



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**HOSPITAL GENERAL  
DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ**

**gea**  
hospital

**DIRECCIÓN MEDICA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DELSERVICIO DE MEDICINA  
TRANSFUSIONAL**

**AUTORIZADO POR LA H. JUNTA DE GOBIERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA  
GONZALEZ CON EL ACUERDO O-01/2024-14; EN  
LA PRIMERA SESIÓN ORDINARIA 2024,  
CELEBRADA EL 22 DE ABRIL DE 2024.**





<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE DEL DISEÑO O ELABORACIÓN</b>		FOLIO: 002
Servicio de Medicina Transfusional		
<b>ADSCRIPCIÓN</b>	<b>SUJETO OBLIGADO</b>	
Subdirección de Servicios Ambulatorios	Dra. Marisa Angélica Martínez Rodríguez	
		FECHA: 01/02/2024

<b>TIPO DE MOVIMIENTO DEL DOCUMENTO</b>	<b>CÓDIGO DE LA PROPUESTA:</b> HGMGG-SMT-MP-10
<input checked="" type="checkbox"/> CREAR ( X ) <input type="checkbox"/> MODIFICAR ( ) <input type="checkbox"/> ELIMINAR ( )	

<b>NOMBRE DE LA PROPUESTA:</b>	
Manual de Procedimientos del Servicio de Medicina Transfusional	
<b>OBJETIVO:</b> <i>(Eliminación del trámite, eliminación de requisitos, reducción del tiempo de respuesta, reducción del costo)</i>	
Creación del Manual de Procedimientos	
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA PROPUESTA REGULATORIA</b>	
<i>Nombre del ordenamiento o disposición</i>	<i>Artículo, numeral o fracción aplicable</i>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Artículo 90
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	Artículo 3, Fracción I, Artículo 19 y 45
Ley Federal de las Entidades Paraestatales	Artículo 59
Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González	Artículo 32 Fracción XIV y Artículo 34, Fracción XII

<b>MOTIVO DE LA PROPUESTA REGULATORIA</b>
<i>1.- Razones que jurídica o administrativamente hacen necesaria la expedición de la normativa:</i>
Cumplir con la regulación para garantizar la seguridad y la calidad de los productos sanguíneos, garantizando la seguridad de las personas beneficiarias al establecer prácticas estandarizadas, mejorar la eficiencia operativa al proporcionar pautas detalladas y facilitar la capacitación del personal, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
<i>2.- Razones que operativamente hacen necesaria la emisión del documento normativo:</i>
Contar con un instrumento de soporte y de consulta para las personas servidoras públicas adscritas al Servicio de Medicina Transfusional. Asimismo, con la implementación de este manual se busca delimitar y estandarizar las actividades que desempeña el Servicio de Medicina Transfusional, utilizando de manera sistemática las herramientas que se generen al interior, sirviendo como apoyo en la mejora continua de los procesos del Hospital.

<b>MODIFICACIÓN:</b>
No aplica

<b>CREACIÓN:</b> <i>(Nombre de la propuesta)</i>
Manual de Procedimientos del Servicio de Medicina Transfusional

EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD REGULATORIA <i>(La propuesta debe cumplir con, al menos, seis de estos criterios)</i>	CUMPLE (SI O NO)
Eficacia	SI
Eficiencia	SI
Consistencia	SI
Claridad	SI
Coherencia	SI
Justificación empírica	SI
Transferencia del conocimiento	SI
Rendición de cuentas	NO
Delimitación de responsabilidades	SI
Generación de valor para los procesos	SI

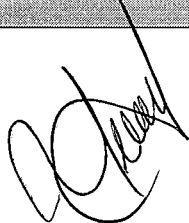
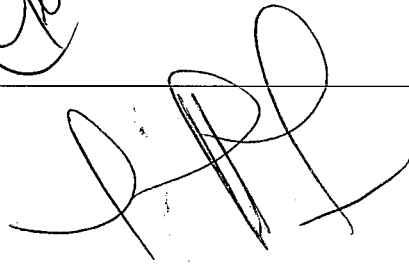
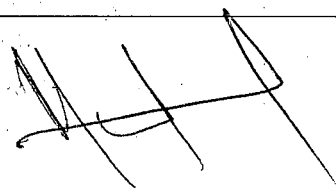
<b>ELABORA (SOLICITANTE)</b>	<b>AUTORIZA ( JEFE/SUBDIRECTOR/DIRECTOR)</b>
Dra. Marisa Angélica Martínez Rodríguez Jefa del Servicio de Medicina Transfusional	Dra. María Fernanda Hoyos Ávila Subdirectora de Servicios Ambulatorios
NOMBRE Y PUESTO	NOMBRE Y PUESTO

<b>AUTORIZA (TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL ÁREA)</b>	<b>AUTORIZA (TITULAR DE LA DIRECCIÓN)</b>
Dr. Mario Eduardo Trejo Ávila Director Médico	Dr. Simón Kawa Karasik Director General
NOMBRE Y PUESTO	NOMBRE Y PUESTO



*Handwritten initials and marks at the bottom right of the page.*

2

**Identificación de Firmas de Validación del Manual de Procedimientos del  
Servicio de Medicina Transfusional**

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
Dra. Marisa Angélica Martínez Rodríguez Jefa del Servicio de Medicina Transfusional Área generadora del documento.	
Dra. María Fernanda Hoyos Ávila Subdirectora de Servicios Ambulatorios Área responsable de la revisión del contenido del documento.	
Dr. Mario Eduardo Trejo Ávila Director Médico Área responsable de la autorización del contenido del documento.	
Elaborado con base en la Estructura Funcional del Hospital General Doctor Manuel Gea González vigente al 1 de febrero de 2024. Este documento se integra de 350 fojas útiles.	



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS          MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          DEL SERVICIO DE MEDICINA          TRANSFUSIONAL</b>		Código: HGMGG-SMT-MP- 10
---	---	---	--------------------------------

**HOJA DE CONTROL DE EMISIÓN Y REVISIÓN**

No. Rev.	Apartado Afectado	Pág. Afectadas	Naturaleza del Cambio	Motivo del Cambio	Fecha de Creación
No aplica	Creación	No aplica	No aplica	Creación	1 de febrero del 2024



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL.....	4
II.  MARCO JURÍDICO.....	5
1. PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA Y ALTRUISTA DE SANGRE.....	9
2. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONA DONANTE DE SANGRE.....	20
3. PROCEDIMIENTO PARA EL FRACCIONAMIENTO, ALMACENAMIENTO, ETIQUETADO Y CONSERVACIÓN DE LA SANGRE Y HEMOCOMPONENTES.....	45
4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD URGENTE DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL.....	62
5. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL USO ADECUADO DE LAS UNIDADES AUTÓLOGAS.....	80
6. PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE TOTAL Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA DONACIÓN.....	104
7. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PRE-TRANSFUSIONALES.....	136
8. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN RELATIVO A LOS CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UNIDADES DE ACUERDO AL PERFIL INMUNOHEMATOLÓGICO Y LA PATOLOGÍA DE LA PERSONA RECEPTORA.....	185
9. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD.....	197
10. PROCEDIMIENTO PARA CELEBRAR Y/O RENOVAR CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES.....	211
11. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y ESTUDIO DEL EVENTO ADVERSO A LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES.....	230
12. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS DONANTES REACTIVAS A SEROLOGÍA INFECCIOSA.....	263
13. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEROLOGÍA INFECCIOSA.....	287

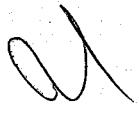
A

B



R

14. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES DEL  
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN..... 312

15. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE CONTROL DE  
CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES..... 328





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>	 Hoja: 3 de 350
---	---	---

## INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al Artículo 16 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se actualiza el presente Manual de Procedimientos del Servicio de Medicina Transfusional, ya que es de suma importancia contar con herramientas administrativas vigentes que permitan desarrollar eficientemente las actividades asignadas.

Este documento integra los procedimientos para el ejercicio de las funciones específicas asignadas a todo el Personal del Servicio de Medicina Transfusional y contiene: Portada, Índice, Objetivo del Manual, Marco Jurídico, Procedimientos, con su respectiva Denominación, Alcance a nivel interno y externo, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario de Términos, Cambios de Versión, y Anexos. Asimismo, tiene como propósito, ser una guía clara y específica que permita la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades encomendadas.

En esta actualización participó el Personal del Servicio de Medicina Transfusional y una vez validado, el manual se difundirá en los medios oficiales que garanticen el acceso a la información al Personal adscrito, se publicará en el Sistema de Administración de Normas Internas (SANI) que opera la Secretaría de la Función Pública y se mantendrá un ejemplar impreso en la Jefatura del Servicio de Medicina Transfusional para su pronta consulta.

No se omite señalar que el manual se actualizará conforme a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, y de acuerdo con las políticas internas definidas por el Hospital o cuando existan modificaciones en los procesos y/o controles y registros, propiciando su simplificación y mejora.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS  
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL  
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**gea**  
hospital

Hoja: 4 de 350

**I.- OBJETIVO DEL MANUAL.**

Ser un instrumento de soporte y de consulta para las personas servidoras públicas adscritas al Servicio de Medicina Transfusional, así como a las personas interesadas en conocer el funcionamiento del mismo, ya que contiene en forma ordenada, secuencial y detallada las actividades de cada uno de sus procedimientos; así mismo con la implementación de este manual se busca delimitar y estandarizar las actividades que desempeña el Servicio de Medicina Transfusional, utilizando de manera sistemática las herramientas que se generen al interior, sirviendo como apoyo en la mejora continua de los procesos del Hospital.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center"><b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b></p> <p align="center"><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b></p>	 <p>gea hospital</p> <p>Hoja: 5 de 350</p>
---	--	---

## II. MARCO JURÍDICO.

### CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley General de Salud.

Ley General de Archivos.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

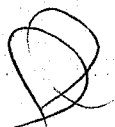
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

4



### CÓDIGOS

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.

### ACUERDOS

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética, y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

### OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES

Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024.

Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024

Programa de Acción Específico Acceso Universal a la Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros 2020-2024.

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.



Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b></p> <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b></p>	 <p>Hoja: 7 de 350</p>
---	--	---

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales.

NOM-034-SSA3-2013, Regulación De Los Servicios De Salud. Atención Médica Pre Hospitalaria.

**NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.**

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Organización Específico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

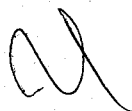
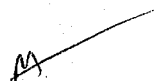
Políticas de Transferencia de Tecnología del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

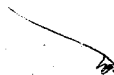
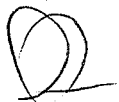
Reglamento de la Comisión Mixta de Escalafón para los Trabajadores de Base del Hospital General Doctor Manuel Gea González.



Políticas, Bases y Lineamientos Generales para la recepción, aceptación y registro y control de las donaciones en especie que reciba el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

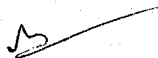

Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales en el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.


Normas, criterios, políticas y bases para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenar espacios físicos no hospitalarios en el Hospital General Doctor Manuel Gea González.



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 9 de 350

**1. PROCEDIMIENTO PARA EL FOMENTO DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA Y  
ALTRUISTA DE SANGRE**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 10 de 350

## 1. PROPÓSITO

Promover la participación activa de la comunidad en el Hospital General Doctor Manuel Gea González para lograr un incremento sostenible en la donación voluntaria y altruista de sangre.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional, encargado de coordinar y ejecutar las actividades relacionadas con la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre. Así como responsable de recibir, almacenar y distribuir la sangre donada, asegurando su disponibilidad para las personas beneficiarias que lo requieran. El Departamento de Relaciones Públicas, encargado de diseñar y ejecutar estrategias de difusión para promover la donación de sangre entre los empleados y la comunidad del Hospital.
- 2.2. A nivel externo a la Comunidad en General: Todas las personas dentro de la comunidad del Hospital General Doctor Manuel Gea González y de su entorno, incluyendo personas beneficiarias, visitantes y personas residentes, están involucradas en el alcance del procedimiento al ser susceptibles de ser personas donantes voluntarias y altruistas de sangre.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia,

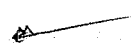







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 11 de 350

documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).
- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de desarrollar, coordinar y llevar a cabo las actividades relacionadas con la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre. Esto


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 12 de 350

incluye la organización de campañas de concientización, eventos de donación y charlas informativas.

- 3.11. La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, a través del Departamento de Relaciones Públicas, así como el Servicio de Medicina Transfusional son responsables de diseñar y ejecutar estrategias de difusión efectivas. Estas estrategias deben estar orientadas a sensibilizar y educar tanto al personal del Hospital como a la comunidad en general acerca de la importancia de la donación voluntaria y altruista de sangre. Se utilizarán diversos canales de comunicación, como medios impresos, digitales y eventos presenciales, para maximizar el impacto.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de fomentar la conversión de personas donantes familiares y/o reposición a personas donantes altruistas.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional llevará a cabo evaluaciones periódicas de las actividades de promoción, recolectando datos sobre la participación de la comunidad y la eficacia de las estrategias implementadas. Los resultados serán analizados para identificar áreas de mejora y oportunidades de crecimiento en la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar el indicador mensual de porcentaje de personas voluntarias, respecto al indicador de reposición y notificar al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional desarrollará todas las actividades de promoción y donación de sangre en cumplimiento con las regulaciones y normativas vigentes en materia de salud y seguridad para garantizar la legalidad y calidad de los procesos involucrados en la donación de sangre.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de desarrollar el material informativo de campañas de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud alineado al propósito e imagen de cada año.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación          voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 13 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Area Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Realiza una prospección vía telefónica en las áreas médicas y administrativas para identificar posibles oportunidades para campañas de donación altruista de sangre.	
	2	Realiza propuesta de Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre con las áreas que acordaron recibir la información de la campaña.	Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre
	3	Envía propuesta de Programa Anual a la Subdirección de Servicios Ambulatorios.	Oficio
Subdirección de Servicios Ambulatorios	4	Recibe propuesta de Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre.	Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre
	5	¿Aprueba la propuesta? No: Notifica observaciones de la propuesta. <b>Regresa a la actividad 2.</b>	Oficio
	6	Sí: Notifica la aprobación de la propuesta mediante oficio al Servicio de Medicina Transfusional.	Oficio
Servicio de Medicina Transfusional	7	Recibe la aprobación del Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre.	Oficio
	8	Define al equipo involucrado en la campaña, y en caso necesario solicita apoyo al Departamento de Relaciones Públicas.	
	9	Determina reactivos e insumos que se utilizarán en la campaña.	
	10	Prepara el material informativo de la campaña para sensibilizar y motivar al personal del Hospital y a la población usuaria a donar sangre altruistamente.	
	11	Contacta mediante oficio a las áreas del Hospital que acordaron recibir la información de la campaña para ratificar fecha, horario, sitio, apoyo requerido, nombre y propósito de la campaña.	Oficio
Dirección, Subdirección,	12	Recibe oficio.	Oficio

*al*

*+*

*R*

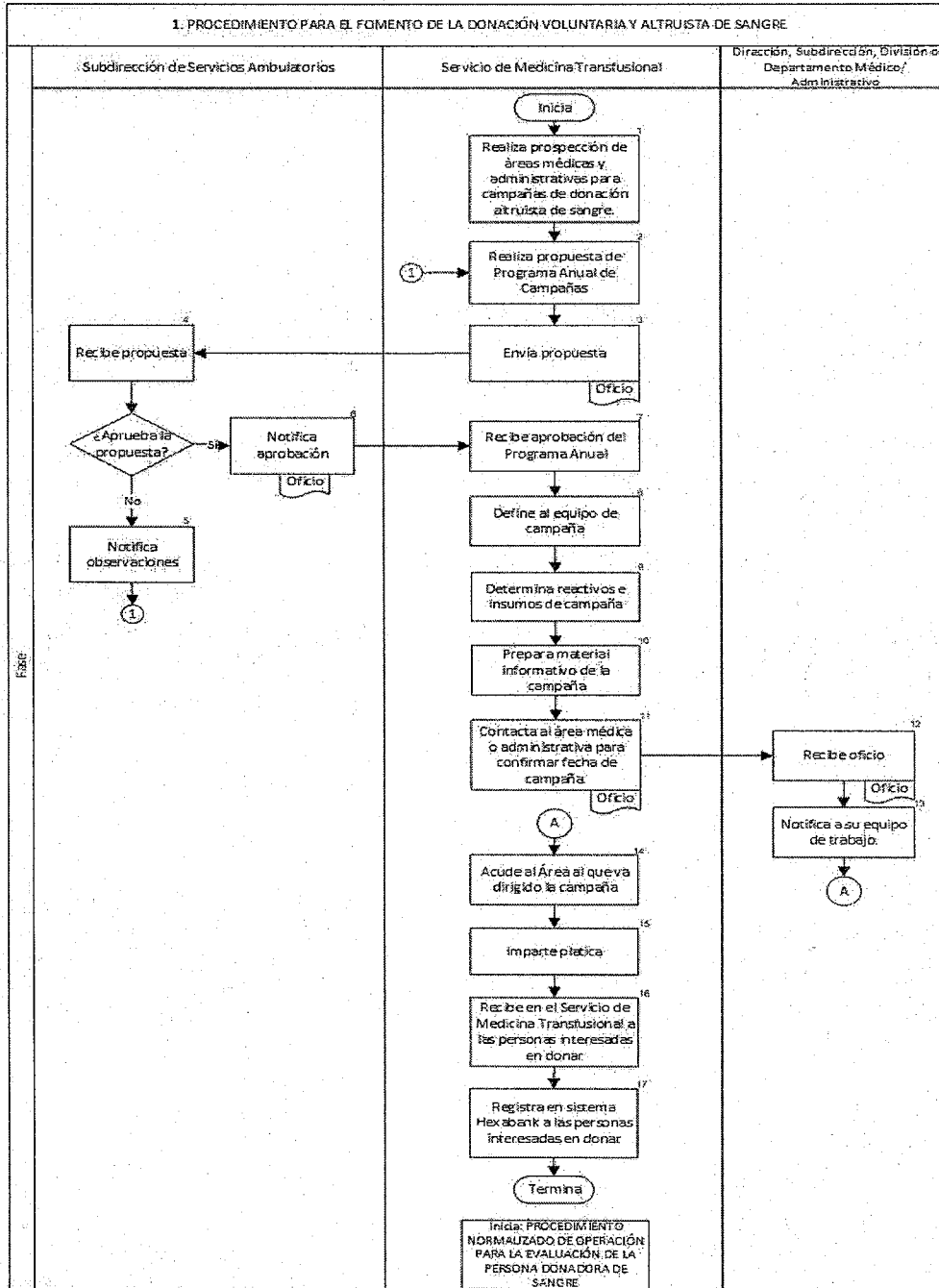
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 14 de 350

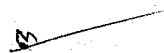
División o Departamento Médico / Administrativo	13	Notifica a su equipo de trabajo.	
Servicio de Medicina Transfusional	14	Acude al área médica o administrativa al que va dirigido la campaña.	
	15	Imparte plática educativa y motivacional sobre los beneficios y proceso de donación de sangre, así como el lugar, fecha y hora de la recepción de personas interesadas en ser donantes altruistas en el Servicio de Medicina Transfusional.	
	16	Recibe en el Servicio de Medicina Transfusional a las personas interesadas en donar de manera altruista.	
	17	Registra en sistema electrónico a las personas interesadas en donar de manera altruista.	
		<b>Termina el Procedimiento</b>	
		Inicia: PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONA DONADORA DE SANGRE.	







**5. DIAGRAMA DE FLUJO**






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 16 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.5 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre	1 año	Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Registro de personas donantes altruistas	10 años	Medicina Transfusional	No aplica





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>	Hoja: 17 de 350


## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Altruista:** Acción de donar sangre de manera desinteresada y voluntaria para ayudar a otras personas.
- 8.2 **Campañas:** Estrategias y acciones planificadas para promover la donación voluntaria y altruista de sangre entre el personal del hospital y la comunidad usuaria.
- 8.3 **Comunidad en General:** Todas las personas involucradas en el alcance del procedimiento, incluyendo personas beneficiarias, personas visitantes y personas residentes del Hospital General Doctor Manuel Gea González y su entorno.
- 8.4 **Indicador de Donación Altruista:** Medida numérica que refleja el porcentaje de donantes voluntarios y altruistas respecto a otros indicadores.
- 8.5 **Persona Donadora voluntaria o altruista:** Persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos de la persona beneficiaria.
- 8.6 **Población Usuaría:** Conjunto de personas que utilizan los servicios y recursos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.
- 8.7 **Programa Anual:** Plan detallado que establece las estrategias y acciones a lo largo de un año para promover la donación altruista de sangre.
- 8.8 **Reactivos e Insumos:** Sustancias y elementos necesarios para llevar a cabo las actividades de promoción y donación de sangre.

al

→

R

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación          voluntaria y altruista de sangre.</b>	

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre

2



4

→



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>1. Procedimiento para el fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre.</b>



## 10.1 PROGRAMA ANUAL DE CAMPAÑAS DE DONACIÓN ALTRUISTA DE SANGRE

	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>					
	<b>Programa Anual de Campañas de Donación Altruista de Sangre 2023</b>					
No.	Campaña	Area Médica / Administrativa	Fecha	Hora	Ubicación	Apoyo requerido
1	Día Mundial de Donador Altruista	Dirigido a toda la comunidad hospitalaria, personas beneficiarias y visitantes	14-jun-23	07:00 a. m.	Servicio de Medicina Transfusional	Departamento de Relaciones Públicas
2	Fomento para la Donación Altruista de Sangre	Departamento de Organización y Métodos	25-sep-23	07:00 a. m.	Servicio de Medicina Transfusional	Espacio para impartir la información de la campaña.
3	Unida Latinoamérica Dona Sangre	Dirigido a toda la comunidad hospitalaria, personas beneficiarias y visitantes	14-dic-23	07:00 a. m.	Servicio de Medicina Transfusional	Departamento de Relaciones Públicas

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>

**2. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONA  
DONANTE DE SANGRE**

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 21 de 350

## 1. PROPÓSITO

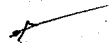
Realizar la valoración médica de las personas candidatas a donantes de sangre recibidos en el Servicio de Medicina Transfusional, usando los criterios clínicos y requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, que nos permita identificar y seleccionar a las personas donantes de sangre que representan el menor riesgo de transmisión de agentes transmisibles por transfusión, de acuerdo a sus prácticas y estado de salud.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional responsable de llevar a cabo la revisión y captura de los datos de las personas candidatas a donantes en el sistema informático de administración de Medicina Transfusional. Además de ser responsable de verificar y preparar accesos venosos para la donación, realizar la toma de muestras sanguíneas, ejecutar pruebas de biometría hemática y tipificación sanguínea de la persona candidata a donar, realizar somatometría y tomar signos vitales a la persona candidata a donar y llevar a cabo el interrogatorio y la exploración física para identificar factores de riesgo y determinar la aceptación o no de la persona candidata a donar.
- 2.2. A nivel externo aplica a toda persona candidata a donante de sangre y sus derivados.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 22 de 350

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
- 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
- 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
  - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica.

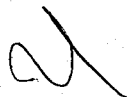
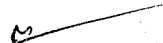
*D*



*S*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 23 de 350

*(Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).*



- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de recibir a la persona candidata a donante en horario de lunes a viernes a las 7:00 am a 12:00 pm.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de proporcionar información al Personal Médico, personas beneficiarias y familiares, acerca de los distintos procedimientos.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la identidad y datos de las personas candidatas a donantes sanguíneos por medio de una identificación oficial, la persona donante debe ser mayor de edad acorde con los requisitos obligatorios por la NOM-253-SSA1-2012, apartado número 6.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de toma de signos vitales, somatometría y elaborar la historia clínica a las personas candidatas a donantes sanguíneos.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que en caso que la persona donante no porte identificación y su donación sea muy necesaria, de acuerdo a la NOM 253 SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, su identidad podrá ser reconocida por la persona beneficiaria, sus familiares o el personal médico tratante. En tales casos la persona Titular del Servicio de Medicina Transfusional o el personal médico a cargo de la donación lo autorizará por escrito en la historia clínica de la persona donante que al efecto se elabore.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de notificar a la persona candidata en caso de que presente una valoración clínica desfavorable y/o valores de laboratorio fuera de rango normal y que requiera seguimiento por parte de su Servicio de Salud.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar al personal médico del Servicio de Medicina Transfusional, sobre la valoración de accesos venosos, cuando no sean adecuados o estén fuera de rango.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar la toma de muestra sanguínea a la persona candidata a donar, de la siguiente manera:
  - 3.17.1. Identifica accesos venosos (vena Cefálica, Basílica y Radial) en el brazo contrario seleccionado para la donación.
  - 3.17.2. En caso de no tener buen acceso venoso en el brazo, seleccionar venas en la parte dorsal de cualquiera de las manos.
  - 3.17.3. Realizar asepsia con torunda o toalla de etanol al 70 % en la región seleccionada para la flebotomía, de forma circular del centro hacia afuera.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 24 de 350

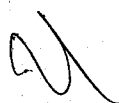
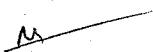
- 3.17.4. Colocar torniquete de 10 a 15 cm por arriba de la zona a puncionar y ejercer presión para dilatar vena.
- 3.17.5. Realizar punción y extraer la sangre.
- 3.17.6. Retirar presión del torniquete y retirar aguja, ejerciendo presión con torunda o toalla alcoholada en área puncionada, indicando no doblar el brazo. (una vez ejercida la presión con el torniquete no deberá exceder de 2 minutos hasta la toma de muestra).
- 3.17.7. Homogeneizar muestra realizando de 8 a 10 inversiones del tubo (no agitar la muestra para evitar hemólisis).
- 3.17.8. Retirar toalla alcoholada de la zona puncionada y colocar vendita adhesiva e indicar al/a la donante que siga haciendo presión por 5 minutos más.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de cotejar verbalmente datos de la persona donante al momento previo a la toma de muestra sanguínea: nombre completo y fecha de nacimiento, en caso de que exista discrepancia, corregirlos en sistema informático de administración de Medicina Transfusional.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar cualquier desviación, incumplimiento o área de oportunidad a este procedimiento para su seguimiento, corrección o mejora.
- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que la entrevista médica se lleva a cabo en un ambiente de confidencialidad, respeto, ética, no discriminación e inclusión con el fin de que la persona donadora se sienta en absoluta confianza.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de excluir a quienes no se identifiquen y a aquellas personas cuyos rasgos fisonómicos no concuerden con los de la fotografía de la identificación que porten.
- 3.22. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que la donación de sangre sea voluntaria y no remunerada. Una donación se considera voluntaria y no remunerada si la persona dona sangre libremente y no recibe ningún pago por ello, ya sea en efectivo o en especie, de forma que pueda considerarse un sustituto de dinero. Esto incluye tiempo libre en el trabajo, salvo el necesario de forma razonable para la donación y el desplazamiento. Las pequeñas muestras de agradecimiento, los refrigerios y el reembolso de los costos de viaje directos son compatibles con la donación voluntaria y no remunerada.
- 3.23. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que durante todos los procedimientos del servicio se apeguen a los 5 principios éticos: Autonomía, Beneficencia, Dignidad, Justicia y No Maleficencia; recomendados en el Código de ética y Conducta en materia de obtención, procesamiento y uso clínico de la sangre y componentes sanguíneos.






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 25 de 350

- 3.24. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de garantizar que los componentes sanguíneos obtenidos de la donación sean utilizados en alineación con las mejores prácticas clínicas y se utilicen de manera equitativa para las personas beneficiarias.
- 3.25. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de mantener estricta confidencialidad en el ejercicio de sus funciones, atendiendo a los principios en materia de protección de datos personales, que son responsabilidad, licitud, lealtad, consentimiento, información, proporcionalidad, finalidad y calidad, considerando la disponibilidad del aviso de privacidad para las personas donantes y personas beneficiarias y la claridad del consentimiento informado, ambos apegados a la normatividad aplicable.
- 3.26. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que la persona donante otorgue expresamente el consentimiento a la donación de sangre. El consentimiento debe ser informado y debe incluir conocimiento de todos los riesgos conocidos.
- 3.27. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que la selección de personas donantes de sangre se base en datos científicos actuales, aceptados y revisados periódicamente. La capacidad de donar no debería restringirse de forma innecesaria y los criterios de donación de sangre no deberían basarse en género, raza, nacionalidad, religión, orientación sexual o clase social.
- 3.28. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que previo a cada procedimiento de toma de muestra, firma de documentos, pegado de etiquetas y acceso a las diferentes áreas del servicio se verifique la identidad de la persona donadora con el nombre completo y fecha de nacimiento, asegurándose en todo momento de la correcta identificación de la persona.

La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe solicitar el carnet de la persona beneficiaria a nombre de quien se realiza la donación por las personas conocidas o familiares que acudan en su apoyo como personas donadoras. Para la donación altruista solo será necesaria la identificación oficial con fotografía.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Entrega a la persona candidata a donación, ficha de identificación, cuestionario de autoexclusión, informe al titular de sus datos personales y consentimiento informado, para su requisición.	Ficha de identificación Cuestionario de Autoexclusión Informe al titular de sus datos personales. Consentimiento informado.
	2	Solicita a la persona candidata a donación, presente su identificación oficial con fotografía, y en caso necesario carnet de la persona beneficiaria a quien apoya con su donación.  ¿La persona candidata a donación cuenta con identificación oficial?	Identificación oficial con fotografía. Carnet de la persona beneficiaria.
	3	No: Indica a la persona candidata a donación la necesidad de presentar la identificación para continuar con el proceso de selección, ver política de operación 3.21.  <b>Regresa a la actividad 2.</b>	
	4	Si: Registra los datos de la persona candidata a donar y los datos de la persona beneficiaria por la cual hace efectiva la donación en Sistema Informático de Administración del Servicio de Medicina Transfusional.	
	5	Solicita a la persona candidata los formatos requisitados de la ficha de identificación, cuestionario de autoexclusión, informe al titular de sus datos personales y consentimiento informado.	Ficha de identificación Cuestionario de Autoexclusión Informe al titular de sus datos personales Consentimiento informado.
	6	Imprime la etiqueta de biometría hemática de la persona candidata a donar.	Etiqueta de biometría hemática

D

→

Q





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 27 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo	
Servicio de Medicina Transfusional	7	Confirma el nombre y fecha de nacimiento de la persona candidata a donar, con los datos de la etiqueta de biometría hemática.  ¿Los datos son correctos?	Etiqueta de biometría hemática	
	8	No: Identifica el error y destruye la etiqueta. <b>Regresa a actividad 4.</b>		
	9	Sí: Anexa la etiqueta de biometría hemática a los documentos de la actividad 5.		
	10	Revisa los accesos venosos de la persona candidata a donar para seleccionar.		
	11	Realiza doble verificación del nombre y fecha de nacimiento de la persona candidata a donar, con los datos de la etiqueta de biometría hemática antes de la toma de muestra.		
	12	Revisa ambos brazos para reservar el que tenga una vena firme y grande en una zona de piel libre de lesiones para la flebotomía.  ¿La persona candidata a donar tiene accesos venosos aceptables?		
	13	No: Indica a la persona candidata a donar que no cuenta con accesos venosos adecuados para llevar a cabo la donación. <b>Pasa a actividad 15.</b>		
	14	Sí: Realiza toma de muestra en tubo con tapa lila. <b>Pasa a actividad 16.</b>		
	15	Devuelve identificación oficial. <b>Termina Procedimiento</b>		
	16	Pega etiqueta de Identificación de la persona candidata a donar al tubo de muestra.		Etiqueta de biometría hemática
	17	Realiza Biometría Hemática en equipo automatizado de biometrías hemáticas, acorde a manual de usuario.		
	18	Revisa la calidad de la muestra (presencia de hemólisis, lipemia o ictericia).		

*Handwritten signature*



*Handwritten mark resembling a stylized 'D' or 'B'*

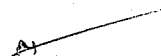
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 28 de 350

Area Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	19	Transfiere los resultados de la biometría hemática en el Sistema Informático de Administración de Medicina Transfusional.	
	20	Solicita a la persona candidata a donar pasar al consultorio médico del Servicio de Medicina Transfusional.	
	21	Analiza resultados de biometría hemática y datos sobre el estado físico de la muestra de sangre.	
	22	Realiza interrogatorio dirigido y exploración física para identificar factores de riesgo conforme a la NOM-253-SSA1-2012.	
	23	Realiza toma de somatometría y signos vitales y registra en el Sistema Informático de Administración de Medicina Transfusional.  ¿Los resultados de la biometría hemática, el interrogatorio y la exploración física, indican que la persona es candidata a donar?	
	24	No: registra el motivo del rechazo en el Sistema Informático de Administración de Medicina Transfusional.  <b>Pasa a actividad 26.</b>	
	25	Sí: Imprime Historia Clínica de la persona candidata a donar.  <b>Pasa a la actividad 28.</b>	Historia clínica
	26	Informa a la persona candidata a donar el motivo por el cual no se acepta como persona donante.	
	27	Devuelve identificación oficial a la persona candidata.  <b>Termina Procedimiento</b>	
28	Solicita a la persona candidata a donar lea y firme su historia clínica.	Historia clínica	
29	Entrega a la persona candidata a donar, la identificación oficial, historia clínica, ficha de identificación, Cuestionario de Autoexclusión,	Historia clínica Ficha de identificación	

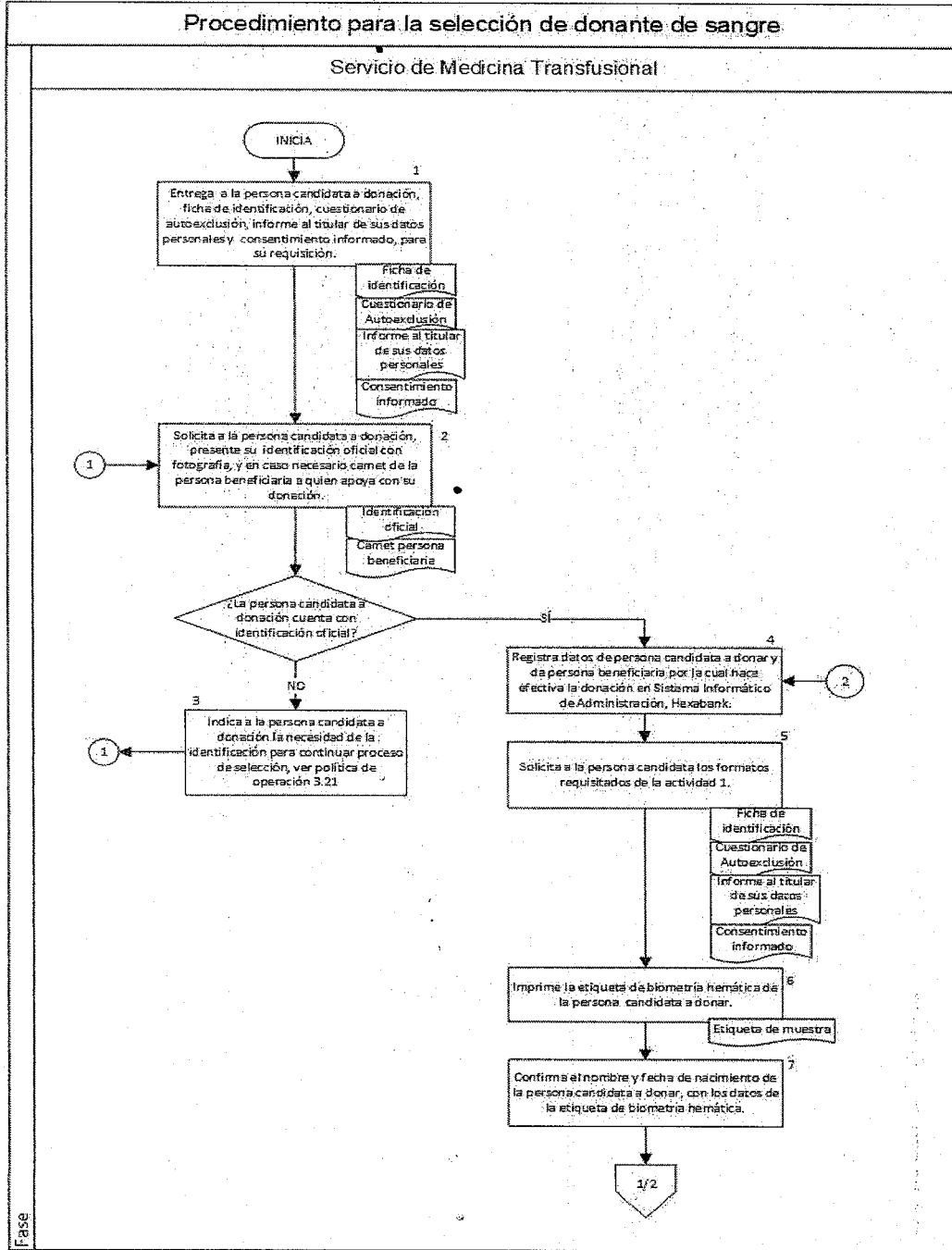



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 29 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	30	<p>Informe al titular de sus datos personales y Consentimiento informado.</p> <p>Indica a la persona candidata a donar que pase a la sala de espera del Servicio de Medicina Transfusional para continuar con el proceso de donación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina el procedimiento</b></p> <p>Inicia <b>PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE TOTAL Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA DONACIÓN.</b></p>	<p>Cuestionario de Autoexclusión</p> <p>Informe al titular de sus datos personales</p> <p>Consentimiento informado</p>

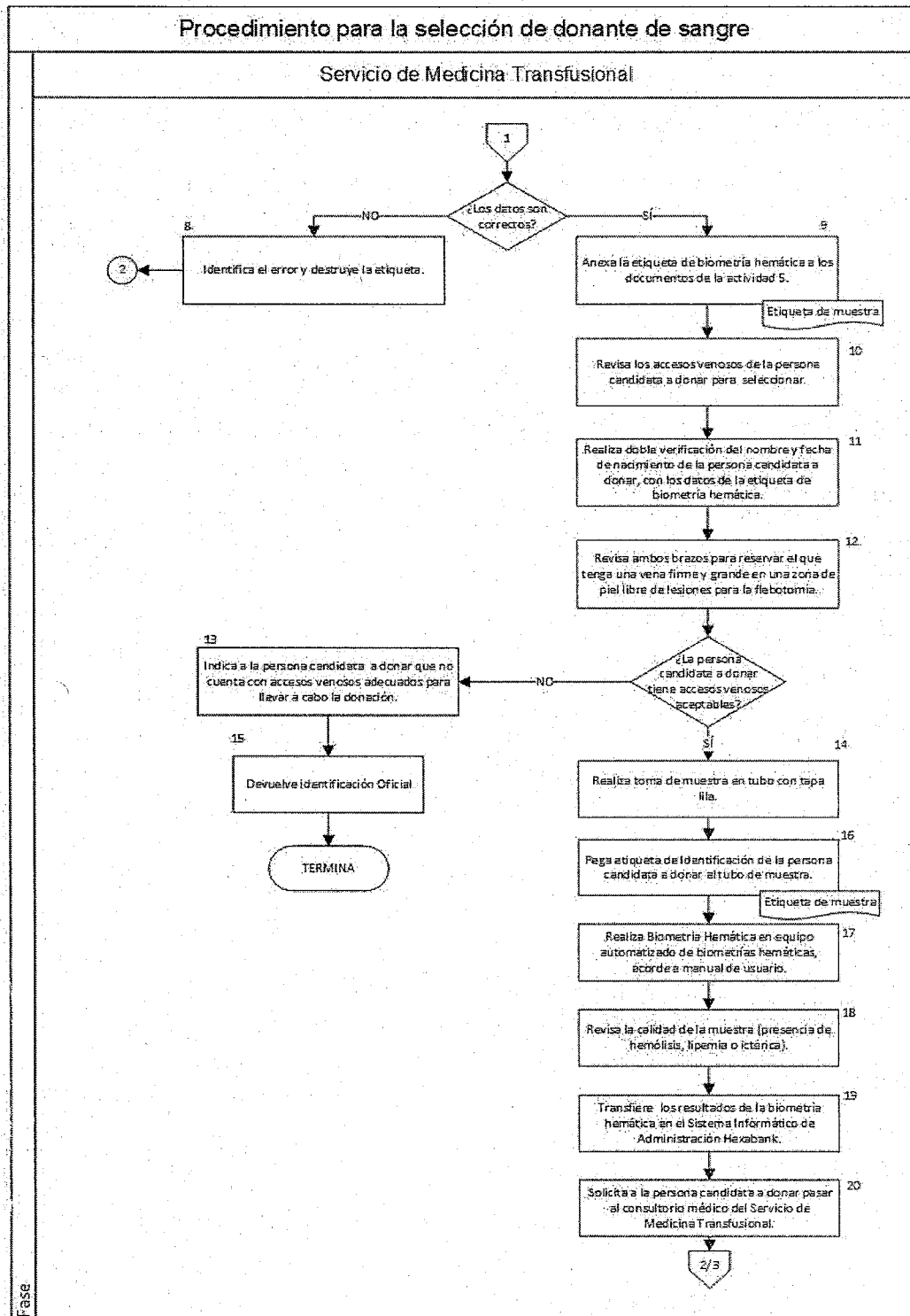




**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

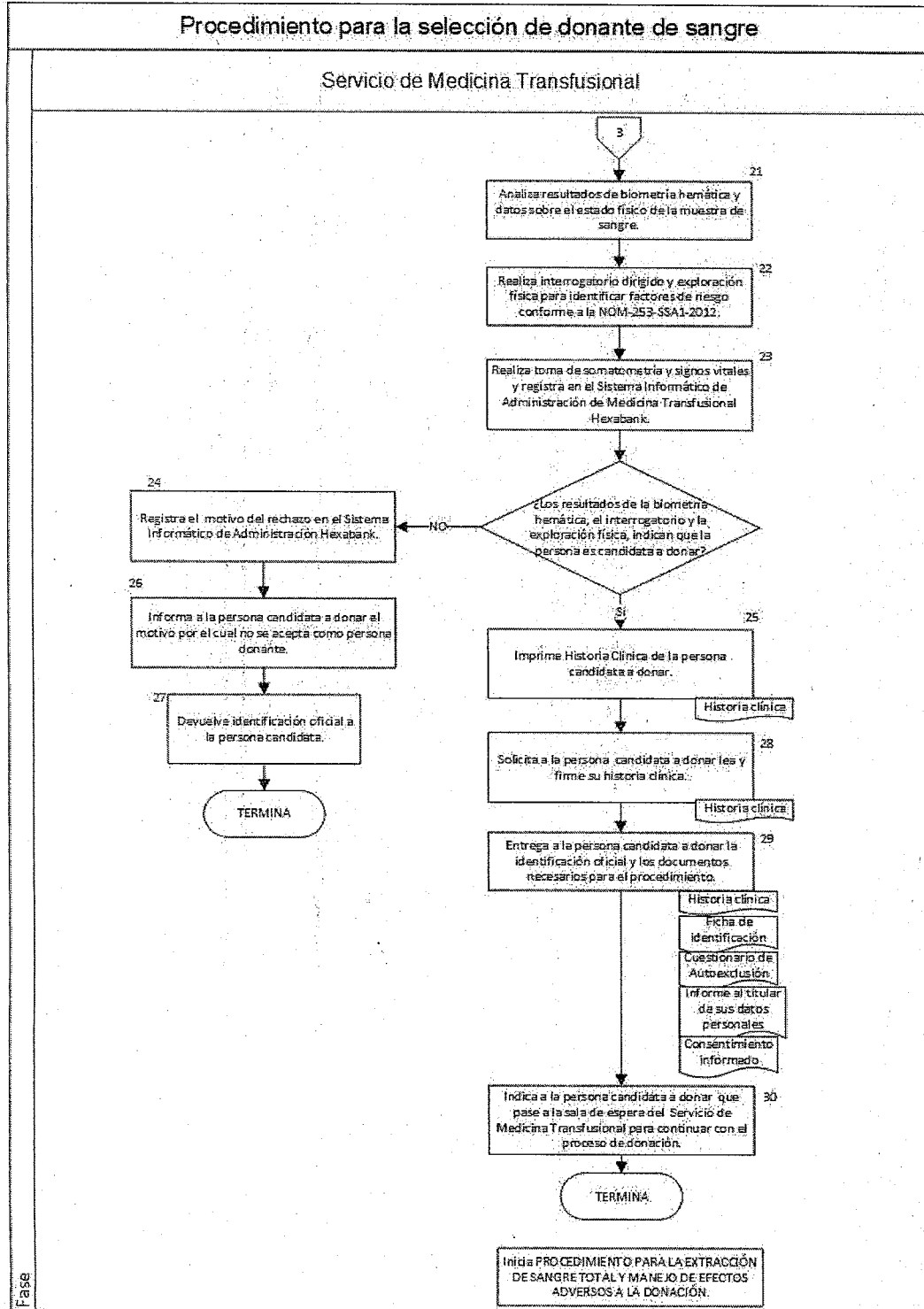


Fase

*Handwritten signature*



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



*D*

*el*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 33 de 350



## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Políticas internas del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.5 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.6 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.7 Manual del Usuario de equipo automatizado de Biometrías hemáticas.	No aplica
6.8 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica
6.9 Guía Nacional de criterios para la selección de donantes de sangre y sus componentes sanguíneos para el uso terapéutico	No aplica
6.10 Código de ética y Conducta en materia de obtención, procesamiento y uso clínico de la sangre y componentes sanguíneos	No Aplica

S

→

R

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre



## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Identificación oficial con fotografía.	No aplica	Persona candidata a donar.	No aplica
7.2 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Servicio Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Etiquetas de identificación de donador.	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Resultados de Biometría hemática.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Historia clínica de donante.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Consentimiento informado para la donación de sangre total.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica



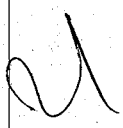
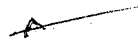






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 35 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento se homogenea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.2 **Persona candidata a donar:** Persona cuya aptitud para donar sangre o componentes sanguíneos será evaluada por el personal médico capacitado.
- 8.3 **Persona donante de sangre:** Persona que proporciona su sangre o componentes de esta, de manera voluntaria para quién la requiera.
- 8.4 **Historia clínica de la persona donante:** Documento legal confidencial de valor jurídico, que contiene datos referentes a una persona, su familia, su entorno social, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para diagnosticar y analizar su estado de salud.
- 8.5 **Persona beneficiaria:** La persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.6 **Persona beneficiaria vulnerable:** Son aquellas personas afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en Personas beneficiarias frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y respeto de sus derechos.  
 Se consideran vulnerables a personas beneficiarias: pediátricas, recién nacidas, adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puerperas, psiquiátricas, infecto-contagiosas, inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y personas incapacitadas por alcohol o drogas.
- 8.7 **Signos vitales:** Conjunto de datos que reflejan funciones esenciales del cuerpo, como lo son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.
- 8.8 **Sistema informático de administración de Medicina Transfusional:** Es el Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.
- 8.9 **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas corporales precisas de una persona, que son peso y talla.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 36 de 350

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

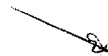
Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.



## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Ficha de identificación.
- 10.2. Cuestionario de Autoexclusión.
- 10.3. Informe al titular de sus datos personales.
- 10.4. Consentimiento informado.
- 10.5. Etiqueta de biometría hemática.
- 10.6. Historia clínica
- 10.7. Manual del Usuario de equipo automatizado de Biometrías hemáticas


R

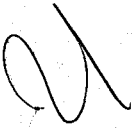
al





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b> <b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 37 de 350

## 10.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

	<b>HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ</b> Calzada de Tlalpan No. 4800 Col. Sección XVI C.P. 14000 CDMX Teléfono 55 4000 3000 Ext 3099	No. Ficha _____ FECHA _____
	<b>MEDICINA TRANSFUSIONAL</b> <b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	
NOMBRE DEL DONADOR: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____		
DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____		
DELEGACIÓN: _____ COLONIA: _____ C.P. _____		
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____		
TIPO DE DONACIÓN: FAMILIAR: _____ ALTRUISTA: _____ AUTOLOGA: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____		
SERVICIO: _____ No. DE CAMA: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____ MÉDICO TRATANTE: _____		
N° DE IINE: _____ ESTADO CIVIL: _____		
EMAIL: _____		




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>

## 10.2 CUESTIONARIO DE AUTOEXCLUSIÓN

### **AUTOEXCLUSIÓN**



Después de que hayas donado  
deposítalo en el buzón.

**MI SANGRE**  **SÍ ES SEGURA**

**NO ES SEGURA**

*R*

*2*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación          de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 39 de 350

### 10.3 INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES



#### HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

SUBDIRECCIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
 JEFATURA DE SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

#### INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "DONADORES DE SANGRE", con fundamento en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el cual fue registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura de Servicios de Medicina Transfusional, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Enlace del Hospital ubicada en Calzada de Tlalpan núm. 4800, Colonia Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080.

Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 2005.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA	RECIBE
Jefe de Servicio de Medicina Transfusional <b>NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**BANCO DE SANGRE**



#### HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

SUBDIRECCIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
 JEFATURA DE SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

#### INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "DONADORES DE SANGRE", con fundamento en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el cual fue registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura de Servicios de Medicina Transfusional, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Enlace del Hospital ubicada en Calzada de Tlalpan núm. 4800, Colonia Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080.

Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 2005.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA	RECIBE
Jefe de Servicio de Medicina Transfusional <b>NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**DONANTE**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>		Hoja: 40 de 350

## 10.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Hospital General "Gr. Manuel Gea González"**  
**Consentimiento informado**  
**Para la Donación Alogénica de Sangre Total y/o Aféresis**

**No. de Unidad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de donación:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
**Tipo de Extracción:** SANGRE TOTAL  
**Tipo de Donación:** Familiar o de reposición

**Nombre del Donante:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono Particular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:** 0  
**Apellido Particular:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico de probabilidad o Certeza:** \_\_\_\_\_

La donación es un acto solidario para los pacientes que requieren de esta terapia, que indica el médico tratante, como la mejor alternativa para su tratamiento.  
 La transfusión de sangre y componentes, no está exenta de posibles riesgos para el receptor. Con el propósito de disminuir esta posibilidad, le proporcionamos información verbal y escrita de los requisitos necesarios para donar. Lo realizamos una historia clínica y extracción física, poder identificar situaciones de riesgo para Ud. y pacientes.  
 La Donación de Sangre total es la extracción de 450 ml de sangre a través de una vena del antebrazo en un sistema de bolsas cerrado y estéril, para su posterior fraccionamiento y obtención de los componentes sanguíneos.  
 La donación mediante procedimientos de Aféresis es la donación selectiva de un componente sanguíneo (plasma, eritrocitos o plaquetas) mediante la utilización de un separador celular, fado de una centrifuga en la que se separan los diferentes componentes de la sangre. El componente seleccionado es recolectado en una bolsa de almacenamiento y el resto son devueltos al donante.

En el caso de la donación desinteresada, usted presenta características en su sangre compatibles o necesarias, con la del paciente, por lo cual el médico ha indicado su donación como la más adecuada para ser transfundida, y de ser necesario, usted acepta realizar una o más donaciones subsiguientes al mismo paciente.

El tipo de extracción depende de las necesidades e indicaciones siguientes:

1. En Sangre total se obtendrá un volumen aproximado de 450 ml
2. En eritroféresis, obtendremos un volumen máximo de 420 ml por procedimiento
3. En plaquetoféresis se obtendrá un volumen aproximado de 400 ml

En las aféresis se requiere usar solución salina y anticoagulante citrato trisódico, soluciones generalmente bien toleradas. Ocasionalmente pueden presentar efectos adversos como adormecimiento o calambres, locales o generalizados. En caso de presentarse administraremos calcio y de ser necesario, suspendiremos el procedimiento. La donación es un proceso seguro y lo realiza personal capacitado, sin embargo, ocasionalmente puede prestarse: Uricemia, debilidad, sudoración, mareo, palidez, baja de la presión, baja de la frecuencia del corazón, síncope, náusea, vómito, convulsiones, moretones y/o falla en la punción, flebitis, trombosis, celulitis, sangrado tardío, dolor en brazo, lesiones en el paquete neurovascular.

La sangre y componentes le realizaremos pruebas de serología infecciosa reglamentarias para: virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana, tipos II, enfermedad de Chagas, Brucella y de sífilis. En caso de resultar con reactividad a los marcadores de serología infecciosa, se me notificará en forma personal y confidencial. Me comprometo a regresar a una segunda toma de muestra para realizar estudios complementarios. Le entregaremos el resultado en forma personal y confidencial, o en su caso alguna otra alternativa a sangre y componentes con reactividad, se da inmediatamente destino final.

Por lo anterior declaro que estoy informado:

- Que he recibido la información de riesgos y consecuencias de la donación
- Que he leído y entendido toda la información del proceso de donación.
- Que fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. También mi derecho de concluir el proceso en cualquier etapa del mismo.
- Que se realizará la serología infecciosa reglamentaria y en caso de problema, será notificado confidencialmente. La sangre y componentes, serán desechados de acuerdo a normatividad.
- Que será informado por escrito de las recomendaciones que debo seguir después de la donación.
- Que la sangre y componentes que donó para transfusión, quedan bajo resguardo del hospital, hasta su uso transfusional.
- De la importancia de proporcionar información verídica en el interrogatorio médico y sobre mi estilo de vida.
- Las medidas de precaución que deberé observar las primeras 24 horas después del procedimiento; así mismo, cuando estare en condiciones de volver a donar.

Por lo anterior, declaro bajo protesta decir verdad que dono mi sangre y componentes en forma voluntaria y no remunerada. Que los datos consignados en la historia clínica son verídicos. Que he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento. Que acepto y autorizo al personal de salud del Banco de sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González, me extraiga la unidad de aféresis o sangre total. Así también, se me ha explicado, he entendido el tipo y contenido de este documento, así como la forma clínica.

En este acto autorizo al personal de salud del Banco de Sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Firma de conformidad de la historia clínica y consentimiento informado de la donación: \_\_\_\_\_


Nombre y firma del donante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_

**DONACIÓN ALOGÉNICA SANGRE TOTAL:** \_\_\_\_\_  
**DONACIÓN ALOGÉNICA POR AFÉRESIS:** \_\_\_\_\_  
**ERITROFÉRESIS:** \_\_\_\_\_ **PLAQUETAFÉRESIS:** \_\_\_\_\_

Hospital General Dr. Manuel Gea González

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>

## 10.5 ETIQUETA DE BIOMETRÍA HEMÁTICA

Nombre:

F. Nac:



**BIOMETRÍA & TIPIF. ABO-RH**


Fecha y hora:

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

## 10.6 HISTORIA CLÍNICA (ANVERSO)



**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**  
**HISTORIA CLINICA PARA SELECCIÓN DEL DISPONENTE BANCO DE SANGRE**

Nº DE PREDONANTE:	Nº DE UNIDAD:	FECHA Y HORA:
		USO TERAPEUTICO:
		TIPO DE DONACIÓN:
		TIPO DE EXTRACCIÓN:

Nombre del Candidato a Donar:		Fecha de Nacimiento:	
Identificación:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:
Domicilio:	Ocupación:	Escolaridad:	
Tel.:	Origenario de:	Residencia:	Parentesco:
Residencia últimos 5 años:			

Pulso:	Peso:	Talla:	Temperatura:	Presión: Mínima:	Máxima:	F.R.:
Hematocrito:	Hemoglobina:	Leucocitos:	Plaquetas:	ABO y Rh:		

Nombre del Paciente:	
Procedencia:	

Última Donación:			
------------------	--	--	--

<p><b>EN EL ÚLTIMO MES</b></p> <p>SI DIARRÉICO</p> <p>¿LO HAN VACUNADO CONTRA POLIO, RUBÉOLA, PAROTIDIS, O TETANOS?</p> <p>¿HA PRESENTADO ALGODONCILLO CON RECIDIVAS?</p> <p>¿HA PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS DE COVID?</p> <p><b>INDICADORES GEOGRÁFICOS</b></p> <p>RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE LUGAR)</p> <p>VIAJES RECIENTES A ZONAS ENDEMICAS</p> <p><b>I.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</b></p> <p>LESIONES CON OBJETOS CONTAMINADOS CON SANGRE (DONANTE/PAREJA) ¿CUÁNDO?</p> <p>CONTACTO SEXUAL CON POLITRANSFUNDIDOS (DONANTE/PAREJA)</p> <p>EX DONANTE REMUNERADO (DONANTE/PAREJA)</p> <p>RELACION SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON PERSONAS DE CONDICIÓN SEROLÓGICA DE ESCUDOS (VIR, VIH, VHC) ¿CUÁNDO?</p> <p>ALCOHOLISMO CRÓNICO, CANTIDAD DIARIA</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁLES?</p> <p>SITIO DE ÚLTIMA DONACIÓN</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁNDO?</p> <p>CATETERISMO/ENDOSCOPIO CON INSTRUMENTOS FLEXIBLES</p> <p>CONTACTO ESTRECHO CON ENFERMOS DE HEPATITIS</p> <p><b>II.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b></p> <p>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUAL?</p> <p>CARDIOPATÍAS (ESPECIFIQUE)</p> <p>MALARIA ¿CUÁNDO?</p> <p>NEFROSIAS (ESPECIFIQUE)</p> <p>AFECIONES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS (ESPECIFIQUE)</p> <p>QUIRURGIA MENOR RECIENTE ¿CUAL?</p> <p>FIEBRE O AGUDA ¿CUÁNDO?</p> <p>VIRUS DEL OESTE DEL NILO ¿CUÁNDO?</p> <p>ENFERMEDADES AUTÓIMUNES (ESPECIFIQUE)</p> <p>ENFERMEDADES RENALES (ESPECIFIQUE)</p> <p>TUMORALSIASIS ¿CUÁNDO?</p> <p>BRUCELOSIS ¿CUÁNDO?</p> <p>TRASTORNOS HEMODIAGNÓSTICOS (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTROS (ESPECIFIQUE)</p> <p>HEPATITIS ¿CUÁNDO?</p> <p>QUIRURGIA MENOR RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>OTROS ¿CUÁNDO?</p> <p>ICTERICIA / AGUDA / FULMINANTE</p> <p>HIPOTENSIÓN O HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCONTROLADA</p> <p><b>III.- EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES</b></p> <p>ADENOVIRALIA</p> <p>HERPES MUCOCUTÁNEO QUE TARDE EN SANAR MÁS DE 10 DÍAS</p> <p>DIARREAS</p> <p>TOC</p> <p>PÉRDIDA DE PESO MAYOR AL 10%</p> <p><b>IV.- EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS</b></p> <p>FIEBRE / CALOS FRIOS</p> <p>AYUNO DE MÁS DE 12 HORAS</p> <p><b>V.- FARMACOS E INMUNIZACIONES</b></p>	<p>ISOTRETINOINA / TETRACICLINA</p> <p>¿HA PRESENTADO INFECCIÓN RESPIRATORIA, DIGESTIVA O URINARIA?</p> <p>¿HA PRESENTADO HERPES MUCOCUTÁNEO POR MÁS DE UN MES?</p> <p>¿EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, TENIENDO PRUEBAS POSITIVAS PARA COVID?</p> <p>RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE FECHA)</p> <p>ORIGENARIO DE:</p> <p>INTERVENCIÓN EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TRANSFUSIONES PREVIAS (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TATUAJES/OPERACIONES/ACUPUNTURA (ESPECIFIQUE)</p> <p>ALERGIAS</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁLES?</p> <p>TATUAJES/OPERACIONES/ACUPUNTURA ¿CUÁNDO?</p> <p>ALCOHOLISMO CRÓNICO, FCDA, ÚLTIMA INGESTA</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO</p> <p>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO</p> <p>REACCIONES POST-DONACIÓN</p> <p>PRÁCTICA SEXO SEGURO O PROTECCIÓN (USO DEL CONDÓN)</p> <p><b>III.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b></p> <p>TRASPLANTE (DONANTE / PAREJA) ¿CUAL?</p> <p>HA TENIDO ALGUNA SEROLOGÍA POSITIVA ¿CUAL?</p> <p>HEPATITIS ¿CUAL?</p> <p>NEUMOPATIAS (ESPECIFIQUE)</p> <p>QUIRURGIA MENOR RECIENTE ¿CUAL?</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS ¿CUÁNDO?</p> <p>FIEBRE REUMÁTICA ¿CUÁNDO?</p> <p>ANEMIA ¿CAUSA?</p> <p>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (ESPECIFIQUE)</p> <p>MONONUCLEOSIS ¿CUÁNDO?</p> <p>EPILEPSIA / CONVULSIONES, FECHA DE ÚLTIMA TRÁMOLISIS RECURRENTE (ESPECIFIQUE)</p> <p>OSTEOMIELITIS ¿CUÁNDO?</p> <p>TUBERCULOSIS FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO</p> <p>QUIRURGIA MAYOR RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>ANEMIA ¿CUÁNDO?</p> <p>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUÁNDO?</p> <p>DIABETES MELLITUS (DEPENDIENTE DE INSULINA)</p> <p>TRASTORNOS MENTALES/SINDROME DEMENCIA</p> <p>DOINOFAGIA</p> <p>DIARREA CRÓNICA</p> <p>FIEBRE CONTINUA POR MÁS DE 10 DÍAS</p> <p>ACETEMIA / ADAMARIA</p> <p>EJERCICIO INTENSO</p>
---	---

*R*

*al*





## 10.6 HISTORIA CLÍNICA (REVERSO)

<p><b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS ¿CUÁLES?</b></p> <p><b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS ¿MOTIVO?</b></p> <p><b>VIL-EXPLORACIÓN FÍSICA</b></p> <p>CARIES DENTAL O H O N:</p> <p>TALLA:</p> <p>ADENOMEGALIA:</p> <p>PESO:</p> <p>TENSIÓN ARTERIAL:</p> <p>ARRITMIAS:</p> <p>ESPLENOMEGALIA:</p> <p>ESTADO MENTAL:</p> <p>SÍNTOMAS / SIGNOS DE INFECCIÓN:</p>	<p><b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUAL?</b></p> <p><b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUÁNDO?</b></p> <p>FARINGE:</p> <p>IGIBNICA:</p> <p>HEPATOMEGALIA:</p> <p>TEMPERATURA:</p> <p>PIEL Y MUCOSAS:</p> <p>FRECUENCIA CARDÍACA:</p> <p>ESTADO DE LAS VENAS:</p> <p>OTROS:</p>																																																																																				
<p><i>Acepto donar sangre voluntariamente después de haber recibido información respecto al procedimiento sin presión alguna, consciente de los riesgos y beneficios; y declaro que las respuestas por mí dadas a las preguntas que me fueron hechas son reales y verdaderas, y que no incurri en ninguna falsedad por lo que me responsabilizo de las consecuencias en caso de haber dado falsos datos. Autorizo al personal de este banco de sangre del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" a que verifique ante las instancias necesarias que la información que proporciono es real.</i></p>																																																																																					
<p>_____ Firma del Candidato a Donar</p>	<p>Medico Matrícula: _____ Cédula: _____ Firma, Matrícula y/o Cédula Profesional <input type="checkbox"/> Apto Físico del Candidato a Donar</p>																																																																																				
<p><b>DIAGNOSTICO:</b> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/></p> <p>* RESULTADOS HEMATOLOGÍA: [HB = ] [HTO = ] [LEUCOCITOS = ] [PLAQ. = ]</p> <p>* PRUEBAS DE SEROLOGÍA:</p> <p>Sifilis</p> <p>HIV 1-2</p> <p>HBsAg</p> <p>HCV-3</p> <p>Chagas</p> <p>Rastreo IA</p> <p>Hora de Inicio de Flebotomía: _____ Tiempo de Flebotomía: _____</p> <p>Nombre y Firma del Técnico que realizó la Flebotomía: _____</p> <p>Tiempo de Extracción de Sangre: _____ Volumen Extraído: _____ Peso de la Bolsa: _____</p>																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">EFECTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN</th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> <th style="width: 20%;">MARCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.- Altera al sintiéndolo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.- Reacciona vaso vasotóxico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.- Síndrome</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.- Hinchazón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.- Hinchazón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.- Cansancio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.- Hematoma en el sitio de punción</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.- Sangre sob lección</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.- Punción accidental de una arteria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.- Fiebre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11.- Embarazo/embolia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12.- Cefalea</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13.- Inhibición del tirero</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14.- Lesión directa del nervio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15.- Lesión del tendón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16.- Dolor del brazo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17.- In alerxia urticaria de intoxicación por citrato</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18.- Otras reacciones adversas a la donación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19.- En su caso descripción de las reacciones a consecuencia de la donación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20.- Regresa donador automáticamente del servicio?</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		EFECTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	SI	NO	MARCA	1.- Altera al sintiéndolo				2.- Reacciona vaso vasotóxico				3.- Síndrome				4.- Hinchazón				5.- Hinchazón				6.- Cansancio				7.- Hematoma en el sitio de punción				8.- Sangre sob lección				9.- Punción accidental de una arteria				10.- Fiebre				11.- Embarazo/embolia				12.- Cefalea				13.- Inhibición del tirero				14.- Lesión directa del nervio				15.- Lesión del tendón				16.- Dolor del brazo				17.- In alerxia urticaria de intoxicación por citrato				18.- Otras reacciones adversas a la donación				19.- En su caso descripción de las reacciones a consecuencia de la donación				20.- Regresa donador automáticamente del servicio?			
EFECTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	SI	NO	MARCA																																																																																		
1.- Altera al sintiéndolo																																																																																					
2.- Reacciona vaso vasotóxico																																																																																					
3.- Síndrome																																																																																					
4.- Hinchazón																																																																																					
5.- Hinchazón																																																																																					
6.- Cansancio																																																																																					
7.- Hematoma en el sitio de punción																																																																																					
8.- Sangre sob lección																																																																																					
9.- Punción accidental de una arteria																																																																																					
10.- Fiebre																																																																																					
11.- Embarazo/embolia																																																																																					
12.- Cefalea																																																																																					
13.- Inhibición del tirero																																																																																					
14.- Lesión directa del nervio																																																																																					
15.- Lesión del tendón																																																																																					
16.- Dolor del brazo																																																																																					
17.- In alerxia urticaria de intoxicación por citrato																																																																																					
18.- Otras reacciones adversas a la donación																																																																																					
19.- En su caso descripción de las reacciones a consecuencia de la donación																																																																																					
20.- Regresa donador automáticamente del servicio?																																																																																					

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>2. Procedimiento Normalizado para la evaluación de la persona donante de sangre</b>	Hoja: 44 de 350

## 10.7 MANUAL DEL USUARIO DE EQUIPO AUTOMATIZADO DE BIOMETRÍAS HEMÁTICAS

Biometria Hemática

Equipo

Manual de Operaciones del equipo contador celular.

Este capítulo describe las características generales del equipo y sus componentes, enumerándolos e indicando sus funciones.

Calibradores

Manual de Operaciones del equipo contador celular.

Controles.

Manual de Operaciones del equipo contador celular.

En este capítulo se refiere a la mezcla, manipulación y procesado adecuados del material de control.

Muestras

Manual de Operaciones del equipo contador celular. Aquí se explica los procedimientos para la recolección y manipulación de las muestras, la operación rutinaria y el análisis de las muestras. El uso de guantes es obligatorio durante todo el procedimiento.



Procesamiento de la muestra

Toma de muestra de acuerdo

Se realizará de acuerdo al manual de operaciones del equipo.

Una vez obtenidos los resultados éstos se interfasan al expediente del donador en Hexabank del candidato a donación.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 45 de 350

**3. PROCEDIMIENTO PARA EL FRACCIONAMIENTO, ALMACENAMIENTO,  
ETIQUETADO Y CONSERVACIÓN DE LA SANGRE Y HEMOCOMPONENTES.**

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 46 de 350

## 1. PROPÓSITO

Aplicar los conocimientos de la metodología de fraccionamiento de la sangre total y de las buenas prácticas de manufactura (GMP) en la elaboración de componentes sanguíneos, que permitan optimizar los recursos y cubrir los requisitos mínimos requeridos por la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos" en cada una de las unidades, para ofrecer a las personas beneficiarias la mejor herramienta terapéutica.

## 2. ALCANCE



- 2.1. A nivel interno este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional encargado de todas las actividades relacionadas con el fraccionamiento, almacenamiento, conservación, etiquetado y embalaje de la sangre y hemocomponentes, así como mantener en resguardo hasta su liberación y baja.
- 2.2. A nivel externo, no aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

*R*

*al*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 47 de 350

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr 3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).

M

RR


4

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 48 de 350

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar de baja los hemocomponentes cuando éstos no cumplan con los parámetros de calidad y/o integridad (cuando se notifique autoexclusión, rotura, defecto de conservación, hemólisis, lipemia, coágulos, antes, durante o posterior al fraccionamiento o antes de su liberación) de la siguiente manera:
- 3.10.1. Realizar baja en Sistema Informático de Administración del Servicio de Medicina Transfusional (seleccionando motivo de baja).
  - 3.10.2. Desechar la unidad anotando el motivo en la etiqueta, en un contenedor rígido, señalizado como RPBI, rojo y hermético.
  - 3.10.3. Registrar la baja en el Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar las condiciones de las bolsas de sangre total (volumen aproximado, etiquetado, que no contenga aire en las mangueras), así como retirar de inmediato la aguja por seguridad de todo el personal.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de calibrar y utilizar de manera adecuada la centrífuga refrigerada y apearse al manual de uso del equipo.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de registrar el volumen de las unidades en el sistema informático del servicio de Medicina Transfusional.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar de manera adecuada las unidades fraccionadas, en los refrigeradores y congeladores destinados para este fin, señalados como "UNIDADES SIN LIBERAR, NO TOCAR" y de manera ordenada.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurar la implementación del Algoritmo en caso de temperaturas fuera de rango, con el fin de salvaguardar la vida útil de los hemocomponentes.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar cualquier desviación, incumplimiento o área de oportunidad a este procedimiento para su seguimiento, corrección o mejora.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de vigilar que su personal observe y ejecute todas aquellas actividades que sean instruidas por la persona titular del Servicio, así como de indicar las que sean necesarias para el óptimo desarrollo de este procedimiento, por tanto, las actividades descritas en este procedimiento son enunciativas más no limitativas.







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 49 de 350

- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de monitorear el porcentaje de plasmas hemolizados o contaminados con eritrocitos para determinar en caso necesario acciones de control.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de conservar la sangre total a una temperatura de  $2 \pm 4^\circ \text{C}$  transcurridas 6 a 8 horas a partir de su extracción de acuerdo a la NOM-253-SSA1-2012.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento,          almacenamiento, etiquetado y conservación de la          sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 50 de 350

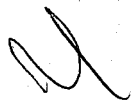
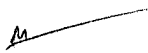
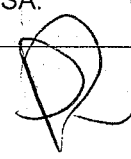
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Recibe las bolsas de sangre total.	Libro de ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes
	2	Retira los punzocortantes de bolsa cuádruple.	
	3	Deposita el punzocortante en el contenedor de RPBI correspondiente.	
	4	Acomoda la bolsa y la deja reposar.	
	5	Coloca las bolsas en las camisas de la centrifuga refrigerada.	
	6	Centrifuga la sangre total a 3,500 rpm durante 12 minutos sin freno para obtener concentrado eritrocitario y plasma (Ver Manual del equipo).	
	7	Extrae las bolsas de la centrifuga.	
	8	Coloca las bolsas en el fraccionador automático para separar Plasma Fresco y Concentrado Eritrocitario (Ver Manual del equipo).	
	9	Determina el volumen del concentrado eritrocitario y el plasma fresco.  ¿Cumple con el volumen establecido?	
	10	No: Registra en el Sistema Informático y en el libro de ingresos y egresos.	
	11	Sí: Resguarda la bolsa del concentrado eritrocitario en el refrigerador de 2°C a 8°C y la bolsa de plasma en el ultracongelador a -80°C. en el área destinada para UNIDADES SIN LIBERAR.	
	12	Desecha la bolsa en el contenedor de RPBI correspondiente.	
	13	Inicia: PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD  <b>Termina el procedimiento.</b>	



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento,          almacenamiento, etiquetado y conservación de la          sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 51 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	14	Evalúa la necesidad de obtener plaquetas de acuerdo a las solicitudes de componentes sanguíneos.  ¿Se procesarán plaquetas?	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	15	NO: Se almacenan las unidades en los equipos correspondientes.	
	16	Sí: Realiza la segunda centrifugación a 1050 RPM durante 5 minutos a una temperatura de 20 a 22°C.	
	17	Saca de la centrífuga y coloca en el fraccionador automático para separar Plaquetas. (Ver Manual del equipo).	
	18	Determina el volumen del concentrado plaquetario.  ¿Cumple con el volumen establecido?	
	19	NO: Registra en el Sistema Informático y en el Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes.	Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes
	20	Sí: Ingresa los volúmenes de cada hemocomponente al sistema informático y en el Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes.	Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes
	21	Desecha la bolsa en el contenedor de RPBI correspondiente.	
	22	Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD  <b>Termina el procedimiento.</b>	
	23	Resguarda la bolsa en el incubador -agitador a 22°C.	
24	Inician: PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PRE-TRANSFUSIONALES Y CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE SEROLOGÍA INFECCIOSA.		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 52 de 350

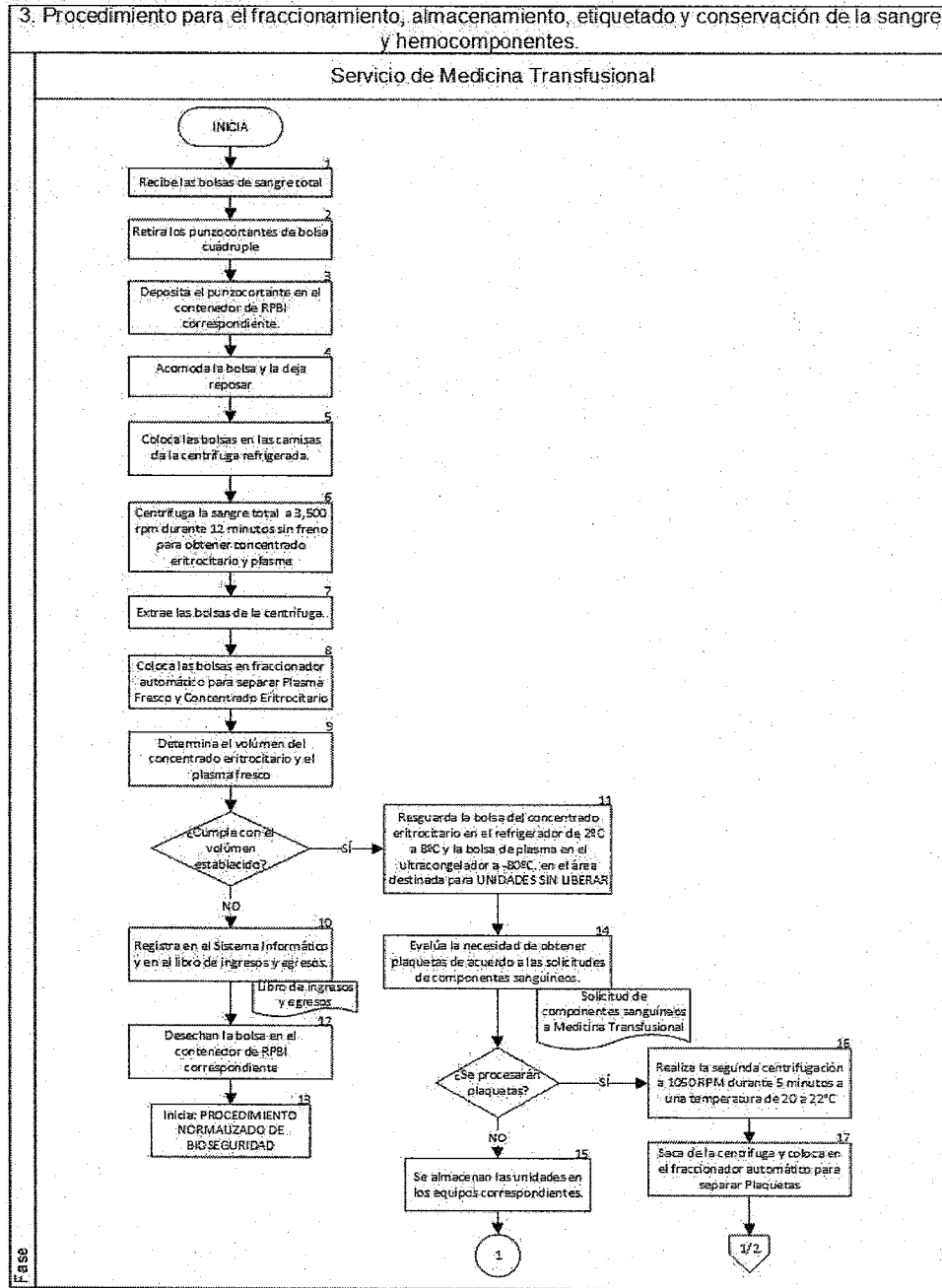
Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	25	Verifica resultados de grupo sanguíneo y serología infecciosa en el sistema informático.	Etiqueta de caracterización      Etiqueta de caracterización
	26	Imprime etiquetas para la caracterización de cada hemocomponente de acuerdo a lo especificado en la NOM-253-SSA1-2012.	
	27	Extrae los hemocomponentes del resguardo del área de UNIDADES SIN LIBERAR para su caracterización.	
	28	Valida que la etiqueta de la bolsa corresponda con la etiqueta de caracterización del hemocomponente.	
	29	Pega etiqueta en la parte frontal del hemocomponente correspondiente.	
	30	Almacena hemocomponentes en el refrigerador, congelador o incubador-agitador correspondiente para su uso en el área de UNIDADES LIBERADAS.  <b>Termina el procedimiento.</b>	

D2



u


**5. DIAGRAMA DE FLUJO**

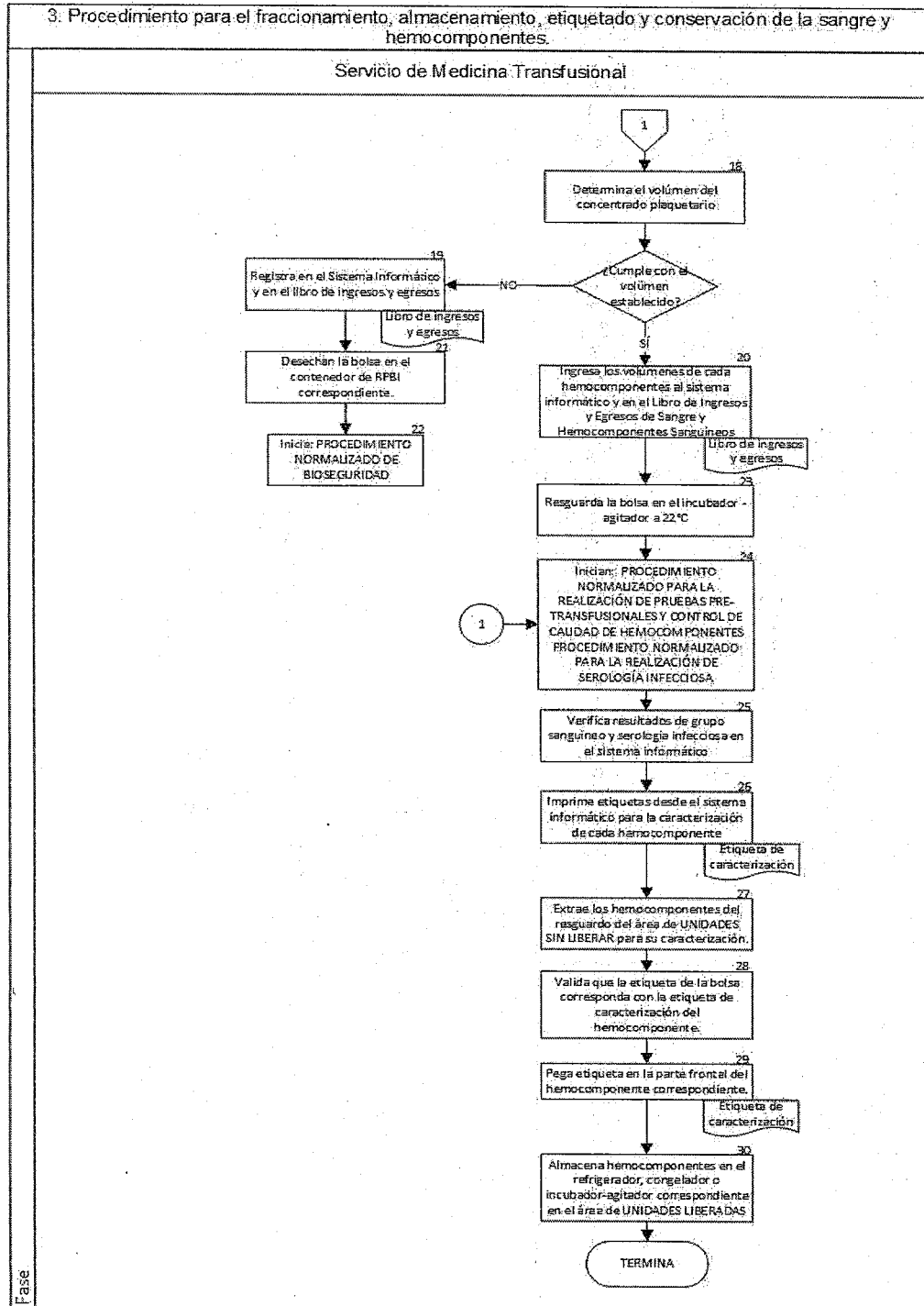


*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 54 de 350



22

01

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento,          almacenamiento, etiquetado y conservación de la          sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 55 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México, 2012.	NOM-253-SSA1-2012
6.2 Norma Oficial Mexicana Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.3 Manual técnico de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) 1999 13ª Edición.	No aplica
6.4 Radillo, Alfredo. Medicina Transfusional. 2006. Editorial Prado, México.	No aplica
6.5 Manual de la centrífuga refrigerada.	No aplica
6.6 Manual del fraccionador.	No aplica
6.7 Algoritmo en caso de temperaturas fuera de rango	No aplica
6.8 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico del donador	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Formato de Registro de temperaturas	3 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Libro de ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Etiqueta de caracterización	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 56 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Concentrado eritrocitario:** unidad que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultante de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada. Estos pueden ser lavados o congelados.
- 8.2. **Fraccionamiento:** el objetivo básico del fraccionamiento consiste en someter el plasma a una serie de procesos fenológicos de purificación y concentración que permiten obtener, en último extremo, un producto que permita la utilización terapéutica de los distintos componentes sanguíneos en un vehículo seguro y eficaz.
- 8.3. **Inmunoematología:** el estudio de antígenos, anticuerpos sanguíneos y problemas asociados a los componentes sanguíneos.
- 8.4. **Rh:** es la identificación del antígeno D del sistema Rh.
- 8.5. **Sangre total:** tejido hemático no fraccionado, de más de seis horas después de su recolección.
- 8.6. **Serología:** es el estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos o antígenos en la sangre.
- 8.7. **Unidad:** volumen de sangre o componente sanguíneo recolectado para uso terapéutico de un solo donante, en una bolsa o recipiente que contenga anticoagulante adecuado, suficiente, estéril y carente de pirógenos.

R

M

7

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento,          almacenamiento, etiquetado y conservación de la          sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 57 de 350

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Nueva Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Libro de ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes.
- 10.2. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional.
- 10.3. Etiqueta de caracterización.




**10.1 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE INGRESOS)**

CANTIDAD DE SANGRE O HEMOCOMPONENTE	FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE DEL DONANTE	CATEGORÍA DE DONANTE		TIPO DE DONACIÓN		TIPO DE PRODUCTO	CANTIDAD	SANGRE ENTERA		PLASMA O DERIVADOS DE LA SANGRE	PROCESAMIENTO DE LA SANGRE				TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO		OBSERVACIONES	FIRMAS	
			REGULAR	ESPECIAL	REGULAR	ESPECIAL			PLASMA	PLASMA		PLASMA	PLASMA	PLASMA	PLASMA						
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					



### 10.1 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE EGRESOS)

E G R E S O S															
FECHA HORA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR (NOMBRE Y DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIÓ LA UNIDAD)	NUM. DE EXPEDIENTE	NUM. DE DARMA DE HISTORIA	DIRECCION DONDE SE LLEVA A CABO LA TRANSFUSION	SECCION DEL DESTINO FINAL	ORGANIZACION DEL RECEPTOR					NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE INICIA LA TRANSFUSION	VOLUMEN EGRESADO (ML) Y TIPO	EVENTUALIDAD	CONSERVACIONES	
						1	2	3	4	5					
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															


*Handwritten mark resembling a stylized 'S' or 'A'.*

*Handwritten number '4'.*

*Handwritten mark resembling a stylized 'R'.*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento,          almacenamiento, etiquetado y conservación de la          sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 60 de 350



## 10.2 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ  
 CALZADA DE DALAN 4500 COL. SECCIÓN XVI TEL. 40-00-30-00 EXT. 3271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
 \_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_  
 COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_  
 Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno| \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_  
 Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 2hrs. antes.  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Lic. Sencicarsa 101404673




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>3. Procedimiento para el fraccionamiento, almacenamiento, etiquetado y conservación de la sangre y hemocomponentes.</b>	Hoja: 61 de 350

### 10.3 ETIQUETA DE CARACTERIZACIÓN.

Nombre:  
 Ant. ACC CON SOLUCION GDR MANUEL GEA GONZA  
 F. Nac. FE 24082023 0747 F. 24082023 11 20



**SANGRE TOTAL**

Vol: 500 mL +/- 10%      Inicio: \_\_\_:\_\_\_  
 Fin: \_\_\_:\_\_\_

Nombre:  
 Ant. ACC CON SOLUCION GDR MANUEL GEA GONZA  
 F. Nac. FE 24082023 0747 F. 24082023 11 20



**CONC. ERITROCITARIO**

Vol: 500 mL +/- 10%      Inicio: \_\_\_:\_\_\_  
 Fin: \_\_\_:\_\_\_

Nombre:  
 Ant. ACC CON SOLUCION GDR MANUEL GEA GONZA  
 F. Nac. FE 24082023 0747 F. 24082023 11 20



**PLASMA FRESCO CONGELADO**

Vol: 500 mL +/- 10%      Inicio: \_\_\_:\_\_\_  
 Fin: \_\_\_:\_\_\_

Nombre:  
 Ant. ACC CON SOLUCION GDR MANUEL GEA GONZA  
 F. Nac. FE 24082023 0747 F. 24082023 11 20





**CONC. PLAQUETARIO**

Vol: 500 mL +/- 10%      Inicio: \_\_\_:\_\_\_  
 Fin: \_\_\_:\_\_\_

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 62 de 350

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD URGENTE DE SANGRE Y  
HEMOCOMPONENTES AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

R

✓

a

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 63 de 350

## 1. PROPÓSITO

Optimizar la gestión y solicitud de unidades de sangre URGENTES y sus hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional, asegurando el cumplimiento pleno de la NOM-253-SSA1-2012, con el fin de garantizar un suministro eficaz y seguro para fines terapéuticos.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina transfusional que asegura la correcta ejecución de las solicitudes de sangre y hemocomponentes y su entrega para fines terapéuticos a las áreas médicas requirentes, a las Subdirecciones Médicas que solicitan sangre y hemocomponentes para personas beneficiarias del Hospital.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento es aplicable a las personas beneficiarias hospitalizadas que requieren de componentes con fines terapéuticos.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 64 de 350

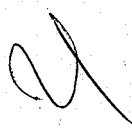
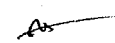
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).
- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe promover la participación de todo el personal en el cumplimiento del Procedimiento Normalizado de Operación para la solicitud URGENTE de unidades de sangre y sus componentes.

22

21

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 65 de 350

- 3.11. Las Subdirecciones Médicas son responsables del llenado adecuado y completo de la solicitud de componentes sanguíneos, sin dejar campos vacíos, para ser tomada en cuenta, así como que la muestra se haya tomado en el tubo correcto y estén con los datos completos de la persona beneficiaria y con firma de autorización del personal médico adscrito. La solicitud debe ser original y copia.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas son responsables de recibir la sangre y hemocomponentes integrando la información requerida en el expediente clínico de la persona beneficiaria.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable, en el caso de que sea una urgencia que ponga en riesgo la vida de la persona beneficiaria y se desconozca grupo sanguíneo y Rh, entregará un componente O negativo.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable, en el caso de que sea una urgencia que ponga en riesgo la vida de la persona beneficiaria; y que no exista un componente O negativo, se busca un componente del mismo grupo y Rh positivo siempre y cuando se indague que la persona beneficiaria no haya sido isoimmunizada previamente y se aplique anti D bajo consentimiento de la Persona Titular del Servicio de Medicina Transfusional y del personal médico tratante.
- 3.15. Las Subdirecciones Médicas a través de las Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar por lo menos con 7 días de anticipación cualquier hemoderivado en sus cirugías programadas, por lo que este procedimiento no aplica en personas beneficiarias programadas.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que ante una urgencia transfusional acreditada por el personal médico tratante y avalada por la persona titular del Servicio de Medicina transfusional, no exime la práctica de las pruebas cruzadas de compatibilidad; sin embargo, la sangre o concentrado de eritrocitos podrán liberarse anticipadamente para su transfusión, hasta haber corroborado el grupo AB0 y Rh de la unidad y de la persona receptora y verificar la compatibilidad AB0, mediante una prueba rápida en medio salino.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable en caso de urgencias transfusionales de gestionar la solicitud de unidades de sangre o hemocomponentes a otros bancos de sangre aun sin que medie convenio alguno, siempre y cuando la Persona Titular del Servicio de Medicina Transfusional lo autorice y registre por escrito la eventualidad, sin perjuicio de que con posterioridad se formalice un convenio escrito.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable en caso de urgencia para aplicar una transfusión en una persona receptora que no esté en uso pleno de sus facultades mentales o ante la necesidad de efectuar un procedimiento de transfusión autóloga en personas menores o incapaces de otorgar su consentimiento y en ausencia de una persona otorgante facultada para el ejercicio de tal derecho, el personal médico tratante y la persona titular


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 66 de 350

del Servicio de Medicina Transfusional, llevarán a cabo el procedimiento de que se trate, dejando constancia en el expediente clínico.

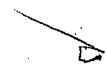
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar y completar las pruebas de compatibilidad a la brevedad aun cuando ya se hubiese iniciado la transfusión. En la bolsa del producto sanguíneo deberá hacer constar que las pruebas de compatibilidad no se han completado y debe monitorearse para detectar reacciones adversas.
- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de notificar al servicio médico tratante a la brevedad el resultado de las pruebas de compatibilidad cuando estas sean incompatibles para interrumpir de forma inmediata la transfusión.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe seleccionar el hemocomponente de acuerdo a las tablas de opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos y plasma compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D).

Opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) en adultos y niños mayores de 4 meses.

Grupo del paciente/receptor	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
0 positivo	0 positivo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
0 negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente	Inexistente
A positivo	A positivo	A negativo	0 positivo	0 negativo
A negativo	A negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
B positivo	B positivo	B negativo	0 positivo	0 negativo
B negativo	B negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
AB positivo	AB positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	0 positivo o negativo
AB negativo	AB negativo	A negativo	B negativo	0 negativo

Nota: Para la transfusión de preparados de eritrocitos Rh (D) positivos a receptores Rh (D) negativos, véase el apartado 11.2.3 de la NOM-253-SSA1-2012.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 67 de 350

**Opciones para la transfusión de plasma compatible en el sistema AB0 y Rh**

Grupo AB0 y Rh (D) del receptor	Orden de preferencia en cuanto al grupo AB0 y Rh del plasma a transfundir			
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
0 positivo	0 positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	AB positivo o negativo
0 negativo	0 negativo o positivo	A negativo o positivo	B negativo o positivo	AB negativo o positivo
A positivo	A positivo	A negativo	AB positivo	AB negativo
A negativo	A negativo	A positivo	AB negativo	AB positivo
B positivo	B positivo	B negativo	AB positivo	AB negativo
B negativo	B negativo	B positivo	AB negativo	AB positivo
AB positivo	AB positivo	AB negativo	Inexistente	Inexistente
AB negativo	AB negativo	AB positivo	Inexistente	Inexistente

Nota: Los plasmas de grupo Rh (D) negativos que se pretendan transfundir a receptores Rh (D) positivos deberán carecer de anticuerpos contra el antígeno D, conforme a lo establecido en el apartado 9.5.1.6 de la NOM-253-SSA1-2012.

Los plasmas de grupo Rh (D) positivos que se pretendan transfundir a receptores Rh (D) negativos deberán carecer de contaminación eritrocitaria.

*Handwritten signature*

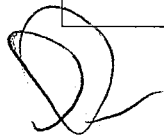
*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de          sangre y hemocomponentes al Servicio de          Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 68 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

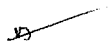
Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Detecta la necesidad de transfundir sangre y/o hemocomponentes de manera urgente a una persona beneficiaria.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	2	Realiza la Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional.	
	3	Toma la muestra piloto.	
	4	Envía al Servicio de Medicina Transfusional la Solicitud de componentes sanguíneos con la muestra piloto.	
Servicio de Medicina Transfusional	5	Recibe la Solicitud de componentes sanguíneos con la muestra piloto.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	6	<p>Revisa el diagnóstico de la solicitud para evaluar el grado de urgencia en conjunto con el personal médico responsable del tratamiento de la persona beneficiaria.</p> <p>¿El diagnóstico amerita la urgencia de disposición de sangre o hemocomponentes?</p>	
	7	No: Determina que el diagnóstico no constituye una urgencia que ponga en riesgo la vida de la persona beneficiaria. <b>Pasa a la actividad 9.</b>	
	8	Sí: Inicia algoritmo de sangrado masivo. <b>Pasa a la actividad 10.</b>	
	9	Notifica al personal médico tratante que la solicitud no aplica.  <b>Termina el procedimiento.</b>	
	10	Centrifuga la muestra.	
	11	Determina el grupo ABO y Rh de la muestra mediante una prueba rápida en medio salino.	




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de          sangre y hemocomponentes al Servicio de          Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 69 de 350

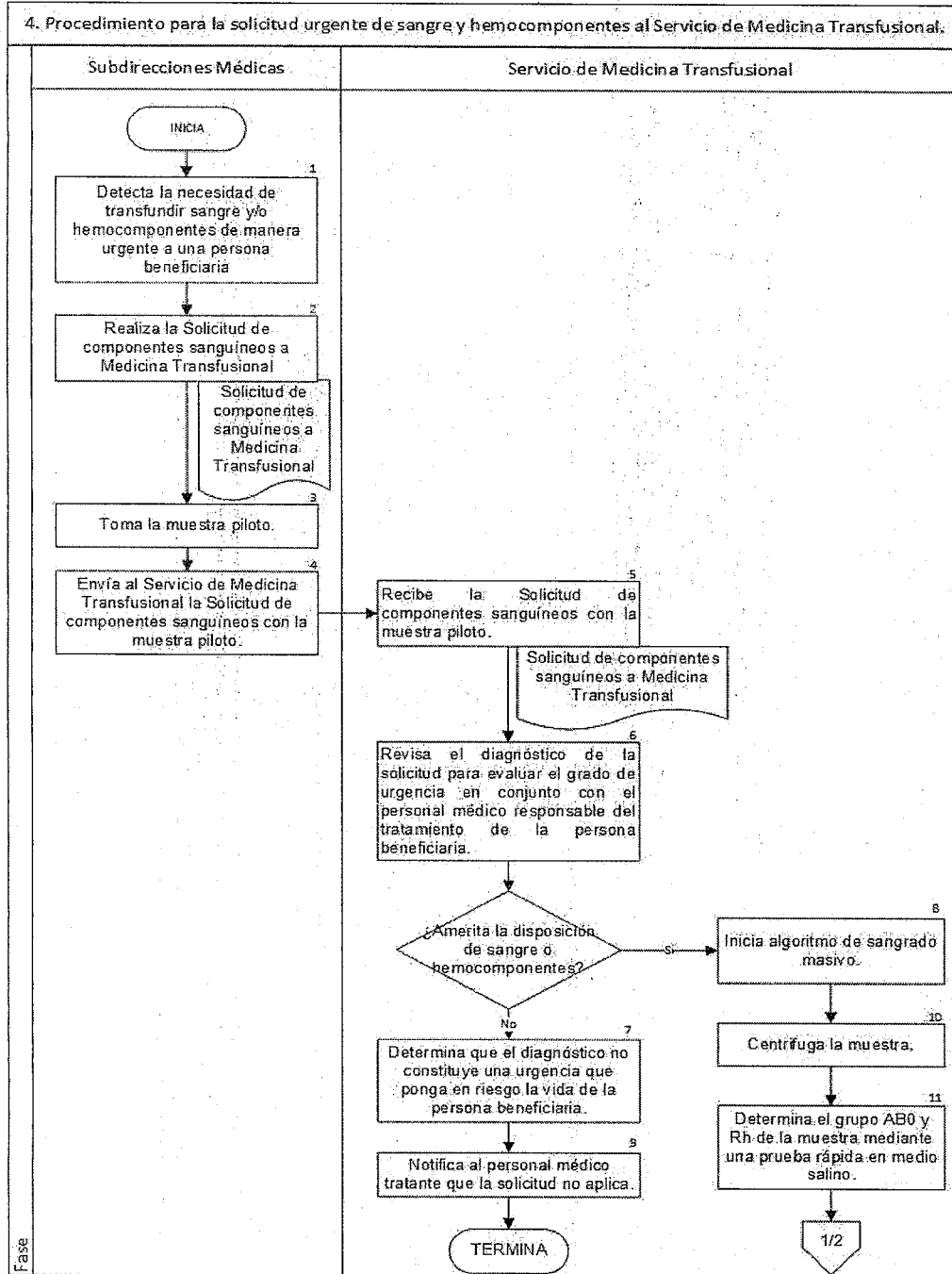
Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	12	Registra el resultado en la libreta de grupos sanguíneos y en el sistema electrónico informático.	Libreta de grupos sanguíneos
	13	Selecciona el hemocomponente de primera, segunda o tercera opción como lo establece la NOM-253-SSA1-2012. Ver política 3.21	
	14	Realiza prueba cruzada de compatibilidad mayor rápida en medio salino.  ¿Es compatible la prueba?	
	15	No: Verifica alguna otra unidad que se tenga disponible con el mismo método. <b>Regresa a actividad 13.</b>	
	16	Sí: Entrega hemocomponente, indicando en la solicitud de componentes, que la unidad fue recibida a salina rápida y debe monitorearse para detectar reacciones adversas.	
	17	Solicita datos de recepción en solicitud de componentes.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	18	Registra el egreso de la unidad correspondiente en la libreta de ingresos / egresos del servicio. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PRE-TRANSFUSIONALES Y CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES  <b>Termina el procedimiento.</b>	Libreta de ingresos / egresos





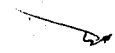


**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



*R*

*al*





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

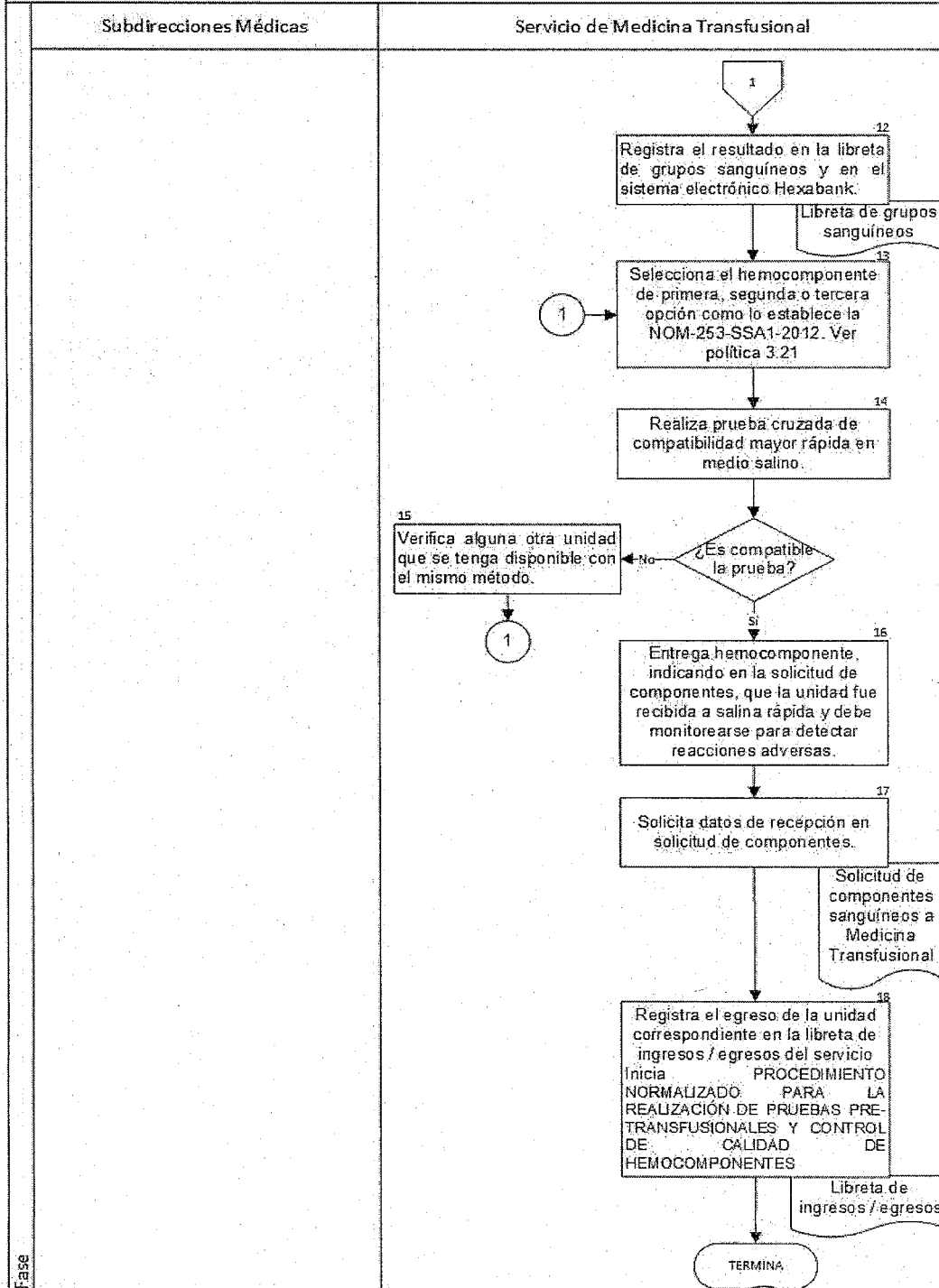
**Servicio de Medicina Transfusional**

**4. Procedimiento para la solicitud urgente de  
sangre y hemocomponentes al Servicio de  
Medicina Transfusional.**



Hoja: 71 de 350

**4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.**



Fase

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de          sangre y hemocomponentes al Servicio de          Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 72 de 350

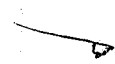
## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México, 2012.	NOM-253-SSA1-2012
6.2 Manual técnico de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) 1999 13ª Edición.	No aplica
6.3 Radillo, Alfredo. Medicina Transfusional. 2006. Editorial Prado, México.	No aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de componentes sanguíneos	5 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Libreta de ingreso/egresos del servicio	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Libreta de Grupos sanguíneos	5 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica






 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 73 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Componente sanguíneo:** fracción celular o acelular del tejido hemático, separada de una unidad de sangre total por centrifugación u obtenida por aféresis.
- 8.2. **Concentrado eritrocitario:** unidad que contiene mayoritariamente glóbulos rojos, obtenidos por fraccionamiento de una unidad de sangre total de una donación única o de una sesión de eritroaféresis.
- 8.3. **Concentrado plaquetario:** unidad que contiene principalmente trombocitos suspendidos en plasma, obtenidos por aféresis o preparados mediante fraccionamiento de unidades de sangre fresca de una donación única.
- 8.4. **Muestra:** alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 74 de 350

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
- 10.2. Libreta de ingreso/egresos del servicio
- 10.3. Libreta de Grupos sanguíneos
- 10.4. Algoritmo de sangrado masivo







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 75 de 350.

## 10.1 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
 CALZADA DE LAS AMÉRICAS 4800 COL. SECCIÓN XVI TEL. 40-00-30-00 EXT. 3271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEO A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: GRD \_\_\_\_\_  
 URG \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_  
 COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_  
 Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_  
 Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación ya retirarán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Lic. Secretaría 101400673



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**

**4. Procedimiento para la solicitud urgente de  
sangre y hemocomponentes al Servicio de  
Medicina Transfusional.**



Hoja: 76 de 350

**10.2 LIBRETA DE INGRESO/EGRESOS DEL SERVICIO (APARTADO DE  
INGRESOS)**

**I N G R E S O S**

ORDEN	FECHA DE INGRESO	NOMBRE DEL DONANTE	CATEGORÍA	SISTEMA DE REGISTRO	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DONACIÓN		TIPO DE SANGRE		TIPO DE COMPONENTE		TIPO DE PRODUCTO	FECHA DE EGRESO
						UNIDAD	CANTIDAD	GRUPO	RESERVA	PLASMA	PLASMA		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**

**4. Procedimiento para la solicitud urgente de  
sangre y hemocomponentes al Servicio de  
Medicina Transfusional.**



Hoja: 77 de 350

**10.2 LIBRETA DE INGRESO/EGRESOS DEL SERVICIO (APARTADO DE EGRESOS)**

E G R E S O S														
FECHA Y HORA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR PRESENTE O DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVOLUCARON	NÚM. DE EMERGENCIA	NÚM. DE CAMA O PARTICIÓN	CORREO DONDE DE LLEVARÁ ACABA LA TRANSFUSIÓN	MOTIVO DEL SOLICITUD FINAL	INDICADORES DEL RECEPTOR					NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE INICIA LA TRANSFUSION	EXAMENES ESPECIALES INDICADOS ELECTRICAL	EVENTUALIDAD	CONSERVACIONES
						1	2	3	4	5				
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														

*[Handwritten signature]*

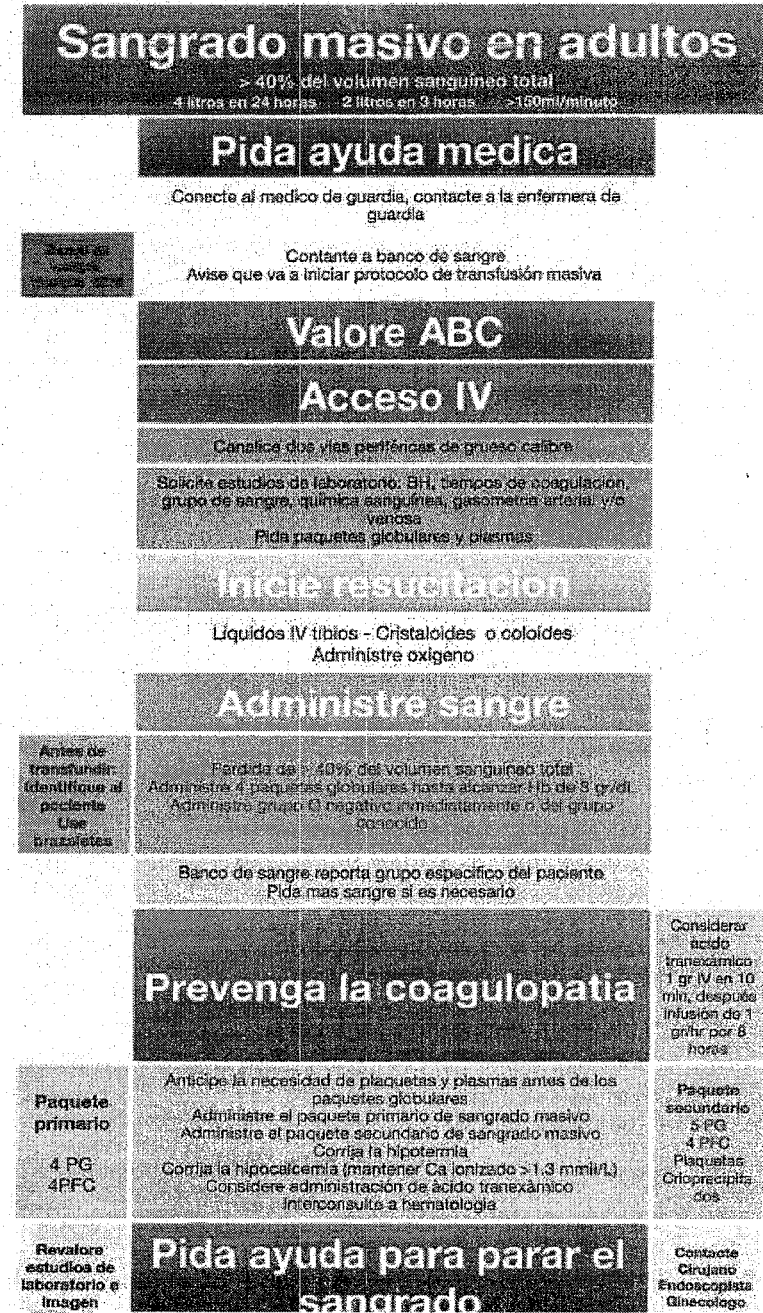
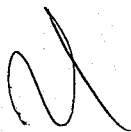
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional.</b>	Hoja: 79 de 350

## 10.4 ALGORITMO DE SANGRADO MASIVO





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 80 de 350

**5. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL USO ADECUADO DE LAS  
UNIDADES AUTÓLOGAS**

12

1

21

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 81 de 350

## 1. PROPÓSITO

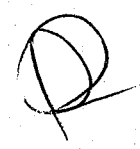
Implementar y aplicar las técnicas más sensibles para la correcta identificación de grupos sanguíneos, así como la adecuada implementación del procedimiento de donación autóloga, en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos"; con la finalidad de proporcionar hemocomponentes seguros a las personas receptoras de una transfusión autóloga.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional que realiza la correcta obtención, almacenaje y caracterización de las unidades autólogas. A las Subdirecciones Médicas que solicitan unidades autólogas para procedimientos quirúrgicos programados.
- 2.2. A nivel externo es aplicable a las personas beneficiarias que sean referidas por las áreas clínicas para un procedimiento de donación autóloga.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 82 de 350

- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de realizar la interconsulta al Servicio de Medicina Transfusional en original y copia, para la valoración de un procedimiento de disposición de sangre para uso autólogo por depósito previo, indicando lo siguiente:

R

2





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 83 de 350

- 3.10.1. Servicio médico solicitante.
  - 3.10.2. Diagnóstico y tipo de intervención que se planea efectuar.
  - 3.10.3. Número de unidades requeridas.
  - 3.10.4. Fecha de intervención.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de fomentar la donación autóloga.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de obtener el consentimiento informado de la persona beneficiaria y, en caso de personas menores o incapacitadas, solicitará la autorización del padre, la madre, la persona tutora, quien ejerza la patria potestad o la persona representante legal.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de que las unidades recolectadas para uso autólogo solo puedan ser transfundidas a la misma persona donante, ya que no deberán emplearse para uso alogénico, ni destinarse para la obtención de hemoderivados por fraccionamiento.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de efectuar las actividades del presente procedimiento con el personal capacitado y experimentado en la materia y con los equipos e insumos necesarios para efectuar las extracciones sanguíneas y en atender las reacciones adversas a la donación.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de realizar las siguientes actividades inherentes al procedimiento:
- 3.15.1. Proporcionar a la persona que recibe la atención la información concerniente al procedimiento de transfusión autóloga mediante depósito previo y obtener la firma de la carta de consentimiento informado.
  - 3.15.2. Evaluar la aptitud de la persona beneficiaria que recibe la atención para tolerar el procedimiento, de conformidad con los requisitos, y de ser necesario, auxiliándose de otras áreas médicas especialistas interconsultantes, de quienes deberá obtener su opinión escrita.
  - 3.15.3. Consignar en la historia clínica las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
  - 3.15.4. Supervisar la extracción, identificación, análisis, fraccionamiento, custodia y conservación de las unidades de sangre y de sus hemocomponentes.
  - 3.15.5. Establecer para cada caso, un programa de extracciones de acuerdo al plan quirúrgico programado.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de hacer una evolución que permita excluir de la selección de personas candidatas a aquellas que presenten cualquiera de las condiciones siguientes:
- 3.16.1. Niños o niñas con peso inferior a 10 kg.

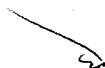
*al*



*—*

*P*

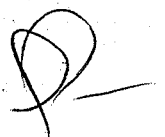
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 84 de 350



- 3.16.2. Padecimientos crónicos con respuesta medular hematopoyética insuficiente.
- 3.16.3. Enfermedad de células falciformes.
- 3.16.4. Enfermedad cardíaca en situación de inestabilidad, tales como:
  - 3.16.4.1. Angina inestable.
  - 3.16.4.2. Infarto al miocardio ocurrido en los últimos 6 meses.
  - 3.16.4.3. Estenosis de las arterias coronarias.
  - 3.16.4.4. Cardiopatías cianógenas.
  - 3.16.4.5. Hipertensión arterial descontrolada, y cualquier otra condición cardíaca, solo previa valoración y autorización escrita por una persona especialista en Cardiología.
- 3.16.5. Evento vascular cerebral ocurrido en los últimos seis meses. Si el Evento ocurrió en un lapso mayor a seis meses, sólo que se cuente con la valoración y autorización escrita por una persona especialista en neurología.
- 3.16.6. Neuropatías, tales como: enfermedad cerebrovascular, antecedente de convulsiones o epilepsia, salvo valoración y autorización escrita por una persona especialista en neurología.
- 3.16.7. Toxemia gravídica moderada o grave.
- 3.16.8. Infección bacteriana aguda.
- 3.16.9. Reactividad o positividad en cualquiera de los marcadores de infección que se indican a continuación:
  - 3.16.9.1. Antígeno de superficie del virus B de la hepatitis.
  - 3.16.9.2. Anticuerpos contra el virus C de la hepatitis.
  - 3.16.9.3. Anticuerpos contra virus de la inmunodeficiencia humana, tipos 1 o 2
  - 3.16.9.4. Anticuerpos contra Trypanosoma cruzi.
- 3.16.10. Cuando la persona tenga antecedente de la presencia de anticuerpos contra el virus HTLV-I o II.
- 3.16.11. Cuando la persona tenga valores de hemoglobina inferiores a 10 g/dL.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar recomendaciones adicionales para efectuar un programa de disposición de sangre para uso autólogo mediante depósito previo:
  - 3.17.1. En niños o niñas con peso corporal entre 10 y 20 kg, deberá hacerse reemplazo volumétrico con soluciones.
  - 3.17.2. Deberán extremarse los cuidados en personas mayores de 70 años.
  - 3.17.3. Durante la extracción sanguínea en embarazadas se deberá vigilar estrechamente la aparición de contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal
  - 3.17.4. En personas beneficiarias con valores de hemoglobina entre 10.0 y 11.0 g/L deberá valorarse la realización del procedimiento de autodonación, de acuerdo al número de unidades programadas y a la etiología de la anemia.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de instruir a su personal con información para prevenir, tratar y registrar las reacciones adversas que pueden tener las personas donantes sometidas a procedimientos de transfusión autóloga mediante procedimientos de depósito previo


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 85 de 350

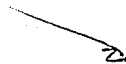
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de notificar al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea los efectos adversos relacionados con las extracciones para uso autólogo.
- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar la extracción de sangre para uso Autólogo bajo las mismas condiciones y procedimientos como la de uso alogénico.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable junto con el personal de salud a cargo de la persona beneficiaria de establecer la frecuencia y el número de las extracciones de forma individualizada.
- 3.22. La Subdirección De Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que a toda persona donante autóloga se le realicen las determinaciones analíticas que se indican a continuación:
- 3.22.1. Pruebas para la detección de:
    - 3.22.1.1. Treponema pallidum.
    - 3.22.1.2. Virus B de la hepatitis.
    - 3.22.1.3. Virus C de la hepatitis.
    - 3.22.1.4. Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2
    - 3.22.1.5. Trypanosoma cruzi
  - 3.22.2. Hemoclasificación AB0 y Rh (D)
  - 3.22.3. En aquellos que tengan antecedentes propiciadores de Aloinmunización se hará investigación de anticuerpos irregulares de importancia clínica.
  - 3.22.4. Las demás que determine el Servicio de Medicina Transfusional por razón de la situación epidemiológica de la región geográfica de procedencia de la persona donante, para adquirir enfermedades infecciosas.
- 3.23. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que las pruebas ya anteriormente mencionadas se realicen en las muestras sanguíneas durante la primera extracción de sangre.
- 3.24. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que a cualquier unidad con resultado reactivo o positivo en las pruebas ya antes mencionadas se deben dar destino final y suspender el programa de extracciones para autodonación.
- 3.25. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional de asegurar que en lo referente al procesamiento, conservación y vigencia de las unidades obtenidas de uso autólogo sea bajo las disposiciones normativas.
- 3.26. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicios de Medicina Transfusional debe contar con mecanismos que garanticen el uso autólogo exclusivo de las unidades, por lo que se deben mantener bajo estricta custodia, separadas del resto de las unidades.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 86 de 350

- 3.27. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicios de Medicina Transfusional es responsable de asegurar que la etiqueta de las unidades autólogas tenga la siguiente información:
- 3.27.1. Nombre del Servicio de Medicina Transfusional procesador.
  - 3.27.2. Las frases:
    - 3.27.2.1. "DONACION AUTOLOGA"
    - 3.27.2.2. "ESTRICTAMENTE RESERVADA PARA": seguida del nombre de la persona beneficiaria, fecha de su nacimiento y su número de expediente o registro.
  - 3.27.3. Nombre del componente sanguíneo de que se trate.
  - 3.27.4. La identificación numérica o alfanumérica exclusiva de la unidad.
  - 3.27.5. Nombre de la solución anticoagulante o, en su caso, el nombre y volumen de la solución aditiva.
  - 3.27.6. Resultado de las pruebas de detección de los agentes infecciosos.
  - 3.27.7. Grupo sanguíneo ABO y Rh. La presencia o ausencia del antígeno Rh (D) se señalará con letras mayúsculas: "POSITIVO" o "NEGATIVO", o con los símbolos o siglas "+" o "NEG", respectivamente.
  - 3.27.8. Volumen aproximado de la unidad.
  - 3.27.9. El rango de temperatura en que debe conservarse.
  - 3.27.10. Fechas de extracción y de caducidad.
  - 3.27.11. Los señalamientos siguientes:
    - 3.27.11.1. No mezclarse con medicamentos.
    - 3.27.11.2. Transfundirse a través de un filtro de 170–200 micras
- 3.28. La Subdirección De Servicios Ambulatorios a través del Servicios de Medicina Transfusional es responsable dar destino final a las unidades o componentes sanguíneos que no se hubiesen transfundido o aquellas unidades que llegarán a su término de vigencia.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 87 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Area Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirecciones Médicas	1	Determina transfundir de manera autóloga a alguna persona beneficiaria programada para intervención quirúrgica.	
	2	Realiza solicitud de interconsulta para evaluación de transfusión autóloga de conformidad con la política 3.10.	Solicitud de interconsulta
	3	Envía al Servicio de Medicina Transfusional a la persona beneficiaria con la solicitud de interconsulta.	Solicitud de interconsulta
Servicio de Medicina Transfusional	4	Recibe solicitud de interconsulta de valoración para transfusión autóloga.  ¿La interconsulta contiene los datos necesarios?	Solicitud de interconsulta
	5	No: señala errores u omisiones en la solicitud. Regresa a la actividad 2.	
	6	Sí: Registra datos de la persona beneficiaria en el sistema informático.	
	7	Evalúa a la persona beneficiaria, inicia: <b>PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONA DONANTE DE SANGRE</b>  ¿La persona beneficiaria está en condiciones de realizar la donación autóloga?	
	8	No: Realiza la nota de interconsulta con los motivos que excluyen a la persona beneficiaria de la donación autóloga. <b>Pasa a actividad 10.</b>	Nota de interconsulta
	9	Sí: Determina plan de donación autóloga acorde con la fecha de programación quirúrgica y hemocomponentes solicitados. <b>Pasa a actividad 11.</b>	
	10	Entrega nota de interconsulta a la persona beneficiaria para el Servicio Médico tratante con la opción del uso de unidades alogénicas. <b>Termina procedimiento</b>	Nota de interconsulta







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 88 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	11	Indica a la persona beneficiaria plan de donación autóloga y solicita firma en consentimiento.	Consentimiento informado
	12	Recibe a la persona beneficiaria el día indicado en el plan de donación. Inician: PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE TOTAL Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA DONACIÓN. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PRE-TRANSFUSIONALES Y CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE SEROLOGÍA INFECCIOSA	
	13	Verifica resultados de grupo sanguíneo y serología infecciosa en el sistema informático.  ¿Los hemocomponentes de donación autóloga pueden ser utilizados?	Nota de interconsulta
	14	No: Registra el motivo en la nota de interconsulta con los motivos que excluyen a la persona beneficiaria. Pasa a actividad 16.	
	15	Sí: Entrega a la persona beneficiaria nota de interconsulta para conocimiento del servicio médico tratante. Pasa a la actividad 17.	
	16	Entrega nota de interconsulta a la persona beneficiaria para el Servicio Médico tratante con la opción del uso de unidades alogénicas. <b>Termina procedimiento</b>	Nota de interconsulta
	17	Imprime etiquetas de Donación Autóloga para la caracterización de cada hemocomponente.	Etiqueta de donación autóloga
	18	Extrae los hemocomponentes del resguardo del área de UNIDADES SIN LIBERAR para su caracterización.	
	19	Valida que la etiqueta de la bolsa corresponda con la etiqueta de caracterización del hemocomponente.	





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 89 de 350

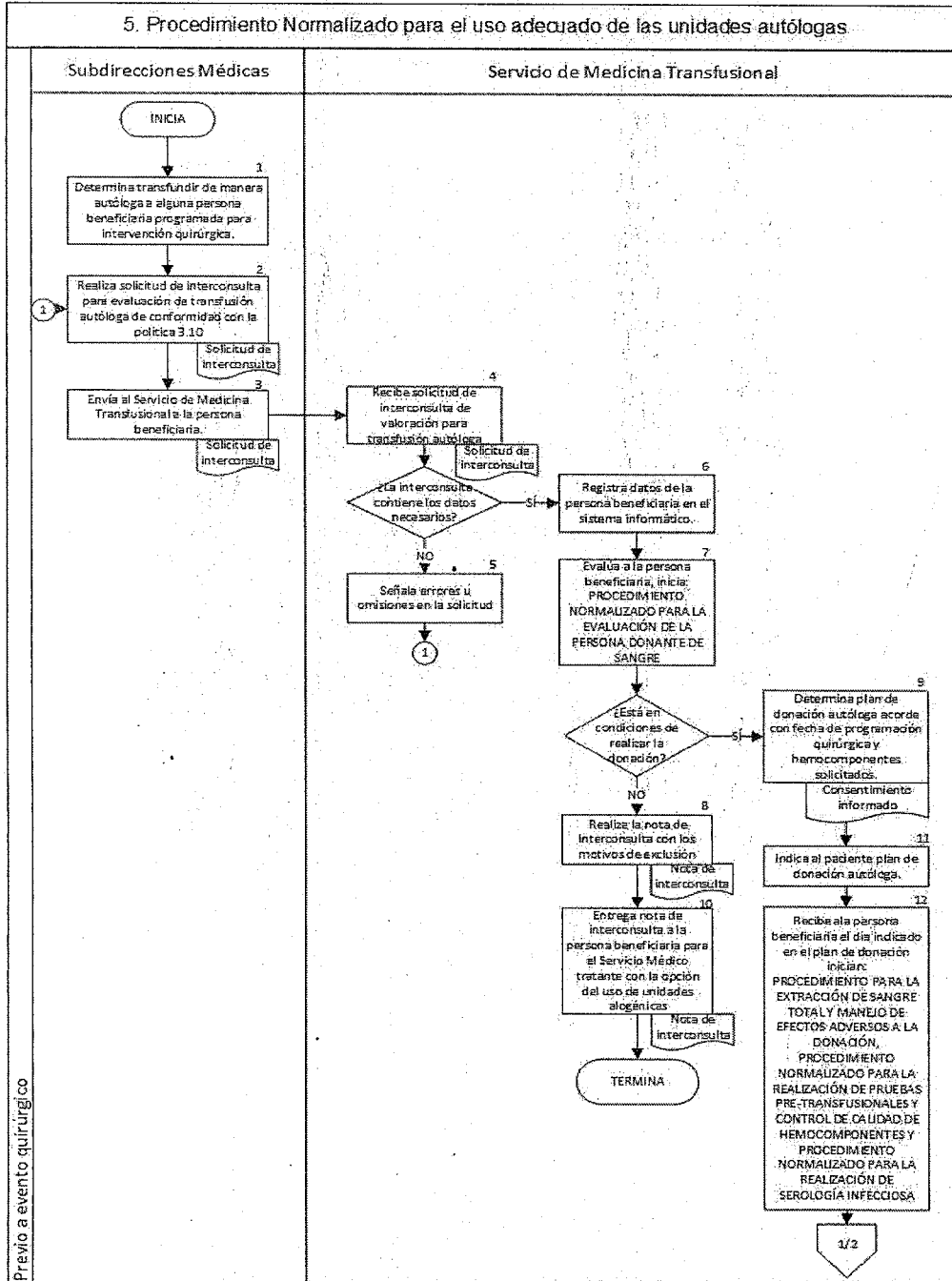
Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	20	Pega etiqueta de DONACIÓN AUTÓLOGA en la parte frontal del hemocomponente correspondiente.	Etiqueta de donación autóloga
	21	Almacena hemocomponentes en el refrigerador, congelador o incubador-agitador en el área correspondiente de Donación Autóloga liberada.	
Subdirecciones Médicas	22	Elabora Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional, especificando la reserva de uso autólogo.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	23	Envía solicitud al Servicio de Medicina Transfusional.	
Servicio de Medicina Transfusional	24	Recibe solicitud de hemocomponentes para uso autólogo.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	25	Verifica que los datos correspondan con los de la unidad de donación autóloga de la persona beneficiaria.	
	26	Se entrega la unidad	
	27	Solicita datos de recepción en solicitud de componentes.	Libro de entradas y salidas
	28	Registra en libro de entradas y salidas. <b>Termina Procedimiento</b>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

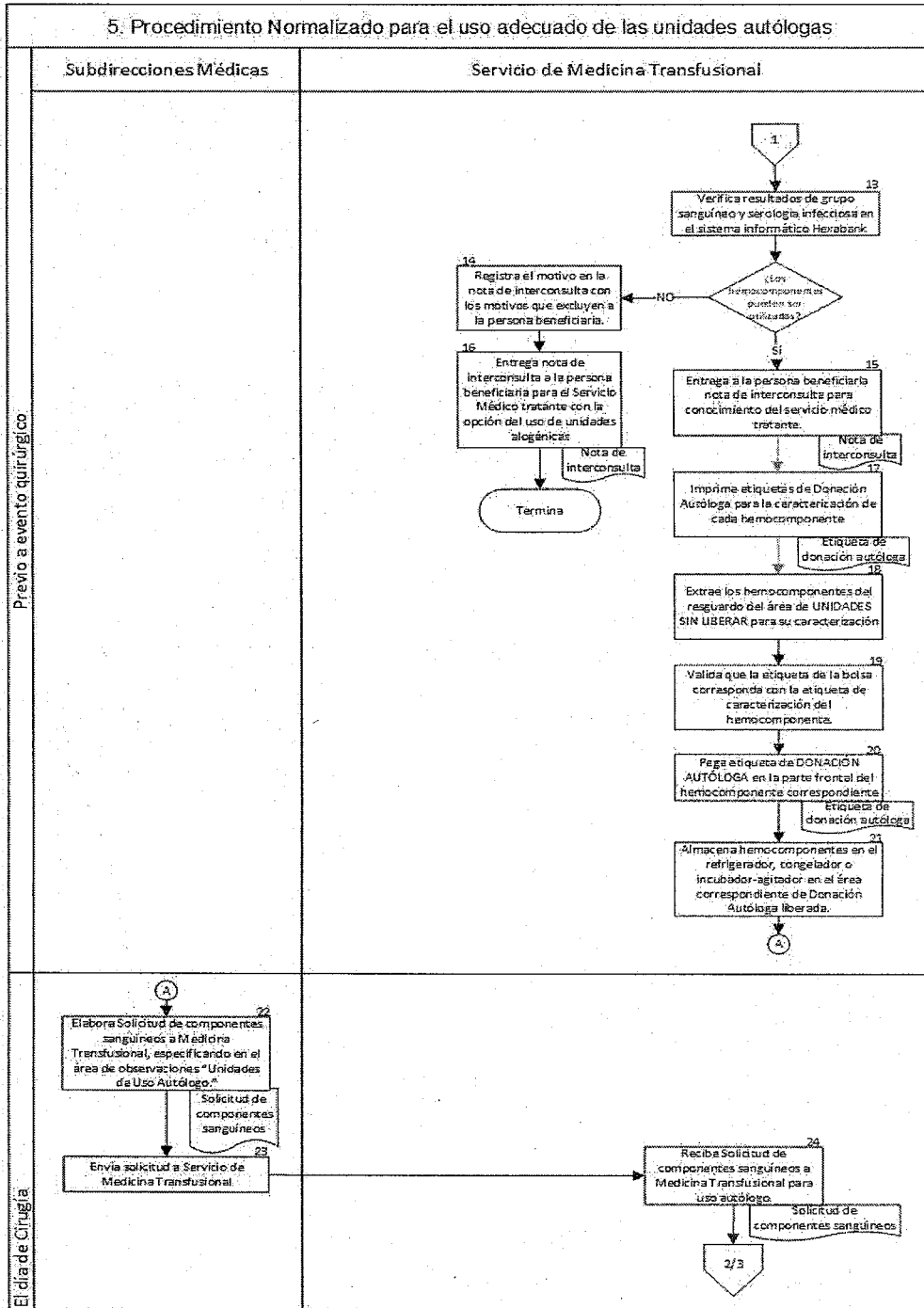
*[Handwritten signature]*

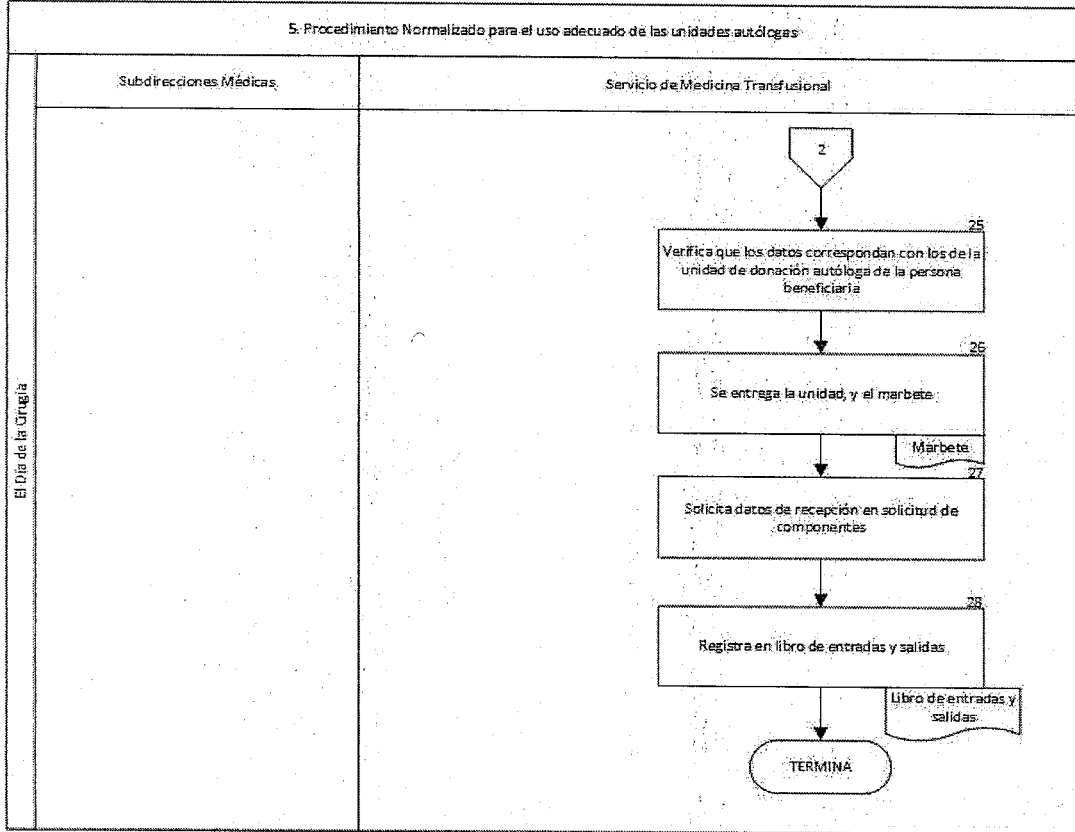
**5. DIAGRAMA DE FLUJO**









*R*

*M*



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 93 de 350

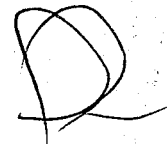
## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.5 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.6 Instructivo para Realizar Grupo y Rh en tubo.	No aplica
6.7 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud de interconsulta	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Etiqueta de identificación de persona beneficiaria.	72 horas	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Resultados de pruebas preanalíticas y serología.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Libreta de grupo sanguíneo.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.7 Etiqueta de donación autóloga	42 días	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.8 Consentimiento Informado	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 94 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Buenas prácticas:** cada uno de los elementos de la práctica establecida que, en conjunto, garantizan que las unidades de sangre y de componentes sanguíneos para uso terapéutico, cumplan constantemente las especificaciones y reglas definidas.
- 8.2. **Buenas prácticas de documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento se homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.3. **Hemovigilancia:** conjunto de procedimientos organizados para dar seguimiento a los efectos o reacciones adversas o inesperadas que se manifiestan en las personas donantes o en las receptoras, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia.
- 8.4. **Marbete:** información contenida en una etiqueta que acompaña a una unidad de sangre o de algún componente sanguíneo, pero que no va adherida a la unidad.
- 8.5. **Muestra:** alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.
- 8.6. **Persona beneficiaria:** Persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.7. **Persona candidata a donar:** persona cuya aptitud para donar sangre o componentes sanguíneos será evaluada por personal médico capacitado.
- 8.8. **Persona donante autóloga:** la persona que proporciona sangre para uso exclusivo en sí misma, cuando se anticipa el requerimiento transfusional y se desarrolla un plan de donación.
- 8.9. **Sensibilidad:** capacidad de una prueba de laboratorio para detectar verdaderos reactivos o verdaderos positivos.
- 8.10. **Unidad:** volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un solo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficientes, estériles y carente de pirógenos.
- 8.11. **Uso autólogo:** cuando la persona donante de sangre o componentes sanguíneos es la misma persona que la receptora.
- 8.12. **Verificación:** la constatación ocular o comprobación mediante muestreo, medición, pruebas de laboratorio, o examen de documentos que se realizan para evaluar la conformidad en un momento determinado.





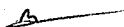
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 95 de 350



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO


- 10.1. Formato de solicitud de interconsulta y nota de interconsulta.
- 10.2. Etiqueta de donación autóloga.
- 10.3. Consentimiento Informado
- 10.4. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional.
- 10.5. Marbete.
- 10.6. Libro de ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes sanguíneos


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 96 de 350

**10.1 FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y NOTA DE INTERCONSULTA. ANVERSO.**

**HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**  
 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ HORA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ No. EXP.: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PROFESIONAL DE LA SALUD  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**RECUERDE LLEVAR ESTE FORMATO AL  
REALIZAR LA INTERCONSULTA, YA QUE  
DEBE SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

**NOTA: DEBE PRESENTAR ESTE FORMATO EL DÍA DE SU CONSULTA PARA PODER BRINDARLE  
UNA MEJOR ATENCIÓN, YA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE.**


06-01-0041

R

u

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b> <b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 97 de 350


**10.1 FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y NOTA DE INTERCONSULTA. REVERSO.**

<b>NOTA DE INTERCONSULTA</b>	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____		
SEXO: _____ No. EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____		
TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____		
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:		
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:		
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:		
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:		
PLAN DE ESTUDIO:		
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:		
PRONÓSTICO:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____		



*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten arrow pointing left)*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>	Hoja: 98 de 350

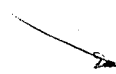
### 10.2 ETIQUETA DE DONACIÓN AUTÓLOGA

SSA HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ Lic. Sanit. D CLZ. TLALPAN No. 4800 ALC. TLALPAN CP. 14080 Tel.40003000 EXT 1707	
	<h1>AUTÓLOGA</h1>
Origen:	Don: <b>NOMBRE DEL DISPONENTE</b>
<b>CONCENTRADO ERITROCITARIO</b> Anticoag: ACD CON Vol: 250 ml ± 10 % Conservar a temp. de +2° a +8° C	
	Ext: Cad:
Donación: autólogo	

F-BS-008

*2*

*al*





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		
	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>		

Hoja: 99 de 350

## 10.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Hospital General "Gr. Manuel Gea González"**  
**Consentimiento Informado**  
**Para la Donación Alogénica de Sangre Total y/o Aféresis**

No. de Unidad: \_\_\_\_\_ Fecha de donación: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Extracción: SANGRE TOTAL  
 Tipo de Donación: Familiar o de reposición

Nombre del Donante: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: 0 \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de probabilidad o Certeza: \_\_\_\_\_

La donación es un acto solidario para los pacientes que requieren de esta terapia, que indica el médico tratante, como la mejor alternativa para su tratamiento. La transfusión de sangre y componentes, no está exenta de posibles riesgos para el receptor. Con el propósito de disminuir esta posibilidad, le proporcionamos información verbal y escrita de los requisitos necesarios para donar. Le realizamos una historia clínica y exploración física, poder identificar situaciones de riesgo para Ud. y pacientes.

La donación de Sangre total es la extracción de 450 ml de sangre a través de una vena del antebrazo en un sistema de bolsas cerrado y estéril, para su posterior fraccionamiento y obtención de los componentes sanguíneos.

La donación mediante procedimientos de Aféresis es la donación selectiva de un componente sanguíneo (plasma, eritrocitos o plaquetas) mediante la utilización de un separador celular, estado de una centrífuga en la que se separan los diferentes componentes de la sangre. El componente seleccionado es recolectado en una bolsa de almacenamiento y el resto son devueltos al donante.

En el caso de la donación designada, usted presenta características en su sangre compatibles o necesarias, con la del paciente, por lo cual el médico ha indicado su donación como la más adecuada para ser transfundida, y de ser necesario, usted acepta realizar una o más donaciones subsiguientes al mismo paciente.

El tipo de extracción depende de las necesidades e indicaciones siguientes:

- En Sangre total se obtendrá volumen aproximado de 450 ml.
- En entoféresis, obtendremos un volumen máximo de 420 ml por procedimiento.
- En plaquetoféresis se obtendrá un volumen aproximado de 400 ml.

En las aféresis se requiere usar solución salina y anticoagulante citrato trisódico, soluciones generalmente bien toleradas. Ocasionalmente pueden presentar efectos adversos como adormecimiento o calambres, locales o generalizados. En caso de presentarse administraremos calcio y de ser necesario suspendemos el procedimiento. La donación es un proceso seguro y lo realiza personal capacitado, sin embargo ocasionalmente puede prestarse: Urticaria, debilidad, sudoración, mareo, palidez, baja de la presión, baja de la frecuencia del corazón, síncope, náusea, vómito, convulsiones, mareos y/o falla en la punción, fiebres, trombosis, celulitis, sangrado tardío, dolor en brazo, lesiones en el paquete neurovascular.

La sangre y componentes le realizaremos pruebas de serología infecciosa reglamentarias para: virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana, tipos II, enfermedad de Chagas, Brucella y de sífilis. En caso de resultar con reactividad a los marcadores de serología infecciosa, se me notificará en forma personal y confidencial. Me comprometo a regresar a una segunda toma de muestras para realizar estudios complementarios. Le entregaremos el resultado en forma personal y confidencial, o en su caso alguna otra alternativa. La sangre y componentes con reactividad, se da inmediatamente destino final, o lo anterior declaro que estoy informado.

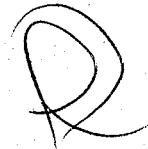
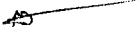
Que he recibido la información de riesgos y consecuencias de la donación  
 Que he leído y entendido toda la información del proceso de donación.  
 Que fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. También mi derecho de concluir el proceso en cualquier etapa del mismo.  
 Que se realizará la serología infecciosa reglamentaria y en caso de problema, será notificado confidencialmente. La sangre y componentes, serán desechados de acuerdo a normatividad.  
 Que será informado por escrito de las recomendaciones que debo seguir después de la donación.  
 Que la sangre y componentes que doné para transfusión, quedan bajo resguardo del hospital, hasta su uso transfusional.  
 De la importancia de proporcionar información verídica en el interrogatorio médico y sobre mi estilo de vida.  
 Las medidas de precaución que debo observar las primeras 24 horas después del procedimiento; así mismo, cuando estaré en condiciones de volver a donar.


o lo anterior, declaro bajo protesta decir verdad que dono mi sangre y componentes en forma voluntaria y no remunerada. Que los datos consignados en la historia clínica son verídicos. Que he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento. Que acepto y autorizo al personal de salud del Banco de Sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González, me extraiga la unidad de aféresis o sangre total. Así también se me ha explicado, he entendido el tipo y contenido de este documento, así como la historia clínica. En este acto autorizo al personal de salud del Banco de Sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Firma de conformidad de la historia clínica y consentimiento informado de la donación: \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del donante: \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_

DONACIÓN ALOGÉNICA SANGRE TOTAL: \_\_\_\_\_  
 DONACIÓN ALOGÉNICA POR AFÉRESIS: \_\_\_\_\_  
 RITROCITOFÉRESIS: \_\_\_\_\_ PLAQUETAFÉRESIS: \_\_\_\_\_

Hospital General Dr. Manuel Gea González

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>5. Procedimiento Normalizado para el uso adecuado de las unidades autólogas</b>

## 10.4 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL.

**gea**  
Hospital

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
 CALZADA DE TILMÁN 4500 COL. SECCIÓN XVI TEL. 40-00-50-00 EXT. 3271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
 \_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_  
 COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_  
 Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_  
 Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lic. Secretaría 1014004673




**10.5 MARBETE**

**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
 Dir. CLZ TLALPAN No. 4800, CP. 14080, CDMX, ALC. TLALPAN, Tel.  
 40003000 EXT 1707

**ATENCIÓN ANTES DE TRANSFUNDIR  
VERIFIQUE DATOS DEL PACIENTE Y DEL PRODUCTO**

Cod. Paciente:		<b>COMPATIBLE</b>
Unidad compatible con:		
Paciente: <b>NOMBRE DEL RECEPTOR O PACIENTE</b>		
FecNac:                      Servicio:		
Cama:                      Diagnóstico:		
N° Seguro Social              Sexo:		
Grupo y Rh Paciente:		
Producto: CE		
Unidad:		
	Unidad:	

Grupo y Rh Unidad: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_  
 Fecha Compatibilidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de inicio transfusión: \_\_\_\_\_  
 \* EN CASO DE REACCIÓN REGRESAR AL BANCO DE SANGRE LA UNIDAD JUNTO CON LA HOJA DE REACCIÓN POST-TRANSFUSIONAL

**COMPLEMENTO  
BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ  
GLOBULOS**

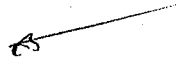
Paciente:		
Fecha de Nacimiento:		
Unidad:	Grupo y Rh:	Grupo y Rh Paciente:
Servicio:		
Fecha y Hora de inicio:	_____	(    )
Fecha y Hora de término:	_____	
Volumen Transfundido:	_____	mi.

**SIGNOS VITALES**

T.A:	INICIO	DURANTE	TÉRMINO
PULSO:	_____	_____	_____
TEMP:	_____	_____	_____
EDO. PAC:	_____	_____	_____
Reacciones Adversas:	_____ SI _____		
MANEJO	_____		

**NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE APLICÓ**

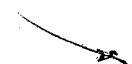
- Instrucciones de reporte reacción transfusional:
- Suspender la transfusión e informar a médico tratante y personal del banco.
  - Tomar muestra al paciente con tubo EDTA (tapa lila) y sin anticoagulante (tapa roja).
  - Regresar al banco de sangre: este registro con los datos solicitados, las muestras, la bolsa del componente y equipo.
  - Solicitar el formato de Reacción Transfusional al banco de sangre, para su llenado por el médico responsable


### 10.5 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE INGRESOS)

No. de Ingreso	Fecha de Ingreso	Nombre del Donante	Sexo	Edad	Tipo de donación	Categoría de donante	Categoría de sangre	Categorías de Sangre										Total	Unidades	Observaciones
								Grupos	Factores	Plasma	Plaquetas	Leucocitos	Plasma	Plaquetas	Leucocitos	Plasma	Plaquetas			
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				







**10.5 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES  
(APARTADO DE EGRESOS)**

<b>E G R E S O S</b>															
FECHA NOM.	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR PACIENTE, O DEL ESTABLECIMIENTO QUE SE EMPLAZA UNIDAD	NOMBRE DE EXFICIENTE	NOMBRE DE CLÍNICA O HOSPITALIZACIÓN	DIRECCIÓN DONDE SE REALIZA ACORDO LA TRANSFUSIÓN	MUESTRO DE DESTINO FINAL	UNIDADES DE RECEPCIÓN					NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE INICIA LA TRANSFUSIÓN	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD RECEPTORA	EVENTUALIDAD	OBSERVACIONES	
						A	B	C	D	E					
1-															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

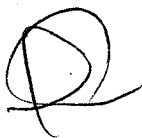
*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 104 de 350

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE TOTAL Y MANEJO  
DE EFECTOS ADVERSOS A LA DONACIÓN**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 105 de 350

## 1. PROPÓSITO

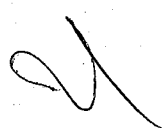
Describir las actividades para llevar a cabo la extracción de sangre mediante las técnicas aséptica y antiséptica, que debe realizarse a la persona donante de sangre total, en los sitios anatómicos, previo a la extracción de sangre total por técnica simple. Así como indicar los materiales y equipos recomendados para la extracción y recolección de la sangre, que permitan y favorezcan la correcta viabilidad de los componentes sanguíneos, y con ello dar cumplimiento a los requisitos de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."

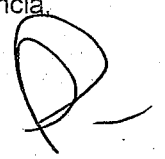
## 2. ALCANCE



- 2.1. A nivel interno, el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional que realiza la extracción de sangre conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.
- 2.2. A nivel externo es aplicable a las personas donantes de sangre.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 106 de 350

documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

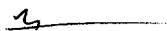
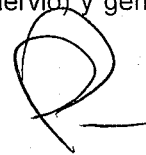
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
  - 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).
- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asistir a la persona donante en caso de presentar algún evento adverso a la donación.








 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	Hoja: 107 de 350
<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>		

- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de vigilar y evaluar el estado clínico de la persona donante de sangre durante la flebotomía, al término de la misma y durante el consumo del refrigerio para asistirle en todo momento en caso de que presentara un efecto adverso a la donación. (Ver anexo Evaluación, clasificación y manejo de efectos adversos a la donación).
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de preparar el material previo a la extracción de sangre el cual debe ser el siguiente: bolsa cuádruple, sellador a base de calor, balanza agitadora para bolsa de sangrado, tijeras, gasas, micropore, bandas adhesivas protectoras, material para asepsia, toallitas alcoholadas, equipo de signos vitales, guantes desechables, ligaduras planas, contenedor de punzocortantes.-Tener listos distractores visuales.
- 3.13. La Subdirección de servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar que la Carta de consentimiento informado para la donación de sangre total cuente con la firma de la persona donante de sangre y firma del personal médico del Servicio de Medicina Transfusional, en caso de no contar con alguna de ellas, solicitar sea firmado o notificar al médico del Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que la persona donante de sangre, durante el proceso no cruce las piernas para favorecer el retorno sanguíneo adecuado, no flexione el brazo con el cual va a donar para evitar dañarse con la aguja, que abra y cierre la mano con el fin de favorecer la dilatación venosa y favorecer el flujo, así como informarle que permanecerá todo el proceso en esta posición.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de vigilar a la persona donante de sangre una vez terminado el proceso vigilando su estado físico, procurando su incorporación de manera gradual y asegurándose en todo momento de su buen estado clínico.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de, en caso de presentarse algún evento adverso a la donación, asistir a la persona donante de sangre dando atención personalizada para tranquilizarla. En el trans y post donación levantar los miembros inferiores para favorecer el retorno sanguíneo, inducir una respiración relajada y profunda. Realizar la toma de signos vitales y notificar de inmediato al Personal Médico del Servicio de Medicina Transfusional. Recibir la indicación del Personal Médico del Servicio de Medicina Transfusional. Registrar el evento en la Historia clínica de la persona donante, así como el manejo de la misma.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar las reacciones a la donación y clasificarlas en reacciones localizadas (hematoma, colapso de vena, daño del nervio) y generalizadas

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	Hoja: 108 de 350
<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>		

(síndrome vaso vagal, tetania, convulsiones, infarto del miocardio e hipocalcemia en personas donantes de aféresis).

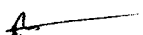
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional, es responsable de proporcionar material informativo y de concientización de la autoexclusión.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de entregar resultados de análisis a la persona donante, que así lo solicite, en un horario lunes a viernes 10:00 am a 12:00 pm. Para las personas donantes de sangre, con resultados reactivos a marcadores de serología infecciosa, deben ser canalizadas con el personal médico del Servicio de Medicina Transfusional, de acuerdo al Procedimiento de Notificación y seguimiento de serología reactiva.
- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que se consideren a las personas donantes de sangre como personas con "riesgo alto de caída" por lo que deben evaluar y proporcionar cuidados especiales encaminados a su prevención. La caída de una persona donante se considera un incidente o evento centinela, por lo que en caso de presentarse se deberá reportar a la Persona Titular del Servicio.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que cualquier efecto adverso a la donación se registre en el apartado correspondiente de la Historia clínica. Se deben describir las acciones tomadas para la atención de la persona donante de sangre y de la misma manera su estado al egreso del servicio.
- 3.22. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que esta información se dé a conocer en el Comité de Medicina Transfusional y de entregar el Informe al Centro nacional de la Transfusión Sanguínea en el apartado correspondiente.
- 3.23. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que las etiquetas con el número de donación que no se hayan utilizado sean destruidas.
- 3.24. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar cualquier desviación, incumplimiento o área de oportunidad a este procedimiento a la Persona Titular del Servicio de Medicina Transfusional para su seguimiento, corrección o mejora.
- 3.25. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar al personal del Servicio que las actividades descritas en este procedimiento son enunciativas más no limitativas, por lo que el personal operativo del Servicio de Medicina Transfusional, debe observar y ejecutar todas aquellas que le sean instruidas por la Persona Titular del Servicio, así como las que sean necesarias para el óptimo desarrollo de este procedimiento.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 109 de 350

- 3.26. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar destino final (RPBI) a la unidad en caso de respuesta negativa, respuesta ambigua o ausencia de respuesta, en el talón de autoexclusión.
- 3.27. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar destino final (RPBI) a la unidad en caso de exclusión por terceros.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 110 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Recibe de la persona donante Historia Clínica, Consentimiento informado para la donación alogénica de sangre total y/o aféresis, ficha de identificación, e Informe al titular de sus datos personales.	Historia Clínica Consentimiento informado para la donación alogénica de sangre total y/o aféresis Ficha de identificación Informe al titular de sus datos personales
	2	Imprime etiquetas de identificación para muestras y bolsa cuádruple del Sistema Informático de administración de Medicina Transfusional.	Etiquetas de muestra y bolsa cuádruple identificación
	3	Entrega al personal adscrito al área técnica, etiquetas de donación con documentos de la actividad 1.	Historia Clínica Consentimiento informado para la donación alogénica de sangre total y/o aféresis Ficha de identificación Informe al titular de sus datos personales
	4	Recibe etiquetas y las pega en las bolsas cuádruples de acuerdo a los hemocomponentes y al tubo de muestra.	Etiquetas de identificación
	5	Llama a la persona donante y le solicita su identificación oficial con fotografía para cotejar su identidad con nombre completo y fecha de nacimiento, devuelve identificación.	
	6	Se presenta e informa que es la persona encargada de la extracción de sangre.	
	7	Indica a la persona donante que realice lavado de manos con agua y solución de clorhexidina al 4% del brazo seleccionado para la donación.	

22

al



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	8	Asigna un reposet a la persona donante, de acuerdo al brazo seleccionado, que se mantiene en posición semifowler.	Manual de Balanza mezcladora de sangre
	9	Prepara material y equipo para el procedimiento de extracción de sangre total (ver política de operación 3.12).	
	10	Calibra la balanza agitadora para obtener un volumen sanguíneo total de 450 ml.	
	11	Coloca el juego de bolsa cuádruple en la balanza agitadora.	
	12	Realiza lavado de manos con jabón o alcohol de acuerdo a la normatividad, se coloca guantes desechables.	
	13	Corroborar datos de la persona donante.	
	14	Realiza asepsia con solución combinada alcohol isopropílico al 70% y clorhexidina al 2%, por 30 segundos en forma circular.	
	15	Coloca ligadura en el tercio medio del brazo, y punciona la vena.	
	16	Rompe cánula permitiendo que la bolsa de la muestra se llene por la mitad, cierra la pinza de Roberts blanca e inicia llenado de bolsa (Ver manual de balanza mezcladora).	
	17	Toma muestra en el tubo etiquetado para pruebas serológicas y corrobora el nombre y fecha de nacimiento de la persona donante.	
	18	Evalúa el estado de la persona donante.  ¿El estado de la persona donante es estable?	
	19	No: Solicita a la persona donante que no se levante para evitar mareo, náusea, vómito. Pasa a actividad 21.	

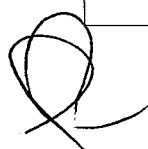
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten line]*

*[Handwritten signature]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 112 de 350

Area Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	20	Si: Observa que la agitación de la bolsa en la balanza sea continua y constante hasta el término de la recolección. Pasa a actividad 23	Anexo 1. Evaluación, clasificación y manejo de efectos adversos a la donación
	21	Notifica evento adverso al personal Médico del Servicio de Medicina Transfusional.	
	22	Registra evento adverso y manejo del mismo en Historia Clínica. <b>Termina procedimiento.</b>	
	23	Registra la hora de término de la donación en la Historia clínica.	
	24	Retira la ligadura y la aguja al término de la recolección y coloca el protector integrado en la aguja.	
	25	Coloca una toalla alcoholada haciendo presión en el sitio de inserción por lo menos 5 minutos.	
	26	Coloca banda adhesiva protectora y le indica que se siente del lado contrario al que donó, durante 5 minutos más, para posteriormente pasar al comedor.	
	27	Traslada la bolsa de sangre total a la mesa de trabajo para sellar la extensión a base de calor.	
	28	Retira punzocortantes de la bolsa.	
	29	Desecha el residuo peligroso biológico-infeccioso (RPBI) en el contenedor correspondiente. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD	
30	Traslada la bolsa de sangre total al área de fraccionamiento. Inicia PNO PARA EL FRACCIONAMIENTO, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN, ETIQUETADO Y EMBALAJE DE LA SANGRE, HEMOCOMPONENTES Y MUESTRAS.		





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 113 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	31	Indica a la persona donadora que llene y deposite su talón de autoexclusión.	Talón de autoexclusión
	32	Indica a la persona donante consumir refrigerio iniciando con líquidos y posteriormente lo sólido.	
	33	Entrega comprobante de donación y explica los cuidados esenciales post donación y sobre cómo recoger sus resultados de análisis.	Comprobante de donación
	34	Indica a la persona donante que ha concluido su proceso de donación y se puede retirar.	
	35	Verifica el llenado del talón de autoexclusión al retirarse la persona donante. (ver política 3.26)	
	36	Notifica al área de fraccionamiento el resultado de autoexclusión de las personas donantes.	
	37	Registra las unidades en el Libro de Ingresos y Egresos de Sangre y Hemocomponentes. <b>Termina el procedimiento.</b>	Libro de Ingresos y Egresos de Sangre y Hemocomponentes

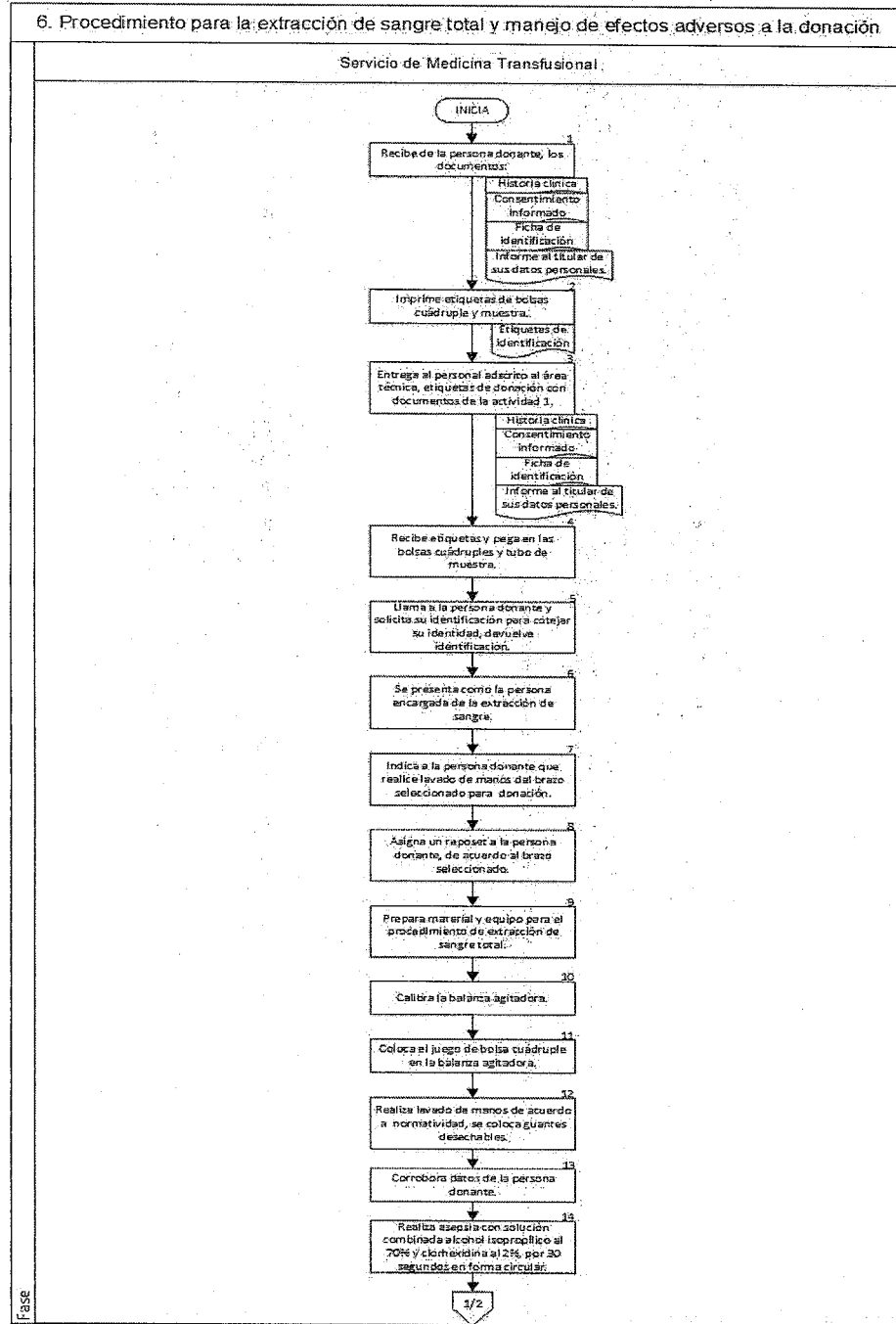
*(Handwritten signature)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten signature)*



**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



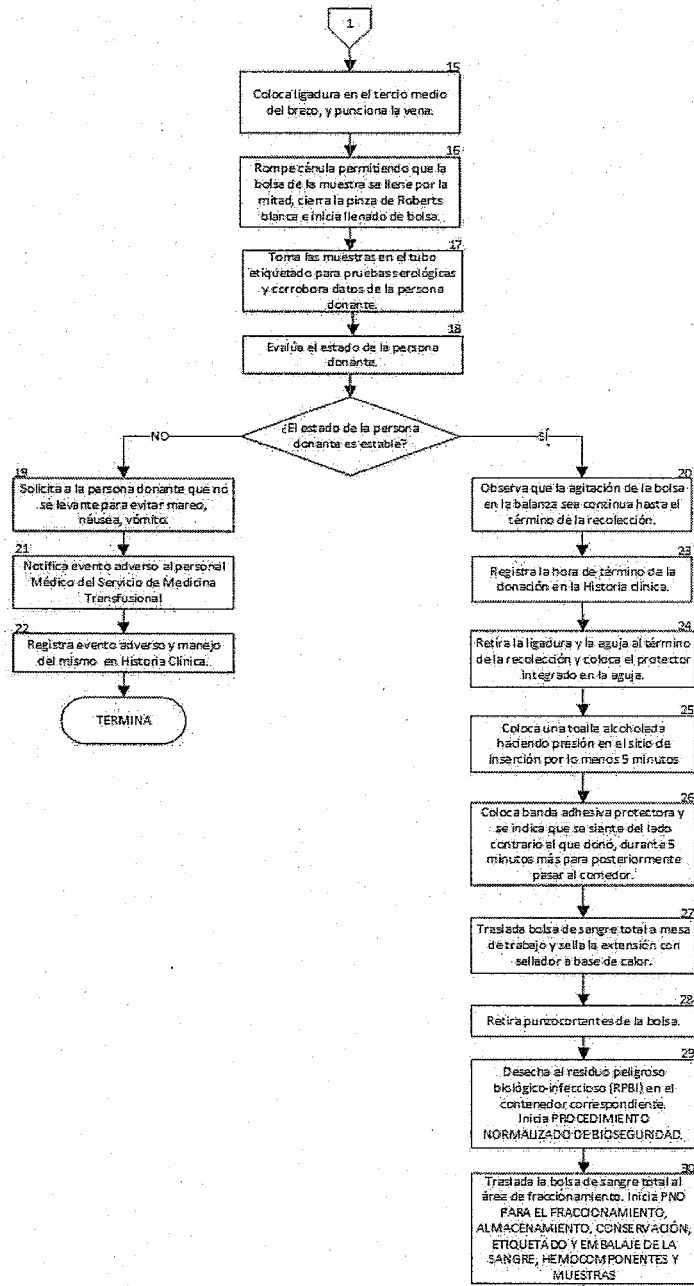
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



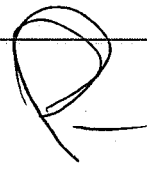
6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación

Servicio de Medicina Transfusional



Fase



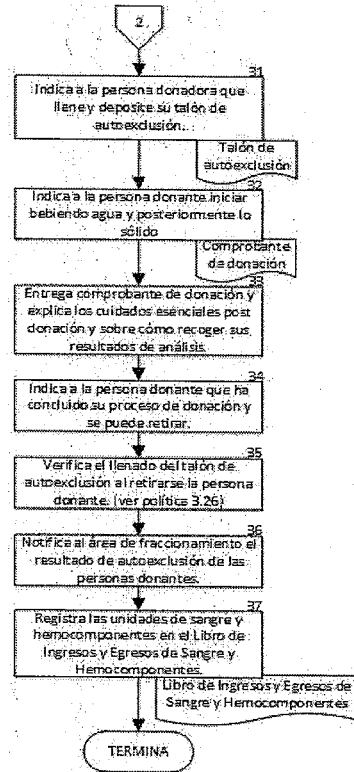





6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación

Servicio de Medicina Transfusional

Fase



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 117 de 350



## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.5 Manual del Usuario de sistema informático de administración de Medicina Transfusional	No aplica
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica
6.7 Manual de balanza mezcladora de sangre	No aplica

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 118 de 350

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Historia Clínica de la persona donante.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Carta de consentimiento informado para la donación de sangre total.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Etiquetas para identificación de muestras y bolsas cuádruples.	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Sistema informático de administración de Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Talón de Autoexclusión confidencial.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Libro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.7 Bitácora de Desecho de hemocomponentes en RPBI.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica

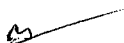






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 119 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Buenas prácticas de documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento sea homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.2. **Historia clínica de la persona donante:** Documento legal confidencial de valor jurídico, que contiene datos referentes a una persona, su familia, su entorno social, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para diagnosticar y analizar su estado de salud.
- 8.3. **Persona beneficiaria:** Persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.4. **Personas beneficiarias vulnerables:** Son aquellas personas beneficiarias afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en personas beneficiarias frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presenten para ser atendidos con igualdad, integridad y respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: personas beneficiarias pediátricas, personas recién nacidas, personas adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, personas psiquiátricas, personas infecto-contagiosas, personas inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y persona beneficiaria incapacitada por alcohol o drogas.
- 8.5. **Persona donante de sangre:** Persona que proporciona su sangre o componentes de ésta, para quien la requiera.
- 8.6. **Posición semifowler:** Es una posición inclinada obtenida elevando la cabeza del lecho 25-40 cm, flexionando las caderas y colocando un soporte bajo las rodillas de modo que se doblen aproximadamente 90°, permitiendo así que el fluido en la cavidad abdominal se acumule en la pelvis.
- 8.7. **Reposet:** Sillón o sofá que se reclina cuando el ocupante baja el respaldo y levanta su frente. Tiene un respaldo que puede inclinarse hacia atrás y con frecuencia un reposapiés, que puede ser extendido por medio de una palanca en el lateral, o puede extenderse automáticamente cuando se reclina la espalda.
- 8.8. **Signos vitales:** Conjunto de datos que reflejan funciones esenciales del cuerpo, como lo son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 120 de 350

- 8.9. **Sistema informático de administración de Medicina Transfusional:** Sistema informático donde se almacena y administra información de donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.
- 8.10. **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas corporales precisas de una persona, que son peso y talla.

### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Historia Clínica
- 10.2. Consentimiento Informado para la donación alogénica de sangre total y/o aféresis
- 10.3. Ficha de identificación
- 10.4. Informe al titular de sus datos personales
- 10.5. Etiquetas de muestra y bolsa cuádruple
- 10.6. Talón de autoexclusión
- 10.7. Libro de ingresos y egresos de sangre y Hemocomponentes
- 10.8. Evaluación, clasificación y manejo de efectos adversos a la donación de sangre.




## 10.1. HISTORIA CLÍNICA. ANVERSO



**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**HISTORIA CLÍNICA PARA SELECCIÓN DEL DISPONENTE**  
**BANCO DE SANGRE**

<b>Nº DE PREDONANTE:</b>	<b>Nº DE UNIDAD:</b>	<b>FECHA Y HORA:</b>
		<b>USO TERAPÉUTICO:</b>
		<b>TIPO DE DONACION:</b>
		<b>TIPO DE EXTRACCIÓN:</b>

<b>Nombre del Candidato a Donar:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Identificación:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Residencia:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Escolaridad:</b>
<b>Tel.:</b>	<b>Cel.:</b>	<b>Original de:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Residencia últimos 5 años:</b>			
<b>Pulso:</b>	<b>Peso:</b>	<b>Talla:</b>	<b>Temperatura:</b>
			<b>Presión: Mínima: Máxima: F.R.:</b>
<b>Hematocrito:</b>	<b>Hemoglobina:</b>	<b>Leucocitos:</b>	<b>Plaquetas:</b>
			<b>ABO y Rh:</b>

<b>Nombre del Paciente:</b>	
<b>Procedencia:</b>	

<b>Última Donación:</b>	
-------------------------	--

**EN EL ÚLTIMO MES**

SI DIARRÉICO  
¿LO HA SUFRIDO CONTRA POLIO, RUBÉOLA, PAROTITIS O TETANOS?

¿HA PRESENTADO ALGODONCILLO CON RECIDAS?  
¿A PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS DE COVID?

**INDICADORES GEOGRÁFICOS**  
RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE LUGAR)

VIAJES RECIENTES A ZONAS ENDEMICAS

**I.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

LESIONES CON OBJETOS CONTAMINADOS CON SANGRE (DOYANTE/PAREJA) ¿CUÁNDO?

CONTACTO SEXUAL CON POLITRANSFUNDIDOS (DOYANTE/PAREJA)

EX DOYANTE REMUNERADO (DOYANTE/PAREJA)

RELACION SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON PERSONAS DE CONDICIÓN SEROLÓGICA DESCONOCIDA (VH, VHM, VHC) ¿CUÁNDO?

ALCOHOLISMO CRÓNICO, CANTIDAD DIARIA

USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁLES?

SITIO DE ÚLTIMA DONACIÓN:

TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁNDO?

USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁNDO?

CATERISMO/ENDOSCOPIO CON INSTRUMENTOS FLEXIBLES

CONTACTO ESTRECHO CON ENFERMOS DE HEPATITIS

**II.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUAL?

CARDIOPATÍAS (ESPECIFIQUE)

MALARIA ¿CUÁNDO?

NEOPLASIAS, ESPECIFIQUE

AFECCIONES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS, ESPECIFIQUE

QUIRURÍA MENOR RECIENTE ¿CUAL?

FIEBRE O AGUDA ¿CUÁNDO?

VIRUS DEL OESTE DEL NIDO ¿CUÁNDO?

ENFERMEDADES AUTÓNOMAS, ESPECIFIQUE

ENFERMEDADES RENALES, ESPECIFIQUE

TOXOPLASMOSIS ¿CUÁNDO?

DRUCELOSIS ¿CUÁNDO?

TRASTORNOS HEMORRÁGICOS, ESPECIFIQUE

OTROS, ESPECIFIQUE

HEPATITIS ¿CUÁNDO?

QUIRURÍA MENOR RECIENTE ¿CUÁNDO?

OTROS ¿CUÁNDO?

ICTERICIA / ACOLIA / COLURIA

HIPOTENSIÓN O HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCONTROLADA

**IV.- EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

ADENOMEGALIA

HERPES MUCOCUTÁNEO QUE TARDE EN SANAR MÁS DE 10 DÍAS

DIARREAS

TOS

PERDIDA DE PESO MAYOR AL 10%

**VI.- EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS**

FIEBRE / CALOS FRÍOS

AYUNO DE MÁS DE 17 HORAS

**VII.- FARMACOS E INMUNIZACIONES**

ISOTRETINOINA / TETRACICLINA

HA PRESENTADO INFECCIÓN RESPIRATORIA, DIGESTIVA O URINARIA?

¿HA PRESENTADO HERPES MUCOCUTÁNEO POR MÁS DE UN MES?  
¿EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS A TENIDO PRUEBAS POSITIVAS PARA COVID?

RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE FECHA)

ORIGINARIO DE

INTERNAIMIENTO EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES (DOYANTE/PAREJA)

TRANSFUSIONES PREVIAS (DOYANTE/PAREJA)

TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA (ESPECIFIQUE)

**ALERGIAS:**

TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁLES?

TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA ¿CUÁNDO?

ALCOHOLISMO CRÓNICO, FECHA ÚLTIMA INGESTA

USO DE DROGAS INTRAVENOSAS FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO

REACCIONES POST-DONACIÓN

PRACTICA SEXO SEGURO O PROTEGIDO (USO DEL CONDÓN)

PAREJA      DONANTE      PAREJA      DONANTE

TRASPLANTE (DOYANTE / PAREJA) ¿CUAL?

HA TENIDO ALGUNA SEROLOGÍA POSITIVA ¿CUAL?

HEPATITIS ¿CUAL?

HEMOPATIAS, ESPECIFIQUE

QUIRURÍA MAYOR RECIENTE ¿CUAL?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS ¿CUÁNDO?

FIEBRE REUMÁTICA ¿CUÁNDO?

ANEMIA ¿CAUSA?

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, ESPECIFIQUE

MONONUCLEOSIS ¿CUÁNDO?

EPILEPSIA / CONVULSIONES, FECHA DE ÚLTIMA

TROMBOSIS RECURRENTE, ESPECIFIQUE

OSTEOEMITIS ¿CUÁNDO?

TUBERCULOSIS, FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

QUIRURÍA MAYOR RECIENTE ¿CUÁNDO?

ANEMIA ¿CUÁNDO?

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUÁNDO?

DIABETES MELLITUS (DEPENDIENTE DE INSULINA)

TRASTORNOS MENTALES/SÍNDROME DE MENOPAUSIA

DOYANTE/PAREJA



DIARREA CAGNICA

FIEBRE CONTINUA POR MÁS DE 10 DÍAS

ASTENIA / ADINAMIA

EJERCICIO INTENSO

F-BS-077

### 10.1. HISTORIA CLÍNICA. REVERSO

FECHA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (CUALQUIER): \_\_\_\_\_  
 FECHA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (CUALQUIER): \_\_\_\_\_

**VII-EXPLORACIÓN FÍSICA**  
 CÁRTER DENTAL O III O IV: \_\_\_\_\_  
 TALLA: \_\_\_\_\_  
 ADENOMEGALIA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_  
 TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_  
 ARRITMIAS: \_\_\_\_\_  
 ESPLENOMEGALIA: \_\_\_\_\_  
 ESTADO MENTAL: \_\_\_\_\_  
 SÍNTOMAS / SIGNOS DE INFECCIÓN: \_\_\_\_\_

APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUÁNDO? \_\_\_\_\_

FARINGE: \_\_\_\_\_  
 ICTERICIA: \_\_\_\_\_  
 HEPATOMEGALIA: \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_  
 PIEL Y MUCOSAS: \_\_\_\_\_  
 FRECUENCIA CARDÍACA: \_\_\_\_\_  
 ESTADO DE LAS VENAS: \_\_\_\_\_  
 DÍFUSO: \_\_\_\_\_

Acepto donar sangre voluntariamente después de haber recibido información respecto al procedimiento sin presión alguna, consciente de los riesgos y beneficios y declaro que las respuestas por mí dadas a las preguntas que me fueron hechas son reales y verdaderas, y que no incurri en ninguna falsedad, por lo que me responsabilizo de las consecuencias en caso de haber dado falsas íntegras. Autorizo al personal de este banco de sangre del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" a que verifique ante las instancias necesarias que la información que proporciono es real.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Candidato a Donar

Médico: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Cédula: \_\_\_\_\_  
 Firma, Matrícula y/o Cédula Profesional  
 Apto Físico del Candidato a Donar

DIAGNÓSTICO: APTO  NO APTO

\* RESULTADOS HEMATOLOGÍA: (HB = ) (HTO = ) (LEUCOCITOS = ) (PLAQ. = )

\* PRUEBAS DE SEROLOGÍA:  
 Sífilis \_\_\_\_\_  
 HIV I-II \_\_\_\_\_  
 HBsAg \_\_\_\_\_  
 HCV-3 \_\_\_\_\_  
 Chagas \_\_\_\_\_  
 Rastreo I.A \_\_\_\_\_

Hora de Inicio de Flebotomía: \_\_\_\_\_ Tiempo de Flebotomía: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Técnico que realizó la Flebotomía: \_\_\_\_\_

Tiempo de Extracción de Sangre: \_\_\_\_\_ Volumen Extraído: \_\_\_\_\_ Peso de la Bolsa: \_\_\_\_\_

	EVENTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	
	SI	NO
1- Alergia al antiagregante		
2- Reacciones vaso vasculares		
3- Síncope		
4- Náusea		
5- Vómito		
6- Convulsiones		
7- Hematoma en el sitio de punción		
8- Sangrado tardío		
9- Punción accidental de una arteria		
10- Hemofta		
11- Embolismo/ trombosis		
12- Fobias		
13- Irritación del nervio		
14- Lesión directa del nervio		
15- Lesión del tendón		
16- Dolor del brazo		
17- En otros centros de extracción por extrate		
18- Otros eventos adversos a la donación		
19- En su caso descripción de las secuelas a consecuencia de la donación		
20- ¿El donador a síntomas o síncopes?		






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>		Hoja: 123 de 350

## 10.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN ALOGÉNICA DE SANGRE TOTAL Y/O AFÉRESIS

**Hospital General "Gr. Manuel Gea González"**  
**Consentimiento Informado**  
**Para la Donación Alogénica de Sangre Total y/o Aféresis**

**No. de Unidad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de donación:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
**Tipo de Extracción:** SANGRE TOTAL  
**Tipo de Donación:** Familiar o de reposición

**Nombre del Donante:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Donante:** \_\_\_\_\_  
**Apellido Particular:** \_\_\_\_\_  
**Apellido Particular:** \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico de Probabilidad o Certeza:** \_\_\_\_\_

La donación es un acto solidario para los pacientes que requieren de esta terapia, que indica el médico tratante, como la mejor alternativa para su tratamiento y transfusión de sangre y componentes, no está exenta de posibles riesgos para el receptor. Con el propósito de disminuir esta posibilidad, le proporcionamos información verbal y escrita de los requisitos necesarios para donar. Le realizamos una historia clínica y exploración física, poder identificar situaciones de riesgo para Ud. y pacientes.

La donación de Sangre total es la extracción de 450 ml de sangre a través de una vena del antebrazo en un sistema de bolsas cerrado y estéril, para su posterior fraccionamiento y obtención de los componentes sanguíneos.

La donación mediante procedimientos de Aféresis es la donación selectiva de un componente sanguíneo (plasma, eritrocitos o plaquetas) mediante la utilización de un separador celular, estado de una centrifuga en la que se separan los diferentes componentes de la sangre. El componente seleccionado es recolectado en una bolsa de almacenamiento y el resto son devueltos al donante.

En el caso de la donación designada, usted presenta características en su sangre compatibles e necesarias, con la del paciente, por lo cual el médico ha indicado su donación como la más adecuada para ser transfundido, y de ser necesario, usted acepta realizar una o más donaciones subsiguientes al mismo paciente.

Tipo de extracción depende de las necesidades e indicaciones siguientes:

- En Sangre total se obtendrá volumen aproximado de 450 ml.
- En entoféresis, obtendremos un volumen máximo de 420 ml por procedimiento.
- En plaquetoféresis se obtendrá un volumen aproximado de 400 ml.

En las aféresis se requiere usar solución salina y anticoagulante citrato trisódico, soluciones generalmente bien toleradas. Ocasionalmente pueden presentar efectos adversos como adormecimiento o calambres, locales o generalizados. En caso de presentarse administraremos calcio y de ser necesario suspendiremos el procedimiento.

La donación es un proceso seguro y lo realiza personal capacitado, sin embargo, ocasionalmente puede presentarse: urticaria, debilidad, sudoración, mareo, palidez, baja de la presión, baja de la frecuencia del corazón, síncope, náusea, vómito, convulsiones, mareos y/o falta en la punción, fiebros, trombosis, celulitis, sangrado tardío, dolor en brazo, lesiones en el paquete neurovascular.

La sangre y componentes le realizaremos pruebas de serología infecciosa reglamentarias para: virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana tipos II, enfermedad de Chagas, Brucella y de sífilis.

En caso de resultar con reactividad a los marcadores de serología infecciosa, se me notificará en forma personal y confidencial. Me comprometo a regresar a una segunda toma de muestra para realizar estudios complementarios. Le entregaremos el resultado en forma personal y confidencial, o en su caso alguna otra alternativa.

La sangre y componentes con reactividad, se da inmediatamente destino final.

Por lo anterior declaro que estoy informado.

Que he recibido la información de riesgos y consecuencias de la donación.

Que he leído y entendido toda la información del proceso de donación.

Que fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. También mi derecho de concurrir el proceso en cualquier etapa del mismo.

Que se realizará la serología infecciosa reglamentaria y en caso de problema, será notificado confidencialmente. La sangre y componentes, serán desechados de acuerdo a normalidad.

Que será informado por escrito de las recomendaciones que debo seguir después de la donación.

Que la sangre y componentes que donó para transfusión, quedan bajo resguardo del hospital, hasta su uso transfusional.

De la importancia de proporcionar información verídica en el interrogatorio médico y sobre mi estilo de vida.

Las medidas de precaución que deberé observar las primeras 24 horas después del procedimiento, así mismo, cuando estaré en condiciones de volver a donar.

Por lo anterior, declaro bajo protesta decir verdad que dono mi sangre y componentes en forma voluntaria y no remunerada. Que los datos consignados en la historia clínica son verídicos y que he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento. Que acepto y autorizo al personal de salud del banco de sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González, me extraiga la unidad de aféresis o sangre total. Así también se me ha explicado, he entendido el tipo y contenido de este documento, así como la historia clínica.

En este acto autorizo al personal de salud del Banco de Sangre del Hospital General Dr. Manuel Gea González para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Firma de conformidad de la historia clínica y consentimiento informado de la donación:

Nombre y firma del donante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo: \_\_\_\_\_

DONACION ALOGENICA SANGRE TOTAL: \_\_\_\_\_

DONACION ALOGENICA POR AFERESIS: \_\_\_\_\_

ERITROFITOFERESIS: \_\_\_\_\_ PLAQUETAFERESIS: \_\_\_\_\_

Hospital General Dr. Manuel Gea González

*M*

*A*

*R*

<b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 124 de 350

### 10.3. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

	<b>HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ</b> Calzada de Tlalpan No. 4800 Col. Sección XVI C.P. 14000 CDMX Teléfono 55 4000 3000 Ext 3099	No. Ficha: _____ FECHA: _____
	<b>MEDICINA TRANFUSIONAL</b> <b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	
NOMBRE DEL DONADOR: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____		
DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____		
DELEGACIÓN: _____ COLONIA: _____ C.P.: _____		
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____		
TIPO DE DONACIÓN: FAMILIAR: _____ ALTRUISTA: _____ AUTOLOGA: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____		
SERVICIO: _____ No. DE CAMA: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____ MÉDICO TRATANTE: _____		
N° DE IINE: _____ ESTADO CIVIL: _____		
EMAIL: _____		

#### 10.4. INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES



##### HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

SUBDIRECCIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
 JEFATURA DE SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

##### INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "DONADORES DE SANGRE", con fundamento en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el cual fue registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura de Servicios de Medicina Transfusional, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Enlace del Hospital ubicada en Calzada de Tlalpan núm. 4800, Colonia Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080

Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 2005.

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ENTREGA	RECIBE
Jefe de Servicio de Medicina Transfusional <b>NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

BANCO DE SANGRE



##### HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

SUBDIRECCIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
 JEFATURA DE SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

##### INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "DONADORES DE SANGRE", con fundamento en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el cual fue registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura de Servicios de Medicina Transfusional, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Enlace del Hospital ubicada en Calzada de Tlalpan núm. 4800, Colonia Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080



Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 2005.

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ENTREGA	RECIBE
Jefe de Servicio de Medicina Transfusional <b>NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

DONANTE

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>		Hoja: 126 de 350

### 10.5. ETIQUETAS DE MUESTRA Y BOLSA CUÁDRUPLE

Nombre:  
 Ant. ACD CON SOLUCIÓN EDTA MANUEL GEA GONZA  
 F. N.º: FE 24082023 07 A7 F. 24 08 2023 11 20



**SEROLOGIA ARCHTECT**

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

---

Nombre:  
 Ant. ACD CON SOLUCIÓN EDTA MANUEL GEA GONZA  
 F. N.º: FE 24082023 07 A7 F. 24 08 2023 11 20



**SANGRE TOTAL**

Vol. 500 mL ± 10%      Inicio: \_\_\_\_\_  
 Fin: \_\_\_\_\_

---

Nombre:  
 Ant. ACD CON SOLUCIÓN EDTA MANUEL GEA GONZA  
 F. N.º: FE 24082023 07 A7 F. 24 08 2023 11 20



**CONC. ERITROCITARIO**

Vol. 500 mL ± 10%      Inicio: \_\_\_\_\_  
 Fin: \_\_\_\_\_

---

Nombre:  
 Ant. ACD CON SOLUCIÓN EDTA MANUEL GEA GONZA  
 F. N.º: FE 24082023 07 A7 F. 24 08 2023 11 20



**PLASMA FRESCO CONGELADO**

Vol. 500 mL ± 10%      Inicio: \_\_\_\_\_  
 Fin: \_\_\_\_\_

---

Nombre:  
 Ant. ACD CON SOLUCIÓN EDTA MANUEL GEA GONZA  
 F. N.º: FE 24082023 07 A7 F. 24 08 2023 11 20



**CONC. PLAQUETARIO**

Vol. 500 mL ± 10%      Inicio: \_\_\_\_\_  
 Fin: \_\_\_\_\_





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 127 de 350

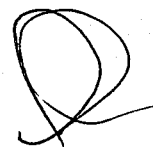
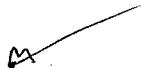
## 10.6. TALÓN DE AUTOEXCLUSIÓN

**AUTOEXCLUSIÓN**

Después de que hayas donado  
deposítalo en el buzón.

**MI SANGRE:  SÍ ES SEGURA**

**NO ES SEGURA**



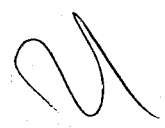
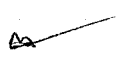
### 10.7. LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE INGRESOS)



		<b>I N G R E S O S</b>																
No. de Expediente	EDAD DE DONANTE	NOMBRE DEL DONANTE	FECHA DE INGRESO	HORA	LUGAR DE INGRESO	TIPO DE DONACIÓN	CANTIDAD	CATEGORÍA DE SANGRE				PROBABLES EFECTOS ADVERSOS	MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS	TIPO DE SANGRE	ANEXOS			
								A	B	O	AB				OTRO	1	2	3
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		




**10.7. LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES  
(APARTADO DE EGRESOS)**

FECHA DÍA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE DIÓ DE DONACIÓN)	NOMBRE DE EXPERIMENTAL	NOMBRE DE CAMA O HABILITACIÓN	DIRECCIÓN DONDE SE LEYÓ PARA ACARIO LA TRANSFUSIÓN	MOTIVO DEL EGRESO PAPA	CANTIDAD EGRESADA DEL RECEPTOR				NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN	MATERIAL EGRESADO (MANGUERA, PESQUERAS)	EVENTUALIDAD	OBSERVACIONES	
						A	B	C	OTRO					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 130 de 350

## 10.8. EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA DONACIÓN DE SANGRE

### HEMATOMA:

La reacción local más frecuente (causadas por una mala punción) es el hematoma.

Hematomas: masa localizada de sangre que se extravasa fuera del sistema sanguíneo. Muchas veces se produce dolor por el aumento de volumen y posteriormente cambio de color en la piel (cerca de la zona de la punción), por la destrucción de los glóbulos rojos que liberan hemoglobina.

El hematoma ocurre por: mala técnica de punción (traspaso de la vena o arteria, punción zona inadecuada, punción traumática.), retirar la aguja mientras se mantiene ligado el brazo (no se retiró la liga o al descubrir la zona a puncionar la ropa hace presión a la altura de brazo).

No se aplica suficiente presión cuando se retira la aguja al finalizar la extracción, no comprime un tiempo adecuado el sitio de punción una vez finalizado el proceso, movimiento de la persona donadora al momento de ser puncionada, específicamente movimiento del antebrazo.

El personal debe preparar a la persona donadora previo al momento de la punción, señalando que la punción no es indolora y que por ello debe evitar mover la extremidad.

### Medidas de atención de las complicaciones

Hematoma: Suelte la ligadura y retire la aguja, coloque dos torundas de algodón limpias sobre la zona de punción y haga presión con los dedos hasta que se produzca la formación del coágulo en el sitio de punción (presione por 2 minutos, a lo menos, antes de observar si se ha formado el coágulo).

En el caso que no se ha formado el coágulo (tapón plaquetario) debe seguir presionando.

Una vez formado el coágulo, coloque un gel refrigerante sobre la zona de punción, sin retirar las torundas, por 5 minutos (el gel no debe quedar directamente sobre la piel, produce quemadura, para ello envuélvala en un paño limpio). Si no dispone del refrigerante debe mantener la presión sobre el sitio de punción por 7 minutos. Colocar un apósito y fijar con tela adhesiva.

Si sospecha que ha puncionado una arteria (sangre color rojo brillante, mayor flujo) las medidas anteriores deben ser reforzadas con presionar por más tiempo la zona de punción, aproximadamente por 10 minutos.

En vez de colocar un apósito y fijar con tela adhesiva, se debe colocar un vendaje compresivo. Mantener a la persona donadora en observación por 5 minutos una vez que ha terminado la compresión.

Explicar a la persona donadora el curso natural de un hematoma (principalmente la coloración de la piel y los cambios de tonos posteriores).







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 131 de 350

### **COLAPSO DE LA VENA**

Esto se produce porque la persona donadora se encuentra muy ansiosa y presenta una gran descarga de adrenalina que conlleva a una vasoconstricción con el resultado de una punción fallida.

También puede ocurrir como resultado de haber escogido una vena inadecuada para el tamaño de la aguja.

#### **Medidas:**

Si el colapso de una vena en la primera punción ha impedido la extracción de sangre y la persona donadora manifiesta querer donar y ofrece el otro antebrazo para realizar la punción, se debe explicar a la persona donadora que lo sucedido se debe a su estado de ansiedad y que debe tratar de controlarlo.

El estado ansioso de la persona donadora puede disminuir si el personal que lo atiende logra una buena comunicación (conversar, escuchar, dar seguridad), en tal caso continuar con el procedimiento.

Una medida para generar vasodilatación es aplicando calor en la posible zona de punción, el calor puede ser por medio de paños tibios o que coloque el antebrazo bajo un chorro de agua tibia.

### **DAÑO DEL NERVIO**

Corresponde a una punción que rompe o daña el nervio lo que no es frecuente, pero cuando ocurre la persona donadora manifiesta un dolor agudo, intenso y una sensación de corriente en todo el brazo, el que puede permanecer por bastante tiempo.

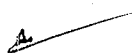
#### **Medidas:**



La persona donadora expresará claramente su dolor, en este caso se debe retirar inmediatamente la aguja del sitio de punción.

En el caso de que sólo se tocó el nervio con la aguja, el malestar se mantendrá por alrededor de 24 horas. Si el nervio fue dañado, puncionado o cortado, el dolor es intenso, posteriormente se produce una pérdida de sensibilidad de la zona inervada y la recuperación está asociado al daño provocado (puede ser hasta meses). Es recomendable que solicite la supervisión del Personal Médico del Servicio de Medicina Transfusional.

### **SÍNDROME VASO-VAGAL**

Se produce por factores psíquicos y físicos. Los síntomas van desde situaciones simples hasta otras más complejas pudiendo ser debilidad, palidez, ansiedad, piel fría y sudorosa, con o sin pérdida de la conciencia, puede haber también náuseas, vómitos y relajación de esfínter.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 132 de 350

**Medidas de atención de las complicaciones durante la extracción:**

Si la persona donadora presenta signos como palidez, sudoración, desmayo o fatiga durante extracción: Evaluar grado de compromiso de conciencia.

Se mantendrá a la persona donadora recostado y el personal médico del servicio valorará signos vitales.

La principal reacción post transfusional es la hipotensión ortostática, esta se manifiesta por síntomas muy diversos, que pueden ser desde disminución y pérdida de la visión, obnubilación leve, diaforesis, hipoacusia, palidez y debilidad. El personal médico encargado del servicio debe realizar una revaloración clínica que incluye la toma de tensión arterial y de pulso. Para considerar hipotensión de debe tomar el parámetro de disminución de 20mmHg en la sistólica, o de 10mmHg en la diastólica. A su vez como medida compensatoria, dicho descenso tensional se acompaña de una aceleración de la frecuencia cardiaca, mayor de 15 latidos por minuto.

Es común también que se presente un síncope que es una pérdida temporal del conocimiento debido a disminución del flujo sanguíneo cerebral. Se caracteriza por colapso postural y recuperación espontánea. La mayoría de las veces puede ser precedido por un "presíncope" o vahído, que incluye aturdimiento, mareo sin vértigo, sensación de calor, diaforesis, náusea y visión borrosa. Estos síntomas pueden aumentar de intensidad hasta que se produce una pérdida de la conciencia o pueden resolverse antes de ésta si se corrige la isquemia cerebral.

En el caso de las personas donadoras de sangre, el síncope se produce por la disminución de volumen sanguíneo.

El personal médico encargado del servicio debe asegurarse mantener a la persona donadora en decúbito dorsal y con la cabeza lo más abajo posible, con la ayuda del posicionador de los sillones para donación. Esta posición también asegura que la persona donadora no sufrirá lesiones en caso de que exista pérdida de la conciencia. Se deberá aflojar cualquier objeto que presione a nivel de la cintura, por ejemplo, cinturones o botones.



En personas beneficiarias que llegan a perder la conciencia, deberán ser colocados en una posición que permita el flujo sanguíneo cerebral, como la mencionada anteriormente, protegiéndolos de traumatismos, y asegurando una vía respiratoria no obstruida. A la persona beneficiaria persona beneficiaria en decúbito dorsal, se le debe girar la cabeza a un lado para evitar la aspiración y el bloqueo de la vía respiratoria con la lengua. Se deberá aflojar la ropa que apriete excesivamente en torno de la cintura o el cuello. Son útiles las maniobras de estimulación periférica como rociar agua fría en la cara de la persona beneficiaria. Es muy importante no administrar nada por la boca de la persona beneficiaria ni permitir que se siente o se ponga de pie hasta que haya desaparecido la sensación de debilidad física.

NOTA: no administrar nada por boca mientras exista compromiso de conciencia, aunque sea leve, suspender la extracción, mantener a la persona donadora decúbito supino con los pies más altos que la cabeza, mantener las vías aéreas permeables (alerta al vómito).

Evaluar la posibilidad de trasladar a la persona donadora a un área distinta, para recostarla en una camilla y así brindar una atención más personalizada, no producir alarma en el resto de las personas donadoras.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 133 de 350

Se debe valorar la presión arterial de la persona donadora al menos 2 veces durante el período de reposo y mientras no recupere valores normales no debe modificarse la indicación de reposo.

En caso de recuperar valores normales de presión arterial y de no manifestar síntomas, la persona donadora podrá ser autorizada a incorporarse por etapa:

- a) Sentarse en la camilla, es importante que lo haga con movimientos lentos y permanecer cuatro minutos.
- b) Si la persona donadora no manifiesta nuevos síntomas de una reacción adversa a la extracción de sangre puede ponerse de pie, al costado de la camilla.
- c) De pie al costado de la camilla deberá permanecer aproximadamente tres minutos, si no manifiesta síntomas de alguna reacción adversa a la extracción de sangre puede caminar hasta el área de observación.
- d) Al trasladarse deberá estar acompañada por personal del Servicio de Medicina Transfusional.

## **NÁUSEA Y VÓMITO**

### **Manejo**

Si la persona donadora presenta vómitos o náuseas; asista a la persona donadora mientras vomita.

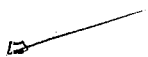
Vuélvele la cabeza hacia un lado, para evitar que pueda aspirar su propio vómito.



Procurar calmarla y que esta cómoda.

Recomiéndele que respire lenta y profundamente (inspirando por la nariz y expirando por la boca).

Pedirle a la persona donadora que permanezca acostada hasta que se haya recuperado. Mantenga a la persona donadora bajo continua vigilancia hasta que se haya recuperado totalmente. Ofrézcale agua para enjuagarse la boca.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 134 de 350

### **TETANIA (TEMBLORES Y ESPÁSMOS MUSCULARES)**

Cuando la persona donadora se encuentra ansiosa y nerviosa, puede comenzar a respirar rápidamente y profundamente, esta hiperventilación trae como consecuencia la pérdida excesiva de CO<sub>2</sub> generando un estado de alcalosis, que produce ligeros temblores musculares y espasmos tetánicos de las manos y cara, pudiendo llegar a presentar convulsiones e inconciencia.

La ocurrencia de esta complicación es el resultado de una preparación inadecuada, si los síntomas ya son manifiestos: se debe suspender la extracción.

Indicarle a la persona donadora que debe respirar dentro de una bolsa de papel, por unos minutos.

#### **Manejo**

Esperar a que se relaje y tranquilice la persona donadora, cuidando de no forzar el brazo y si la persona donadora presenta convulsiones solicitar ayuda lo antes posible para evitar que se lastime. Mantenga a la persona donadora bajo vigilancia directa y controle pulso y presión.

### **CONVULSIONES**

Se deberá pedir ayuda lo antes posible para evitar que se lastime la persona donadora.

#### **Manejo:**

Lateralizar a la persona donadora para evitar riesgo de broncoespasmo.

Tomar tiempo de duración de la convulsión.

Proteger cabeza para evitar lesiones por golpe.

Una vez terminada la convulsión, evaluar estado de la conciencia, las 3 esferas del ser humano (tiempo, espacio y persona).

Evaluar signos vitales, si persiste hipotenso, administrar líquido vía oral (cerciorándose de la posición de Fowler)

Cualquier otro signo o síntoma que la persona donadora presente podría ser por alguna enfermedad asociada, que por alguna razón no fue notificada al momento de la valoración médica.



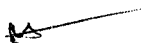




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>6. Procedimiento para la extracción de sangre total y manejo de efectos adversos a la donación.</b>	Hoja: 135 de 350

### **INFARTO AL MIOCARDIO**

Estos eventos, aunque raros pueden llegar a presentarse, si la persona donadora presenta un paro cardíaco iniciar maniobras de resucitación sin demora y comunicarse inmediatamente al servicio de urgencias para que reciba tratamiento especializado lo más rápidamente posible, ya que está en riesgo su vida.

Notificar al servicio de Urgencias de inmediato.



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 136 de 350

**7. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS  
PRE-TRANSFUSIONALES**

2

2

→

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 137 de 350

## 1. PROPÓSITO

Implementar y aplicar las técnicas más sensibles para la correcta identificación de grupos sanguíneos, así como la metodología que facilite la realización de pruebas de hemocompatibilidad en menor tiempo, en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos"; con la finalidad de proporcionar hemocomponentes compatibles a las personas receptoras de una transfusión, disminuyendo al máximo la posibilidad de reacciones post transfusionales.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno: Es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional encargado de realizar las pruebas inmunohematológicas a las unidades de sangre y hemocomponentes que garanticen la compatibilidad con las personas receptoras.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 138 de 350

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).

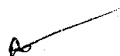







- 3.10. Las Subdirecciones Médicas a través de sus Jefaturas de División y Departamento son responsables del correcto llenado de las solicitudes de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional, así como la correcta identificación de la(s) muestra(s) que se entregan al Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de validar las muestras sanguíneas a procesar, y en caso de que la muestra presente coágulo, se solicitará una nueva al personal médico del servicio tratante, con los criterios necesarios de la flebotomía para evitar traer una muestra con las mismas características.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de detectar muestras lipémicas, ictericas o hemolizadas, en cuyos casos, deberá corroborar el estado clínico de la persona beneficiaria en conjunto con el personal médico del servicio tratante y evaluar si la condición de la muestra es debido al estado clínico de la persona beneficiaria; si éstas se correlacionan no habrá necesidad de solicitar nueva muestra y se anotará en observaciones, la condición de la muestra, así como el personal médico que validó la información, nombre del personal químico/técnico del Servicio de Medicina Transfusional que indagó, y se procesarán las muestras, registrando en los resultados y la condición de la muestra. En caso de que no exista concordancia entre el estado de la muestra y el estado clínico de la persona beneficiaria, se solicitará nueva muestra, con los criterios necesarios de la flebotomía para evitar traer una muestra con las mismas características.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de evaluar opciones transfusionales de hemocomponentes, en caso de inexistencia del mismo grupo AB0-Rh de la persona beneficiaria, de acuerdo a las tablas de opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos y plasma compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) de la NOM-253-SSA1-2012. Se registra nota en la hoja de resultados de unidades cruzadas, los números de unidades que son de opción transfusional.

**Opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) en adultos y niños mayores de 4 meses.**

Grupo del paciente/receptor	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
0 positivo	0 positivo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
0 negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente	Inexistente
A positivo	A positivo	A negativo	0 positivo	0 negativo
A negativo	A negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
B positivo	B positivo	B negativo	0 positivo	0 negativo
B negativo	B negativo	0 negativo	Inexistente	Inexistente
AB positivo	AB positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	0 positivo o negativo
AB negativo	AB negativo	A negativo	B negativo	0 negativo


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 140 de 350

Nota: Para la transfusión de preparados de eritrocitos Rh (D) positivos a receptores Rh (D) negativos, véase el apartado 11.2.3 de la NOM-253-SSA1-2012.

**Opciones para la transfusión de plasma compatible en el sistema AB0 y Rh**

Grupo AB0 y Rh (D) del receptor	Orden de preferencia en cuanto al grupo AB0 y Rh del plasma a transfundir			
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
0 positivo	0 positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	AB positivo o negativo
0 negativo	0 negativo o positivo	A negativo o positivo	B negativo o positivo	AB negativo o positivo
A positivo	A positivo	A negativo	AB positivo	AB negativo
A negativo	A negativo	A positivo	AB negativo	AB positivo
B positivo	B positivo	B negativo	AB positivo	AB negativo
B negativo	B negativo	B positivo	AB negativo	AB positivo
AB positivo	AB positivo	AB negativo	Inexistente	Inexistente
AB negativo	AB negativo	AB positivo	Inexistente	Inexistente

Nota: Los plasmas de grupo Rh (D) negativos que se pretendan transfundir a receptores Rh (D) positivos deberán carecer de anticuerpos contra el antígeno D, conforme a lo establecido en el apartado 9.5.1.6 de la NOM-253-SSA1-2012.

Los plasmas de grupo Rh (D) positivos que se pretendan transfundir a receptores Rh (D) negativos deberán carecer de contaminación eritrocitaria.

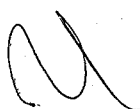
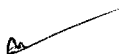
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar la(s) muestra(s), así como su localización en caso de requerir pruebas inmunohematológicas adicionales.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar correctamente las muestras de personas beneficiarias en gradilla destinada para este fin, además de depurar muestras una vez cumplidas 72 horas y de conservar el orden de hemocomponentes en los refrigeradores del área de pruebas cruzadas.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe utilizar material limpio y sin contaminantes en pruebas de Inmunohematología.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de revisar si existe discrepancia de grupo sanguíneo AB0/Rh de la persona beneficiaria con algún antecedente y en caso de detectarlo se procederá de la siguiente manera:



3.17.1. Repetir prueba (directo e inverso).




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 141 de 350

- 3.17.2. Si continúa la discrepancia, solicitar nueva muestra al personal médico tratante indicando que la toma, identificación y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia. Una vez entregada la nueva muestra, realizar nuevamente el grupo. Anotar grupo sanguíneo con plumón en solicitud y/o modificar en sistema informático de administración de Medicina Transfusional (si aplica). Registrar en la(s) solicitud(es), la incidencia detectada anotando nombre del personal químico/técnico del Servicio de Medicina Transfusional, fecha y hora, nombre del personal médico responsable de la toma de nueva muestra: la misma información se anota en sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar cuando exista discrepancia de grupo sanguíneo por, doble población, discrepancia de grupo (directo e inverso) u otras posibles causas, debe proceder de la siguiente manera:
- 3.18.1. Si es doble población, revisar antecedentes transfusionales en sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional en conjunto con el personal médico del servicio tratante. Registrar en la solicitud, la incidencia detectada anotando nombre del personal químico/ técnico del Servicio de Medicina Transfusional, fecha y hora, nombre del personal médico del servicio tratante. Continuar con el procedimiento o solicitar nueva muestra en caso necesario, acorde a la investigación, indicando al personal médico del servicio tratante, que la toma, identificación y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia.
- 3.18.2. Si es discrepancia por grupo inverso, se debe aumentar el volumen de plasma en la prueba inversa (aumento de título de anticuerpos) e incubar 15 minutos a 4°C. En caso de que no se resuelva el problema se deberá hacer un rastreo y/o identificación de anticuerpos irregulares.
- 3.18.3. En caso de que no se resuelva la discrepancia, solicitar una muestra de tubo morado y una muestra de tubo amarillo al personal médico del servicio tratante, indicando que la toma, identificación y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar cuando exista problema de incompatibilidad a la prueba mayor, debe proceder de la siguiente manera:
- 3.19.1. Se procesa rastreo de Ac Irregulares, identificación y técnicas especiales, en caso de tener el tiempo suficiente, dependiendo de la gravedad de la persona beneficiaria.
- 3.19.2. Se cruza hasta un máximo de 10 unidades e identificar las que muestran compatibilidad.
- 3.19.3. En caso de que ninguna de las muestras cruzadas resulte compatible, se solicitará al personal médico del servicio tratante dos nuevas muestras, una muestra de tubo morado y una muestra de tubo amarillo, indicando que la toma y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 142 de 350

- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de evaluar en conjunto con el personal médico tratante del servicio solicitante los casos de emergencia, que pongan en riesgo la vida de las personas beneficiarias y procederá a la entrega de hemocomponentes como a continuación se indica:
- 3.20.1. La solicitud (con los datos mínimos como nombre de la persona beneficiaria, diagnóstico y personal médico solicitante) y muestra rotulada: se entregarán unidades de concentrado eritrocitario isogrupo y/o plasma fresco congelado AB pos/neg (en acuerdo con el personal médico tratante). Ver algoritmo de sangrado masivo, anexo.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe realizar las pruebas a las muestras de las personas beneficiarias cuando éstas sean solicitadas de manera urgente y se realizarán en un tiempo de una hora, con la excepción de la prioridad clasificada como extrema urgencia, donde las unidades serán abastecidas en menos de 15 minutos y sin realizar las pruebas de compatibilidad, en estos casos la compatibilidad será únicamente por el grupo sanguíneo.
- 3.22. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar y completar las pruebas de compatibilidad a la brevedad de aquellas unidades entregadas de manera urgente al servicio solicitante, aun cuando ya se hubiese iniciado la transfusión. En la bolsa del producto sanguíneo deberá hacer constar que las pruebas de compatibilidad no se han completado y debe monitorearse para detectar reacciones adversas.
- 3.23. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de una vez concluidas las pruebas pretransfusionales de las unidades liberadas por prueba rápida en medio salino deberá notificar al servicio médico tratante a la brevedad el resultado de las pruebas de compatibilidad cuando estas sean incompatibles para interrumpir de forma inmediata la transfusión.
- 3.24. Las Subdirecciones Médicas a través de sus Jefaturas de División y Departamento, en casos de emergencia, deben completar la solicitud de transfusión, y/o carta de consentimiento informado a la brevedad, para cumplir con la documentación y/o procedimientos analíticos pre-transfusionales.
- 3.25. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe verificar la información de la persona beneficiaria en la solicitud de transfusión y/o solicitud de estudios de Medicina Transfusional, etiqueta de unidades cruzadas y compatibles, y hoja de resultado de unidades cruzadas.
- 3.26. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar estudios inmunohematológicos específicos, procediendo en forma lógica y práctica mediante pruebas especiales ante una prueba con resultado "Incompatible".
- 3.27. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que las solicitudes de hemocomponentes se

2

al

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 143 de 350

mantengan vigentes por 72 horas desde su recepción, posterior a esto se archivarán en el lugar destinado para su resguardo.

- 3.28. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de reasignar las unidades de sangre y hemocomponentes que no se hayan utilizado posterior a 72 horas de su solicitud, con el fin de optimizar recursos.
- 3.29. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar las muestras de biometría hemática y grupo sanguíneo tres días en el refrigerador de muestras, las de inmunohematología ( Pruebas de compatibilidad, Rastreo de anticuerpos, fenotipo de Rh y Coombs directo) 8 días en el refrigerador correspondiente, y las de serología en el congelador destinado por tres meses asegurándose de que al terminar este periodo se desechen de acuerdo a lo establecido en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológicoinfecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la          realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 144 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Viene del <b>PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN</b> , y, <b>PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD URGENTE DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b> .	
	2	Valida la información del sistema informático con la etiqueta de la muestra y solicitud de componentes sanguíneos.	Etiqueta de muestra Solicitud de componentes sanguíneos
	3	Realiza determinación de grupo sanguíneo y Rh.  ¿Existe discrepancia?	Anexo de pruebas de inmunohematología
	4	No: Registra resultados en libreta de grupos sanguíneos y en formato de Solicitud de componentes sanguíneos. Pasa a actividad 6.	Libreta de grupos sanguíneos Solicitud de componentes sanguíneos
	5	Sí: Realiza técnicas especiales de inmunohematología. Regresa a actividad 3.	Anexo de Técnicas especiales de inmunohematología
	6	Realiza Determinación de Rh Du "variante débil" y Determinación de fenotipo de Rh, ante resultados de Rh negativo.	Anexo de pruebas de inmunohematología
	7	Realiza prueba de compatibilidad.  ¿los resultados son compatibles?	Anexo de pruebas de inmunohematología
	8	No: realiza técnicas especiales de inmunohematología.	Anexo de Técnicas especiales de inmunohematología
	9	Sí: Genera marbete de compatibilidad e imprime.	Marbete de compatibilidad
	10	Verifica datos de la persona beneficiaria y del hemoderivado compatible.	





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 145 de 350

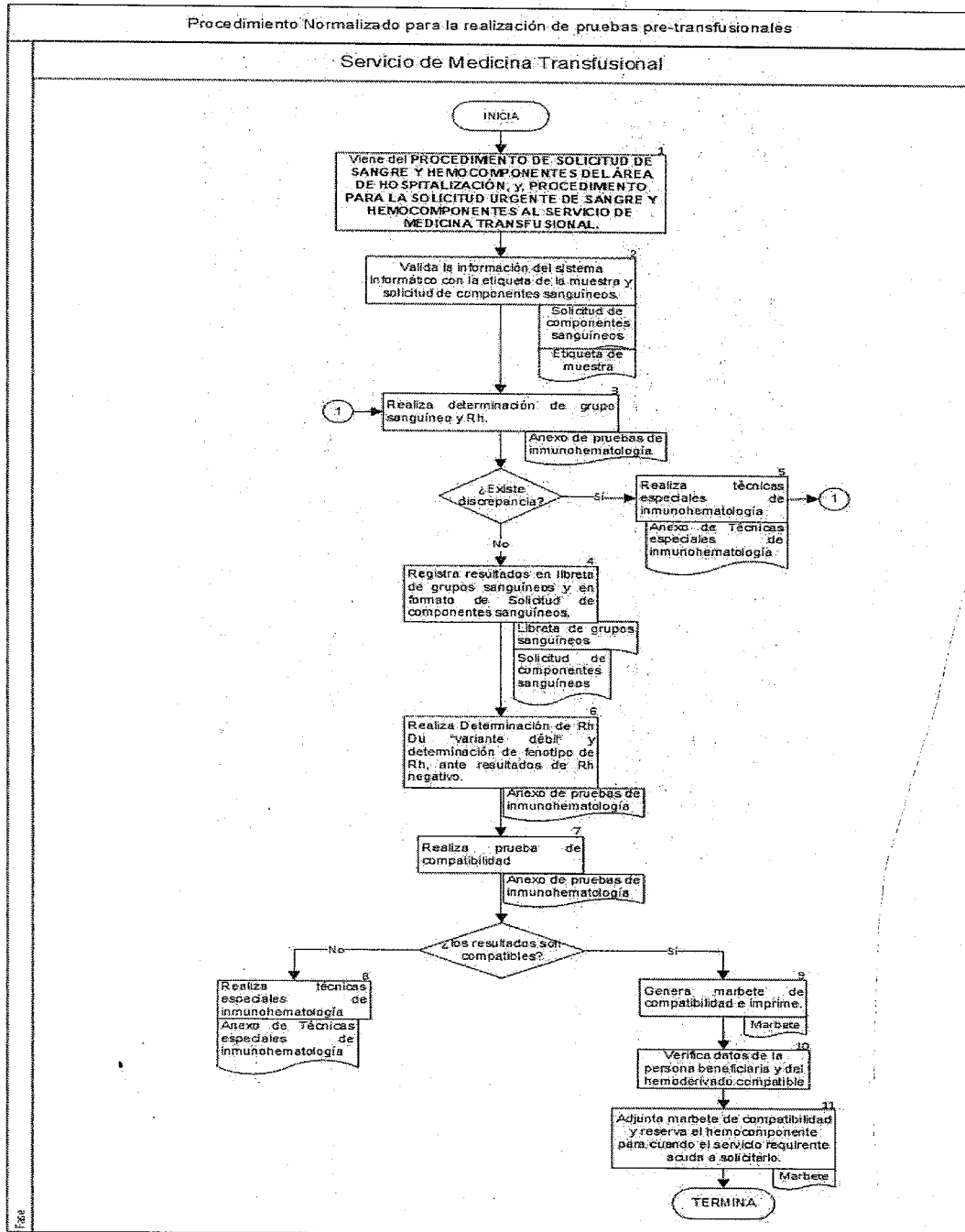
	11	Adjunta marbete de compatibilidad y reserva el hemocomponente para cuando el servicio requirente acuda a solicitarlo.  <p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	Marbete de compatibilidad
--	----	--	---------------------------

*M*

*D*

*A*

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 147 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Políticas internas del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.5 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.6 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.7 Instructivo para realizar prueba de compatibilidad en tubo.	No aplica
6.8 Instructivo para Realizar Grupo y Rh en tubo.	No aplica
6.9 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud de componentes sanguíneos	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Etiqueta de identificación de paciente.	72 horas	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Resultados de las pruebas de compatibilidad.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Marbete	72 horas	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Libreta de grupo sanguíneo.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 148 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Anticuerpo(s) irregular(es):** Inmunoglobulina usualmente presente en el plasma que puede causar enfermedad a través de diferentes mecanismos.
- 8.2. **Auto-testigo:** Prueba inmunohematológica que consiste en mezclar plasma/suero de la persona beneficiaria con una suspensión del 5-10% de sus propios glóbulos rojos e identificar si existe una reacción de aglutinación.
- 8.3. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento se homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.4. **Compatible:** Indica que el suero de una persona no reacciona in Vitro con los eritrocitos de otra persona. Compatibilidad no significa necesariamente que las dos personas tengan antígenos idénticos, siendo posible la inmunización.
- 8.5. **Coombs directo:** Prueba inmunohematológica, que consiste en identificar si los glóbulos rojos que se están investigando, han sido sensibilizados con anticuerpos o fracciones del complemento.
- 8.6. **Concentrado eritrocitario:** Fracción que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultante de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.
- 8.7. **Incompatible:** Indica que el suero de una persona reacciona in Vitro con los eritrocitos de otra persona, y por lo tanto no se debe usarse para la transfusión.
- 8.8. **Persona beneficiaria:** La persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.9. **Plasma fresco congelado:** El que se congela en el lapso de las primeras seis horas, después de la recolección y así se conserva.
- 8.10. **Pruebas de compatibilidad/inmunohematológicas:** Todas las pruebas que se realizan en personas donantes y receptoras previos a la transfusión, para establecer que la sangre que se va a transfundir es compatible.
- 8.11. **Sistema informático de administración:** Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.
- 8.12. **Solución salina fisiológica estéril:** Es una solución estéril de cloruro de sodio al 0,9% (p/v) en agua, pero siendo estéril, ayuda a conservar células y tejido, simulando las concentraciones de solutos fisiológicas.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 149 de 350

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Nueva Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Etiqueta de muestra
- 10.2. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
- 10.3. Libreta de grupos sanguíneos
- 10.4. Marbete de compatibilidad
- 10.5. Algoritmo de sangrado masivo
- 10.6. Anexo de pruebas de inmunohematología
- 10.7. Anexo de Técnicas especiales de inmunohematología





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 150 de 350

10.1. ETIQUETA DE MUESTRA

Nombre:

F. Nac:




**BIOMETRÍA&TIPIF. ABO-RH**

Fecha y hora:


*R*

*→*

*a*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 151 de 350

## 10.2. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
CALZADA DE JALISCO 4800 COL. SECCIÓN SUR TEL. 40-00-30-00 EXT. 3271  
SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grupo y Rh \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
\_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
Crioprecipitado \_\_\_\_\_

Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_

Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_

Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-fetal \_\_\_\_\_

Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
Fibrinogeno \_\_\_\_\_


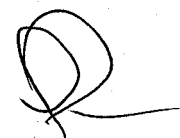
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_

Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.

Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esc. Sanitaria 2014004873




### 10.4. MARBETE DE COMPATIBILIDAD


**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
 Dir. CLZ. TLALPAN No. 4800, CP. 14080, CDMX, ALC. TLALPAN, Tel.  
 40003000 EXT 1707

**ATENCIÓN ANTES DE TRANSFUNDIR**  
**VERIFIQUE DATOS DEL PACIENTE Y DEL PRODUCTO**

Cod. Paciente:   
 Unidad compatible con:

**Paciente: NOMBRE DEL RECEPTOR O PACIENTE**  
 FecNac: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cama: Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 N° Seguro Social Sexo: \_\_\_\_\_

Grupo y Rh Paciente: \_\_\_\_\_  
 Producto: CE

Unidad:   
 Unidad: \_\_\_\_\_

Grupo y Rh Unidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha Compatibilidad: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de inicio transfusión: \_\_\_\_\_

\* EN CASO DE REACCIÓN REGRESAR AL BANCO DE SANGRE LA UNIDAD JUNTAMENTE CON LA HOJA DE REACCIÓN POST-TRANSFUSIONAL

**COMPATIBLE**

**COMPLEMENTO**  
**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
**GLOBULOS**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Unidad: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh Paciente: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de inicio: \_\_\_\_\_ ( )  
 Fecha y Hora de término: \_\_\_\_\_  
 Volumen Transfundido: \_\_\_\_\_ ml.



**SIGNOS VITALES**

T.A:	INICIO	DURANTE	TÉRMINO
PULSO:	_____	_____	_____
TEMP:	_____	_____	_____
EDO. PAC:	_____	_____	_____

Reacciones Adversas: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_  
 MANEJO \_\_\_\_\_

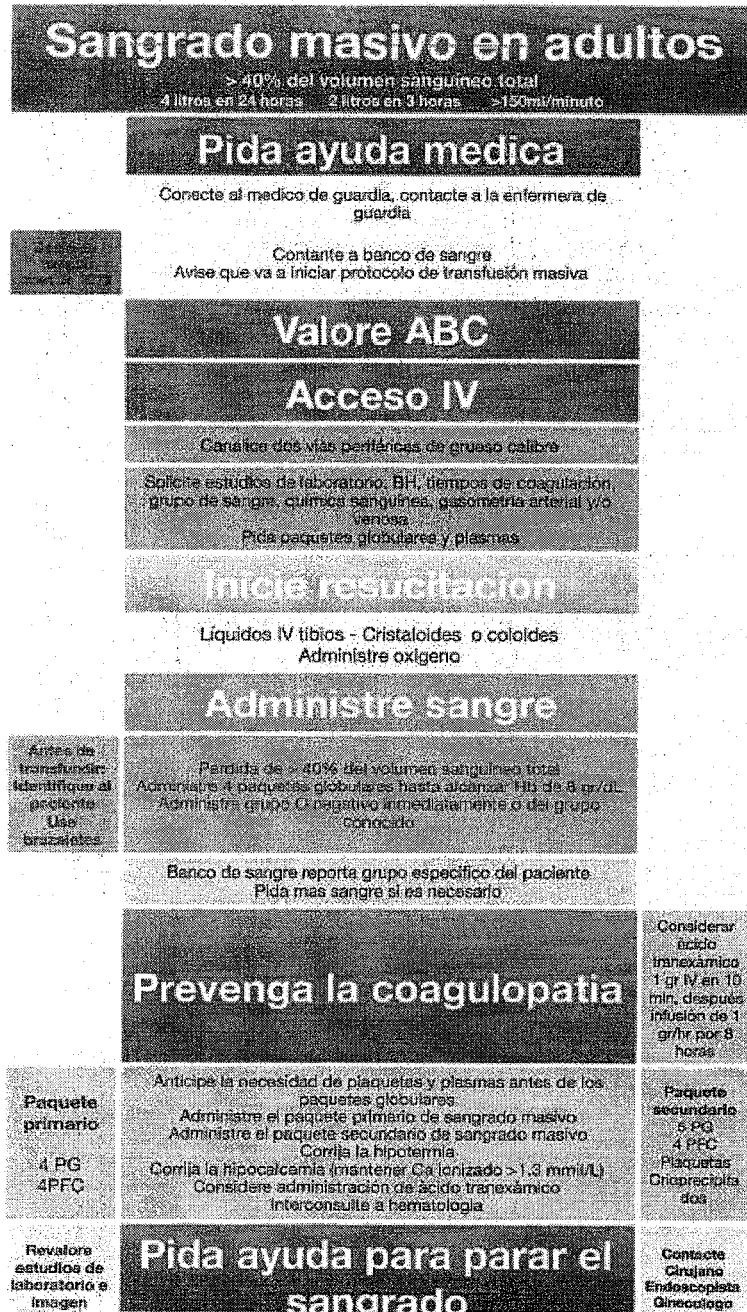
**NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE APLICÓ**

Instrucciones de reporte reacción transfusional:  
 - Suspender la transfusión e informar a médico tratante y personal del banco.  
 - Tomar muestra al paciente con tubo EDTA (tapa lila) y sin anticoagulante (tapa roja).  
 - Regresar al banco de sangre: este registro con los datos solicitados, las muestras, la bolsa del componente y equipo.  
 - Solicitar el formato de Reacción Transfusional al banco de sangre, para su llenado por el médico responsable

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	



## 10.5 ALGORITMO DE SANGRADO MASIVO



R

M



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 155 de 350

## 10.6 ANEXO DE PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA

### 1. Realización de grupo sanguíneo directo

Antes de iniciar cualquier procedimiento se deberá realizar el mantenimiento de usuario determinado para cada equipo. De la misma manera se realizarán los controles pertinentes, se deberán analizar y validar o no las pruebas a realizar en los diferentes equipos.

Las pruebas que usan anti-A y anti-B para determinar la presencia o ausencia de los antígenos se describen como pruebas directas. El uso de eritrocitos testigos A1, A2, B y O para detectar anti-A y/o anti-B en el suero se denomina prueba inversa. Las pruebas de rutina deben incluir ambas pruebas, el grupo sanguíneo pediátrico menores de 4 meses de edad, solo se realiza la prueba directa ya que los anticuerpos propios los desarrolla a partir del sexto mes de vida. El siguiente instructivo es un método representativo, pero se debe consultar las instrucciones del fabricante para reactivos específicos.

Al inicio de la jornada (turno matutino) se deberá hacer control de calidad diario de antisueros. El uso de guantes es obligatorio durante todo el procesamiento de muestras.

#### 1.1 Grupo ABO (Prueba Directa) Técnica en tubo

Para la tipificación del sistema ABO se pueden utilizar muestras de sangre coagulada o anticoagulada, es recomendable lavar los eritrocitos por lo menos una vez con solución salina.

##### Procedimiento

Colocar una gota de anti-A en un tubo de ensayo rotulado y limpio.

Colocar una gota de anti-B en un tubo de ensayo rotulado y limpio.

Colocar una gota de anti-AB en un tubo rotulado y limpio

Agregar a cada tubo una gota de suspensión al 2-5% en solución salina de eritrocitos problema.

Mezclar bien el contenido de los tubos y centrifugar a 3400rpm durante 30 seg. a 3,400 rpm.

Resuspender suavemente los botones y observar para determinar la aglutinación.

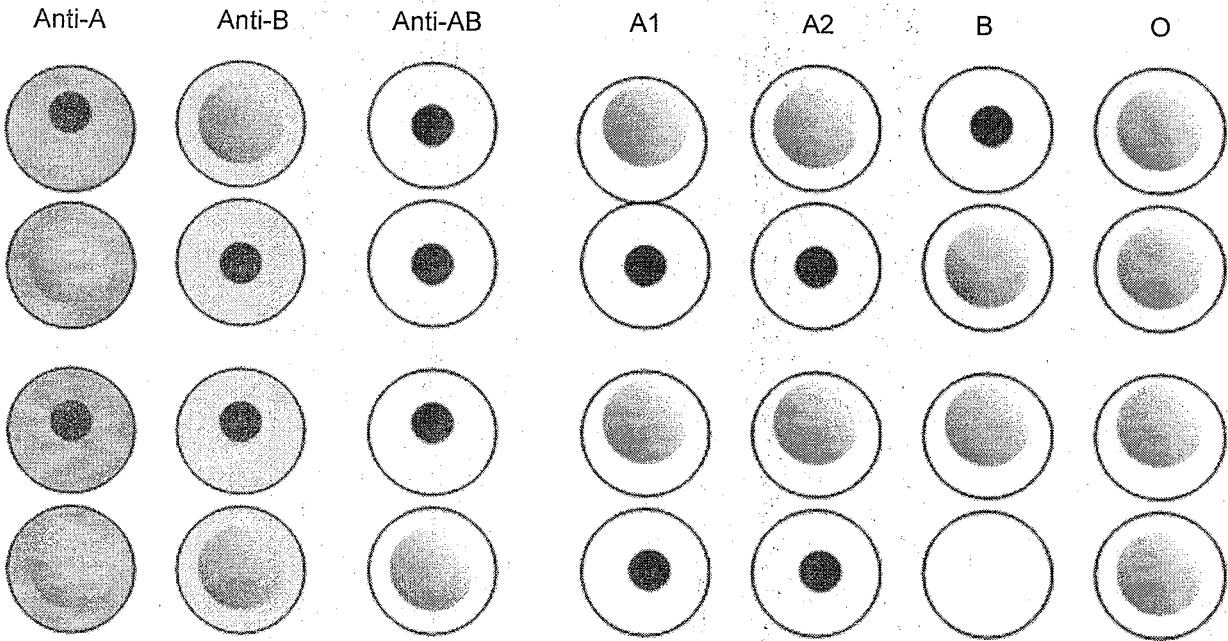
Leer, interpretar y registrar los resultados de la prueba, (imagen 1) (tabla 1).

*S*

*→*

*R*

**IMAGEN 1. INTERPRETACIÓN DE GRUPO SANGÜINEO (TÉCNICA EN TUBO)**



**Tabla 1. Interpretación de Grupos ABO**

Reacción de las células		Reacción del suero contra		Interpretación	
Anti-A	Anti-B	Células A1	Células B	Células 0	Grupo ABO
0	0	+	+	0	O
+	0	0	+	0	A
0	+	+	0	0	B
+	+	0	0	0	AB

**+ = Aglutinación**

**0 = No aglutinación**

*R*

*M*

*2*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 157 de 350

## 1.2 Determinación del grupo directo técnica de Aglutinación tarjeta de gel. Sistema Automatizado

El método se basa en la separación, a través de un tamiz de gel, de hematíes libres y de hematíes aglutinados. Los fenotipos de eritrocitos del sistema ABO se definen por la presencia o ausencia de los antígenos A y/o B de los hematíes, y de los anticuerpos correspondientes al antígeno o antígenos ausentes en los glóbulos rojos, en el suero.

La determinación del Rh se define por la presencia o ausencia del antígeno D, los reactivos anti-A, anti-B, anti-AB, anti-D y antiD se utilizan para realizar el tipaje del grupo ABO y Rh, complementándose con la prueba inversa utilizando hematíes reactivo Serigrup Diana A1/B, la cual se basa en determinar la presencia o ausencia de las isoaglutininas anti-A y/o anti-B, (Imagen 3).

Las isoaglutininas anti-A y anti-B, son anticuerpos naturales producidos por individuos que carecen de los respectivos antígenos A y B.

### Procedimiento

Colocar la muestra en el equipo (ver instructivo de operación del equipo).

Hacer la lectura correspondiente

### Interpretación

Un resultado negativo será cuando el 100% de los eritrocitos estén en el fondo de la tarjeta.

Si hay 100% de los eritrocitos en el último tercio de la tarjeta será un resultado +/-.

Un resultado de 1+ es que el 80% de los eritrocitos están en los dos últimos tercios de la tarjeta.

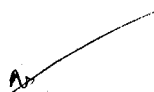
Un resultado de 2+ los eritrocitos están en los dos primeros tercios la tarjeta.

Un resultado 3+ el 80% de los eritrocitos están el primer tercio de la tarjeta.

Un resultado de 4+ la aglutinación está en lo alto de la tarjeta.

Si hay eritrocitos tanto en la parte superior como en la inferior de la tarjeta será una doble población (DP).

Cuando no hay aglutinación y observamos una coloración marrón en la tarjeta habrá hemólisis.



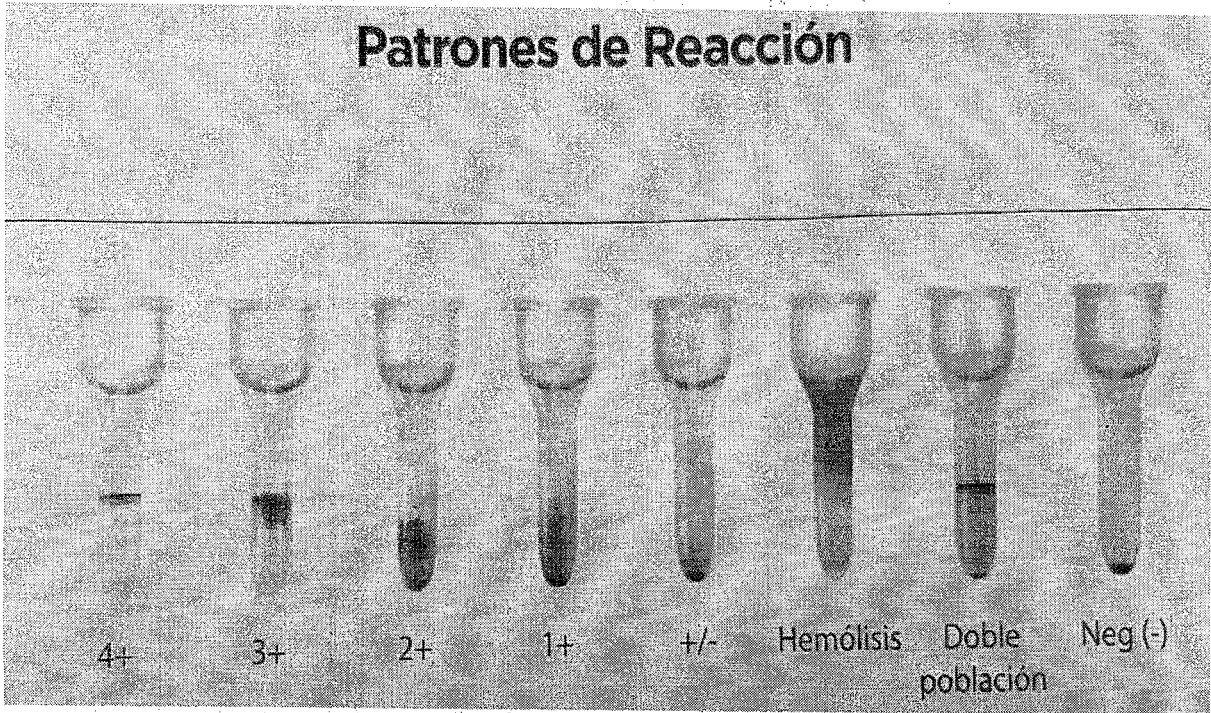

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 158 de 350

Imagen 2. Interpretación de resultados en Columnas de gel



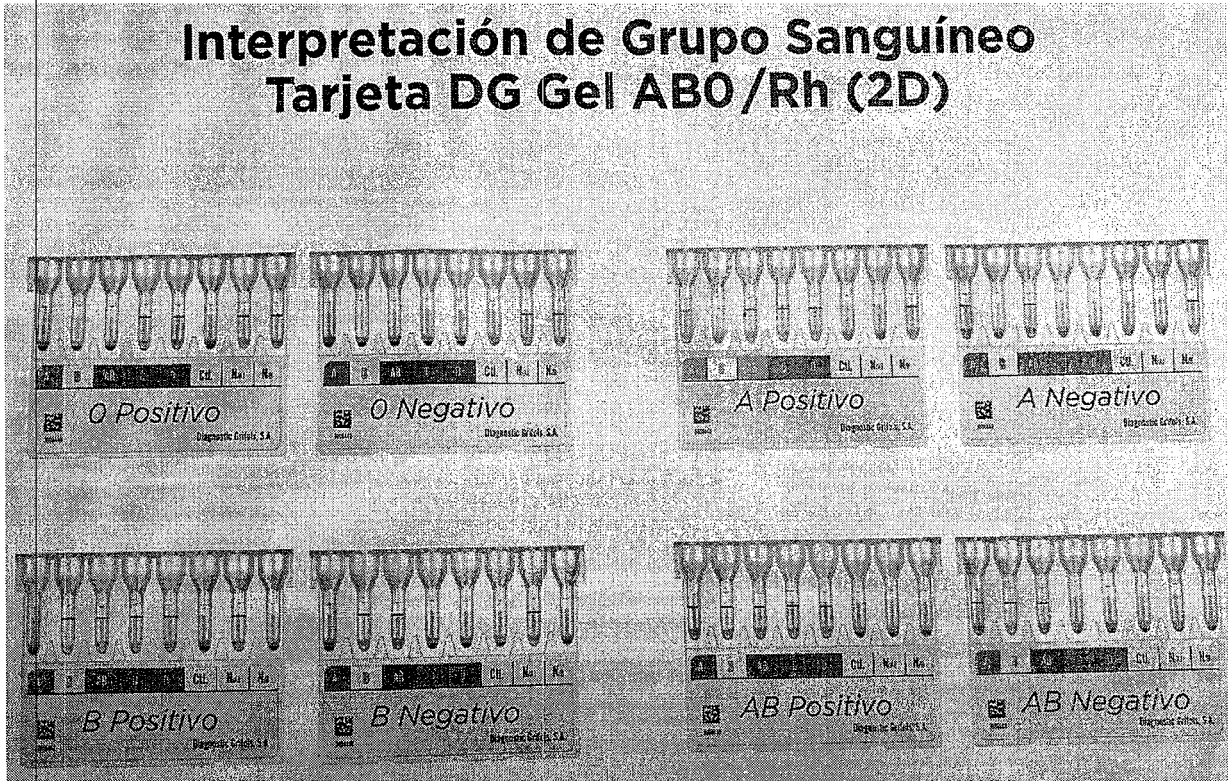
R



→



al

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	Hoja: 159 de 350
<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>		

Imagen 3. Interpretación de grupo sanguíneo en columnas de gel



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 160 de 350

## **2. Realización de Grupo sanguíneo. Prueba inversa.**

### **2.1 Realización de Grupo sanguíneo. Prueba inversa. Técnica en tubo**

Rotular tubos de ensayo limpios como A1, A2, B y O.

Agregar una gota de células del reactivo A1 al tubo marcado A1, al tubo A2 agregar una gota de células A2 y así sucesivamente.

Agregar dos gotas de suero o plasma problema a cada tubo.

Mezclar suavemente y centrifugar de 45 segundos a 3,400 rpm.

Examinar el suero o plasma sobrenadante que cubre los botones para detectar evidencia de hemólisis. Resuspender suavemente los botones celulares y examinar la aglutinación.

Leer, interpretar y registrar los resultados de las pruebas.

Comparar los resultados de la prueba con los obtenidos en la prueba directa.

#### **Interpretación**

La aglutinación y/o hemólisis en ambas pruebas constituyen resultados positivos.

Una suspensión homogénea del botón celular es un resultado negativo.

Se podrá observar la interpretación de las pruebas directa e inversa (tabla 1).

Cualquier discrepancia entre los resultados de las pruebas en suero y en eritrocitos debe resolverse antes de dar cualquier resultado.

### **3. Realización de Lectinas. Técnica en tubo**

Todos los grupos ya sean de personas donadoras o de personas beneficiarias que sean grupo "A" se debe de determinar su subgrupo (Lectina H y A1).

Colocar una gota de reactivo anti-A1 y anti-H en un tubo de ensayo limpio y rotulado.

Agregar una gota de suspensión de eritrocitos del 2-5% en solución salina.

Mezclar y centrifugar 30 segundos a 3400 rpm.

Resuspender y observar aglutinación.




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 161 de 350

Leer e interpretar.

	A1	H	SUBGRUPO
AGLUTINACIÓN	+	-	A1
AGLUTINACIÓN	-	+	A2

#### 4. Prueba para Rh mediante Técnica en tubo

La tipificación para Rh de rutina para personas donadoras y personas beneficiarias comprende sólo el antígeno D, a los grupos Rh negativos se les debe de hacer técnicas para demostrar la ausencia del antígeno D o una variante. La determinación del Rh de la persona beneficiaria puede suministrar la confirmación de la especificidad del anticuerpo e indicar qué otros anticuerpos Rh puede estar presente.

#### Procedimiento

Colocar 1 gota de suero anti-D en un tubo de ensayo rotulado y limpio.

Colocar 1 gota del reactivo control Rh en otro tubo rotulado.

Agregar a cada tubo 1 gota de eritrocitos en suspensión con solución salina al 2-5%.

Mezclar suavemente y centrifugar a 3,400 rpm durante 15 segundos

Resuspender suavemente el botón celular y examinar si hay o no aglutinación.

Registrar los resultados de la prueba y del control.




#### Interpretación



La aglutinación en el tubo de anti-D de 2+ o mayor, indica que los eritrocitos son D-positivos.

Si la aglutinación del tubo anti-D es inferior a 2+ o 1+ más débil que el control D-positivo o si hay una aglutinación en el tubo con Rh control, el tipo Rh no debe ser interpretado, hasta realizar otras pruebas (variante D)).

Una suspensión suave de eritrocitos en los tubos con anti-D y control Rh es un resultado negativo. Aunque la muestra puede considerarse como D-negativa en este punto, la sangre debe ser examinada para descartar la presencia de antígeno D de expresión débil.

La mezcla de sueros y células utilizadas en los primeros cinco pasos del procedimiento, pueden emplearse para examinar D-débil, siempre y cuando las instrucciones del fabricante establezcan que es apropiado.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 162 de 350

## 5. Prueba para Rh D Variante débil

### 5.1 Prueba para Rh D variante débil mediante técnica en tubo

Algunos eritrocitos expresan el antígeno D tan débil que las células no son aglutinadas a simple vista, pero esta expresión puede reconocerse mediante el procedimiento de antiglobulina indirecta después de la incubación de los eritrocitos con anti-D.

#### Procedimiento

Colocar 1 gota de suero anti-D en un tubo de ensayo rotulado y limpio.

Colocar 1 gota del reactivo control Rh en otro tubo rotulado.

Agregar a cada tubo 1 gota de eritrocitos en suspensión con solución salina al 2-5%.

Mezclar suavemente y centrifugar a 3,400 rpm durante 15 segundos.

Resuspender suavemente el botón celular y examinar si hay o no aglutinación.

Mezclar e incubar de 60 minutos a 37° C.

Centrifugar a 3,400 rpm por 15 segundos.

Resuspender suavemente y examinar aglutinación. Si los eritrocitos son aglutinados en el tubo anti-D pero no en el tubo control, se registra la muestra como D-positivo y no proseguir con la fase de antiglobulina.

Si las células de la prueba no son aglutinadas, lavarlas 3 veces con solución salina, re suspendiendo el botón en cada lavada centrifugar 3 minutos a 3400 rpm

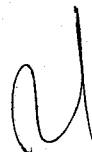
Después del último lavado decantar completamente la solución salina, secar los bordes del tubo y agregar 2 gotas de reactivo antiglobulina humana.

Mezclar suavemente y centrifugar 15 segundos a 3,400 rpm.


Resuspender suavemente y examinar si hay aglutinación. Si los eritrocitos son aglutinados en el tubo anti-D pero no en el tubo control, se registra la muestra como D-positivo y no proseguir con la fase de antiglobulina.

Si el resultado de la prueba es negativo agregar 1 gota de eritrocitos conocidos sensibilizados por IgG (células control de Coombs) y repetir la centrifugación. En este punto se deberá observar aglutinación para confirmar la presencia de reactivo de antiglobulina activo en la mezcla de la prueba.

Nota: De NO observarse aglutinación en el último punto la prueba quedará invalidada y deberá repetirse.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 163 de 350

## 5.2 Determinación de D débil Técnica en aglutinación en gel. Equipo automatizado

D-débil es una variante débil poco frecuente, pero común entre los individuos de raza negra, esta variante da reacciones débiles o negativas con el anti-D, siendo detectados gracias a la prueba indirecta de la antiglobulina Humana, se clasifican en tres:

- 1- Adquirido: la herencia del gen C en posición trans con relación al gen D (dCe/DcE) tiene como resultado una expresión débil del antígeno D en los hematíes. No se presenta anti-D si reciben sangre Rh positiva.
- 2- Variante D débil. El antígeno consta de 4 partes como mínimo si faltara alguno su expresión se vuelve débil, un individuo con la variante D-débil puede producir aloanticuerpos contra la parte de antígeno D que le falta.
- 3- Cuentan con el antígeno D completo, pero esta débilmente expresado.

Un resultado de esta naturaleza se deberá reportar como Rh POSITIVO.

### Procedimiento

Esta prueba se programará como una prueba cruzada menor en tarjeta DG Gel Coombs enfrentando eritrocitos de la muestra de la persona beneficiaria o de la persona donadora contra control Rh y programar la prueba D Débil.

Identificar la tarjeta.

Colocar muestra en el equipo. (Ver instructivo de operación del equipo)

Leer e interpretar. (Ver Imagen 2)

En caso de ser positiva la prueba se reporta como RH positivo y en las observaciones se registra que es "Variante Du Positiva".

*S*

*✓*

*R*



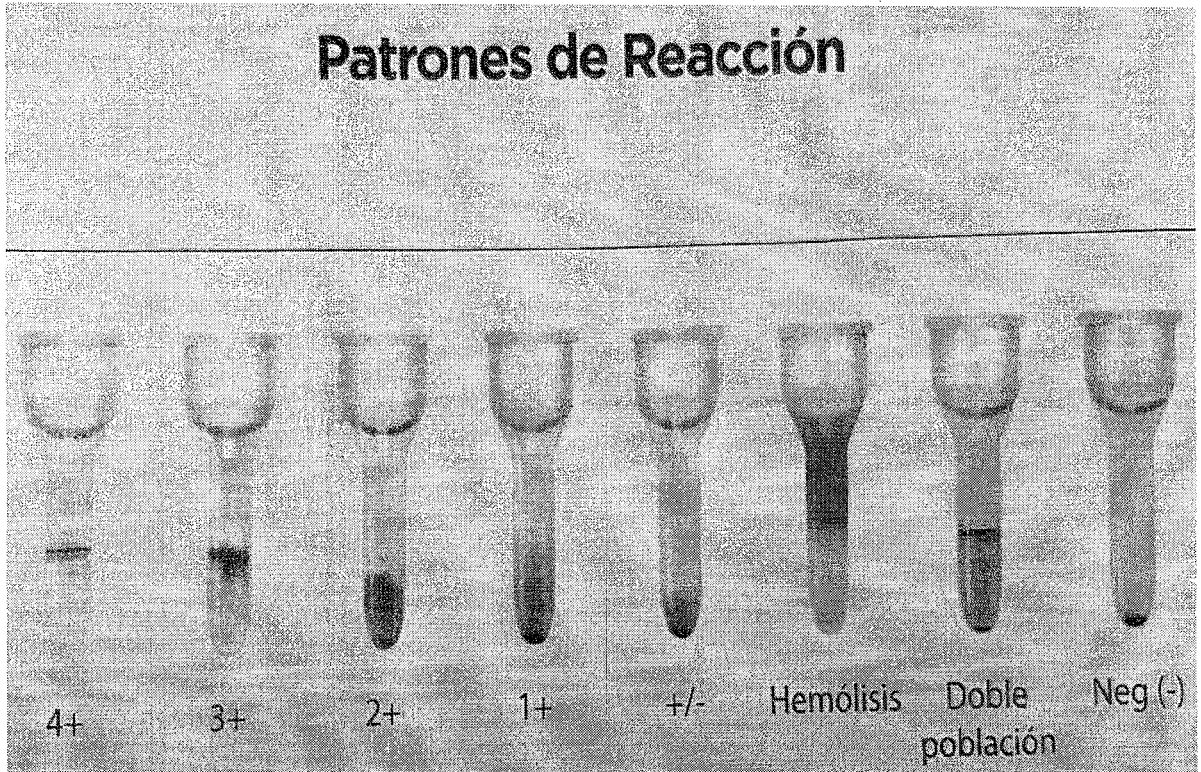
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 164 de 350



Imagen 2. Interpretación de resultados en Columnas de gel



R

al

h

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 165 de 350

**6. Grupo neonatal y Coombs directo.**

**6.1 Grupo neonatal y Coombs directo. Técnica manual**

Rotular los tubos con los hemoclasificadores correspondientes, colocar una gota.

Preparar una suspensión de eritrocitos al 3% con solución salina.

Colocar una gota de cada dilución de eritrocitos en cada tubo.

Centrifugar 30 segundos a 3400 rpm.

Leer e interpretar.

**Coombs Directo**

Colocar una serie de tubos limpios rotulados como se muestra a continuación.

Diluciones	S/D	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256	1:512
Título										

Preparar una serie de diluciones con el suero de Coombs y solución salina.

Colocar 2 gotas de las diluciones del suero de Coombs en tubos limpios y rotulados.



De la suspensión de eritrocitos preparada para la determinación de grupo colocar una gota en cada tubo de las diluciones.



Centrifugar 30 segundos 3400 rpm.

Leer.

Si el resultado es negativo reportarlo.

En caso de que el resultado sea positivo anotar el título al que se obtuvo la última aglutinación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 166 de 350

## 6.2 Grupo neonatal y Coombs directo. Técnica de Aglutinación en gel

Este método se basa en la separación a través de un tamiz de gel c, de los hematíes libres y los hematíes aglutinados. Los fenotipos eritrocitarios del sistema ABO se definen por la presencia o ausencia de los antígenos A y/o B en los hematíes.

En el recién nacido, estos antígenos no están completamente desarrollado, por lo tanto, pueden observarse reacciones más débiles que en los adultos, no pudiéndose identificar sub-grupos.

Los anticuerpos correspondientes al antígeno (s) no presentes en los hematíes del recién nacido, no aparecen en el suero hasta los 6 meses de edad, en consecuencia, no es posible determinar el grupo sérico en recién nacidos.

### Procedimiento

Dejar atemperar muestras y reactivos.


Identificar la tarjeta.

Colocar la muestra en el equipo (Ver instructivo de operación del equipo).

Leer e Interpretar resultados.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 167 de 350

## 7. Procedimiento para la determinación de Fenotipo

En la práctica clínica hay disponibles reactivos para la tipificación del fenotipo del sistema Rh: anti-C, anti-c, anti-E, y anti-e. Los reactivos son usados principalmente en la resolución de problemas con anticuerpos y en fenotipar unidades de sangre. La distribución de los antígenos detectada en los eritrocitos constituye el fenotipo Rh de una persona.

### 7.1 Procedimiento para la determinación de Fenotipo. Técnica en tubo

#### Procedimiento

Colocar 1 gota de reactivo en tubos rotulados (C, c, E y e).

Adicionar 1 gota de una suspensión de eritrocitos al 3-4%.

Mezclar y centrifugar 30 segundos. a 3,400 rpm.

Resuspender el botón suavemente y observar aglutinación.

Incubar las pruebas que resulten negativas o dudosas a 37°C por 15 minutos y repetir los pasos 3 y 4.

#### Interpretación

La aglutinación de los eritrocitos indica la presencia del antígeno.

La no aglutinación de las células rojas indica la ausencia del antígeno.

En la tabla 2 se observarán algunos fenotipos con los resultados de las pruebas realizadas con los cinco principales reactivos para la tipificación

*S*

*✓*

*R*




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la          realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 168 de 350

Tabla 2.

Reactivo					Fenotipo	Rh
Anti-D	Anti-C	Anti-c	Anti-E	Anti-e	Rh/Hr	Genotipo
+	+	+	-	+	R1r	DcE/dce
+	+	-	-	+	R1R1	DcE/DcE
+	-	+	+	+	R2r	DcE/dce
+	-	+	+	-	R2R2	DcE/DcE
+	+	+	+	+	R1R2	DcE/DcE
-	-	+	-	+	rr	dce/dce
+	-	+	-	+	Ror	Dce/dce
-	+	+	-	+	r'r	dCe/dce
-	+	-	-	+	r'r'	dCe/dCe
-	-	+	+	+	r''r	dcE/dce
-	-	+	+	-	r''r'	dcE/dcE
-	+	+	+	+	r''r''	dCe/dcE
+	+	-	+	+	R1Rz	DcE/DCE
+	+	+	+	-	R2Rz	DcE/DCE
+	+	-	+	-	RzRz	DCE/DCE
-	+	-	+	+	ryy'	dCE/dCe
-	+	+	+	-	ryr''	dCE/dcE
-	+	-	+	-	ryry	dCE/dCE

Q

al

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 169 de 350

## 7.2 Procedimiento para la determinación de Fenotipo. Técnica de aglutinación en gel.

Este método se basa en la separación, a través de un tamiz de gel, de los hematíes libres y de los hematíes aglutinados. Los fenotipos del sistema Rh se definen por la presencia o ausencia de los antígenos D, C, c, e y E en los hematíes.

### Procedimiento

La muestra a utilizar se va a centrifugar 3400 rpm por 3 minutos

No debe tener coágulos y debe estar libre de fibrina

Colocar la muestra en el equipo (seguir instrucciones del manual de operaciones del equipo)

Leer e interpretar

### Interpretación

Un resultado negativo será cuando el 100% de los eritrocitos estén en el fondo de la columna.

Si hay 100% de los eritrocitos en el último tercio de la columna será un resultado +/-.

Un resultado de 1+ es que el 80% de los eritrocitos están en los dos últimos tercios de la columna.

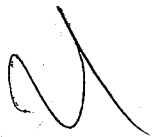
Un resultado de 2+ los eritrocitos están en los dos primeros tercios de la columna.

Un resultado 3+ el 80% de los eritrocitos están el primer tercio de la columna.

Un resultado de 4+ la aglutinación está en lo alto del gel.

Si hay eritrocitos tanto en la parte superior como en la inferior de la columna será una doble población (DP).

Cuando no hay aglutinación y observamos una coloración marrón en la columna habrá hemólisis.







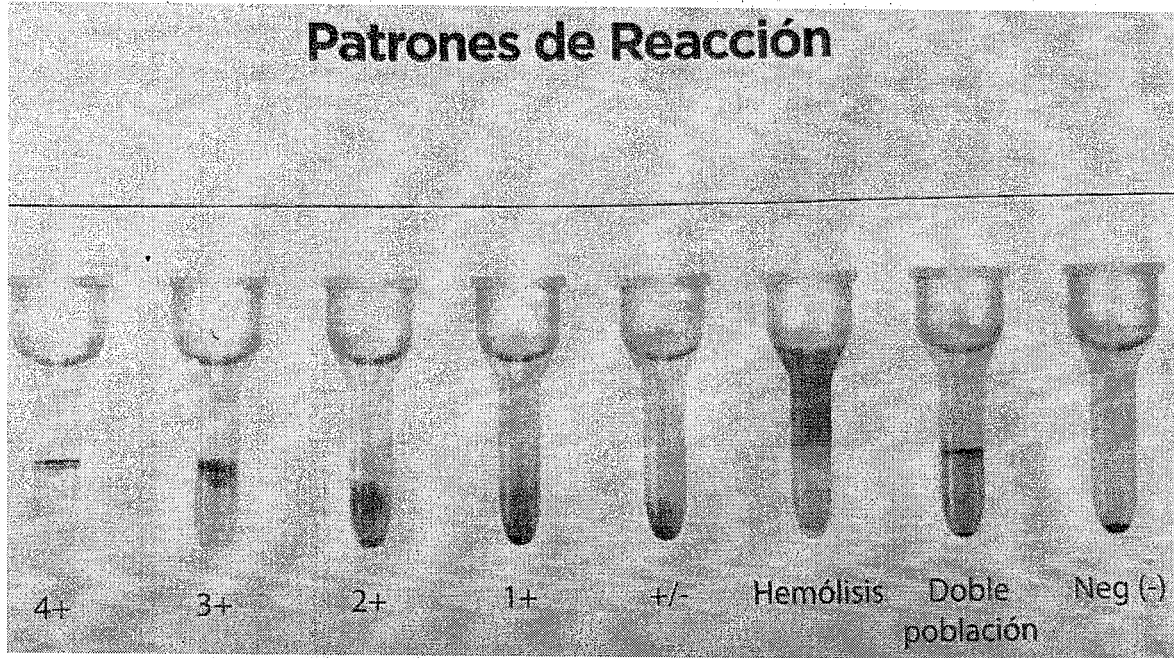
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 170 de 350

Imagen 2. Interpretación de resultados en Columnas de gel



#### 8. Procedimiento para solicitud de prueba de compatibilidad

La transfusión sanguínea ha sido una parte importante de la terapéutica médica desde hace más de un siglo. Hoy en día la terapia transfusional es una disciplina médica exitosa y científica gracias a los conceptos básicos aportados por varios investigadores.

Los procedimientos obligatorios de los estándares internacionales establecidos como pretransfusionales incluyen la prueba de compatibilidad, el protocolo completo se compone de las siguientes pruebas:

- Determinación del grupo ABO y Rh de la persona receptora. (Apartado 1 y 2 de este anexo)
- Selección de componentes ABO y Rh convenientes para la persona receptora.
- Detección de anticuerpos irregulares
- Prueba compatibilidad. (Apartado 8)
- Re identificación de la persona receptora antes de la transfusión.

El empleo de las pruebas pretransfusionales en forma adecuada y cuidadosa hacen que la respuesta entre la persona donadora y la persona receptora sea más favorable.

R

→

u



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 171 de 350

**A. Fase Preanalítica**

Los procedimientos exactos en la identificación de la persona beneficiaria, la muestra sanguínea y la unidad que se va a transfundir tienen que estar bien identificados.

En caso de recibir una muestra de sangre inadecuada para el procesamiento de pruebas de compatibilidad, dicha muestra se mantendrá en resguardo en el área de Medicina Transfusional

y se solicitará una nueva muestra al personal de enfermería o personal médico tratante de la persona beneficiaria.

La solicitud de componente sanguíneo debe tener como datos mínimos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos:

Identificación del establecimiento o unidad médica que hace la solicitud.

Nombre completo, fecha de nacimiento y edad de la persona beneficiaria, sexo.

En caso de conocerse, hemoclasificación ABO y Rh, valores de hemoglobina y hematocrito de la persona receptora, así como también antecedentes transfusionales, gestaciones, inmunización materno-fetal o de reacciones que hubiese presentado a medicamentos.

**Diagnóstico**

En caso de que la persona receptora esté hospitalizada: número de expediente, fecha de nacimiento, cama y el servicio donde será transfundido.

Señalar el producto requerido incluyendo cantidad de unidades y volumen.

Fecha y hora en que será realizada la transfusión y de ser necesario el señalamiento de la urgencia.

Fecha, nombre completo y firma del médico que solicita la transfusión.

Las solicitudes deben ser legibles.

El tubo debe estar rotulado con letra legible con los siguientes datos:

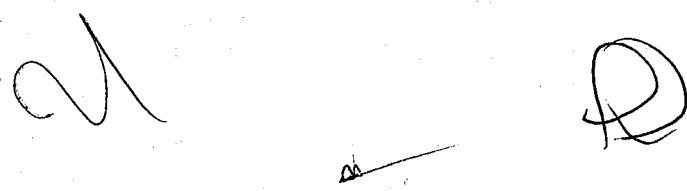
Nombre completo de la persona beneficiaria.



Número de cama.

Fecha en que la muestra fue tomada.

**(Ver PNO 14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización)**

El personal del Servicio de Medicina Transfusional al recibir la muestra debe confrontar la información del tubo con la solicitud; si existen discrepancias, deberán ser resueltas antes de aceptar el ingreso, solicitudes de sangre de muestras sin identificación o con membretes equivocados requerirán nueva toma de sangre y las muestras enviadas previamente se quedarán bajo custodia del Servicio de medicina Transfusional, no se devolverán.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 172 de 350

En caso de no recibir muestra se deberá verificar con el personal de enfermería de la persona beneficiaria, si tiene muestra en el área de hematología de menos de 12 horas se podrá utilizar o en su defecto solicitar que se tome muestra a la persona beneficiaria.

Al recibir la muestra como la solicitud se checa la hora de llegada para cualquier tipo de aclaración posterior.

Al recibir la solicitud de hemocomponente sanguíneo el personal del Servicio de medicina Transfusional revisa que se encuentre llenada de forma adecuada, en caso contrario dicha solicitud se rechaza y se envía de nuevo a su lugar de origen para ser llenada de forma correcta.

#### **Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh en la persona receptora**

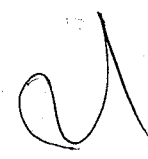
La determinación del grupo ABO es el paso más importante de las pruebas pretransfusionales, se emplean reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO (prueba directa) y los anticuerpos regulares anti-A y anti-B en suero o plasma utilizando eritrocitos con antígeno A1, A2, B y O (prueba inversa). La identificación del Rh se realiza usando el reactivo anti-D, y será validado mediante una prueba de control en paralelo que va a demostrar que el eritrocito no tenía IgG adherida a su superficie; si el control es positivo, el resultado debe ser invalidado, (Ver apartado 1,2 y 4 de este anexo).


#### **Detección de anticuerpos irregulares**

El objetivo de esta prueba es conocer la presencia de anticuerpos clínicamente significativos fuera del sistema ABO, es decir los que son reactivos a 37°C y/o en la prueba de antiglobulina o en ambas, y que causen reacciones transfusionales de forma rutinaria debe realizarse en todas las personas receptoras.

Los métodos empleados en la detección de anticuerpos irregulares pueden incluir de 2 a 3 células de escrutinio (ver instructivo del reactivo).

Cuando un anticuerpo es detectado la especificidad debe ser definida mediante la confrontación del suero de la persona beneficiaria con células tipificadas (Identificación de panel). Una vez identificado el anticuerpo se debe transfundir a la persona beneficiaria con concentrado eritrocitario libre del antígeno.


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 173 de 350

## B. Fase Analítica.

### Pruebas de compatibilidad.

La prueba de compatibilidad incluye técnicas que permiten demostrar la ausencia de anticuerpos específicos regulares e irregulares de importancia clínica en el suero de la persona receptora (prueba mayor), y anticuerpos en el suero de la persona donadora contra los eritrocitos de la persona receptora (prueba menor). La prueba compatible puede ser dividida en 3 fases:

**FASE I (Prueba rápida):** en la cual se establece la compatibilidad al sistema ABO, sin embargo, otros anticuerpos como el auto-anti-I, pueden ser detectados en esta fase.

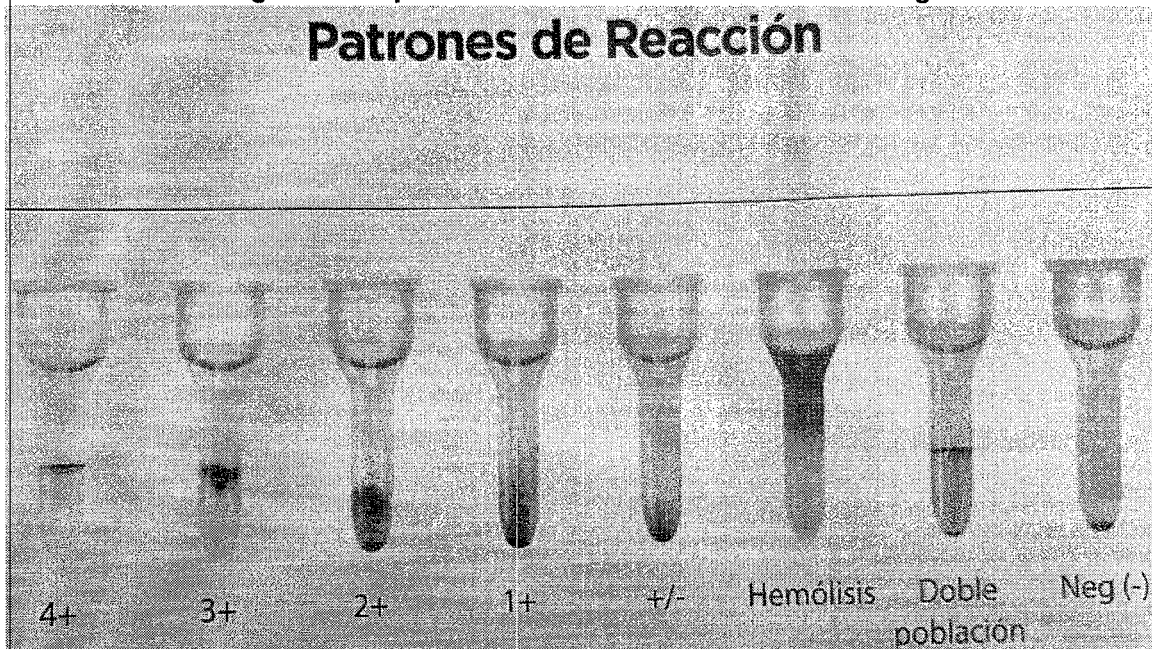
**FASE II (37°C):** la prueba continúa con una incubación a 37°C.

**FASE III (antiglobulina):** después de la incubación, agregar el reactivo de Coombs mono específico o poliespecífico.

Asociado a lo anterior, debe hacerse LA PRUEBA DE AUTOCONTROL, que consiste en dispensar en un tubo previamente rotulado suero de la persona beneficiaria y suspensión de eritrocitos de él mismo al 3-4%, siguiendo los mismos pasos que para la prueba de compatibilidad.



Se considera que hay compatibilidad cuando no se detecta hemólisis o aglutinación en ninguno de los pasos de la prueba; los resultados deben ser leídos con luz blanca, en caso de incompatibilidad deberá buscarse la causa, (Ver imagen 2).

**Imagen 2. Interpretación de resultados en Columnas de gel**



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 174 de 350

### 8.1 Procedimiento con técnica en tubo.

Prueba mayor (PM): Colocar 2 gotas del suero de la persona receptora y 1 gota de eritrocitos de la persona donadora, lavados por lo menos una vez.

Prueba menor (Pm): Colocar 2 gotas del suero de la persona donadora y 1 gota de eritrocitos de la persona receptora, previamente lavados.

Autocontrol (AC): Colocar 2 gotas del suero de la persona receptora y 1 gota de eritrocitos de él mismo, lavados por lo menos una vez.

Salina rápida: centrifugar los tubos por 30 segundos a 3,400 rpm, observar y anotar resultados.

Salina a 37°C: Incubar los tubos de 45-60 minutos, centrifugar 30 segundos a 3,400 rpm, observar y anotar resultados.

Salina Coombs: Lavar las células por lo menos 3 veces con solución salina, en el último lavado decantar perfectamente la solución salina y secar el borde del tubo y agregar 2 gotas del suero de Coombs, resuspender las células y centrifugar 30 segundos a 3,400 rpm, observar y anotar resultados.

En caso de que el resultado sea negativo, agregar 1 gota de células de control de Coombs y centrifugar, esto es para ver el consumo de AGH.

### Interpretación

Si no hay aglutinación, la prueba es compatible.

Si la prueba mayor es positiva, la sangre es incompatible con la persona receptora y en estos casos es necesario realizar la búsqueda de anticuerpos irregulares para determinar la especificidad del anticuerpo.

En la prueba menor positiva, se debe repetir el grupo ABO a la persona donadora.

El autocontrol positivo puede ser por varias razones, si la persona beneficiaria ha sido transfundido recientemente (menos de 3 meses) es muy probable que tenga anticuerpos pegados a los eritrocitos de la sangre transfundida, si fue transfundido con plasma o plaquetas, la positividad puede deberse al paso de anticuerpos de la persona donadora que se pegaron a los eritrocitos de la persona beneficiaria, si la persona beneficiaria nunca ha sido transfundido o tuvo transfusiones hace más de 4 meses, lo más probable es que se trate de un autoanticuerpo, que se presenta en anemias hemolíticas autoinmunes o en personas beneficiarias inmunocomprometidos.

### 8.2 Prueba de Compatibilidad en técnica de tarjeta Gel

La técnica que se utiliza como prioritaria en el servicio es la técnica en tarjeta de gel, salvo excepciones en las que debido a la cantidad de muestra no se pueda realizar mediante dicha técnica se ocuparán técnicas alternativas. En el caso extraordinario de falta de reactivos o descompostura simultanea de los equipos para realizar técnica en columna, se recurrirá a técnica manual. El servicio cuenta con la infraestructura necesaria para poder realizar técnica en columna automatizada, columna manual y técnica manual en tubo, asegurando la realización de las pruebas de compatibilidad previas a la transfusión.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 175 de 350

### 8.2.1 Prueba Mayor

Centrifugar la muestra de la persona receptora 3 minutos a 3,400 rpm.

La muestra de la persona receptora debe de estar libre de fibrina o microcoágulos.

Los eritrocitos de la persona donadora deben lavarse por lo menos una vez con solución salina.

Dispensar en los microtubos correspondientes 50 ml de la suspensión de hematíes del donante al 1%\*\*\*.

Añadir 25 ml de suero de la persona receptora (persona beneficiaria).

Incubar 15 minutos a 37°C.

### 8.2.2 Prueba Menor

Centrifugar la muestra 3 min a 3,400 rpm.

La muestra de la persona receptora debe de estar libre de fibrina o microcoágulos.

Dispensar en los microtubos correspondientes 50 ml de la suspensión de hematíes de la persona beneficiaria al 1%\*\*\*.

Añadir 25 ml de suero de la persona donadora.

Incubar 15 min a 37°C.

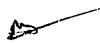
### 8.2.3 Auto control


Dispensar en un microtubo 50 ml de la suspensión al 1% de la persona beneficiaria.

Añadir 25 ml de suero de la misma la persona receptora.

Incubar 15 minutos a 37° C.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 176 de 350

## 9. Pruebas cruzadas en situaciones especiales

### 9.1 Urgencias.

La necesidad urgente de transfusión establece que la sangre sea proporcionada antes de que la prueba cruzada sea terminada. El médico tratante debe sopesar el riesgo y firmar la solicitud de autorización, mientras que el Servicio de Medicina Transfusional finaliza la prueba. En caso de encontrar incompatibilidad en alguno de los pasos se dará aviso de inmediato para dar el tratamiento adecuado ó interrumpir la transfusión si el caso lo amerita.

De acuerdo a la urgencia del producto sanguíneo se puede optar por:

Enviar concentrado eritrocitario del grupo O, Rh negativo y en caso de no tener en existencia mandar grupo O, Rh positivo cuando se desconozca el grupo sanguíneo de la persona receptora.

Enviar sangre compatible a grupo ABO y Rh de la persona receptora y la persona donadora.

Siempre que sea posible, realizar la prueba rápida antes de enviar el producto sanguíneo.

Cuando la transfusión no es de extrema urgencia, pero la sangre se requiere lo más pronto posible, se puede acortar el tiempo de incubación de la fase II, empleando medios de reacción que requieran en período de incubación más corto para finalizar la prueba (técnica manual).

(Ver PNO 4. Procedimiento para la solicitud urgente de sangre y hemocomponentes al Servicio de Medicina Transfusional)

### 9.2 Coombs directo

Dispensar en un microtubo 50 ml de la suspensión de hematíes de la persona beneficiaria.

En todos los casos

Ingresa la muestra al equipo Diana Procesador (Ver manual del equipo)

Leer e interpretar

Nota \*\*\* Para preparar al 1% la suspensión de hematíes en un tubo limpio y rotulado añadir 1 ml de Diana Sol + 10 m de eritrocitos lavados ya sea de la persona beneficiaria o de la persona donadora.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 177 de 350

### 9.3 Prueba de compatibilidad para productos plasmáticos

Los plasmas, deberán ser transfundidos con la realización de la prueba menor o de haber comprobado la ausencia de anticuerpos irregulares.

Alternativas ante una prueba incompatible.

Existen varias alternativas en el estudio inmunohematológico de las pruebas de compatibilidad; éstas podrán ser diferentes en cada Banco de Sangre y servicio de transfusión, bajo este aspecto el paso inicial siempre será la tipificación del grupo ABO y Rh de la persona receptora y la elección del grupo de la persona donadora.

La mayoría de las pruebas de compatibilidad que se realizan a diario son serológicamente compatibles, sin embargo, ocasionalmente se presentan incompatibilidades las cuales se presentan en cualquier persona beneficiaria.

Ante una situación de esta naturaleza lo mejor es proceder en forma lógica y práctica; para la resolución de una incompatibilidad, es importante tener la historia clínica de la persona beneficiaria.

Los pasos que se deben de seguir para la resolución de una prueba incompatible in vitro son:

Corroborar que la muestra pertenece a la persona beneficiaria, que no hubo error cuando se tomó y que está bien rotulado el tubo.

Tener los antecedentes personales de la persona beneficiaria como: sexo, raza, gestas, medicamentos, trasplante de órganos, etc.

Verificar si la persona beneficiaria tiene un registro en el Servicio de Medicina Transfusional, ya que de esta manera se pueden confirmar variaciones en las determinaciones realizadas y puede ser que el problema técnico ya esté analizado.

Es importante conocer la historia transfusional de la persona beneficiaria, que comprende el número y fecha de transfusiones previas.

Antecedentes obstétricos, ya que es posible que ocurra la aloimmunización, se debe incluir una historia del número de embarazos incluyendo abortos, óbitos, partos, cesáreas y antecedentes de ictericia neonatal.

Es necesario saber el tipo de medicamentos, ya que algunos medicamentos pueden dar positividad en la prueba de antiglobulina humana directa o inclusive provocar anemia hemolítica autoinmune.

Conocer el diagnóstico clínico de la persona beneficiaria, esta información es vital debido a las condiciones nosológicas que pueden expresar una prueba incompatible (Cuadro 4).



Estudios serológicos en los casos de incompatibilidad, como es un proceso rápido y secuencial, el personal atiende y resuelve los pasos anteriores, mientras repite nuevamente la prueba de compatibilidad.

Existen diferentes procesos para la resolución, se les presenta más adelante un diagrama de flujo para el manejo de las pruebas incompatibles







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 178 de 350

Una vez que la primera repetición resultó nuevamente incompatible se debe recolectar nueva muestra, evitando que exista una contaminación con medicamentos, se debe realizar nuevamente la prueba de compatibilidad bajo la misma técnica y condiciones. Si de nuevo saliera incompatible se debe determinar en qué etapa se presenta el resultado anormal

#### **9.4 Prueba post- transfusional**

Al recibir el reporte de una reacción transfusional, con una nueva muestra de la persona beneficiaria y el remanente de la bolsa enviada se realizarán nuevamente las siguientes pruebas:

- Grupo sanguíneo de la persona donadora y la persona receptora
- Pruebas de compatibilidad
- Rastreo de anticuerpos irregulares
- Pruebas adicionales que se requieran

#### **9.5 Técnicas alternativas para una prueba incompatible**

Muchas técnicas podrían ser valiosas en la identificación de anticuerpos, pero es importante recordar que no existe ningún procedimiento que detecte todos los anticuerpos en todas las muestras. Por lo que los bancos de sangre deben utilizar técnicas estándar para las pruebas de rutina y tener acceso a algunos enfoques alternativos.

Aunado a lo anterior, existen diferentes patologías en una persona que pueden dar como resultado interferencia en el complejo antígeno-anticuerpo, y por ello dar diferentes discrepancias que pueden alterar las pruebas de compatibilidad. En la tabla 3 muestra las más frecuentes.











 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 179 de 350

**Tabla 3. Correlación entre el problema serológico y la enfermedad.**

Problema serológico	Enfermedad
Anti-globulina humana positivo (IgG)	Artritis reumatoide
Poliaglutinación (antígenos T y Tk)	Sepsis
Antígenos A/B deprimidos	Leucemia
Discrepancias ABO	Quiste de ovario, síndrome paraneoplásico
Debilitamiento de antígenos A, B y H	Leucemia aguda, carcinomas
Neoantígenos eritrocitarios	Tumores derivados del tejido gastrointestinal
Antígeno B adquirido	Infecciones bacterianas, cáncer de colon y recto, obstrucción intestinal
Supresión del antígeno Kell	Granulomatosis con fenotipo McLeod
Hemólisis	Hemoglobinuria de la marcha
Anticuerpos calientes	Anemia hemolítica, carcinoma, linfomas, enfermedades autoinmunes, cirrosis hepática.
Presencia de anti-Le <sup>a</sup>	Fiebre reumática
Anticuerpos fríos	Linfomas, neumonía, sífilis, virosis, enfermedad de Waldeström
Anti-I, anti-H	Neumonía, linfomas, infecciones virales
Anti-i	Mononucleosis, cirrosis
Rouleaux	Mielomatosis y macroglobulinemia
Ausencia de anticuerpos ABO	Inmunodeficiencia, agammaglobulinemia
Autoanticuerpos fríos	Enfermedades autoinmunes.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 180 de 350

**C. FASE POST ANALÍTICA**

La interpretación de todos los resultados se debe registrar en el formato de Pruebas de compatibilidad.

En el caso de la utilización de alguna (s) técnicas especiales, se deberán consignar de la misma forma en el formato de pruebas de compatibilidad.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 182 de 350

### 1.6 ADSORCION

Los anticuerpos pueden ser removidos del suero con glóbulos rojos de fenotipo apropiado. El anticuerpo forma un complejo con el antígeno presente en la membrana celular y cuando el suero es separado de los glóbulos rojos, el anticuerpo permanece unido a éstos.

### 1.7 ELUCION

Las técnicas de elusión son usadas para confirmar la especificidad de los anticuerpos removidos por adsorción. En este procedimiento las moléculas de anticuerpos son liberadas de la membrana del glóbulo rojo, sea mediante la destrucción del antígeno o cambiando las condiciones que favorecen la disociación del complejo antígeno anticuerpo.

ELUCION: GAMMA ELU-KIT

Seguir indicaciones del fabricante.

Gamma EGA-KIT

Seguir indicaciones del fabricante.

### 1.8 ADSORCIÓN

Lavar los eritrocitos por lo menos tres veces con solución salina.

Después del último lavado, centrifugar durante por lo menos 5 minutos a 3600 rpm y eliminar el sobrenadante.

Mezclar volúmenes apropiados (a partes iguales) de glóbulos rojos concentrados y suero e incubar a la temperatura deseada (dependiendo del anticuerpo del que se sospeche) durante 30 a 60 minutos.

Durante la incubación mezclar en forma periódica.

Centrifugar los glóbulos rojos durante 5 minutos para condensarlos.

Transferir el sobrenadante (suero adsorbido) a un tubo de ensayo limpio.

Evaluar una alícuota de suero adsorbido para verificar si se eliminaron todos los anticuerpos.


Aglutinación: Adsorción no satisfactoria

No Aglutinación: Adsorción satisfactoria

*Q*

*|*

*n*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 181 de 350

## 10.6. ANEXO DE TÉCNICAS ESPECIALES DE INMUNOHEMATOLOGÍA

Cuando existen pruebas incompatibles se puede recurrir a diferentes técnicas para lograr la identificación de anticuerpos, cuando varios de ellos están presentes en un suero.

Algunas potencian la reactividad del anticuerpo cuando éste reacciona débilmente, otras suprimen o destruyen antígenos de la membrana, facilitando la identificación de anticuerpos, especialmente cuando existen mezclas.

El uso de guantes es obligatorio durante todo el procedimiento.

### 1. TÉCNICAS POTENCIADORAS

Se utilizan cuando un patrón reactivo débil no señala la especificidad o se presume la presencia de anticuerpos pero no puede mostrarse; estos procedimientos incrementan la reactividad y abrevian la incubación.

#### 1.1 TÉCNICAS ENZIMATICAS

El tratamiento de los glóbulos rojos con enzimas proteolíticas acrecienta su reactividad con los anticuerpos contra los antígenos de grupo sanguíneo Rh, P, I, Kidd, Lewis y otros al mismo tiempo destruye o debilita otros antígenos.

#### 1.2 INCREMENTO DE LA PROPORCIÓN SUERO-CÉLULAS

El aumento del volumen de suero incubado con una alícuota estándar de glóbulos rojos podría potenciar la reactividad de los anticuerpos presentes en concentraciones bajas.

#### 1.3 PROLONGACIÓN DE LA INCUBACIÓN

Para la mayoría de los anticuerpos, la incubación durante 15 minutos es insuficiente como para lograr el equilibrio y las reacciones observadas podrían ser débiles. La prolongación de la incubación a 60 minutos podría acrecentar la reactividad y aclarar el patrón.


#### 1.4 TÉCNICAS PARA AISLAR, ELIMINAR O DISMINUIR LA REACTIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS

A veces es útil disminuir o eliminar la reactividad de los anticuerpos, esto se puede lograr inhibiendo los anticuerpos con agentes específicos, extrayendo las moléculas de inmunoglobulina o removiendo (o debilitando) los antígenos eritrocitarios correspondientes. Estos métodos podrían facilitar la confirmación de especificidades presuntivas y promover la identificación de anticuerpos adicionales.

#### 1.5 PRUEBAS DE INHIBICIÓN

Algunos antígenos de grupo sanguíneo están presentes en formas solubles en saliva, orina y plasma o pueden prepararse a partir de otras fuentes. Estas sustancias son útiles para la identificación de anticuerpos, ya sea en las técnicas de inhibición de la hemoaglutinación para confirmar la especificidad, o en la neutralización de anticuerpos indeseables en un suero que contiene una mezcla de anticuerpos.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 184 de 350

1 A	-----	15 A
1 B	-----	15 B
1 H	-----	15 H

Añadir a cada tubo 2 gotas de la dilución de saliva que le corresponde y 2 gotas de antisuero diluido correspondiente.

- Los tubos marcados como 1 A ... 15 A llevan Anti-A
- Los tubos marcados como 1 B ... 15 B llevan Anti-B
- Los tubos marcados como 1H ... 15 H llevan Anti-H

Incubar 30 minutos de 18 a 22° C.

Añadir 1 gota de eritrocitos correspondientes a cada tubo

- Los tubos marcados como 1 A ... 15 A llevan Cel-A
- Los tubos marcados como 1 B ... 15 B llevan Cel-B
- Los tubos marcados como 1 H ... 15 H llevan Cel-H

Centrifugar inmediatamente 30 segundos a 3200 rpm.

Leer y registrar los resultados

Interpretar los resultados

#### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- NEUTRALIZACIÓN

Presencia de antígeno soluble = No Aglutinación

- NO NEUTRALIZACIÓN

Ausencia de antígeno soluble = Aglutinación

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>7. Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales</b>	Hoja: 183 de 350

**1.9 INHIBICIÓN DE LA HEMOAGLUTINACIÓN (Neutralización)**

Recolectar una muestra de 5-10 ml de saliva en un tubo de ensayo.

La muestra deberá ser recolectada en ayunas antes de lavarse los dientes (las pastas dentales contienen azúcares que pueden interferir en la determinación).

Centrifugar la muestra durante 10 minutos a 3500 rpm.

Transferir el sobrenadante a un tubo limpio.

Colocar en un baño de agua hirviendo durante 10 minutos

No calentar la saliva en forma directa porque se pueden alterar los antígenos solubles y solo el agua tendrá que estar hirviendo.

Centrifugar la muestra durante 10 min. a 3500 rpm transferir el sobrenadante a otro tubo limpio.

Preparar una dilución 1:4 con solución salina.

**Preparación de antisueros:**

Realizar la titulación de los siguientes reactivos: Anti A, Anti B, Anti H.

Elegir la máxima dilución en donde se haya obtenido una aglutinación de 2+.

P	2	4	8	16	32	64	128	526
4+	4+	4+	4+	4+	3+	2+	2+	+

Preparar de 2 a 3 ml de la dilución seleccionada para cada antisuero.

Ejemplo: 2ml de una dilución 1/64 de Anti-A

1ml anti-A -----64 ml SSI

X -----2.0ml SSI



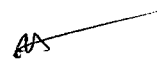
X=0.0312 ml



X=31.2ul

1.97ml de SSI + 31.2 ul de Anti-A

Hacer 15 diluciones de la saliva desde 1:4 hasta 1.65,536 (1ml de cada una).

Marcar 3 series de 15 tubos cada una como se indica a continuación:

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 186 de 350

## 1. PROPÓSITO

Aplicar los criterios para la transfusión de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora, garantizando la idoneidad y seguridad del procedimiento de transfusión.

## 2. ALCANCE


- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional, que lleva a cabo pruebas inmunohematológicas esenciales, asegura el manejo preciso de la documentación y registros vinculados con la selección de unidades, y supervisa de manera integral el proceso, garantizando así un funcionamiento eficiente y seguro. A las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos relacionados con la prescripción de las transfusiones y proporcionan información relevante sobre la patología de la persona receptora.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

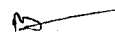
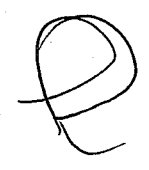

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos,

R



a

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 185 de 350

**8. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN RELATIVO A LOS  
CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UNIDADES DE ACUERDO AL PERFIL  
INMUNOHEMATOLÓGICO Y LA PATOLOGÍA DE LA PERSONA RECEPTORA**










 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 187 de 350

contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.



- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
  - 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 188 de 350

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de coordinar a través del Comité de Medicina Transfusional la participación de todas las partes involucradas en el proceso de transfusión.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional en coordinación con el personal del servicio médico tratante que participa en el proceso de transfusión son responsables de determinar la selección de la unidad de acuerdo al perfil inmunohematológico y patología de la persona receptora.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la NOM 253-SSA1-2012, que señala que los bancos de sangre, los puestos de sangrado y los servicios de transfusión, deberán implementar programas de educación, información, sensibilización para el conocimiento de los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora con el fin de asegurar el tratamiento adecuado para cada persona beneficiaria.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de implementar los procedimientos, formatos y registros para darle seguimiento a la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de gestionar los Recursos materiales de los criterios de la Selección de unidades de acuerdo al perfil Inmunohematológico y patología de la persona receptora.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la aplicación de los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora de acuerdo a la entrega apropiada de hemocomponentes.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de registrar en el Sistema informático del servicio los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del servicio de Medicina Transfusional es responsable de que a toda persona beneficiaria menor de 6 meses de edad se le transfunde con unidades 0 rh positivo.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del servicio de Medicina Transfusional es responsable de que, a toda persona beneficiaria menor de 6 meses de edad, se le realice grupo sanguíneo directo, así como coombs directo.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del servicio de Medicina Transfusional es responsable de que a toda persona beneficiaria menor de 6 meses de






 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 189 de 350

edad y personas beneficiarias con insuficiencia renal crónica se les deben de dar unidades con tiempo no mayor de 5 días de su extracción.

- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que todas las personas beneficiarias con las siguientes características deben ser transfundidos con unidades irradiadas:
- 3.20.1. Fetos receptores de transfusiones intrauterinas.
  - 3.20.2. Exanguinotransfusión en prematuros y en recién nacidos con un peso corporal igual o menor de 1200 gr.
  - 3.20.3. Personas beneficiarias seleccionados inmunodeprimidos.
  - 3.20.4. Inmunodeficiencias de células T.
  - 3.20.5. Candidatos o receptores de trasplante de regeneración de médula ósea y hasta los 6 meses tras haber efectuado un trasplante exitoso.
  - 3.20.6. Receptores de unidades provenientes de familiares consanguíneos de primer y segundo grado.
  - 3.20.7. Personas beneficiarias seleccionados con enfermedad de Hodking cuando el receptor fuera a recibir transfusión de componentes HLA compatibles.
- 3.21. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que a toda persona beneficiaria con trasplante de médula autóloga se evite que sus donadores sean familiares de primera y segunda línea, para evitar riesgos y complicaciones.
- 3.22. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de que todas las unidades que son irradiadas tengan una vida de 14 días para su uso correcto.

R A



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Recibe solicitud de hemocomponentes.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
		¿Amerita la aplicación de criterios de selección para su transfusión?	
	2	NO: Excluye la solicitud e inicia Procedimiento normalizado para la realización de pruebas pre-transfusionales y control de calidad de hemocomponentes. <b>Termina procedimiento.</b>	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
	3	Sí: Determina los criterios de selección de acuerdo al perfil inmunohematológico o de acuerdo a la patología de la persona receptora.	
	4	Registra en la solicitud de hemocomponentes los criterios de aplicación necesarios.	
	5	Se coordina vía telefónica con el personal médico adscrito del servicio tratante para determinar la viabilidad de aplicación del tratamiento o estudio a la unidad de sangre o hemocomponente requerida.  ¿Es viable el tratamiento o estudio?	
	6	No: Registra la observación en la solicitud de hemocomponentes con el nombre completo del personal médico tratante, cargo, fecha y hora, que indica la transfusión sin criterios de selección. Inicia Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas Pre-transfusionales y control de calidad de hemocomponentes. <b>Termina Procedimiento</b>	
7	SI: Realiza el tratamiento o estudio requerido a la unidad de acuerdo a los criterios determinados.	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional	

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	8	Registra en sistema informático y solicitud de sangre y hemocomponentes el tratamiento y/o estudio efectuado. Inicia Procedimiento Normalizado para la realización de pruebas Pre-transfusionales y control de calidad de hemocomponentes.  <p style="text-align: right;"><b>Termina procedimiento</b></p>	Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional

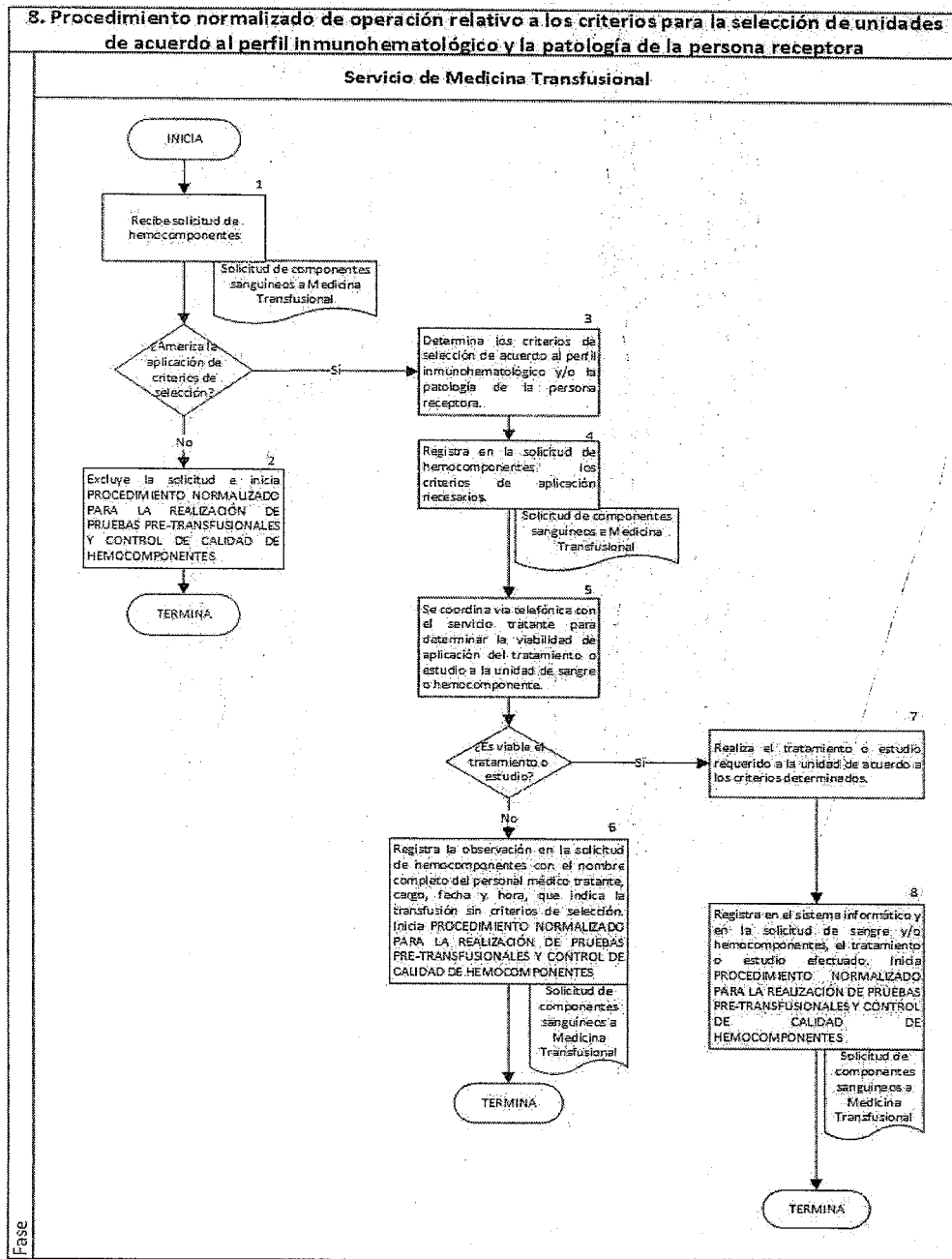
M

P

~


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>		Hoja: 192 de 350

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



*R*

*al*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.4 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.5 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica



## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud de hemocomponentes	1 año	Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Medicina Transfusional	No aplica

*Handwritten mark resembling the letter 'a'.*

*Handwritten mark resembling the letter 'D'.*

*Handwritten arrow pointing to the left.*


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 194 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Comité de Medicina Transfusional:** Un grupo encargado de coordinar todas las partes involucradas en el proceso de transfusión de sangre.
- 8.2. **Concentrado de eritrocitos irradiados:** unidad de glóbulos rojos sometida a técnicas estandarizadas de radiación ionizante.
- 8.3. **Control de calidad de hemocomponentes:** Procedimientos para asegurar que los componentes de la sangre sean seguros y efectivos.
- 8.4. **Exsanguineotransfusión:** procedimiento terapéutico que consiste en cambiar la sangre de una persona, sustituyéndola por sangre reconstituida proveniente de donantes cuyos eritrocitos y plasma conserven todas sus propiedades terapéuticas.
- 8.5. **Inmunohematología:** el estudio de los antígenos y anticuerpos de los grupos sanguíneos y problemas asociados.
- 8.6. **Irradiación:** procedimiento en el que se somete un componente celular de la sangre a la acción de radiación ionizante por métodos previamente estandarizados y autorizados, con la finalidad de evitar en el receptor de la enfermedad injerto contra huésped (u hospederero) asociada a transfusión.
- 8.7. **Persona beneficiaria:** Persona que recibe atención médica, en este contexto, transfusiones sanguíneas.
- 8.8. **Perfil inmunohematológico:** Características del sistema inmunológico y sanguíneo de una persona.
- 8.9. **Plaquetas irradiadas:** unidad o mezcla de plaquetas sometida a técnicas estandarizadas de radiación ionizante.
- 8.10. **Prueba de Coombs directo (o Coombs directo):** análisis que permite detectar anticuerpos, complemento o ambos, adheridos a la membrana del eritrocito, mediante el uso de anticuerpos contra la gamaglobulina humana (suero de Coombs).
- 8.11. **Pruebas Pre-transfusionales:** Exámenes realizados antes de una transfusión sanguínea para garantizar la seguridad y la compatibilidad.
- 8.12. **Recursos materiales:** Los elementos físicos y materiales necesarios para llevar a cabo una tarea o proceso.
- 8.13. **Sistema informático:** Un conjunto de componentes electrónicos y software utilizados para gestionar información y datos.






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	

8.14. **Transfusión:** La administración de sangre o sus componentes a una persona beneficiaria.


8.15. **Viabilidad:** Capacidad o posibilidad de que algo sea exitoso o factible.



### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Nueva Creación.


### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>8. Procedimiento normalizado de operación relativo a los criterios para la selección de unidades de acuerdo al perfil inmunohematológico y la patología de la persona receptora.</b>	Hoja: 196 de 350

## 10.1 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
 CALZADA DE JAJAJAJ 4800 COL. SECCIÓN AVI TEL. 40-00-30-00 EXT. 3271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
 URG \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_  
 COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_  
 Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TF \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno| \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_  
 Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desacharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Lic. Sanitaria 1014004673



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 197 de 350

## 9. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD

9

R

→

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 198 de 350

## 1. PROPÓSITO

Que el personal del Servicio de Medicina Transfusional conozca y aplique las prácticas de seguridad y las medidas de prevención establecidas en este documento, identificando su estructura o nivel, para seguir los lineamientos que aseguren la calidad de los procedimientos técnicos y de los resultados, proporcionando la mayor seguridad en el trabajo del personal.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional encargado de verificar que sean aplicadas las medidas de seguridad establecidas para su Personal Químico/Técnico, Personal Administrativo, para evitar el riesgo de infección, manejo adecuado de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI). A la Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Intendencia quien se encarga de recolectar el RPBI y sustituir los contenedores especiales para su almacenamiento.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.



## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia,

R

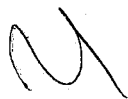
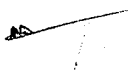
↓



al

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 199 de 350

documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
  - 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 200 de 350

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de atender la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, y desarrollar un programa de capacitación en el ámbito de aplicación del Servicio, dirigido al personal adscrito.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar a conocer al personal las designaciones del nivel de bioseguridad basados en el Manual de Bioseguridad de la Organización Mundial de la Salud.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que estén señalizadas las zonas de trabajo con riesgo biológico y control de acceso al personal no autorizado.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de instruir a su personal para evitar mezcla de RPBI con cualquier otro tipo de residuo municipal o peligroso. El personal debe seguir procedimientos de separación adecuados para evitar la contaminación cruzada.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar que los contenedores de RPBI estén ubicados en áreas designadas y claramente identificadas, separadas de las áreas de personas beneficiarias, almacén de medicamentos y materiales de atención médica, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimientos y oficinas.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de monitorear la capacidad de los contenedores de RPBI a fin de garantizar que no rebasen el 80% de su capacidad.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de separar y envasar todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, conforme a la siguiente tabla:

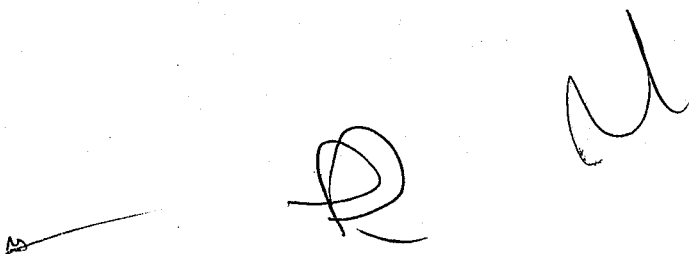






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 201 de 350

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FÍSICO	ENVASADO	COLOR
Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Cultivos y cepas de agentes infecciosos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
Patológicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Amarillo
Residuos no anatómicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Objetos punzocortantes	Sólidos	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

- 3.17. La Subdirección de Servicios Generales, a través del Departamento de Intendencia debe proporcionar contenedores de almacenamiento adecuados y herméticamente cerrados para la segregación y almacenamiento temporal de RPBI, conforme con la Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de seguir todas las precauciones de seguridad al manipular RPBI, incluyendo el uso de equipo de protección personal como guantes, batas y gafas de protección según sea el caso, y de conformidad con las Reglas y lineamientos de seguridad del Servicio de Medicina Transfusional.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 202 de 350

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Identifica el residuo peligroso biológico-infeccioso (RPBI).	No aplica
	2	Coloca el RPBI en el contenedor correspondiente.	
		¿Se rompe la barrera de bioseguridad durante el retiro o desecho del RPBI?	
	3	No: concluye el desecho. Pasa a actividad 9.	
	4	Sí: suspende inmediatamente toda actividad.	
	5	Exprime la herida para que sangre.	
	6	Lava con agua y jabón abundante.	
	7	Informa a la persona Titular del Servicio de inmediato y proporciona datos referentes a la exposición.	
	8	Acude al Servicio de Epidemiología Hospitalaria, donde inician PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS.	
	9	Monitorea la capacidad del contenedor de RPBI cerciorándose de no sobrepasar el 80% de su capacidad.  ¿El contenedor se encuentra al 80% de su capacidad?	
	10	No: Continúa en uso.	
	11	Sí: cierra el contenedor asegurando los dispositivos de cierre.	
12	Solicita verbalmente el retiro del contenedor de RPBI al personal del Departamento de Intendencia durante jornada de limpieza del área.		
Departamento de Intendencia	13	Recibe solicitud verbal de retiro de contenedor de RPBI.	No aplica
	14	Retira el contenedor de RPBI.	
	15	Sustituye el contenedor de RPBI.	

Q

↓

u

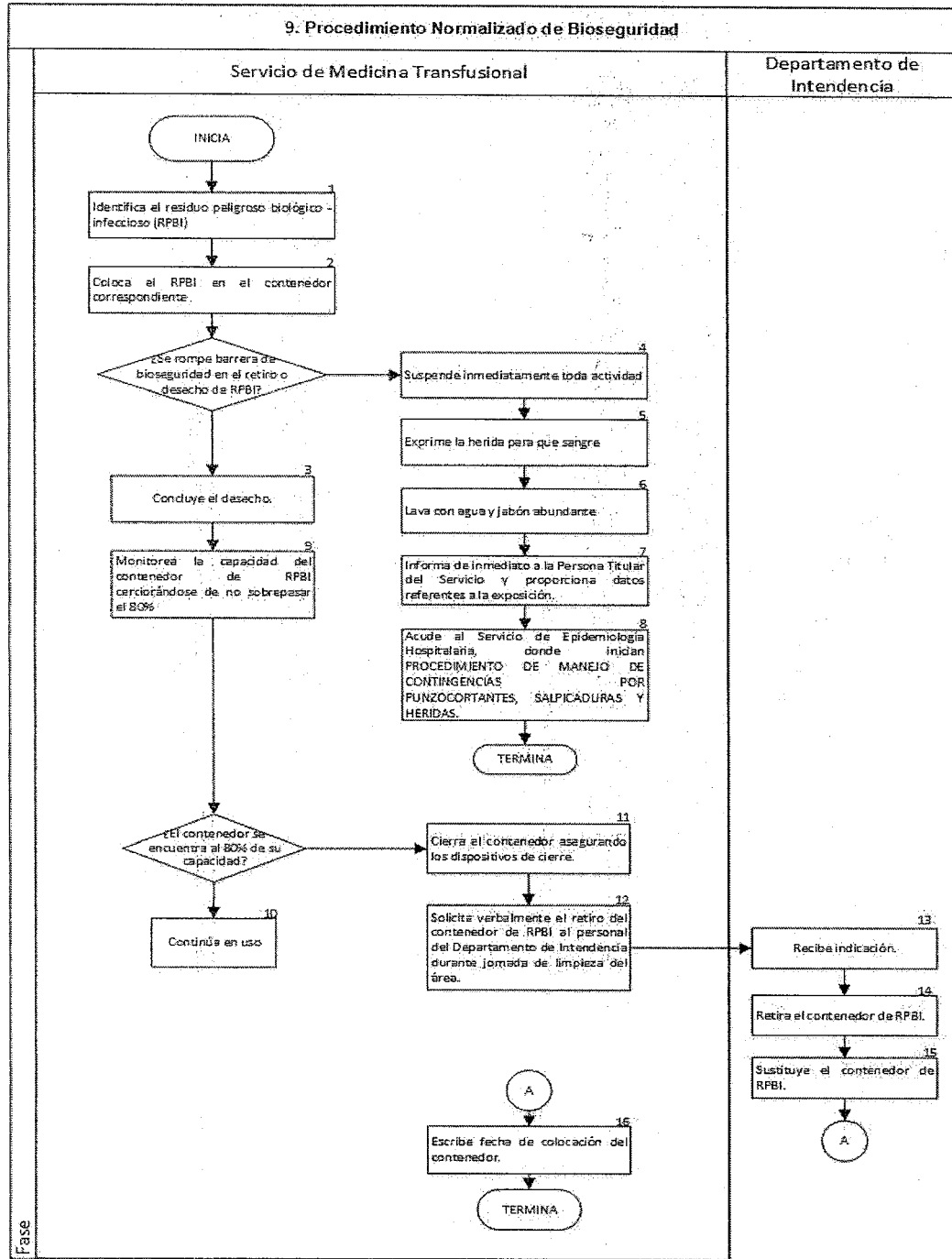


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 203 de 350



Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	16	Escribe la fecha de colocación del contenedor. <b>Termina procedimiento</b>	No aplica




**5. DIAGRAMA DE FLUJO**






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 205 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NORMA Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México, 2012.	NOM-253-SSA1-2012
6.2 Protección Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.3 Reglas y lineamientos de seguridad del Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
6.4 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica



## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa de capacitación de manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.	3 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica

*R*

*A*

*4*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 206 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Agente biológico:** Son los microorganismos con inclusión de los genéticamente modificados, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.
- 8.2. **Bioseguridad:** es el término utilizado para referirse a los principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental. En cambio, la «protección biológica» (o «bioprotección») se refiere a las medidas de protección de la institución y del personal destinadas a reducir el riesgo de pérdida, robo, uso incorrecto, desviaciones o liberación intencional de patógenos o toxinas.
- 8.3. **Clasificación de los agentes de riesgo:** Los agentes biológicos se clasifican en cuatro grupos, según su diferente índice de riesgo de infección.

El grupo 1 incluye los agentes biológicos que resulta poco probable que causen enfermedad en el ser humano.

El grupo 2 incluye los agentes biológicos patógenos que puedan causar una enfermedad en el ser humano; es poco probable que se propaguen a la colectividad y, generalmente, existe para ellos una profilaxis o tratamiento eficaces. Pertenecen a este grupo las bacterias causantes de la Legionelosis o el tétanos y los virus de la gripe o del herpes, entre otros.



El grupo 3 comprende los agentes biológicos patógenos que puedan causar una enfermedad grave en el ser humano; existe el riesgo de que se propaguen a la colectividad, pero generalmente existe una profilaxis o tratamiento eficaces. Las bacterias causantes de la tuberculosis o el ántrax y los virus de la hepatitis o el SIDA pertenecen, entre otros, a este grupo.

El grupo 4 comprende los agentes biológicos patógenos que causan enfermedades graves en el ser humano; existen muchas probabilidades de que se propaguen a la colectividad y no existe, generalmente, una profilaxis o tratamiento eficaces. Ejemplos de este grupo son los virus del Ébola y de Marburg.

- 8.4. **Contenedor de RPBI:** Un recipiente para la segregación y almacenamiento temporal de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI).
- 8.5. **Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012:** Norma que establece disposiciones para la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.



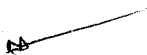




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 207 de 350

- 8.6. **Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002:** Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- 8.7. **Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI):** Residuos que representan un riesgo biológico y deben ser manejados y desechados adecuadamente.
- 8.8. **Riesgo Biológico:** Es la posibilidad de que un trabajador pueda sufrir infecciones, intoxicaciones o procesos alérgicos de origen no químico, como consecuencia de la exposición a microorganismos, incluidos los modificados genéticamente, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos, y que la normativa vigente engloba como "agentes biológicos".
- 8.9. **Segregación:** Separación adecuada de RPBI de otros tipos de residuos.

R

2



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 208 de 350

### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO



- 10.1. Programa Anual de Capacitación Personal.
- 10.2. Reglas y lineamientos de seguridad del Servicio de Medicina Transfusional.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 209 de 350

## 10.1 PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN PERSONAL

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>Programa Anual de Capacitación al Personal</b>		

No.	Capacitación	Dirigido a:	Fecha	Hora	Ubicación	Apoyo requerido
1	Capacitación de manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos	Personal del Servicio del Medicina Transfusional	Por definir	Por definir	Servicio de Medicina Transfusional	Presentación digital
2	Capacitación de Seguridad en el área de trabajo.	Personal del Servicio del Medicina Transfusional	Por definir	Por definir	Servicio de Medicina Transfusional	Presentación digital




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>9. Procedimiento Normalizado de Bioseguridad</b>	Hoja: 210 de 350

## 10.2 REGLAS Y LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL.

1. El personal del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de mantener limpia y aseada su área de trabajo, retirando del mismo cualquier material que no tenga relación con el procedimiento. Así mismo, las superficies de trabajo se deben descontaminar al menos una vez al día.
  2. El personal del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de portar el uniforme de manera adecuada, que las batas se encuentren cerradas por delante, (No resultan apropiadas las batas con mangas cortas tipo filipina), zapatos cerrados, y además en el caso de las mujeres con tacón de altura moderada (menor a 5 cm).
  3. El personal del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de portar el equipo de seguridad de manera adecuada, como los lentes de seguridad o sus propios anteojos en los casos de que haya posibilidad de salpicaduras, cubrebocas y guantes desechables en todos los trabajos que impliquen contacto directo con la sangre, fluidos corporales y materiales infecciosos. Los guantes se deben quitar evitando contaminarse y deben ser depositados en los contenedores correspondientes.
  4. El personal del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar el lavado de manos después de haber manipulado materiales potencialmente infecciosos, y al terminar la jornada laboral.
  5. El personal del Servicio de Medicina Transfusional no debe consumir alimentos, bebidas, fumar, aplicarse cosméticos o guardar alimentos en el área de trabajo.
  6. La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de supervisar que en el área laboral se lleven a cabo las medidas de seguridad descritas en el presente documento.
  7. La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de asegurarse que el personal reciba información relativa a su exposición laboral a los agentes biológicos y a las medidas preventivas implantadas para la reducción del riesgo derivado de la acción de estos agentes.
  8. La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de coleccionar, leer y resguardar las fichas de datos de seguridad de las sustancias peligrosas que utilizan en el servicio.
  9. La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar el adecuado almacenamiento de compuestos químicos peligrosos.
  10. La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar que se cuenten con señalamientos preventivos en las áreas donde se hayan identificado riesgos de trabajo.
- La persona titular del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de autorizar el acceso a la zona de trabajo de Medicina Transfusional, al personal del Hospital y a personas externas prestadoras de servicios. En los casos en que se vaya a realizar alguna actividad técnica, se requerirá el uso de bata y el cierre de las puertas de acceso durante el trabajo.







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 211 de 350

**10. PROCEDIMIENTO PARA CELEBRAR Y/O RENOVAR CONVENIOS  
INTERINSTITUCIONALES DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES**

B

R

S

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 212 de 350

## 1. PROPÓSITO

Facilitar la planificación, ejecución y seguimiento de acuerdos interinstitucionales de suministro de sangre y hemocomponentes, con el objetivo de optimizar la disponibilidad de recursos sanguíneos y mejorar la atención a las personas receptoras de los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión involucrados.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional responsable de gestionar acuerdos interinstitucionales de suministro de sangre y hemocomponentes; a la Dirección Médica, encargada de evaluar y validar las propuestas de Convenios y/o sus modificaciones; a las Subdirecciones Médicas responsables de la valoración de las personas beneficiarias que solicitan componentes sanguíneos con fines terapéuticos y a la Subdirección de Asuntos Jurídicos, por conducto del Departamento de Normatividad, Convenios y Contratos, que revisa y dictamina los instrumentos jurídicos consensuales del hospital.
- 2.2. A nivel externo: A nivel externo el procedimiento es aplicable a las personas beneficiarias que requieren de componentes con fines terapéuticos. Bancos de sangre y Servicios de Transfusión externos que pueden ser parte de los convenios interinstitucionales.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

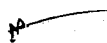
- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 213 de 350

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de elaborar la propuesta de Convenio y/o sus modificatorios la cual debe enviar a la Dirección Médica para su validación.
- 3.10. La Dirección Médica es responsable de revisar y validar la propuesta de Convenio y/o propuesta de renovación y/o sus modificatorios, considerando su factibilidad, tiempos de ejecución, recursos humanos, recursos materiales disponibles para que se efectúe cada una de las cláusulas y que sea para beneficio de ambos bancos de sangre o servicios de transfusión.
- 3.11. La Dirección Médica una vez de haber aceptado llevar a cabo una colaboración institucional, debe solicitar por oficio la revisión y dictamen del instrumento jurídico a la Subdirección de Asuntos Jurídicos a través del Departamento de Normatividad, Convenios y Contratos, área responsable de revisar o elaborar y, en su caso dictaminar, los convenios de colaboración.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de solicitar los documentos necesarios para la elaboración del Convenio, a las instituciones con las que se pretendan celebrar. La documentación deberá sustentar el apartado de Declaraciones y consistirá en la siguiente:

3.12.1. Acta Constitutiva y/o Decreto de creación.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 214 de 350

- 3.12.2. Poder notarial de la persona representante legal y/o persona apoderada legal que firmará el convenio. O, en caso de instituciones públicas, los nombramientos respectivos.
- 3.12.3. Identificación oficial de la persona representante legal y/o persona apoderada legal.
- 3.12.4. Registro Federal de Contribuyentes.
- 3.12.5. Comprobante de domicilio, con fecha de expedición no mayor no mayor a tres meses.
- 3.12.6. Los anexos a que haga mención en todo el cuerpo del convenio, en caso de existir.

La anterior documentación deberá ser enviada en formato electrónico a la Subdirección de Asuntos Jurídicos, para la revisión de los convenios.

- 3.13. La Subdirección de Asuntos Jurídicos a través del Departamento de Normatividad, Convenios y Contratos es responsable de elaborar y/o revisar la parte legal de los convenios con terceros que se pretendan suscribir a nombre del Hospital, para la obtención de beneficios y evitar posibles afectaciones.
- 3.14. La Subdirección de Asuntos Jurídicos a través del Departamento de Normatividad, Convenios y Contratos es responsable de dictaminar los convenios o renovaciones y/o sus modificatorios que ingresan a esta Unidad.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional, una vez dictaminados los convenios, las áreas que se señalen como responsables de los mismos, deberán llevar un adecuado control y vigilancia del desarrollo y cumplimiento de las obligaciones de los mismos y, así evitar incurrir en posibles responsabilidades por incumplimiento.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional resguardará un ejemplar original del convenio en su respectivo expediente e informará a los responsables de su seguimiento, sobre la formalización.

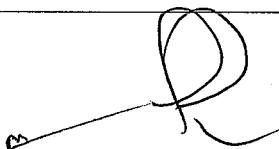
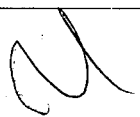




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Identifica la necesidad de intercambiar sangre y hemocomponentes con otras unidades de salud para satisfacer las demandas de personas beneficiarias y asegurar el suministro adecuado.	
	2	Realiza una evaluación inicial de la idoneidad las instituciones, teniendo en cuenta la ubicación geográfica y capacidad de suministro.	
	3	Desarrolla una propuesta que incluye la parte técnica del convenio, como la cantidad y tipo de hemocomponentes a intercambiar, los plazos de entrega, y los beneficios mutuos.	Propuesta de convenio
	4	Envía propuesta a la Dirección Médica.	Oficio Propuesta de convenio
Dirección Médica	5	Evalúa propuesta.  ¿aprueba la propuesta?	Propuesta de convenio
	6	No: Responde mediante oficio con los motivos y/o recomendaciones. Regresa a la actividad 3.	Oficio
	7	Sí: Notifica aprobación.	Oficio
Servicio de Medicina Transfusional	8	Recibe aprobación de propuesta de convenio de colaboración.	Oficio
	9	Solicita la revisión de la propuesta de convenio, así como la adaptación del apartado legal y asesoría de documentación anexa, ver política 3.12.	Oficio Propuesta de convenio
Subdirección de Asuntos Jurídicos	10	Recibe la propuesta de convenio.	Oficio Propuesta de convenio
	11	Realiza revisión a la propuesta, adapta el apartado legal del convenio y asesora sobre la documentación a solicitar a la institución de salud.	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
	12	Envía propuesta de convenio.	Oficio Propuesta de convenio
Servicio de Medicina Transfusional	13	Recibe propuesta de convenio de colaboración	Oficio Propuesta de convenio
	14	Envía solicitud de convenio de colaboración a la institución de salud para su revisión.	Oficio Propuesta de convenio
Institución de Salud	15	Recibe solicitud de convenio.	Oficio Propuesta de convenio
	16	¿La institución está de acuerdo con la propuesta de convenio?  No: Emite oficio de respuesta con las sugerencias de modificación para consideración en la negociación del convenio. Regresa a la actividad 3.	Oficio
	17	Sí: Emite oficio de aprobación de la solicitud del convenio de colaboración y lo envía con la documentación legal de la institución.	Oficio Acta Constitutiva y/o Decreto de creación. Poder notarial Identificación oficial de representante legal Registro Federal de Contribuyentes. Comprobante de domicilio
Servicio de Medicina Transfusional	18	Recibe oficio de aprobación de solicitud de convenio de colaboración y documentación legal de la institución.	Oficio Acta Constitutiva y/o Decreto de creación. Poder notarial Identificación oficial de representante legal Registro Federal de Contribuyentes. Comprobante de domicilio

*Handwritten mark resembling the number 2*

*Handwritten mark resembling the number 2*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
	19	Notifica a la Dirección Médica la aprobación del convenio por parte de la institución de salud prospectada.	Oficio
	20	Imprime 4 originales del convenio y solicita dictaminación del mismo.	Convenio de colaboración
Subdirección de Asuntos Jurídicos	21	Recibe solicitud de dictaminación.	Oficio Convenio de colaboración
	22	Dictamina convenio de colaboración.	Convenio de colaboración
Servicio de Medicina Transfusional	23	Recibe el convenio dictaminado y recaba firmas de las áreas del Hospital involucradas en el convenio.	Convenio de colaboración
	24	Envía convenio a la institución de salud para recabar firmas autógrafas.	Convenio de colaboración Oficio
Institución de Salud	25	Recibe convenio.	Convenio de colaboración Oficio
	26	Recaba firmas y retiene las 2 copias originales de la Institución.	
	27	Envía las 2 copias originales del convenio al Hospital.	Convenio de colaboración Oficio
Servicio de Medicina Transfusional	28	Recibe convenio (2 originales).	Convenio de colaboración Oficio
	29	Envía convenio para su formalización.	Convenio de colaboración Oficio
Subdirección de Asuntos Jurídicos	30	Recibe convenio y lo registra como convenio formalizado.	Convenio de colaboración Oficio
	31	Notifica al Servicio de Medicina Transfusional y envía original para su resguardo y conserva la otra copia original.	Convenio de colaboración Oficio





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	

Área Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Servicio de Medicina Transfusional	32	Recibe convenio de colaboración formalizado.  <p style="text-align: right;"><b>Termina procedimiento</b></p>	Convenio de colaboración Oficio

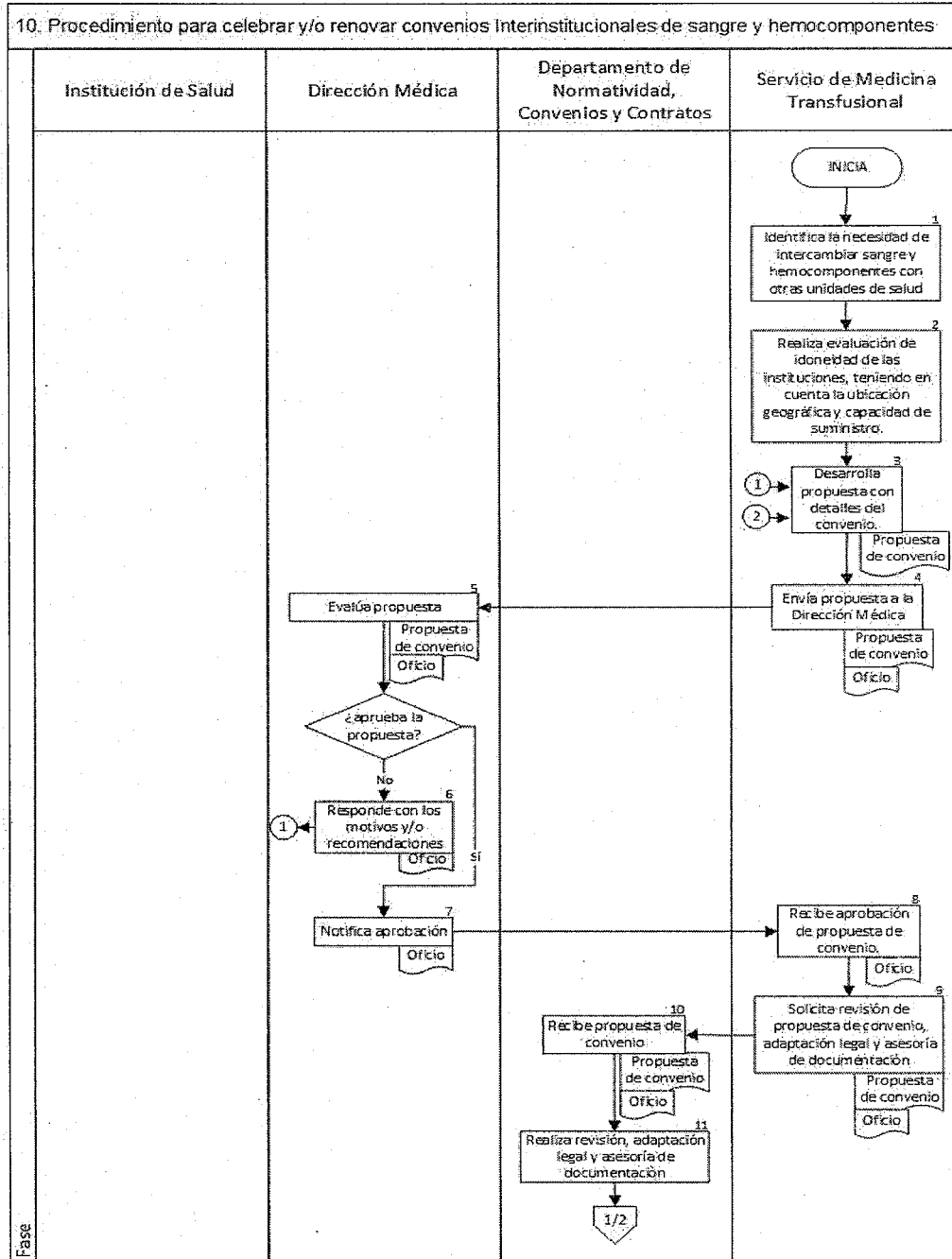


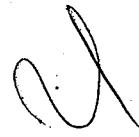
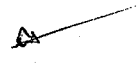


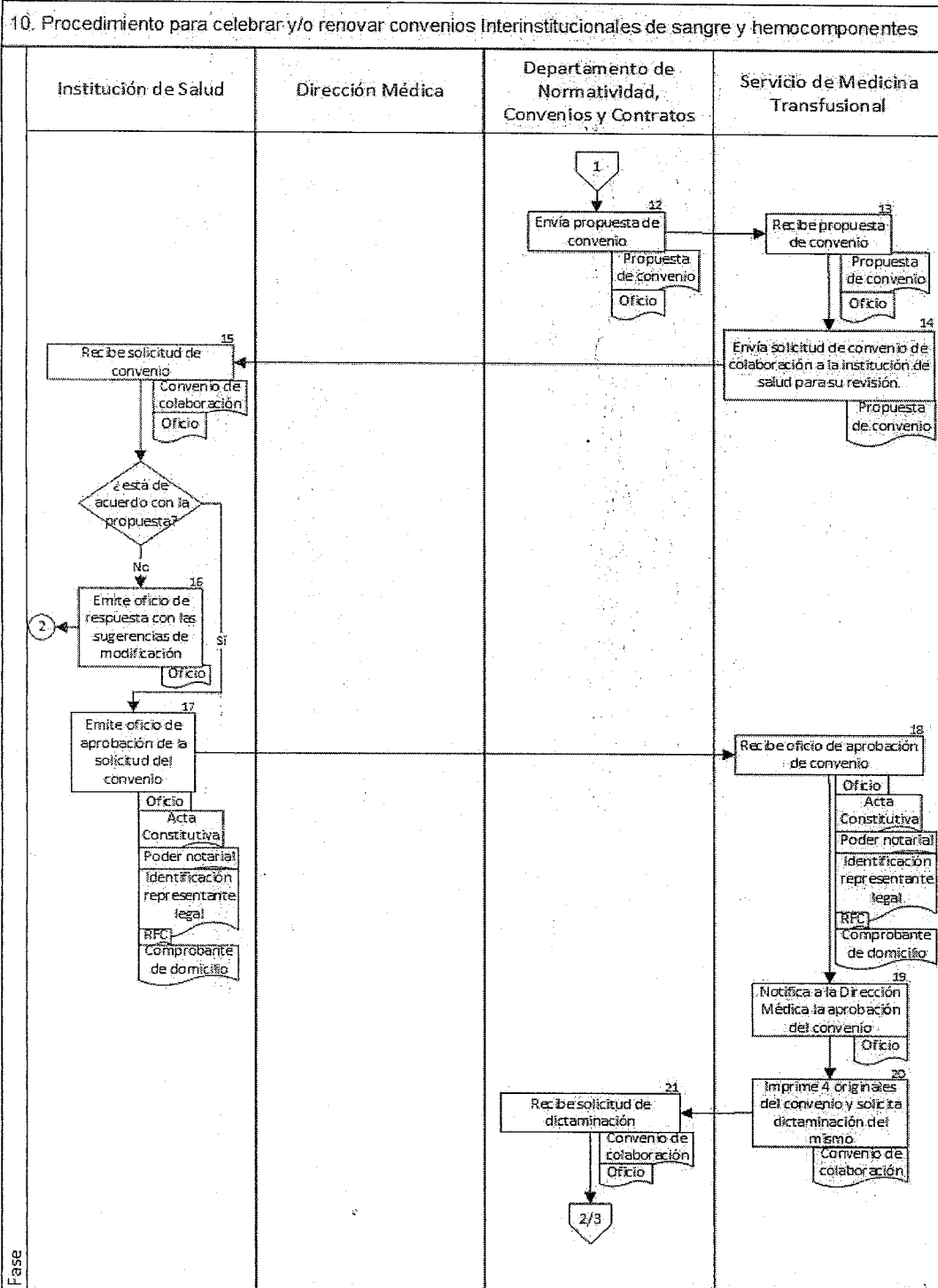


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>		Hoja: 219 de 350

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO





22

2



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

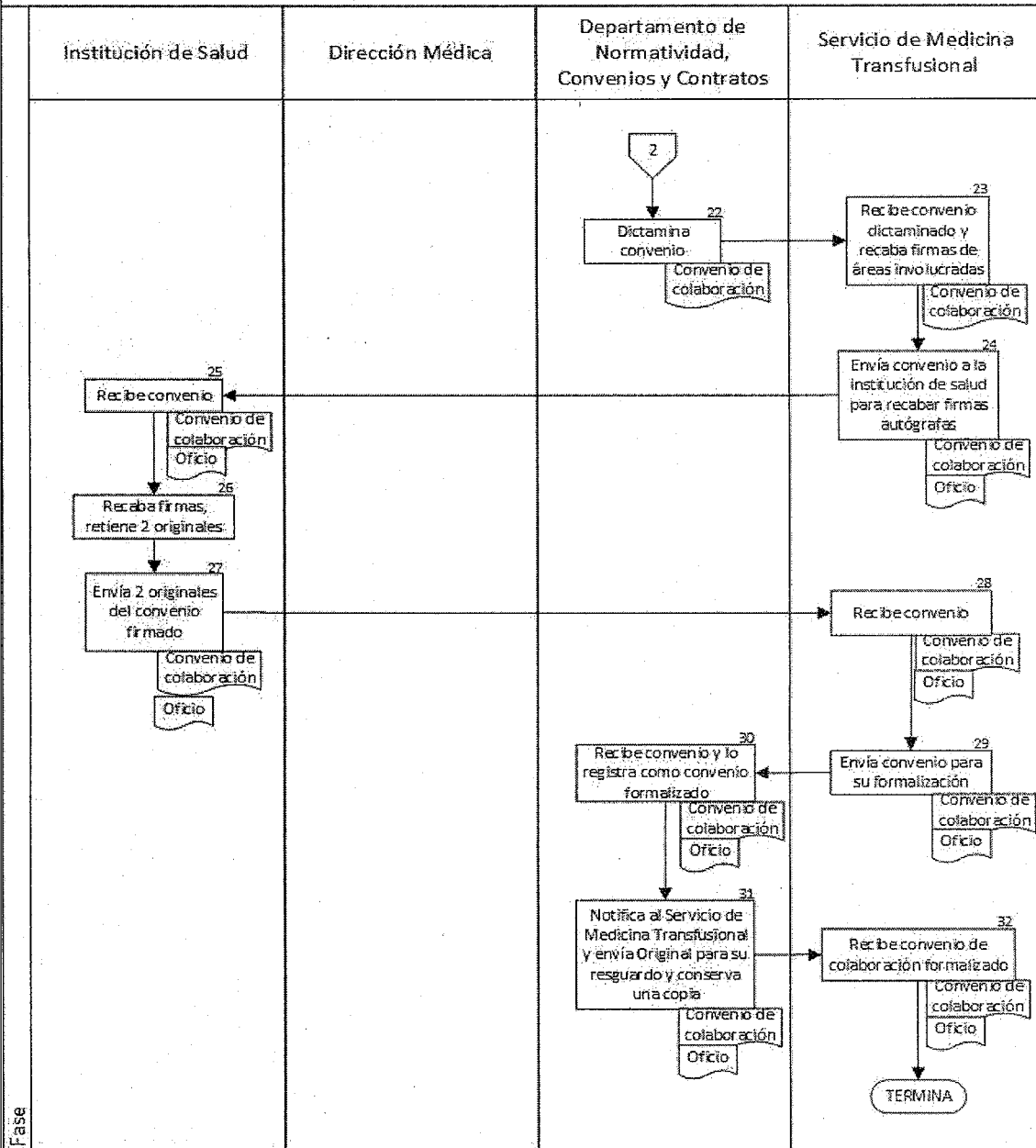
**Servicio de Medicina Transfusional**



**10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes**

Hoja: 221 de 350

**10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios Interinstitucionales de sangre y hemocomponentes**



Fase

*R u*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	

### 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 NORMA Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México, 2012.	NOM-253-SSA1-2012
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	No aplica

### 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Convenio de colaboración	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica

Q

↓

2

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 223 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Agente biológico: Son los microorganismos con inclusión de los genéticamente modificados, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.
- 8.2 Bioseguridad: es el término utilizado para referirse a los principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental. En cambio, la «protección biológica» (o «bioprotección») se refiere a las medidas de protección de la institución y del personal destinadas a reducir el riesgo de pérdida, robo, uso incorrecto, desviaciones o liberación intencional de patógenos o toxinas.
- 8.3 Acta Constitutiva: documento legal que establece la creación y existencia de una entidad legal, como una empresa o una organización. Contiene información sobre la estructura, propósito y reglas de la entidad.
- 8.4 Cláusulas: Disposiciones específicas en un acuerdo o convenio.
- 8.5 Código de Ética: Conjunto de principios y reglas éticas que guían el comportamiento en el ámbito público.
- 8.6 Comprobante de domicilio: documento que demuestra la dirección de una persona o entidad. Por lo general, incluye facturas de servicios públicos u otros documentos oficiales con la dirección impresa.
- 8.7 Convenio de colaboración: Acuerdo formal entre instituciones para el intercambio de sangre y hemocomponentes.
- 8.8 Decreto de creación: Un acto administrativo emitido por una autoridad competente, como un gobierno o una agencia gubernamental, que establece la creación de una entidad pública, como una institución, un departamento o una organización.
- 8.9 Dictaminación: Evaluación y aprobación oficial de un convenio por parte de la institución.
- 8.10 Formalización: Proceso de hacer un acuerdo o convenio oficial y legalmente vinculante.
- 8.11 Incumplimiento: No cumplir con los términos de un acuerdo o convenio.
- 8.12 Instrumentos Jurídicos: Documentos legales que regulan los acuerdos.
- 8.13 Negociación: Proceso de discusión y acuerdo de los términos del convenio.
- 8.14 Personas Beneficiarias: Personas usuarias de los servicios médicos del Hospital que se benefician de los componentes sanguíneos con fines terapéuticos.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	

- 8.15 Poder notarial: documento legal que otorga autoridad a una persona (apoderada) para actuar en nombre de otra persona (poderdante) en asuntos legales, financieros u otros. El poder notarial debe ser otorgado ante notario público y puede ser general o limitado en sus alcances.
- 8.16 Propuesta de Convenio: Documento que describe los términos y condiciones del acuerdo.
- 8.17 Registro Federal de Contribuyentes (RFC): número único emitido por la autoridad fiscal mexicana, que identifica a una persona o entidad como contribuyente. Este número se utiliza para propósitos fiscales y es necesario para cumplir con las obligaciones tributarias.

### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Convenio de colaboración

R



d

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 225 de 350

## 10.1 CONVENIO DE COLABORACIÓN

**gea**  
hospital

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE HEMOCOMPONENTES QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, \_\_\_\_\_, A QUIÉN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "\_\_\_\_\_", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL \_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_, QUIEN ES ASISTIDO POR \_\_\_\_\_, (NOMBRE Y CARGO); Y POR LA OTRA PARTE, EL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ, EN LO SUCESIVO "EL HOSPITAL" REPRESENTADO POR EL \_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_, ASISTIDO POR \_\_\_\_\_, (NOMBRE Y CARGO); Y QUIENES ACTUANDO DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### ANTECEDENTES

PRIMERO: Los artículos 3º fracción XXVI y 341 Bis de la Ley General de Salud establecen esencialmente que es materia de salubridad general el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células, así como la disposición y distribución de células troncales, como la obtención, procesamiento y distribución de dichas células.

SEGUNDO: Por oficio número (\_\_\_\_\_) de fecha (\_\_\_\_\_), emitido por (agregar nombre y cargo) se solicitó la colaboración para llevar cabo el intercambio de \_\_\_\_\_ (agregar el objeto completo).

TERCERO: Mediante oficio número (\_\_\_\_\_) de fecha (\_\_\_\_\_), emitido por (agregar nombre y cargo) se aceptó la colaboración con el objeto de (agregar el objeto y nombre del intercambio).

### DECLARACIONES

- I. Declara "EL HOSPITAL" A TRAVÉS DE SU \_\_\_\_\_:
- 1.1. Que es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, en términos de los artículos 3º fracción I, 9 y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 14 y 15 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, creado mediante Decreto del ejecutivo federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1972, y que actualmente se rige por el Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 1988.
- 1.2. Que dentro de su objeto, contemplado en la fracción II del artículo 3º del Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González, se establece prestar servicios de salud, particularmente en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación en las especialidades básicas de la medicina en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico.
- 1.3. Que el Doctor \_\_\_\_\_, en su calidad de (cargo) se encuentra facultado para suscribir el presente Convenio, en términos de \_\_\_\_\_, así como en términos de lo dispuesto por el artículo 12 del Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González, facultades que no le han sido limitadas o restringidas en forma alguna.
- 1.4. Cuenta con las licencias sanitarias necesarias para \_\_\_\_\_.
- 1.5. Que su Registro Federal de Contribuyentes es la clave HGD720726831.

1




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	



1.6. Que tiene establecido su domicilio legal en Calzada de Tlalpan número 4800, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Demarcación Territorial Tlalpan, C.P. 14080, en la Ciudad de México, mismo que se señala para los fines y efectos del presente convenio.

II. Declara "\_\_\_\_\_":

- II.1. Existencia (datos de instrumentos legales).
- II.2. Objeto social.
- II.3. Representante legal (datos de instrumento legal).
- II.4. Domicilio y correos electrónicos para efectos del convenio.

III DECLARACIÓN CONJUNTA:

ÚNICO.- Que expuesto lo anterior y estando de acuerdo en realizar actividades en conjunto, manifiestan suscribir el presente instrumento, sujetando su compromiso a los términos y condiciones insertos en las siguientes:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA. DEL OBJETO.** El objeto del presente Convenio de Colaboración consiste en establecer las bases para que entre "LAS PARTES" se pueda realizar \_\_\_\_\_ para la atención médica de las personas usuarias de "EL HOSPITAL" que así lo requieran, las especificaciones se encuentran detalladas en el Anexo 1 del presente instrumento y que forma parte integrante del presente Convenio.

**SEGUNDA. COMPROMISOS DE "EL HOSPITAL"**

Para la realización del objeto de este Convenio, "EL HOSPITAL" se compromete a:

- 1. Desarrollar EL INTERCAMBIO bajo los términos siguientes:  
**Que el área de medicina transfusional deberá detallar este punto**
- 2. En caso de ser aplicable\*\*: Destinar los recursos (establecer naturaleza de los mismos: especie) para el cumplimiento del presente convenio.
- 3. (Las demas que resulten de acuerdo cada caso en particular).

**TERCERA. COMPROMISOS DE "\_\_\_\_\_".-** Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio "\_\_\_\_\_" se compromete a:

- 1.
- 2.
- 3.

R

A

al





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**



**10. Procedimiento para celebrar y/o renovar convenios interinstitucionales de sangre y hemocomponentes**

Hoja: 227 de 350



**CUARTA. OBLIGACIONES DE "LAS PARTES"**

Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio "LAS PARTES" en forma conjunta se comprometen a:

- 1.
- 2.
- 3.

**QUINTA. VIGENCIA DEL CONVENIO.** La vigencia del convenio será del (\_\_\_\_\_) al (\_\_\_\_). Podrá ser renovado por periodos iguales, previo acuerdo por escrito de "LAS PARTES".

**SEXTA. RESPONSABLES DEL CONVENIO.** Para verificar y dar seguimiento al cumplimiento del presente Convenio, así como coordinar y atender lo relacionado con el mismo, EL HOSPITAL designa a las siguientes personas servidoras públicas:

- a) Dirección de \_\_\_\_\_ (AGREGAR NOMBRE Y CARGO) y/o quien la/lo sustituta en el cargo.
- b) Subdirección de \_\_\_\_\_ (AGREGAR NOMBRE Y CARGO) y/o quien la/lo sustituta en el cargo.
- c) Departamento de \_\_\_\_\_ (señalar nombre/s y cargo/s)

Por su parte, (\_\_\_\_\_) designa como responsable/s a:

- a) (AGREGAR NOMBRE Y CARGO) y/o quien lo sustituta en el cargo.
- b) (AGREGAR NOMBRE Y CARGO) y/o quien lo sustituta en el cargo.

**SÉPTIMA. RESPONSABILIDAD CIVIL.** Queda expresamente pactado que "LAS PARTES" no tendrán responsabilidad civil por daños y perjuicios que pudieran causarse como consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor, entendiéndose por esto a todo acontecimiento, presente o futuro, ya sea fenómeno de la naturaleza o no, que esté fuera del dominio de la voluntad, que no pueda preverse o que aun previéndose no pueda evitarse particularmente el paro de labores académicas o administrativas, en la inteligencia de que una vez desaparecidas las causas que motivaron la suspensión, se reanudarán las actividades en la forma y términos que determinen "LAS PARTES".

Para que cualquiera de "LAS PARTES" que suscriben el presente Convenio, se pueda liberar de la responsabilidad que pudiera generar algún evento de caso fortuito o fuerza mayor, será indispensable que:

- a) Lo notifique por escrito a la otra parte, al día hábil siguiente de ocurrido el evento de caso fortuito o fuerza mayor invocado, inclusive cuando la existencia del acontecimiento sea del dominio público.
- b) Pruebe dentro de los diez días hábiles siguientes a la notificación o conocimiento de la existencia de caso fortuito o fuerza mayor, la imposibilidad de dar cumplimiento a sus obligaciones, salvo que la existencia de estas circunstancias, sean del dominio público.

**OCTAVA. RELACIÓN LABORAL.** "LAS PARTES" convienen que el personal aportado por cada una para la realización del presente Convenio de Colaboración, se entenderá relacionado exclusivamente con aquella que lo empleó, por ende, asumen su responsabilidad por este concepto y en ningún caso serán consideradas como patrones solidarios o sustitutos por lo que

*[Handwritten signatures and marks]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>10. Procedimiento para celebrar y/o renovar          convenios interinstitucionales de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 228 de 350



recíprocamente se liberarán cualquier responsabilidad que pudiese surgir sobre el particular y con relación al objeto del presente convenio.

Si en la ejecución total o parcial del presente Convenio interviene personal que preste sus servicios a instituciones o personas distintas a "LAS PARTES", este personal continuará siempre bajo la dirección y dependencia de dicha institución, por lo que su intervención no originará relación de carácter laboral ni de ninguna otra naturaleza ya sea civil, mercantil o administrativa.

**NOVENA. CONFIDENCIALIDAD.** "LAS PARTES" se obligan a mantener estricta confidencialidad respecto de la información que sea de su conocimiento, con motivo del desarrollo de las actividades propias del presente Convenio, por lo que se obligan a utilizarla únicamente para el cumplimiento del objeto del mismo.

De igual manera queda prohibido revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, alterar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información a la que tengan acceso, ya sea en forma escrita u oral, sin autorización previa y por escrito del titular de la misma y de la otra parte.

La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento, Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables, según la naturaleza jurídica de cada parte.

**DÉCIMA. CAUSAS DE RESCISIÓN.** Serán causas de rescisión del presente Convenio, cualquier incumplimiento o violación a las cláusulas contenidas en el presente instrumento, así como las que afecten la seguridad del paciente, sin necesidad de declaración judicial, lo que podrá hacerse valer durante la vigencia del presente documento por cualquiera de "LAS PARTES".

**DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA.** Cualquiera de "LAS PARTES" podrá dar por terminado este Convenio con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a su contraparte, notificándola con 30 (treinta) días naturales de anticipación; en tal caso, "LAS PARTES" tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios tanto a ellas como a terceros.

**DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES.** El presente convenio podrá ser modificado o adicionado por voluntad de "LAS PARTES" a través del correspondiente convenio modificatorio.

**DÉCIMA TERCERA. NOTIFICACIONES.** Todas las notificaciones o cualquier comunicación que "LAS PARTES" deben hacerse al domicilio que señalaron en el presente Convenio, incluyendo el cambio de domicilio y cambio de representantes, se deberán realizar por escrito mediante oficio con acuse de recibido o por cualquier otro medio que asegure su recepción y confirmación.

**DÉCIMA CUARTA. INTERPRETACIÓN Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** "LAS PARTES" manifiestan que el presente Convenio es producto de su buena fe, en razón de lo cual los conflictos que llegaren a presentarse en cuanto a su interpretación, formalización y cumplimiento serán resueltos de común acuerdo por "LAS PARTES".

No obstante, lo anterior, en caso de no llegar a algún acuerdo "LAS PARTES" se someten expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes con residencia en la Ciudad de México, renunciando al fuero que pudiera corresponderles en razón de sus domicilios presentes y futuros, o por cualquier otra causa pudiera corresponderles.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**  
**Servicio de Medicina Transfusional**



**10. Procedimiento para celebrar y/o renovar  
convenios interinstitucionales de sangre y  
hemocomponentes**

Hoja: 229 de 350



Leído que fue el presente Convenio y enteradas las "LAS PARTES" de su contenido y alcance legal, lo firman en (cantidad con letra) tantos, como constancia legal de su aceptación en la Ciudad de México a \_\_\_\_\_

POR "EL HOSPITAL"

POR "\_\_\_\_\_"

\_\_\_\_\_  
DR. DIRECTOR/ GENERAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
CARGO

\_\_\_\_\_  
DR. NOMBRE Y CARGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE  
CARGO

BORRADOR

00

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 230 de 350

**11. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y ESTUDIO DEL EVENTO ADVERSO A  
LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES**

*Handwritten mark*



*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 231 de 350

## 1. PROPÓSITO

Realizar los estudios inmunohematológicos que permitan identificar la probable causa de una reacción transfusional o en su caso, aportar información sobre la causa del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes, en cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos"; con la finalidad de proporcionar información para la investigación de la causa raíz del evento adverso.

## 2. ALCANCE


- 2.1. A nivel interno aplica al Servicio de Medicina Transfusional y a las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos que participan en el proceso de transfusión sanguínea, a el Comité de Medicina Transfusional que analiza y evalúa los casos de reacciones adversas a la transfusión.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 232 de 350

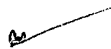
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).

*Handwritten mark resembling the number 22.*


*Handwritten signature or mark.*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 233 de 350

- 3.10. Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de realizar el correcto llenado de la(s) solicitud(es) y la correcta identificación de la(s) muestra(s) para su entrega al Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de validarlas muestras sanguíneas a procesar, en caso de que la muestra presente coágulo, se solicitará una nueva al personal médico del servicio tratante, con los criterios necesarios de la flebotomía para evitar traer una muestra con las mismas características.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de detectar muestras lipémicas, ictericas o hemolizadas, en cuyos casos, deberá corroborar el estado clínico de la persona beneficiaria en conjunto con el personal médico del servicio tratante para evaluar si la condición de la muestra es debido al estado clínico de la persona beneficiaria; si estas se correlacionan omite solicitar nueva muestra y se registrará en observaciones. En caso de que no exista concordancia entre el estado de la muestra y el estado clínico de la persona beneficiaria, se solicitará nueva muestra, con los criterios necesarios de la flebotomía para evitar traer una muestra con las mismas características.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable del resguardo de la(s) muestra(s), así como su localización en caso de requerir pruebas inmunohematológicas adicionales.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de revisar si existe discrepancia de grupo sanguíneo ABO/Rh de la persona beneficiaria con algún antecedente y se procederá de la siguiente manera:
- 3.14.1. Repetir prueba mediante técnica en gel (directo e inverso).
- 3.14.2. Si continúa la discrepancia, solicitar nueva muestra al personal médico tratante indicando que la toma, identificación y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia. Una vez entregada la nueva muestra, realizar nuevamente el grupo por técnica en gel. Anotar grupo sanguíneo con plumón en solicitud y/o modificar en sistema informático de administración de Servicio de Medicina Transfusional (si aplica). Registrar en la(s) solicitud(es), la incidencia detectada anotando nombre del personal químico/técnico del Servicio de Servicio de Medicina Transfusional, fecha y hora, nombre del personal médico responsable de la toma de nueva muestra, y modificar en el sistema informático si es necesario.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable verificar cuando haya discrepancia de grupo sanguíneo por doble población, discrepancia de grupo (directo e inverso) u otras posibles causas, y procederá de la siguiente manera:
- 3.15.1. Si es doble población, revisar antecedentes transfusionales en sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional, y con el





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 234 de 350

personal médico del Servicio tratante. Registrar en la solicitud, la incidencia detectada anotando nombre del personal químico/ técnico del Servicio de Medicina Transfusional, fecha y hora, nombre del personal médico del Servicio tratante. Continuar con procedimiento o solicitar nueva muestra en caso necesario, acorde a la investigación, indicando al personal médico del Servicio tratante, que la toma, identificación y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia.

- 3.15.2. Si es discrepancia por grupo inverso, se debe aumentar el volumen de plasma en la prueba inversa (aumento de título de anticuerpos) y montar la reacción en tarjeta de Coombs. En caso de que no se resuelva el problema se deberá hacer una identificación de anticuerpos irregulares, de acuerdo al instructivo del fabricante.
- 3.15.3. En caso de que no se resuelva la discrepancia, solicitar una muestra de tubo morado y una muestra de tubo amarillo al personal médico del Servicio tratante, indicando que la toma y entrega de muestra, debe estar en todo momento bajo su custodia para dar seguimiento al problema.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de coordinar, llevar a cabo y evaluar el Sistema de hemovigilancia a través de los medios establecidos, y presentar en el Comité de Medicina Transfusional los resultados.
- 3.17. Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de notificar las reacciones adversas a la transfusión al Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar seguimiento al caso de reacción adversa a la transfusión en conjunto con el personal del servicio tratante.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de clasificar las reacciones transfusionales de acuerdo a la Guía para la clasificación, evaluación y manejo de efectos adversos a la transfusión, anexa en el presente procedimiento.
- 3.20. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de notificar los eventos adversos a la transfusión al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

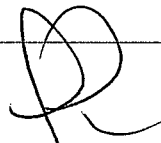






 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Recibe notificación de evento adverso a la transfusión del servicio médico tratante.	
	2	Solicita nombre completo de la persona beneficiaria y servicio médico tratante, número de cama, producto transfundido, número de unidades.	
	3	Busca solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional en archivero de solicitudes de transfusión.	Solicitud de componentes sanguíneos
	4	Solicita al personal médico del servicio tratante que proporcione el remanente del hemocomponente transfundido, una muestra de sangre en tubo lila y una muestra de sangre en tubo amarillo o rojo, marbete de la unidad, así como requisitar el formato de Reporte de reacción transfusional y resumen médico de la persona beneficiaria.	Marbete Reporte de reacción transfusional. Resumen médico
Subdirecciones Médicas	5	Realiza resumen médico, requisita Reporte de reacción transfusional, toma muestras sanguíneas y anexa el remanente del hemocomponente transfundido con el marbete.	Reporte de reacción transfusional. Resumen médico Marbete
	6	Envía al Servicio de Medicina Transfusional lo requerido.	
Servicio de Medicina Transfusional	7	Recibe lo requerido para el estudio del Evento adverso a la transfusión.	Reporte de reacción transfusional. Resumen médico Marbete.
	8	Coteja información de datos de la persona beneficiaria en el Reporte de reacción transfusional con la solicitud de componentes sanguíneos, muestras de sangre post-transfusión y etiqueta de compatibilidad pegada en bolsa del hemocomponente.	Reporte de reacción transfusional. Solicitud de componentes sanguíneos Marbete.
	9	Corroborar que el hemocomponente transfundido, corresponda al entregado en la solicitud de transfusión.	Solicitud de componentes sanguíneos

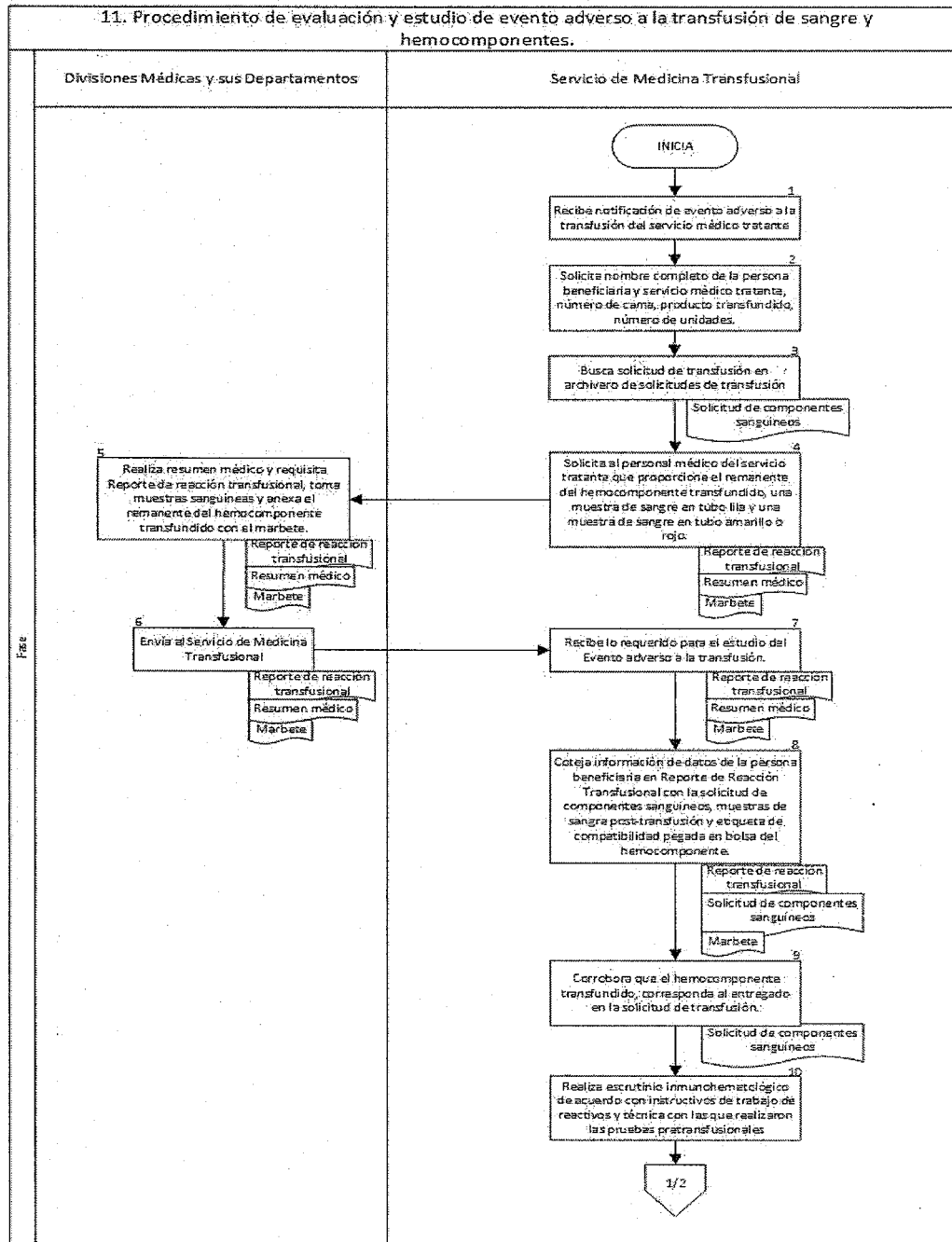



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>

Area Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	10	Realiza escrutinio inmunohematológico de acuerdo con instructivos de trabajo de reactivos y técnica con las que realizaron las pruebas pretransfusionales.	
	11	Realiza grupo sanguíneo directo e inverso con las muestras de tubo lila pre y post transfusión.	
	12	Realiza grupo sanguíneo directo a concentrado eritrocitario y/o realiza grupo sanguíneo inverso de plasma fresco, congelado o concentrado plaquetario.	
	13	Realiza pruebas de compatibilidad mayor y menor con las muestras pre y post-transfusión, con el remanente de hemocomponente entregado.	
	14	Realiza coombs directo con las muestras de tubo lila pre y post-transfusión.	
	15	Realiza coombs indirecto con la muestra de tubo amarillo o rojo post-transfusión.	
	16	Registra resultados en Sistema Informático de Administración de Servicio de Medicina Transfusional e imprime el formato de resultados de evento adverso a la transfusión.	Resultados de evento adverso
	17	Determina evento adverso a la transfusión conforme a la Guía para clasificación, evaluación y manejo de efectos adversos a la transfusión.	Guía anexa
	18	Notifica el evento adverso a la transfusión en el informe mensual al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.	Informe mensual al CNTS
19	Presenta el caso de evento adverso a la transfusión en el Comité de Medicina Transfusional.		
<b>Termina procedimiento</b>			



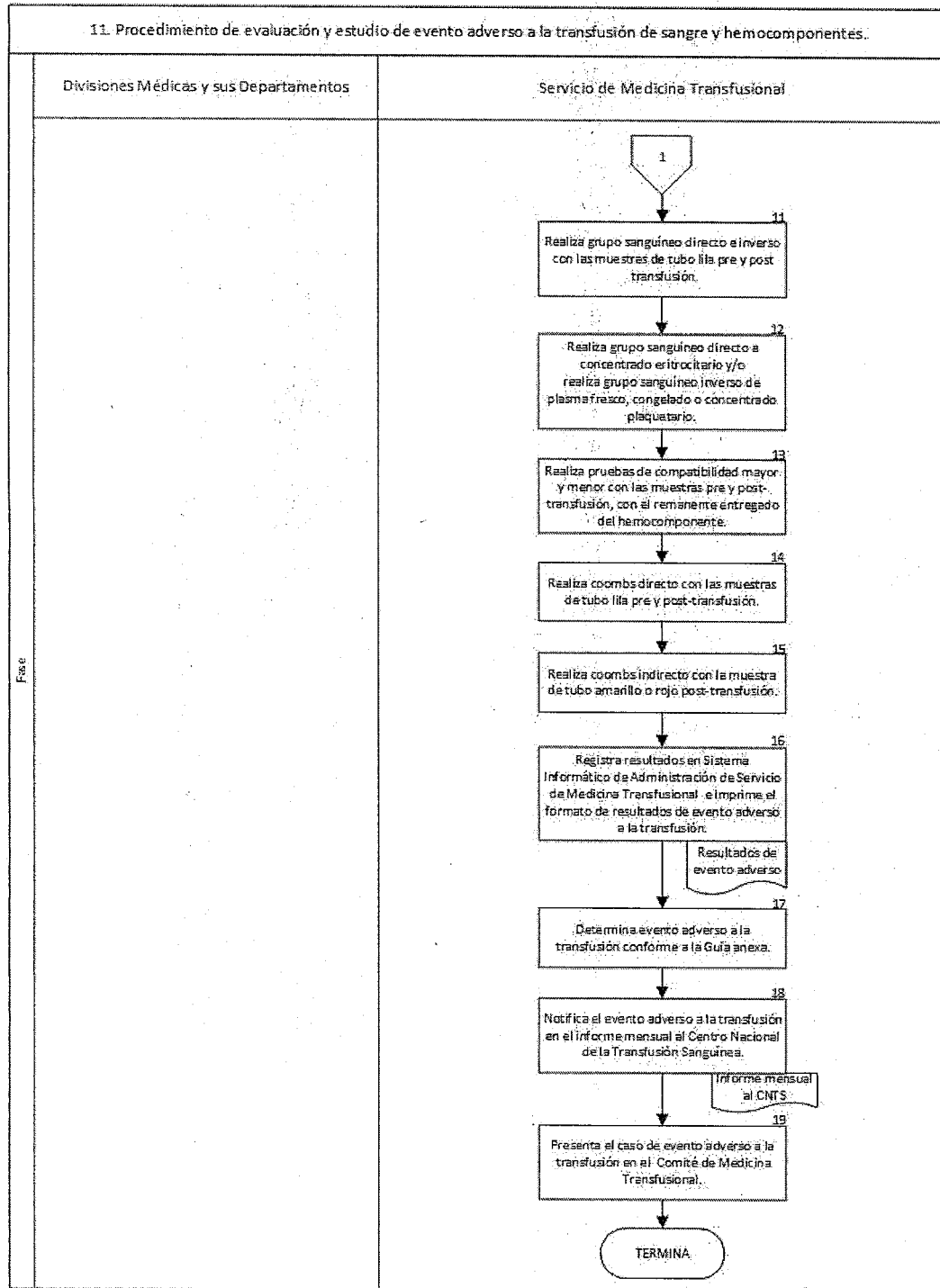

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



*R*

*u*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 238 de 350



*Handwritten signature or mark.*

*Handwritten signature or mark.*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos.”	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.4 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
6.5 Instructivo para realizar prueba de compatibilidad en tubo.	No aplica
6.6 Instructivo para Realizar Grupo y Rh en tubo.	No aplica
6.7 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud de componentes sanguíneos.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Reporte de reacción transfusional.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Etiqueta de identificación de muestra.	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Minuta del Comité de Medicina Transfusional	5 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Reporte de evento adverso a la transfusión	5 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.7 Informe mensual al CNTS	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica

*R*

*u*

*—*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 240 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Anticuerpo(s) irregular(es):** Inmunoglobulina inusualmente presente en el plasma que puede causar enfermedad a través de diferentes mecanismos.
- 8.2. **Auto-testigo:** Prueba inmunohematológica que consiste en mezclar plasma/suero de la persona beneficiaria con una suspensión del 5-10% de sus propios glóbulos rojos e identificar si existe una reacción de aglutinación.
- 8.3. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento sea homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.4. **Compatible:** Indica que el suero de una persona no reacciona in Vitro con los eritrocitos de otra persona. La compatibilidad no significa necesariamente que las dos personas tengan antígenos idénticos, siendo posible la inmunización.
- 8.5. **Componentes de la sangre/Productos Sanguíneos/Hemocomponentes:** Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos. Fracciones separadas de una unidad de sangre u obtenidas por aféresis.
- 8.6. **Coombs directo:** Prueba inmunohematológica, que consiste en identificar si los glóbulos rojos que se están investigando, han sido sensibilizados con anticuerpos o fracciones del complemento.
- 8.7. **Concentrado eritrocitario:** Fracción que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultado de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.
- 8.8. **Persona beneficiaria:** La persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.9. **Personas beneficiarias vulnerables:** Son aquellas personas beneficiarias afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en personas beneficiarias frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: personas pediátricas, personas recién nacidas, personas adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, personas psiquiátricas, personas con padecimientos infecto-contagiosos, personas inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y personas incapacitadas por alcohol o drogas.




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 241 de 350



- 8.10. **Plasma fresco congelado:** El que se congela en el lapso de las primeras seis horas, después de la recolección y así se conserva.
- 8.11. **Pruebas de compatibilidad/inmunoematológicas:** Todas las pruebas que se realizan en donantes y receptores previos a la transfusión, para establecer que la sangre que se va a transfundir es compatible.
- 8.12. **Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional:** Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.


## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Solicitud de componentes sanguíneos al Servicio de Medicina Transfusional
- 10.2. Marbete
- 10.3. Reporte de reacción transfusional
- 10.4. Resumen médico en Formato de Nota de Evolución
- 10.5. Resultados de evento adverso
- 10.6. Informe mensual al CNTS
- 10.7. Guía para clasificación, evaluación y manejo de efectos adversos a la transfusión

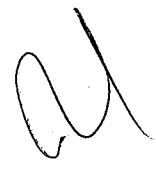
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>		Hoja: 242 de 350

### 10.1. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL



 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
 CALZADA DE DALCADO 4800 COL. SACCO DE PATATEL. 40-CG-30-00 EXT. 5271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
 \_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_  
 COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PPC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_  
 Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Pit \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_  
 Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación no serán aceptadas y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.  
 Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
LIC. Sanitaria 1014004573




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 243 de 350

## 10.2. MARBETE


**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
 Dir. CLZ TLALPAN No. 4800, CP. 14080, CDMX, ALC. TLALPAN, Tel. 40003000 EXT 1707

**ATENCIÓN ANTES DE TRANSFUNDIR**  
**VERIFIQUE DATOS DEL PACIENTE Y DEL PRODUCTO**

Cod. Paciente:   
 Unidad compatible con:

**Paciente: NOMBRE DEL RECEPTOR O PACIENTE**  
 FeeNac: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cama: Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 N° Seguro Social Sexo: \_\_\_\_\_

**Grupo y Rh Paciente:**  
**Producto: CE**

Unidad:   
 Unidad: \_\_\_\_\_

COMPATIBLE

Grupo y Rh Unidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha Compatibilidad: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de inicio transfusión: \_\_\_\_\_

\* EN CASO DE REACCIÓN REGRESAR AL BANCO DE SANGRE LA UNIDAD JUNTAMENTE CON LA HOJA DE REACCIÓN POST-TRANSFUSIONAL.

**COMPLEMENTO**  
**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
**GLOBULOS**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Unidad: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh Paciente: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de inicio: \_\_\_\_\_ ( )  
 Fecha y Hora de término: \_\_\_\_\_  
 Volumen Transfundido: \_\_\_\_\_ ml.



**SIGNOS VITALES**

T. A:	INICIO	DURANTE	TÉRMINO
PULSO:	_____	_____	_____
TEMP:	_____	_____	_____
EDO. PAC:	_____	_____	_____

Reacciones Adversas: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_  
 MANEJO \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE APLICÓ**

Instrucciones de reporte reacción transfusional:  
 - Suspender la transfusión e informar a médico tratante y personal del banco.  
 - Tomar muestra al paciente con tubo EDTA (tapa lila) y sin anticoagulante (tapa roja).  
 - Regresar al banco de sangre: este registro con los datos solicitados, las muestras, la bolsa del componente y equipo.  
 - Solicitar el formato de Reacción Transfusional al banco de sangre, para su llenado por el médico responsable.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	

### 10.3. REPORTE DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL (REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN) ANVERSO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES



Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M) Registro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

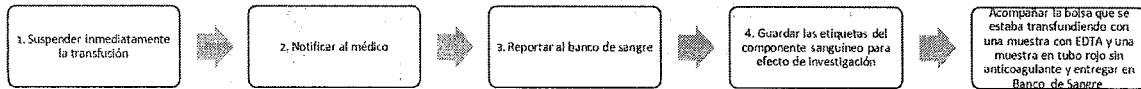
Servicio: \_\_\_\_\_ N° de Cama: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Antecedentes transfusionales: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo y Rh: \_\_\_\_\_

Antecedentes Gineco/Obstétricos: \_\_\_\_\_

N° de la unidad	Tipo de componente	Fecha de la transfusión	Hora de inicio	Signos vitales	Tensión arterial	Frecuencia cardíaca	Temperatura	Hora de término	Volumen a transfundir	Estado general del paciente y/o tipo de reacción adversa
				Antes						
				Durante						
				Después						
				Antes						
				Durante						
				Después						
				Antes						
				Durante						
				Después						
				Antes						
				Durante						
				Después						

**En caso de reacción transfusional:**



Nombre completo y firma del encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión

Nombre completo, firma y cédula del médico que indicó la transfusión

1. Antes de cada transfusión deberá verificarse la identidad del receptor y la de la unidad para él destinada.
2. No deberán agregarse a la unidad algún medicamento o sustancia.
3. El servicio clínico deberá mantener la unidad a temperatura y condiciones adecuadas que aseguren su viabilidad.
4. La transfusión de cada unidad no deberá exceder 4 horas.
5. Los filtros deberán cambiarse cada 6 horas o cuando hubiesen transfundido 4 unidades.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 245 de 350

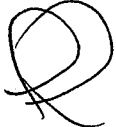

### 10.3. REPORTE DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL (REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN) REVERSO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
 REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES



NOMBRE : \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: (F) (M)

HEMODERIVADO ETIQUETA 1	HEMODERIVADO ETIQUETA 2
HEMODERIVADO ETIQUETA 3	HEMODERIVADO ETIQUETA 4



### 10.5. RESULTADOS DE EVENTO ADVERSO VERIFICAR


**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**Reacciones Transfusionales**

Signos Vitales	TA	Fc	Temp	F.Resp	Paciente: Edad Especie Servicio Nº de cama Nº de Unidad	Fecha de Nacimiento
Antes	_____	_____	_____	_____		
Durante	_____	_____	_____	_____		
Después	_____	_____	_____	_____		

Presentó reacción transfusional  Sí  No  
 Cantidad de componente aplicado: \_\_\_\_\_ ml. Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de la reacción: \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO**  
 Breve resumen clínico orientado a la posible reacción.

**Signos y síntomas que presenta el paciente:**

<input type="checkbox"/> Azaría <input type="checkbox"/> Angioedema (edema) <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ausencia de otros <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Descamación cutánea <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Disminución de TGA <input type="checkbox"/> Dismea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Dolor en el sitio de <input type="checkbox"/> Dolor lumbar	<input type="checkbox"/> Dolor retrodental <input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Edema de miembros <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Entorpecimiento <input type="checkbox"/> Escatido <input type="checkbox"/> Espasmos <input type="checkbox"/> Espúta	<input type="checkbox"/> Estornudo <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Fasciculaciones <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hemoglobinuria <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Hipoxia	<b>Otros Describe:</b> _____ _____ _____ _____
---	---	---	---	--

**CLASIFICACIÓN DE REACCIONES INMUNOLÓGICAS INMEDIATAS**

<input type="checkbox"/> Alérgica	<input type="checkbox"/> Daño pulmonar agudo respirado	<input type="checkbox"/> Hemolítica extravascular	<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopénica
<input type="checkbox"/> Anafiláctica	<input type="checkbox"/> Enfermedad injuria carente	<input type="checkbox"/> Hemolítica intravascular	<input type="checkbox"/> Toxicidad por citost
<input type="checkbox"/> Anafilatoxide	<input type="checkbox"/> Fiebre no hemolítica	<input type="checkbox"/> Hipotensión	

**CLASIFICACIÓN DE REACCIONES NO INMUNOLÓGICAS INMEDIATAS**

<input type="checkbox"/> Coagulación Hemodilucional	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Sobrecarga circulatoria
<input type="checkbox"/> Contaminación bacteriana	<input type="checkbox"/> Hemólisis no inmune	
<input type="checkbox"/> Desequilibrio hidroelectrolítico	<input type="checkbox"/> Hipotermia	

Nombre y firma del médico que reporta: \_\_\_\_\_



**Resultados del seguimiento de la reacción presentada (Personal de Banco de Sangre):**

Pretransfusional	Posttransfusional
Aspecto de la muestra Determinación de grupo y Rh paciente Determinación de grupo y Rh de la unidad Pruebas de compatibilidad Determinación de Anticuerpos irregulares	Otros estudios posttransfusionales del paciente Ser completa Serología Directa Serología Inversa Bilirrubina Total Haptoglobina ChE EGO

Después de elaborar este documento, debe enviar al banco de sangre, para el seguimiento:  
 El banco de sangre debe realizar las pruebas conforme a lista  
 El banco de sangre debe entregar este reporte con los resultados obtenidos para expediente clínico y del servicio  
 El banco de sangre reporta en su caso, al paciente por comunicación.

Forma en base: NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes, sus líneas transfusivas.

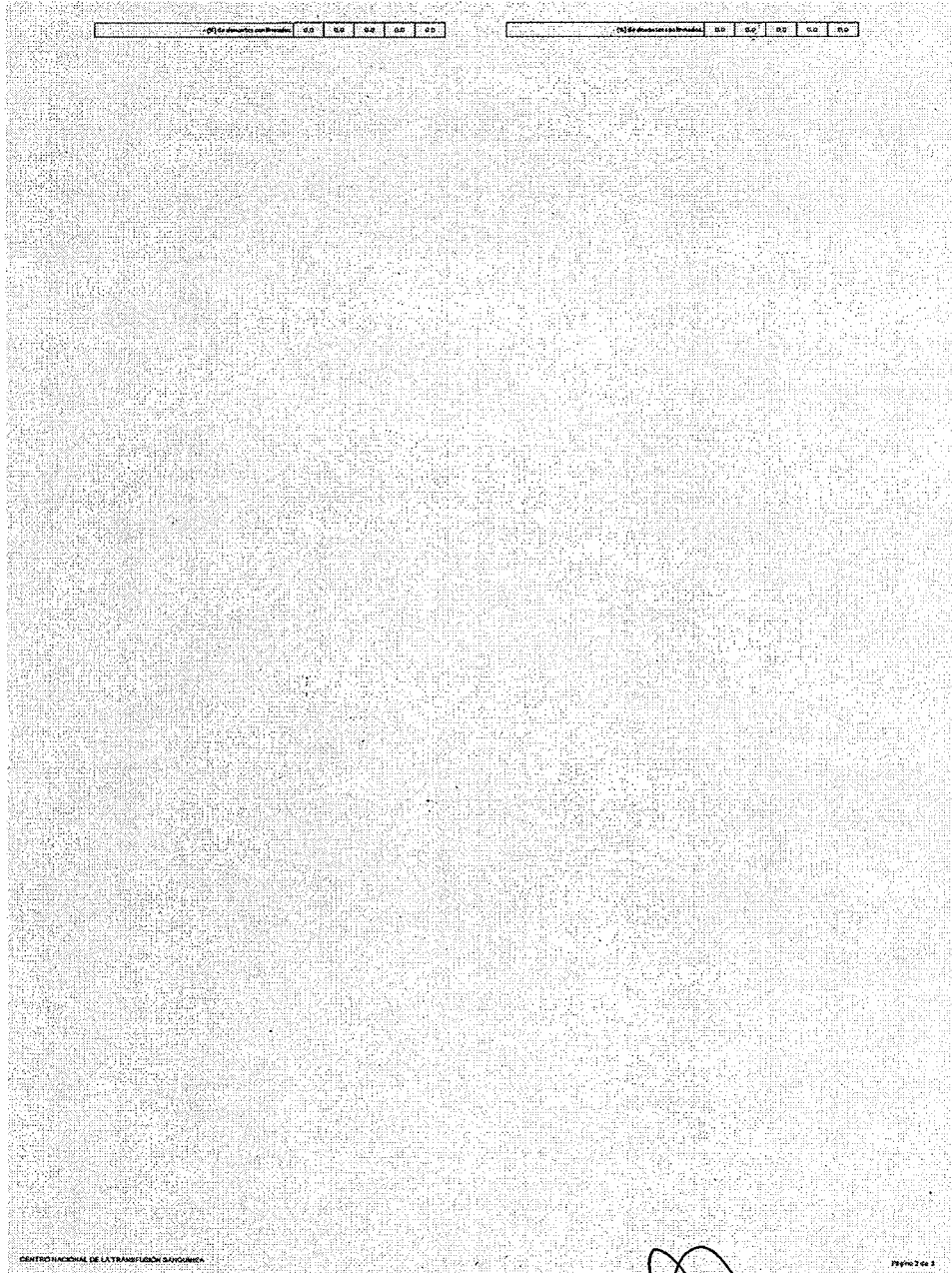
Fecha de impresión: \_\_\_\_\_ Página: 1 de 1



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 249 de 350

**10.6. INFORME MENSUAL AL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**



CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Página 2 de 2

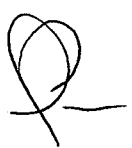
*R*

*M*

*—*

### 10.6. INFORME MENSUAL AL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

<b>60. Datos de identificación de la institución y del evento adverso</b>						
Municipio	Departamento	Hospital	Servicio	Centro de atención	Categoría	N.º de identificación
1. Municipio	2. Departamento	3. Hospital	4. Servicio	5. Centro de atención	6. Categoría	7. N.º de identificación
8. Fecha del evento adverso						9.0
9. Nombre del paciente						9.0
<b>61. Tipo de evento adverso y agente infeccioso</b>						
Tipo de evento adverso y agente infeccioso para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.				Tipo de evento adverso y agente infeccioso para la detección de otros agentes infecciosos transmisibles por transfusión.		
Agente	Categoría	N.º de identificación	Comentarios	Agente	Categoría	Comentarios
A. VIH 1 y 2	1. VIH 1 y 2	1. N.º de identificación		B. Bacterias	1. Bacterias	
C. Hepatitis B y C	3. Hepatitis B y C	2. N.º de identificación		D. Parasitos	2. Parasitos	
D. Otros	4. Otros	3. N.º de identificación		E. Virus del Dengue	3. Virus del Dengue	
Observaciones y recomendaciones sobre las prácticas de laboratorio.						
Observaciones y recomendaciones sobre las prácticas de laboratorio.						
<b>62. Cobertura de la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>						
62.1. Cobertura de sangre en el momento de requerir.				62.2. Cobertura de plasma.		
Fecha	Cantidad de sangre transfundida	N.º de unidades de sangre transfundidas	N.º de unidades de plasma transfundidas	Fecha	Cantidad de plasma transfundido	N.º de unidades de plasma transfundidas
1. Fecha	2. Cantidad de sangre transfundida	3. N.º de unidades de sangre transfundidas	4. N.º de unidades de plasma transfundidas	5. Fecha	6. Cantidad de plasma transfundido	7. N.º de unidades de plasma transfundidas
<b>63. Resumen de la cobertura de la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>						
Municipio	Departamento	Hospital	Servicio	Centro de atención	Categoría	N.º de identificación
1. Municipio	2. Departamento	3. Hospital	4. Servicio	5. Centro de atención	6. Categoría	7. N.º de identificación
8. Fecha del evento adverso						9.0
9. Nombre del paciente						9.0
<b>64. Descripción de la cobertura de la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>						
Descripción de unidades producidas del sector público o privado.						
Descripción de unidades producidas del sector público.						
Número de unidades	Grupo	Grupo sanguíneo	Componente	Número de unidades	Componente	Número de unidades
1. Número de unidades	2. Grupo	3. Grupo sanguíneo	4. Componente	5. Número de unidades	6. Componente	7. Número de unidades
Descripción de unidades producidas del sector privado.						
Descripción de unidades producidas del sector privado.						
Número de unidades	Grupo	Grupo sanguíneo	Componente	Número de unidades	Componente	Número de unidades
1. Número de unidades	2. Grupo	3. Grupo sanguíneo	4. Componente	5. Número de unidades	6. Componente	7. Número de unidades
<b>65. Resumen de la cobertura de la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>						
Grupo sanguíneo y Rh.						
G	D	A+	A-	B+	B-	AB+
1. G	2. D	3. A+	4. A-	5. B+	6. B-	7. AB+
8. Fecha del evento adverso						9.0
9. Nombre del paciente						9.0
Declaración de veracidad de los datos consignados.						
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos consignados son verídicos, sin que me animen de que la autoridad sancione por faltar a la verdad.						
Los datos o hechos pueden contener informaciones confidenciales de carácter reservado.						
Nombre completo y firma del responsable centro: _____ Lugar y fecha: _____						
PARA CONSULTAS Y/O MÁS INFORMACIÓN CON RESPECTO A ESTE SISTEMA, POR FAVOR LLAMAR AL TELÉFONO DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (503) 6992 2700 EXT. 21670.						
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA						








 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	

## 10.7. GUÍA PARA CLASIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA TRANSFUSIÓN

### 1. REACCIÓN HEMOLÍTICA AGUDA

TIPO	REACCIÓN HEMOLÍTICA AGUDA
Descripción	<p>Transfusión NO coincidente grupo ABO. Anticuerpos en receptor contra antígenos en glóbulos rojos entrantes= hemólisis IV, activación complemento y coagulación que lleva a Coagulación Intravascular Diseminada por consumo de factores y plaquetas. Puede haber daño renal por hemoglobina resultante de la hemólisis inmune.</p>
Signos y Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Escalofríos</li> <li>▪ Rubicundez</li> <li>▪ Hemoglobinuria</li> <li>▪ Dolor abdominal</li> <li>▪ Dolor en flancos</li> <li>▪ Náusea y vómito</li> <li>▪ Hipotensión</li> <li>▪ Ansiedad</li> <li>▪ Oliguria/anuria</li> <li>▪ Sangrado difuso (consumo de factores)</li> <li>▪ Shock</li> <li>▪ Coagulación Intravascular Diseminada</li> </ul>
Manejo médico	<p>Detener transfusión y retirar aguja.          Informar a médico tratante y al Servicio de Medicina Transfusional.          De ser necesario soluciones intravenosas e inotrópicos para mantener gasto urinario y tensión arterial.          Transfusión de plasma fresco congelado para reemplazo de factores o incluso crioprecipitados como fuente de fibrinógeno concentrado.          Verificación inmediata para confirmar compatibilidad o detectar discrepancia entre componente-receptor.          Enviar piloto tomado post a transfusión de receptor + resto de bolsa de hemocomponente a el Servicio de Medicina Transfusional.          Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.</p>
Manejo laboratorio	<p><b>Realizar las siguientes pruebas:</b>          Grupo ABO sobre muestras pre y postransfusional.          Detección de anticuerpos y compatibilidad completa en muestras previas y post a la transfusión.          PAD en muestra postransfusión.          Análisis de orina de receptor post a transfusión.</p>

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 252 de 350

## 2. REACCIÓN ALÉRGICA A TRANSFUSIÓN

Reacción frecuente y de causa poco clara, pero relacionada con factores de la porción plasmática del componente. Los complejos inmunes iniciados por alérgenos derivados del receptor o del donante estimulan los mastocitos = **vasodilatación y erupción cutánea.**

TIPO	REACCIÓN ALÉRGICA
Descripción	1. Cuando el receptor es alérgico a componentes antigénicos presentes en la sangre de donante. 2. Si el donante tiene alergia y por tanto anticuerpos y el receptor tiene el alérgeno correspondiente. *Síntomas causados por histamina.
Signos y Síntomas	Ocurren durante una hora posterior a la transfusión y son leves o graves.  <b>LEVES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rash cutáneo localizado y pruriginoso (urticaria o habones).</li> <li>▪ Tos leve y sibilancias.</li> <li>▪ Edema en labios y glositis.</li> <li>▪ Hiperemia y prurito conjuntival.</li> </ul> <b>GRAVES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rash generalizado.</li> <li>▪ Disnea, tos, sibilancias, hipoxemia.</li> <li>▪ Edema de labios y glositis.</li> <li>▪ Sensación de cuerpo extraño en faringe.</li> <li>▪ Disfagia.</li> <li>▪ Caída de Tensión arterial.</li> <li>▪ Náuseas + vómito.</li> <li>▪ Ansiedad generalizada.</li> </ul>
Manejo médico	<b>LEVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pausar transfusión SIN retirar aguja.</li> <li>▪ Administrar Antihistamínico por médico tratante.</li> <li>▪ Al desaparecer la urticaria y sin presencia de síntomas graves- reanudar transfusión con cautela a ritmo lento y con vigilancia estrecha.</li> </ul> <b>GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detener transfusión.</li> <li>▪ Administrar Antihistamínico y probables. Corticosteroides.</li> <li>▪ Dificultad respiratoria y edema administrar adrenalina y despejar vía aérea.</li> <li>▪ Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de reacción transfusional.</li> </ul>
Manejo laboratorio	Si las reacciones alérgicas son recurrentes o graves se puede considerar la transfusión con unidades de glóbulos rojos lavados. Para ambos casos, informar al Servicio de Medicina Transfusional. <b>NO ES NECESARIO</b> enviar muestras postransfusionales ni devolver la unidad implicada.




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 253 de 350

### 3. REACCIÓN ANAFILÁCTICA

Reacción rara y en ocasiones por causa no explicable.

TIPO	REACCIÓN ANAFILÁCTICA
Descripción	Por exposición poster a un inmunógeno que inicialmente estimuló la producción de IgE. Transfusión de sangre que contenga aspirina, penicilina a receptor sensibilizado. Receptor con deficiencia de IgA y con anti-IgA desarrollado por transfusiones previas o embarazos que reciben incluso pequeños volúmenes de plasma o sangre con IgA.
Signos y Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erupción generalizada pruriginosa.</li> <li>▪ Angioedema.</li> <li>▪ Compromiso respiratorio: ronquera, estridor, sibilancias, disnea.</li> <li>▪ Compromiso circulatorio: hipotensión, síncope, shock.</li> <li>▪ Dolor abdominal, náuseas, vómitos.</li> </ul>
Manejo médico	Suspender de inmediato transfusión e informar a médico tratante y al Servicio de Medicina Transfusional. Mantener vías respiratorias y tensión arterial. Reanimación con soluciones intravenosas, oxígeno, adrenalina, antihistamínicos, broncodilatadores y corticosteroides. Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.
Manejo laboratorio	<b>NO ES NECESARIO</b> enviar muestras postransfusionales ni devolver la unidad implicada. <b>Considerar pruebas de deficiencia de IgA.</b>

R

u

→

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 254 de 350

#### 4. REACCIÓN TRANSFUSIONAL NO HEMOLÍTICA FEBRIL

TIPO	REACCIÓN TRANSFUSIONAL FEBRIL NO HEMOLÍTICA
Descripción	<p>El receptor presenta elevación de temperatura comparada con la basal previa a la transfusión.            Puede deberse a la transfusión en sí o condición o tratamiento médico subyacente.            Fisiopatología multifactorial: reacción del receptor a los glóbulos rojos u otras sustancias en el componente transfundido.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Excluir reacciones más severas como Reacción Transfusional Hemolítica Aguda y reacción séptica.</p>
Signos y Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Escalofríos</li> <li>▪ Náusea</li> <li>▪ Cefalea</li> </ul>
Manejo médico	<p>Interrumpir transfusión.            Antipiréticos.            Informar reacción al Servicio de Medicina Transfusional.            Si se excluye 1 reacción más grave y la reacción cede se puede reanudar la transfusión de forma lenta.            Personas beneficiarias con Reacción Transfusional Febril No Hemolítica grave o recurrente pueden beneficiarse de la premedicación con paracetamol 1 hora previa a la transfusión.            Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.</p>
Manejo laboratorio	<p>Considerar investigar detección repetida de anticuerpos y compatibilidad cruzada.            La leucorreducción de hemocomponentes reduce la tasa de Reacción Transfusional Febril No Hemolítica.</p>






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 255 de 350

**5. REACCIÓN SÉPTICA POR TRANSFUSIÓN (INFECCIÓN BACTERIANA TRANSMITIDA POR TRANSFUSIÓN)**

La sangre es un medio ideal para el crecimiento de bacterias. Los componentes con mayor riesgo de contaminación son los concentrados de plaquetas, ya que estas se almacenan a temperaturas más altas (22°C). En el caso de reacciones sépticas relacionadas a transfusiones de Glóbulos Rojos es posible que los agentes etiológicos sean aquellos capaces de crecer a temperaturas más bajas; un ejemplo, es *Yersinia enterocolitica*, que ocasiona infecciones subclínicas en el donador y es productor de endotoxinas que al liberarse por desintegración de médula ósea causa reacciones severas en el receptor 2/3 de las bacterias implicadas son grampositivas y, con mayor frecuencia, tienen origen de la piel del donante (género *Staphylococcus* o *Streptococcus*).

*R* *M*

*A*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 256 de 350

TIPO	5. REACCIÓN SÉPTICA POR TRANSFUSIÓN
Descripción	<p>Bacteriemia no reconocida en un donante aparentemente sano.            Introducción de médula ósea por sitio de venopunción con mala higiene.            Contaminación del componente por defectos en las bolsas de sangre.            Contaminación durante el almacenamiento o transporte.</p>
Signos y Síntomas	<p>Pueden no ser inmediatos si la carga bacteriana de la unidad es pequeña.            La mayoría de las reacciones ocurren dentro de las 4 horas posteriores.            Infecciones por gramnegativos se hacen notar dentro de los 15 minutos del inicio de la transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Taquicardia</li> <li>▪ Taquipnea</li> <li>▪ Náuseas y vómitos</li> <li>▪ Disnea</li> <li>▪ Tensión Arterial baja y shock</li> <li>▪ Coagulación Intravascular Diseminada</li> </ul>
Manejo médico	<p>Suspensión de transfusión.            Notificar a médico tratante, al servicio de Medicina transfusional y devolver unidad implicada.            Tomar muestra a receptor.            Iniciar antibioticoterapia de amplio espectro.            De ser necesario dar soluciones intravenosas e inotrópicos para apoyo cardiovascular y mantener producción de orina.            Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.</p>
Manejo laboratorio	<p>Tinción de Gram y cultivo aeróbico y anaeróbico de unidad implicada            Hemocultivos también del receptor            De aislarse un microorganismo clínicamente significativo, realizar pruebas de sensibilidad            Resguardar y descartar resto de hemocomponentes del mismo donante            En caso de haberse ya transfundido el resto, dar seguimiento a los otros destinatarios.</p>




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 257 de 350

**6. SOBRECARGA CIRCULATORIA ASOCIADA A TRANSFUSIÓN**

TIPO	SOBRECARGA CIRCULATORIA ASOCIADA A TRANSFUSIÓN
Descripción	Edema pulmonar por sobrecarga hídrica. Causada por transfusión rápida o de gran volumen. Riesgo en: pediátricos, ancianos, personas beneficiarias con Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia Respiratoria.
Signos y Síntomas	Aparecen dentro de las 12 horas postransfusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disnea aguda</li> <li>▪ Ortopnea</li> <li>▪ Tos y esputo asalmonelado</li> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Taquicardia</li> <li>▪ Hipertensión</li> <li>▪ Edema pulmonar bilateral en radiografía de tórax</li> </ul>
Manejo médico	Detener transfusión de inmediato. Informar a médico tratante y al Servicio de Medicina transfusional. Puede ser necesario una flebotomía. Inicio de oxígeno a alto flujo. Diuréticos si la persona beneficiaria está hemodinámicamente estable. Considerar diuréticos antes de la transfusión en personas beneficiarias de alto riesgo. Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.
Manejo laboratorio	NO APLICA

*R*

*M*

*—*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 258 de 350

### 7. LESIÓN AGUDA PULMONAR ASOCIADA A TRANSFUSIÓN

TIPO	LESIÓN AGUDA PULMONAR ASOCIADA A TRANSFUSIÓN (TACO)
Descripción	<p>Edema pulmonar no cardiogénico.            La causa más común es el plasma.            Causada por anticuerpos antileucocitos humanos (anti-HLA) o anticuerpos anti neutrófilos (anti-HNA) en el plasma del donador, sensibilizado por embarazos previos (múltiparas) o transfusiones.            El plasma activa neutrófilos dentro de la microcirculación pulmonar del receptor ocasionando daño.            Ocurre a menudo en personas beneficiarias con enfermedad subyacente crítica, cirugía o sepsis grave.</p>
Signos y Síntomas	<p>Aparición de lesión pulmonar dentro de las 6 h posteriores a la transfusión y generalmente resuelve dentro de las 96 horas posteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuficiencia respiratoria aguda</li> <li>▪ Hipoxemia severa</li> <li>▪ Hipotensión</li> <li>▪ Taquicardia</li> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ NO evidencia de sobrecarga circulatoria</li> <li>▪ Infiltrados pulmonares intersticiales bilaterales en radiografía tórax</li> </ul>
Manejo médico	<p>Suspender transfusión            Notificar a médico tratante y al Servicio de Medicina Transfusional            Soporte cardiovascular y de vías respiratorias            Inicio de oxígeno de alto flujo            Si es necesario, ventilación mecánica            Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional</p>
Manejo laboratorio	<p>Retirar todos los componentes hechos de unidad implicada            De confirmarse anticuerpos de glóbulos blancos, diferir permanentemente al donador.</p>







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 259 de 350

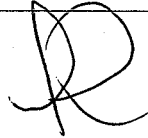

## SUBTIPOS DE REACCIONES TRANSFUSIONALES TARDÍAS

### 1. REACCION TRANSFUSIONAL HEMOLÍTICA RETARDADA

La sensibilización en los eritrocitos receptores puede haber sido demasiado débiles para ser detectados durante el rastreo de anticuerpos en la compatibilidad cruzada resultando en una transfusión de unidades incompatibles.

Se desencadena por supuesto una respuesta inmunitaria en el receptor que no es lo suficientemente grande para dar sospecha diagnóstica e incluso la única manifestación puede ser que no aumente la Hemoglobina tras la transfusión.

TIPO	REACCIÓN TRANSFUSIONAL HEMOLÍTICA RETARDADA
Descripción	Anemia hemolítica por incompatibilidad de los glóbulos rojos. Se presenta 24h a 28 días post transfusión. Los anticuerpos Kidd están comúnmente implicados pues es común que caigan por debajo de niveles detectables a lo largo del tiempo. Otros implicados: anti-E, anti-C, Fya y K.
Signos y Síntomas	Menos severos que en Reacción Transfusional Hemolítica Aguda: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperbilirrubinemia y aumento inadecuado de niveles de hemoglobina o una caída de la misma.</li> </ul> En caso de hemólisis grave e Insuficiencia Respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anemia</li> <li>▪ Reticulocitosis</li> <li>▪ Esferocitosis</li> <li>▪ Aumento de la bilirrubina</li> <li>▪ LDH elevada</li> <li>▪ PAD positiva</li> <li>▪ RAI positivo</li> </ul>
Manejo médico	Informar reacción al Servicio de Medicina Transfusional. Enviar los residuos de sangre que queden en la unidad + 1 muestra de persona beneficiaria posterior a transfusión. Enviar muestra de orina de receptor. Verificar etiqueta de compatibilidad de unidades transfundidas. En hemólisis grave con daño renal, mantener el gasto urinario. Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.
Manejo laboratorio	Repetir grupo sanguíneo, Rastreo de Anticuerpos Irregulares, pruebas cruzadas, Coombs Directo. Análisis de orina. Preparar bolsas con antígeno negativo para el anticuerpo causante y que sean compatibles con pruebas cruzadas.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	

## 2. REACCIÓN SEROLÓGICA TARDÍA A LA TRANSFUSIÓN

Quando se detecta un nuevo anticuerpo de glóbulos rojos clínicamente significativo en un receptor después de la transfusión, y cuando no hay evidencia clínica de hemólisis in vivo, se puede concluir que se ha producido aloinmunización. Habrá prueba de antiglobulina humana positiva.

## 3. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED ASOCIADA A TRANSFUSIÓN

TIPO	ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED ASOCIADA A TRANSFUSIÓN
Descripción	En situación normal, los linfocitos del donador se reconocen como extraños y son destruidos por el sistema inmune del receptor, el cual, si se encuentra comprometido y carece de células T funcionales no sucede. Los glóbulos rojos del donador pueden proliferar en el receptor y forman anticuerpos contra el huésped causando ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED ASOCIADA A TRANSFUSIÓN.
Signos y Síntomas	Ocurren 5-10 días después: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hay afección hepática, de piel y tracto gastro intestinal, además de daño a tejido medular con citopenia importante y susceptibilidad a infecciones graves. Es el daño a este último el causante de una mortalidad que supera el 90%.</li> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Rash cutáneo</li> <li>▪ Dolor abdominal</li> <li>▪ Diarrea severa</li> <li>▪ Náusea y vómitos</li> <li>▪ Disfunción hepática</li> <li>▪ Pancitopenia con aplasia medular</li> </ul>
Manejo médico	Informar reacción al Servicio de Medicina Transfusional. Tratamiento de soporte. Enviar marbete de unidad completamente lleno y formato de Reacción transfusional.
Manejo laboratorio	Personas beneficiarias de alto riesgo requieren componentes sanguíneos irradiados.

*R*

*21*

*✓*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del evento adverso a la transfusión de sangre y hemocomponentes</b>	Hoja: 261 de 350

**OTRAS:**

**1. SOBRECARGA DE HIERRO ASOCIADA A LA TRANSFUSIÓN**

**Descripción:** La hemosiderosis es derivada de la degradación de la Hemoglobina. Complicación a largo plazo en personas que reciben soporte transfusional crónico. El cuerpo no excreta hierro cuando los Glóbulos Rojos envejecidos se eliminan de la circulación, pero si lo almacena para su reutilización y el exceso se acumula alrededor de los órganos internos.

**Manejo médico:** Administrar quelantes de hierro como prevención para promover la excreción de hierro.

**2. PÚRPURA POSTRANSFUSIONAL**

**Descripción:** La transfusión plaquetaria supone un estímulo inmunitario para el receptor que generalmente son multíparas sensibilizadas por embarazos previos o personas beneficiarias transfundidos que carecen del Antígeno HPA-1a o HPA-5b y cuyos anticuerpos reaccionan contra antígenos de plaquetas transfundidas.

**Signos y Síntomas:** Una Púrpura Post transfusional a menudo es de inicio repentino y autolimitante y se resuelve en 2 semanas.

**Manejo médico:** El Tratamiento es con inmunoglobulina Intra venosa.

**3. TOXICIDAD POR CITRATO**

**Descripción:** Anticoagulante usado en los componentes sanguíneos el cual se metaboliza a nivel hepático y se excreta en orina. Su metabolismo disminuye en enfermedades hepáticas, hipotermia, Recién nacidos, lactantes, politraumatizados o donadores de aféresis, donde ingresan grandes volúmenes de sangre citratada.

**Signos y Síntomas:** Se manifiesta como: hipotensión, sabor amargo en boca, escalofríos, náuseas, entumecimiento perioral y periférico, tetania y arritmia.

**Manejo médico:** Tratamiento: gluconato de calcio.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>11. Procedimiento de evaluación y estudio del          evento adverso a la transfusión de sangre y          hemocomponentes</b>	Hoja: 262 de 350

#### **4. TOXICIDAD POR POTASIO**

**Descripción:** Los niveles de Potasio aumentan en la sangre almacenada. Transfundir grandes volúmenes de sangre puede causar hiperpotasemia, mortal especialmente en recién nacidos. Factores de riesgo: unidades próximas a caducidad, unidades irradiadas, edades jóvenes, presencia de comorbilidades.

**Manejo médico:** Por tanto, Recién nacidos deben recibir sangre fresca menor a 7-10 días de extraída y controlar las velocidades de infusión.

#### **5. HIPOTERMIA**

**Manejo médico:** Administrar grandes volúmenes de manera rápida. Una temperatura baja puede inhibir el metabolismo del citrato y lactato, interferir en la hemostasia y función plaquetaria y alterar el suministro de oxígeno debido a vasoconstricción.

Se debe controlar la temperatura central de la persona beneficiaria con hemorragia masiva.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>

**12. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS DONANTES REACTIVAS  
A SEROLOGÍA INFECCIOSA**

*Handwritten signatures and initials:*  
A large stylized signature on the left, a smaller signature on the right, and a horizontal line below them.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 264 de 350

## 1. PROPÓSITO

Identificar a las personas donadoras atendidas en el Servicio de Medicina Transfusional que puedan transmitir agentes patógenos de importancia clínica por medio de transfusión sanguínea, llevando a cabo las pruebas de escrutinio que permitan implementar oportunamente la terapéutica y manejo clínico que cada caso particular amerite. Así como documentar el reporte de casos confirmados, con la finalidad de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno: El procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina Transfusional, responsable de contactar e informar a la persona donante con resultado reactivo a las pruebas de serología infecciosa y su seguimiento mediante pruebas de escrutinio serológico; a la División de Infectología que da seguimiento a casos de serología infecciosa y reporta a la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva del Hospital, a la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva que reporta a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).
- 2.2. A nivel externo aplica a toda persona donante de sangre con estudios de serología infecciosa reactivos.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

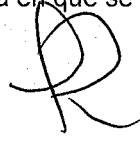
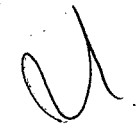
- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 265 de 350

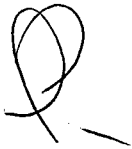
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 266 de 350

(Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la identidad y datos de las personas donantes con estudios de serología infecciosa reactiva para su notificación, toma de segunda muestra, entrega de resultados y seguimiento.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de contactar a la persona donante con serología reactiva en un horario de lunes a viernes de 11:00am a 01:00 pm para asistir al Servicio de Medicina Transfusional, para una segunda toma de muestra e información importante, con el siguiente diálogo:
  - 3.11.1. Buen día, soy el "Nombre de la persona que llama", del Servicio de Medicina Transfusional del Hospital General Doctor Manuel Gea González, me podría comunicar con "primer nombre y primer apellido de la persona donante", (en caso de que sea otra persona quien atienda la llamada, indicar que es en relación a la donación que tuvo "primer nombre y primer apellido" el pasado "día de la donación").
  - 3.11.2. Me podría confirmar su nombre completo y fecha de nacimiento por favor, (en caso de que no quiera confirmar dicha información, se le confirmará el número telefónico al cual se está contactando).
  - 3.11.3. Le llamé para informarle que es necesario se presente en las instalaciones del Servicio de Medicina Transfusional del Hospital General Doctor Manuel Gea González, para proporcionarle información importante en relación a su donación de la fecha "fecha en que donó", (en caso de que solicite más información, se le mencionará que el personal Médico del Servicio de Medicina Transfusional es el responsable de resolver sus dudas y que no posee más información).
  - 3.11.4. Por lo cual Usted puede presentarse en un horario de 8:00 am a 01:00 pm de lunes a viernes, su identificación oficial con fotografía y con un ayuno mínimo de 6 horas, para la toma de sólo un tubo de sangre.
  - 3.11.5. De mi parte eso es todo por el momento, gracias por su atención.





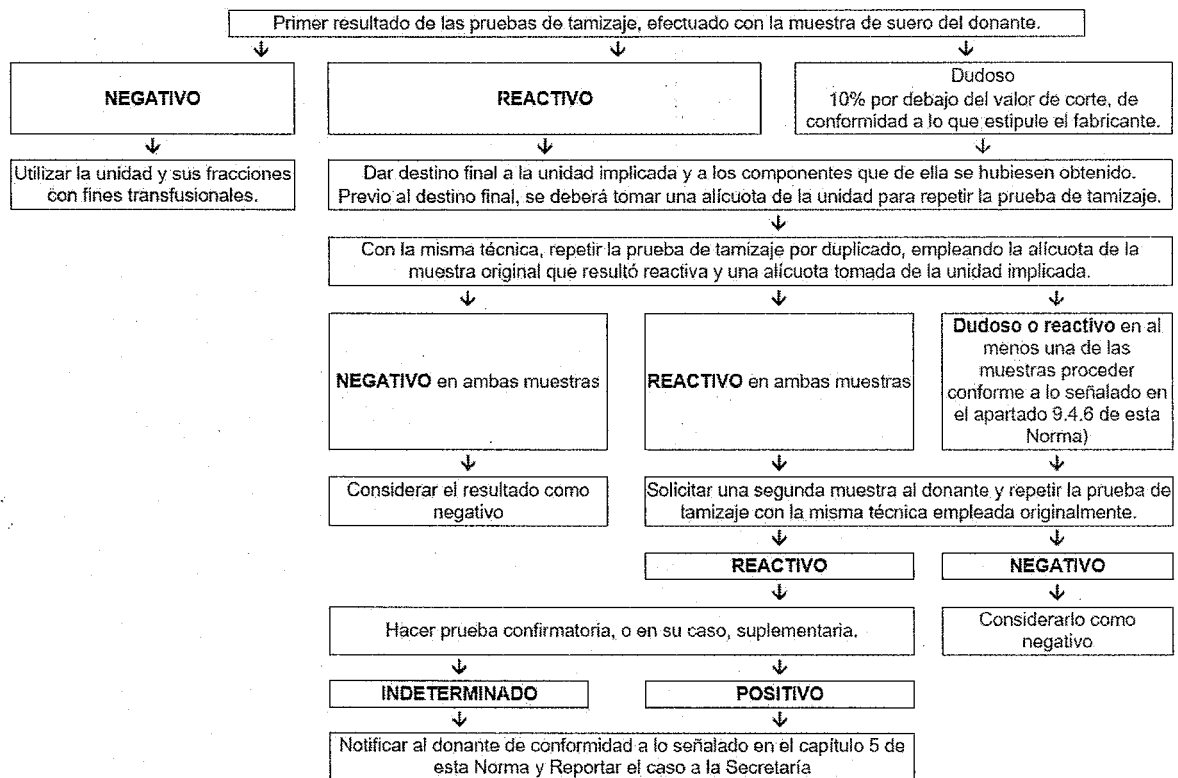


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 267 de 350

3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar a la persona donante de sangre con estudios de serología infecciosa reactiva, sobre el motivo por el cual su donación no fue apta, explicándolo con la mayor claridad posible y las razones por las que se tiene que repetir la prueba.

3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar a la persona donante con la mayor confidencialidad, sensibilidad y claridad posible sobre el/los marcadores infecciosos a los que fue reactiva la segunda muestra, explicar cuál es el procedimiento a seguir, entregar resultados y solicitud de interconsulta a la División de Infectología del Hospital. Con el objetivo de realizar el escrutinio serológico de acuerdo señalado en la figura 1 de la NOM-253-SSA1-2012, numeral 9.4.5.

**Diagrama de flujo de acuerdo a los resultados de las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión**



3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar la historia clínica de la persona donante con serología reactiva para su seguimiento.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 268 de 350

- 3.15. La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Infectología es responsable de dar seguimiento a los casos con resultados de serología infecciosa reactivos referidos por el Servicio de Medicina Transfusional.
- 3.16. La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Infectología es responsable de notificar a la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva del Hospital, los casos confirmados para su respectivo reporte en la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de acudir periódicamente a la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva para solicitar el número de folio del caso reportado a RHOVE, el cual registrará en la historia clínica de la persona donadora de sangre.

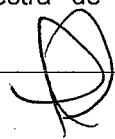





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas          donantes reactivas a serología infecciosa</b>	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo	
Servicio de Medicina Transfusional	<b>FASE DE CONTACTO</b>			
	1	Revisa resultados de la corrida de serología e identifica a las personas donantes con resultados reactivos para establecer contacto.	Resultados de la corrida de serología	
	2	Llama vía telefónica a la persona donante, de acuerdo al número registrado en la historia clínica y le solicita asistir al Servicio de Medicina Transfusional para proporcionarle información relacionada a su donación previa y la extracción de una muestra de sangre, ver política de operación, 3.11.	Historia Clínica	
	<b>FASE DE TOMA DE SEGUNDA MUESTRA</b>			
	3	Recibe a la persona donante y le solicita su identificación oficial.	Identificación oficial	
	4	Confirma verbalmente identidad de la persona donante (nombre completo y fecha de nacimiento).		
	5	Identifica datos de la persona donante en sistema informático y busca resultados de la corrida de serología impreso e historia clínica en archivo del servicio.	Resultados de la corrida de serología Historia clínica	
	6	Proporciona plática informativa y fundamenta la necesidad de toma de muestra de sangre para estudio.		
	7	Realiza nota de plática informativa en historia clínica de la persona donante y recaba su firma en el documento.	Historia clínica	
	8	Prepara a la persona donante para toma de muestra.		
9	Imprime etiquetas de muestra y agrega la leyenda "Segunda Muestra" y pega en tubo de muestra.	Etiqueta de muestra		
10	Revisa accesos venosos y toma muestra de sangre.	Anexo de toma de muestras		

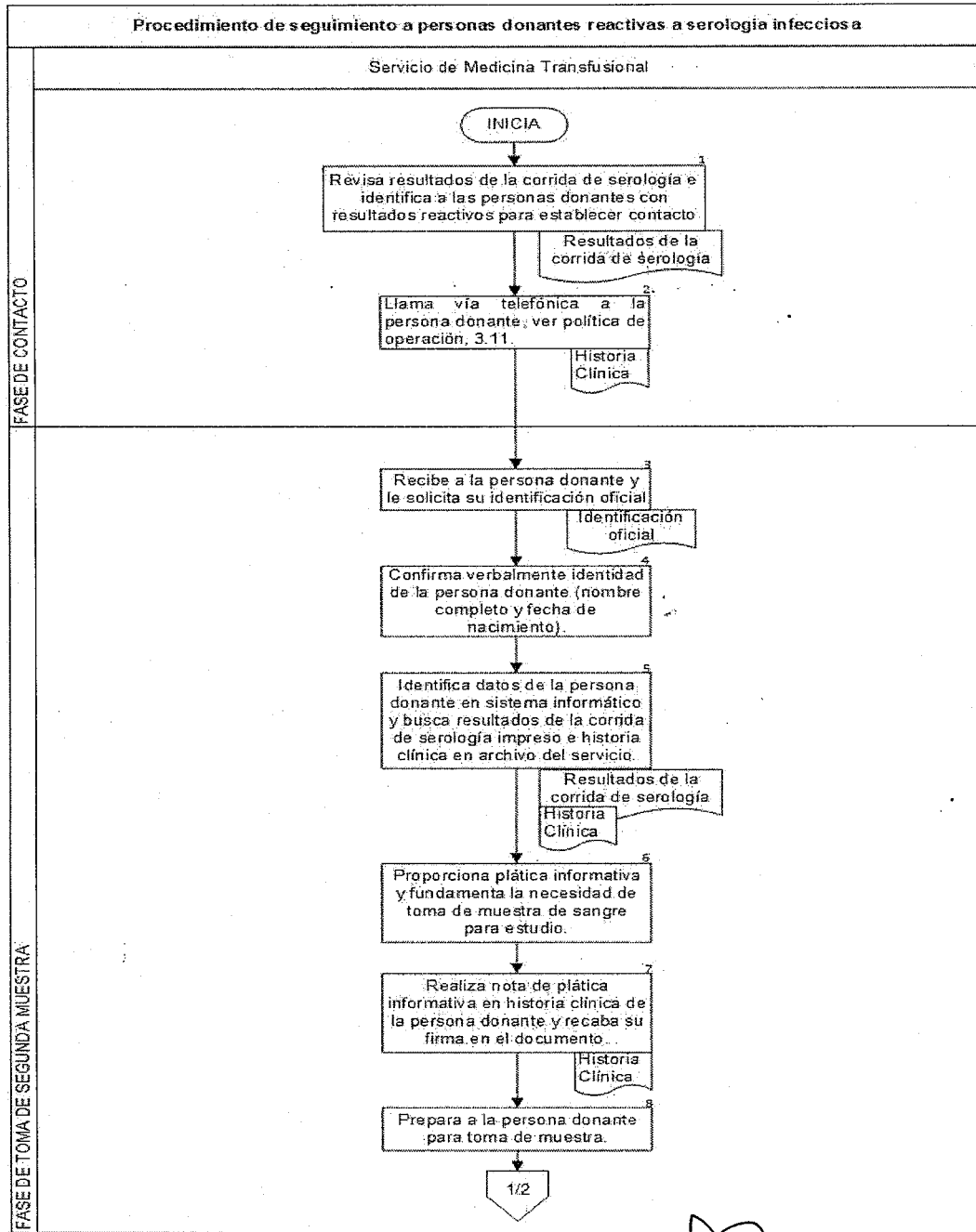



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	Hoja: 270 de 350
<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>		

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	11	Indica a la persona donante el día y horarios en que se debe presentar para entrega de resultados.	
	12	Realiza análisis de segunda muestra. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEROLOGÍA INFECCIOSA.	
	13	Registra resultado en el sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional, en el Libro de Ingresos y Egresos de Sangre y Hemocomponentes y en la historia clínica.	Libro de Ingresos y Egresos de Sangre y Hemocomponentes Historia clínica
		<b>FASE DE ENTREGA DE RESULTADOS</b>	
	14	Recibe a la persona donante y le solicita su identificación oficial.	Identificación oficial
	15	Confirma verbalmente identidad de la persona donante (nombre completo y fecha de nacimiento).	
	16	Identifica datos de la persona donante en sistema informático y busca el resultado de serología impreso e historia clínica en archivo del servicio.	Resultados de serología Historia clínica
	17	Ingres a la persona donante al consultorio médico del servicio para recibir información de resultados de serología infecciosa (ver política 3.13).	
		¿el segundo escrutinio de sangre fue reactivo?	
	18	No: Entrega resultados de serología no reactivos. <b>Termina procedimiento</b>	Resultados de serología
	19	Sí: Entrega resultados de serológica reactiva y le solicita firma de recibido en la copia.	Resultados de serología
	20	Genera solicitud de interconsulta a la División de Infectología y se le reitera información de importancia sobre el seguimiento.  <b>Termina Procedimiento</b>	Interconsulta

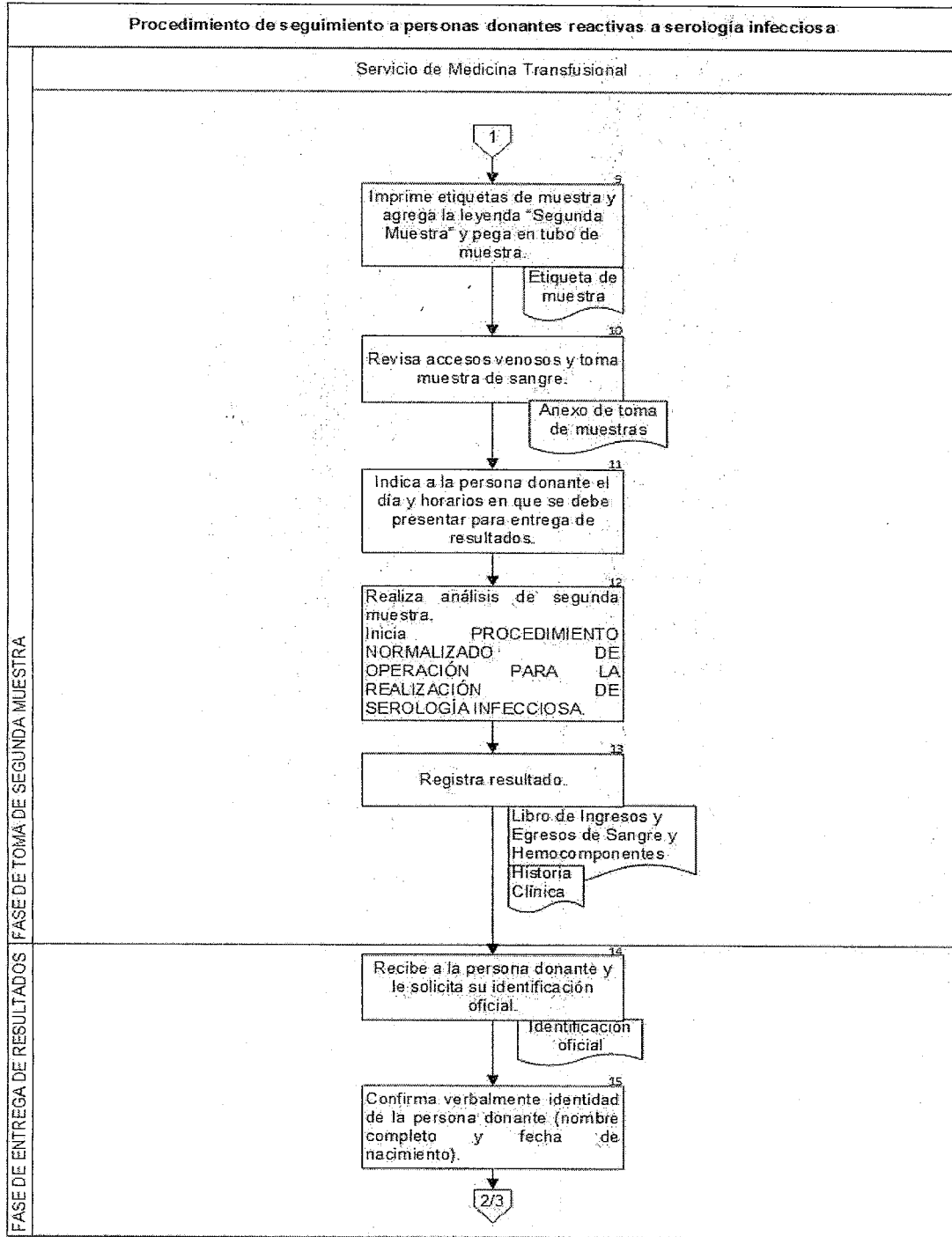


**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



*R*

*M*

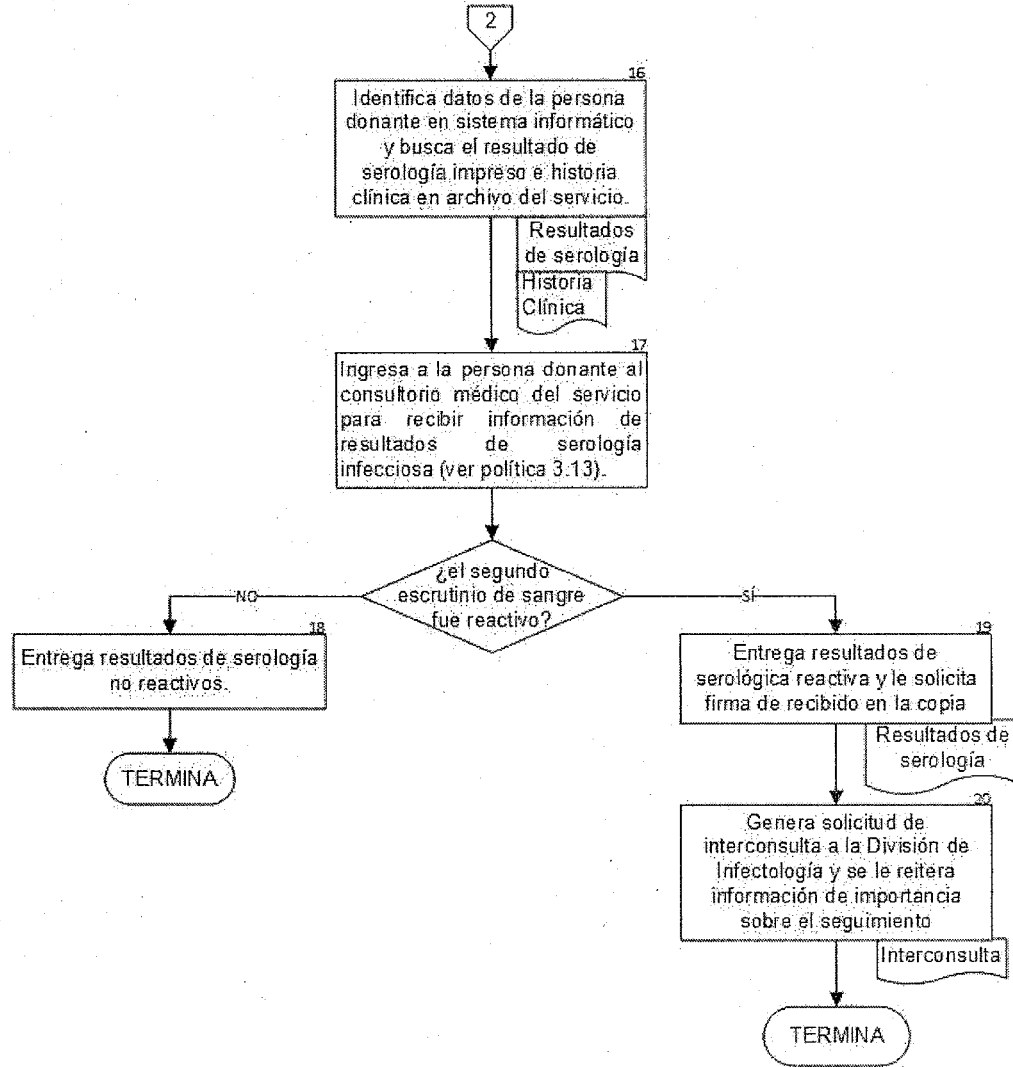




**Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa**

Servicio de Medicina Transfusional

FASE DE ENTREGA DE RESULTADOS



*Handwritten initials and a signature.*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 274 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Norma Oficial Mexicana "Agentes Químicos Contaminantes del Ambiente Laboral-Reconocimiento, Evaluación y Control.	NOM-010-STPS-2014
6.5 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

R

✓



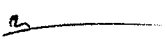
el




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas          donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 275 de 350

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Resultados de la corrida de serología	15 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Identificación oficial con fotografía.	No aplica	Donante/paciente	No aplica
7.3 Historia clínica	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Etiqueta de identificación de paciente.	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Resultados de serología	15 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas          donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 276 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento sea homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.2. **Historia clínica:** Documento legal confidencial de valor jurídico, que contiene datos referentes a una persona, su familia, su entorno social, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para diagnosticar y analizar su estado de salud.
- 8.3. **Persona beneficiaria:** Persona en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.4. **Personas beneficiarias vulnerables:** Son aquellas personas afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en personas beneficiarias frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: personas beneficiarias pediátricas, recién nacidas, adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puerperas, personas psiquiátricas, infecto-contagiosas, inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y personas incapacitadas por alcohol o drogas.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Resultados de la corrida de serología.
- 10.2 Historia clínica
- 10.3 Etiqueta de muestra
- 10.4 Anexo de toma de muestras sanguíneas
- 10.5 Libro de Ingresos y Egresos de Sangre y Hemocomponentes
- 10.6 Resultados de serología
- 10.7 Formato de solicitud de interconsulta y nota de interconsulta







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**



**12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa**

Hoja: 277 de 350

**10.1 RESULTADOS DE CORRIDA DE SEROLOGÍA**

**Informe de resultados** ID de usuario:

**Validado** N° de serie del sistema: 100

G / P	Módulo	IDM	Nombre	Ensayo	Resultado	Alertas	Código	Fecha / Hora
R742/1	1			SyphilisTP				
R742/1	1			Anti-HCV				
R742/1	1			HBsAgQ2				
R742/1	1			Chagas				
R742/1	1			HIV Ag/Ab				

Impreso el: 25.10.2023 3:01:00PM ARCHITECT Página: 1 de 1

*R* *el*

*3*

## 10.2 HISTORIA CLÍNICA (ANVERSO)



### HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

#### HISTORIA CLINICA PARA SELECCIÓN DEL DISPONENTE BANCO DE SANGRE

Nº DE PREDONANTE:	Nº DE UNIDAD:	FECHA Y HORA:
		USO TERAPÉUTICO:
		TIPO DE DONACIÓN:
		TIPO DE EXTRACCIÓN:
Nombre del Candidato a Donar: _____ Fecha de Nacimiento: _____		
Identificación: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____		
Domicilio: _____ C.P.: _____		
Tel.: _____ Cel.: _____ Originario de: _____ Residencia: _____ Parentesco: _____		
Residencia últimos 5 años: _____		
Pulso: _____ Peso: _____ Talla: _____ Temperatura: _____ Presión: Mínima: _____ Máxima: _____ F.R.: _____		
Hematocrito: _____ Hemoglobina: _____ Leucocitos: _____ Plaquetas: _____ ABO y Rh: _____		
Nombre del Paciente: _____		
Procedencia: _____		
Última Donación: _____		

<p><b>EN EL ÚLTIMO MES</b></p> <p>¿HA SIDO VACUNADO CONTRA POLIO, RUBÉOLA, PAROTIDITIS O TETANOS?</p> <p>¿HA PRESENTADO ALGODONCILLO CON RECAÍDAS?</p> <p>¿HA PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS DE COVID?</p> <p><b>INDICADORES GEOGRÁFICOS</b></p> <p>RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE LUGAR)</p> <p>VIAJES RECIENTES A ZONAS ENDEMICAS</p> <p><b>I. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</b></p> <p>LESIONES CON OBJETOS CONTAMINADOS CON SANGRE (DONANTE/PAREJA) ¿CUÁNDO?</p> <p>CONTACTO SEXUAL CON POLITRANSFUNDIDOS (DONANTE/PAREJA)</p> <p>EX DONANTE REMUNERADO (DONANTE/PAREJA)</p> <p>RELACIÓN SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON PERSONAS DE CONDICIÓN SEROLÓGICA DESCONOCIDA (VH, VBK, VMC) ¿CUÁNDO?</p> <p>ALCOHOLISMO CRÓNICO, CANTIDAD DIARIA</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁLES?</p> <p>SITIO DE ÚLTIMA DONACIÓN</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁNDO?</p> <p>CATETERISMO ENDOSCÓPICO CON INSTRUMENTOS FLEXIBLES</p> <p>CONTACTO ESTRECHO CON ENFERMOS DE HEPATITIS</p> <p><b>III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b></p> <p>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUAL?</p> <p>CARDIOPATÍAS (ESPECIFIQUE)</p> <p>MALARIA ¿CUÁNDO?</p> <p>NEOPLASIAS, ESPECIFIQUE</p> <p>AFECIONES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS, ESPECIFIQUE</p> <p>OPORTUNIDAD MENOR RECIENTE ¿CUAL?</p> <p>FIEBRE QUAISQUA ¿CUÁNDO?</p> <p>VIROS DEL OESTE DEL NIKO ¿CUÁNDO?</p> <p>ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ESPECIFIQUE</p> <p>ENFERMEDADES RENALES, ESPECIFIQUE</p> <p>TOXOPLASMOISIS ¿CUÁNDO?</p> <p>BRUCELLOSIS ¿CUÁNDO?</p> <p>TRASTORNOS HEMORRÁGICOS, ESPECIFIQUE</p> <p>OTROS, ESPECIFIQUE</p> <p>HEPATITIS ¿CUÁNDO?</p> <p>QUIRURÍA MENOR RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>OTROS ¿CUÁNDO?</p> <p>ICTERICIA, ACIDIA / COLIBRIA</p> <p>HIPOTENSIÓN O HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCONTROLADA</p> <p><b>IV. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES</b></p> <p>AGENOHECALIA</p> <p>HERPES MUCOCUTÁNEO DUE TANDE EN SANAR MAS DE 10 DÍAS</p> <p>DIARREAS</p> <p>TOX</p> <p>PERDIDA DE PESO MAYOR AL 10%</p> <p><b>VI. EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS</b></p> <p>FIEBRE / CALOS FRIOS</p> <p>AVIENDO DE MAS DE 12 HORAS</p> <p><b>VII. FARMACOS E INMUNIZACIONES</b></p>	<p>ISOTRETINOINA / TETRACICLINA</p> <p>¿HA PRESENTADO INFECCIÓN RESPIRATORIA, DIGESTIVA O URINARIA?</p> <p>¿HA PRESENTADO HERPES MUCOCUTÁNEO POR MAS DE UN MES?</p> <p>¿EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS A TENIDO PRUEBAS POSITIVAS PARA COVID?</p> <p>RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE FECHA)</p> <p>ORIGINARIO DE:</p> <p>INTERINAMIENTO EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TRANSFUSIONES PREVIAS (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA (ESPECIFIQUE)</p> <p>ALERGIAS</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁLES?</p> <p>TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA ¿CUÁNDO?</p> <p>ALCOHOLISMO CRÓNICO, FECHA ÚLTIMA INGESTA</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO</p> <p>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO</p> <p>REACCIONES POST-DONACION</p> <p>PRÁCTICA SEXO SEGURO O PROTEGIDO (USO DEL CONDÓN)</p> <p>INTERINAMIENTO EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TRANSFUSIONES PREVIAS (DONANTE/PAREJA)</p> <p>TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA (ESPECIFIQUE)</p> <p>ALERGIAS</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁLES?</p> <p>TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA ¿CUÁNDO?</p> <p>ALCOHOLISMO CRÓNICO, FECHA ÚLTIMA INGESTA</p> <p>USO DE DROGAS INTRAVENOSAS FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO</p> <p>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO</p> <p>REACCIONES POST-DONACION</p> <p>PRÁCTICA SEXO SEGURO O PROTEGIDO (USO DEL CONDÓN)</p> <p>TRASPANTE (DONANTE / PAREJA) ¿CUAL?</p> <p>HA TENIDO ALGUNA SEROLOGÍA POSITIVA ¿CUAL?</p> <p>HEPATITIS ¿CUAL?</p> <p>NEUMOPATIAS, ESPECIFIQUE</p> <p>QUIRURÍA MAYOR RECIENTE ¿CUAL?</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS ¿CUÁNDO?</p> <p>FIEBRE REUMÁTICA ¿CUÁNDO?</p> <p>ANEMIA, CAUSAS</p> <p>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, ESPECIFIQUE</p> <p>MONONUCLEOSIS ¿CUÁNDO?</p> <p>EPILEPSIA / CONVULSIONES, FECHA DE ÚLTIMA TROMBOSIS RECURRENTE, ESPECIFIQUE</p> <p>OSTEOMIELITIS ¿CUÁNDO?</p> <p>TUBERCULOSIS, FINALIZACION DEL TRATAMIENTO</p> <p>QUIRURÍA MAYOR RECIENTE ¿CUÁNDO?</p> <p>ANEMIA ¿CUÁNDO?</p> <p>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUÁNDO?</p> <p>DIABETES MELLITUS (DEPENDIENTE DE INSULINA)</p> <p>TRASTORNOS MENTALES/SÍNDROME DEMENCIAL</p> <p>CONFOGIA</p> <p>DIARREA CRÓNICA</p> <p>FIEBRE CONTINUA POR MAS DE 10 DÍAS</p> <p>ASTENIA / ADHAMA</p> <p>EJERCICIO INTENSO</p>
--	---



R

el

## 10.2. HISTORIA CLÍNICA (REVERSO)

<p><b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS ¿CUÁLES?</b>  <b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (MOTIVO):</b></p> <p><b>VII-EXPLORACIÓN FÍSICA</b>          CARIES DENTAL: O SI O N          TALLA:          ADENCMEGALIA:          PESO:          TENSIÓN ARTERIAL:          ARRITMIAS:          ESPLÉNOMEGALIA:          ESTADO MENTAL:          SINTOMAS / SIGNOS DE INFECCIÓN:</p>	<p><b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUÁL?</b>  <b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUANDO?</b></p> <p>FARINGE:          ICTERICIA:          HEPATOMEGALIA:          TEMPERATURA:          PIEL Y MUCOSAS:          FRECUENCIA CARDIACA:          ESTADO DE LAS VENAS:          OTROS:</p>																																																																																				
<p><i>Acepto donar sangre voluntariamente después de haber recibido información respecto al procedimiento sin presión alguna, consciente de los riesgos y beneficios; y declaro que las respuestas por mí dadas a las preguntas que me fueron hechas son reales y verdaderas, y que no incurri en ninguna falsedad, por lo que me responsabilizo de las consecuencias en caso de haber dado falsos datos. Autorizo al personal de este banco de sangre del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" a que verifique ante las instancias necesarias que la información que proporciono es real.</i></p>																																																																																					
<p>_____          Firma del Candidato a Donar</p>	<p>Medico          Matrícula: _____ Cedula: _____          Firma, Matrícula y/o Cedula Profesional  <input type="checkbox"/> Apto Físico del Candidato a Donar</p>																																																																																				
<p><b>DIAGNOSTICO:</b> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/></p> <p>* <b>RESULTADOS HEMATOLOGÍA:</b> [HB = ] [HTO = ] [LEUCOCITOS = ] [PLAQ = ]</p> <p>* <b>PRUEBAS DE SEROLOGÍA:</b>          Sífilis          HIV I-II          HBsAg          HCV-3          Chagas          Rastreo LA</p> <p>Hora de Inicio de Flebotomía: _____ Tiempo de Flebotomía: _____</p> <p>Nombre y Firma del Técnico que realizó la Flebotomía: _____</p> <p>Tiempo de Extracción de Sangre: _____ Volumen Extraído: _____ Peso de la Bolsa: _____</p>																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">EVENTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN</th> <th style="width: 5%;">SI</th> <th style="width: 5%;">NO</th> <th style="width: 10%;">MARCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.- Alergia al antitélico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.- Reacciones vaso vasculares</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.- Síncope</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.- Náusea</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.- Somnolencia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.- Convulsiones</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.- Hematoma en el sitio de punción</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.- Sangrado tardío</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.- Punción accidental de una arteria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.- Hinchazón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11.- Embolismo/traumatis</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12.- Cefalea</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13.- Irritación del nervio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14.- Lesión directa del nervio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15.- Lesión del tendón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16.- Dolor del brazo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17.- En otros sistemas de recolección por catéter</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18.- Otros eventos adversos a la donación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19.- En su caso descripción de las secuelas a consecuencia de la donación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20.- ¿El área donadora es adecuada al servicio?</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		EVENTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	SI	NO	MARCA	1.- Alergia al antitélico				2.- Reacciones vaso vasculares				3.- Síncope				4.- Náusea				5.- Somnolencia				6.- Convulsiones				7.- Hematoma en el sitio de punción				8.- Sangrado tardío				9.- Punción accidental de una arteria				10.- Hinchazón				11.- Embolismo/traumatis				12.- Cefalea				13.- Irritación del nervio				14.- Lesión directa del nervio				15.- Lesión del tendón				16.- Dolor del brazo				17.- En otros sistemas de recolección por catéter				18.- Otros eventos adversos a la donación				19.- En su caso descripción de las secuelas a consecuencia de la donación				20.- ¿El área donadora es adecuada al servicio?			
EVENTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	SI	NO	MARCA																																																																																		
1.- Alergia al antitélico																																																																																					
2.- Reacciones vaso vasculares																																																																																					
3.- Síncope																																																																																					
4.- Náusea																																																																																					
5.- Somnolencia																																																																																					
6.- Convulsiones																																																																																					
7.- Hematoma en el sitio de punción																																																																																					
8.- Sangrado tardío																																																																																					
9.- Punción accidental de una arteria																																																																																					
10.- Hinchazón																																																																																					
11.- Embolismo/traumatis																																																																																					
12.- Cefalea																																																																																					
13.- Irritación del nervio																																																																																					
14.- Lesión directa del nervio																																																																																					
15.- Lesión del tendón																																																																																					
16.- Dolor del brazo																																																																																					
17.- En otros sistemas de recolección por catéter																																																																																					
18.- Otros eventos adversos a la donación																																																																																					
19.- En su caso descripción de las secuelas a consecuencia de la donación																																																																																					
20.- ¿El área donadora es adecuada al servicio?																																																																																					

R U

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 280 de 350

### 10.3 ETIQUETA DE MUESTRA

Nombre:

Ant. ACD CON SOLUCION HDL MANUEL GEA GONZA

FE 24/08/2023 07:47      FI 24/08/2023 11:23




**SEROLOGIA ARCHTECT**

Fecha y hora:

R

M



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 281 de 350

#### 10.4 ANEXO DE TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS

La toma de muestras sanguíneas se realizará conforme a los pasos establecidos a continuación:

- a) Identifica accesos venosos (vena Cefálica, Basilica y Radial).
- b) En caso de no tener buen acceso venoso en el brazo, seleccionar venas en la parte dorsal de cualquiera de las manos.
- c) Realizar asepsia con torunda o toalla de solución yodada y/o etanol al 70 % en la región seleccionada para la flebotomía, de forma circular del centro hacia afuera.
- d) Colocar torniquete de 10 a 15 cm por arriba de la zona a puncionar y ejercer presión para dilatar vena.
- e) Realizar punción y extraer la sangre.
- f) Retirar presión del torniquete y retirar aguja, ejerciendo presión con torunda o toalla alcoholada en área puncionada, indicando no doblar el brazo, (una vez ejercida la presión con el torniquete no deberá exceder de 2 minutos hasta la toma de muestra).
- g) Homogenizar muestra realizando de 5 a 8 inversiones del tubo amarillo (no agitar la muestra para evitar hemólisis) y en caso de tubo rojo no es necesario homogenizar
- h) Retirar toalla alcoholada de la zona puncionada y colocar vendita adhesiva e indicar a la persona donante que siga haciendo presión por 5 minutos más.
- i) Rótula muestra(s) con etiquetas impresas de identificación de la persona donante y la leyenda "Segunda muestra" y la prueba que se realizará.

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**



**12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa**

Hoja: 283 de 350

**10.5 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE EGRESOS)**

E G R E S O S															
FECHA HORA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR (PRENOMINALE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIÓ LA SANGRE)	NOMBRE DE EXPEDIENTE	NOMBRE DE SANGRE O HEMOCOMPONENTE	LUGAR DONDE SE LLEVARÁ ACABO LA TRANSFUSIÓN	MOTIVO DEL DESTINO FINAL	TIPO DE SANGRE DEL RECEPTOR					NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN	MOLANES O PRODUCTOS QUÍMICOS INDICADOS	EVENTUACIONES	CONSIDERACIONES	
						A	B	O	RH	OTRO					
1-															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

*R*

*M*

*→*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas          donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 284 de 350

## 10.6 RESULTADOS DE SEROLOGÍA

**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**BANCO DE SANGRE**

Av. Calzada de Tlalpan # 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México

Nombre: \_\_\_\_\_ Donación: \_\_\_\_\_  
 Impresión: \_\_\_\_\_  
 Unidad: \_\_\_\_\_

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo de referencia	
			Hombres	Mujeres
<b>Biometría Hemática</b>				
Eritrocitos		x10 <sup>6</sup> /mL	4.5 - 6.5	4.0 - 5.5
Hemoglobina		g/dL	13.0 - 18.0	12.0 - 16.0
Hematocrito		%	40.0 - 54.0	38.0 - 47.0
Volúmen Corpuscular Medio		fL		
Hemoglobina Corpuscular media		pg		
Concentración Media Hemoglobina		%		
Amplitud Distribución Eritrocitaria		%		
Leucocitos		10 <sup>3</sup> /mL	4.0 - 11.0	4.0 - 11.0
Recuento de plaquetas		10 <sup>3</sup> /mL	150 - 400	150 - 400
<b>Grupo Sanguíneo</b>				
Grupo				
Rh				
<b>Serologías</b>				
Ac. Anti <i>Treponema pallidum</i>				
HBsAg (Hepatitis B)				
HCV (Hepatitis C)				
HIV (1/2)				
Ac. Anti <i>Trypanosoma cruzi</i>				
Rastreo de Anticuerpos Irregulares				

**ATENTAMENTE**

Jefe de Medicina Transfusional






 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 285 de 350

**10.7 FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y NOTA DE INTERCONSULTA. ANVERSO.**

**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**  
 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ HORA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ No. EXP.: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 PROFESIONAL DE LA SALUD  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**RECUERDE LLEVAR ESTE FORMATO AL REALIZAR LA INTERCONSULTA, YA QUE DEBE SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

**NOTA: DEBE PRESENTAR ESTE FORMATO EL DÍA DE SU CONSULTA PARA PODER BRINDARLE UNA MEJOR ATENCIÓN, YA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE.**

06-01-0041

R M

A

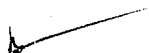


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>12. Procedimiento de seguimiento a personas donantes reactivas a serología infecciosa</b>	Hoja: 286 de 350



**10.7 FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y NOTA DE INTERCONSULTA. REVERSO.**

<b>NOTA DE INTERCONSULTA</b>	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
SERVICIO: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____ TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____	
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:	
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:	
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:	
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:	
PLAN DE ESTUDIO:	
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:	
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:	
PRONÓSTICO:	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 287 de 350

**13. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE OPERACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE SEROLOGÍA INFECCIOSA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 288 de 350

## 1. PROPÓSITO

Realizar pruebas específicas para el tamizaje de la sangre para la detección de enfermedades transmisibles por transfusión, y con ello disminuir al máximo el Riesgo Residual Transfusional para los marcadores serológicos requeridos por la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos"; con el objetivo de ofrecer a las personas beneficiarias, hemocomponentes seguros y por otro lado coadyuvar en el diagnóstico oportuno de las personas beneficiarias portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), Virus de la Hepatitis A (HAV), Virus de la Hepatitis B (HBs Ag, HBc), Virus de la Hepatitis C (HCV), Treponema pallidum (Sífilis), Tripanosoma (Chagas) y Brucella.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica al Servicio de Medicina Transfusional responsable de realizar el proceso de escrutinio serológico y baja de hemocomponentes reactivos a serología infecciosa, así como de validar las unidades de hemocomponentes NO reactivos que serán empleadas con fines terapéuticos.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 289 de 350

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 290 de 350

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de resguardar las muestras de personas donantes reactivas a alguno de los marcadores serológicos y proceder como lo señala la figura 1 de la NOM-253-SSA1-2012, numeral 9.4.5.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional responsable de realizar estudios a la sangre y muestras para escrutinio de panel viral de donador observando los siguientes criterios:
- 3.11.1. En caso de encontrarse muestras hemolizadas, no se continuará con el proceso de tamizaje, por el riesgo de un resultado falso negativo/positivo. Especificando la condición de la muestra en la solicitud de estudios serológicos.
- 3.11.2. En caso de no encontrarse anomalías en la calidad de la muestra, se realizará el tamizaje serológico acorde al presente procedimiento y se validarán los resultados de la serología de estas muestras.
- 3.11.3. Resguardar la muestra en caso de que el resultado haya sido reactivo, para proceso por duplicado.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional responsable de informar vía telefónica a la persona donante que es importante acudir por sus resultados y le sea proporcionada una información referente a los mismos.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional responsable de manejar la información de serología infecciosa con la mayor confidencialidad.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional responsable de resguardar las pruebas de Serología infecciosa en el refrigerador destinado para este fin por un mes. Posterior al tiempo de resguardo se desecharán de acuerdo a lo establecido en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológicoinfecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.

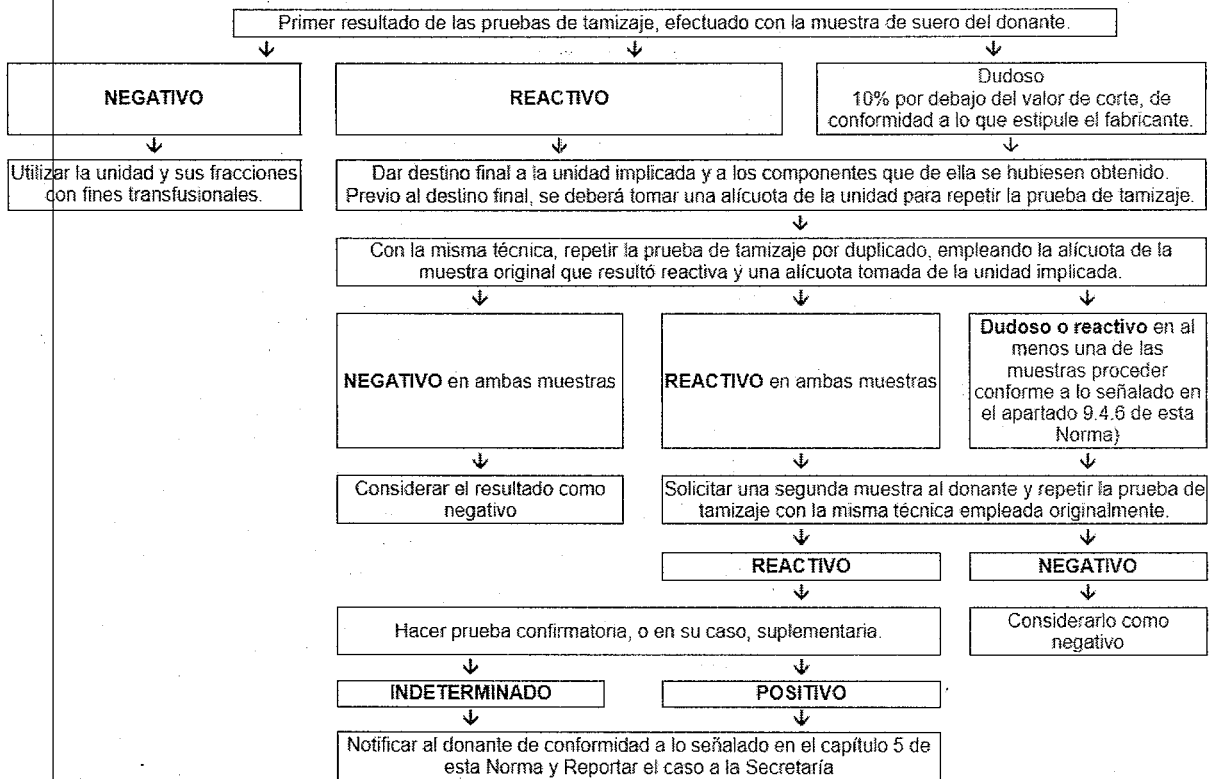










3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional deberá realizar el procesamiento de la prueba de segunda muestra de tamizaje de personas donantes "Reactivos" conforme al Diagrama de flujo de acuerdo a los resultados de las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

**Diagrama de flujo de acuerdo a los resultados de las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión**





3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional deberá realizar el mantenimiento diario, semanal, mensual y semestral, y registrarlo en la bitácora correspondiente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 292 de 350

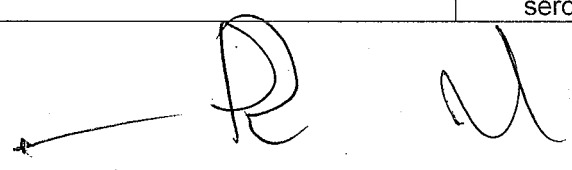
- 3.17. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional deberá correr controles del fabricante, control de 3ra opinión y controles débiles positivos antes de cada corrida, así como registrar los resultados en las bitácoras correspondientes.
- 3.18. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe verifica lote y fecha de caducidad del reactivo de cada marcador a utilizar, así como la temperatura de almacenamiento adecuada previo a su uso.
- 3.19. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe realizar las determinaciones de los marcadores infecciosos para Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), Virus de la Hepatitis A (HAV), Virus de la Hepatitis B (HBs Ag, HBc), Virus de la Hepatitis C (HCV), *Treponema pallidum* (Sífilis), *Tripanosoma cruzi* (Chagas).






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	

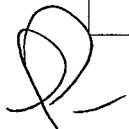
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Revisa que la etiqueta de las muestras de sangre, contengan número de folio, código de barras, nombre de la persona donante y verifica calidad de las muestras.	Etiqueta de muestras
	2	Valida los datos de las muestras con los registros del sistema informático.	
	3	Centrifuga muestras a 3500 rpm 5 minutos, para eliminar los restos de fibrina.	
	4	Realiza la prueba de Brucella.	
	5	Prepara el reactivo de acuerdo al número de muestras y acomoda controles internos y controles de tercera opinión.	
	6	Coloca puntas para el pipeteo de las muestras, así como soluciones de lavado.	
	7	Acomoda e ingresa muestras en gradilla del equipo automatizado y programa equipo automatizado de serología de acuerdo a manual de usuario para marcadores de agentes infecciosos transmisibles.	
	8	Monitorea el desarrollo de las pruebas en el equipo.	
	9	Verifica el término de la corrida y revisa que los criterios de validación emitidos por el equipo automatizado de serología sean los aceptados y no existan valores aberrantes.	
	10	Registra las densidades ópticas del punto de corte, controles positivos y negativos de tercera opinión de todos los marcadores procesados.	
	11	Disminuye el 20% del valor de densidad óptica del punto de corte (bioseguridad), en la lista de trabajo de serología para identificar unidades para ser dadas de baja.	
	12	Imprime listado de resultados de la corrida de serología, para su cotejo con las unidades procesadas.	Resultados de la corrida de serología



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	13	Identifica y separa las muestras y bolsas de unidades de hemocomponentes REACTIVAS de las NO REACTIVAS.  ¿La serología fue reactiva?	
	14	No: Valida y exporta los resultados emitidos por el equipo automatizado de serología, al Sistema Informático de administración. Continúa en actividad 16.	
	15	Sí: Toma alícuota de la unidad implicada. continua en actividad 19.	
	16	Realiza liberación de unidades no reactivas en el Sistema informático de administración, de acuerdo a manual de usuario.	
	17	Imprime etiquetas de Sangre segura de las unidades de hemocomponentes no reactivas, emitidas por el Sistema informático de administración. <b>Inicia PROCEDIMIENTO PARA EL FRACCIONAMIENTO, ALMACENAMIENTO, ETIQUETADO Y CONSERVACIÓN DE LA SANGRE Y HEMOCOMPONENTES</b>	Etiquetas de Sangre segura
	18	Sella resultados no reactivos en historia clínica de la persona donante y en el Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes y archiva.  <b>Termina procedimiento</b>	Historia clínica Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes
	19	Desecha unidad reactiva a serología infecciosa. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD.	
	20	Registra marcadores a los que fue reactiva la unidad en el Sistema informático de administración, libreta de serología infecciosa y en Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes.	Libreta de serología infecciosa Libro de Registro de Ingresos y egresos de







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**





**13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa**

Hoja: 295 de 350

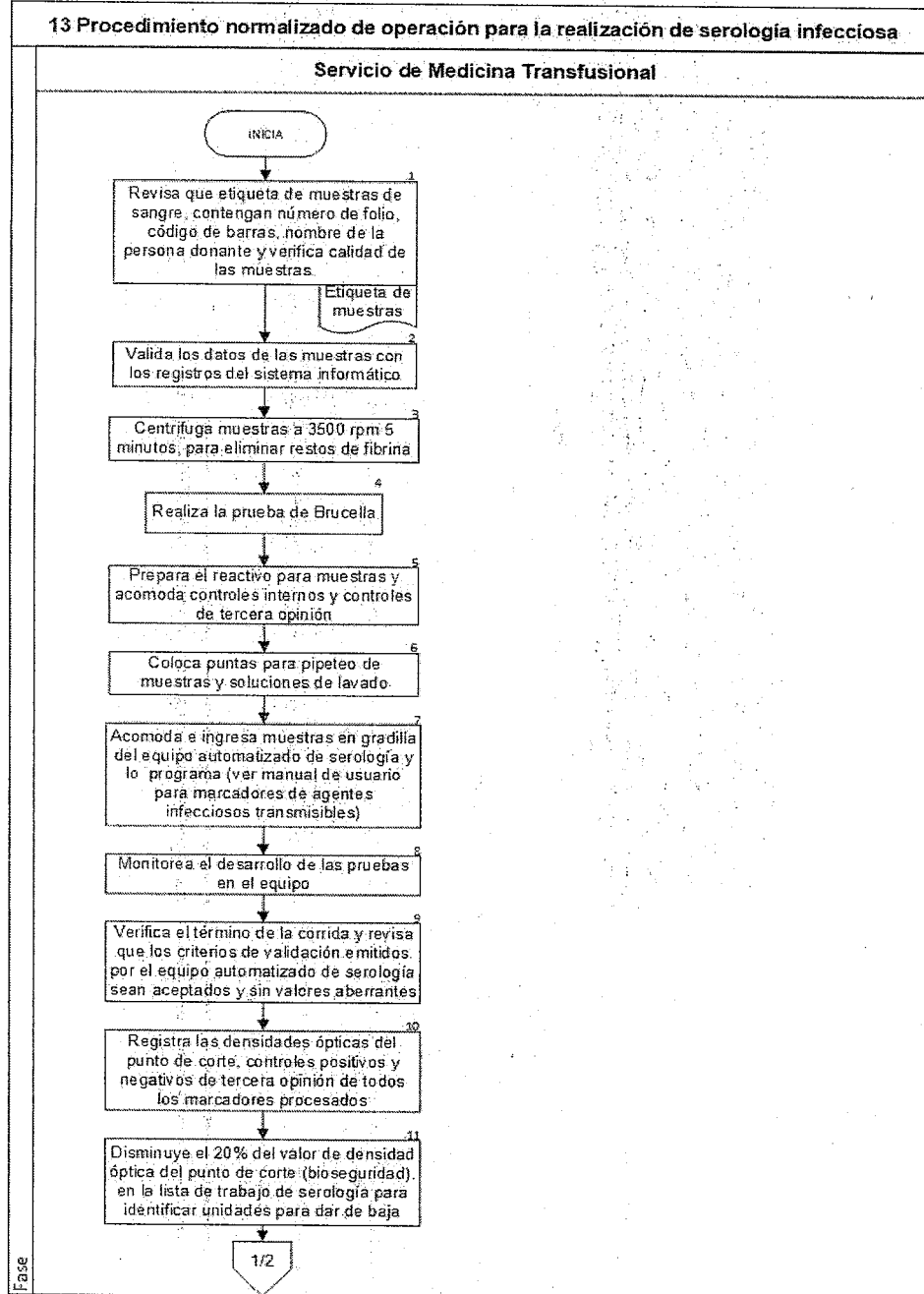
Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	21	Repite pruebas de tamizaje empleando la alícuota de la muestra original y de la alícuota tomada a la unidad implicada.	sangre y sus componentes
		¿la serología es reactiva en ambas muestras?	
	22	No: Considera el resultado como negativo. Pasa a la actividad 24.	
	23	Sí: Registra marcadores a los que fue reactiva la unidad en el Sistema informático de administración, libreta de serología infecciosa y en Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes e historia clínica. <b>Inicia PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS DONANTES REACTIVAS A SEROLOGÍA INFECCIOSA.</b> <b>Termina procedimiento</b>	Libreta de serología infecciosa Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes Historia clínica
24	Registra resultados en el Sistema informático de administración, libreta de serología infecciosa y en Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes, e historia clínica, y archiva. <b>Termina procedimiento</b>	Libreta de serología infecciosa Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes Historia clínica	

*R* *U*

*✓*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>		Hoja: 296 de 350

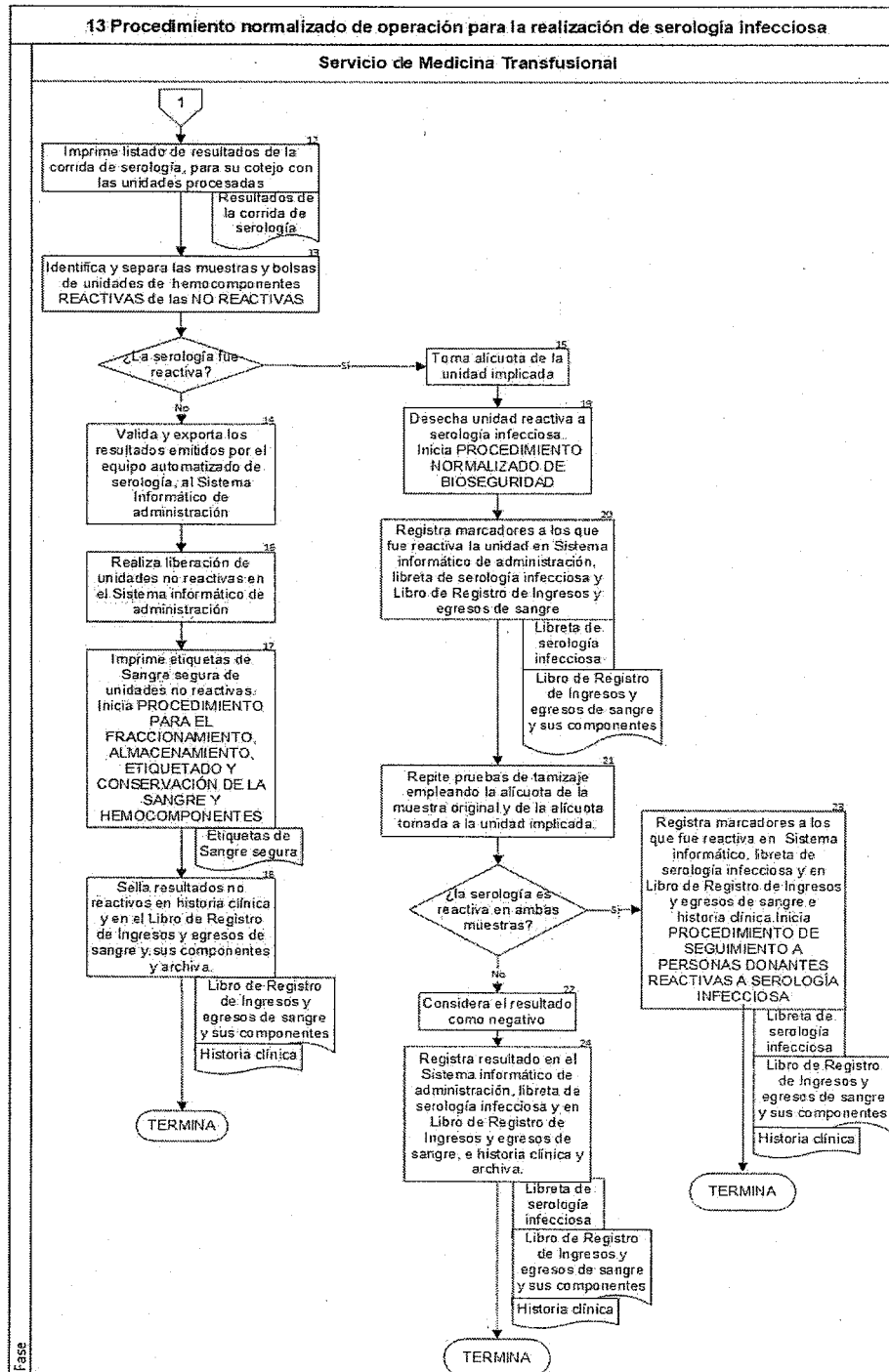
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





*R*

*S*

*↓*



*R* *u*



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para          la realización de serología infecciosa</b>	

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.5 Manual del usuario equipo automatizado de serología.	No aplica
6.6 Instructivo para la detección de anticuerpos anti-VIH1 y anti-VIH2 en suero/plasma mediante técnica inmunoenzimática.	No aplica
6.7 Instructivo para HCV Ag-Ac suero/plasma mediante técnica inmunoenzimática.	No aplica
6.8 Instructivo para la detección del Antígeno de superficie del virus de la hepatitis "B" en suero/plasma mediante técnica inmunoenzimática.	No aplica
6.9 Instructivo para el ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de anticuerpos contra el <i>Trypanosoma cruzi</i> .	No aplica
6.10 Instructivo para HVA IgM en suero/plasma mediante técnica inmunoenzimática.	No aplica
6.11 Instructivo para HBc en suero/plasma mediante técnica inmunoenzimática.	No aplica
6.12 Instructivo de Rosa de Bengala, antígeno brucelar Amortiguado para el diagnóstico de la Brucelosis.	No aplica
6.13 Instructivo para el ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de anticuerpos contra el <i>Treponema pallidum</i> .	No aplica
6.14 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica










 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para          la realización de serología infecciosa</b>	

## 7. REGISTROS

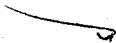
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Etiqueta de identificación de muestras.	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Carpeta de mantenimiento de equipo Architec i100	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Libreta de serología infecciosa	15 años	10 años en Servicio de Medicina Transfusional y 5 años en archivo muerto	No aplica
7.4 Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.5 Etiqueta para identificación de muestras y bolsas de sangre	No aplica	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.6 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.7 Historia clínica	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.8 Resultados de la corrida de serología.	15 años	10 años en Servicio de Medicina Transfusional y 5 años en archivo muerto	No aplica

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 300 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

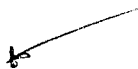
- 8.1. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento se homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.2. **Componentes de la sangre/Productos Sanguíneos/Hemocomponente(s):** Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos. Fracciones separadas de una unidad de sangre u obtenidas por aféresis.
- 8.3. **Historia clínica de la persona donante:** Documento legal confidencial de valor jurídico, que contiene datos referentes a una persona, su familia, su entorno social, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para diagnosticar y analizar su estado de salud.
- 8.4. **Persona beneficiaria:** La persona titular de derechos, personas en situación de cáncer (u otro padecimiento), personas que viven con VIH, etcétera.
- 8.5. **Personas beneficiarias vulnerables:** Son aquellas personas afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en personas frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y respeto de sus derechos.
- Se consideran vulnerables a: personas beneficiarias pediátricas, recién nacidas, adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, psiquiátricas, infecto-contagiosas, inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y personas beneficiarias incapacitadas por alcohol o drogas.
- 8.6. **Prueba de serología:** Estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre. Es una prueba fundamental a la hora de realizar donaciones de sangre y transfusiones.
- 8.7. **Prueba suplementaria:** Análisis de laboratorio adicional que apoya los resultados de las pruebas de tamizaje, más no los confirma.
- 8.8. **Resultados de serología no reactivos:** No reactivo significa negativo (que no está presente la enfermedad).
- 8.9. **Resultados de serología reactivos:** Reactivo significa positivo (que está presente la enfermedad).







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 301 de 350

- 8.10. **Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional:**  
Es el Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.

R M



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 302 de 350

### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Etiqueta de muestras
- 10.2. Resultados de la corrida de serología
- 10.3. Etiquetas de Sangre segura
- 10.4. Historia clínica
- 10.5. Libro de Registro de Ingresos y egresos de sangre y sus componentes
- 10.6. Libreta de serología infecciosa





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	

### 10.1. ETIQUETA DE MUESTRAS

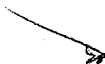



R M

## 10.2. RESULTADOS DE LA CORRIDA DE SEROLOGÍA







Informe de resultados		ID de usuario:						
Validado		N° de serie del sistema: 100						
G / P	Módulo	IDM	Nombre	Ensayo	Resultado	Alertas	Código	Fecha / Hora
R742/1	1			SyphilisTP				
R742/1	1			Anti-HCV				
R742/1	1			HBsAgQ2				
R742/1	1			Chagas				
R742/1	1			_HIV.Ag/Ab				






 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>13. Procedimiento normalizado de operación para la realización de serología infecciosa</b>	Hoja: 305 de 350

### 10.3. ETIQUETAS DE SANGRE SEGURA

SSA HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ Lic. Sanit: 0 CLZ TLALPAN No. 4800 ALC. TLALPAN CP. 14080 Tel. 40003000 EXT 1707		SANGRE SEGURA
	<b>SEROLOGIA VALIDADA:</b> Sífilis: HIV I-II: HBsAg: HCV-3: Chagas: Rastreo LA:	
Origen:	Hto: Hb: Don: Fenot: <b>NOMBRE DEL DISPONENTE</b>	
<b>CONCENTRADO ERITROCITARIO</b> Anticoag: ACD CON Vol: 200 ml ± 10 % Conservar a temp. de +2° a +6° C		
	Ext: Cad:	
Donación:		F-BS-008
CLZ TLALPAN No. 4800 ALC. TLALPAN CP. 14080 Tel. 40003000 EXT 1707		SANGRE SEGURA
	<b>SEROLOGIA VALIDADA:</b> Sífilis: HIV I-II: HBsAg: HCV-3: Chagas: Rastreo LA:	
Origen:	Hto: Hb: Don: Fenot:	
<b>PLASMA FRESCO</b> Anticoag: ACD CON Vol: 200 ml ± 10 % Conservar a temp. de -18° a -30° C		
		
Donación:		F-BS-009
CLZ TLALPAN No. 4800 ALC. TLALPAN CP. 14080 Tel. 40003000 EXT 1707		SANGRE SEGURA
	<b>SEROLOGIA VALIDADA:</b> Sífilis: HIV I-II: HBsAg: HCV-3: Chagas: Rastreo LA:	
Origen:	Hto: Hb: Don: Fenot:	
<b>CONCENTRADO PLAQUETARIO</b> Anticoag: ACD CON Vol: 50 ml ± 10 % Conservar a temp. Ambiente 22° C en agitación.		
		
Donación:		F-BS-010

R u

### 10.4. HISTORIA CLÍNICA (ANVERSO)



**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**HISTORIA CLINICA PARA SELECCIÓN DEL DISPONENTE BANCO DE SANGRE**

Nº DE PREDONANTE:	Nº DE UNIDAD:	FECHA Y HORA:
		USO TERAPEÚTICO:
		TIPO DE DONACIÓN:
		TIPO DE EXTRACCIÓN:

Nombre del Candidato a Donar:		Fecha de Nacimiento:	
Identificación:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:
Domicilio:	Occupación:	Escolaridad:	C.P.:
Tel.:	Col.0	Originario de:	Residencia:
Residencia últimos 5 años:		Parentesco:	

Pulso:	Peso:	Talla:	Temperatura:	Presión: Mínima:	Máxima:	F.R.:
Hematocrito:	Hemoglobina:	Leucocitos:	Plaquetas:	ABO y Rh:		

Nombre del Paciente:	
Procedencia:	
Última Donación:	

**EN EL ÚLTIMO MES**

SI DIARREICO

¿LO HAN VACUNADO CONTRA POLIO, RUBÉOLA, PAROTIDITIS, O TETANOS?

¿HA PRESENTADO AGUDICENSO O CON RECEÍDAS?

¿HA PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS DE COVID?

**INDICADORES GEOGRÁFICOS**

RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE LUGAR)

VIAJES RECIENTES A ZONAS ENDEMICAS

**I.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

LESIONES CON OBJETOS CONTAMINADOS CON SANGRE (DONANTE/PAREJA) ¿CUÁNDO?

CONTACTO SEXUAL CON FOLICULARES/UNIDADES (DONANTE/PAREJA)

EX DONANTE REMUNERADO (DONANTE/PAREJA)

RELACION SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON PERSONAS DE CONDICIÓN SEROLÓGICA DESCONOCIDA (VIR. VIH. VHC) ¿CUÁNDO?

ALCOHOLISMO CRÓNICO, CANTIDAD DIARIA

USO DE DRUGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁLES?

SITIO DE ÚLTIMA DONACIÓN

TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE ¿CUÁNDO?

USO DE DRUGAS INTRAVENOSAS ¿CUÁNDO?

CATERISMO/ENDOSCOPIO CON INSTRUMENTOS FLEXIBLES

CONTACTO ESTRECHO CON ENFERMOS DE HEPATITIS

**II.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUÁL?

VALERIA ¿CUÁNDO?

CARDIOPATÍAS (ESPECIFIQUE)

NEFROPATÍAS, ESPECIFIQUE

AFECIONES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS, ESPECIFIQUE

QUIRURÍA MENOR RECIENTE, ¿CUÁL?

FIEBRE O AGUDA, ¿CUÁNDO?

VIRUS DEL OESTE DEL NILO, ¿CUÁNDO?

ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ESPECIFIQUE

ENFERMEDADES RENALES, ESPECIFIQUE

TUBERCULOSIS, ¿CUÁNDO?

BRUCELOSIS, ¿CUÁNDO?

TRASTORNOS HEMORRÁGICOS, ESPECIFIQUE

OTROS, ESPECIFIQUE

HEPATITIS, ¿CUÁNDO?

QUIRURÍA MENOR RECIENTE ¿CUÁNDO?

OTROS, ¿CUÁNDO?

ICTERICIA / ADOLEA / COLELITIA

HIPOTENSIÓN O HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCONTROLADA

**IV.- EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

ADENOMEGLIA

HERPES MUCOCUTÁNEO QUE TARDE EN SANAR MÁS DE 10 DÍAS

DIARREIAS

TOS

PERDIDA DE PESO MAYOR AL 10%

**VI.- EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS**

FIEBRE / CALOS FRÍOS

AYUNO DE MÁS DE 12 HORAS

**VII.- FARMACOS E INMUNIZACIONES**

ISOTRETINOINA / TETRACICLINA

¿HA PRESENTADO INFECCIÓN RESPIRATORIA, DIGESTIVA O URINARIA?

¿HA PRESENTADO HERPES MUCOCUTÁNEO POR MÁS DE UN MES?

¿EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS A TENIDO PRUEBAS POSITIVAS PARA COVID?

RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (ESPECIFIQUE FECHA)

ORIGINARIO DE:

INTERNAMIENTO EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES (DONANTE/PAREJA)

TRANSFUSIONES PREVIAS (DONANTE/PAREJA)

TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA (ESPECIFIQUE)

ALERGIAS

TRATAMIENTO DENTAL RECIENTE, ¿CUÁLES?

TATUAJES/PERFORACIONES/ACUPUNTURA ¿CUÁNDO?

ALCOHOLISMO CRÓNICO, FECHA DE ÚLTIMA INGESTA

USO DE DRUGAS INTRAVENOSAS, FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO

REACCIONES POST-DONACIÓN

PRACTICA SEXO SEGURO O PROTEGIDO (USO DEL CONDÓN)

TRASPANTE (DONANTE / PAREJA) ¿CUÁL?

HA TENIDO ALGUNA SEROLOGÍA POSITIVA, ¿CUÁL?

HEPATITIS, ¿CUÁL?

HEMOFATIAS, ESPECIFIQUE

QUIRURÍA MAYOR RECIENTE, ¿CUÁL?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS, ¿CUÁNDO?

FIEBRE RELÁMPICA, ¿CUÁNDO?

ANEMIA, ¿CAUSA?

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, ESPECIFIQUE

MONONUCLEOSIS, ¿CUÁNDO?

EPILEPSIA / CONVULSIONES, FECHA DE ÚLTIMA

TRONBOSIS RECURRENTE, ESPECIFIQUE

OSTEOARTRITIS, ¿CUÁNDO?

TUBERCULOSIS, FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

QUIRURÍA MAYOR RECIENTE, ¿CUÁNDO?

ANEMIA, ¿CUÁNDO?

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ¿CUÁNDO?

DIABETES MELLITUS (DEPENDIENTE DE INSULINA)

TRASTORNOS MENTALES/SINCRONE GUBERNAL

ODONTOLOGÍA

DIARREA CRÓNICA

FIEBRE CONSTANTE POR MÁS DE 10 DÍAS

ASTENIA / ADINAMIA

EJERCICIO INTENSO







### 10.4. HISTORIA CLÍNICA (REVERSO)

<p><b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS ¿CUÁLES?</b>  <b>TOMA DE MEDICAMENTO ACTUAL O EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS ¿CÓMO?</b></p> <p><b>VIII-EXPLORACIÓN FÍSICA</b>  <b>CARIES DENTAL O H.D.M.</b>  <b>TALLA:</b>  <b>ADENOMEGALIA:</b>  <b>PESO:</b>  <b>TENSIÓN ARTERIAL:</b>  <b>ARRITMIAS:</b>  <b>ESPLENOMEGALIA:</b>  <b>ESTADO MENTAL:</b>  <b>SÍNTOMAS / SIGNOS DE INFECCIÓN:</b></p>	<p><b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUAL?</b>  <b>APLICACIÓN DE ALGUNA VACUNA ¿CUANDO?</b></p> <p><b>FARINGE:</b>  <b>ICTERICIA:</b>  <b>HEPATOMEGALIA:</b>  <b>TEMPERATURA:</b>  <b>PIEL Y MUCOSAS:</b>  <b>FRECUENCIA CARDÍACA:</b>  <b>ESTADO DE LAS VENAS:</b>  <b>OTROS:</b></p>
---	--

*Acepto donar sangre voluntariamente después de haber recibido información respecto al procedimiento sin presión alguna, consciente de los riesgos y beneficios; y declaro que las respuestas por mí dadas a las preguntas que me fueron hechas son reales y verdaderas, y que no incierto en ninguna falsedad, por lo que me responsabilizo de las consecuencias en caso de haber dado falsos datos. Autorizo al personal de este banco de sangre del Hospital General "Dr. Manuel Gónzalez" a que verifique ante las instancias necesarias que la información que proporcione es real.*

Firma del Candidato a Donar \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_  
 Firma, Matrícula y/o Cédula Profesional \_\_\_\_\_  
 Apto Físico del Candidato a Donar

**DIAGNOSTICO:** APTO  NO APTO   
**\* RESULTADOS HEMATOLOGÍA:** [HB = ] [HTO = ] [LEUCOCITOS = ] [PLAQ. = ]  
**\* PRUEBAS DE SEROLOGÍA:**  
 Sífilis  
 HIV I-II  
 HBsAg  
 HCV-3  
 Chagas  
 Rastreo I.A

Hora de Inicio de Flebotomía: \_\_\_\_\_ Tiempo de Flebotomía: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Técnico que realizó la Flebotomía: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Extracción de Sangre: \_\_\_\_\_ Volumen Extraído: \_\_\_\_\_ Peso de la Bolsa: \_\_\_\_\_

EVENTOS O RELACIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN	SI	NO	MARCAJO
1. Alteración del diagnóstico			
2. Reacciones vasculares			
3. Síntomas			
4. Náusea			
5. Vómito			
6. Erupciones			
7. Hematoma en el sitio de punción			
8. Sangrado tardío			
9. Punción accidental de una arteria			
10. Flebitis			
11. Embolismo/trombosis			
12. Celulitis			
13. Irritación del nervio			
14. Lesión directa del nervio			
15. Lesión del tendón			
16. Dolor del brazo			
17. En ausencia de síntomas de intoxicación por citrato			
18. Otros eventos adversos a la donación			
19. En su caso descripción de las secuelas a consecuencia de la donación			
20. ¿Elegió donador automatización del servicio?			

R M





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**



**13. Procedimiento normalizado de operación para  
la realización de serología infecciosa**

Hoja: 309 de 350

**10.5. LIBRO DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y SUS COMPONENTES (APARTADO DE EGRESOS)**

E G R E S O S															
FECHA Y HORA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE Y DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIO LA UNIDAD	NUM. DE EXPEDIENTE	NUM. DE CAMPO HABITACION	CANTIDAD DONDE SE LLEVARA A CABO LA TRANSFUSION	MOTIVO DEL DESTINO FINAL	CANTIDAD DE COMPONENTES					NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE INDICA LA TRANSFUSION	VOLVIO A SERVICIO PACIENTE IDENTIFICAR	ESPECIALIDAD	CONSERVACIONES	
						K	M	Q	O	PLASMA					
1-															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															


*R*

*M*





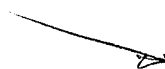


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 312 de 350

**14. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES DEL  
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 313 de 350

## 1. PROPÓSITO

Establecer y dar la guía con los parámetros estándar que deben aplicarse de manera general y directa para la solicitud de unidades de sangre y sus componentes al Servicio de Medicina Transfusional, autorizados en el área de Hospitalización; y con esto cumplir con lo establecido en este procedimiento y la NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica al Servicio de Medicina Transfusional encargado de suministrar sangre y hemocomponentes para uso terapéutico en los servicios médicos requerentes, a las Subdirecciones Médicas responsables de la valoración de las personas beneficiarias que solicitan componentes sanguíneos para las personas beneficiarias del hospital.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento es aplicable a las personas beneficiarias hospitalizadas que requieren de componentes con fines terapéuticos.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.
- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia,

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

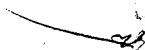
*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 314 de 350

documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
  - 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX).
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas son responsables del llenado adecuado y completo de la solicitud de componentes sanguíneos, sin dejar campos vacíos, para ser tomada en cuenta, así como que la muestra se haya tomado en el tubo correcto y estén con los datos









 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 315 de 350

completos de la persona beneficiaria y con firma de autorización del personal médico adscrito. La solicitud debe ser en original y copia.

- 3.11. Las Subdirecciones Médicas son responsables de recibir los componentes sanguíneos, firmando el registro en el expediente clínico de la persona beneficiaria, en la solicitud de sangre.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas a través de las Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar por lo menos con 7 días de anticipación cualquier hemoderivado en sus cirugías programadas, por lo que este procedimiento no aplica en personas beneficiarias programadas.
- 3.13. La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de informar a las personas beneficiarias y familiares que deben acudir por información de donación de sangre al Servicio de Medicina Transfusional al ingreso de la persona beneficiaria.
- 3.14. Las Subdirecciones Médicas son responsables del monitoreo de los signos vitales de la persona receptora durante el proceso de transfusión y registrarlos en el marbete de la unidad.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de mantener un registro de los componentes sanguíneos entregados a las áreas médicas requerentes.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Área Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Identifica la necesidad de transfundir un hemoderivado a alguna persona beneficiaria hospitalizada.	
	2	Realiza solicitud de componentes sanguíneos en original y copia, y toma muestra piloto.	Solicitud de componentes sanguíneos
	3	Envía solicitud y muestra piloto.	Solicitud de componentes sanguíneos
Servicio de Medicina Transfusional	4	Recibe solicitud de componentes sanguíneos con muestra	Solicitud de componentes sanguíneos
	5	Verifica que la solicitud esté requisitada correctamente. ¿La solicitud es correcta?	
	6	No: Devuelve al personal médico para su corrección <b>Regresa a actividad 2.</b>	
	7	Sí: Valida la solicitud.	
	8	Revisa que la muestra para grupo sanguíneo y RH no contenga coágulos. ¿La muestra es correcta?	
	9	No: Solicita nueva muestra al personal médico solicitante. <b>Regresa a actividad 2.</b>	
	10	Sí: Valida muestra, retiene solicitud original y entrega copia al servicio requirente.	Solicitud de componentes sanguíneos
	11	Registra en la bitácora de muestras. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PRE-TRANSFUSIONALES.	
	12	Mantiene en reserva el hemocomponente para cuando el servicio requirente acuda a solicitarlo.	
	13	Notifica vía telefónica al servicio médico requirente que se encuentra lista su solicitud.	




 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 317 de 350

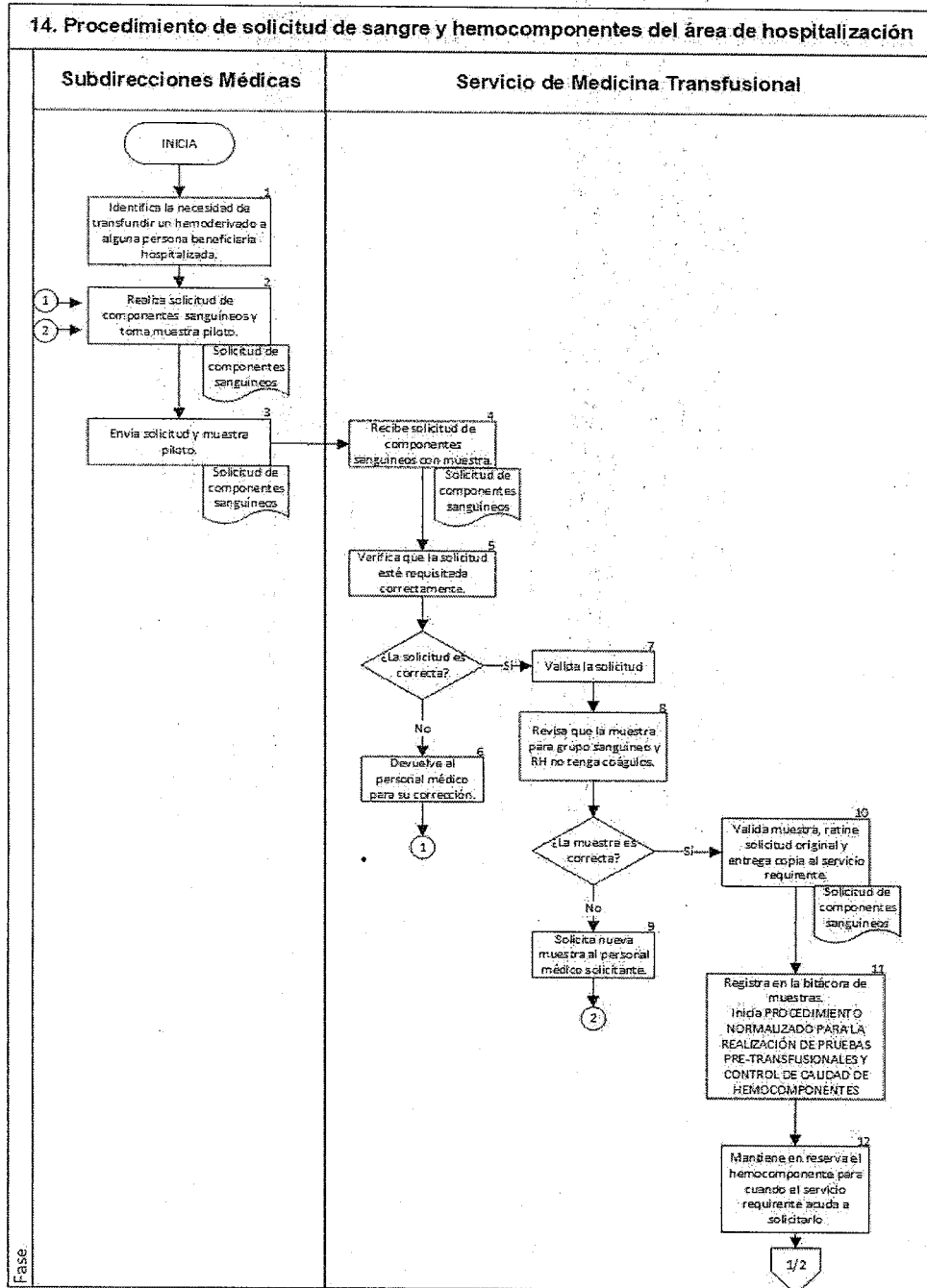

Área Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirecciones Médicas	14	Recibe notificación.	
	15	Acude al Servicio de Medicina Transfusional para solicitar la entrega del componente sanguíneo.	Solicitud de componentes sanguíneos
Servicio de Medicina Transfusional	16	Valida los datos de los formatos de solicitud (original y copia).	Solicitud de componentes sanguíneos
	17	Da de baja en el libro de Ingresos/Egresos y en el sistema informático del Servicio de Medicina Transfusional	
	18	Entrega el componente sanguíneo con marbete de transfusión y copia de solicitud de componentes sanguíneos.	Marbete de transfusión Solicitud de componentes sanguíneos
	19	Archiva original de la solicitud de componentes sanguíneos surtida.	Solicitud de componentes sanguíneos
<b>Termina el procedimiento</b>			

R

u



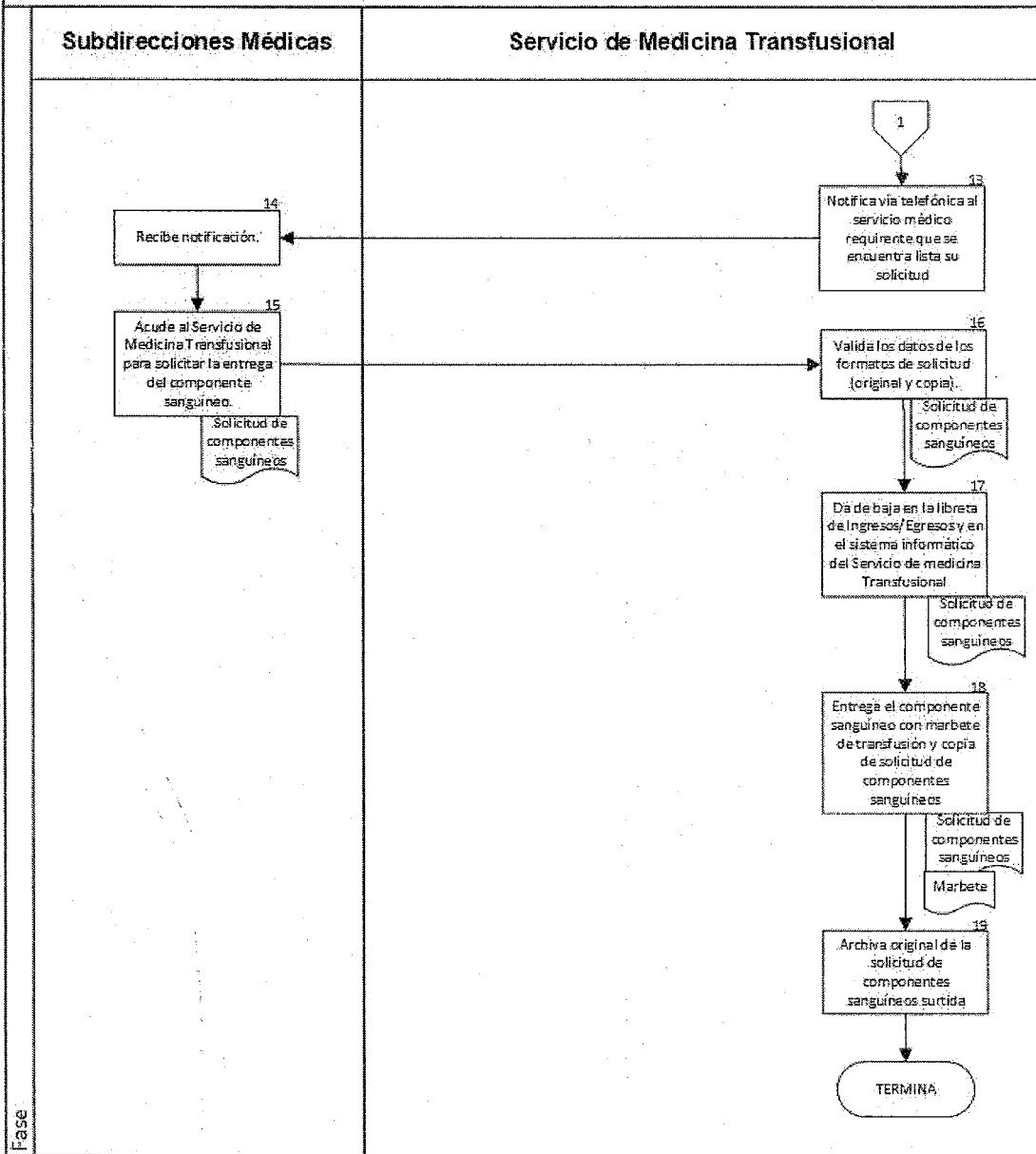
**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





**14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización**



*[Handwritten signatures and an arrow pointing to the left]*


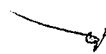
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 320 de 350

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Norma Oficial Mexicana, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. México, 2012.	NOM-253-SSA1-2012
6.2 Manual Técnico de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) 1999 13ª Edición.	No aplica
6.3 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de componentes sanguíneos	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Libreta de ingreso/egresos del servicio	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Sistema Informático del Servicio de Medicina Transfusional	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	Hoja: 321 de 350
<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>		

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento sea homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.2. **Componentes de la sangre/Productos Sanguíneos/Hemocomponentes:** Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos. Fracciones separadas de una unidad de sangre u obtenidas por aféresis.
- 8.3. **Marbete:** información contenida en una etiqueta que acompaña a una unidad de sangre o de algún componente sanguíneo, pero que no va adherida a la unidad.
- 8.4. **Muestra:** alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.
- 8.5. **Personas beneficiarias vulnerables:** Son aquellas personas beneficiarias afectadas por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, implicando una dificultad para el acceso a la atención sanitaria. Convirtiéndose en personas beneficiarias frágiles que requieren una atención integral por el equipo de salud, en quienes se deben detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: personas pediátricas, personas recién nacidas, personas adultas mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, personas psiquiátricas, personas con padecimientos infecto-contagiosos, personas inmunodeprimidas, en coma, en estado terminal, inconscientes y personas incapacitadas por alcohol o drogas.
- 8.6. **Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional:** Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.

R A

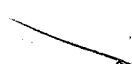
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	

### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Creación.

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO


- 10.1. Solicitud de componentes sanguíneos a Medicina Transfusional
- 10.2. Bitácora de muestras.
- 10.3. Libro de ingresos y egresos de sangre y hemocomponentes.
- 10.4. Marbete de transfusión




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización</b>	Hoja: 323 de 350

## 10.1 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
 CALZADA DE LA AMANAYAS 4800 COL. SECCION 00A TEL. 40-00-30-00 EXT. 3271  
 SOLICITUD DE COMPONENTE SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Extensión: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD  
 \_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de la Cirugía \_\_\_\_\_ Motivo de la transfusión \_\_\_\_\_

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_

Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_

Resección Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_

Medicamentos que se le están administrando al paciente \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos: Gesta \_\_\_\_\_ Paza \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat.-Fetal \_\_\_\_\_

Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TF \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_  
 Fibrinogeno \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante \_\_\_\_\_

Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24hrs. antes.

Nombre completo, Cédula Prof. y firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lic. Sanitaria 101400673






### 10.3 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE INGRESOS)

I N G R E S O S																														
CÓDIGO DE INSTITUCIÓN	CÓDIGO DE CENTRO	NOMBRE DEL DONANTE	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE DONACIÓN	TIPO DE DONACIÓN	MOTIVO DE DONACIÓN	MATERIAL DONADO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	MATERIAL RECIBIDO	MATERIAL REQUERIDO	
																														TIPO DE COMPONENTE
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
21																														

*R*

*M*

*✓*

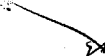
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	14. Procedimiento de solicitud de sangre y hemocomponentes del área de hospitalización

### 10.3 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES (APARTADO DE EGRESOS)

E G R E S O S															
FECHA Y HORA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR (PRENOMINOS, ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIÓ/ENVÍO)	EDAD DE EXPERIMENT	EDAD DE CRÍA O HOSPITALIZACIÓN	DIRECCIÓN DE SELECCIÓN ACABO LA TRANSFUSIÓN	MOTIVO DEL SISTEMA FRENTE	GRUPO SANGUÍNEO DEL RECEPTOR					NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO (SI SE INDICA LA TRANSFUSIÓN)	VOLUMEN EGRESADO (LABORES FRONTALES)	EVENTUALIDAD	CONSERVACIONES	
						K	R	Z	O	PRIMERO PRINCIPAL					
1-															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

*Handwritten mark resembling a stylized 'R' or '2'.*

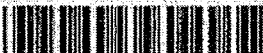

*Handwritten mark resembling a stylized 'M' or '3'.*



### 10.4 MARBETE DE TRANSFUSIÓN

**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
 Dir. CLZ. TLALPAN No. 4800, CP. 14080, CDMX, ALC. TLALPAN, Tel. 40003000 EXT 1707

**ATENCIÓN ANTES DE TRANSFUNDIR**  
**VERIFIQUE DATOS DEL PACIENTE Y DEL PRODUCTO**

Cod. Paciente:   
 Unidad compatible con: \_\_\_\_\_  
 Paciente: **NOMBRE DEL RECEPTOR O PACIENTE**  
 FecNac: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cama: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 N° Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh Paciente: \_\_\_\_\_  
 Producto: CE  
 Unidad:   
 Unidad: \_\_\_\_\_

**COMPATIBLE**

Grupo y Rh Unidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha Compatibilidad: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de inicio transfusión: \_\_\_\_\_

\* EN CASO DE REACCIÓN REGRESAR AL BANCO DE SANGRE LA UNIDAD JUNTO CON LA HOJA DE REACCIÓN POST-TRANSFUSIONAL.

**COMPLEMENTO**  
**BANCO DE SANGRE HG DR. MANUEL GEA GONZALEZ**  
**GLOBULOS**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Unidad: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh Paciente: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora de inicio: \_\_\_\_\_ ( )  
 Fecha y Hora de término: \_\_\_\_\_  
 Volumen Transfundido: \_\_\_\_\_ ml.



T.A:	INICIO	DURANTE	TÉRMINO
PULSO:	_____	_____	_____
TEMP:	_____	_____	_____
EDO, PAC:	_____	_____	_____

Reacciones Adversas: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_  
 MANEJO \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE APLICÓ**

Instrucciones de reporte reacción transfusional:  
 - Suspender la transfusión e informar a médico tratante y personal del banco.  
 - Tomar muestra al paciente con tubo EDTA (tapa lila) y sin anticoagulante (tapa roja).  
 - Regresar al banco de sangre; este registro con los datos solicitados, las muestras, la bolsa del componente y equipo.  
 - Solicitar el formato de Reacción Transfusional al banco de sangre, para su llenado por el médico responsable.

R M

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 328 de 350

**15. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE CONTROL  
DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES**

R

✓

21

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 329 de 350

## 1. PROPÓSITO

Implementar y aplicar las técnicas necesarias para realizar el control de calidad a la sangre y hemocomponentes, en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos"; con la finalidad de proporcionar hemocomponentes con los estándares de calidad máximos para ser utilizados por las personas receptoras del Hospital y proporcionarles los efectos terapéuticos esperados

## 2. ALCANCE



- 2.1. A nivel interno aplica al Servicio de Medicina Transfusional, encargado de realizar pruebas de control de calidad a los hemocomponentes mediante prácticas seguras y estandarizadas durante la obtención y conservación de las mismas.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

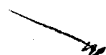
- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las personas servidoras públicas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de conducirse con apego a los Derechos Humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismo.
- 3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar a la persona beneficiaria, orientarla y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo, preferencia sexual e idioma.
- 3.3. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de la Administración Pública Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Ética y Código de Conducta del Hospital Doctor Manuel Gea González, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública. Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>

- 3.4. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de observar los sistemas de información establecidos, contar con los soportes y archivos correspondientes a su ámbito de competencia, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades que desarrolla.
- 3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines terapéuticos".
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de llevar a cabo los lineamientos generales de Buenas Prácticas de Documentación:
- 3.9.1. Escritura legible.
  - 3.9.2. Tinta azul o negra indeleble.
  - 3.9.3. No utilizar corrector.
  - 3.9.4. Formato de fecha dd-mm-aaaa.
  - 3.9.5. Formato de nombre: Primer nombre + Apellido paterno.
  - 3.9.6. Para el caso de formatos con celdas pequeñas se pondrán 2 iniciales.
  - 3.9.7. Firma o rúbrica (si aplica).
  - 3.9.8. No se debe remarcar ni alterar los datos registrados en los documentos.
  - 3.9.9. Cancelar espacios (área) en blanco, con la finalidad de que no se sobrescriba sobre lo ya redactado o registrado.
  - 3.9.10. Cuando se cometen errores en la documentación corregirlo de la siguiente manera:
    - 3.9.10.1. Trazar una línea sobre el error, que permita ver la información.
    - 3.9.10.2. Escribe la información correcta en el espacio en blanco más cercano al error, o en su caso poner conector con numeración consecutiva (①) sobre el error y otro conector con el mismo número en un espacio en blanco, escribir información correcta, nombre y fecha en que se está corrigiendo, firma o rúbrica. (*Método de testado, Artículo 56, Fr.3° del Código de Procedimientos Civiles CD.MX*).






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 331 de 350

- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional debe utilizar material limpio y sin contaminantes en pruebas de control de calidad de hemocomponentes.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de verificar que las etiquetas de las unidades de hemocomponentes sean legibles y se encuentren en el sitio correcto de ubicación.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable mantener actualizado el libro de registro de ingresos y egresos de sangre y sus hemocomponentes.
- 3.13. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar conteo físico de las unidades de sangre y hemocomponentes por turno, y registrar cada mañana su existencia.
- 3.14. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de determinar el número de unidades a las que realizará control de calidad y su periodicidad de acuerdo a lo establecido en Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.
- 3.15. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional en caso de observarse cualquier desviación en los resultados de control de calidad deberá aumentar el tamaño de la muestra y revisar los procedimientos de extracción y procesamiento.
- 3.16. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Servicio de Medicina Transfusional deberá dar destino final a las unidades de sangre y componentes sanguíneos en los casos en que las unidades hayan llegado a su límite de vigencia, asimismo, cuando su sistema haya sido abierto en condiciones inciertas de esterilidad.






 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización          de control de calidad de hemocomponentes</b>	

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio de Medicina Transfusional	1	Determina las unidades para muestreo de control de calidad de hemocomponentes.	
	2	Genera etiquetas en sistema informático de las unidades a estudiar y etiqueta los tubos de muestra.	Etiqueta de muestra
	3	Corroborar datos de la unidad seleccionada con los del tubo de muestra y toma alícuota.	
	4	Verifica con un aplicador de madera que la muestra no contenga coágulos y que cumpla con la cantidad requerida.  ¿Cumple con la cantidad y calidad?	
	5	No: Toma una nueva alícuota de la unidad a estudiar. Regresa a la actividad 3.	
	6	Sí: Realiza pruebas control de calidad correspondientes a la variante del hemocomponente, ver anexo.	
	7	Reporta los resultados en el formato de control de calidad de hemocomponentes.  ¿Cumple con criterios de calidad?	Formato de control de calidad de hemocomponentes
	8	No: Da destino final a la unidad implicada. Inicia PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE BIOSEGURIDAD. Pasa a actividad 10.	
	9	Sí: Imprime formato de control de calidad de hemocomponentes y archiva. <b>Termina procedimiento.</b>	Formato de control de calidad de hemocomponentes
	10	Registra desecho de la unidad en Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes.	Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes
	11	Realiza nueva determinación del número de muestras en función al análisis de resultados.	



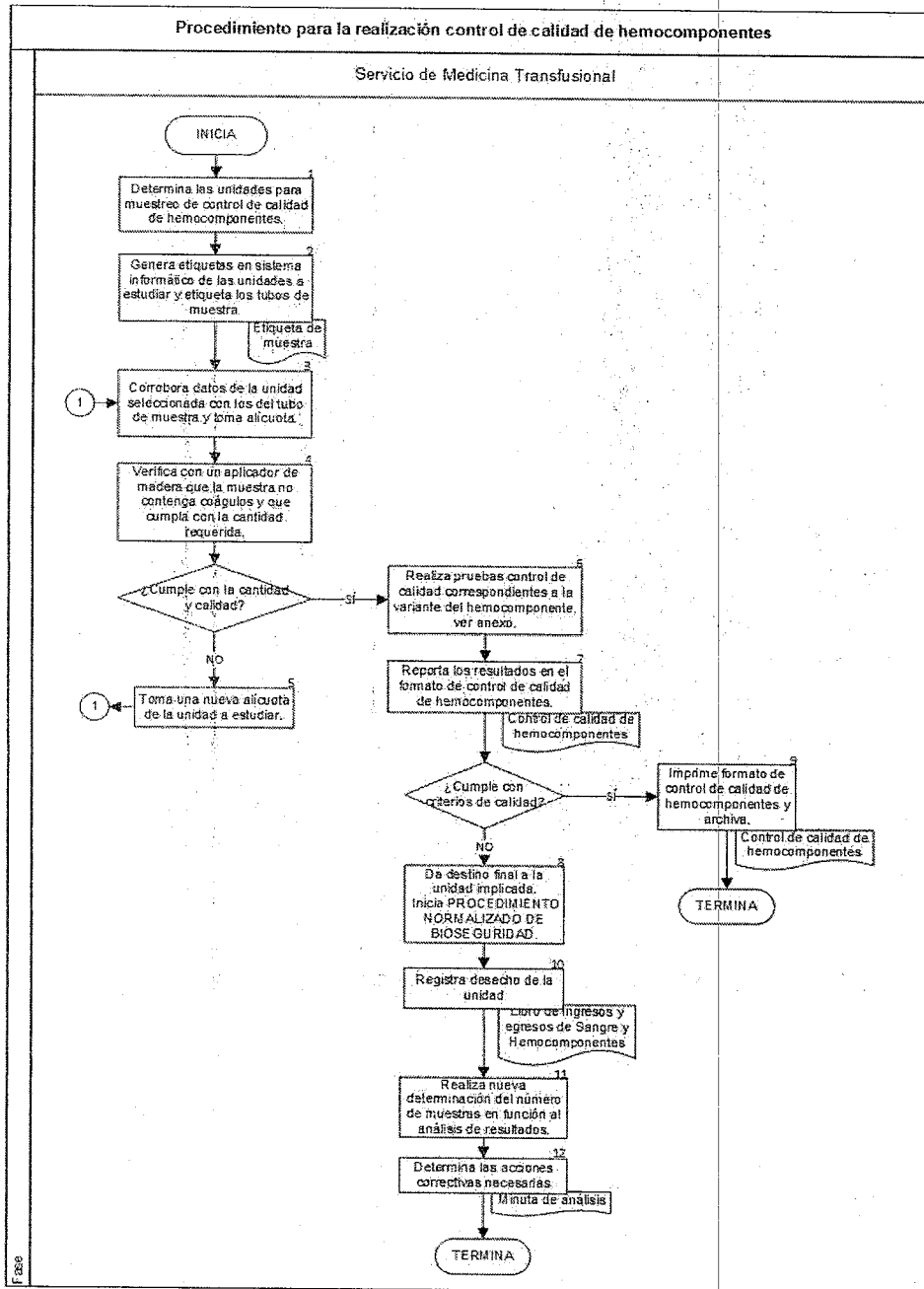


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 333 de 350

Área Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	12	Determina las acciones correctivas necesarias.  <b>Termina procedimiento.</b>	Minuta de análisis

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



DR

ca

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 335 de 350


## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley General de Salud.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos."	NOM-253-SSA1-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
6.4 Criterios específicos y recomendaciones en materia de organización y conservación de archivos.	No aplica
6.5 Manual del Usuario de sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	No aplica
6.6 Guía Técnica para la Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Formato de control de calidad de hemocomponentes	3 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.2 Sistema informático de administración del Servicio de Medicina Transfusional.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.3 Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica
7.4 Minuta de análisis	3 años	Servicio de Medicina Transfusional	No aplica




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 336 de 350

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Alicutoa:** es una parte que se toma de un volumen o de una masa iniciales, para ser usada en una prueba de laboratorio, cuyas propiedades físicas y químicas, así como su composición, representan las de la sustancia original.
- 8.2. **Buenas Prácticas de Documentación:** Conjunto de reglas destinadas a garantizar que la información vertida en un documento se homogénea, veraz y de utilidad, para su consulta y/o trazabilidad.
- 8.3. **Componentes de la sangre/Productos Sanguíneos/Hemocomponente(s):** Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos. Fracciones separadas de una unidad de sangre u obtenidas por aféresis.
- 8.4. **Concentrado eritrocitario:** Fracción que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultante de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.
- 8.5. **Control de calidad:**
- 8.6. **Minuta de análisis:**
- 8.7. **Muestra:** Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación
- 8.8. **Plasma fresco congelado:** El que se congela en el lapso de las primeras seis horas, después de la recolección y así se conserva.
- 8.9. **Sistema informático de administración:** Sistema informático donde se almacena y administra información de personas donantes, personas beneficiarias y hemocomponentes.




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 337 de 350

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	Nueva Creación.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Etiqueta de muestra
- 10.2. Formato de control de calidad de hemocomponentes
- 10.3. Libro de ingresos y egresos de Sangre y Hemocomponentes
- 10.4. Minuta de análisis
- 10.5. Anexo de Control de calidad de sangre y componentes sanguíneos





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>

### 10.1 ETIQUETA DE MUESTRA

Nombre:

F. Nac:



**BIOMETRÍA & TIPIF. ABO-RH**

Fecha y hora:







**10.2 FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES**

Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Banco de Sangre

**CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES**

No de Unidad:

Fecha elaboración:

Elaboro:

Responsable:

Registro de Datos

SANGRE DONADOR		
Leucocitos		$\times 10^3/uL$
Plaquetas		$\times 10^3/uL$
SANGRE TOTAL		
Peso de ST		g
Leucocitos		$\times 10^3/uL$
Plaquetas		$\times 10^3/uL$
Peso Bolsa ST vacía		g
Tiempo		min

CONCENTRADO ERITROCITARIO		
Peso de CE		g
Hematocrito		%
Hemoglobina		g/dL
Leucocitos		$\times 10^3/uL$
Peso Bolsa CE vacía		g

PLASMA		
Peso		g
Eritrocitos		$\times 10^6/uL$
Leucocitos		$\times 10^3/uL$
Plaquetas		$\times 10^3/uL$
Proteínas		g/dL

CONCENTRADO PLAQUETARIO		
Peso		g
Plaquetas		$\times 10^3/uL$
Leucocitos		$\times 10^3/uL$
Peso Bolsa CP vacía		g

No de lote:

Caducidad:

Bolsa cuádruple top and bottom CPD/OPTISOL

TERUMO PB-4PO456Z0Y

Valoración con base a NOM 253-SSA1 2013

Parámetros	Resultado	Especificación
Volumen		mL 405-495 mL
Tiempo		min 08-12 minutos

CONCENTRADO ERITROCITARIO		
Parámetros	Resultado	Especificación
Volumen		mL 250-350mL
Hematocrito		% 50-70%
Hemoglobina		g $\geq 43g/U$
Leucocitos		WBC/U $< 1.2 \times 10^9/U$
Hemolisis		% $< 0.8\%$ masa RBC
Cultivo		Sin desarrollo

PLASMA		
Parámetros	Resultado	Especificación
Integridad		Sin fugas
Coloración		Normal
Vol. Obt plt		mL $\geq 140mL$
Vol. sin Obt plt		mL $\geq 200 mL$
Proteínas T		g/L $> 50g/L$
Eritrocitos		RBC/L $< 6.0 \times 10^9/L$
Leucocitos		WBC/L $< 0.1 \times 10^9/L$
Plaquetas		PLT/L $< 50 \times 10^9/L$

CONCENTRADO PLAQUETARIO		
Parámetros	Resultado	Especificación
Inspección		Sin agregados
Volumen		mL $> 40mL$
Plaquetas		PLT/U $> 6.0 \times 10^{10}/U$
Leucocitos		WBC/U $< 0.05 \times 10^9/U$
Cultivo		Sin desarrollo

Nota: Para el cálculo de hemolisis se requiere que se calcule la HB libre y total al final del periodo de vigencia

Eficiencia	#Leucocitos	#Plaquetas	%Reducción WBC	%Recuperación PLT
Sangre Total				
C. eritrocitario				
C. plaquetario				





**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**

**15. Procedimiento Normalizado para la realización  
de control de calidad de hemocomponentes**



**10.3 LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES  
(APARTADO DE EGRESOS)**

FECHA Y HORA	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR INCLUYENDO EL ESTABLECIMIENTO QUE SE ENVIO LA SANGRE	NOM. DE EXPEDIENTE	NOM. DE CUALD HISTORICION	DOMICILIO DONDE SE LLEVA A CABO LA TRANSFUSION	MOTIVO DEL DESTINO FINAL	GRUPO Y RHO DEL RECEPTOR					NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE HICIO LA TRANSFUSION	VOLUMEN EGRESADO (UNIDADES MILITARES)	EVENTUALIDAD	CONSIDERACIONES	
						A	B	O	Rh POS	Rh NEG					
															<
1-															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

*R* *M*



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 343 de 350

## 10.5 ANEXO DE CONTROL DE CALIDAD DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

Se deberán seleccionar 4 unidades de cada componente del mes que se estudiará, para realizar muestreo y con esto el control de calidad. Cada uno de los componentes deberá cumplir con los requisitos descritos en la normatividad vigente (NOM -253-SSA1-2012). El uso de guantes es obligatorio durante todo el proceso.

En el Servicio de Medicina Transfusional del Hospital General Manuel Doctor Gea González, se trabaja con el anticoagulante CPDA con manitol (dextrosa, citrato trisódico, ácido cítrico, fosfato sódico, adenina y manitol), por lo cual tienen una vigencia máxima de: 45 días.

Las unidades de concentrados eritrocitarios, deberán tener los requisitos intrínsecos, de conservación y de vigencia que indica la tabla 1.

Los parámetros requeridos para las unidades de concentrado plaquetario, se realizarán de acuerdo a lo referido en la tabla 2.



La vigencia de los plasmas y crioprecipitados se encuentra en la tabla 3.

Los parámetros de Control de Calidad de Plasma se encuentran en la tabla 4.

Los parámetros de Control de Calidad de Crioprecipitados se encuentran en la tabla 5.







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 344 de 350

**TABLA 1 CONCENTRADO DE ERITROCITOS Y SUS VARIANTES**

<b>Concentrado de eritrocitos</b>		
Parámetro	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Volumen	De acuerdo a las especificaciones del fabricante	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
Hematocrito (véase nota al pie de esta tabla)	65 – 75%	Mínimo cuatro unidades al mes
Hemoglobina	≥45 g/U	
Hemólisis al término de la vigencia (véase Nota al pie de la tabla 14)	< 0.8% de la masa eritrocítica	
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
<b>Concentrado de eritrocitos sin capa leucoplaquetaria</b>		
Parámetro	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Volumen	De acuerdo a las especificaciones del fabricante	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
Hematocrito (véase nota al pie de esta tabla)	65 – 75%	Mínimo cuatro unidades al mes
Hemoglobina	≥43 g por unidad	
Leucocitos	<1.2 x 10 <sup>9</sup> por unidad (en el 90% de las unidades probadas)	
Hemólisis al término de la vigencia (véase Nota al pie de la tabla 14)	<0.8% de la masa eritrocítica	
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
<b>Concentrado de eritrocitos en solución aditiva</b>		

*R*

*el*

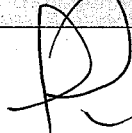
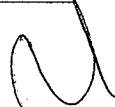
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 345 de 350



Parámetro	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Volumen	De acuerdo a las especificaciones del fabricante	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
Hematocrito (véase nota al pie de esta tabla)	50 – 70%	Mínimo 4 unidades al mes.
Hemoglobina	≥ 45 g por unidad	
Hemólisis al término de la vigencia (véase Nota al pie de la tabla 14)	< 0.8% de la masa eritrocítica	
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor

**Concentrado de eritrocitos sin capa leucoplaquetaria en solución aditiva**

Parámetro	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Volumen	De acuerdo a las especificaciones del fabricante	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
Hematocrito (véase nota al pie de esta tabla)	50 – 70%	Mínimo cuatro unidades al mes
Hemoglobina	≥43 g por unidad	
Leucocitos residuales	<1.2 x 10 <sup>9</sup> por unidad (en el 90% de las unidades probadas)	
Hemólisis al término de la vigencia (véase Nota al pie de la tabla 14)	< 0.8% de la masa eritrocítica	
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor

**Concentrado de eritrocitos leucodepletados en solución aditiva**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>

Parámetro	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Volumen	De acuerdo a las especificaciones del fabricante	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor
Hematocrito (véase nota al pie de esta tabla)	50 – 70%	Mínimo cuatro unidades al mes
Hemoglobina	≥40 g por unidad	
Leucocitos residuales	<1.0 x 10 <sup>6</sup> por unidad (en el 90% de las unidades probadas)	
Hemólisis al término de la vigencia	<0.8% de la masa eritrocítica	
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	1% o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor

*R*

*✓*

*2*





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 347 de 350

**TABLA 2**

**CONTROL DE CALIDAD DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS**

Parámetro a verificar	Especificación	Cantidad de unidades y frecuencia de verificación
Inspección de la unidad	Ausencia de agregados plaquetarios	Todas las unidades preparadas en el mes
Volumen por unidad	>40 mL	
Contenido de plaquetas	>6.0 x 10 <sup>10</sup> por unidad	1% o diez unidades al mes, lo que sea mayor
Leucocitos residuales en unidades recuperadas de plasma rico en plaquetas	<0.2 x 10 <sup>9</sup> por unidad	1% o diez unidades lo que sea mayor, cada mes
Leucocitos residuales en unidades recuperadas de la capa leucoplaquetaria	<0.05 x 10 <sup>9</sup> por unidad	
Leucocitos residuales, en unidades o mezclas de plaquetas tras leucodepleción por filtración	<0.2 x 10 <sup>6</sup> por unidad (en el 90 % de las unidades probadas)	
pH al término de su vigencia	6.4 – 7.4	1% o 4 unidades al mes, lo que sea mayor
Control bacteriológico al final del procesamiento	Sin desarrollo	5% o 20 unidades al mes, lo que sea mayor




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	Hoja: 348 de 350

**TABLA 3**

**CONSERVACIÓN Y VIGENCIA DE LAS UNIDADES DE PLASMA Y CRIOPRECIPITADOS**

Unidad	Temperatura de conservación	Intervalos máximos de vigencia (véase nota)
Plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles de la coagulación y crioprecipitados	-25° C o inferior	36 meses
	-18° C a -25° C	Tres meses
Plasma fresco y crioprecipitados descongelados	+2° C a +6° C	Seis horas

*R*



*2*



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización de control de calidad de hemocomponentes</b>	

**TABLA 4**  
**CONTROL DE CALIDAD DE LAS UNIADES DE PLASMA**

Parámetro a verificar	Requisitos de calidad (especificación)	Frecuencia del control
Inspección visual	a) Integridad de la bolsa: Sin fugas al comprimir la bolsa en un extractor de plasma, antes y después de su congelamiento, y b) Sin color anormal ni coágulos visibles.	Todas las unidades
Volumen	a) <b>¡Error! Marcador no definido.</b> 200 mL, obtenido por fraccionamiento de sangre fresca, sin haber efectuado leucodepleción ni haber obtenido concentrado de plaquetas; b) <b>¡Error! Marcador no definido.</b> 140 mL obtenido por fraccionamiento de sangre fresca, después de separar plaquetas a partir de la capa leucoplaquetaria o del plasma rico en plaquetas; c) <b>¡Error! Marcador no definido.</b> 450 mL, obtenido por aféresis.	Todas las unidades
Proteínas totales	>50 g/L	Mínimo 10 unidades al mes
Factor VIIIc	- =70% de la unidad recién extraída (antes de congelar); - En el caso de que el plasma haya sido sometido a un proceso de inactivación, es esperable una pérdida máxima del 15%	Cada tres meses Mínimo diez unidades en el primer mes de almacenamiento
Cuento de células residuales previo al congelamiento	- Eritrocitos: <math>6.0 \times 10^9 /L</math> - Leucocitos: <math>0.1 \times 10^9 /L</math> - Plaquetas: <math>50 \times 10^9 /L</math>	1% de las unidades o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS          AMBULATORIOS</b> <b>Servicio de Medicina Transfusional</b>	
	<b>15. Procedimiento Normalizado para la realización          de control de calidad de hemocomponentes</b>	

TABLA 5

**CONTROL DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO**

Parámetro a verificar	Requisitos de calidad (especificación)	Frecuencia del control
Inspección visual	a) Integridad de la bolsa. Sin fugas al comprimir la bolsa en un extractor plasmático antes y después de su congelamiento, y b) Sin color anormal ni coágulos visibles	Cada día de procesamiento, a todas las unidades
Volumen	a) $\leq 10$ mL por unidad, y b) 30 a 40 mL en caso de mezcla de crioprecipitados	Cada día de procesamiento, a todas las unidades o mezclas
Factor VIIIc	$\geq 70$ UI por unidad	Cada dos meses: a) Mezcla de seis unidades de distintos grupos sanguíneos al primer mes de almacenamiento, y b) Mezcla de seis unidades de distintos grupos sanguíneos del último mes de vigencia.
Fibrinógeno	$\geq 140$ mg por unidad	1% de las unidades o cuatro unidades al mes, lo que sea mayor.
Factor von Willebrand	$> 100$ IU por unidad	Cada dos meses: a) Mezcla de seis unidades de distintos grupos sanguíneos durante el primer mes de almacenamiento, y b) Mezcla de seis unidades de distintos grupos sanguíneos durante el último mes de vigencia.



