

PROCEDIMIENTO PARA SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

AUTORIZACIÓN

ELABORÓ: RÚBRICA
DRA. GERALDINE SOLIS ECHEVERRIA
RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

APROBÓ: RÚBRICA
DR. JOSÉ LUIS TREVIÑO RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. ARMANDO SOLÓRZANO ENRÍQUEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO

Hospital Regional Lagos de Moreno

	CÓDIGO:	DOM-P196-HR6_001
FECHA DE	DOCUMENTACIÓN:	28 FEBRERO 2011
	ACTUALIZACIÓN:	29 NOVIEMBRE 2013
	AUTORIZACIÓN	16 ENERO 2014
	NIVEL DOCUMENTAL:	II
	VERSIÓN:	
	CLAVE:	

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Hospital Regional Lagos de Moreno
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 20 enero 2014



1.- Objetivo

Proporcionar la terapia transfusional a los pacientes que la requieran, procurando tener suficiencia de tejido hemático y productos derivados que cumplan con la normatividad que asegura la utilización de sangre segura.

Límites del procedimiento:

Inicia.- En el momento en el que el médico tratante determina que el paciente requiere hemoterapia.

Termina.- 1.- Cuando el paciente o familiar no acepta la hemoterapia.

2.- Cuando el paciente ha sido transfundido.

2.- Alcance

Áreas que intervienen:

Este manual aplica al personal de enfermería, médicos, químicos, técnicos en laboratorio, trabajador social y chofer.

3.- Reglas de Operación

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Se deben solicitar 2 candidatos a donación (a todo paciente que requiera transfusión programada), por cada hemocomponente solicitado, deberán acudir por lo menos 15 días antes de la fecha programada y previo a la cirugía se debe verificar su cumplimiento.
- Toda solicitud de hemocomponentes en calidad de urgente debe ser procesada y abastecida de acuerdo al proceso indicado y se citaran candidatos a donación posteriormente.
- Se debe considerar solicitud urgente aquella que si no se lleva a cabo o se retarda pone en riesgo la vida y la función, éstas solicitudes pueden ser diferidas cuando mucho 30 minutos si el médico lo autoriza.
- El turno nocturno y jornada especial, debe contar con apoyo del personal de laboratorio para el procesamiento de solicitudes urgentes y de pacientes hospitalizados, realizando las pruebas de compatibilidad en el área analítica de servicio de transfusión de acuerdo al Manual Técnico de Pruebas Cruzadas.



3.- Reglas de Operación

6. Todo el personal que realice funciones dentro del Servicio de Transfusión debe cumplir el programa de capacitación de acuerdo a su nombramiento y función.
7. Las solicitudes recibidas de lunes a viernes a partir de las 14:00 hrs. que no sean urgentes se deben separar y quedar pendientes para el turno vespertino, y se deben anotar en el listado de pendientes del pizarrón.
8. Las solicitudes recibidas de lunes a viernes a partir de las 14:00 hrs. marcadas como urgentes que no se puedan diferir 30 minutos deben ser procesadas por el turno matutino.

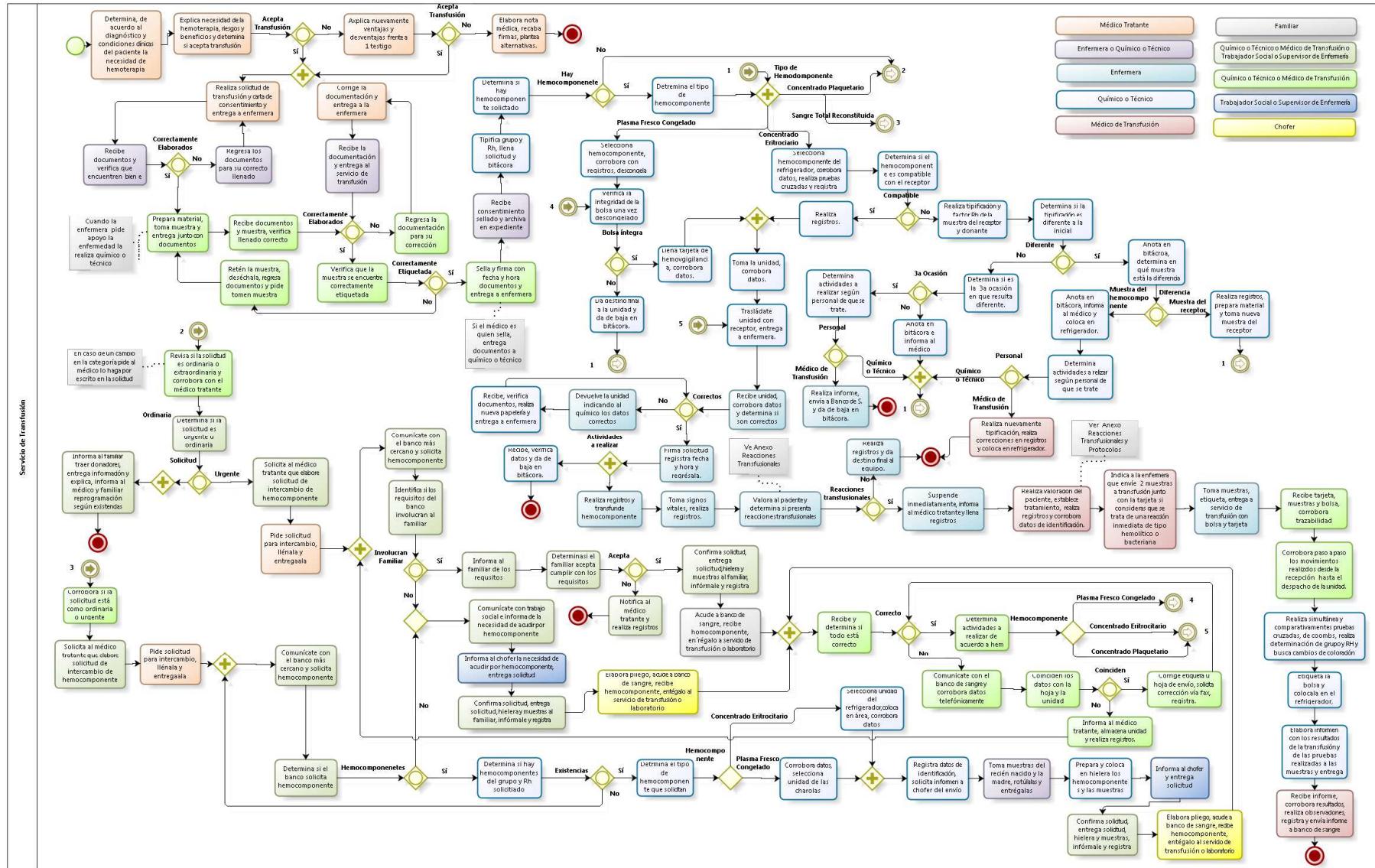


4.- Responsabilidades

Documento	Manual de Organización
Funciones	
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar que el otorgamiento de los servicios médicos se realice con oportunidad, calidad, equidad y sentido humano y que quede evidencia por escrito de los mismos. Promover que el personal médico proporcione información completa y veraz al usuario, al ingreso, sobre sus patologías y todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Así como vigilar que en todos los casos, se solicite al paciente o a los familiares, que den su consentimiento por escrito, para el tratamiento a implementarse. 	
Documento	Manual de Organización Específico
Funciones	
<ul style="list-style-type: none"> Considerar los servicios del hospital que requieren de hemocomponentes a fin de contar con suficiencia de los mismos, a fin de satisfacer las necesidades potenciales del hospital. Satisfacer adecuada y oportunamente las solicitudes de hemocomponentes tanto en emergencias como ordinarias en las áreas de: hospitalización, urgencias y toco-cirugía. Supervisar y aplicar los programas para el control de calidad en la clasificación, conservación y aplicación de la sangre y sus derivados. Establecer coordinación con los servicios médico quirúrgicos y trabajo social, a fin promover la donación altruista y/o donación de reposición de sangre; así como la transfusión autóloga de los pacientes programados a ser intervenidos quirúrgicamente. Inspeccionar y custodiar el buen estado y funcionamiento del equipo e instrumental del Servicio. Notificar mensualmente a la dirección de bancos de sangre las actividades realizadas, en las diferentes áreas del servicio, así como a las instancias normativas correspondientes. 	



5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Médico Tratante	Determina, de acuerdo al diagnóstico y condiciones clínicas del paciente la necesidad de hemoterapia, realiza “ nota médica ” y registra en “ órdenes médicas ”.						
2.	Médico Tratante	<p>Explica al paciente o en el caso de menores de edad al padre o tutor legal la necesidad de hemoterapia, riesgos y beneficios y determina si el paciente accede a la transfusión:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Accede?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Explica nuevamente al paciente y familiar frente a 1 testigo, el motivo de la transfusión, ventajas y desventajas en caso de realizarla y los riesgos de no realizarla. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 4.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Accede?	Entonces	No	Explica nuevamente al paciente y familiar frente a 1 testigo, el motivo de la transfusión, ventajas y desventajas en caso de realizarla y los riesgos de no realizarla. Aplica siguiente actividad.	Si	Aplica actividad 4.
¿Accede?	Entonces							
No	Explica nuevamente al paciente y familiar frente a 1 testigo, el motivo de la transfusión, ventajas y desventajas en caso de realizarla y los riesgos de no realizarla. Aplica siguiente actividad.							
Si	Aplica actividad 4.							
3.	Médico Tratante	<p>Determina si el paciente, padre o tutor legal continúa negándose a aceptar la transfusión:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Continúa negándose?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Realiza “nota médica” en la “hoja de notas” del expediente clínico, recaba firma de los presentes y evalúa las alternativas médicas a la transfusión. Fin del Procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Continúa negándose?	Entonces	Sí	Realiza “ nota médica ” en la “ hoja de notas ” del expediente clínico, recaba firma de los presentes y evalúa las alternativas médicas a la transfusión. Fin del Procedimiento.	No	Aplica siguiente actividad.
¿Continúa negándose?	Entonces							
Sí	Realiza “ nota médica ” en la “ hoja de notas ” del expediente clínico, recaba firma de los presentes y evalúa las alternativas médicas a la transfusión. Fin del Procedimiento.							
No	Aplica siguiente actividad.							
4.	Médico Tratante	<p>Realiza “solicitud para servicio de transfusión” y formato de “carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos”, llénala correctamente, entrega a enfermera del área en la que se encuentra el paciente.</p> <p>Nota: Tratándose de un menor de edad llena “carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces”, en lugar de la carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos.</p>						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
5.	Enfermera	<p>Recibe solicitud y consentimiento, verifica que se encuentren correctamente elaborados:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correctamente elaborados?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la documentación al médico indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica actividad 4.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correctamente elaborados?	Entonces	Sí	Aplica siguiente actividad.	No	Regresa la documentación al médico indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica actividad 4.
¿Correctamente elaborados?	Entonces							
Sí	Aplica siguiente actividad.							
No	Regresa la documentación al médico indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica actividad 4.							
6.	Enfermera, Químico o Técnico	<p>Coloca “etiqueta” con los datos del receptor a 1 tubo vacutainer morado con anticoagulante EDTA, trasládase al área en que se encuentra el receptor, verifica identificación del mismo, tanto en “ficha de identificación” como verbalmente y coteja con “solicitud para servicio de transfusión”, identifica vena apta para flebotomía, realiza asepsia y antisepsia y toma muestra de 3 a 5 ml. Entrega los documentos al químico, técnico o médico de servicio de transfusión junto con la muestra.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que el personal de enfermería solicite apoyo del químico o técnico para la toma de la muestra, éstos deben realizar esta actividad. Cuando la muestra la toma el químico o técnico solamente lleva los documentos junto con la muestra al servicio de transfusión. 						
7.	Químico o Técnico o Médico de Transfusión	<p>Recibe documentos y muestra, revisa que los documentos se encuentren correctamente elaborados:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correctamente elaborados?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la documentación al médico tratante indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 10.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correctamente elaborados?	Entonces	No	Regresa la documentación al médico tratante indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica siguiente actividad.	Si	Aplica actividad 10.
¿Correctamente elaborados?	Entonces							
No	Regresa la documentación al médico tratante indicándole las anomalías detectadas para que realice las correcciones a las mismas. Aplica siguiente actividad.							
Si	Aplica actividad 10.							
8.	Médico Tratante	<p>Corrige “solicitud para servicio de transfusión” y/o formato de “carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos”, llénala correctamente, entrega a enfermera del área en la que se encuentra el paciente.</p> <p>Nota: Tratándose de un menor de edad corrige “carta consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces”, en lugar de la carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos.</p>						

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
9.	Enfermera	Recibe documentación corregida y entrégala al químico, técnico o médico del servicio de transfusión.						
10.	Químico o Técnico o Médico de Transfusión	<p>Revisa que la muestra se encuentre correctamente etiquetada:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correctamente etiquetada?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Reten la muestra y deséchala de acuerdo a la normatividad vigente, informa a la enfermera que vuelva a tomar la muestra y entrégale los documentos. Aplica actividad 6.</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correctamente etiquetada?	Entonces	No	Reten la muestra y deséchala de acuerdo a la normatividad vigente, informa a la enfermera que vuelva a tomar la muestra y entrégale los documentos. Aplica actividad 6.	Sí	Aplica siguiente actividad.
¿Correctamente etiquetada?	Entonces							
No	Reten la muestra y deséchala de acuerdo a la normatividad vigente, informa a la enfermera que vuelva a tomar la muestra y entrégale los documentos. Aplica actividad 6.							
Sí	Aplica siguiente actividad.							
11.	Químico o Técnico o Médico de Transfusión	<p>Sella de recibido el consentimiento informado con firma, fecha y hora de recepción, regresa a enfermera.</p> <p>Nota: En caso de que el médico de transfusión sea quien selle el consentimiento informado, entrega documentos y muestra al químico o técnico.</p>						
12.	Enfermera	Recibe consentimiento informado, debidamente sellado y archiva en expediente clínico del paciente.						
13.	Químico o Técnico	Tipifica grupo y Rh de receptor, anota en esquina superior derecha de “ solicitud para servicio de transfusión ” y en “ bitácora de grupos sanguíneos e inversas de donadores/receptores ”.						
14.	Químico o Técnico	<p>Determina si hay en existencia hemocomponente del grupo y Rh solicitado:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay hemocomponente solicitado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td> Aplica actividad 41. Nota: En el turno matutino notifica además al médico de transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay hemocomponente solicitado?	Entonces	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 41. Nota: En el turno matutino notifica además al médico de transfusión.
¿Hay hemocomponente solicitado?	Entonces							
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 41. Nota: En el turno matutino notifica además al médico de transfusión.							



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD										
15.	Químico o Técnico	Determina el tipo de hemocomponente que solicitan:										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de hemocomponente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Concentrado Eritrocitario (CE)</td> <td>Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, toma de la gradilla la muestra etiquetada con el folio y nombre del donador, coloca en área de trabajo, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad y realiza pruebas cruzadas de acuerdo a “Manual de Pruebas Cruzadas”. Limpia el área de trabajo y coloca los tubos utilizados en el contenedor con cloro localizado en la tarja para su inactivación. Anota resultado en “bitácora de pruebas cruzadas”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Plasma Fresco Congelado (PFC)</td> <td>Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”, colócalo en bolsa con cierre hermético, introdúcelo en baño maría en un rango de temperatura de 30 °C a 37°C hasta su descongelamiento. Aplica actividad 22.</td> </tr> <tr> <td>Concentrado Plaquetario (CP)</td> <td>Aplica actividad 41.</td> </tr> <tr> <td>Sangre Total Reconstituida</td> <td>Aplica actividad 55.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de hemocomponente?	Entonces	Concentrado Eritrocitario (CE)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, toma de la gradilla la muestra etiquetada con el folio y nombre del donador, coloca en área de trabajo, corrobora en “ bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión ” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad y realiza pruebas cruzadas de acuerdo a “ Manual de Pruebas Cruzadas ”. Limpia el área de trabajo y coloca los tubos utilizados en el contenedor con cloro localizado en la tarja para su inactivación. Anota resultado en “ bitácora de pruebas cruzadas ”. Aplica siguiente actividad.	Plasma Fresco Congelado (PFC)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “ bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión ” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”, colócalo en bolsa con cierre hermético, introdúcelo en baño maría en un rango de temperatura de 30 °C a 37°C hasta su descongelamiento. Aplica actividad 22.	Concentrado Plaquetario (CP)	Aplica actividad 41.	Sangre Total Reconstituida	Aplica actividad 55.
		¿Tipo de hemocomponente?	Entonces									
		Concentrado Eritrocitario (CE)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, toma de la gradilla la muestra etiquetada con el folio y nombre del donador, coloca en área de trabajo, corrobora en “ bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión ” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad y realiza pruebas cruzadas de acuerdo a “ Manual de Pruebas Cruzadas ”. Limpia el área de trabajo y coloca los tubos utilizados en el contenedor con cloro localizado en la tarja para su inactivación. Anota resultado en “ bitácora de pruebas cruzadas ”. Aplica siguiente actividad.									
		Plasma Fresco Congelado (PFC)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “ bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión ” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”, colócalo en bolsa con cierre hermético, introdúcelo en baño maría en un rango de temperatura de 30 °C a 37°C hasta su descongelamiento. Aplica actividad 22.									
Concentrado Plaquetario (CP)	Aplica actividad 41.											
Sangre Total Reconstituida	Aplica actividad 55.											
16.	Químico o Técnico	Determina, de acuerdo al resultado si el hemocomponente es compatible para la aplicación al receptor:										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Compatible?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Llena “tarjeta de hemovigilancia”, anotando los datos obtenidos de la “solicitud para servicio de transfusión”, de la “etiqueta de sangre segura” y la “bitácora de pruebas cruzadas”. Aplica actividad 23.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Realiza tipificación de grupo y factor Rh de la muestra del receptor y la muestra del donante, Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Compatible?	Entonces	Sí	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ” y la “ bitácora de pruebas cruzadas ”. Aplica actividad 23.	No	Realiza tipificación de grupo y factor Rh de la muestra del receptor y la muestra del donante, Aplica siguiente actividad.				
¿Compatible?	Entonces											
Sí	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ” y la “ bitácora de pruebas cruzadas ”. Aplica actividad 23.											
No	Realiza tipificación de grupo y factor Rh de la muestra del receptor y la muestra del donante, Aplica siguiente actividad.											



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
17.	Químico o Técnico	<p>Determina, si la tipificación es diferente a la tipificación inicial:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Diferente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Anota en la “bitácora de incidentes”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 20.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Diferente?	Entonces	Sí	Anota en la “bitácora de incidentes”. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 20.
¿Diferente?	Entonces							
Sí	Anota en la “bitácora de incidentes”. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 20.							
18.	Químico o Técnico	<p>Determina si la diferencia se encuentra en la muestra del hemocomponente o en la muestra del receptor:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Diferencia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muestra del Hemocomponente</td> <td>Anota en la “bitácora de incidentes”, informa al médico de transfusión, coloca “etiqueta” que señale “no utilizar corrección del grupo sanguíneo” y coloca la bolsa en refrigerador de reactivos y sangre no liberada. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Muestra del Receptor</td> <td>Anota en la “bitácora de incidentes”, coloca “etiqueta” con los datos del receptor 1 tubo vacutainer morado con anticoagulante EDTA, trasládese al área en que se encuentra el receptor, verifica identificación del mismo, tanto en “ficha de identificación” como verbalmente y coteja con “solicitud para servicio de transfusión”, identifica vena apta para flebotomía, realiza asepsia y antisepsia y toma muestra de 3 a 5 ml. Aplica actividad 15. Nota: En caso de receptores con difícil acceso para flebotomía, niños o neonatos se utilizará la técnica de grupo sanguíneo en placa.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Diferencia?	Entonces	Muestra del Hemocomponente	Anota en la “bitácora de incidentes”, informa al médico de transfusión, coloca “etiqueta” que señale “no utilizar corrección del grupo sanguíneo” y coloca la bolsa en refrigerador de reactivos y sangre no liberada. Aplica siguiente actividad.	Muestra del Receptor	Anota en la “bitácora de incidentes”, coloca “etiqueta” con los datos del receptor 1 tubo vacutainer morado con anticoagulante EDTA, trasládese al área en que se encuentra el receptor, verifica identificación del mismo, tanto en “ficha de identificación” como verbalmente y coteja con “solicitud para servicio de transfusión”, identifica vena apta para flebotomía, realiza asepsia y antisepsia y toma muestra de 3 a 5 ml. Aplica actividad 15. Nota: En caso de receptores con difícil acceso para flebotomía, niños o neonatos se utilizará la técnica de grupo sanguíneo en placa.
¿Diferencia?	Entonces							
Muestra del Hemocomponente	Anota en la “bitácora de incidentes”, informa al médico de transfusión, coloca “etiqueta” que señale “no utilizar corrección del grupo sanguíneo” y coloca la bolsa en refrigerador de reactivos y sangre no liberada. Aplica siguiente actividad.							
Muestra del Receptor	Anota en la “bitácora de incidentes”, coloca “etiqueta” con los datos del receptor 1 tubo vacutainer morado con anticoagulante EDTA, trasládese al área en que se encuentra el receptor, verifica identificación del mismo, tanto en “ficha de identificación” como verbalmente y coteja con “solicitud para servicio de transfusión”, identifica vena apta para flebotomía, realiza asepsia y antisepsia y toma muestra de 3 a 5 ml. Aplica actividad 15. Nota: En caso de receptores con difícil acceso para flebotomía, niños o neonatos se utilizará la técnica de grupo sanguíneo en placa.							
19.	Personal	<p>Determina actividades a realizar de acuerdo al personal de que se trate:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Químico o Técnico</td> <td>Aplica actividad 15.</td> </tr> <tr> <td>Médico de Transfusión</td> <td>Tipifica nuevamente el hemocomponente y realiza la corrección en el “sistema operativo” y en la “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión”, imprime “etiqueta de sangre segura” con la corrección y colócala en el hemocomponente y tarjeta de hemovigilancia, regresa el hemocomponente a refrigerador para conservación de unidades. Fin del Procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Químico o Técnico	Aplica actividad 15.	Médico de Transfusión	Tipifica nuevamente el hemocomponente y realiza la corrección en el “sistema operativo” y en la “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión”, imprime “etiqueta de sangre segura” con la corrección y colócala en el hemocomponente y tarjeta de hemovigilancia, regresa el hemocomponente a refrigerador para conservación de unidades. Fin del Procedimiento.
¿Personal?	Entonces							
Químico o Técnico	Aplica actividad 15.							
Médico de Transfusión	Tipifica nuevamente el hemocomponente y realiza la corrección en el “sistema operativo” y en la “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión”, imprime “etiqueta de sangre segura” con la corrección y colócala en el hemocomponente y tarjeta de hemovigilancia, regresa el hemocomponente a refrigerador para conservación de unidades. Fin del Procedimiento.							



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
20.	Químico o Técnico	<p>Determina, si la es la tercera ocasión en la que las pruebas cruzadas del hemocomponente seleccionado son incompatibles, coteja con la bitácora de pruebas cruzadas y bitácora de incidentes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tercera ocasión?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Notifica al médico de transfusión. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Anota en la bitácora de incidentes e informa al médico de transfusión. Aplica actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tercera ocasión?	Entonces	Sí	Notifica al médico de transfusión. Aplica siguiente actividad.	No	Anota en la bitácora de incidentes e informa al médico de transfusión. Aplica actividad 15.
¿Tercera ocasión?	Entonces							
Sí	Notifica al médico de transfusión. Aplica siguiente actividad.							
No	Anota en la bitácora de incidentes e informa al médico de transfusión. Aplica actividad 15.							
21.	Personal	<p>Determina actividades a realizar de acuerdo al personal de que se trate:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Químico o Técnico</td> <td>Aplica actividad 15.</td> </tr> <tr> <td>Médico de Transfusión</td> <td>Realiza “informe”, envía unidad a Dirección de Bancos de Sangre y da de baja en “bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión”. Fin del Procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Químico o Técnico	Aplica actividad 15.	Médico de Transfusión	Realiza “ informe ”, envía unidad a Dirección de Bancos de Sangre y da de baja en “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ”. Fin del Procedimiento.
¿Personal?	Entonces							
Químico o Técnico	Aplica actividad 15.							
Médico de Transfusión	Realiza “ informe ”, envía unidad a Dirección de Bancos de Sangre y da de baja en “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ”. Fin del Procedimiento.							
22.	Químico o Técnico	<p>Verifica la integridad de la bolsa una vez descongelado el PFC:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Bolsa íntegra?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Llena “tarjeta de hemovigilancia”, anotando los datos obtenidos de la “solicitud para servicio de transfusión”, de la “etiqueta de sangre segura”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Da destino final a la unidad de acuerdo a procedimiento de RPBI, da de baja la unidad en la “bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión”. Aplica actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Bolsa íntegra?	Entonces	Sí	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ”. Aplica siguiente actividad.	No	Da destino final a la unidad de acuerdo a procedimiento de RPBI, da de baja la unidad en la “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ”. Aplica actividad 15.
¿Bolsa íntegra?	Entonces							
Sí	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ”. Aplica siguiente actividad.							
No	Da destino final a la unidad de acuerdo a procedimiento de RPBI, da de baja la unidad en la “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ”. Aplica actividad 15.							
23.	Químico o Técnico	Toma la unidad correspondiente del refrigerador si es CE o del área de trabajo si es PFC, verifica etiquetas identificadoras y etiqueta con datos de receptor, verifica nuevamente tarjeta de hemovigilancia.						
24.	Químico o Técnico	<p>Trasládase a la ubicación de receptor y entrega unidad a enfermera responsable, solicita verifique que coincidan los datos de la unidad, la tarjeta de hemovigilancia y el registro de actos transfusionales, en conjunto con el personal de transfusión.</p> <p>Nota: Realiza formato “registro de actos transfusionales” en caso de primera transfusión durante la hospitalización y entrega a enfermera para archivo en expediente clínico.</p>						

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
25.	Enfermera	<p>Recibe unidad, verifica que coincidan los datos de la unidad, la tarjeta de hemovigilancia y el registro de actos transfusionales, en conjunto con el personal de transfusión y determina si los datos son correctos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Datos correctos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 27.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Devuelve unidad a servicio de transfusión, indica verbalmente al químico el error en datos. Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Datos correctos?	Entonces	Si	Aplica actividad 27.	No	Devuelve unidad a servicio de transfusión, indica verbalmente al químico el error en datos. Aplica actividad siguiente.
¿Datos correctos?	Entonces							
Si	Aplica actividad 27.							
No	Devuelve unidad a servicio de transfusión, indica verbalmente al químico el error en datos. Aplica actividad siguiente.							
26.	Químico o Técnico	Recibe la unidad devuelta por enfermera, verifica “ tarjeta de hemovigilancia ”, “ solicitud para servicio de transfusión ”, “ etiqueta de sangre segura ”, “ registro de actos transfusionales ”, realiza nueva papelería. Y entrega la nueva documentación a la enfermera.						
27.	Enfermera	Firma “ solicitud para servicio de transfusión ” y registra fecha y hora de recepción, regresa la solicitud al químico o técnico.						
28.	Personal	<p>Determina actividades a realizar de acuerdo al personal de que se trate:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Químico o Técnico</td> <td>Recibe solicitud, verifica firma, fecha y hora, da de baja la unidad en la “bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión” y archiva. Fin del Procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Llena “tarjeta de hemovigilancia” y “registro de actos transfusionales” lo correspondiente a identificación del paciente, signos vitales pre, trans y post, transfunde hemocomponente a receptor, siguiendo las “Guías de Enfermería” del artículo “Enfermería en Medicina Transfusional”, en el tiempo indicado por el médico tratante. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Químico o Técnico	Recibe solicitud, verifica firma, fecha y hora, da de baja la unidad en la “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ” y archiva. Fin del Procedimiento.	Enfermera	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ” y “ registro de actos transfusionales ” lo correspondiente a identificación del paciente, signos vitales pre, trans y post, transfunde hemocomponente a receptor, siguiendo las “ Guías de Enfermería ” del artículo “ Enfermería en Medicina Transfusional ”, en el tiempo indicado por el médico tratante. Aplica siguiente actividad.
¿Personal?	Entonces							
Químico o Técnico	Recibe solicitud, verifica firma, fecha y hora, da de baja la unidad en la “ bitácora de ingresos y egresos de servicio de transfusión ” y archiva. Fin del Procedimiento.							
Enfermera	Llena “ tarjeta de hemovigilancia ” y “ registro de actos transfusionales ” lo correspondiente a identificación del paciente, signos vitales pre, trans y post, transfunde hemocomponente a receptor, siguiendo las “ Guías de Enfermería ” del artículo “ Enfermería en Medicina Transfusional ”, en el tiempo indicado por el médico tratante. Aplica siguiente actividad.							
29.	Enfermera	Anota en expediente clínico el procedimiento, toma signos vitales pre, trans y pos transfusión, registra en “ hoja de enfermería ”, en “ registro de actos transfusionales ” y en “ tarjeta de hemovigilancia ” procedimientos, integra a expediente clínico y coloca papelería en carpeta metálica.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
30.	Enfermera	<p>Valora estado clínico del paciente y determina si presenta reacciones transfusionales (Ve Anexo No. 1 Reacciones Transfusionales):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Reacciones transfusionales?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Suspende inmediatamente la transfusión, informa al médico tratante, registra la reacción en “hoja de enfermería” del expediente clínico, llena lo correspondiente a enfermería en “tarjeta de hemovigilancia” en el apartado reacciones. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 40.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Reacciones transfusionales?	Entonces	Sí	Suspende inmediatamente la transfusión, informa al médico tratante, registra la reacción en “hoja de enfermería” del expediente clínico, llena lo correspondiente a enfermería en “tarjeta de hemovigilancia” en el apartado reacciones. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 40.
¿Reacciones transfusionales?	Entonces							
Sí	Suspende inmediatamente la transfusión, informa al médico tratante, registra la reacción en “hoja de enfermería” del expediente clínico, llena lo correspondiente a enfermería en “tarjeta de hemovigilancia” en el apartado reacciones. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 40.							
31.	Médico Tratante	Realiza valoración de paciente, establece tratamiento para la reacción transfusional (Ve Anexo No. 1 Reacciones Transfusionales, Anexo No. 2 Protocolo de Manejo General de Reacciones Transfusionales y Anexo No. 3 Protocolo de Manejo para Reacciones de Tipo Alérgico) , anota en expediente clínico, en “nota medica” , llena lo correspondiente a médico en formato “registro de actos transfusionales” . Indica si es necesario suspender definitivamente la transfusión o sólo de forma momentánea en base a la naturaleza de la reacción transfusional. Vuelve a comprobar la identificación del paciente y del donador en todas las etiquetas, solicitudes y expediente para determinar si éste ha recibido el componente previsto.						
32.	Médico Tratante	Indica a la enfermera envíe inmediatamente al servicio de transfusión la tarjeta de hemovigilancia con dos muestras post transfusionales del receptor una de 5ml. mínimo con anticoagulante y la otra con 5ml. en tubo sin anticoagulante, ni gel, ni aditivos, para que reporte la reacción transfusional en caso de que sospeches que se trata de una reacción inmediata de tipo hemolítico o bacteriana.						
33.	Enfermera	Coloca “etiqueta” a un tubo vacutainer de tapón morado con anticoagulante EDTA y un tubo vacutainer sin anticoagulante de tapón rojo con los datos del receptor, realiza la toma de dos muestras pos transfusionales del receptor: una de 5ml mínimo con anticoagulante y otra con 5ml en tubo sin anticoagulante, ni gel, ni aditivos. Ambas muestras de una vena diferente a la de la transfusión, evitando la hemolisis y debidamente rotuladas y entrega al servicio de transfusión junto con la bolsa de la unidad que se estaba transfundiendo, aunque no contuviese residuo y la tarjeta de hemovigilancia.						
34.	Químico o Técnico o Médico de Transfusión	Recibe “tarjeta de hemovigilancia” , muestras y unidad, corrobora la trazabilidad en la identificación del receptor y del donante en la unidad, en las etiquetas y registros disponibles relacionados con el caso, incluyendo la bitácora de ingresos y egresos y la bitácora de pruebas cruzadas.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
35.	Químico o Técnico o Médico de Transfusión	Corroborar paso a paso, los movimientos realizados desde la recepción de la solicitud, la realización de las pruebas pre-transfusionales y el despacho de la unidad.
36.	Químico o Técnico	Llevar a cabo de manera simultánea y comparativa en las muestras pre y pos transfusionales del receptor, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Busca en suero o plasma cambios de color a rosado-rojizo o pardo-amarillento. • Repite la determinación de su grupo ABO y Rho (D). • Realiza pruebas de compatibilidad. • Realiza una prueba de Coombs directa. Registra los resultados en la “bitácora de reacciones transfusionales/reacciones adversas a la donación” .
37.	Químico o Técnico	Conserva la unidad en refrigerador en bolsa roja y coloca “etiqueta” con identificación del donador, receptor y la leyenda “reacción transfusional” .
38.	Químico o Técnico	Realiza un “informe” por escrito acerca de la reacción transfusional y los resultados de las pruebas posteriores a la muestra de receptor y de la unidad, entrega a médico de servicio de transfusión a la brevedad posible.
39.	Médico de Transfusión	Recibe informe, corrobora resultados en bitácora, realiza observaciones en la “bitácora de reacciones transfusionales/reacciones adversas a la donación” y en “informe” , y envía unidad con etiqueta de reacción transfusional a la Dirección de Bancos de Sangre junto con el informe. Fin del Procedimiento.
40.	Enfermera	Registra en “hoja de enfermería” , “registro de actos transfusionales” y “tarjeta de hemovigilancia” , coloca en expediente clínico los primeros 2 formatos y la tarjeta de hemovigilancia, colócala en el contenedor correspondiente ubicado en la central de enfermería. Da destino final al equipo utilizado de acuerdo a “Procedimiento de RPBI” . Fin del Procedimiento.
41.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Revisa en “solicitud para servicio de transfusión” si la unidad está solicitada como ordinaria o urgente, verifica de manera verbal con el médico tratante para corroborarla. Nota: En caso de que el médico refiera un cambio en la categoría, pide lo haga por escrito en la misma solicitud.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
42.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	<p>Determina la actividades a realizar de acuerdo a la categoría en la que se encuentra la solicitud del hemocomponente de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Categoría?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgente</td> <td>Solicita al médico tratante que elabore solicitud de intercambio de hemocomponentes. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Ordinaria</td> <td>Aplica actividad 54.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Categoría?	Entonces	Urgente	Solicita al médico tratante que elabore solicitud de intercambio de hemocomponentes. Aplica siguiente actividad.	Ordinaria	Aplica actividad 54.
¿Categoría?	Entonces							
Urgente	Solicita al médico tratante que elabore solicitud de intercambio de hemocomponentes. Aplica siguiente actividad.							
Ordinaria	Aplica actividad 54.							
43.	Médico Tratante	Elabora “ solicitud de intercambio de hemocomponentes ”, solicítala al servicio de transfusión o a trabajo social, entrégala al médico de transfusión o químico o técnico o trabajador social o supervisor de enfermería.						
44.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Comunícate con el banco de sangre más cercano a la región y solicita el hemocomponente (localízalo en el Directorio de Unidades de Apoyo ubicado en el servicio de transfusión), en el caso de que la primera opción no cuenta con el hemocomponente, llama a la siguiente opción en el directorio. Una vez localizado el hemocomponente, identifica los requisitos para solicitar hemocomponentes a dicho banco.						
45.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	<p>Determina si los requisitos del banco de sangre que cuenta con el hemocomponente involucran al familiar para su entrega:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Involucran al familiar?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Informa al familiar sobre los requisitos para la solicitud del hemocomponente. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Involucran al familiar?	Entonces	Si	Informa al familiar sobre los requisitos para la solicitud del hemocomponente. Aplica siguiente actividad.	No	Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.
¿Involucran al familiar?	Entonces							
Si	Informa al familiar sobre los requisitos para la solicitud del hemocomponente. Aplica siguiente actividad.							
No	Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.							



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD								
46.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	<p>Determina si al familiar acepta cumplir con los requisitos para la entrega del hemocomponente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acepta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Comunícate con el banco de sangre que va a proporcionar el apoyo, confirma tu solicitud, entrega al familiar la “solicitud de intercambio de hemocomponentes”, el domicilio, la hielera con congelantes y la muestra sanguínea recibida con la solicitud inicial, explica al familiar las medidas que debe tomar para traer el hemocomponente y registra en “notas del expediente clínico”. Aplica siguiente actividad. Nota: Si la actividad la realiza trabajo social o enfermería no entregan la hielera y las muestras, sino el químico o técnico.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica a médico tratante de forma verbal y realiza notas en “notas del expediente clínico”. Fin del Procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Acepta?	Entonces	Si	Comunícate con el banco de sangre que va a proporcionar el apoyo, confirma tu solicitud, entrega al familiar la “ solicitud de intercambio de hemocomponentes ”, el domicilio, la hielera con congelantes y la muestra sanguínea recibida con la solicitud inicial, explica al familiar las medidas que debe tomar para traer el hemocomponente y registra en “ notas del expediente clínico ”. Aplica siguiente actividad. Nota: Si la actividad la realiza trabajo social o enfermería no entregan la hielera y las muestras, sino el químico o técnico.	No	Notifica a médico tratante de forma verbal y realiza notas en “ notas del expediente clínico ”. Fin del Procedimiento.		
¿Acepta?	Entonces									
Si	Comunícate con el banco de sangre que va a proporcionar el apoyo, confirma tu solicitud, entrega al familiar la “ solicitud de intercambio de hemocomponentes ”, el domicilio, la hielera con congelantes y la muestra sanguínea recibida con la solicitud inicial, explica al familiar las medidas que debe tomar para traer el hemocomponente y registra en “ notas del expediente clínico ”. Aplica siguiente actividad. Nota: Si la actividad la realiza trabajo social o enfermería no entregan la hielera y las muestras, sino el químico o técnico.									
No	Notifica a médico tratante de forma verbal y realiza notas en “ notas del expediente clínico ”. Fin del Procedimiento.									
47.	Familiar	Trasládase al banco de sangre correspondiente, recibe hemocomponente, entrégalo al servicio de transfusión o laboratorio junto con la hoja de envío.								
48.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	<p>Recibe hemocomponente, verifica condiciones de ingreso (temperatura, integridad de la bolsa, hoja de envío con serología negativa e identificación de la bolsa) y determina si todo es correcto:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correcto?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Da de alta en “bitácora de ingresos y egresos”. Llena “tarjeta de hemovigilancia”, anotando los datos obtenidos de la “solicitud para servicio de transfusión”, de la “etiqueta de sangre segura” y la “hoja de envío”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Comunícate con el banco de sangre que envía para corroborar datos vía telefónica. Aplica actividad 53.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correcto?	Entonces	Si	Da de alta en “ bitácora de ingresos y egresos ”. Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ” y la “ hoja de envío ”. Aplica siguiente actividad.	No	Comunícate con el banco de sangre que envía para corroborar datos vía telefónica. Aplica actividad 53.		
¿Correcto?	Entonces									
Si	Da de alta en “ bitácora de ingresos y egresos ”. Llena “ tarjeta de hemovigilancia ”, anotando los datos obtenidos de la “ solicitud para servicio de transfusión ”, de la “ etiqueta de sangre segura ” y la “ hoja de envío ”. Aplica siguiente actividad.									
No	Comunícate con el banco de sangre que envía para corroborar datos vía telefónica. Aplica actividad 53.									
49.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	<p>Determina las actividades a realizar de acuerdo al tipo de hemocomponente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hemocomponente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Plasma Fresco Congelado (PFC)</td> <td>Aplica actividad 22.</td> </tr> <tr> <td>Concentrado Eritrocitario (CE)</td> <td>Aplica actividad 24.</td> </tr> <tr> <td>Concentrado Plaquetario (CP)</td> <td>Aplica actividad 24.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hemocomponente?	Entonces	Plasma Fresco Congelado (PFC)	Aplica actividad 22.	Concentrado Eritrocitario (CE)	Aplica actividad 24.	Concentrado Plaquetario (CP)	Aplica actividad 24.
¿Hemocomponente?	Entonces									
Plasma Fresco Congelado (PFC)	Aplica actividad 22.									
Concentrado Eritrocitario (CE)	Aplica actividad 24.									
Concentrado Plaquetario (CP)	Aplica actividad 24.									



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
50.	Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Solicítale al chofer que acuda al banco de sangre a recoger el hemocomponente, entrégale “solicitud de intercambio de hemocomponentes” y el domicilio del banco de sangre.						
51.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Entrega al chofer la hielera con congelantes y la muestra sanguínea recibida con la solicitud inicial, explica al chofer las medidas que debe tomar para traer el hemocomponente.						
52.	Chofer	Elabora formato único de comisión, recibe hielera y muestra, trasládase al banco de sangre correspondiente, recoge hemocomponente, entrégalo al servicio de transfusión o laboratorio, junto con la hoja de envío. Aplica actividad 48.						
53.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Determina si se corroboran los datos telefónicamente y éstos coinciden con la hoja de envío y la unidad:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Coinciden?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Corrige “etiqueta” u “hoja de envío”, según corresponda y solicita el envío vía fax a la brevedad posible al banco de sangre remitente, cuando recibas documento archiva junto con solicitud de transfusión, registra en “bitácora de incidentes”. Aplica actividad 49.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Registra en “bitácora de incidentes”, informa al médico tratante de la necesidad de iniciar el proceso para la adquisición del hemocomponente, almacena hemocomponente en el área correspondiente y realiza registro de ingreso en “bitácora de ingresos y egresos de servicios de transfusión. Aplica actividad 44.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Coinciden?	Entonces	Sí	Corrige “etiqueta” u “hoja de envío” , según corresponda y solicita el envío vía fax a la brevedad posible al banco de sangre remitente, cuando recibas documento archiva junto con solicitud de transfusión, registra en “bitácora de incidentes” . Aplica actividad 49.	No	Registra en “bitácora de incidentes” , informa al médico tratante de la necesidad de iniciar el proceso para la adquisición del hemocomponente, almacena hemocomponente en el área correspondiente y realiza registro de ingreso en “bitácora de ingresos y egresos de servicios de transfusión. Aplica actividad 44.
		¿Coinciden?	Entonces					
Sí	Corrige “etiqueta” u “hoja de envío” , según corresponda y solicita el envío vía fax a la brevedad posible al banco de sangre remitente, cuando recibas documento archiva junto con solicitud de transfusión, registra en “bitácora de incidentes” . Aplica actividad 49.							
No	Registra en “bitácora de incidentes” , informa al médico tratante de la necesidad de iniciar el proceso para la adquisición del hemocomponente, almacena hemocomponente en el área correspondiente y realiza registro de ingreso en “bitácora de ingresos y egresos de servicios de transfusión. Aplica actividad 44.							
54.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Informa a familiar la necesidad de traer donadores, se entrega hoja de “requisitos para la donación” y explica de forma verbal, en caso de factor Rho (D) negativo, explícale de forma detallada la necesidad de donadores del mismo Rho (D), informa al médico tratante y al familiar que la reprogramación de la transfusión es acorde al cumplimiento con los donadores y la existencia de los hemocomponentes requeridos, registra en “notas de expediente clínico” . Fin del Procedimiento.						
55.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Revisa en “solicitud para servicio de transfusión” si la unidad esta solicitada como ordinaria o urgente, verifica de manera verbal con el médico tratante para corroborarla. Nota: En caso de que el médico refiera un cambio en la categoría, pide lo haga por escrito en la misma solicitud.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
56.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Solicita al médico tratante que elabore solicitud de intercambio de hemocomponentes.						
57.	Médico Tratante	Elabora “ solicitud de intercambio de hemocomponentes ”, solicítala al servicio de transfusión o a trabajo social, entrégala al médico de transfusión o químico o técnico o trabajador social o supervisor de enfermería.						
58.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Comunícate con el banco de sangre más cercano a la región y solicita el hemocomponente (localízalo en el Directorio de Unidades de Apoyo ubicado en el servicio de transfusión), en el caso de que la primera opción no cuenta con el hemocomponente, llama a la siguiente opción en el directorio. Una vez localizado el hemocomponente, identifica los requisitos para solicitar hemocomponentes a dicho banco.						
59.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico o Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Determina si el banco de sangre que brinda el apoyo solicita los hemocomponentes:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Solicita hemocomponentes?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Solicita hemocomponentes?	Entonces	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.
		¿Solicita hemocomponentes?	Entonces					
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Comunícate con trabajo social o supervisor de enfermería e infórmale la necesidad de acudir al banco de sangre por el hemocomponente. Aplica actividad 50.							
60.	Químico o Técnico	Determina si hay en existencia del hemocomponente del grupo y Rh solicitado:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay hemocomponente solicitado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa al banco de sangre que brindaría el apoyo. Aplica actividad 58.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay hemocomponente solicitado?	Entonces	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Informa al banco de sangre que brindaría el apoyo. Aplica actividad 58.
		¿Hay hemocomponente solicitado?	Entonces					
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Informa al banco de sangre que brindaría el apoyo. Aplica actividad 58.							



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
61.	Químico o Técnico	Determina el tipo de hemocomponente que solicitan:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de hemocomponente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Concentrado Eritrocitario (CE)</td> <td>Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, coloca en área de trabajo, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Plasma Fresco Congelado (PFC)</td> <td>Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de hemocomponente?	Entonces	Concentrado Eritrocitario (CE)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, coloca en área de trabajo, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad. Aplica siguiente actividad.	Plasma Fresco Congelado (PFC)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”. Aplica siguiente actividad.
		¿Tipo de hemocomponente?	Entonces					
Concentrado Eritrocitario (CE)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, del refrigerador para conservación de unidades, coloca en área de trabajo, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad. Aplica siguiente actividad.							
Plasma Fresco Congelado (PFC)	Selecciona el hemocomponente de acuerdo a tipo sanguíneo del receptor, corrobora en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” el nombre, tipo sanguíneo, serología negativa, fecha de caducidad, tómallo de las charolas etiquetadas como “plasma liberado”. Aplica siguiente actividad.							
62.	Químico o Técnico	Anota en “solicitud de intercambio de hemocomponentes” y “original de solicitud de servicios de transfusión” la identificación del componente, registra en “bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión” , solicita a trabajo social o supervisor de enfermería informe al chofer del envío.						
63.	Enfermera, Químico o Técnico	Coloca “etiqueta” con los datos del receptor a tubo morado y tubo rojo pediátrico obtenidas del recién nacido, tubo morado y tubo rojo obtenidas de la madre, trasládase al área en que se encuentra el receptor, verifica identificación del mismo, tanto en “ficha de identificación” como verbalmente y coteja con “solicitud para servicio de transfusión” , identifica vena apta para flebotomía, realiza asepsia y antisepsia y toma muestras. Entrega las muestras al químico, técnico o médico de servicio de transfusión. Nota: <ul style="list-style-type: none"> En caso de que el personal de enfermería solicite apoyo del químico o técnico para la toma de la muestra, éstos deben realizar esta actividad. 						
64.	Químico o Técnico	Coloca en hielera con congelantes los hemocomponentes solicitados y las muestras sanguíneas.						
65.	Trabajador Social o Supervisor de Enfermería	Solicítale al chofer que acuda al banco de sangre a recoger el hemocomponente, entrégale “solicitud de intercambio de hemocomponentes” y el domicilio del banco de sangre.						
66.	Médico de Transfusión o Químico o Técnico	Entrega al chofer la hielera con congelantes, hemocomponentes y las muestras sanguíneas, explica al chofer las medidas que debe tomar para traer el hemocomponente.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
67.	Chofer	Elabora formato único de comisión, recibe hielera y muestra, trasládase al banco de sangre correspondiente, recoge hemocomponente, entrégalo al servicio de transfusión o laboratorio, junto con la hoja de envío. Aplica actividad 48.

7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ		
Asesorado por:		
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> Dr. Johanatan Carlos Vargas Moreno Q.F.B. Diana Lizbeth Gallo García 	<ul style="list-style-type: none"> Q.F.B. Cristina González Villalobos 	<ul style="list-style-type: none"> Tec. María Concepción Beaven Vega

8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Antígeno:	Sustancia capaz de producir una respuesta inmune.
Anticuerpo:	Proteína específica producida en respuesta a la presencia de un antígeno.
Sensibilidad:	Probabilidad de obtener resultados reactivos en un individuo infectado.
Especificidad:	Probabilidad de que una prueba realizada en un individuo no infectado sea no reactiva.
Prevalencia:	Proporción de la población infectada con un microorganismo en particular en un momento dado.
Candidato a donar:	Persona que acude al servicio con la intención de donar.
Disponible de sangre:	Sujeto que proporciona su sangre o componentes de ésta.
Bitácora:	Libro oficial en donde se registran los datos de donadores, movimientos de la sangre, sus fracciones, su serología y su uso o destino final conforme la NOM-003-SSA2-1993.
Sistema informático:	Base de datos digital con la información sobre los donadores, los receptores, las unidades obtenidas y sus fracciones, sus resultados de laboratorio, sus movimientos en el inventario y su uso o destino final conforme la NOM-003-SSA2-1993.



9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
NOM 003-SSA2-1993	Para la disposición de Sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
NOM 087-ECOL-SSA1-2002	Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
NOM 168-SSA1-1998	Del Expediente Clínico
	Guía para el uso clínico de la sangre. Secretaria de Salud. Enero 2007
	Guías Clínicas de Enfermería, Gaceta Medica Mexicana, Vol. 140, Suplemento 3, 2004

10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
	Anexo 01 Reacciones transfusionales
	Anexo 02 Protocolo de manejo general de reacciones transfusionales
	Anexo 03 Protocolo de manejo para reacciones de tipo alérgico
	Anexo 04 Bitácora de grupos sanguíneos e inversas de donadores/receptores
	Anexo 05 Bitácora de incidentes
	Anexo 06 Bitácora de ingresos y egresos del servicio de transfusión
	Anexo 07 Bitácora de pruebas cruzadas
	Anexo 08 Bitácora de reacciones transfusionales/reacciones adversas a la donación
	Anexo 09 Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos
	Anexo 10 Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces
	Anexo 11 Etiqueta
	Anexo 12 Etiqueta de sangre segura
	Anexo 13 Ficha de identificación
	Anexo 14 Hoja de enfermería



10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
Anexo 15	Hoja de envío
Anexo 16	Hoja de notas
Anexo 17	Informe
Anexo 18	Nota médica
Anexo 19	Notas del expediente clínico
Anexo 20	Original de solicitud de servicios de transfusión
Anexo 21	Registro de actos transfusionales
Anexo 22	Requisitos para la donación
Anexo 23	Solicitud de intercambio de hemocomponentes
Anexo 24	Solicitud para servicio de transfusión
Anexo 25	Tarjeta de hemovigilancia
Anexo 26	Órdenes médicas

11.- Descripción de Cambios

No.	Fecha del Cambio	Referencia del Cambio	Breve Descripción del Cambio
1.			
2.			
3.			
4.			



ANEXOS



ANEXO 01: REACCIONES TRANSFUSIONALES

Tipo de reacción transfusional	Signos y Síntomas	Etiología	Manejo y Tratamiento
Hemolisis intravascular	Ansiedad, sensación de muerte inminente, dolor retroesternal, lumbar o en el sitio de venopunción, fiebre, escalofrío, náusea, vómito, hipertensión inicial, hipotensión, taquicardia, disnea, coluria, anuria, choque. En el paciente anestesiado: sangrado en cama (en lecho quirúrgico y sitios de venopunción), oliguria, coluria e hipotensión.	Incompatibilidad por ABO y otros sistemas (Kidd, Duffy, P). Mediada principalmente por anticuerpos clase IgM, y/o IgG fijadores de complemento hasta C9.	Seguir el protocolo general de manejo (Anexo No. 8)
Hemolisis extravascular	Ictericia, fiebre, transfusión inefectiva, ocasionalmente escalofríos, coluria (puede pasar inadvertida).	Incompatibilidad por sistema RH, Duffy, Kidd, Diego, Kell y otros diferentes al ABO. Mediada por anticuerpos de clase IgG fijadores o no de complemento hasta C3.	
Febril no hemolítica	Fiebre o incremento de la temperatura corporal mayor de un grado centígrado durante la transfusión, escalofríos, cefalea y vómito.	Mediada por anticuerpos contra antígenos leucocitarios, proteínas plasmáticas. Producción endógena o transferencia pasiva de citocinas. Por contaminación bacteriana.	
Urticaria	Prurito, enrojecimiento, rash y placas eritematosas.	Mediada por anticuerpos clase IgE contra proteínas plasmáticas. Presencia de alérgenos diversos en el plasma transfundido.	Seguir protocolo de manejo para reacciones de tipo alérgico (Anexo No. 9)
Reacción anafilactoide	Urticaria, estornudo, tos, sibilancias, ronquido, estridor, angioedema, dolor torácico, disnea, presión en el pecho, dolor retroesternal, hipotensión, taquicardia, arritmia, cólico, náusea, vómito o diarrea, ausencia de fiebre.	Los anteriores y además: anticuerpos anti IgA (en pacientes deficientes de IgA), anticuerpos contra drogas (penicilina entre otros antibióticos) y elementos no biológicos (óxido de etileno y plastificantes).	



Tipo de reacción transfusional	Signos y Síntomas	Etiología	Manejo y Tratamiento
Anafilaxia	Hipotensión, obstrucción de vías aéreas superiores (edema laríngeo) o inferiores (bronco espasmo), sensación de muerte inminente, pérdida de conciencia y choque.	Anticuerpos anti: IgA, haptoglobinas, C4 (antígenos Chido y Rodgers) y penicilina	
Daño pulmonar agudo asociado a transfusión	Datos de: insuficiencia respiratoria aguda, hipoxia tisular, edema pulmonar agudo bilateral sin compromiso cardíaco, fiebre, hipotensión, taquicardia. Imagen radiológica de infiltración pulmonar bilateral.	Transferencia pasiva de anticuerpos anti HLA o anticuerpos contra leucocitos del receptor. Anticuerpos en el receptor contra antígenos leucocitarios del donador.	La transfusión debe ser suspendida y no se reinicia aunque las manifestaciones clínicas cedan. Brindar medidas de sostén que se enfoquen en revertir la hipoxemia con oxígeno y asistencia ventilatoria si es necesaria. Pueden utilizarse esteroides IV. Sin embargo, su beneficio no ha sido fehacientemente documentado. Por lo general, la función pulmonar se recupera en tres o cuatro días.
Purpura trombocitopenica postransfusional	Petequias, sangrado por piel y mucosas, (sangrado gastrointestinal), hematuria, hemorragia intracraneana.	Anticuerpos contra antígenos plaquetarios, con destrucción de plaquetas autologas por fenómenos inmunológicos diversos.	Actualmente, se considera como tratamiento de elección la infusión de IgG intravenosa a dosis de 400 a 500 mg por kilogramo por día durante 1 a 10 días. Se ha usado también el recambio plasmático por medio de aféresis. En este caso está en discusión cuál es el líquido de reemplazo ideal con una respuesta en promedio a los 12 días; otra alternativa es el uso de prednisona a 2 mg por kilogramo de peso que reporta una respuesta en promedio a una semana.
Contaminación bacteriana	Fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor abdominal y muscular, disnea, diarrea, hipotensión, choque.	Bacterias Gram positivas (estafilococos, estreptococos) o negativas (yersinia, pseudomona, eschlerichia, klebsiella, salmonella)	Seguir el protocolo general de manejo. Agregar antibioticoterapia de amplio espectro que incluya betalactámicos y aminoglicósidos hasta tener el resultado del cultivo y la identificación de la bacteria implicada. Tratamiento de los síntomas y signos de choque séptico que se presenten.



Tipo de reacción transfusional	Signos y Síntomas	Etiología	Manejo y Tratamiento
Sobrecarga circulatoria	Disnea, ortopnea, cianosis, tos, esputo espumoso, taquicardia, cefalea, hipertensión, plétora venosa en cuello, edema de miembros inferiores. Signos y síntomas de falla cardíaca congestiva. Sintomatología relacionada al volumen y velocidad de transfusión.	Hipervolemia en pacientes con anemia crónica Hb <5g/dL y en pacientes con compromiso de la función cardíaca pulmonar.	Interrumpir la transfusión, colocar al paciente en posición de fowler, proporcionar oxígeno, administrar diuréticos, controlar estrictamente el balance de líquidos y si es necesario realizar sangría retirando el plasma re infundiendo el paquete globular.
Enfermedad injerto contra hospedero asociado a la transfusión (EICH- AT)	Fiebre, rash y descamación cutánea, diarrea acuosa, ictericia.	Injerto y proliferación en el hospedero de linfocitos presentes en el componente sanguíneo transfundido.	Considerando que el tratamiento es generalmente inefectivo, se enfatiza la necesidad de implementar medidas preventivas. Las modalidades terapéuticas exitosas para la Enfermedad Injerto contra EICH-(post Transfusión de Medula Ósea) TMO (glucocorticoides, globulina antitimocito, ciclosporina, ciclofosfamida, micofenolato, anticuerpos monoclonales antilinfocitos T) son inefectivas en el EICHAT. Existen reportes anecdóticos de respuesta a algunas de estas modalidades terapéuticas, pero la carencia de un tratamiento efectivo es responsable en buena medida de la alta mortalidad asociada. Esto sólo enfatiza la necesidad de la implementación de medidas preventivas, las cuales se fundamentan en la identificación de los pacientes en riesgo (Anexo No. 11) y la radiación de componentes sanguíneos. Es importante señalar que la leuco reducción no es un método aceptable de prevención de EICH-AT.



ANEXO 02: PROTOCOLO GENERAL DE MANEJO DE REACCIONES TRANSFUSIONALES

Protocolo General de Manejo de Reacciones Transfusionales

1. Suspender de manera inmediata la transfusión del componente sanguíneo.
2. Mantener un acceso venoso permeable.
3. Identificar el tipo de reacción transfusional.
4. En caso de sospecha de reacción hemolítica, tomar muestras para estudio de la reacción y enviar al servicio de transfusiones o banco de sangre:
 - a) muestra sanguínea con anticoagulante (EDTA),
 - b) muestra sanguínea sin anticoagulante,
 - c) muestra de orina postreacción,
 - d) el remanente del producto transfundido y el equipo de transfusión. Acompañar con un breve resumen clínico del paciente que incluya: diagnóstico, medicamentos administrados, tipo de reacción transfusional (formato de identificación del producto requisitado), antecedente de reacciones previas y manipulación que se dio al producto (cambio de temperatura, conservación, etc.).
5. En la reacción hemolítica intravascular es crucial mantener la perfusión renal, con un flujo urinario superior a 100 ml por hora al menos por 18 a 24 horas, mediante hiperhidratación con solución salina (excepto en pacientes con diagnóstico previo de IRC) y diuréticos del tipo de la furosemida 40 a 80 mg en adultos y 1 a 2 mg por kilogramo de peso en niños.
6. La hipotensión puede tratarse con dosis bajas de dopamina (menos de 5 µg por kilogramo por minuto).
7. Otras medidas de sostén que se consideren pertinentes (manejo de coagulopatía, choque, etc.).
8. Verificar: número de registro, grupo ABO y Rho D de la unidad transfundida; identificación de muestras sanguíneas y nombre del paciente.
9. Estudios de laboratorio en las muestras pre y post transfusional del receptor (el servicio de transfusiones debe conservar la muestras pre transfusión un mínimo de siete días, el suero se mantiene congelado y el coágulo de +1 a +6°C):
 - . Observar si el plasma de la muestra pos transfusión del paciente presenta datos de hemólisis.
 - . Repetir la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rho D en las muestras pre y post transfusión del paciente.
 - . Realizar prueba de anti globulina humana directa (Coombs directo) en la muestra pos transfusión del paciente.
 - . Realizar pruebas de compatibilidad con las muestras pre y post transfusional.
 - . Investigar la presencia de anticuerpos irregulares eritrocitarios en las muestras pre y post transfusión del paciente.
 - . En el remanente de la bolsa del componente sanguíneo verificar grupo ABO y Rho D cuando proceda, cuenta de leucocitos, bacterioscopía y cultivo
 - . En la muestra de orina realizar inspección visual y estudio de hemoglobina libre.
10. Solicitar al paciente: determinación de biometría hemática, bilirrubinas, hemoglobina libre en plasma, haptoglobinas, metahemalbúmina, DHL, monitoreo de estado de la función renal (BUN y creatinina sérica), monitoreo del estado de coagulación (TP, TTPa, fibrinógeno y cuenta de plaquetas); leuco aglutinación y linfo citotoxicidad (para diagnóstico diferencial con reacción febril no hemolítica).



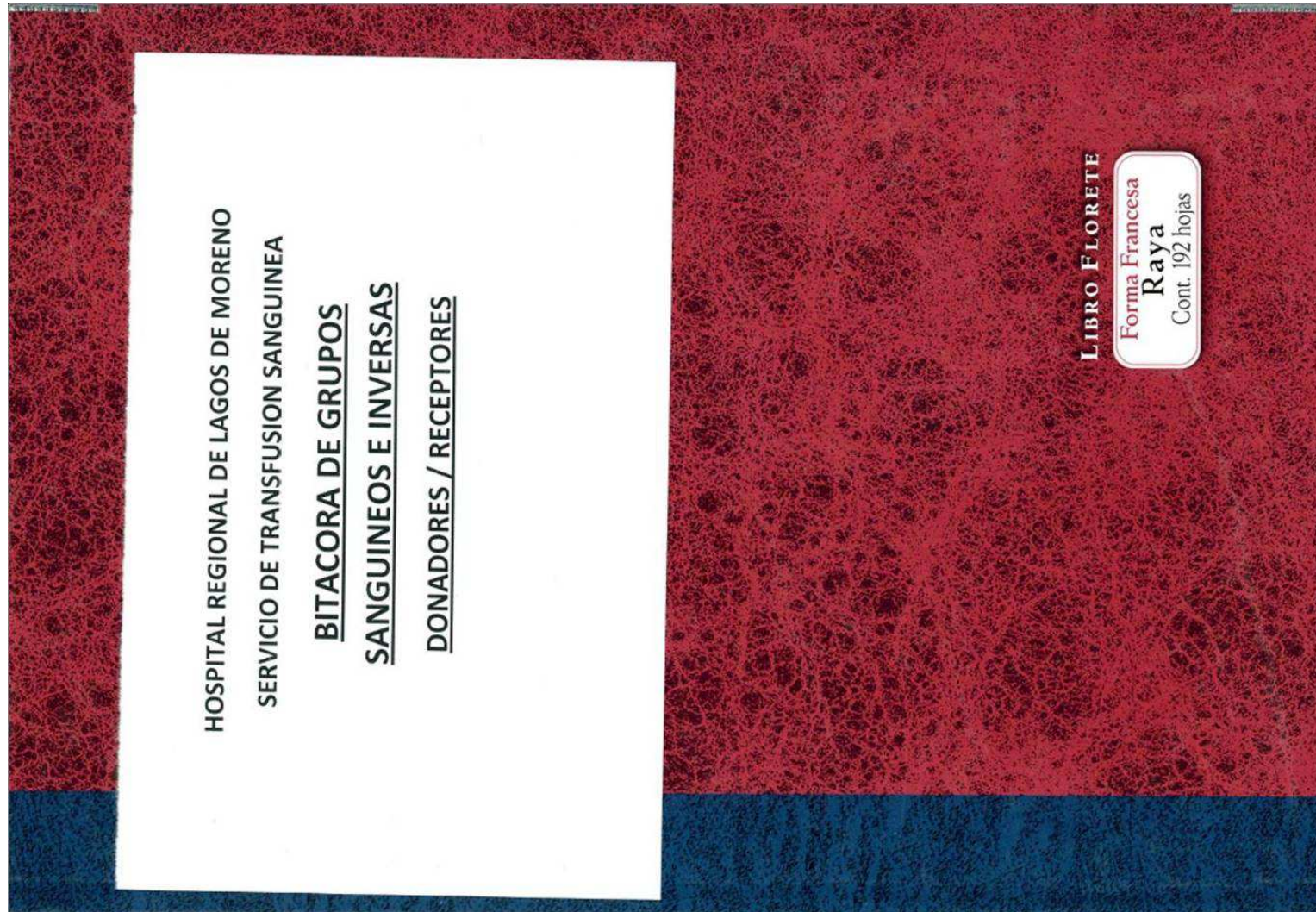
ANEXO 03: PROTOCOLO DE MANEJO PARA REACCIONES DE TIPO ALÉRGICO

Protocolo de Manejo para Reacciones de Tipo Alérgico

1. Detener la transfusión y mantener una vena canalizada.
2. En reacciones leves puede administrarse un antihistamínico como la difenhidramina a dosis de 25 a 50 mg cada 6 a 8 horas por vía oral, IM o IV.
3. Cuando hay hipotensión que no cede con el tratamiento anterior valorar la aplicación de epinefrina a dosis de 0.3 a 0.5 mg (0.3 a 0.5 ml de una solución 1:1000) por vía subcutánea, repitiendo cada 20 a 30 minutos hasta un máximo de tres dosis.
4. Cuando la reacción no cede, se agrava o de inicio es grave, administrar hidrocortisona de 100 a 500 mg IV cada seis horas.
5. Si hay bronco espasmo, se aplica dosis inicial de aminofilina de 6 mg por kilogramo IV en infusión en un periodo de 20 a 30 minutos y dosis de mantenimiento de 0.5 a 0.6 mg por kilogramo por hora en infusión IV en periodos de 20 a 30 minutos y el tratamiento de soporte que sea necesario (oxígeno, fluidos, etc.) de acuerdo a la condición clínica del paciente.
6. Al seleccionar nuevos productos para transfundir a pacientes con antecedentes de reacción alérgica, se utilizarán concentrados eritrocitarios o plaquetarios lavados. Cuando la reacción sea por el uso de plasma, usar hemoderivados según sea el caso. En los pacientes que presentan reacción adversa a hemoderivados utilizar hemoderivados de diferentes fuentes o productos recombinantes.
7. Estudios de laboratorio ya descritos.

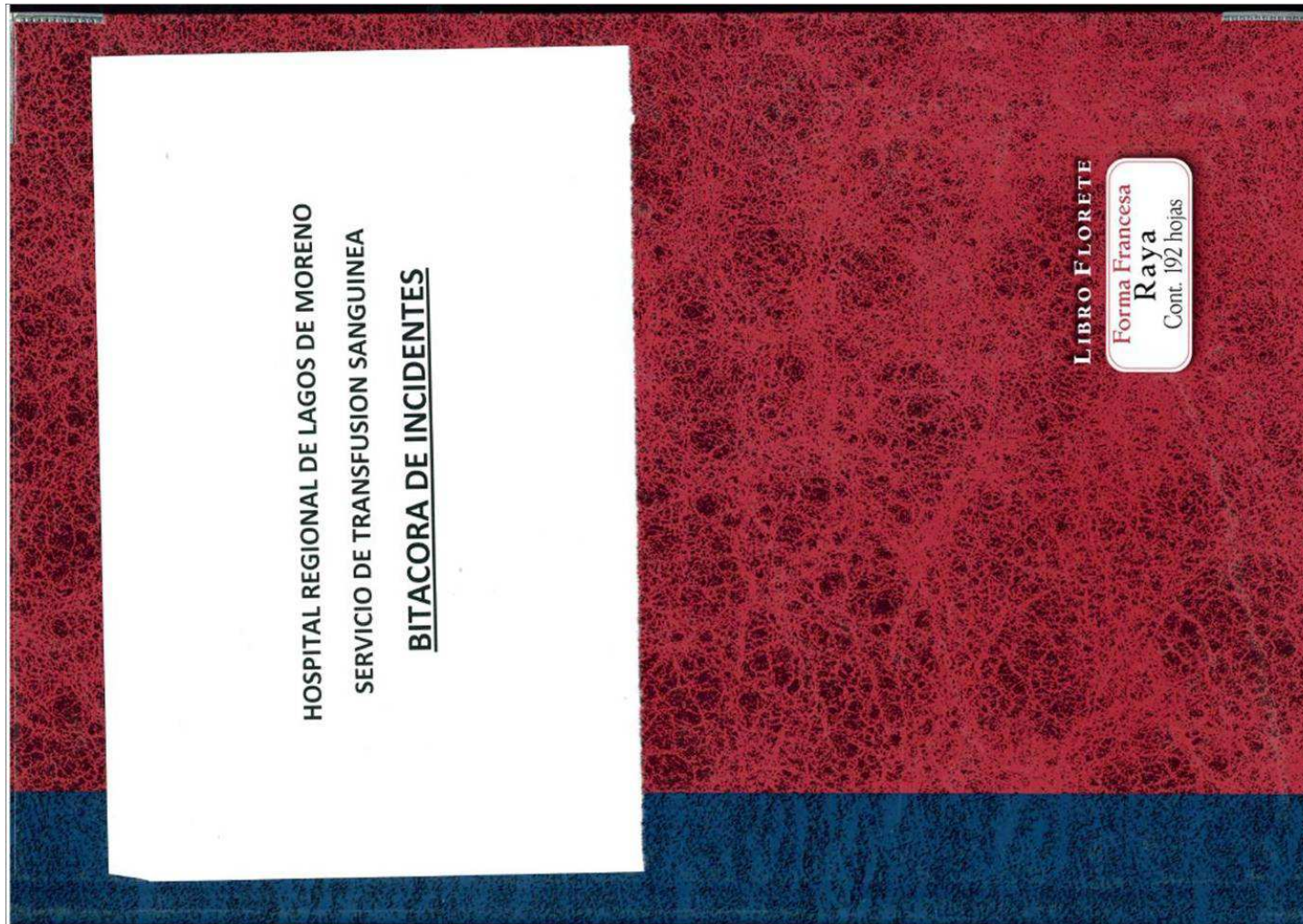


ANEXO 04: BITÁCORA DE GRUPOS SANGUÍNEOS E INVERSAS DE DONADORES/RECEPTORES





ANEXO 05: BITÁCORA DE INCIDENTES





ANEXO 06: BITÁCORA DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN (PORTADA)

BITACORA DE INGRESOS Y EGRESOS

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO

Dr. Armando Solórzano Enríquez
Director

SERVICIO DE TRANSFUSION

LICENCIA: 12-TS-14-053-0001

Dra. Geraldine Solis Echeverria
Responsable Sanitario

Libro No. _____
Folio primera plana: 01 Folio ultima plana: 192

LIBRO FLORETE

Forma Italiana
Tabular 12 columnas
Cont. 96 hojas



ANEXO 06: BITÁCORA DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN (INGRESOS)

INGRESOS p. 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Núm. Reg.	FECHA DE INGRESO	NOMBRE DEL DONANTE	FOLIO DE LA UNIDAD	PROCEDENCIA	USO TERAPEUTICO	TIPO DE DONACION	METODO DE EXTRACCION	CONTENIDO DE LA UNIDAD	GRUPO Y FACTOR RH	PROCESAMIENTO ESPECIAL	FECHA DE (ADJUDICADO)	% HTO o Hemoglobina	RESULTADO DE SEROLOGIA
	23/08/13	Marquez Delgado Lilia	5289	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	05/09/13		negativo
	23/08/13	Rodriguez Becerra Brenda Guadalupe	5297	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	06/09/13		negativo
	23/08/13	Marta Morales Laura	5299	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	06/09/13		negativo
	23/08/13	Jánchez Gomez Juan Manuel	5301	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	06/09/13		negativo
	23/08/13	Conchas Cortes Sandra Araceli	5303	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	06/09/13		negativo
	23/08/13	Berba Navarro Francisca Ivonne	5306	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	07/09/13		negativo
	23/08/13	Alvizo Rodriguez Ana Isobel	5307	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	07/09/13		negativo
	23/08/13	Rodriguez Hernandez Ma. Guadalupe	5308	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	07/09/13		negativo
	23/08/13	Alvizo Valdivia Isidro	5313	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	08/09/13		negativo
	23/08/13	Rodriguez Garcia Pablo	5314	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	10/09/13		negativo
	23/08/13	Valdivia Bustos Mercedes Mercedes	5317	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	11/09/13		negativo
	23/08/13	Rodriguez Hernandez Juan	5318	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	11/09/13		negativo
	23/08/13	Martín Franco Francisco	5319	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	12/09/13		negativo
	23/08/13	Sanchez Jimenez Samuel	5325	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O POS	—	17/09/13		negativo
	28/08/13	Belen Guadalupe Flores Camila	173276	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O Neg	—	11/09/13		Negativo
	28/08/13	Elizabeth Casillas Rodriguez	173443	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O Neg	—	13/09/13		Negativo
	30/08/13	Andres Castillo Rodriguez	173825	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O pos	—	20/09/13		Negativo
	30/08/13	Luis Camilo Chavez Sutila	173836	Cets Jal	Allogénico		ST	PG	O pos	—	20/09/13		Negativo



ANEXO 06: BITÁCORA DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN (EGRESOS)

EGRESOS

EVENTUALIDADES	FECHA Y HORA DE EGRESO	SE ADMINISTRÓ A: NOMBRE DEL RECEPTOR Y NUM DE CAMA / NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	EN EL CASO: ENLACE MOINO DE DISEÑO FINAL	GRUPO Y RH	MEDICO QUE INDICA LA TRANSFUSION	VOLUMEN EGRESADO	EVENTUALIDADES	PERSONAL QUE EGRESA
PO TEPHA	23/08/13	Laura Gallardo Martinez		O pos	Mip Jimenez	257 ml		
PO TEPHA	24/08/13	Carlos Velazquez Miranda		O pos	Pedro Ruiz Roman	265 ml		
PS TEPHA	25/08/13	Carlos Velazquez Miranda		O pos	Pedro Ruiz Roman	300 ml		
PO TEPHA	24/08/13	Suan Humberto Gonzalez		O pos	German Montes G.			
PS TEPHA	26/08/13	Jose Luis Lira Muniz		O pos	Guillermo Prieto C.			
PS TEPHA	26/08/13	Jose Luis Lira Muniz		O pos	Guillermo Prieto C.			
PO TEPHA	30/08/13	Jose Guadalupe Amecquita		O pos	Paola Moreno Lara	313		
PS TEPHA	30/08/13	Victoria Lopez Sandoval		O pos		220 ml		
PS TEPHA	29/08/13	Victoria Lopez Sandoval		O pos		298 ml		
PS TEPHA	9/09/13	Rosa Maria Robledo Norega		O pos	Paola Martin	313 ml	Modelo Aplatado	Diana
PS TEPHA	9/09/13	Rosa Maria Robledo Norega		O pos	Paola Martin	269 ml	Modelo Aplatado	Diana Rosario Roberta
PS TEPHA	30 Ago. 13	Apoyo Hosp Com. 3 JALISCO						
PS TEPHA	30 Ago 13	Apoyo Hosp Com. 3 JALISCO						
PS TEPHA	31/08/13	Jose Guadalupe Amecquita M.		O pos	Paola Moreno	302 ml	Anemia	
	09/09/13	Rosa Maria Robledo Norega		O Neg	Paulina Martin		Modelo Aplatado	Diana
	28/08/13	Sara Ruiz Espinoza		O Neg	Dr. Diaz			
	31/08/13	Laura Angelica Gallardo M.		O pos	Adriana Macias	180 ml		
	02/09/13	Jose Guadalupe Amecquita M.		O pos	Paola Moreno Lara	180 ml		Cristina



ANEXO 07: BITÁCORA DE PRUEBAS CRUZADAS (HOJA 1)

Fecha	Receptor	Grp Rh	Cama	Producto	No. Bolsa	Donador	Grp Rh	Cruzó
15. Ab. 13	Mja Nieves Ruiz Amador	O+	142	Pln	167136	Karina Delgado Quintana	O+	Robert
14. Ab. 13	Mja Juana Patic Delgado	B+	153	Pln	167124	Luis R. Apantines Castañón	B+	Robert
17. Ab. 13	Tecanita Noniza Glez	O+	Ov	Pln	167134	George E. Barba Sainz	O+	MCS
17. Ab. 13	Mja Santos Amador Jarama	O+	141	Pln	166411	Ignacio de Jesus Ortiz Huelo	O+	Robert
17. Ab. 13	Mja Santos Amador Jarama	O+	141	Pln	167145	Josafina Salda Amador	O+	Robert
17. Ab. 13	Josiel Gutierrez Martinez	O+	8	PFC	11771	Pascencia Rojas Rosa Maria	O+	Diane
17.04.13	Victor Rios Reza	O+	131	PFC	11751	Elize Hdez Miguél Angel	B+	Cast
18. AB. 2013	Josiel Prohenga Mtz	O+	0-8	PFC	11968	Pae Reynaldo Elizarraras Torres	O+	MCS
18. Ab. 13	Mja Carmen Rios	A+	151	Pln	11977	Graciela Amézquita Noriega	A+	Robert
18. Ab. 13	Mja Carmen Rios	A+	151	Pln	11978	Carlos A. Bacanegra Palacios	A+	Robert
18. Ab. 13	Mja Carmen Rios	A+	151	PFC	11747	Noe A. Veloz Padilla	A+	Robert
18. Ab. 13	Victor Rios Reza	B+	6x	PFC	11522	Hector E Salmerón Ferr	B+	Robert
18. Ab. 13	Victor Rios Reza	B+	6x	PFC	11740	Mja Lisandra Torres Grajeda	B+	Robert
18. Ab. 13	Victor Rios Reza	B+	6x	Pln	167135	Daniel B. Hdez. Flores	B+	Robert
18. Ab. 13	Victor Rios Reza	B+	6x	Pln	167143	Christian I. Ortiz Ayala	B+	Robert
18/04/13	Martinez Rojas Karla Cristina	O+	7	PG	11786	Seas E. Estrada Renteria	O+	Castro
18/04/13	Martinez Rojas Karla Cristina	O+	7	PG	11787	Jorge L. Valdivia G	O+	Castro
18/04/13	Martinez Rojas Karla Cristina	O+	7	PG	167136	Karina Delgado Quintana	O+	Castro
18.04.13	Josiel Gtz Mtz	O+	C-8	PFC	11753	Alonso Mtz Manuel Humberto	O+	Diane
18/Ab.11/2013	Anahi Guadalupe Hernandez Veloz	A+	6,0	PG	166941	Freddy Olmos Castellanos	A+	Robert
18/Ab.11/2013	Anahi Guadalupe Hernandez Veloz	A+	6,0	PG	166948	Manuel Delgado Gonzalez	A+	Robert
19/Ab.11/2013	Karla Cristina Mtz Rojas	O+	Pal.2	PFC	11715	Juan Sebastian Lopez Afear	O+	Robert
19/Ab.11/2013	Karla Cristina Mtz Rojas	O+	Pal.2	PG	167139	Jorge Barba Sainz	O+	Robert
19. Ab. 13	Sofia Y. Lopez Arenas	B+	143	PFC	11402	Fco. Javier Hdez Solera	B+	Robert
19. Ab. 13	Mja Carmen Rios	A+	151	PFC	11640	Mizla Y. Horacio Perez	A+	Robert
19. Ab. 13	Mja Carmen Rios	A+	151	PFC	11673	Jose Luis Glez. Dlapdis	A+	Robert
19. Ab. 13	Sofia Y Lopez Arenas	B+	6x	PFC	11525	Martha Marquez Veloz	B+	Robert
19. AB. 13	Josiel Gutierrez Mtz	O+	C-8	PFC	11754	Franca Isabel Santos Argueta	O+	MCS
19.04.13	Ma-del Carmen Rios	A+	151	PG	166941	Olmos Castellanos Freddy Olmos	A+	Diane
19.04.13	Ma-del Carmen Rios	A+	151	PG	166501	Correa Herrera Bertha Alicia	A+	Diane
19.04.13	Sofia Yanet Lopez Arenas	B+	143	PFC	11579	Melia Becerra Bertha Alicia	B+	Diane
19.04.13	Karla Cristina Mtz Rojas	O+	7	PFC	11755	Luna Avalos Jose Gerardo	O+	Diane
20/Abril/13	Josiel Gutierrez Martinez	O+		PFC	11759	Oroz Velazquez Maria Gpe	O+	Robert
20/Abril/13	Sofia Yanet Lopez Arenas	B+	143	PFC	11671	Manoel Vazquez Leandro	B+	Robert
21/Abril/2013	Sofia Yanet Lopez Arenas	B+	143	PFC	11688	Araceli Karla Rojas	B+	Robert



ANEXO 07: BITÁCORA DE PRUEBAS CRUZADAS (HOJA 2)

Prueba mayor	Prueba menor	Autocontrol	Compatibilidad
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
-	-	-	Compatible a grupo
-	-	-	compatible a grupo
-	-	-	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
-	-	-	Compatible
-	-	-	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Positivo +	neg	neg	in compatible
neg	neg	neg	compatible
-	neg	-	compatible
neg	neg	neg	compatible
-	-	-	Compatible
-	-	-	Compatible
-	-	-	Compatible
-	-	-	Compatible
-	-	-	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
Neg	Neg	Neg	Compatible
-	-	-	Compatible a grupo
-	-	-	Compatible a grupo
-	-	-	Compatible a grupo ABO
-	-	-	Compatible a grupo ABO
-	-	-	Compatible a grupo



ANEXO 08: BITÁCORA DE REACCIONES TRANSFUSIONALES/REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN





ANEXO 09: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS (ANVERSO)



"HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO" CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS



Yo _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) PACIENTE _____ EDAD _____ HOMBRE _____ MUJER _____

OCCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____ REGISTRO _____ SERVICIO _____ DIAGNÓSTICO _____

Con domicilio en:

CALLE _____ NUMERO EXT/INT _____ COLONIA _____ CP _____ MUNICIPIO _____ CORREO _____

ESTADO _____ TELÉFONO (L-ADA) _____ TELEFÓNICO _____ ELECTRÓNICO _____

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.

Declaro que lei y entendí la información y el material educativo proporcionado. Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.

Declaro que estoy conciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y/o existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo legítimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

En el caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) MEDICO _____ FIRMA _____

CEDULA PROFESIONAL _____ ESPECIALIDAD _____ RESIDENTE O ADSCRITO _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) TESTIGO _____ FIRMA _____

CEDULA PROFESIONAL (si aplica) _____ No. IDENTIFICACION (Especificaf: IFE, CARTILLA MILITAR, LICENCIA DE MANEJO O PASAPORTE) _____

DOMICILIO: CALLE _____ NUM EXT/INT _____ COLONIA _____ CP _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO _____

_____ de _____ del 20 _____ Hora _____



ANEXO 09: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS (REVERSO)

**“HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO “
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS
PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES**

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (BIZCAGIENTE): _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____ MUJER: _____
 OCUPOSION: _____ ESTADOCIVIL: _____ PROFESION: _____ COMPLEJIDAD: _____
Con domicilio en:
 CALLE: _____ NUMERO EXTERNO: _____ COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____
 ESTADO: _____ TELEFONO (LADA): _____
Quien otorga el consentimiento:
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____ MUJER: _____
Con domicilio en:
 CALLE: _____ NUMERO EXTERNO: _____ COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____
 ESTADO: _____ TELEFONO (LADA): _____
 IDENTIFICACION (Especificación de CARTILLA MILITAR, LICENCIA (PASAPORTE): _____ NÚMERO DE IDENTIFICACION: _____
YO

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, los posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.
 Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.
 Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a)
 Declaro que estoy conciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son **NO REACTIVOS** a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”. Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Fco. I Madero esquina 16 de Septiembre, Centro. Telefono 01 474 7423508

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 10: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES (ANVERSO)



**“HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO “
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS
PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES**



Doy mi consentimiento por propia voluntad, con pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y productos sanguíneos para el paciente para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva. También doy la autorización al personal de Salud con plenas facultades para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

En caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

MÉDICO:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) MÉDICO FIRMA

CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD No. BECARIO

TESTIGO:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) TESTIGO FIRMA

CEDULA PROFESIONAL (si aplica) No. BECARIO (si aplica)

DOMICILIO: CALLE NUM EXT/INT COLONIA CP

MUNICIPIO ESTADO TELEFONO

TESTIGO:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) TESTIGO FIRMA

CEDULA PROFESIONAL (si aplica) No. BECARIO (si aplica)

DOMICILIO: CALLE NUM EXT/INT COLONIA CP

MUNICIPIO ESTADO TELEFONO

Jalisco a _____ de _____ del 20_____. Hora _____

Fco. 1 Madero esquina 16 de Septiembre, Centro. Telefono 01 474 7423508



ANEXO 10: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES (REVERSO)

**“HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO “
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS
PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES**



APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____ EDADE _____ GÉNERO: HOMBRE / MUJER
 OCUPACIÓN _____ ESTADO _____ REGISTRO _____ SERVICIO _____ ORGANIZACION _____
 Con domicilio en:
 CALLE _____ MUNICIPIO _____
 COLONIA _____ CP _____
 ESTADO _____ TELEFONO (LADA) _____

Quien otorga el consentimiento:

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____ EDADE _____ GÉNERO: HOMBRE / MUJER
 OCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____ CORREO ELECTRONICO _____
 Con domicilio en:
 CALLE _____ MUNICIPIO _____
 COLONIA _____ CP _____
 ESTADO _____ TELEFONO (LADA) _____
 UNICULO CON EL PACIENTE _____ CAUSA PARA LA QUE EJERCE EL CONSENTIMIENTO _____

IDENTIFICACION (Especificar: IFE/CARTILLA MILITAR/LICENCIA/PASAPORTE)

NÚMERO DE IDENTIFIC.

YO

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.

Declaro que lei y entendí la información y el material educativo proporcionado.

Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a).

Declaro que estoy conciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012. "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Fco. I Madero esquina 16 de Septiembre, Centro. Telefono 01 474 7423508



ANEXO 11: ETIQUETA





ANEXO 12: ETIQUETA DE SANGRE SEGURA

Banco de Sangre.
CENTRO JALICIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
AV ZOQUIPAN # 1050
C.P. 45170, Ciudad ZAPOCAN, Colonia COL. SEATTLE,
Tel 01 (33) 3030 6327, 01(33) 36367667.

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

Disponente: **REYES MORALES MA DE JESUS**
CONCENTRADO ERITROCITARIO

O
POSITIVO



12300

E. CHAGAS	NEGATIVO
BRUCELLA	NEGATIVO
VIH	NEGATIVO
Ags HB	NEGATIVO
VHC	NEGATIVO
RPR	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	13.8 g/dl
HEMATOCRITO	43.8 %

No. Disponible: 1,301,492 Volumen: 180 ml.


Extracción: Caducidad:
11/11/2013 16/12/2013

Tipo de Bolsa:
TRIPLE CPDA-1

No añadir medicamentos, Transfundir a través de un filtro, Conservar de 1°C a 6°C



ANEXO 13: FICHA DE IDENTIFICACIÓN

 <p>HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA TARJETA DE IDENTIFICACION</p>			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
EDAD: _____	SEXO: _____	CAMA: _____	
PESO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____		
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION: _____			
FECHA DE EGRESO: _____			
RIESGO DE ULCERAS POR RESION		5 A 9	10 A 12
RIESGO DE CAIDA		13 A 14 + 14	
TIPO DE AISLAMIENTO		ALTO	MEDIANO BAJO
		ROJO (estándar)	VERDE (gotas) AMARILLO AZUL (contacto) (vias aéreas)



ANEXO 14: HOJA DE ENFERMERÍA (ANVERSO)

REGISTRO / EXP :	SERVICIO:	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	SEXO: EDAD:							CAMA/CUNA/INCUBADORA.	FECHA DE NACIMIENTO:																					
			DX. MEDICO.	9	12	15	18	21	24		3	6	9	12	15	18	21	24	3	6												
NOMBRE : HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA													CÓDIGO DE AISLAMIENTO:																			
UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE LAGOS DE MORENO													HABITUS EXTERIOR				TM	TV	TN	TM	TV	TN										
													Fecha/Días de estancia:																			
T.C	F.R	F.C	9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6														
A/R	75	150																														
	70	140																														
41	65	130																														
	60	120																														
	55	110																														
	50	100																														
	45	90																														
	40	80																														
	35	70																														
	30	60																														
	25	50																														
	20	40																														
	15	30																														
	10	20																														
	5	10																														
TENSIÓN ARTERIAL P.V.C.																																
DOLOR / EVA 0-10 INTERROGUE R/M																																
SpO2 Glicemia Capilar Perímetro Abdominal PRE/ POST PRANDIAL Residuo Gastrico																																
													T.M	T.V		T.N.																
													DIETA / FORMULA		/ SENO MATERNO																	
													CONTROL DE LIQUIDOS																			
													9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6				
N. P. T. ORAL / ENTERAL INSULINA SOLUCIÓN I.V. HEMODERIVADOS INFUSIONES MEDICAMENTOS OTROS																																
EGRESOS DIURESIS más. CISTOCALIS EVACUACIÓN EMESIS SUCCIÓN DRENES/SONDAS OSTOMIAS SANGRADO PERDIDAS INSENSIB. OTROS																																
													BALANCE TOTAL DE LIQUIDOS																			
													MAT.		VESP.		NOCT.		MAT.		VESP.		NOCT.									
TURNO INGRESOS EGRESOS BALANCE POR TURNO BALANCE TOTAL DE 24 HRS.																																
													EVENTO ADVERSO:																			
													EVAC. F Formada L Líquida SL Semilíquida P Pastosa C Café V Verde N Negra A Amarilla AC Alcolica O Oleosa RA Restos Alimenticios M Mucosa S Sanguinolenta G Grumosa Fet. Fétida Mec. Mecónico																			



ANEXO 14: HOJA DE ENFERMERÍA (REVERSO)

RESUMEN DE VALORACIÓN/DATOS SIGNIFICATIVOS	RESUMEN DE VALORACIÓN/DATOS SIGNIFICATIVOS
DIAGNOSTICO (S) NANDA	DIAGNOSTICO (S) NANDA
OBJETIVO EN FORMA DE RESULTADO (NOC)	OBJETIVO EN FORMA DE RESULTADO NOC
INTERVENCIONES / MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES	INTERVENCIONES / MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES
INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES NIC
EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
T.M	T.M
T.V	T.V
T.N	T.N
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CED. PROF. DE LA ENFERMERA Y JEF@ DE SERVICIOS	
REVERSO	AM-2013

ANEXO 15: HOJA DE ENVÍO



CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA

SERVICIOS DE SALUD DE JALISCO

AV. ZOOBUTAPAN #10550 COL. COH. SEATTLE, CERRAJADO PLAZA DE TRANSFUSION, C.P. 45170, EDO. JALISCO, C.D. ZAPOCAN, TEL: 01(33) 3630 6327, 01 (33) 3636 7667

Egreso de Sangre Total y Componentes Sanguíneos

FOLIO No. 8,907

CODIGO : 12345
 INSTITUCION : HOSP. REGIONAL LAGOS DE MORENO
 DIRECCION :
 ESTADO : O
 POBLACION :
 NO. LIC. SANITARIA :
 RESPONSABLE :
 PACIENTE : BUENO MUÑOZ, ANDREA

FECHA EGRESO : 27/11/2013
 FECHA EMISION : 27/11/2013 11:51:09
 FO-LAB-058

Tipo de Homodervado	Cod.	Vol.	Unidad	Grupo	RH	F. Extracción	F. Caducidad	Tipo Extracción
CERRAJADO PLAZA DE TRANSFUSION	POH-C	149	177974 B	O +	O +	22/11/2013	27/11/2013	ATERESIS

Donador : ARTURO CRUZ LUCAS MORALES

UNIDADES PARA USO EXCLUSIVO DEL SECTOR :

ST	SANGRE	POH	PLAQUETAS POR HEMAFERESIS	1
CE	CONCENTRADO ERITROCITOS	PLH	PLASMA POR HEMAFERESIS	0
PC	PLASMA FRESCO CONGELADO	LEH	LEUCOCITOS POR HEMAFERESIS	0
CP	CONCENTRADO PLAZUETARIO	ERH	ERITROCITOS POR HEMAFERESIS	0
CRD	CRDO	CT-C	CELULAS TALLO POR HEMAFERESIS	0
PE	PLASMA ENVIEJECIDO			
POC	PLASMA DESPROVISTO CRDO			
CL	LEUCOCITOS			

CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
 SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

COMPONENTES SANGUINEOS NEGATIVOS CON FORME A LA NOM-253-SSA1-2012
 A. ASESUB, VHL, VHC, VDR, VPR, F, CHAGAS, BRU CELLA
 PROHIBIDA SU COMERCIALIZACION

Version: 0

Responsable Entrega	Recibe
	
QFB LUZ MARIA ROBLES ALDAZ	JOSE JESUS GUADALUPE AZUELLA ALDANA
Nombre y Firma	Nombre y Firma



ANEXO 17: INFORME

REPORTE DE REACCION TRANSFUSIONAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Registro: _____ Servicio: _____
 Diagnóstico: _____
 Hora de la reacción: _____ Volumen transfundido: _____ Identificación del producto transfundido: _____
 Fecha: _____

SIGNOS VITALES

Temperatura: _____
 F.C.: _____
 F.R.: _____
 T/A: _____
 Pulso: _____

Pretransfusión _____
 Posttransfusión _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Urticaria _____ Orina oscura _____
 Prurito _____ Petequias _____
 Incremento del pulso _____ Anafilaxia _____
 Dolor muscular _____ Oliguria _____
 Hipotensión _____
 Elevación de la temperatura mayor a 1°C de temperatura inicial _____

ACCIONES TOMADAS POR QUIEN REALIZA LA TRANSFUSIÓN

 Suspender la transfusión de inmediato _____
 Mantener vena permeable con solución fisiológica _____
 Toma de signos vitales _____
 Toma de muestras sanguíneas (3 cc con anticoagulante EDTA y 10 cc sin anticoagulante) y muestra de orina _____

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN POR EL LABORATORIO

1. Observación visual de las muestras pre y posttransfusión del paciente: hemólisis, ictericia y otros cambios de coloración.
 2. Verificar apariencia del producto sanguíneo y del equipo de transfusión: hemólisis, coágulos, aire y cambios de coloración. Aspecto físico e integridad de la bolsa, etiquetas y equipo de transfusión para identificar posible mal manejo.

3. Realizar:

ESTUDIOS	PRE	POST	PRODUCTO
Coombs directo	_____	_____	_____
Grupo ABO	_____	_____	_____
Grupo Rh(D)	_____	_____	_____
Investigación de anticuerpos	_____	_____	_____
Antieritrocitos	_____	_____	_____
Antiileucocitos	_____	_____	_____
Antiinfocitos	_____	_____	_____
Hemoglobina libre	_____	_____	_____
Pruebas cruzadas	_____	_____	_____
Hemoglobina en orina	_____	_____	_____
Bilirrubinas (después de 6 horas de la reacción)	_____	_____	_____
Tinción de gram(*)	_____	_____	_____
Cultivo (*)	_____	_____	_____

(*) Están indicados cuando existan cambios de coloración, hemólisis, presencia de coágulos, volumen anormal de aire, antecedentes de manipulación del componente por el servicio de transfusión o del área clínica (fracciones pediátricas, conexión de equipo de transfusión, productos lavados, ruptura de la unidad).

INTERPRETACIÓN:



ANEXO 18: NOTA MÉDICA

NOTAS DE EVOLUCIÓN				
UNIDAD: HOSPITAL GENERAL LAGOS DE MORENO				
NOMBRE	apellido paterno, apellido materno, nombre (s)			NÚMERO DE EXPEDIENTE
EDAD	SEXO	SERVICIO	CAMA	HOJA No.
FECHA Y HORA	ANOTACIONES (Deben ir seguidas de nombre, firma y categoría del personal) CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 20: ORIGINAL DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN (ANVERSO)

<p>OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD ORDINARIA/URGENTE DE PRODUCTOS SANGUINEOS Av. Zoquiapan 1050 Col Zoquiapan CP 45170 Teléfono 36 36 76 67</p>		<p>OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD URGENTE Av. Zoquiapan 1050 Col Zoquiapan CP 45170 Teléfono 36 36 76 67</p>			
NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR		EDAD	SEXO	No. EXPEDIENTE	No. SEGURO POPULAR
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACIÓN TRANSFUNCIONAL		SERVICIO	PISO/SALA
GRUPO SANGUINEO ABO Y Rh		HEMOGLOBINA*	PLAQUETAS*	TP Y TESTIGO*	FIBRINOGENO*
HEMATOCRITO*		TIPO DE REACCIÓN TRANSFUNCIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTO INMUNIZACION MATERNO FETAL?
TRANSFUSIONES PREVIAS		No. UNIDADES TRANSF UNIDADES		SI	NO
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES O VOLUMEN		SOLICITUD URGENTE	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		¿REQUERIMIENTO INMEDIATO O PUEDE DIFERIRSE 30 MINUTOS?	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		MOTIVO DE URGENCIA	
PLASMAS FRESCO CONGELADO		CROPRECIPITADO		NOMBRE COMPLETO Y TELÉFONO DEL MÉDICO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN	
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELÉFONO DEL MÉDICO SOLICITANTE		FIRMA Y CÉDULA (DGP) DEL MÉDICO SOLICITANTE	
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES		PERSONAL CETS QUE RECIBE	
		\$1		\$2	
		Fecha y hora de la solicitud:			

<p>OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD DE PRODUCTOS SANGUINEOS EN CIRUGÍAS PROGRAMADAS Av. Zoquiapan 1050 Col Zoquiapan CP 45170 Teléfono 36 36 76 67</p>		<p>OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD URGENTE Av. Zoquiapan 1050 Col Zoquiapan CP 45170 Teléfono 36 36 76 67</p>			
NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR		EDAD	SEXO	No. EXPEDIENTE	No. SEGURO POPULAR
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACIÓN TRANSFUNCIONAL		SERVICIO	PISO/SALA
GRUPO SANGUINEO ABO Y Rh		HEMOGLOBINA*	PLAQUETAS*	TP Y TESTIGO*	FIBRINOGENO*
HEMATOCRITO*		TIPO DE REACCIÓN TRANSFUNCIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTO INMUNIZACION MATERNO FETAL?
TRANSFUSIONES PREVIAS		No. UNIDADES TRANSF UNIDADES		SI	NO
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES O VOLUMEN		¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		FECHA Y HORA DE LA CIRUGIA	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELÉFONO DEL MÉDICO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN	
PLASMAS FRESCO CONGELADO		CROPRECIPITADO		NOMBRE COMPLETO Y TELÉFONO DEL MÉDICO SOLICITANTE	
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELÉFONO DEL MÉDICO SOLICITANTE		FIRMA Y CÉDULA (DGP) DEL MÉDICO SOLICITANTE	
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES		PERSONAL CETS QUE RECIBE	
		\$1		\$2	
		Fecha y hora de la solicitud:			



ANEXO 20: ORIGINAL DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN (REVERSO)

PRUEBA DE INMUNOHEMATOLOGIA											
No. UNIDAD		GRUPO /Rh		No. UNIDAD		GRUPO /Rh					
NOMBRE DEL DONANTE FECHA DE EXTRACCIÓN				NOMBRE DEL DONANTE FECHA DE EXTRACCIÓN							
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO			
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO, NUMERO Y FIRMA DE RECIBIDO (Personal medico/paramedico)						NOMBRE COMPLETO, NUMERO Y FIRMA DE RECIBIDO (Personal medico/paramedico)					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		
No. UNIDAD		GRUPO /Rh		No. UNIDAD		GRUPO /Rh					
NOMBRE DEL DONANTE FECHA DE EXTRACCIÓN				NOMBRE DEL DONANTE FECHA DE EXTRACCIÓN							
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO			
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO, NUMERO Y FIRMA DE RECIBIDO (Personal medico/paramedico)						NOMBRE COMPLETO, NUMERO Y FIRMA DE RECIBIDO (Personal medico/paramedico)					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		

REVERSO PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA



ANEXO 21: REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES

Fecha/Hora		No. Unidad	Tipo de producto	SIGNOS VITALES					Fecha y Hora inicio/ Fecha y Hora de término	Volumen transfundido	Nombre y firma personal encargado	Incidencias/ efectos adversos	Acciones tomadas (señale las que realiza)
				Hora	T/A	Pulso	Resp	Temp			Quien aplicó:		
			Antes transf.								Verificador(a) de Hemovigilancia	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Urticaria/prurito <input type="checkbox"/> Fiebre/calosfríos <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Dolor lumbar, <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Aviso a médico de turno. <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión. <input type="checkbox"/> Reinicio posterior de la transfusión. <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antipiréticos <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. <input type="checkbox"/> Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.
			Durante										
			Después transf.										
			Antes transf.								Verificador(a) de Hemovigilancia	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Urticaria/prurito <input type="checkbox"/> Fiebre/calosfríos <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Dolor lumbar, <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Aviso a médico de turno. <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión. <input type="checkbox"/> Reinicio posterior de la transfusión. <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antipiréticos <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. <input type="checkbox"/> Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.
			Durante										
			Después transf.										
			Antes transf.								Verificador(a) de Hemovigilancia	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Urticaria/prurito <input type="checkbox"/> Fiebre/calosfríos <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Dolor lumbar, <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Aviso a médico de turno. <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión. <input type="checkbox"/> Reinicio posterior de la transfusión. <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antipiréticos <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. <input type="checkbox"/> Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.
			Durante										
			Después transf.										

BUENAS PRÁCTICAS DE TRANSFUSION:

PACIENTES ADULTOS NO CALIENTE NINGÚN HEMOCOMPONENTE.
NO ADMINISTRE MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD NI POR LA MISMA VIA.
EL TIEMPO DE LA TRANSFUSION DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS NO DEBE EXCEDER DE 4 HORAS.

4. VERIFICA NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD.
5. REGISTRA TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO
6. AL NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESARLA AL BANCO DE SANGRE ANTES DE UNA HORA.


ANTE CUALQUIER DUDA O COMENTARIO FAVOR DE COMUNICARSE AL CETS JALISCO Directo: (33) 36 36 76 67 (Atencion las 24 horas)



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 22: REQUISITOS PARA LA DONACIÓN



JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

REQUISITOS PARA DONAR SANGRE:

- * Presentarse con una identificación oficial y reciente con fotografía, buen aseo y no desvelado.
- * Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- * Pesar más de 50 kgs.
- * Ayuno mayor a 4 hrs. y menor de 12 hrs.


Evita que tu último alimento antes de venir a donar sea grasoso o contenga lácteos.

- * Estar completamente sano (no tener actualmente infecciones agudas o crónicas).
- * No haber padecido paludismo, dengue o influenza durante el último año.
- * No haber padecido epilepsia, sífilis, cáncer, sida, enfermedades severas del corazón o enfermedades transmisibles por transfusión.
- * No estar embarazada, lactando, seis meses posteriores al parto, cesárea o aborto.
- * No haber tomado medicamentos ni bebidas alcohólicas las últimas 48 hrs.
- * No haberte vacunado los últimos 12 meses contra hepatitis o rabia. Último mes influenza, Rubéola, Tuberculosis, Fiebre Amarilla, Sarampión, Parotiditis, Fiebre Tifoidea, Cólera y poliomiéлитis (oral.)
- * No tener tatuajes o perforaciones de menos de 1 año, en caso de aretes en boca, nariz o vagina, retirárselos 72 horas antes.

PREVIO A QUE DONES SANGRE, NOSOTROS:

- ☺ Te preguntamos tus datos generales y pedimos que te identifiques con un Documento Oficial (Identificación con Fotografía)
- ☺ Tomamos una muestra de tu sangre para descartar la presencia de anemia
- ☺ Posteriormente pasas con el Médico quien te realizara una entrevista en privado y una exploración física completa
- ☺ Si el Médico te informa que puedes donar, pasaras a la Sala de Sangrado donde tomaremos 450mL de tu sangre. Todo el equipo utilizado es nuevo, estéril y se desecha una vez terminado el procedimiento
- ☺ A tu sangre le realizan los exámenes para la detección de enfermedades como HIV(SIDA), SIFILIS, HEPATITIS B Y C, CHAGAS Y BRUCELOSIS
- ☺ Al terminar el sangrado se te ofrece un refrigerio pequeño que deberás consumir
- ☺ Por último te otorgamos una "Constancia de Donación" e indicaciones para que puedas tener en 15 días posterior a la donación resultados de los estudios practicados a tu sangre
- ☺ **TODA INFORMACION OBTENIDA DE LAS PRUEBAS Y DE LA ENTREVISTA ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL**

Atención: Lunes a Viernes, entrega de fichas 7:00 a 9:00 am, (máximo 25)




Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Fco. I Madero esquina 16 de Septiembre s/n, Centro. C.P. 47400, Lagos de Moreno, Jalisco, México.
Tels. (474)7423508
www.jalisco.gob.mx



ANEXO 23: SOLICITUD DE INTERCAMBIO DE HEMOCOMPONENTES



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

PROGRAMA DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

Lagos de Moreno Jalisco a 28 de Noviembre del 2010.

**C. DR JUAN CARLOS LOPEZ HERNANDEZ
RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
PRESENTE**

Solicito a usted se nos proporcionen 5 unidades de:

- CONCENTRADO DE ERITROCITOS
- PLASMA FRESCO CONGELADO
- CONCENTRADO DE PLAQUETAS
- CRIOPRECIPITADOS

Del grupo sanguíneo O Rh POSITIVO para ser transfundidos al paciente ANDREA BUENO MUÑOZ del Servicio URGENCIAS
Cama URG PENDIENTE con Diagnóstico CIRROSIS HEPATICA / TROMBOCITOPENIA/ SANGRADO DE TUBO
DIGESTIVO BAJO

Hemoglobina 11 g/dL Hematocrito 34 % Plaquetas 57 MIL TP 21.6 Testigo 14.6 TPT X Testigo X
Fibrinogeno 246 PESO 55 kg

Medicamentos que recibe OMEPRAZOL

Indicación de la transfusión STDB/ TROMBOCITOPENIA SEVERA Cédula 3223134 Especialidad MEDICINA INTERNA
Indicado por Dr. JORGE PAREDES BARBA


La Institucion solicitante se compromete a realizar el fomento y promocion de la donacion altruista y voluntaria de sangre en su Unidad Hospitalaria para la captacion de donacion voluntaria y altruista de sangre.

A T E N T A M E N T E


**DRA GERALDINE SOLIS ECHEVERRIA
MEDICO RESPONSABLE**

SELLO DE LA INSTITUCION

Nombre del establecimiento HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO
Domicilio Francisco I Madero esquina 16 de Septiembre S/N Col Centro CP 47400 Tel.0147 47 42 35 08 ext. 109
Nombre del Responsable sanitario del establecimiento: Dr Armando Solorzano Enríquez
Numero Licencia del Establecimiento: 000003 1-A
Nombre del Responsable sanitario del Servicio de Transfusion: Dra Geraldine Solis Echeverria
Numero Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusion: 12-TS-14-053-0001



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
Av Zoquiapan 1050 Edificio D Col Sevilla CP 45170
Zapopan, Jalisco, México.
Teléfono 36 36 76 67 y 36 56 46 08

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

ANEXO 24: SOLICITUD PARA SERVICIO DE TRANSFUSIÓN



HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO
SOLICITUD PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

Nombre _____ Exp _____

Servicio _____ A. Paterno _____ A. Materno _____
Cama _____ IDX _____

Fecha de Nacimiento _____ Motivo de transfusión _____

Fecha última transfusión		Transfusiones previas si () no ()	Embarazos si () no ()
Reac. Postransfusionales si () no ()		Producto con Enf. Hemolítica si () no ()	Grupo y Rh Hb Hto
Concentrado de Eritrocitos		Plasma fresco	Concentrado Plaquetario
Urgente		Ordinaria	Guardia

Se opera el _____ Hrs _____

Nombre y firma de Medico: _____ Fecha y Hora _____
Solicitud recibida por: _____ Fecha y Hora _____

Solo para Servicio de Transfusión

FECHA	BOLSA	DONADORES	GPO Y RH	RECIBIDA POR	HRS



ANEXO 25: TARJETA DE HEMOVIGILANCIA



**SECRETARÍA DE SALUD, JALISCO.
CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSIÓN
SANGUÍNEA.**

Av. Zoquipan No. 1050 Col. Seattle Zapopan, Jalisco
Tels. (0133) 30-30-63-27 y (0133) 36-36-76-67
Tel. Sangre: 01-800-DONANDO (366-2636)



Nombre del donador: _____
Gpo _____ Rh _____
Fecha de extracción: _____ Fecha de Caducidad _____

No. de cama	Nombre del receptor
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOMBRE DEL RECEPTOR _____
REGISTRO _____ FECHA _____
CAMA _____ Vol. Transfundo _____

PAQ. GLOBULAR PLASMA
C. PLAQUETARIO PLAQUETAFERESIS
FACTOR VIII

SIGNOS VITALES:
PRETRANSFUSION: T/A: _____ FC _____ Temp _____
POSTTRANSFUSION: T/A: _____ FC _____ Temp _____
Hora de Inicio de la Transfusión _____ Hrs
Hora de Termino de la Transfusión _____ Hrs

REACCIONES:
GRADO O (NINGUNA) _____
GRADO I (URTICARIA) _____
GRADO II (FIEBRE) _____
GRADO III (ESCALOFRÍOS INTENSOS) _____
GRADO IV (COLAPSO, CIANOSIS, _____
DISNEA, DOLOR) _____

NOMBRE Y FIRMA: _____

FAVOR DE REGRESAR ESTA TARJETA AL BANCO DE SANGRE CON LOS DATOS COMPLETOS UNA VEZ QUE SE TRANSFUNDAN LOS HEMOCOMPONENTES

SELLO





ANEXO 26: ÓRDENES MÉDICAS

ÓRDENES MÉDICAS									
UNIDAD: HOSPITAL GENERAL LAGOS DE MORENO									
NOMBRE		apellido paterno,		apellido materno,		nombre (s)		NÚMERO DE EXPEDIENTE	
DERECHOHABIENCIA	IMSS	1	SSSTE	2	PEMEX	3	SEDNA	4	SEMAR
(circule las respuestas precodificadas)	Seguro Privado	7	Seguro Popular	8	Oportunidades	P	Se ignora	9	Ninguna
NÚMERO DE AFILIACIÓN	(Aplica para el punto "gr" de Seguro Popular)								
EDAD			SEXO			SERVICIO			CAMA
FECHA Y HORA			ÓRDENES DEL MÉDICO						HOJA No.
			(Deben ir seguidas de nombre, firma y categoría del médico)						
			URGENCIAS			HOSPITALIZACIÓN			
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			