

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA

F - L No. 525/2021

Santa Cruz de la Sierra, Noviembre 19 del 2021.



Gobierno
Autónomo
Departamental
Santa Cruz

VISTOS Y CONSIDERANDO:

QUE: Mediante solicitud de fecha 25 de Agosto del 2021, dirigida al Director Departamental de Salud, por el **Sr(a). YANETTE CÉSPEDES MENDOZA, con C.I. N.º.- 5843922 - SC.**, en calidad de Gerente General a.i. del Seguro Integral de Salud – SINEC, quien solicita a través del Programa Departamental Sangre Segura, se proceda a la respectiva evaluación y posterior autorización de acuerdo a ley y se dicte la **RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA RENOVACIÓN DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE LA “CLÍNICA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SINEC”**, ubicado en la Dirección: Av. 2 de Agosto No.- 6135 entre 6to y 7mo. Anillo, de esta ciudad capital.

QUE: De acuerdo a lo establecido en el Cap. VI, Art. 116, 117 y 118 Del Código de Salud y en su Cap. I Art. 1 de la Ley 1687 de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre del 26 de Marzo de 1996, Decreto Supremo 24547 y Resolución Ministerial No.- 0477 del 29 de Junio del 2007, establece los trámites para la apertura y funcionamiento de Servicios Transfusionales, mediante Resolución Administrativa otorgada por los Servicios Departamentales de Salud.

QUE: Mediante informe Administrativo de la Renovación de Habilitación del Servicio de Transfusión de la **“CLÍNICA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SINEC”**, de fecha 23 de Septiembre del 2021, emitido por la Dra. R. Fátima Guzmán Peña, Responsable del Programa Departamental de Sangre Segura del Servicio Departamental de Salud y Guía de Evaluación para los Servicios Transfusionales de fecha 29 de Marzo del 2021 emitido por el Comité Departamental Asesor de Hemoterapia conformado por la Dra. Fátima Guzmán Peña Representante SEDES, Dra. Fabiana Escalante Representante del Banco de Sangre de Referencia Dptal. Santa Cruz, Dra. Elizabeth Alina Arteaga R. Representante de la Sociedad de Bioquímica Clínica Filial Santa Cruz, Dra. Yenny Flores Docente Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas U.A.G.R.M.; en conformidad se establece que el impetrante cumple con los requisitos exigidos para la **RENOVACIÓN DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE LA “CLÍNICA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SINEC”**.

POR TANTO:

EL DR. ERWIN VIRUEZ SOLETO - DIRECTOR DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD, en ejercicio de sus específicas atribuciones y funciones:

RESUELVE:

PRIMERO.- Autorizar la **RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA RENOVACIÓN DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE LA “CLÍNICA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SINEC”**, ubicado en la Dirección: Av. 2 de Agosto No.- 6135 entre 6to y 7mo. Anillo, de esta ciudad capital; bajo la responsabilidad del **Dr(a). FERNANDO VALLEJO ORELLANA – MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**, Matrícula Profesional No.- **“V – 1136”** como **RESPONSABLE MÉDICO DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN** y **Dra. ROCÍO YOVANNA LUGO GUZMÁN – RESPONSABLE BIOQUÍMICO(A)** con Matrícula Profesional No.- **“L – 701”**.

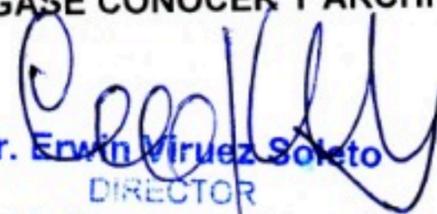
SEGUNDO.- El Servicio Departamental de Salud en coordinación con la Comisión Asesora Departamental de Hemoterapia y Bancos de Sangre, serán los encargados de la supervisión y control del funcionamiento y del estricto cumplimiento de la presente Resolución, que a la infracción de estos preceptos serán sometidos a sanciones establecidas de acuerdo a las normas vigentes de Salud.

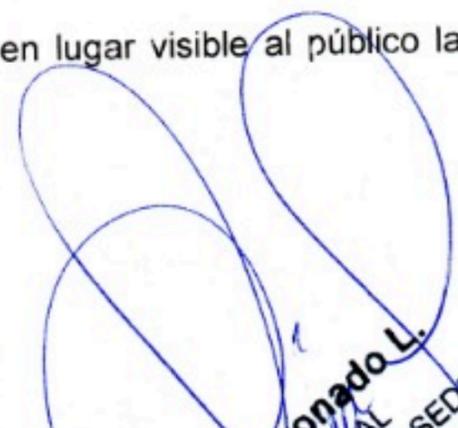
TERCERO.- La presente Resolución Administrativa tendrá una validez de **UN AÑO CALENDARIO** a partir de su otorgación, de conformidad al art. 146 del Código de Salud.

CUARTO.- Los Establecimientos de Salud están obligados de exhibir en lugar visible al público la presente resolución.

REGÍSTRESE, HÁGASE CONOCER Y ARCHÍVESE.


Dra. Fátima Guzmán Peña
RESPONSABLE
Sangre Segura - SEDES
Dptal. de Santa Cruz


Dr. Erwin Viruez Soleto
DIRECTOR
Servicio Departamental de Salud
Gob. Autónomo Dptal. de Santa Cruz


Coronado L.
LEGAL
Salud - SEDES
Santa Cruz



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURIDAD INTEGRAL DE SALUD



SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

"LA SEGURIDAD DE LA TRANSFUSIÓN COMIENZA CON UNA SOLICITUD CORRECTA Y LEGIBLE"

FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD: _____

INSTITUCIÓN: _____

Hospital: _____ Nivel: I _____ II _____ III _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

RECEPTOR: _____

Nombre del paciente: _____

N° de Historia Clínica: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____ Peso: _____

Hospitalización: Servicio: _____ Sala: _____ Cama: _____

Diagnóstico: _____

Motivo de la Transfusión: _____

ANTECEDENTES:

Transfusiones previas	SI	NO	DESCONOCE
Reacciones Transfusionales previas	SI	NO	DESCONOCE
Número de Embarazos	SI	NO	Embarazo actual SI _____ NO _____
Antecedentes do EHRN	SI	NO	Óbito Fetal SI _____ NO _____

Exámenes realizados al receptor previos a la transfusión:

Estudio realizado	Resultado	Fecha	Estudio realizado	Resultado	Fecha	Estudio realizado	Resultado	Fecha
Grupo Sang. ABO			Grupo Sang. Rh			T. de Protombina		
Hb			Plaquetas			TTPA		
Hb			Leucocitos			Fibrinógeno		

TRANSFUSIÓN:

Transfusión de Urgencia: _____ No Urgente: _____ Transfusión programada: _____ Inmediata _____

Resultado	Tipo de Hemocomponentes solicitado	N° de Unidades o Volúmen a transfundir
	Concentrado de Glóbulos Rojos (CGR)	
	Sangre Total (ST)	
	Concentrado de Plaquetas (CP)	
	Plasma Fresco Congelado (PFC)	
	Crioprecipitado (C)	
	Otros	

ANTES DE CONTINUAR CON LA INDICACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN, HÁGASE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

- ¿Qué mejoría en la condición clínica del paciente espero alcanzar?
 - ¿ Puedo minimizar la pérdida sanguínea del paciente para reducir su necesidad de transfusión?
 - ¿ Existen indicaciones clínicas específicas o de laboratorio para la transfusión en este paciente?
 - ¿ Existen otros tratamientos que puedo administrar antes de tomar la decisión de transfundir (fluidos de reemplazo EV, O, Hematinicos (Hierro, Acido Fólico, Vitamina B, etc.)?)
 - Si tuve alguna duda ¿Consulte con el médico del Servicio de Transfusión?
 - ¿ Existen el riesgo potencial de transmitir VIH, Hepatitis, Sífilis, Chagas u otras enfermedades a través de los productos sanguíneos que están disponibles para este paciente?
 - Para este paciente en particular ¿los beneficios superan los riesgos de la transfusión?
- Finalmente si aun tiene alguna duda, hagase la siguiente pregunta:
- ¿ Si está sangre fuera para mí o para mi hijo(a) aceptaría la transfusión de estas circunstancias?

Nombre del médico solicitante: _____

Mat. Prof. MSD: _____ Firma y Sello _____

Solamente se aceptará esta solicitud si está debidamente llenada, con letra legible y firmada por el médico tratante.

SISTEMA NACIONAL DE HEMOVIGILANCIA

HOJA VERDE: BANCO DE SANGRE REGIONAL SANTA CRUZ

HOJA ROSADA: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE LA CLÍNICA SINEC

ORIGINAL: HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURIDAD INTEGRAL DE SALUD



SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

“LA SEGURIDAD DE LA TRANSFUSIÓN COMIENZA CON UNA SOLICITUD CORRECTA Y LEGIBLE”

PARA UNA BUENA PRÁCTICA CLÍNICA, TOMA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES TRANSFUSIONALES:

- La práctica transfusional moderna está basada en la indicación selectiva de hemocomponentes, según el déficit específico de los pacientes. La sangre Total sólo es empleada como materia prima para la preparación de hemocomponentes.
- Las necesidades transfusionales de cada paciente deberán estar basadas principalmente en la evaluación clínica y no en los datos de laboratorio
- La transfusión de hemocomponentes no debe ser utilizada para mejorar el estado general del paciente como expansor de volumen, sustituto de tratamiento específico, como fuente de proteínas, componentes del complemento e inmunoglobulinas, para reducir el riesgo de infección postoperatoria ni para acelerar la cicatrización, una vez que existen productos alternativos más efectivos y seguros

Uso de Concentrado de Glóbulos Rojos (CGR y Sangre Total SST)

- En caso de pacientes con Anemia, transfunda solamente cuando con las intervenciones terapéuticas y el tratamiento etiológico (Hierro, Ac. Fólico, Vitamina B12 o Eritropoyetina no obtuvo el resultado esperado. Transfunda sólo si la Anemia está asociada con insuficiencia cardiopulmonar (incipiente o establecida).
- Para evitar sobrecarga circulatoria, la administración de posibles componentes nocivos y transfusión innecesaria prefiera el uso de CGR al de ST.
- Recuerde que una unidad de CGR y al igual que una unidad de ST eleva la Hb en 1 g/dl y en 3% el Hto.
- Los CGR Lavados deben ser transfundidos sólo en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas graves (anafilácticas y urticarianas graves) y reacciones febriles recurrentes

Uso de Concentrado de Plaquetas (CP)

- La transfusión terapéutica de CP está limitada a pacientes con trombocitopenias y trombocitopatías que presentan sangrado activo y la profiláctica a los que están bajo riesgo de presentar sangramiento. El principal uso del CP es la prevención de sangrado en el tratamiento de enfermedades oncohematológicas malignas.
- Transfunda CP profilácticamente cuando los niveles de plaquetas están alrededor de 10.000 x mm³ sólo si el paciente presentan factores de riesgo adicionales.
- Transfunda CP con recuento plaquetario menor a 100000 x mm³, sólo en presencia de hemorragias graves o cuando el paciente va a ser sometidos a cirugías del SNC o del órgano de la vista.
- Recuerde que una unidad de CP eleva el recuento de éstas en aproximadamente de 5,000 a 10,000 x mm³.
- Los CP no están indicados en la PIT, plaquetopenia inducida por heparina, Síndrome Hemolítico Urémico, ni en las PTI excepto si se presentan una hemorragia grave del SNC o digestiva.

Uso de Plasma Fresco Congelado (PFC)

- El Plasma Fresco Congelado está indicado sólo en pacientes con deficiencias múltiples de factores de la coagulación, secundarias a insuficiencias hepatoalular grave, CID aguda y PTI (Dosis 10-20 ml/kg).
- También está indicado para la neutralización inmediata del efecto de los anticoagulantes orales, en caso de hemorragias o pacientes que precisen cirugías inmediata u otro procedimiento invasivo y/o traumático y en situaciones clínicas con déficit de vitamina K, que no permite esperar la respuesta a su administración endovenosa o no respondan adecuadamente a ésta (Dosis 5 a 10 ml/kg.)
- Antes y después del uso del PFC debe hacer una evaluación a través del TP y del TPTa.

Uso de Plasma Fresco Congelado (PFC)

- El Crioprecipitado está indicado para el tratamiento de la Hemofilia cuando no se dispone de Concentrado de F-VIII, así como en la prevención o tratamiento de sangramiento, debido a la deficiencia o disfunción del fibrinógeno, en Enfermedad de von Willebrand y en caso de Uremia que conlleven a disfunción plaquetaria. (Dosis 1 Ud. x cada 10 kg de peso).

FICHA DE INVESTIGACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS EN RECEPTORES DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES

Es ampliamente conocido que la transfusión sanguínea es un proceso que aunque realizado dentro de las normas establecidas, estando bien indicado y correctamente administrado, puede involucrar determinados riesgos. Por lo tanto, solicitamos su colaboración para el correcto llenado de estos documentos de Hemovigilancia: no se trata de una evaluación, ni tiene tampoco finalidad punitiva. La investigación y notificación de Reacciones Adversas a la transfusión es obligatoria. Permite la trazabilidad en el "ciclo de sangre"; o sea el monitoreo de todos los procesos que abarca desde la donación (donador) a la transfusión (receptor) y viceversa. Esta información proporcionará datos sobre la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la transfusión en nuestro medio, que será centralizada de manera que pueda ser manejada estadísticamente y a través de ellos se puedan evaluar los riesgos transfusionales, desencadenar situaciones de alerta y adoptar las medidas correctivas y preventivas que sean necesarias, en el contexto de contribuir a la seguridad transfusional en el país.

INSTITUCIÓN:

Hospital: _____ Nivel: I _____ II _____ III _____
 Ciudad: _____ Departamento _____
 Hospitalización: Servicio: _____ Sala: _____ Cama: _____
 Fecha de la ocurrencia: _____ Hora: _____

RECEPTOR:

N° de Historia Clínica: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___
 Diagnóstico: _____
 Motivo de la Transfusión: _____
 Antecedentes:

Transfusiones previas	SI	NO	DESCONOCE
Reacciones Transfusionales previas			DESCONOCE
Número de Embarazos			Embarazo actual SI ___ NO ___
Antecedentes de EHRN			Óbito Fetal SI ___ NO ___

Exámenes realizados al receptor previos a la transfusión:

Estudio realizado	Resultado	Fecha	Estudio realizado	Resultado	Fecha	Estudio realizado	Resultado	Fecha
Grupo Sang. ABO			Grupo Sang. Rh			T. de Protombina		
Hb			Plaquetas			TTPA		
Hb			Leucocitos			Fibrinógeno		

TRANSFUSIÓN:

Transfusión de Urgencia: _____ Transfusión programada: _____
 Tipo de Hemocomponentes transfundido: _____ Fecha de caducidad: _____
 N° de unidades transfundidas: _____ Volúmen Transfundido: _____
 Velocidad de la Transfusión: _____ Duración de la Transfusión: _____
 Banco de Sangre de procedencia de las unidades: _____
 Soluciones o fármacos administrados simultáneamente a la transfusión: _____

DISPOSITIVOS DE COLECTA Y ADMINISTRACIÓN

Hubo alteraciones en la bolsa del Hemocomponentes: SI ___ NO ___
 Fue utilizado un sistema de colección estéril: SI ___ NO ___
 Hubo alteraciones en el sistema de administración (transfusor): SI ___ NO ___
 Fue administrada la transfusión con filtro: SI ___ NO ___

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

SIGNOS Y SÍNTOMAS		EXÁMEN FÍSICO	
Dolor Lumbar o Abdominal		Urticaria o Eritema	
Escalofríos		Edema de Glotis	
Fiebre		Ictericia	
Disnea		Palidez	
Prurito		Shock	
Diarrea		Manifestaciones hemorrágicas	
Náuseas y/o Vómitos		Crepitantes	
Oliguria		Hipotensión	
Homeglobinuria		Taquicardia	
Otros (Especificar)		Otros (Especificar)	

SISTEMA NACIONAL DE HEMOVIGILANCIA