



Protocolo de Atenção à Saúde

Transfusão de Hemocomponentes em Unidades da SES/DF sem Agência Transfusional

Área(s): Fundação Hemocentro de Brasília.

Portaria SES-DF Nº 807 de 01.10.2019 , publicada no DODF Nº 222 de 22.11.2019 .

1- METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1 Bases de dados consultadas

Legislação Hemoterápica– Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
Sistema de Gestão da Qualidade da Fundação Hemocentro de Brasília.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Transfusão, Hemocomponentes, Hemoterapia.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Não se aplica.

2- INTRODUÇÃO

A transfusão de hemocomponentes é um procedimento complexo, que envolve riscos, e visa restabelecer as condições clínicas de um paciente.

O processo transfusional é executado com base na legislação editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Ministério da Saúde - MS, com o objetivo de garantir segurança ao paciente, a qualidade da assistência e orientar o corpo clínico nas decisões acerca da necessidade de transfusão sanguínea.

Definições e siglas:

AT: Agência Transfusional

FHB: Fundação Hemocentro de Brasília

NOTIVISA: sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

SES: Secretaria de Estado de Saúde

Unidade demandante: hospitais com atendimento médico de urgência/emergência, hospitais com internação para cuidados paliativos e Unidades de Pronto Atendimento da SES/DF que não contam com Agência Transfusional, conforme parâmetro estabelecido no Art. 11 da Portaria de Consolidação GM/MS N° 5, DE 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV. |

3- JUSTIFICATIVA

A transfusão de hemocomponentes deve ser criteriosamente indicada por profissional médico, devido aos riscos envolvidos, que podem levar a complicações agudas ou tardias, como o risco de transmissão de doenças infecciosas entre outras complicações clínicas.

Considerando os riscos inerentes a essa terapêutica, as transfusões devem ser realizadas por profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas técnicas vigentes na legislação brasileira. Devido à complexidade do procedimento, associada aos riscos já mencionados, é imprescindível que os processos e fluxos relacionados ao ato transfusional sejam bem estabelecidos e dotados de rigor técnico.

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS N° 5, DE 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV, Art. 169, existem quatro modalidades de transfusão:

I - programada para determinado dia e hora;

II - de rotina a se realizar dentro das 24 (vinte e quatro) horas;

III - de urgência a se realizar dentro das 3 (três) horas; ou

IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.

Ainda, a referida Portaria estabelece que:

“Art. 11. As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60

(sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT).”

Na rede de serviços da SES/DF estão inseridas unidades que demandam transfusões de sangue em caráter eventual, em quantitativo inferior a 60 transfusões/mês, não justificando a instalação de Agência Transfusional. Neste cenário, faz-se necessário padronizar o fluxo para atendimento das transfusões, **quando da impossibilidade de transferência do paciente para hospital de referência**, dotado de AT, garantindo a qualidade e a segurança da assistência hemoterápica.

Este protocolo tem como objetivo padronizar os procedimentos para realização de transfusões, em unidades de saúde da SES/DF que, neste protocolo são definidas como Unidades Demandantes, que apresentam demanda de transfusão e não contam com Agência Transfusional, garantindo, assim, homogeneidade no atendimento e melhor gestão do processo transfusional. As diretrizes estabelecidas visam à segurança dos receptores de hemocomponentes e à qualidade dos procedimentos hemoterápicos, incluindo a hemovigilância. |

4- CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Visto que a transfusão de sangue e hemocomponentes é terapia de suporte a várias patologias, este Protocolo elenca rol exemplificativo do código internacional de doenças – CID, que em algum momento de sua evolução, terão o potencial de requerer suporte hemoterápico:

- Grupo C – neoplasias em geral incluindo doenças hematológicas malignas (leucemias, linfomas, doença de Hodgkin e Mieloma Múltiplo).
- Grupo D– neoplasias, hemoglobinopatias, síndromes mielodisplásicas e outras doenças hematológicas.
- Grupo P– afecções do feto e do recém-nascido.
- Grupo S – traumatismos osteo-articulares entre outros.
- Grupo T– traumatismos e queimaduras.
- Grupo V – acidentes envolvendo pedestres, carros, bicicletas, trem e avião.
- Grupo W– acidentes com projétil de arma de fogo, explosão, mordedura e esmagamento. |

5- DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

Os critérios utilizados para avaliar a necessidade de transfusão são o diagnóstico do paciente, o quadro clínico e os resultados de exames laboratoriais recentes, conforme Protocolo Transfusional – Indicação de Hemocomponentes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. |

6- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Necessidade de transfusão de hemocomponentes, conforme legislação vigente, em pacientes assistidos em Unidades sem AT (Unidade Demandante), **com impossibilidade de transferência do paciente para o Hospital de Referência e pacientes em serviços de cuidados paliativos.** |

7- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Situação clínica do paciente que justifique realização de transfusão, havendo possibilidade de transferência para hospital dotado de AT, observando que:

- Os pacientes atendidos nas Unidades Demandantes, com indicação de transfusão de hemocomponentes deverão ser transferidos para o Pronto Socorro do Hospital Regional de Referência.
- A Requisição de Transfusão (ANEXO I) deverá ser preenchida pelo médico assistente da Unidade Demandante e encaminhada à AT do hospital de referência, no momento da transferência do paciente.
- A AT do hospital de referência realizará os procedimentos pré, trans e pós-transfusionais.

8- CONDUTA

O médico assistente deverá avaliar criteriosamente a necessidade de transfusão, levando em consideração o quadro clínico, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais recentes.

As indicações deverão seguir as diretrizes estabelecidas no Protocolo Transfusional – Indicação de Hemocomponentes.

8.1 Transfusão nas Unidades Demandantes

- Transfusão de hemocomponentes em unidades sem AT (Unidade Demandante) será realizada em caráter excepcional, mediante relatório médico, inserido no prontuário eletrônico do paciente, justificando a solicitação de hemocomponentes. No relatório

deverá constar a indicação da transfusão e a razão que justifique impossibilidade de transferência do paciente para o hospital de referência.

Nota: em hospital com internação para cuidados paliativos, considerando as características do cuidado e a esporadicidade das transfusões, a primeira escolha será a realização do ato transfusional na Unidade Demandante, sem necessidade de transferência do paciente em cuidado paliativo para um hospital com AT.

- Médico ou enfermeiro da Unidade Demandante deverá entrar em contato com a AT do hospital de referência, informando sobre a necessidade de transfusão e a impossibilidade de transferência do paciente.
- A Unidade Demandante ficará responsável por coletar amostra de sangue do paciente e encaminhá-la ao hospital de referência nas condições ideais, conforme procedimento descrito neste Protocolo. Junto com a amostra, deverá ser encaminhado o relatório médico e a Requisição de Transfusão, devidamente preenchida e assinada pelo médico da Unidade Demandante.
- O servidor da Unidade Demandante deverá aguardar, na AT do hospital de referência, a realização dos testes pré-transfusionais e a liberação do hemocomponente. O transporte do hemocomponente será realizado sob responsabilidade da Unidade Demandante e em cumprimento ao protocolo validado pela FHB. O procedimento transfusional - da instalação do hemocomponente à observação do paciente, as condutas durante e após a transfusão e a hemovigilância serão de competência da Unidade Demandante, que deve retroalimentar a AT do hospital de referência com o registro de todas as informações relativas ao procedimento para que a rastreabilidade do processo seja assegurada.

8.2 Requisição de transfusão

A requisição de transfusão deverá ser preenchida adequadamente, sem rasuras, com dados completos e legíveis, exclusivamente pelo médico, no formulário padronizado pela FHB conforme ANEXO I e encaminhada à AT do hospital de referência.

8.3 Coleta de amostra de sangue para transfusão

A coleta de amostras para fins transfusionais pode ser realizada por técnico de laboratório, técnico de enfermagem, enfermeiro, biomédico, farmacêutico bioquímico/generalista ou médico da Unidade Demandante, treinados e habilitados.

A amostra deve ser encaminhada à AT do hospital de referência devidamente identificada, junto com a requisição de transfusão preenchida e o relatório médico justificando a necessidade da realização do procedimento na Unidade Demandante.

As amostras de sangue para transfusão deverão ser coletadas em um tubo que contenha EDTA (tampa roxa) e um tubo sem anticoagulante (tampa vermelha ou amarela).

Todos os tubos devem ser rotulados no momento da coleta, com o nome completo do paciente sem abreviaturas, número de identificação (registro SES), identificação do coletador e data da coleta, sendo recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa.

Notas:

1. Tubos que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pela AT do hospital de referência.
2. As amostras usadas para os testes pré-transfusionais serão coletadas para este fim específico, tendo uma validade de até 72 (setenta e duas) horas.
3. Os dados contidos na requisição transfusional deverão ser idênticos aos dados que constam do tubo da amostra.
4. Em casos de dúvidas ou discrepâncias, será solicitada uma nova amostra para a Unidade Demandante.
5. Amostras coaguladas ou hemolisadas são impróprias para realização dos testes, não sendo possível a liberação dos hemocomponentes.

8.3.1 Procedimento de coleta

No momento da coleta das amostras para os testes pré-transfusionais, os seguintes critérios deverão ser observados:

- O local de escolha para punção deve estar livre de lesões e/ou hematomas, com integridade cutânea preservada;
- Deve ser adotada a técnica de punção padronizada internamente pela Unidade Demandante;
- Não deverá ser coletada amostra de sangue em acesso utilizado para infusão de medicamentos, soro, expansor de volume ou soluções parenterais;
- Não deverá ser utilizada seringa para transferir o sangue para o tubo, devido ao risco de hemólise. Utilizar dispositivo para coleta à vácuo;

- O sangue coletado deve ser distribuído nos tubos identificados, como a seguir:

Tubo 1 – Preencha o tubo com anticoagulante (EDTA) com aproximadamente 05 mL de sangue. Faça homogeneização com movimentos suaves por 03 a 04 vezes.

Tubo 2 – Preencha o tubo sem anticoagulante (com gel separador) com aproximadamente 05 mL de sangue.

- A movimentação delicada do tubo com anticoagulante deverá ser realizada para total homogeneização do sangue.
- As amostras devem ser coletadas e encaminhadas à AT do hospital de referência imediatamente.

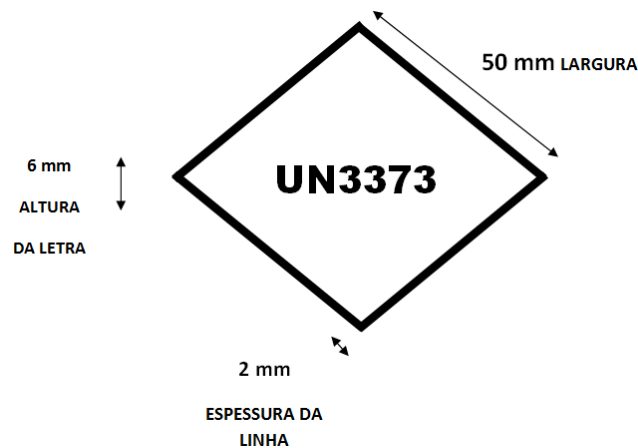
8.4 Transporte de amostras

O transporte de amostras de sangue para transfusão deverá ser realizado em temperaturas adequadas para a manutenção das suas propriedades biológicas, seguindo os padrões preconizados na legislação ($4\pm 2^{\circ}\text{C}$).

Os tubos com amostras de sangue (embalagem primária) devem ser armazenados em embalagem secundária, com capacidade de envolvê-los por completo, podendo ser constituída de saco plástico, caixa plástica, metálica, PVC ou similares.

A embalagem secundária deve ser depositada em embalagem externa para transporte. Os recipientes de transporte devem ser resistentes a impactos, com tampa, fabricados em material impermeável de forma a impedir vazamentos, possibilitar a lavagem e desinfecção regular.

A identificação das caixas ou recipientes para transporte de amostras de sangue para transfusão deve seguir o recomendado na legislação sanitária: *devem estar devidamente identificados, com a marcação UN3373, exibida na superfície externa, sobre fundo em cor contrastante, de forma claramente visível e legível. A marca deve estar sob a forma de um quadrado fixado a um ângulo de 45° (em forma de losango), tendo em cada um dos lados pelo menos 50 mm de comprimento; a largura da linha deve ser de pelo menos 2 mm e as letras e números devem ter pelo menos 6 mm de altura, conforme figura abaixo:*



O transporte de amostras não deve ser realizado no mesmo recipiente de transporte dos hemocomponentes para infusão. A utilização de caixas de isopor para o transporte de amostras para transfusão é vedada.

8.5 Realização dos testes pré-transfusionais na AT do hospital de referência

- O servidor da Unidade Demandante designado para transportar as amostras de sangue deverá entregar o material na AT do hospital de referência e aguardar a conclusão dos testes pré-transfusionais.
- No recebimento das amostras e da requisição de transfusão, servidor da AT realizará a conferência de todos os dados. Após a confirmação e conferência dos dados, os testes pré-transfusionais serão realizados.
- Nos casos de amostra insuficiente, com coágulos ou não-conformidades que inviabilizem ou prejudiquem a realização dos testes pré-transfusionais, poderá ser solicitada nova coleta de amostras.
- O tempo necessário para finalizar todos os testes é de aproximadamente 40 minutos, quando não houver necessidade de testes complementares.
- Se os resultados dos testes permitirem a liberação de hemocomponente compatível, a bolsa será liberada com o equipo apropriado para a transfusão, devendo ser devidamente transportada para a Unidade Demandante.

Notas:

1. Quando a Prova de Compatibilidade (PC) for incompatível, o médico assistente da Unidade Demandante será comunicado para tomada de decisão.
2. Decidindo por manter a indicação transfusional, o médico assistente deverá preencher, assinar e encaminhar o Termo de Transfusão com Prova Cruzada

Incompatível (ANEXO II) para a AT, antes da liberação do hemocomponente para transfusão.

3. Após o recebimento do Termo, a AT fará a liberação do hemocomponente para ser encaminhado à Unidade Demandante.
4. Poderá ser realizado envio eletrônico do formulário. Neste caso, o Termo original deverá ser encaminhado à AT em até 24 horas após a realização da transfusão.
5. Em nenhuma hipótese a bolsa será liberada com o equipo instalado, evitando perda do hemocomponente por abertura do sistema.

8.6 Transporte dos hemocomponentes para a Unidade Demandante

- A Unidade Demandante será responsável pelo transporte do hemocomponente, seguindo os critérios de conservação dos mesmos.
- O hemocomponente liberado deverá ser acondicionado em recipiente térmico com tampa, rígido, lavável, identificado para transporte de material biológico, com monitoramento contínuo de temperatura.
- Caso seja solicitada mais de uma unidade de um mesmo hemocomponente, o servidor da Unidade Demandante deverá buscá-las uma de cada vez, objetivando garantir as condições de armazenamento e, por consequência, a qualidade do produto.
- A Unidade Demandante deverá realizar contato prévio com a AT do hospital de referência quando da necessidade de segunda etapa de transfusão, para confirmar preparo do hemocomponente, orientações para recolhimento e transporte, bem como para comunicar possível suspensão de transfusão ou transferência de paciente com transfusão em curso;

Nota: Os hemocomponentes deverão ser transportados por profissionais de saúde devidamente instruídos, identificados com crachá funcional da SES e paramentados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

8.6.1 Acondicionamento dos hemocomponentes para transporte

- Os hemocomponentes deverão ser acondicionados conforme descrito abaixo:
 - ✓ Concentrado de Hemácias: Caixa térmica com gelo reciclável, para que mantenha a temperatura entre 1°C e 10°C.

- ✓ Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado: Caixa térmica com gelo reciclável, para que mantenha a temperatura entre 1°C e 10°C, após o seu descongelamento.
- ✓ Concentrado de Plaquetas: Caixa térmica sem gelo reciclável, com temperatura entre 20°C e 24°C (os componentes plaquetários devem ser agitados cuidadosamente antes do uso).

Nota: Caso o hemocomponente solicitado não seja imediatamente transfundido, deverá permanecer sempre na caixa térmica, com monitoramento contínuo de temperatura, conforme protocolo de validação da FHB.

- Os hemocomponentes deverão ser transportados conforme os seguintes parâmetros, em caixas preparadas pela AT:

TRANSPORTE FORA DE ROTINA						
	Unidades	Gelox*	Separador*	Disposição	Caixa	Tempo Máx.
CH	1 a 15	01 de 500g (-20°)	2 grandes	Superior	P (12L)	6 h
		01 de 500g (-20°)	2 grandes	Inferior		
	3 a 21	02 de 500g (-20°)	2 grandes	Superior	M (25L)	
		01 de 500g (-20°)	2 grandes	Inferior		
PFC/PIC	1 a 8	01 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Superior	P (12L)	2 h
		06 de 500g (\leq -20°)	-	Laterais		
	1 a 14	01 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Superior	M (25L)	
		06 de 500g (\leq -20°)	-	Laterais		
CRIO	1 a 30	01 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Superior	P (12L)	2 h
		06 de 500g (\leq -20°)	-	Laterais		
		01 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Inferior		
	6 a 50	03 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Superior	M (25L)	
		02 de 500g (\leq -20°)	-	Laterais		
		02 de 500g (\leq -20°)	1 pequeno	Inferior		
CP**	1 a 30	01 de 200g (4 \pm 2°)	Suporte rígido	Superior	P (12L)	1h30min

*Obs: 1 separador grande = 1 separador (perfurado) inteiro, dobrado ao meio

1 separador pequeno = separador (perfurado) cortado ao meio

**Obs: As unidades de CP referem-se aos Concentrados de Plaquetas de *buffycoat* (CPBC). Um pool de plaquetas ou uma aférese equivale a 3 unidades de CPBC.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR						
	Unidades	Gelox*	Separador**	Disposição	Caixa	Tempo Máx.

PFC/PIC DESC.	1 a 4	03 de 500g (-20°)	1 grande	Superior	P (12L)	6 hs
		03 de 500g (-20°)	1 grande	Inferior		
	1 a 4	04 de 500g (-20°)	2 grandes	Superior	M (25L)	
		04 de 500g (-20°)	2 grandes	Inferior		

*Obs: Os gelox devem ser armazenados dentro da caixa térmica antes do descongelamento do plasma.

**Obs: 1 separador grande = 1 separador (perfurado) inteiro, dobrado ao meio.

8.7 Transfusão de urgência ou emergência

Na hipótese de transfusão de emergência, a liberação de concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;

II - termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento (no verso da requisição de transfusão); e

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

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.

Entretanto, caso 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. Cabe ressaltar que constará nos rótulos dos componentes sanguíneos, de forma clara, a informação de que foram liberados sem a finalização dos testes pré-transfusionais.

A AT do hospital de referência dará seguimento aos testes pré-transfusionais, após liberação do hemocomponente, e notificará o médico assistente, caso identifique alguma anormalidade nos resultados. Nestes casos, o médico assistente decidirá sobre a suspensão ou continuação da transfusão em conjunto com o médico do serviço de hemoterapia.

Após o término dos testes pré-transfusionais, a AT deverá liberar unidades do grupo sanguíneo do paciente, compatibilizadas, caso haja solicitação de nova transfusão.

Notas:

1. Nas transfusões de concentrados de plaquetas em receptores RhD negativo do sexo feminino com menos de 45 (quarenta e cinco) anos de idade, será transfundido, preferencialmente, concentrados de plaquetas RhD negativo.
2. Caso as plaquetas transfundidas sejam RhD positivo e o receptor, do sexo feminino, apresente resultado da PAI negativa, recomenda-se a administração de imunoglobulina anti-RhD por via parenteral, até 72 (setenta e duas) horas após a transfusão. Excetuam-se dessa recomendação as plaquetas por aférese.
3. Nas transfusões subseqüentes será repetida a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares e se não for detectado o anticorpo anti-RhD, recomenda-se repetir a dose de imunoglobulina anti-RhD.

8.8 Instalação do hemocomponente

A instalação do hemocomponente e o monitoramento do paciente durante e após a transfusão deverão ser realizados por profissionais treinados da Unidade Demandante.

- Verifique os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura axilar). Registre na prescrição e no prontuário do paciente antes da instalação do hemocomponente;

Nota: Pacientes transfundidos na Unidade Demandante deverão ter seus sinais vitais verificados e registrados no prontuário e no Formulário de Registro de Transfusão (Anexo III) antes da instalação do hemocomponente.

- Realize desinfecção da superfície externa do lacre da bolsa com gaze ou algodão e álcool a 70%. A abertura do lacre deverá ser cuidadosa para evitar contaminação das partes estéreis;
- Feche o regulador de gotejamento do equipo, retire o protetor da conexão e conecte-o ao tubo de saída da bolsa até a marca de relevo;
- Após conectar o equipo na bolsa, preencha um terço da câmara de gotejamento possibilitando a formação adequada do nível residual para facilitar a visualização do gotejamento;
- Abra o regulador de gotejamento lentamente até que todo o ar saia da tubulação, sem retirar o protetor da extremidade de inserção do equipo. Feche o regulador;

- Pendure a bolsa invertida e conectada ao equipo no suporte para soro, através da alça de suspensão;
- Posicione o paciente confortavelmente e explique o procedimento que será realizado;
- Realize a identificação positiva do paciente (Perguntar: *Qual é o seu nome e sua data de nascimento*) e confirme todos os dados antes de qualquer procedimento. Caso o paciente esteja inconsciente, cheque os dados com o responsável e/ou identificação do leito e/ou pulseira de identificação e/ou com a equipe de enfermagem. Se houver qualquer discrepância na identificação do nome, no hemocomponente ou requisição, a transfusão será suspensa até devido esclarecimento.
- Escolha o melhor acesso venoso para a transfusão. Realize as técnicas de antisepsia e venopunção conforme descrito anteriormente. Retire o garrote;
- Retire o protetor do equipo já conectado à bolsa e conecte ao dispositivo de punção (*scalp* ou *jelco*), fixando ao braço do paciente;
- Abra lentamente o regulador de gotejamento e estabeleça gotejamento inicial de 10 gts/minuto;
- Acompanhe a infusão nos primeiros 10 minutos para verificar eventuais reações transfusionais. Durante o período transfusional, o procedimento deverá ser monitorado pela equipe de enfermagem e/ou médico assistente e/ou plantonista do setor;
- Se não houver intercorrências, aumente o gotejamento;
- Registre as seguintes informações do paciente em prontuário:
 - ✓ Nome completo do paciente (sem abreviaturas),
 - ✓ Sinais vitais pré e pós-transfusionais,
 - ✓ Data e o horário do início da transfusão,
 - ✓ Data e horário do término da transfusão,
 - ✓ Tipo de hemocomponente (CH, CHPL, CHF, CHF-IRR, PFC, CRIO, CP, CPBC, CP1A) conforme rótulo da bolsa.
 - ✓ Volume transfundido,
 - ✓ Número do hemocomponente (abaixo do código de barras da bolsa),
 - ✓ Possíveis intercorrências apresentadas (reação transfusional)
 - ✓ Conduas mediante às intercorrências e
 - ✓ O nome legível e matrícula do profissional que realizou a transfusão.

Nota: Pacientes transfundidos na Unidade Demandante deverão ter estas informações registradas no Formulário de Registro de Transfusão (Anexo III) após instalação do hemocomponente:

- O tempo de infusão varia de acordo com o estado clínico do paciente e não deverá exceder 4 horas. Caso ultrapasse este tempo, a transfusão deverá ser interrompida e o hemocomponente deverá ser devolvido para a AT imediatamente.
- Em pacientes idosos, crianças, renais crônicos, cardiopatas, a infusão deverá ser lenta, porém não deve exceder 4 horas. Pacientes cardiopatas deverão ser acompanhados por um médico durante toda a infusão do hemocomponente.
- Qualquer discrepância observada deverá ser solucionada antes da transfusão.
- Nunca perfure as bolsas de hemocomponentes;
- Não adicione qualquer tipo de medicamento ou solução na bolsa de hemocomponente;
- Deverá ser utilizado um equipo de transfusão para cada bolsa de hemocomponente transfundido.
- Não remova as etiquetas de identificação até o término da infusão;
- Nunca transfunda hemocomponente sem o equipo específico para transfusão. Todas as transfusões de componentes sanguíneos serão administradas por meio de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam filtro de retenção de coágulos e agregados;
- Nunca instale outros fluídos no mesmo acesso venoso utilizado para transfusão, exceto soro fisiológico 0,9%;
- Após o término da transfusão, verifique os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura axilar), registre na prescrição, no prontuário do paciente e no Formulário de Registro de Transfusão.
- Qualquer intercorrência deverá ser informada ao médico solicitante e à equipe da AT do hospital de referência;

Notas:

1. Em caso de suspensão da transfusão ou quando o hemocomponente não for totalmente transfundido nas Unidades Demandantes, este deverá retornar para a AT **em até 12 (doze) horas**, com um relatório médico justificando a suspensão da transfusão. Quando houver transfusão parcial do hemocomponente (parte do volume total infundido), o Formulário de Registro de Transfusão deve ser encaminhado para

a AT, devidamente preenchido, junto com o resíduo de hemocomponente na bolsa original.

2. O Formulário de Registro de Transfusão deve ser encaminhado da Unidade Demandante para a AT, preenchido e assinado, em até 24 (vinte e quatro) horas após a transfusão.

8.9 Reações transfusionais

- As reações transfusionais podem ser classificadas em imediatas (agudas) ou tardias (crônicas). São consideradas reações imediatas aquelas que ocorrem até 24 horas depois de iniciada a transfusão.
- Qualquer sinal ou sintoma ocorrido durante a transfusão deverá ser considerado como sugestivo de uma possível reação transfusional.
- Todas as informações relacionadas à reação transfusional deverão ser registradas no prontuário do paciente.
- As reações transfusionais podem ser classificadas em:
 - **Reação imediata imune:**
 - ✓ Reação febril não hemolítica;
 - ✓ Reação hemolítica aguda;
 - ✓ Reação alérgica;
 - ✓ TRALI.
 - **Reação imediata não imune:**
 - ✓ Contaminação bacteriana;
 - ✓ Hipotensão;
 - ✓ Sobrecarga de volume;
 - ✓ Hemólise não imune;
 - ✓ Distúrbios do Potássio e Equilíbrio ácido-básico
 - ✓ Hipotermia;
 - ✓ Toxicidade pelo Citrato
 - Reação tardia imune:**
 - ✓ Aloimunização eritrocitária (Reação Hemolítica Tardia)
 - ✓ Reação enxerto x hospedeiro;

- ✓ Púrpura pós-transfusional;
- ✓ Síndrome da hiper-hemólise

- Reação tardia não imune:

- ✓ Hemossiderose;
- ✓ Doenças infecciosas

- Em todas as reações transfusionais imediatas, deve-se:

- a) Interromper a transfusão. No caso de reações leves a transfusão de hemocomponentes não precisará ser suspensa, apenas interrompida até avaliação e tratamento dos sintomas, podendo ser retomada a critério médico;
- b) Manter o acesso venoso;
- c) Prestar suporte assistencial e proporcionar medidas de conforto ao paciente;
- d) Administrar medicamentos conforme prescrição médica;
- e) Examinar o rótulo da bolsa de hemocomponente e todos os registros inerentes para verificar se houve erro de identificação do paciente ou da bolsa;
- f) Comunicar a ocorrência ao médico assistente e à Agência Transfusional;
- g) Encaminhar resíduo da bolsa à Agência Transfusional;
- h) Preencher a Ficha de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais da ANVISA de forma completa. A ficha poderá ser preenchida pelo técnico de hemoterapia, pelo médico hemoterapeuta/ hematologista ou por profissional de saúde capacitado exceto a parte de Conclusão, que deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo responsável pela hemovigilância. O formulário está disponível nas Agências Transfusionais ou no site da ANVISA, na área do NOTIVISA. Após a conclusão da hemovigilância pelo médico, o formulário deverá ser encaminhado à Agência Transfusional para notificação da reação no NOTIVISA.

8.10 Observações finais

- Todas as unidades, setores ou serviços que demandarem o uso de hemocomponentes deverão manter um representante com participação no Comitê Transfusional do Hospital da AT de referência.
- Qualquer dúvida em relação a este Protocolo ou às práticas transfusionais, deverá ser comunicada à Agência Transfusional do Hospital de Referência ou à Fundação Hemocentro de Brasília, coordenadora da Hemoterapia na SES/DF;

- Os formulários anexados ao protocolo são modelos e, portanto, não deverão ser fotocopiados para utilização. Os formulários para uso rotineiro dos serviços deverão ser obtidos na Agência Transfusional do Hospital de Referência ou na Fundação Hemocentro de Brasília.

9 Conduta Preventiva

| Não se aplica |

9.1 Tratamento Não Farmacológico

| Não se aplica. |

9.2 Tratamento Farmacológico

| Não se aplica |

9.2.1 Fármaco(s)

| Não se aplica |

9.2.2 Esquema de Administração

|.Não se aplica. |

9.2.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

| O tempo de tratamento varia de acordo com a doença de base e a resposta de cada paciente submetido à transfusão.

| A transfusão de hemocomponentes deverá ser interrompida imediatamente nos casos de reações transfusionais moderadas ou graves. |

10 Benefícios Esperados

| Caso realmente seja necessária a transfusão de sangue, conforme estabelecido no Protocolo Transfusional – Indicação de Hemocomponentes espera-se uma melhora clínica no estado geral do paciente, restabelecendo seus níveis hematimétricos. |

11 Monitorização

| A indicação das transfusões deverá seguir as normas preconizadas no Protocolo Transfusional – Indicação de Hemocomponentes e deverá ser avaliada pelo médico assistente do paciente, cabendo análise do Hemoterapeuta nos casos com conduta divergente do protocolo.

A monitorização das transfusões será feita por amostragem pelos Comitês Transfusionais dos Hospitais da AT de referência que deverão avaliar o uso racional dos hemocomponentes de acordo com as indicações do protocolo. |

12 Acompanhamento Pós-tratamento

Os pacientes deverão ser acompanhados de acordo com a patologia de base e nas indicações de retrovigilância para seguimento sorológico.

Devem ser realizadas visitas pós transfusionais, a fim de verificar a evolução da transfusão bem como a identificação de reações transfusionais tardias. |

13 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Termo de Responsabilidade Médica para Transfusão com Prova Cruzada Incompatível |

14 Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelos Comitês Transfusionais dos Hospitais servirão para o planejamento das ações tanto da Fundação Hemocentro de Brasília, órgão gestor do Sistema de Sangue, Componentes e Hemoderivados – SSCH no DF, como dos responsáveis técnicos de cada Agência Transfusional. |

15 Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/SM nº 5 de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV. Publicada no DOU de 03/10/2017;

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014;

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Vigilância Sanitária para o Transporte de Sangue e Hemocomponentes no âmbito da Hemoterapia, ANVISA, 2017;

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 511, de 29 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 04 de abril de 2016;

Fundação Hemocentro de Brasília. Procedimento Operacional Padrão – POP ASHEMO 001 Testes Pré-Transfusionais, versão vigente;

Fundação Hemocentro de Brasília. Procedimento Operacional Padrão – POP ASHEMO 002 Ato Transfusional, versão vigente;

Fundação Hemocentro de Brasília. Procedimento Operacional Padrão – POP ASHEMO 009 Eventos Adversos Relacionados à Transfusão de Sangue, versão vigente;

Fundação Hemocentro de Brasília. Protocolo de Validação - PV 01/2015 – ASHEMO. Validação do Transporte Fora da Rotina e Intrahospitalar de Hemocomponentes em Caixas Térmicas;

Fundação Hemocentro de Brasília. Relatório de Validação - RV 01/2017 – ASHEMO. Validação do Transporte Fora da Rotina e Intrahospitalar de Hemocomponentes em Caixas Térmicas.

...

ANEXOS

ANEXO I – Requisição de Transfusão

ANEXO II – Termo de Responsabilidade Médica para Transfusão com Prova Cruzada Incompatível

ANEXO III – Formulário de Registro de Transfusão

|