



**GOBIERNO
DE JALISCO**

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: **RÚBRICA**
DR. CARLOS HUMBERTO RAMOS MONTES

APROBÓ: **RÚBRICA**
DR. GERARDO BARAJAS MORALES
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE Cd. GUZMÁN

AUTORIZÓ: **RÚBRICA**
DR. ALFONSO DELGADO BRISEÑO
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE Cd. GUZMÁN

CÓDIGO: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

No./FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

FECHA DE AUTORIZACIÓN: **19 de Octubre 2006**

COPIA No.:

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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

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 de Ciudad Guzmán
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 14 marzo 2016

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

Objetivo

Cubrir las necesidades transfusionales de todos y cada uno de los casos de pacientes que de acuerdo al diagnóstico emitido, la requieran y así lograr la preservación de la vida a partir de este terapéutica.

Alcance

Este procedimiento aplica al personal médico, enfermería y trabajo social del hospital.

Políticas

1. Informar y concientizar a los familiares de cada paciente acerca de la importancia de la reposición por donación voluntaria de cada unidad de sangre y/o hemoderivado que se requiere.
2. Mantener vigentes las relaciones a través de los trámites requeridos con cada proveedor externo “banco de sangre y/o hemoderivados” ya sea privado o particular.
3. Toda unidad de sangre o hemoderivado que ingrese a este hospital con la condición de ser hemotransfundido será previamente solicitada e identificada y deberá traer la hoja correspondiente de liberación de banco de sangre, así como adherida la etiqueta de sangre “segura”, cotejando siempre los datos correctos del paciente correcto.
4. El personal médico y de enfermería corresponsables ambos de la indicación y el procedimiento de hematransfusión vigilarán las posibles reacciones secundarias a la hemotransfusión y estas serán registradas en el formato “hoja de control y vigilancia de transfusiones sanguíneas”.

Definiciones

Unidad: Volumen de sangre o componente sanguíneo recolectado de uno solo disponente en una bolsa o recipiente que contenga anticoagulante adecuado y suficiente.

Sangre fresca: Tejido hemático no fraccionado, de menos de 6 horas después de su recolección.

Sangre total: Tejido hemático no fraccionado, de más de 6 horas después de su recolección.

Componentes de la sangre: Fracciones separadas de una unidad de sangre u obtenidas por aféresis.

Concentrado de eritrocitos: Fracción que contienen principalmente glóbulos rojos, como resultante la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.

Concentrado de plaquetas: Trombocitos recolectados por aféresis o separados mediante fraccionamiento de unidades de sangre fresca.

Plasma fresco: El que se encuentra en el lapso de las primeras seis horas después de la recolección.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

- Plasma fresco congelado:** El que se congela en el lapso de las primeras seis horas, después de la recolección y así se conserva.
- Pruebas de compatibilidad:** Estudios practicados en Vitro empleando muestras de sangre del disponente y del receptor, para comprobar la existencia de afinidad reciproca entre las células de uno y el suero del otro, para efectos transfusionales.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
1.	Médico	<p>Revise los resultados de los estudios clínicos del paciente y determine si es necesario que requiere una hemotransfusión:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hemotransfusión?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Realice indicaciones específicas sobre la transfusión en la “hoja de indicaciones” y en la “nota médica”, llene “solicitud de sangre y hemoderivados”. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Fin.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hemotransfusión?	Entonces	Sí	Realice indicaciones específicas sobre la transfusión en la “ hoja de indicaciones ” y en la “ nota médica ”, llene “ solicitud de sangre y hemoderivados ”. Aplique siguiente actividad.	No	Fin.
¿Hemotransfusión?	Entonces							
Sí	Realice indicaciones específicas sobre la transfusión en la “ hoja de indicaciones ” y en la “ nota médica ”, llene “ solicitud de sangre y hemoderivados ”. Aplique siguiente actividad.							
No	Fin.							
2.	Enfermera	Tome la muestra al paciente, rotúlela y posteriormente entréguela al familiar. Envíe al familiar con la muestra a trabajo social y notifique a éste último.						
3.	Trabajo Social	Informe al familiar del costo y de los lugares donde pueden llevar la muestra y/o al paciente. Sí el paciente requiere ambulancia, contacte a la cruz roja y/o particular. Sí es necesario trasladar al paciente o la muestra, requiera ambulancia, contacte a la cruz roja y/o particular.						
4.	Familiar	Reciba muestra y “ solicitud de sangre y hemoderivados ”, trasládese al banco de sangre y déjelas ahí. Obtenga la unidad de hemoderivados solicitada por el médico tratante. Regrese al hospital y entréguela a la enfermera encargada.						
5.	Enfermera	Reciba unidad de hemoderivados, corrobore datos correctos de identificación de sangre segura, prepárela para su aplicación (ver procedimientos técnicos de enfermería) en el momento indicado e informe al médico tratante de la existencia del paquete solicitado y espere indicaciones para la transfusión y anexe hoja de hemotransfusión al expediente del paciente.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. María Yoloxochitl Molina Rivera

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Enf. Adela Chávez Baltazar.• Dr. Carlos Ramos Montes.• T.S. Norma Hernández Ruiz.• Dr. Hugo Alejandro Cervantes Ramos.• Dra. Verónica Díaz Arteaga.• Dr. Arturo Espinoza Ocampo, | <ul style="list-style-type: none">• Dr. Antonio Ramírez Briseño.• Dr. Carlos Francisco Moreno Valencia.• Enf. Carolina Arellano Hernández.• Dr. José Pérez González.• Antonio Estrada Sánchez.• Lic. Silvano Hernández López. |
|---|--|

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

Documentos de Referencia

Código	Documento
NOM-003-SSA2-1993	Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Hoja de indicaciones.
	Nota médica.
	Solicitud de sangre y hemoderivados.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS



Código: DOM – P404-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: OCTUBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / OCTUBRE 2006

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO