

Nombre del Establecimiento: colocar el nombre oficial del establecimiento que remite la información.

Código: Coloque el código oficial del establecimiento.

Dependencia Administrativa: coloque una cruz en el tipo que corresponda (provincial, municipal o privado).

Partido: consigne el código y nombre del partido donde se halla ubicado el establecimiento.

Región Sanitaria: consigne la Región Sanitaria a la que pertenece la Institución.

Profesional a cargo del Servicio: Datos solicitados del profesional a cargo y matrícula. Es dable destacar, que la responsabilidad de los datos consignados es del Jefe de Servicio.

HEMODONACION

PROMOCIÓN DE LA HEMODONACIÓN

Se deberá consignar el número de las actividades destinadas a la Promoción de la Donación de sangre realizadas por el servicio en el mes que se informa, según sede de las actividades y discriminadas de acuerdo al tipo de acciones realizadas: Taller, Reunión, Charla, Capacitación, Distribución, Otros.

ATENCIÓN INTEGRAL DE DONANTES DE SANGRE

Según el lugar de atención:

en el servicio de Hemoterapia: totalizar el número de donantes atendidos en el servicio discriminados los que ingresan como donantes de sangre total o los que son sometidos a procedimientos de aféresis.

en Colecta externa: totalizar el número de donantes que proceden de colectas externas. Cuando la colecta es realizada íntegramente por el servicio deberá ser informada por éste. Cuando la Colecta externa es realizada conjuntamente con un Centro Regional de Hemoterapia será consignada por éste último. Se informará el número de colectas externas realizadas durante el mes que se consigna. Asimismo las localidades. Una localidad por cada colecta.

Una vez considerado su origen, los donantes deben ser clasificados según el tipo, en donantes voluntarios y donantes de reposición. Donante voluntario: es aquel donante que decide libremente y realiza el acto de donar por *compromiso social* sin mediar otro tipo de exigencias. Donante de reposición: es aquel donante que realiza el acto de donar por una *obligación* laboral, familiar, normativa, etc. para cubrir necesidades transfusionales del sistema.

ATENCIÓN INTEGRAL DE DONANTES DE SANGRE según el tipo

Donantes voluntarios de 1ra. vez: Llamamos donantes de primera vez a donantes nuevos o a aquellos que no registran donaciones dentro de los últimos 3 años a la fecha de la presente donación (esporádicos) o cuando no se pueda constatar fehacientemente los resultados de las donaciones anteriores (donaciones en otras jurisdicciones o institución).

Donantes voluntarios habituales: Son aquellos donantes voluntarios con 2 donaciones en dos años calendario o en los 24 últimos meses anteriores a la fecha de donación y cuando se pueda constatar fehacientemente los resultados de las donaciones anteriores. A su vez estos donantes pueden ser:

No relacionados: Donantes voluntarios habituales.

Relacionados: Donaciones de donantes voluntarios habituales que debido a su condición se requiere su colaboración.

Donantes de reposición de 1ra. vez: Donaciones de donantes nuevos.

Donantes esporádicos: Donantes de reposición no habituales.

DONANTES DIFERIDOS según su origen:

Consignar según corresponda en Donantes Diferidos del servicio o en las Colectas Externas de sangre.

DONANTES DIFERIDOS según su tipo: Consignar según corresponda utilizando la misma clasificación que en donantes atendidos.

Se consignarán los donantes diferidos de donaciones efectuadas en consultorio, extracción, autoexclusión, durante el mes analizado.

Enunciamos algunos ejemplos que deben ser considerados descartes de consultorio de admisión: bajo peso, hemoglobinas o hematocritos patológicos, patologías transmisibles, ingestas de medicamentos, etc. De extracción: mala red venosa, escaso volumen, síndrome vasovagal.

Autoexclusión: unidades separadas del circuito por formulario de autoexclusión. Deben observar en cada caso la clasificación de donantes.

DONANTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO MÉDICO DE DERIVACIÓN

Consignar el total mensual de donantes citados por causa de serología reactiva (incluyendo los autoexcluidos) y de éstos, el número que efectivamente concurrieron al servicio y fueron atendidos

PREPARACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS

INGRESO DE UNIDADES PARA ELABORACIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Bolsas Ingresadas (Sangre total): Deberán consignar el número total de unidades de sangre del mes.

Descartes: Considerar las unidades descartadas por diferentes motivos (Ej. rotas o abiertas, escaso volumen o mayor volumen) antes de entrar a producción para su fraccionamiento.

Unidades Aptas para Producción: Deberán constatar el número de unidades que ingresan al área de producción y que están aptas para este proceso.

HEMOCOMPONENTES ESTÁNDAR Y NO ESTANDAR ELABORADOS Y DISTRIBUIDOS

Elaboración: Deberán colocar en cada hemocomponente el número total elaborado de cada uno de ellos en el mes analizado.

Descartes: deberán colocar el número total de cada componente descartado en el mes por distintos motivos (Ej. quiloso, hemolizado, rotura o circuito abierto).

Unidades recibidas de otro servicio: Informar aquellas unidades recibidas de otros Bancos de Sangre o Centros Regionales de Hemoterapia en la emergencia.

Distribución en Red: Deberán consignar la cantidad mensual de cada hemocomponente entregado a efector Público o Privado en caso de emergencia.

Vencidos: Deberán consignar el número de unidades de cada hemocomponente vencido.

Tanto en Concentrado eritrocitario como en concentrado plaquetario sometidos a procesos de irradiación y filtración, no deben consignarse por separado sino en el ítem "irradiado y filtrado". Mientras que en "Irradiado" informar solo los sometidos a ese proceso al igual que en el ítem "filtrado".

En el ítem concentrado plaquetario DESPLAMATIZADO: Es el producto obtenido por aféresis el cual se realiza la extracción del plasma en ciertas patologías que requieren poco plasma debido a posibles anticuerpos, reacciones alérgicas o transfundir con escaso volumen.

ELABORACIÓN DE HEMOCOMPONENTES POR AFÉRESIS:

N° de Procedimientos: Deberán consignar el número total de procedimientos para cada hemocomponente.

N° de Productos : informar la cantidad total de productos realizados de cada uno.

Distribución en Red: Deberán consignar la cantidad mensual de cada hemocomponente entregado a efector Público o Privado en caso de emergencia.

Descartes: deberán colocar el número total de cada componente descartado en el mes por distintos motivos.

PLASMA PARA HEMODERIVAR

Deberán consignar el número total de unidades producidas en el mes según el tipo de plasma y las unidades descartadas según tipo¹ (ver nota al pie).

¹PLASMA F:(PLASMA FRESCO CONGELADO)

Unidad de plasma separada y congelada dentro de las ocho (8) horas desde la extracción empleando centrifuga refrigerada. Deberán cumplir las siguientes condiciones::

- 1 El tiempo de la extracción sanguínea no debe superar los quince (15) minutos
- 2 Agitación constante de las bolsas de sangre
- 3 Entre la extracción de la unidad de sangre y su congelamiento completo no debe transcurrir más de (8) horas. La temperatura de conservación de la sangre deberá estar entre 20° y 24°C no conservar en heladera (4°C). Una vez separado el plasma debe comenzar el congelamiento del mismo antes de transcurrido quince (15) minutos.
- 4 El congelamiento completo de la unidad de plasma deberá alcanzarse dentro de un tiempo no mayor a una (1) hora desde iniciado el mismo, mediante la aplicación de algún método de congelamiento rápido como baño de alcohol, ultrafreezer o baño de alcohol más hielo seco.
- 5 La temperatura de almacenamiento deberá ser < -30°C, evitando los cambios de temperatura.
- 6 El tiempo de almacenamiento en el centro de recolección de sangre y o plasma deberá ser <30 días desde la fecha de extracción de la unidad.

PLASMA A (PLASMA FRESCO CONGELADO)

Se contabilizarán las unidades descartadas posteriormente a su elaboración.

Total Plasma enviado a planta: informar el total de plasma enviado efectivamente para hemoderivar expresado en unidades.

HEMODERIVADOS RECIBIDOS Y/O DISTRIBUIDOS

Deberán consignar la recepción de productos enviados desde un Centro Regional proveniente del intercambio del plasma enviado a la planta de hemoderivados en el mes. Colocar en recibidos el número de envases recepcionados de Albumina en frascos, gammaglobulina ev en gramos, gammaglobulina anti D en gramos y Factor VIII en Unidades Internacionales.

Distribuidos a la red: Consignar el número de unidades de cada hemoderivado distribuido en el subsector público o privado.

INMUNOHEMATOLOGIA EN DONANTES

N° de Determinaciones: Consigne el número de determinaciones ABO yRH(D) de todos los donantes atendidos en ese mes .

N° de Anticuerpos Irregulares: Consigne el número de determinaciones realizadas en el mes, el n° de anticuerpos detectados en donantes y el número de anticuerpos identificados.

Unidades descartadas: Consigne el número total de aquellas unidades descartadas por causas inmunohematológicas.

DONANTES ESTUDIADOS CON FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO: informar el n° de donantes estudiados con fenotipos de otros sistemas de grupos sanguíneos distintos al ABO y Rh (D) .

INMUNOSEROLOGIA

N° de muestras Estudiadas: Indicar el número total de muestras estudiadas en el mes incluyendo autólogas y aféresis .

N° de muestras Descartadas: Informar el número total de muestras descartadas por diferentes motivos (ej: roto, escasa cantidad de suero, hemolizadas, quiloso etc.

N° de unidades descartadas por serología reactiva: Informar el total de unidades descartadas únicamente por serología reactiva.

-1 Unidad de plasma separado empleando una centrifuga refrigerada y congelada a <-20°C dentro de las ochos (8) horas desde la extracción

-2 El tiempo de almacenamiento no debe ser mayor a un (1) año (12 meses) a partir de la fecha de extracción.

PLASMA B (PLASMA CONGELADO Y PLASMA DE BANCO)

-1 Unidad de plasma obtenida de sangre entera separada por centrifugación refrigerada o sedimentación hasta cinco (5) días posteriores a la fecha de vencimiento de la sangre, congelada y almacenada a una temperatura de <-20°C, hasta su envío a la planta de hemoderivados.

-2 Unidad de plasma a la cual se le ha extraído previamente el crioprecipitado, congelada y almacenada a una temperatura de <-20°C, hasta su envío a la planta.

El tiempo de almacenamiento no debe ser mayor a cinco (5) años desde la fecha de extracción.

INMUNOSEROLOGIA REPETIDAMENTE REACTIVA EN DONANTES (SCREENING): Se incluyen los estudios serológicos de donantes por aféresis.

N° de muestras con serología reactiva por tamizaje: informar el número de muestras reactivas por método y/o reacción.

N° de unidades por Patología: Se deberá informar el número de unidades reactivas por patología. Ej: si una unidad ha sido reactiva con tres métodos (HIV anti H1+2, Ag P24 y HIV Ag/AC) se informa 1 unidad en el cuadro correspondiente a patología de HIV.

N° DE CASOS POSITIVOS POR MARCADOR POR MÉTODO SUPLEMENTARIO Y/O CONFIRMATORIO: Informar el n° de casos positivos confirmados discriminados por patología. Informar únicamente si los estudios son realizados por el propio servicio de Hemoterapia.

ESTUDIOS INMUNOSEROLÓGICOS EN DONANTES DE AUTÓLOGA Y AFÉRESIS:

N° de Estudios: Deberán consignar la cantidad de estudios realizados antes de la donación por autóloga. Informar el número de muestras reactivas por método y/o reacción. N° de unidades por Patología: Se deberá informar el número de unidades reactivas por patología. Ej: si una unidad ha sido reactiva con tres métodos (HIV anti H1+2, Ag P24 y HIV Ag/AC) se informa 1 unidad en el cuadro correspondiente a patología de HIV.

TRANSFUSIÓN

Interconsultas pretransfusionales:

Número de interconsultas que incluyen evaluación clínica pre-transfusional, evaluaciones directas e indirectas. Llamaremos evaluaciones pretransfusionales directas a las realizadas por indicación propia o por interconsulta, donde se realice examen clínico y de antecedentes con anterioridad a la indicación transfusional e indirectas a través de evaluación de antecedentes, historia clínica y solicitud de transfusión.

Transfusión de Hemocomponentes:

Se consignarán las unidades transfundidas en el mes de acuerdo al tipo de hemocomponente utilizado discriminados en adultos y pediátricos.

Descartes: Deberán consignar el número de unidades descartadas según causas: unidades vencidas, abiertas y por otras causas.

N° DE RECEPTORES DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES HOMOLOGOS:

Deberán consignar en el casillero correspondiente el número total de receptores Pediátricos y Adultos, transfundidos en el mes analizado.

REACCIONES ADVERSAS DE LA TRANSFUSIÓN: Si han observado reacciones transfusionales en el mes analizado, clasifique las mismas en Hemolíticas y no Hemolíticas, consigne el número de cada una de ellas e informe el total.

ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS

N° de Hemoderivados Administrados o Transfundidos: En esta columna deberán ser consignados los hemoderivados que fueron efectivamente administrados en la siguiente columna se informará el n° de receptores para cada hemoderivado.

INMUNHEMATOLOGÍA EN RECEPTOR.

N° Total de Pruebas de compatibilidad: consigne el número total de pruebas de compatibilidad pretransfusionales realizadas en el mes analizado.

N° de Unidades compatibilizadas y no transfundidas: deben consignar el número de unidades que fueron compatibilizadas y no transfundidas

N° de Anticuerpos detectados: consigne solo el número de anticuerpos detectados positivos en receptores por técnica de DAI o similar.

Anticuerpos identificados: si no realizan identificación de anticuerpos coloque una cruz en NO. Si realizan identificación consigne el número de anticuerpos identificados en receptores, en el mes que está informando. En ESPECIFICAR consignar el/los Ac identificados.

Si no realizan identificación, coloque una cruz en NO y en observaciones consignar el nombre de la institución a la que derivan las muestras.

RECEPTORES DE TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA: Autotransfusión, si no ha implementado en su servicio este Programa, coloque una cruz en NO. Si realizan procedimientos de transfusión autóloga consigne el número total de pacientes/donantes en el mes analizado, consigne el número total de extracciones (bolsas colectadas) y número de transfusiones efectuadas.

AFÉRESIS TERAPÉUTICA REALIZADA EN EL SERVICIO: si no realizan en su servicio aféresis terapéutica coloque una cruz en NO. Si realizan procedimientos de aféresis terapéutica indique el número deleucoféresis, plaquetoféresis y/o plasmáfesis. En el Total de Pacientes: consignar el número total de pacientes sometidos a este procedimiento en el período analizado.

ESTUDIOS INMUNHEMATOLÓGICOS EN OTROS PACIENTES O USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO: Se consignarán el n° de pacientes o usuarios del establecimiento que son sometidos a estas prácticas y que no son considerados receptores (como agrupamiento ABO – Rh: para carnet de conductor, viajes de estudiantes y otros estudios) y en la celda inferior el número de prácticas realizadas.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO:

Estudios de compatibilidad conyugal: recordamos que deben realizar agrupamientos ABO y Rh a la gestante y su pareja, investigación de anticuerpos irregulares a la gestante, el estudio de ambos debe ser contabilizado como una unidad, aún si no concurriera el padre. N° de estudios realizados: informe el número total de casos nuevos ingresados para estudiar en el Servicio de Hemoterapia; N° de anticuerpos detectados: consigne el número total de anticuerpos positivos detectados (DAI + y CD +) y en el casillero de abajo consigne el N° de anticuerpos Anti D identificados en los estudios de compatibilidad conyugal.

N° de otros anticuerpos identificados: se consignarán los diferentes al anti D.

Estudios de compatibilidad materno fetal: Recordamos que es responsabilidad del servicio de Hemoterapia, realizar el estudio del 100 % de puerperas y recién nacidos asistidos en la Institución. Consigne en el casillero correspondiente el número de puerperas RH positivas, número de puerperas RH negativas, número de recién nacidos estudiados, número de anticuerpos detectados, número de anticuerpos Anti D identificados por pruebas directas e indirectas en estudios de compatibilidad materno fetal y n° de otros anticuerpos identificados, en el mes informado.

Especificar: consignar el/los anticuerpos identificados.

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL DIAGNOSTICADA

Consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal debida a anticuerpos anti Rh (D). En otros consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal producidas por anticuerpos que no correspondan a anticuerpos anti Rh (D).

Especificar: consignar el sistema al que corresponda el anticuerpo identificado.

IMNUNOPROFILAXIS ANTI RHO (D)

Coloque una cruz en el casillero correspondiente por NO si no realizan la inmunoprofilaxis. Si han realizado indicación de inmunoprofilaxis anti RhO (D), prenatal, postnatal o postaborto y otras, consignar en el casillero correspondiente el número total de indicaciones realizadas en el mes.

El número total de aplicaciones y número de controles realizados en cada modalidad (fecha de aplicación, dosis y seguimiento personalizado de la paciente debe figurar en su ficha de control).

N° DE PARTOS DEL ESTABLECIMIENTO: número de partos del mes.