

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

1. Objetivo

Tem como objetivo realizar transfusão maciça com maior êxito causando menos danos ao paciente.

2. Referência

A RDC N° 34, de 11 de junho de 2014, Art. – 136 parágrafo 1° e 2°; Portaria N° 158, de 04 de fevereiro de 2016, Art.171 e 172.

3. Abrangência

O quadro da agência transfusional, incluindo quadro clínico.

4. Definição

Define-se transfusão maciça (TM) quando um paciente recebe uma quantidade de sangue equivalente a uma ou mais vezes a sua volemia, dentro de um período de 24 horas.

5. Procedimento

A transfusão maciça ocorre em situações onde o paciente sofre um colapso vascular em função de perda aguda de sangue, a não atuação rápida nestes casos pode levar a danos irreversíveis ou vitais ao paciente.

As causas mais frequentes são os politraumas com rupturas de vísceras (fígado e baço), ruptura de aorta, secção de carótida ou femoral, rupturas de aneurisma de aorta abdominal, ferimentos corto - perfurantes arma de fogo ou branca. São comuns em serviços de pronto atendimento. E situações previsíveis como transplantes de fígado e transplantes combinados de coração-pulmão.

Deve levar os “termo para transfusão de heterogrupo” e “ sem prova de compatibilidade” para o médico solicitante ser informado de todo procedimento (não realização da classificação e da prova compatibilidade), Porém a equipe médica deve observar se é possível realizar a tipagem ABO do receptor, possibilitando o uso de sangue isogrupo.

Devendo assinar um termo de responsabilidade assumindo os riscos e as conseqüências do ato transfusional. Assim, eventualmente o paciente poderá receber o concentrado de hemácias sem provas de compatibilidade.

As amostras 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. O enviar as bolsas sem prova de compatibilidade e assim que houver amostra do paciente fazer de imediato a tipagem ABO e RhD e a prova de compatibilidade.

O concentrado de hemácias deve ter até cinco dias de armazenamento, mas na falta dar preferência aquelas com menor número de dias de estocagem. Nos casos, em que não houver tempo para tipagem do sangue do receptor, é recomendável o uso de hemácias O RhD negativo. Na hipótese da ocorrência, 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.

Constará dos rótulos dos componentes sanguíneos, de forma clara, a informação de que foram liberados sem a finalização dos testes pré-transfusiosnais, quando for o caso. O envio do componente

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 Limpeza e higienização	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

sanguíneo não implica a interrupção dos testes pré transfusionais, que continuarão sendo realizados. Em caso de anormalidade nos testes, 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. Enviado depois as bolsas cruzadas e compatíveis. Solicitar de imediato estoque ao hemocentro (se o paciente precisar de mais hemocomponentes e/ou para repor o estoque).

Nos casos de procedimentos eletivos deve fazer as provas de compatibilidade de rotina. As bolsas devem ser enviadas aquecidas desde que haja tempo para isto. Nos casos onde foram enviadas bolsas sem provas de compatibilidade, deve a equipe médica ficar atenta aos sinais de hemólise como hemoglobinúria e reações transfusional.

6. Responsabilidade

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

7. Considerações gerais

É um procedimento de risco, por não fazer prova compatibilidade, porém indispensável para o momento.

8. Anexos

TRANSFUSÃO MACIÇA
SOLICITAÇÃO MÉDICA JÁ INFORMANDO QUE SE TRATA DE UMA TRANSFUSÃO MACIÇA
↓
LEVAR OS TERMOS PARA TRANSFUSÃO DE HETEROGRUPO E SEM PROVA DE COMPATIBILIDADE
↓
AVISAR OU MÉDICO ASISTENTE PARA ASSINAR OS TERMOS DE RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO OS RISCOS E AS CONSEQUÊNCIAS DO ATO TRANSFUSIONAL
↓
PARA AS BOLSAS SEM PROVA DE COMPATIBILIDADE, A EQUIPE MÉDICA DEVE FICAR ATENTA PARA ALGUN TIPO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAL
↓
COLETAR AMOSTRAS PARA TIPAGEM ABO E RHD
↓
O CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ENVIADO DEVE TER ATÉ CINCO DIAS OU COM MENOR NÚMERO DE DIAS DE ESTOCAGEM
↓
NESTE CASO DEVERÁ SER ENVIADAS HEMÁCIAS DO GRUPO O NEGATIVO E, NA FALTA DESTES, O POSITIVO (PACIENTES HOMENS OU MULHERES COM DE 45 ANOS)
↓
FAZER IMEDIATAMENTE A TIPAGEM ABO RHD E A PROVA DE COMPATIBILIDADE. ENVIADO DEPOIS AS BOLSAS CRUZADAS E COMPATÍVEIS, EM CASO DE INCOMPATIBILIDADE, O MÉDICO SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO, E A DECISÃO SOBRE A SUSPENSÃO OU CONTINUAÇÃO DA TRANSFUSÃO SERÁ TOMADA EM CONJUNTO COM O MÉDICO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA.
↓
SOLICITAR DE IMEDIATO NOVO ESTOQUE AO HEMOCENTRO

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 Limpeza e higienização	POP: Revisão II Emissão:11/09/18 Revisão; Leonardo Marinho Machado – CRPM. 3031 Data da revisão:06/09/2018
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

9. Aprovação e vigência

Quaisquer 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 Instituto Walfredo Guedes Pereira.

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	Nome do funcionário	Formação do funcionário	Ass. do funcionário

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