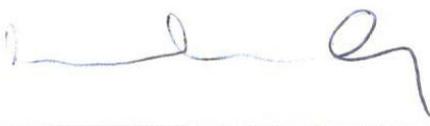
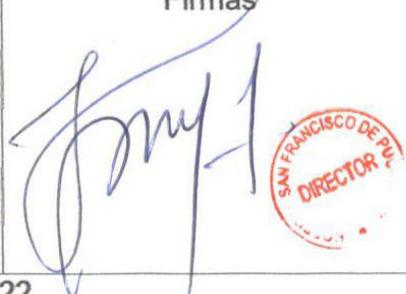


 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 1 de 14

## PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>MT. Carolina Quinteros Torrent Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente Dr. Alvaro Gualda Munita Subdirector Médico</p>	<p>Klga. Carolina Pizarro D. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p>Ricardo Alvear Leal Director</p>
Firmas	Firmas	Firmas
		
Fecha de aprobación	25/07/2022	

Oficina de Calidad  
y Seguridad  
Hospital San Francisco Pucón

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 2 de 14

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>4. RESPONSABLES .....</b>	<b>4</b>
<b>5. REFERENCIAS .....</b>	<b>5</b>
<b>6. DEFINICIONES .....</b>	<b>5</b>
<b>7. DESARROLLO .....</b>	<b>7</b>
<b>7.1 CRITERIOS DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>7.1.1 EN ADULTO O <math>\geq 15</math> AÑOS O <math>\geq 50</math> KILOGRAMOS DE PESO CORPORAL .....</b>	<b>7</b>
<b>7.1.2 EN LACTANTE MENOR DE 4 MESES.....</b>	<b>9</b>
<b>7.1.3 EN LACTANTE MAYOR DE 4 MESES.....</b>	<b>9</b>
<b>EN OTROS PACIENTES PEDIÁTRICOS .....</b>	<b>9</b>
<b>7.1.4 EN RECIÉN NACIDOS .....</b>	<b>9</b>
<b>7.2 OTRAS SITUACIONES.....</b>	<b>10</b>
<b>7.2.1 EN PABELLÓN O RECUPERACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>7.2.2. EN UNIDADES DE APOYO .....</b>	<b>11</b>
<b>7.3 NUMERO DE UNIDADES A TRANSFUNDIR .....</b>	<b>11</b>
<b>8. DISTRIBUCIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>9. REGISTRO.....</b>	<b>13</b>
<b>10. CONTROL DE CAMBIOS .....</b>	<b>13</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>14</b>

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p><b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b></p>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027
		Página 3 de 14

## 1. INTRODUCCIÓN

Los avances en Medicina Transfusional en las últimas décadas han permitido que la transfusión de hemocomponentes sea un acto cada vez más seguro, especialmente en relación a los riesgos de transmisión de agentes infecciosos y reacciones transfusionales severas. Sin embargo, no debe olvidarse que en términos fisiopatológicos cuando se transfunde una persona, se lo está exponiendo a un trasplante de tejido alogénico, de vida media corta, lo que conlleva los riesgos inherentes a un tejido trasplantado. Hoy comprendemos de mejor forma que existen una serie de fenómenos inmunológicos y no-inmunológicos gatillados por la transfusión que pueden afectar negativamente la evolución de los pacientes. Por esto, lo ideal siempre será evitar la transfusión alogénica si la indicación clínica no está plenamente justificada.

El Hospital Clínico San Francisco de Pucón según resolución “RE N°1026 Guía Técnica Orientaciones sobre las UMT 2013” no cuenta con una Unidad de Medicina Transfusional por lo cual, los pacientes que se ajustan a criterios de transfusión, frente a situaciones de urgencia, son derivados a otros centros de mayor complejidad. El primer centro de referencia para el Hospital Clínico San Francisco de Pucón corresponde al Hospital Villarrica (hospital Nodo). Entre otros encontramos el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco y demás prestadores de la región, a quienes se recurre cuando no es posible concretar la derivación a alguno en particular (red de prestadores, horarios, convenios previsionales, entre otros).

Este documento representa un apoyo y guía para el manejo adecuado de diversas situaciones clínicas, las que deben ser utilizadas con el procedente juicio médico para cada paciente.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer los criterios de indicación médica de transfusión de componentes sanguíneos en el Hospital San Francisco de Pucón.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y normar los criterios de indicación médica para una solicitud de transfusión considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 4 de 14

- Informar las características de los hemocomponentes y su utilización en la clínica, sugiriendo los volúmenes adecuados para suplir la función deficitaria y no su alteración cuantitativa.
- Promover un uso racional, justificado y seguro de los hemocomponentes.
- Describir posibles escenarios y la indicación de los diversos componentes sanguíneos existentes, su correcto uso y condiciones clínicas en las cuales están indicados.

### 3. ALCANCE

- **Ámbito de la Aplicación:** A Profesionales médicos del Hospital Clínico San Francisco de Pucón, que basados en los criterios definidos derivan a los pacientes a otros establecimientos asistenciales para eventuales transfusiones.
- **Población de la aplicación:** Todo paciente que requiera productos sanguíneos dada su condición clínica, ya sea en el ámbito del transporte de oxígeno, trastorno de la coagulación y recuento de plaquetas disminuido.

### 4. RESPONSABLES

#### 4.1 DE LA EJECUCIÓN

**Médicos:** Son responsables de:

- Indicar la transfusión de acuerdo a lo establecido en este protocolo

**Tecnólogo Médico:** Es responsable de:

-Informar resultado crítico de laboratorio a profesional solicitante.

**Equipo de enfermería y Matronería de Servicios Clínicos:** Son responsables de:

- Identificar e informar situaciones clínicas o resultados de laboratorios de riesgo e informar al médico tratante y/o de turno para la toma de decisiones.

#### 4.2 DE LA SUPERVISIÓN

**Director:** Es responsable de:

-Conocer, aprobar y velar por el cumplimiento de este protocolo.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p><b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b></p>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027
		Página 5 de 14

**Sub Director Médico:** Es responsable de:

- Supervisar el grado de conocimiento del estamento Médico en cuanto a este protocolo.
- Conocer las actualizaciones de los criterios manejados en los hospitales de derivación (red asistencial).
- Generar instancias de capacitación constante a personal nuevo y permanente.

**Enfermera y Matrona Jefe Servicio de Urgencia y Urgencia Gine-obstétrica:** Es responsable de:

- Conocer el presente documento y velar por su cumplimiento en el servicio de Urgencia.
- Supervisar de manera complementaria grado de conocimiento de los profesionales y médicos del servicio.

## 5. REFERENCIAS

- Guías Prácticas Clínicas medicina transfusional indicación de Transfusión, Aprobadas por Sociedad Chilena de Hematología, SOCHHEM 2017.
- Protocolo de solicitud e indicación médica de la transfusión. HHAH Edición, Cuarta, febrero 2017.
- Protocolo Indicación Médica de Transfusión Hospital Villarrica. Edición, Primera, marzo 2017.
- Orientaciones y Regulaciones para Centros de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional. MINSAL, 2006.
- Guía Técnica: Orientaciones sobre las Unidades de Medicina Transfusional. Resolución Exenta N° 1026 del 30 de octubre de 2013. Ministerio de Salud. Chile.

## 6. DEFINICIONES

**Concentrado de glóbulos rojos (GR):** Se obtiene por centrifugación de la sangre total y retiro de alrededor de 200 ml de plasma. Presenta un volumen de unos 300 ml aprox. y un hematocrito de 55-75%.

**Componente sanguíneo:** Producto terapéutico preparado a partir de sangre donada en Banco de Sangre, utilizando metodologías establecidas. Por ejemplo, Glóbulos Rojos.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 6 de 14

**Criterio:** Son referentes para el desarrollo, aplicación, uso y valoración de algo.

**FC:** Ficha Clínica.

**GR:** Glóbulos Rojos.

**GRF:** Glóbulo rojo filtrado.

**HCSFP:** Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

**HV:** Hospital Villarrica.

**HHHA:** Hospital Hernán Henríquez Aravena.

**Hto:** Hematocrito.

**Hb:** Hemoglobina.

**Hemocomponentes:** Productos sanguíneos que derivan de la sangre total mediante un proceso de centrifugado como el Concentrado de Glóbulos rojos (GR), concentrado de Plaquetas (PL), Plasma fresco congelado (PFC).

**Plaquetas (PL):** Concentrado de Plaquetas obtenido de 1 unidad de sangre total, tiene un volumen de 50-60 ml. Duran 5 días conservadas a 22 °C en agitación constante.

**RE:** Resolución exenta.

**RN:** Recién nacido.

**CID:** coagulación intravascular diseminada.

**Tejido alogénico:** células madre formadoras de sangre (células a partir de las cuales se forman todas las células sanguíneas) que provienen de un donante genéticamente similar, pero no idéntico.

**Terapia transfusional:** Proceso de restitución de componentes sanguíneos por productos similares de origen humano obtenidos mediante procedimientos apropiados realizados en el Banco de Sangre, buscando restablecer la función del elemento deficitario, pero no necesariamente corregir su alteración cuantitativa.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p><b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b></p>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 7 de 14

## 7. DESARROLLO

-El HCSFP se basará en criterios de indicación de transfusión por: cuadro clínico, resultado de exámenes de laboratorio o ambos.

-Una vez revisados y que el paciente cumpla con uno de estos criterios, de cumplirse, el paciente deberá ser el trasladado a otro centro asistencial de la red de derivación o según el sistema de Salud correspondiente para recibir la prestación.

-Pese a la derivación, es el Centro receptor quién finalmente tome la decisión de transfundir o no al paciente.

-Dado que, en la actualidad la sangre es un tejido altamente cotizado y escaso, se presentan con mucha frecuencia situaciones en la cuales no hay disponibilidad inmediata de este tejido en los centros de derivación, por lo tanto, si las condiciones del paciente lo permiten, la prestación es diferida y el paciente es hospitalizado, siendo derivado previas gestiones en horas posteriores.

- Una gran cantidad de indicaciones de transfusión a pacientes en el HCSFP si bien son generadas en el servicio de urgencia, son indicadas también por los médicos tratantes en los servicios de hospitalización. En estos casos como la condición de los pacientes es más estable, la transfusión propiamente tal no es de carácter urgente y permite realizar las gestiones necesarias para el traslado.

### 7.1 CRITERIOS DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

#### 7.1.1 EN ADULTO $\geq$ 15 AÑOS O $\geq$ 50 KILOGRAMOS DE PESO CORPORAL

- **Concentrado de Glóbulos Rojos:**

- Si los valores de Hemoglobina son  $< 7$  g/dl o Hematocrito  $< 21\%$  en pacientes no quirúrgicos.
- Si la pérdida de sangre es  $> 20\%$  de la volemia, con Hb  $< 8$  g/dl y Hto  $< 24\%$ .
- Pacientes con enfermedad coronaria o cerebrovascular agudo con, Hto  $< 24\%$ , Hb  $< 8$  gr/dl

- **Plaquetas:**

- En caso de sangrado activo y recuento  $< 50.000/\mu$
- Hemorragia severa con recuento  $< 50.000/\mu$

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 8 de 14

- En politraumatizados y pacientes con compromiso del sistema nervioso central si recuento es <math><100.000/\mu\text{l}</math>
- Paciente estable con <math><10.000/\mu\text{l}</math>.

- **Plasma Fresco Congelado**

- Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT).
- Indicaciones en que su uso está condicionado a la existencia de una hemorragia grave y alteraciones de las pruebas de coagulación.
- Transfusión masiva. Situaciones clínicas con deficiencia de vitamina K que no permitan esperar la respuesta a la administración de vitamina K, o la falta de respuesta.
- Reversión urgente del efecto de anticoagulantes orales: Sólo está indicado en hemorragia grave o ante cirugía de emergencia o procedimiento invasivo, si no se dispone de concentrado de complejo de protrombina, o contraindicación de éste.
- Hemorragia secundaria a tratamiento trombolítico.
- CID aguda.
- Pacientes con insuficiencia hepática grave y hemorragia microvascular difusa o localizada con riesgo vital.

- **Crioprecipitados**

- Pacientes con Hemofilia A, en ausencia de concentrados liofilizados de factor VIII.
- Pacientes con disfibrinogenemias.
- Pacientes con enfermedad de von Willebrand.
- Hipofibrinogenemia.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 9 de 14

### 7.1.2 EN LACTANTE MENOR DE 4 MESES

- **Concentrado de glóbulos rojos:**
  - Pérdida sanguínea aguda con signos persistentes de hipoxia tras la corrección de la hipovolemia con cristaloides o coloides.
  - Preoperatorio con Hb <8 g/dl en cirugía urgente.
  - Postoperatorio con Hb <8 g/dl y clínica de anemia.
  - Hb <12 g/dl y enfermedad cardiopulmonar grave que precisa ventilación mecánica y/u oxígeno suplementario con FiO<sub>2</sub> ≥0,4.
  - Hb <10 g/dl y enfermedad cardiopulmonar moderada que precisa oxígeno suplementario con FiO<sub>2</sub> <0,4.

### 7.1.3 EN LACTANTE MAYOR DE 4 MESES

- Indicaciones iguales a la del adulto.

### EN OTROS PACIENTES PEDIÁTRICOS

- Recuento plaquetario < 10-20 x10<sup>9</sup>/L (de origen central): transfundir de forma profiláctica.
- Recuento plaquetario < 50 x10<sup>9</sup>/L (de origen central) con sangrado activo o previo a procedimiento invasivo.
- Recuento plaquetario < 100 x10<sup>9</sup>/L con sangrado activo o previo a procedimiento invasivo en un paciente con CID u otra coagulopatía.
- Sangrado activo por trombocitopatía diagnosticada.

### 7.1.4 EN RECIÉN NACIDOS

- **Concentrado de Glóbulos rojos:**
  - Los RN serán derivados al HHA cuando presenten:
  - Hb < 13 gr/dL.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 10 de 14

- Hb < 10 gr/dL en las primeras 24 hrs de vida.
- Perdida aguda de sangre > 10% volemia.
- Manifestaciones de anemia (requerimiento de Oxígeno, taquicardia, taquipnea, apnea recurrente, dificultad para alimentarse y pobre incremento de peso) y Hematocrito bajo el valor normal para la edad.
- Hb entre 8 y 13 gr/dL en paciente con insuficiencia respiratoria, cardiopatía o insuficiencia cardíaca.

- **Plaquetas:**

- En RN Pretermino que no están en condición de postparto (\*):
- Mantener el recuento plaquetario >  $30 \times 10^9/L$  en paciente estable.
- Mantener el recuento plaquetario >  $50 \times 10^9/L$  en pacientes con factores de riesgo.
- Mantener el recuento plaquetario >  $50 \times 10^9/L$  en pacientes con sangrado activo.
- (\*) Todos los RN pre términos que nacen en el Hospital, son derivados a un centro de mayor complejidad post parto.

- **Plasma fresco congelado:**

- Púrpura Fulminante del Recién Nacido
- Necesidad de exanguíneo transfusión

## 7.2 OTRAS SITUACIONES

### 7.2 1 EN PABELLÓN O RECUPERACIÓN

- Se solicitará examen de Hematocrito y Hemoglobina de urgencia intra operatoria o en recuperación según indicación médica cuando se presente pérdida de volemia aproximado de un  $\geq 20\%$ .
- Se indicará transfusión con:
  - Hb < 7 gr/dL y Hto < 21%
  - Pérdida sanguínea asociada a compromiso hemodinámico, que no responde al tratamiento con volumen y drogas vasoactivas.

	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 11 de 14

### 7.2.2. EN UNIDADES DE APOYO

De presentarse situaciones en unidades de apoyo como Endoscopia u otras que se habiliten tras autorizaciones y/o prestaciones nuevas, aplicaran los criterios definidos en este documento.

-En caso de que algún paciente presente valores o criterios límites, el médico del HCSFP podrá comunicarse con el centro de referencia para recibir orientaciones y/o llegar a acuerdos, siempre consignando las decisiones en la FC u hoja de DAU.

### 7.2.3 CRITERIOS DE INDICACIÓN EN UNIDAD DE DIALISIS

-Paciente que se someten a procedimientos de hemodiálisis frecuentemente consultan en servicios de urgencia descompensados y son candidatos a indicación de trasfusión.

En ellos los criterios de indicación son:

- Anemia aguda con pérdida del 20% de la volemia luego de haberla normalizado: se transfundirán 2 UGR
- Anemia sintomática con Hb <7 gr/dL y Hcto <21%: se transfundirán 2 UGR.
- Anemia con criterio crítico de acuerdo con signos y síntomas con Hb 7-10 g/dl o Hcto entre 21-30%: se transfundirán 2 UGR.

- La transfusión de glóbulos rojos en paciente con terapia de reemplazo renal solo debe usarse en pacientes con anemia severa que presenten síntomas asociado a hipoxia tisular, sin tomar en consideración valores de cortes de exámenes de laboratorio usados para la población normal.

### 7.3 NUMERO DE UNIDADES A TRANSFUNDIR

Dosis para los concentrados de glóbulos rojos: la dosis de transfusión de glóbulos rojos es de 1 unidad en un paciente adulto estable, eleva hematocrito 3 a 4%. Sólo en situaciones clínicas especiales tales como: paciente inestable hemodinámicamente y sangrado activo, la indicación, puede ser mayor a 1 unidad de GR.

En pacientes pediátricos 10 cc/Kg eleva el hematocrito entre 6 y 10% y la hemoglobina entre 2 y 3/dl medido a las 24 horas.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p><b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b></p>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027 Página 12 de 14

**Dosis para plaquetas:** la dosis terapéutica recomendada para un paciente adulto es de 1 concentrado al azar por cada 10 Kg. de peso. En pacientes pediátricos 1 unidad de concentrado plaquetario /10 Kg de peso, eleva el recuento en 50.000/ul como en adultos; o 5 a 10 ml/kg peso en menores de 10 kg.

**Dosis para Plasma fresco congelado:** la dosis en adulto y pediatría a usar es 10-15 ml/Kg. Lo que aumentará en 20% los factores de coagulación. Cuando se use para corregir la deficiencia aislada de un factor de coagulación, la dosis dependerá de la vida media de ese factor específico, de la concentración pre transfusional del factor del nivel post transfusional que se desea corregir y del tiempo que se pretende mantener los niveles establecidos.

**Dosis para Crioprecipitado:** la dosis corresponde a 1 unidad por cada 10 Kg. De peso, administrando cada 8 horas. En pacientes pediátricos 1 unidad crioprecipitado (una bolsa) contiene entre 80 y 100 U.I. de factor VIII. No es posible determinar cuánto mejora sin laboratorio especializado.

La decisión e indicación final respecto al número de unidades a trasfudir será realizada por los profesionales médicos de los centros de Salud que reciban a un paciente derivado. Lo mismo aplicará para pacientes pediátricos y los RN.

Toda indicación de transfusión, que implique disponibilidad de componentes en el centro receptor y el paciente deba ser trasladado de manera urgente, deberá ser estabilizado, compensado y derivado según procedimiento de traslado seguro (protocolo APT 1.2 vigente).

## 8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección y Dirección Médica
- Servicios de Urgencia
- Servicio de Maternidad
- Servicios Clínicos de Hospitalización

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN</b>	Código: GCL1.7
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Julio 2022
		Vigencia: julio 2027
		Página 13 de 14

- Servicio de Pabellón
- Servicio de Laboratorio
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

## 9. REGISTRO

- Ficha clínica única e individual
- DAU (Datos de atención de urgencia)
- Libros de FAP de servicios clínicos

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto
1	12/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se agrega índice dinámico.</li> <li>- Se mejora introducción y los eventuales escenarios clínicos en los cuales puede originarse la indicación de trasfusión.</li> <li>- Se dividen objetivos en general y específicos</li> <li>- Se agrega definición FAP, mejora redacción y orden del documento.</li> <li>- Se agregan anexos: formulario de interconsulta, libro de FAP y tablas de grado de urgencia de las transfusiones.</li> <li>- Cambia N° de páginas de 11 a 13.</li> </ul>	Primera
2	04/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambia figura de elaboradores del documento, revisores y Sub Director Médico.</li> <li>- Cambia objetivo General</li> <li>- Se revisan referencias y simplifican los criterios</li> <li>- En punto 7 se complementa con escenarios locales.</li> <li>- En punto 7.1 se desarrollan los criterios de indicación según tipo de pacientes y en 7.2 se agregan otras situaciones (endoscopia y diálisis).</li> <li>- Se saca tabla de grados de urgencia de transfusiones y anexo libro de FAP.</li> <li>- Cambia N° de páginas de 13 a 14</li> </ul>	Segunda

**11. ANEXOS**

**11. 1 ANEXO 1: FORMULARIO DE DERIVACIÓN / LIBRO FAP**

**SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN**

FECHA SOLICITUD: Día Mes Año HORA: Folio N°

1. Servicio de Salud 2. Establecimiento 3. Especialidad 4. Unidad

5. Nombre 6. Historia Clínica

7. RUT: Apellido paterno Apellido materno Nombres

8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario

9. Sexo (marcar con X) Masculino Femenino 10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año 11. Edad Años Meses Días Horas

12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

13. Comuna de residencia 14. Teléfono 1 15. Teléfono 2 16. Correo Electrónico

17. Se deriva para atención en: Establecimiento 18. Especialidad

19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Seguimiento Realizar Tratamiento Otro Especificar

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico (señale con letra legible y sin siglas)

21. Sospecha problema de salud AUGE? Especificar Problema NO SI

22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)

23. Fundamentos del diagnóstico

24. Exámenes realizados

25. Nombre Apellido paterno Apellido materno Nombres

26. RUT: Firma profesional Original: Establecimiento que recibe la referencia

25/7/22, 8:57

FORMULARIO DERIVACION DE URGENCIA

**FORMULARIO DERIVACION DE URGENCIA**

ESTABLECIMIENTO ORIGIN: PUCON HOSP. NUMERO DE ATENCION: 12297870

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**  
 Tipo Paciente: NORMAL (CON RUT)  
 RUT: [REDACTED]  
 Nombres: [REDACTED]  
 Apellido Paterno: QUINTEROS  
 Apellido Materno: MUÑOZ  
 Fecha de Nacimiento: 07/11/1996  
 Edad: 25 años 8 meses 17 días  
 Comuna de Origen: PUCON  
 Dirección Particular: CALLE PASAJE LOS NEVADOS 1755  
 Urbano/Rural:  
 Sexo (Género): HOMBRE (MASCULINO)  
 Previsión: FONASA - B  
 PRAIS: NO

**DATOS DE ADMISIÓN**  
 Nº Atención: 12297870  
 Fecha Admisión: 24/07/2022 05:48  
 Tipo de Consulta: ADULTO  
 Tipo de Medio de Llegada: PRIVADOS MEDICOS  
 Origen de la Procedencia: DOMICILIO  
 Motivo de Consulta: CORTE EN LA BOCA Y PECHO POR RIÑA  
 Resultado aplicación protocolo selector de demanda: C1

**Diagnóstico**  
 • S024 : FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR  
 • 0000 : HERIDA POR ARMA BLANCA

**Destino Inmediato del Paciente**  
 Destino Especifico  
 COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

**Categorización Cierre Atención**  
 C1

**Procedimiento e Indicaciones**  
 SALA REANIMACION SALA CAMILLA CEFAZOLINA 2G EV + 100CC SF 0.9% GENTAMICINA 160MG EV + 100CC SF 0.9% DT ESQ COMPLETO - PRIMERA DOSIS FENTANILIO 50MG EV BULO MIDAZOLAM 5MG EV BULO MIDAZOLAM 5MG EV BULO SUTURA COMPLEJA EN 3 PLANOS REGION CERVICAL-TORACICA SUTURA COMPLEJA EN 2 PLANOS TORACICA-ABDOMINAL-DORSAL CATGUT 3.0 X 3 DAFILON 3.0 X 4 DAFILON 5.0 X 2 KETOPROFENO 200MG EV + BETAMETASONA 8MG EV + 500CC SF 0.9% VVP #18 ESD X2 / #20 ESI S FOLEY #18 DIURESIS 400CC EXS DE LAB \*\*RX FUNCIONANDO DESDE 9AM. SOLICITO RX. CURACION AVANZADA FAP 22 (10H31)

**Motivo de Derivación**  
 CASO CONVERSADO TELEFONICAMENTE CON CAPLC DRA VALENZUELA. FRACTURA MAXILAR SUPERIOR

**Nombre y Firma del Funcionario que deriva (DAU Nº 12297870)**  
 DAVID ESTEBAN GONZALEZ OLIVA

Formulario de interconsulta de registro Manual

Formulario de interconsulta de la plataforma  
[www.ssasur.cl/](http://www.ssasur.cl/) Atención de urgencia