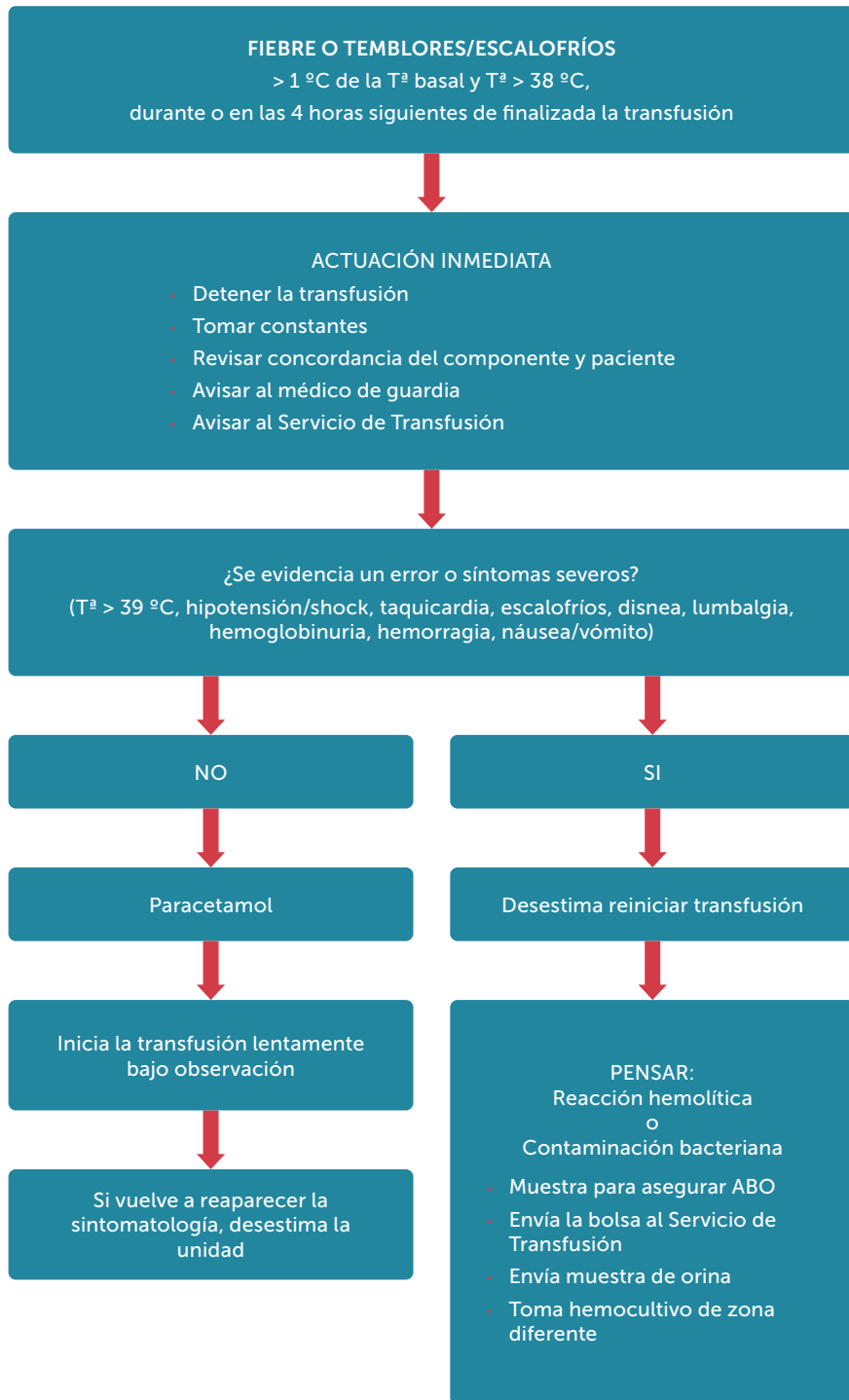
La transfusión suele tener lugar sin sobresaltos si se realiza conforme a las buenas prácticas; sin embargo, pueden aparecer manifestaciones adversas no deseadas que pueden ser graves, y su aparición, evaluación y control debe verificarse regularmente y comunicarse al Responsable Provincial de Hemovigilancia, ubicado en el Centro de Donación del HUME. El Sistema de Calidad en Transfusión implantado en el HUME debe mantener un Registro de Hemovigilancia que monitorice estas incidencias.

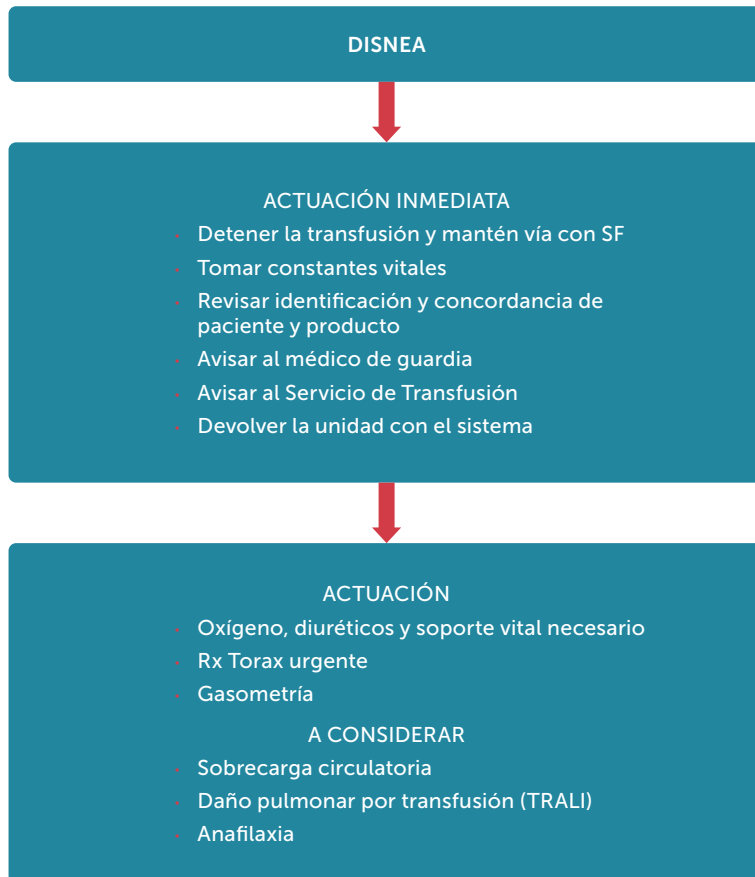
Los signos/síntomas potenciales variarán según el tipo y gravedad de la reacción transfusional:

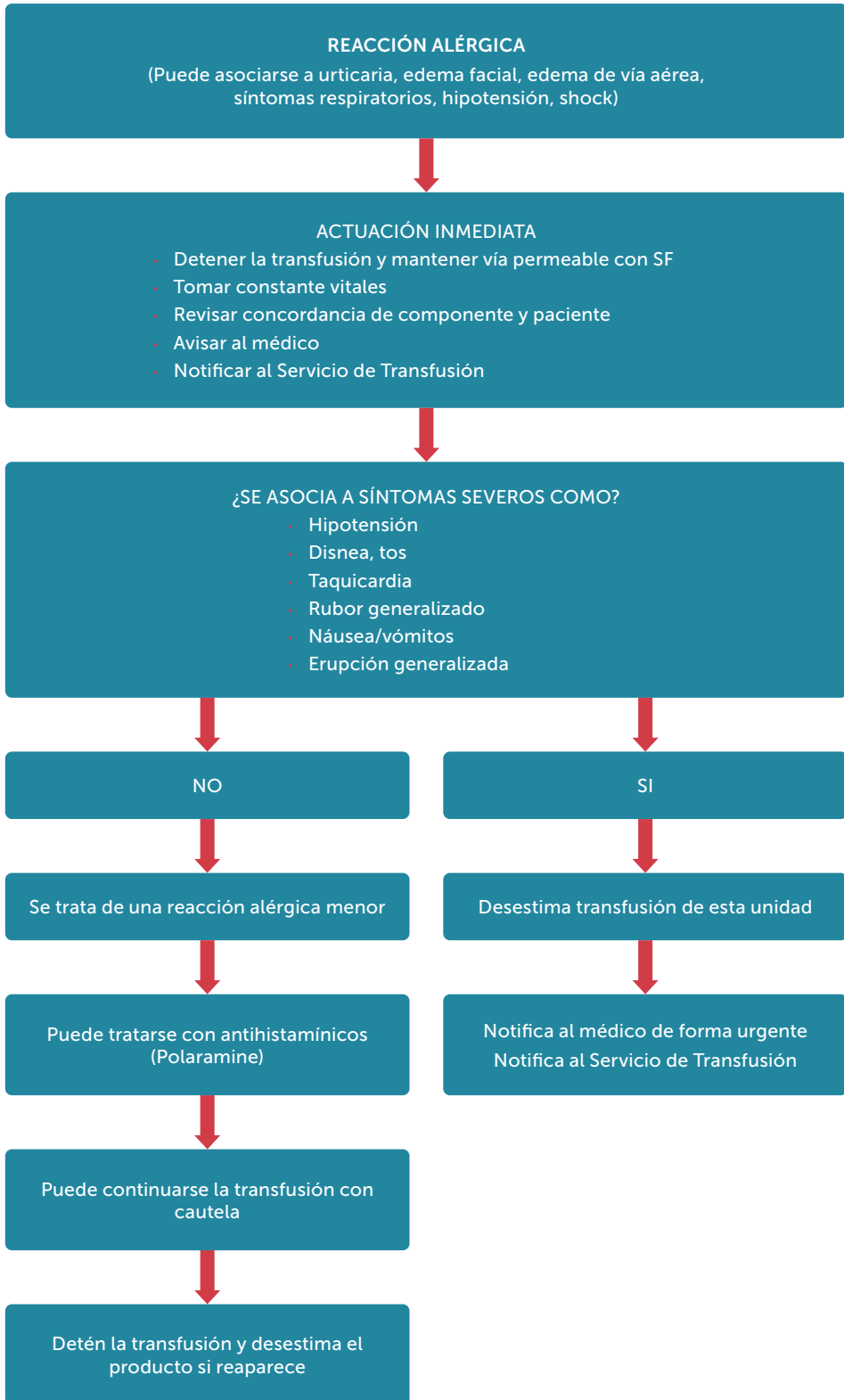
- Fiebre, con o sin escalofríos.
- Escalofríos, con o sin fiebre.
- Dolor a nivel torácico, abdominal, en el punto de infusión.
- Cuadros de hipertensión o de hipotensión con o sin shock circulatorio.
- Taquicardia.
- Síntomas respiratorios: disnea, taquipnea, pitos por broncoespasmo, insuficiencia respiratoria, cianosis por hipoxemia.
- Alteraciones cutáneas como rash, prurito, urticaria, edema localizado o generalizado.
- Náuseas con o sin vómitos.

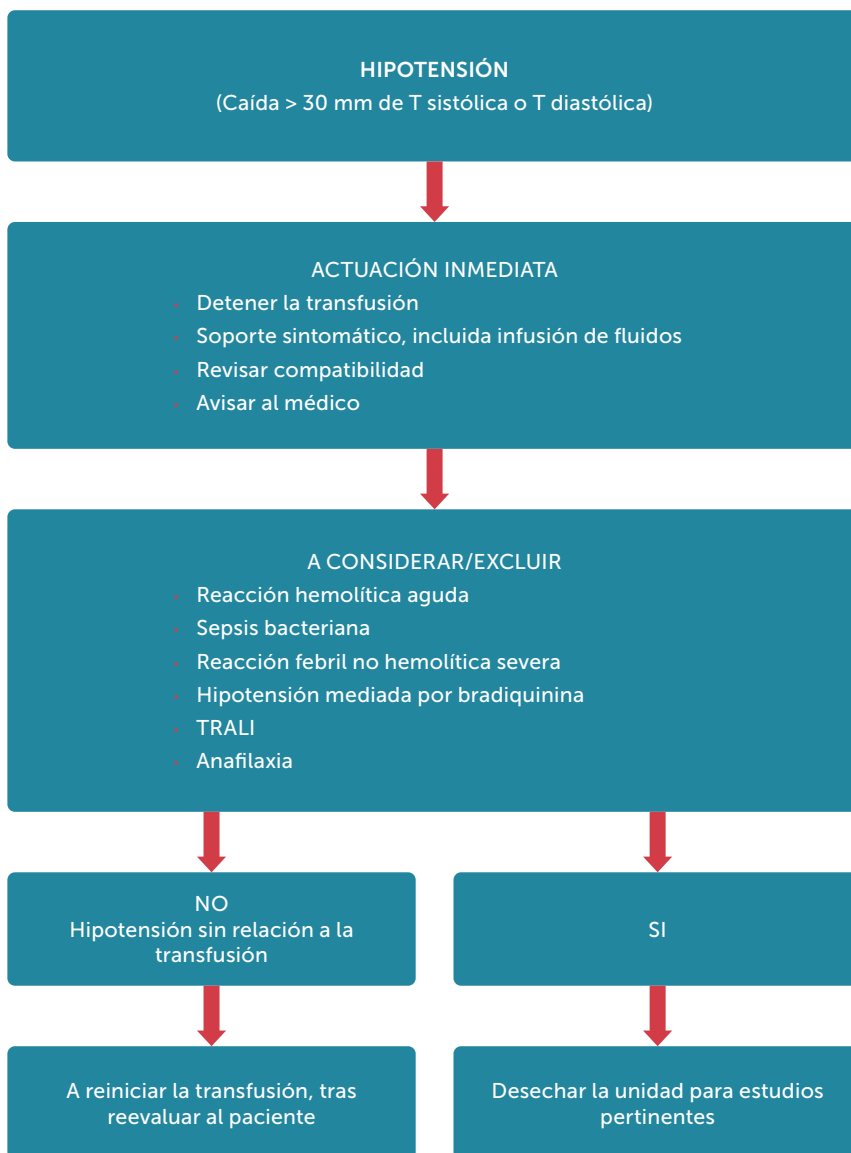
Ante cualquiera de estos síntomas:

- Detener la transfusión y tranquilizar al paciente/familia.
- Mantener la vía endovenosa con suero salino.
- Comprobar la identificación del paciente, su grupo sanguíneo y los detalles de la unidad que se está administrando.
- Avisar al médico responsable del paciente que indicará las medidas a tomar.
- Monitorizar al paciente (FC, TA, Tª, F respiratoria y saturación arterial de O₂).
- Comunicar inmediatamente la sospecha de reacción transfusional al Servicio de Transfusión y seguir sus instrucciones.
- En el caso de transfusión incompatible, se revisarán los errores en el circuito transfusional, con análisis raíz de las causas y personas implicadas.
- Siempre hay un médico localizado especialista en Hemoterapia para orientar las incidencias graves, a través del laboratorio del Servicio de Transfusión.
- Se incluyen algoritmos de actuación ante manifestaciones inesperadas y los posibles diagnósticos, incluidos en el Manual de Calidad del Servicio de Transfusión del HUME.





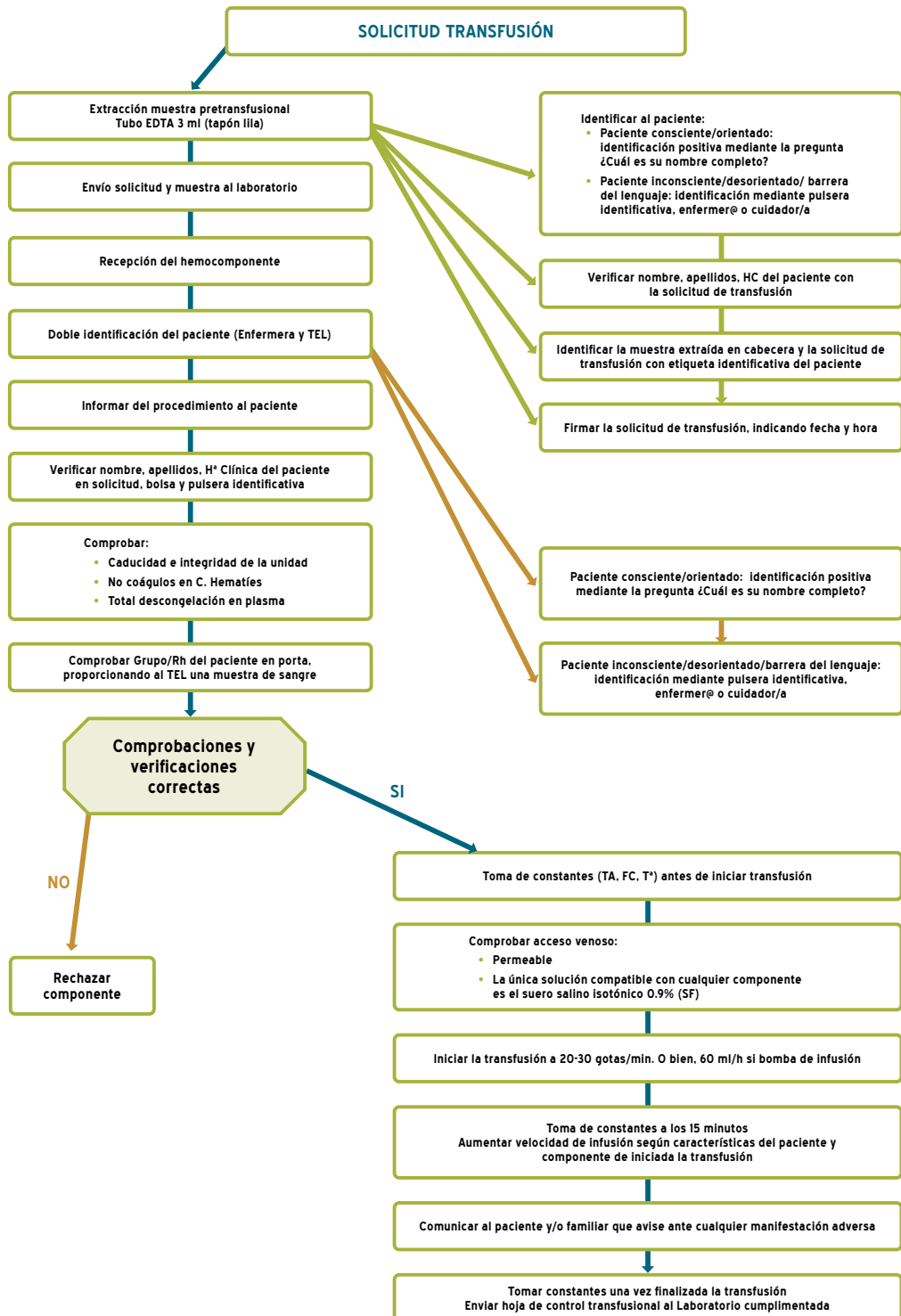





5. CHECK-LIST

Verificaciones antes de extracción muestra			
En cabecera del paciente	Comprobación		
1. Identificar activamente al paciente si está consciente y orientado (con nombre y apellidos) mediante la pregunta ¿cuál es su nombre completo? Si inconsciente, desorientado, pediátrico o barreras del lenguaje: identificar mediante pulsera identificativa, enfermera responsable del paciente o con su cuidador/a.	SI	NO	
2. Verificar nombre, apellidos, Hª Clínica con la solicitud de transfusión.	SI	NO	
3. Identificar con nombre, apellidos, Hª Clínica las muestras extraídas en cabecera y la solicitud de transfusión.	SI	NO	
4. Firmar la solicitud de transfusión indicando fecha y hora.	SI	NO	
Verificaciones antes y durante transfusión			
En cabecera del paciente	Comprobación		
1. Doble identificación (enfermera y TEL) del paciente: Si consciente/orientado: identificación positiva del paciente con nombre y apellidos mediante la pregunta ¿cuál es su nombre completo? Si inconsciente/desorientado/barrera del lenguaje: identificación mediante pulsera identificativa, enfermera responsable del paciente o su cuidador/a.	SI	NO	
2. Informar del procedimiento al paciente/cuidador/a.	SI	NO	
3. Verificar nombre, apellidos, Hª Clínica del paciente en solicitud, componente y pulsera identificativa del paciente.	SI	NO	
4. Comprobar: <ul style="list-style-type: none"> • Caducidad, integridad del componente. • Presencia de coágulos en el C. Hematías. • Plasma (PFC) totalmente descongelado. 	SI	NO	
5. Comprobar grupo ABO/Rh del paciente en porta, proporcionando al TEL una muestra sanguínea.	SI	NO	
6. Tomar constantes al paciente (TA, F. Cardíaca, Tª) antes de iniciar la transfusión.	SI	NO	
7. Verificar el acceso venoso: <ul style="list-style-type: none"> • Permeable. • La única solución compatible con cualquier componente es el suero salino isotónico 0,9 % (SF). 	SI	NO	
8. Iniciar la transfusión a velocidad lenta (20-30 gotas/min o bien 60 ml/hora si se utiliza bomba de infusión).	SI	NO	
9. Tomar constantes a los 15 minutos de iniciar la transfusión y aumentar velocidad de infusión según paciente y componente.	SI	NO	
10. Informar al paciente y/o familiar que avise ante cualquier manifestación adversa.	SI	NO	
11. Tomar constantes al finalizar la transfusión y enviar hoja de control transfusional al laboratorio cumplimentada	SI	NO	

6. ALGORITMO



7. ANEXO

Hospital Comarcal Melilla SERVICIO DE HEMOTERAPIA  Tfno. 877127	Etiqueta identificativa paciente	GRUPO / Rh PACIENTE
		UNIDAD
		HABITACIÓN/BOX

HOJA DE CONTROL TRANSFUSIONAL

COMPROBACIÓN GRUPO/Rh REALIZADA POR EL TEL (NOMBRE/APELLIDOS/FIRMA/Nº DE PERSONAL)	FECHA

COMPONENTE TRANSFUNDIDO Nº	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						

COMPONENTE TRANSFUNDIDO Nº	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						

COMPONENTE TRANSFUNDIDO Nº	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / Nº DE PERSONAL)						

COMPONENTE TRANSFUNDIDO N°	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						

COMPONENTE TRANSFUNDIDO N°	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						

COMPONENTE TRANSFUNDIDO N°	CHL	PLQ	PCF	TA	FC	Tª
INICIO TRANSFUSIÓN/HORA:						
15 MIN DEL INICIO/HORA:						
FINAL TRANSFUSIÓN/HORA:						
TRANSFUSIÓN INICIADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						
TRANSFUSIÓN FINALIZADA POR ENFERMERÍA (NOMBRE / APELLIDOS / FIRMA / N° DE PERSONAL)						

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de Calidad del Servicio de Transfusión del HUME. versión 1.0 año 2023.
2. Guía transfusional de componentes sanguíneos en el adulto del servicio de transfusión del HCMEL. año 2008.
3. Arbona C, Bautista AM, Castella M, Castillo A, Fernández C, Fernández M, et al. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Vol. 5, Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. 2015.
4. Guía Clínica de transfusión de componentes sanguíneos del Hospital de Albacete.
https://www.chospad.es/area_medica/banco_sangre/GUIA_CLINICA_DE_TRANSFUSION.pdf
5. Protocolo de transfusión sanguínea de enfermería del Hospital Universitario "Virgen de La Arrixaca".<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=290779>
Protocolo de transfusión sanguínea de enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
6. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2012. Disponible en:
<https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos-generales-enfermeria-huvr.p.pdf>
7. Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de enfermería. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2017. [Actualizado 2022; citado 12 enero 2022]. Disponible en:
https://hrs3ssl.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales
8. NANCY L. MOUREAU, RN, CRNI, BSN. Extracción de sangre a través de un catéter venoso central. Nursing 2004, volumen 22, número 10.
9. Real Decreto 1088/2005 de 16 de septiembre por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión (BOE 225, de 20 de septiembre de 2005).



Dirección Territorial de Melilla