

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p style="text-align: center;">TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES</p>	POP: Revisão II Emissão: 11/09/18 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão: 06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

1. *Objetivo*

Destina-se a atender as normas exigidas da RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014 PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016, Nº 2.712. Evitando ou atenuando danos ao paciente.

2. *Referência*

RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014; PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016, seção X; Nº 2.712.

3. *Abrangência*

Agência Transfusional do Instituto Walfredo Guedes Pereira, Quadro Clínico e o Hemocentro da Paraíba.

4. *Definição*

Transfusão é o ato de introduzir sangue e seus hemoderivados diretamente na corrente sanguínea do paciente. Os hemocomponentes são obtidos a partir do sangue total, por meio de centrifugação ou congelamentos.

5. *Procedimento*

O processo inicia com a solicitação de hemocomponentes para a transfusão, enviando ao banco de sangue (Agência Transfusional). Verificando preenchimento seguindo as normas da PORTARIA Nº 158 de 04/02/2016.

Faz a coleta da amostra para fazer os testes pré transfusional (classificação sanguínea, Coombs e prova cruzada).

A família do paciente é encaminhado ao serviço social onde é será orientado para a reposição do estoque sangue.

Devendo preencher o impresso “Requisição de transfusão”. No preenchimento do formulário seguir as normas da “Portaria Nº 158 na seção X”, onde deve preencher todos os itens, não havendo rasuras, abreviação do nome do paciente e devendo também constar a modalidade da transfusão: programada para determinado dia e hora, rotina a se realizar dentro das 24 horas, urgência a se realizar dentro das 3 horas ou emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. Constar o volume (quantidade) e qual são o hemocomponente: concentrado de hemácia (lavados, desleucocitado, pobre em leucócitos ou irradiado), plasma, plaquetas (randômicas, pool ou aférese) e crioprecipitado. Deve constar o nome do médico, CRM, assinatura (rubrica) e o carimbo do responsável pela solicitação. Em caso o paciente for submetido à cirurgia eletiva, deve constar a data e horário da mesma.

Verificar se está prescrito no prontuário do paciente, constando qual o hemocomponentes e volume.

As amostras dos pacientes para os testes pré transfusional deve ficar estocada por 48 horas (porém quando o paciente fizer uso de hemocomponentes só poderá ser cruzada até 24 horas), as amostras para a prova de compatibilidade de ter no máximo 72 horas, devendo a mesma ser isenta de hemólise, coagulo e ou turvidez.

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

As amostras do paciente, e concentrado de hemácia do segmento do tubo coletor serão conservadas a $4 \pm 2^\circ \text{C}$, durante pelo menos 3 dias após a transfusão (retenção de amostras de sangue e componentes sanguíneos), para uma possível contra prova em caso de reação transfusional.

O concentrado de hemácia liberado para o paciente deve passar uma inspeção visual onde é verificando: a coloração, a integridade do sistema, a presença de hemólise ou de coágulos e a data de validade. E será afixado no componente sanguíneo a ser transfundido, um cartão de transfusão (rótulo ou etiqueta) que indique: O nome completo do receptor, instituição de assistência à saúde, enfermaria e leito em que se encontra o receptor, o registro e a tipagem ABO e RhD do receptor, o número de identificação da bolsa de componente sanguíneo e sua tipagem ABO e RhD, a conclusão ou resultado do teste de compatibilidade maior, a data do envio do componente sanguíneo para a transfusão, e o nome do responsável pela realização dos testes pré transfusionais e pela liberação do componente sanguíneo. O componente sanguíneo não será liberado na constatação, que através da avaliação há anormalidades ou se não contiver no cartão de transfusão as informações necessárias.

Para concentrado de plaquetas: A tipagem ABO (direta e reversa) e RhD no sangue do receptor e a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no sangue do receptor.

Para plasma e crioprecipitado: será realizado tipagem ABO (direta e reversa) e RhD no sangue do receptor.

Na repetição dos testes no sangue do doador, serão observados os seguintes critérios: A tipagem ABO será repetida em todos os componentes eritrocitários a serem compatibilizados usando uma amostra obtida de um segmento do tubo-coletor da bolsa, A repetição da tipagem RhD será realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo", e não é necessário repetir o teste para pesquisa do antígeno D fraco da bolsa de componentes sanguíneos.

Deve ter um livro de teste pré transfusional as seguintes informações: Nº de ordem, nome do paciente, grupo sanguíneos e fator RhD (com as fases da reação), prova reversa, Nº do prontuário, setor, Nº do doador, Nº da bolsa, grupo sanguíneos do doador, PAI e resultados da prova de compatibilidade.

Deve verificar os sinais vitais do paciente, se normal instala a bolsa, verificando novamente os sinais vitais aproximadamente uns 10 minutos depois da infusão. Permanecer no setor por uns 15 minutos. Após a transfusão observar o paciente por uns 10 minutos. No decorrer da transfusão observar se há reação transfusional (observar o POP de reação transfusional e/ou no anexo). Arquivo no prontuário o registro de liberação do sangue e carimba com as informações da transfusão.

No setor de "Hemodiálise", faz o pré transfusional da rotina, e no setor a técnica prepara a bolsa e coloca no suporte da máquina, auxiliar do setor da "Hemodiálise" se encarrega de conectar hemocomponente a máquina e observar atentamente o paciente durante a transfusão.

Na "UTI" faz o pré transfusional de rotina, punciona o acesso venoso, ou conecta veia já dissecada, na falta solicita o intensivista fazer um acesso profundo (cateter de subclávia), deixando a bolsa na geladeira até ser resolvido o acesso.

No "Bloco Cirúrgico" as amostras são coletadas previamente para fazer os testes pré transfusional, a bolsa e a requisição são entregue a enfermeira do setor, ficando o funcionário do bloco responsável pela transfusão, observando qualquer intercorrências com o paciente, se houver, comunica a Agência Transfusional.

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

Na “os pacientes de Urgência” e não for possível liberar sem prova de compatibilidade (situações de extrema urgência), o procedimento é feito de acordo com a “Portaria 158 de 04 de fevereiro de 2016”. Nesta hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré transfusionais poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente, deve haver a existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada, termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento.

E as provas pré transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

O médico solicitante deve estar ciente dos riscos das transfusões de urgência ou emergência e será responsável pelas consequências do ato transfusional, se esta situação houver sido criada por seu esquecimento, omissão ou pela indicação da transfusão sem aprovação prévia nos protocolos definidos pelo Comitê Transfusional.

Se não houver amostra do paciente no serviço de hemoterapia, esta será colhida assim que possível. Nos casos de transfusão na modalidade de emergência, em que não houver tempo para tipagem do sangue do receptor, é recomendável o uso de hemácias O RhD negativo, na hipótese não haja o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O RhD positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

As amostras de pacientes submetidos à transfusão de emergência devem ser colhidas antes da transfusão ou pelo menos antes da administração de grande quantidade de componentes sanguíneos, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré transfusionais. A equipe médica deve observar que na maioria das emergências é possível realizar a tipagem ABO do receptor, possibilitando o uso de sangue isogrupo.

Em situações de emergências concomitantes, recomendam-se cuidados adicionais na identificação dos pacientes e preconiza-se a utilização de hemácias O, reduzindo, assim, o risco de incompatibilidade ABO por erro de identificação.

Constará dos rótulos dos componentes sanguíneos, de forma clara, a informação de que foram liberados sem a finalização dos testes pré transfusionais, quando for o caso. A opção pelo tipo sanguíneo a ser transfundido nas situações de emergência do registro do paciente a ser mantido por cada serviço de hemoterapia. O envio do componente sanguíneo não implica a interrupção dos testes pré transfusionais, que continuarão sendo realizados. Em caso de anormalidade nos testes pré transfusionais o médico assistente será imediatamente notificado, e a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão será tomada em conjunto com o médico do serviço de hemoterapia.

Observações importantes, esperar a bolsa atingir a temperatura ambiente (22° a 24°), não podendo passar 30 minutos, verificar se a bolsa contém hemólise, coágulo ou com aspecto estranho, o rótulo está em boas condições e com as informações completas (de acordo com a RDC 158). A transfusão não pode ultrapassar 4 horas, se ocorrer à transfusão deve ser interrompida. As plaquetas

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão; Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

deve ser infundida no máximo 24 horas depois que sair do agitador. Os plasmas depois de descongelados não pode ultrapassar 24 horas na geladeiras, e 4 horas para ser infundido.

6. Responsabilidade

De toda equipe da Agência Transfusional e do quadro clínico (médicos, enfermeiras e técnicos) do Instituto Walfredo Guedes Pereira.

7. Considerações gerais

São procedimentos indispensáveis no decorrer da rotina das transfusões de hemocomponentes, evitando problemas para o paciente durante ou depois das transfusões.

8. Anexos

INDICAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

HEMOCOMPONENTE	COMPOSIÇÃO	VOLUME	INDICAÇÕES
Concentrado de hemácias	Hemácias, leucócitos, plaquetas, plasma em pequena quantidade e solução anticoagulante	> 250ml	Aumento da massa eritrocitária e da capacidade de transporte de oxigênio nos casos de anemia aguda, por sangramento ou de anemia crônica
Concentrado de hemácias lavadas	Hemácias, leucócitos, plaquetas e solução salina	200-300ml	Aumento da massa eritrocitária e da capacidade de transporte de oxigênio em pacientes que apresentaram episódios de reação alérgica em transfusões prévias.
Concentrado de hemácias pobre em leucócitos	Hemácias, leucócitos, plaquetas e solução aditiva(SAG-MANITOL)	250-350ml	Aumento da massa eritrocitária e da capacidade de transporte de oxigênio em pacientes que apresentaram episódios de reação alérgica em transfusões prévias.

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WOLFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES</p>	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão; Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

Concentrado de hemácias deleucocitado por filtração	Hemácias, leucócitos, plaquetas, plasma em pequeno volume e solução anticoagulante.	30-70ml	Aumento da massa eritrocitária e da capacidade de transporte de oxigênio em recém-nascidos . Este hemocomponente previne a reação febril não hemolítica, a sensibilização por antígenos do sistema HLA, a refratariedade plaquetária e a transmissão viral.
Plasma fresco congelado	Água, proteína, carboidratos e lipídios.	> 170 ml	Reposição dos fatores da coagulação em pacientes com sangramentos decorrentes de alterações específicas como PTT, hepatopatias e coagulopatias adquiridas.
Crioprecipitado	Plasma em pequena quantidade, fator VIII, fator XIII, fator Von Willebrand e fibrinogênio.	30-50ml	Distúrbios hemorrágicos em pacientes com Doença de Von Willebrand. Deficiência do XIII, Hipofibrinogenemia e coagulopatias adquiridas.

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WOLFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão; Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

Concentrado de plaquetas (randômico)	Plasma em pequena quantidade, plaquetas, leucócitos e hemácias	50-70ml	Sangramento ativo em pacientes com diminuição do número plaquetas decorrentes de doenças primariamente hematológicas ou de causas secundárias como o uso de quimioterápicos, invasão metastática da medula óssea, nefropatias, hepatopatias e coagulopatias adquiridas.
Concentrado de plaquetas obtido por aférese	Plasma, plaquetas e leucócitos	250-350ml	Sangramento ativo em pacientes com diminuição do número de plaquetas decorrentes de doenças primariamente hematológicas ou de causas secundárias como uso de quimioterápicos, invasão metastática da medula óssea, nefropatias, hepatopatias e coagulopatias adquiridas. Esses componentes advêm de um único doador diminuindo a possibilidade de sensibilização por antígenos do sistema HLA e, conseqüentemente, proporcionando menor refratariedade plaquetária.

Classificação das Reações Transfusionais:

IMEDIATA	IMUNE	NÃO-IMUNE
	<i>Reação febril não-hemolítica (RFNH)</i>	<i>Sobrecarga volêmica</i>
	<i>Reação hemolítica aguda (RHA)</i>	<i>Contaminação bacteriana</i>
	<i>Reação alérgica (leve, moderada, grave)</i>	<i>Hipotensão por inibidor da ECA</i>
	<i>TRALI (injúria pulmonar relacionada à transfusão)</i>	<i>Hemólise não-imune</i>
		Hipocalcemia
		Embolia aérea
		Hipotermia

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p align="center">TRANSFUSÃO HEMOCOMPONENTES</p>	POP: Revisão II Emissão: 11/09/18 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão: 06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

	IMUNE	NÃO-IMUNE
TARDIA	<i>Aloimunização eritrocitária</i>	<i>Hemossiderose</i>
	<i>Aloimunização HLA</i>	<i>Doenças infecciosas</i>
	<i>Reação enxerto x hospedeiro</i>	
	<i>Púrpura pós transfusional</i>	
	<i>Imunomodulação</i>	

9. Aprovação técnica

Qualquer ocorrência que não estejam prevista neste Procedimento Organizacional deverão ser analisadas pela Diretoria responsável.

Este Procedimento poderá ser alterado a qualquer momento, de acordo com a decisão do da coordenação do Instituto Walfredo Guedes Pedreira.

Este Procedimento passa a vigorar a partir da data de sua aprovação.

REGISTRO DE TREINAMENTO EM PO

Declaro que recebi o treinamento para realização dos procedimentos descritos neste PO e me comprometo a realizá-los conforme as instruções recebidas.

Data	Horário	Carga Horária	Nome do funcionário	Formação do funcionário	Ass. do instrutor	Ass. do instrutor

REDIGIDO POR: Flavia de Lourdes Marques dos Prazeres/ CCIH	APROVADO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 27/08/2018	DATA DA APROVAÇÃO	DATA DE REVISÃO 06/09/2018	VALIDADE: 02 ANOS