

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Código: POP ENF 15.1</b>
	<b>HEMOTERAPIA</b>	<b>Data da Emissão: 06/04/2006</b>
		<b>Versão: 06</b>
		<b>Data de Revisão: 12/11/2018</b> <b>Próxima Revisão: 12/11/2020</b>
<b>ROTINA DE INSTALAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO</b>		
<b>Responsável pela elaboração do POP:</b> Enf. Vanilda de Souza  <b>Responsável pela REVISÃO do POP:</b> Enf. Claudia Cruz da Silva Enf. Maria Helena de Souza Praça Amaral Enf. Stella Maris Gomes Renault		<b>Aprovado por:</b> Médica Andreza Jucá Guimarães (responsável pela Agência Transfusional-HUGG/UNIRIO) Enf. Sandra de Souza Lima Rocha (DIEN) Enf. Maria Helena de Souza Praça Amaral (Educação Continuada de Enfermagem)
<b>1. DEFINIÇÃO</b>		
<b>TIPOS DE TRANSFUSÃO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotina: a transfusão pode ocorrer dentro de um período de 24h;</li> <li>• Reserva cirúrgica: necessidade de hemocomponentes à disposição para o procedimento a ser realizado;</li> <li>• Programada: para determinado dia e hora;</li> <li>• Urgência: quando a transfusão tem que ser iniciada num período de até 3 horas;</li> <li>• Emergência: quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.</li> </ul>		
<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</li> </ul> <p>O tempo para infusão de qualquer hemocomponente (hemácia, plaqueta, plasma, crioprecipitado) não deve exceder o prazo de quatro horas. Quando esse período for ultrapassado a transfusão deverá ser interrompida e a unidade descartada. O tempo médio adequado para a administração da transfusão em pacientes hemodinamicamente estáveis é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hemácia (pacientes estáveis): 1 a 4h/unidade.</li> <li>– Plaquetas: 30 - 60 minutos/unidade.</li> <li>– Plasma e Crioprecipitado: 30 – 60 minutos/unidade.</li> </ul> <p>O tempo para infusão do hemocomponente prescrito depende da condição individual de cada paciente, e deverá ser especificado na prescrição pelo médico solicitante, uma vez que a infusão rápida pode causar sobrecarga de volume em pacientes instáveis (especialmente pacientes pediátricos ou idosos). o Recomenda-se o início imediato da transfusão, pois existe o risco de proliferação bacteriana ou perda da função do hemocomponente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADIÇÃO DE MEDICAÇÃO:</li> </ul> <p>Nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponentes, nem ser infundido em paralelo (no mesmo acesso venoso). Os CHs podem ser transfundidos em acesso venoso compartilhado, APENAS, com soro fisiológico 0,9%. Exemplo: soluções de glicose 5% podem causar hemólise das hemácias, soluções de Ringer Lactato podem ocasionar formação de coágulos pela presença de cálcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUIPO DE TRANSFUSÃO:</li> </ul> <p>Para a transfusão de qualquer hemocomponente, é obrigatório o uso de equipos próprios para transfusão. Este equipo possui malha no seu interior (filtro para microagregado, com poros que variam de 170 a 260 micra de diâmetro), capazes de reter pequenas partículas (debris celulares) que se formam durante a estocagem do produto. O equipo de transfusão deve ser preenchido com o próprio hemocomponente antes do início da transfusão. Em pacientes adultos, são utilizados os</p>		

equipos próprios para transfusão no paciente, via gravitacional. Em recém-nascidos, recomenda-se a filtração do hemocomponente em equipo próprio para transfusão. Em seguida o hemocomponente é transferido para uma seringa e perfusor, a fim de que seja administrado por uma bomba de seringa.

## **2. OBJETIVO**

- Definir a rotina de administração de hemocomponentes no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

## **3. INDICAÇÃO**

- Todos os setores do HUGG onde possa ocorrer transfusões de hemocomponentes (centros cirúrgicos, CTIs, enfermarias, ambulatórios).

## **4. PESSOAS E PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO**

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de todos os setores do HUGG onde possa ocorrer transfusões de hemocomponentes.

## **5. MATERIAL A SER UTILIZADO**

- Hemocomponente;
- Equipo.

## **6. DESCREVER DETALHADAMENTE AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**

### **6.1-TRANSFUSÃO EM ENFERMIARIAS E CTI**

- Após contato telefônico feito pela equipe do setor solicitante, o técnico coletará amostra do paciente se houver pedido escrito, em formulário próprio e carimbado por médico. Em seguida serão realizados os testes pré-transfusionais obrigatórios na agência transfusional. O técnico da Hemoterapia se encarregará de encaminhar os hemocomponentes para o setor onde foi solicitado, com exceção do centro cirúrgico, onde o transporte é feito por funcionário do setor.

- A transfusão deverá estar prescrita no plano terapêutico do paciente.

- Antes da transfusão, a enfermeira do setor solicitante deve confirmar com o paciente o seu nome completo e registro de prontuário ou na impossibilidade deste se comunicar, confirmar com a enfermeira responsável pelo setor.

- Antes da instalação, a enfermeira ou técnica de enfermagem deverá verificar os dados do rótulo da bolsa de hemocomponente, a etiqueta de prova cruzada ou de plasma ou plaquetas (Anexo 1) e o cartão de transfusão (Anexo 2). Em caso de discrepância de informações ou anormalidade na inspeção visual dos hemocomponentes, a transfusão não poderá ser iniciada e a Agência transfusional deve ser contactada imediatamente (ramais: 4059 e 4056).

- Os sinais vitais devem ser aferidos antes da transfusão e anotados no formulário de acompanhamento de transfusões. Caso o paciente apresenta crise hipertensiva (PA > ou = 160 mmHg x 110 mmHg) ou febre antes da transfusão, medidas adequadas devem ser adotadas pelo médico assistente antes da instalação da transfusão, para que não ocorra piora clínica do paciente com a transfusão ou os sintomas sejam confundidos com uma reação transfusional.

### **6.1.1 PACIENTES SEM PUNÇÃO VENOSA**

-Inspeccionar os membros superiores do paciente para definir o melhor local de punção, que não poderá estar próximo à área com flebite, celulite, foliculite ou ulcerações.

-Preparar todo o material de punção, selecionando "jelco" 18 ou 20, conforme as possibilidades do paciente.

-Garrotear o membro superior que será puncionado.

-Colocar as luvas descartáveis.

-Limpar o local da punção com álcool a 70% e não mais tocá-lo. Proceder à punção venosa e fixar a punção com esparadrapo, podendo-se eventualmente instalar soro fisiológico após a punção para a manutenção do acesso. Isto deve ser evitado em pacientes com risco de sobrecarga volêmica.

- Conectar o equipo de câmara dupla no porto da bolsa do hemocomponente com o nome confirmado do paciente, preenchendo todo o circuito. Conectá-lo ao "jelco" e anotar a hora de início.

### **6.1.2- PACIENTES COM PUNÇÃO VENOSA**

-Verificar se há um acesso venoso periférico ou profundo e escolher a via.

- O acesso deve estar disponível para uso exclusivo do hemocomponente durante o período de transfusão. Caso possa ser utilizado, verificar se o calibre da agulha é adequado.
- Usar luvas e instalar soro fisiológico a 0,9%, com “polifix”.
- Conectar o equipo de transfusão no porto do hemocomponente com o nome confirmado do paciente. Preencher todo o circuito do equipo e conectá-lo ao “polifix”, iniciando a transfusão após fechar a via do soro fisiológico.

### **6.1.3 OUTRAS ORIENTAÇÕES**

- Não infundir hemocomponentes junto com outras substâncias. A via deve ser exclusiva para o hemocomponente no momento da transfusão.
- A equipe de enfermagem deve acompanhar a transfusão a maior parte do tempo ou pelo menos nos primeiros 15 minutos ao lado do paciente e caso a transfusão não possa ser integralmente acompanhada, retornar periodicamente até o final da transfusão.
- Conservar as etiquetas da bolsa de hemocomponentes afixadas na mesma até o final da transfusão. A única etiqueta que deve ser retirada logo após o início da transfusão é a etiqueta de código de barras destacável e própria para este fim.
  - O horário de término da transfusão e os sinais vitais do paciente deverão ser anotados ao final da transfusão na ficha de acompanhamento de transfusões. Uma etiqueta deverá ser colada na prescrição pela equipe de enfermagem do setor e a outra no mapa de ocorrências transfusionais da agência (MOT) pelo técnico da hemoterapia.
- Checar na prescrição médica, registrando data e hora.
- Orientar a equipe de enfermagem a observar possíveis reações tardias que podem ocorrer dias após as transfusões.
- Em caso de reação transfusional deve-se parar a transfusão e chamar imediatamente o médico responsável ou plantonista para atender o paciente. As demais orientações estão descritas no POP 26 de “Condutas nas reações transfusionais”.
- Retirar a bolsa vazia e descartar na lixeira de lixo infectante do setor. Caso haja volume superior a 50 ml ou qualquer reação transfusional, esta bolsa deve ser encaminhada para ser autoclavada conforme descrito no POP de “Descarte de Resíduos”.
- Excepcionalmente, caso haja impossibilidade de administrar um hemocomponente a um paciente grave que esteja usando sedação de infusão contínua ou aminas vasoativas ou outras medicações por outro acesso, solicitar ao médico para diluir as medicações em soro fisiológico quando possível.
- Deve-se evitar ao máximo transfundir o hemocomponente com soro fisiológico para não causar sobrecarga volêmica no paciente.
- A infusão deve ser realizada em no máximo 2 horas para hemocomponentes eritrocitários, ou em velocidade mais lenta caso haja risco de sobrecarga volêmica (ex: cardiopatas, nefropatas). O tempo de infusão não pode exceder 4 horas. Os componentes plasmáticos ou concentrados de plaquetas poderão ser administrados em um período de 30 minutos a uma hora, conforme o volume, considerando a sequência de transfusão destes componentes uma transfusão “em pool” (ainda que não tenham sido transferidos para uma bolsa única).

### **6.2- TRANSFUÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO:**

- Pela manhã será encaminhado ao centro cirúrgico o mapa de reservas realizadas para os pacientes com cirurgia marcada para aquele dia. As bolsas de hemocomponentes reservadas para as cirurgias serão gradativamente transportadas para o centro cirúrgico, na medida em que houver necessidade de sua utilização. As unidades não utilizadas devem ser devolvidas por funcionário do centro cirúrgico preferencialmente em até 30 minutos após retirada da geladeira.
- Uma das etiquetas do hemocomponente deverá ser colada na ficha anestésica do paciente e a outra deverá ser colada no mapa de ocorrências transfusionais (MOT) pelo técnico de hemoterapia.

## **7. ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS**

### **Responsabilidades:**

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle a administração de hemocomponentes para transfusão.

## **8. RESULTADOS ESPERADOS**

- Instalação correta dos hemocomponentes;
- Que todos os profissionais de saúde envolvidos nesta rotina tenham conhecimento destas orientações e que respeitem as recomendações contidas nesta rotina;

- Que os profissionais responsáveis pela instalação e administração de hemocomponentes sejam capacitados para isto;
- Em caso reação transfusional deve-se proceder segundo a rotina de conduta e investigação de incidentes transfusionais, devendo o evento ser notificado por escrito conforme especificado no POP 26 de “Conduta nas reações transfusionais”;

#### **9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para uso de hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. D. O. U., Poder Executivo, Brasília, DF, 05 fev. 2016. n. 25, Seção 1, p. 37

RESOLUÇÃO ANVISA, RDC 34, de 11 de Junho de 2014.