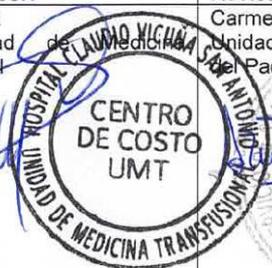
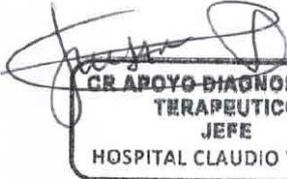
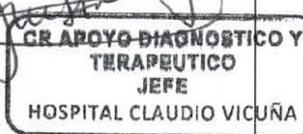


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: APTTr 1.2
		Edición: Cuarta
	Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente	Página 1 de 5
		Fecha: febrero 2023

## Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente

Modificado por:	Revisado y autorizado por:	Aprobado por
Rubén Pérez Jefe Unidad de Medicina Transfusional  	Carmen Molina E. Unidad de Calidad y Seguridad Paciente  	Christabel Jensen P Subdirección Apoyo Diagnóstico y Terapéutico  
Fecha: Enero 2023	Fecha: Enero 2023	Fecha: Febrero 2023

	Hospital Claudio Vicuña	Código: APTr 1.2
		Edición: Cuarta
	Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente	Página 2 de 5
		Fecha: febrero 2023

## Índice:

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsables	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
6.1	Procedimiento manual en tarjeta	4
6.2	Procedimiento automatizado	5
7.	Flujograma	5
8.	Distribución	5
9.	Anexos	5
10.	Formulario de control de cambios	5

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: APTTr 1.2
		Edición: Cuarta
	Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente	Página 3 de 5
		Fecha: febrero 2023

**1. Objetivo:** Brindar una terapia transfusional segura, previniendo la administración de un hemocomponente incompatible.

**2. Alcance:** Todas las muestras que posean solicitud de transfusión, exceptuando aquellas que tengan carácter de “inmediatas”.

**3. Documentos Relacionados:**

- Recomendaciones para la realización de las pruebas cruzadas en medicina transfusional, Instituto de salud Pública, Chile, 2016. Disponible en: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/Recomendaciones%20para%20la%20realizaci%C3%B3n%20de%20las%20Pruebas%20Cruzadas%20en%20Medicina%20Transfusional..pdf>
- Manual del equipo Bio-Rad Laboratories IH-Com User Manual V2.2.1-10/2016.

**4. Responsables:**

Actividad	Responsable
Realizar Pruebas compatibilidad	Tecnólogo Médico Encargado UMT, Tecnólogo Médico Urgencia.
Registros libro “pruebas de compatibilidad”	Técnico Paramédico, Tecnólogo Médico
Registro sistema informático e-delphyn	Tecnólogo Médico
Evaluar Cumplimiento Protocolo	Jefe UMT

**5. Definiciones:**

- **Exámenes pre transfusionales:** incluye los exámenes inmunohematológicos previos a la transfusión de componentes sanguíneos, incluyendo las pruebas de compatibilidad (pruebas cruzadas).
- **Isogrupo:** componente sanguíneo del mismo grupo ABO Rh(D) que el receptor.
- **Pruebas cruzadas:** se definen como un procedimiento que se utiliza para excluir la incompatibilidad entre donante y receptor. Utiliza suero o plasma del paciente y GR de las unidades de sangre a transfundir a un paciente.
- **Prueba Cruzada Completa:** es aquella prueba que asegura la compatibilidad de todos los sistemas sanguíneos clínicamente significativos entre la unidad de GR del donante y el suero o plasma del receptor, a través de la ejecución obligada de la fase de SAGH.
- **Prueba Cruzada Incompleta:** es aquella prueba que asegura la compatibilidad ABO entre la unidad de GR del donante y el suero o plasma del receptor, a través de la ejecución obligada de la fase de centrifugación inmediata o temperatura ambiente.
- **Transfusión inmediata:** despacho de unidades de glóbulos rojos en menos de 10 minutos, cuando la vida del paciente está en riesgo y no es posible esperar los resultados de las pruebas de compatibilidad.
- **Transfusión urgente:** despacho de hemocomponentes entre 40 minutos a 4 horas desde recepcionada la solicitud en la UMT.
- **Transfusión no urgente:** despacho de hemocomponentes hasta 12 horas desde recibida la solicitud de transfusión.
- **Transfusión electiva:** aquella transfusión programada, de reserva para un determinado día y hora.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: APTTr 1.2
		Edición: Cuarta
	Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente	Página 4 de 5
		Fecha: febrero 2023

## 6. Desarrollo:

### 6.1 Procedimiento manual en tarjeta

#### 6.1.1 Selección de la unidad:

Una vez recibida la orden de transfusión:

- Con Rut del paciente o receptor buscar en programa E-delphyn si tiene clasificaciones previas.
- De no tener clasificación previa, realizar clasificación en gel.
- De poseer clasificación, reclasificar en lámina.
- Seleccionar los matracas a transfundir, en primera instancia "ISGRUPO", de no contar con ello "ABO" compatible.

#### 6.1.2 Preparación de la suspensión de glóbulos rojos de la unidad a transfundir:

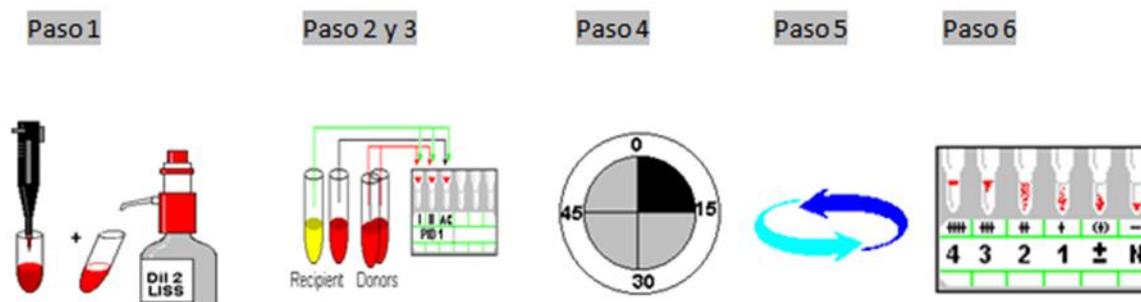
Cortar una cola del o los matracas, y preparar una suspensión de glóbulos rojos del donante al 0,8% en "ID-Diluent 2", de la siguiente forma: 1 mL dil. 2 LISS + 20 uL de sangre de la tabuladura bolsa del donante.

#### 6.1.3 Preparación de la suspensión de glóbulos rojos del receptor:

Prepare una suspensión de células del receptor en Diluyente 2 LISS, de la siguiente forma: 1 mL dil. 2 LISS + 12,5 uL de concentrado de glóbulos rojos del receptor.

#### 6.1.4 Prueba cruzada:

- Identifique la tarjeta con N° o nombre del receptor y donante. Quitar papel de aluminio.
- Agregue 50 uL de cada suspensión de células de donante a un micro-tubo.
- Agregue 50 uL de suspensión de glóbulos rojos del receptor a un micro-tubo extra para realizar el autocontrol.
- Agregue 25 uL de suero o plasma de receptor al micro-tubo para la prueba de compatibilidad y 50 uL del suero o plasma del receptor al micro-tubo para realizar el autocontrol.
- Incubar 15 min. 37°C
- Centrifugar 10 minutos
- Leer e interpretar. Si el resultado es positivo, se deberá seleccionar una nueva unidad para realizar la prueba cruzada.
- Registrar en E-Delphyn
- Colocar etiqueta en matraz de sangre con nombre del receptor, y resultados de pruebas de compatibilidad.



	Hospital Claudio Vicuña	Código: APTr 1.2
		Edición: Cuarta
	Protocolo Estudios Compatibilidad Donante/Paciente	Página 5 de 5
		Fecha: febrero 2023

**6.2 Procedimiento automatizado:**

Dirigirse al manual del equipo Bio-Rad Laboratories IH-Com User Manual V2.2.1-10/2016.

**7. Criterios de Calidad:** N/A

**8. Flujograma:** N/A

**9. Distribución:**

- Unidad de Medicina Transfusional
- Laboratorio Clínico

**10. Anexos:** N/A

**11. Formulario de control de cambios:**

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma