PROCEDIMIENTO PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

AUTORIZACIÓN

ELABORÓ:	RÚBRICA MA. ESMERALDA CORTES LARA GESTOR DE CALIDAD	
AUTORIZÓ:	RÚBRICA DR. ARMANDO SOLÓRZANO ENRÍQUEZ DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO	

Hospital Regional Lagos de Moreno

CÓDIGO:	DOM-P445-HR6_001	
FECHA DE DOCUMENTACIÓN:	11 DICIEMBRE 2015	
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	10 MARZO 2017	
FECHA DE AUTORIZACIÓN:	10 MAYO 2017	
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 12 mayo 2017

1.- Objetivo

Evaluar y mejorar la práctica transfusional en el hospital.

2.- Alcance

Límites del procedimiento:

Inicia: cuando se convoca al subcomité.
Termina: cuando el seguimiento de los acuerdos se lleva acabo.

Áreas que intervienen:

Este procedimiento aplica a las aéreas de calidad, estadísticas, urgencias, hospital, consulta externa, servicios generales, mantenimiento, dirección y subcomité de transfusión sanguínea.

3.- Reglas de Operación

1. 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.
2. El subcomité de trasfusión sanguínea, debe sesionar al menos cada 3 ó 4 veces por año.
3. El subcomité debe evaluar la calidad y la seguridad de al menos el 1% de las transfusiones respecto a indicaciones, reacciones o eventos adversos de la transfusión.
4. El subcomité debe de vigilar el proceso de transfusión sanguínea enfocada en tres momentos: identificación de paciente correcto, indicación precisa y registro apropiado y completo del procedimiento.
5. Las actas de instalación del subcomité de transfusión sanguínea deberán realizarse cuando haya cambio de autoridades y/o actualización nuevos integrantes del comité.

3.- Reglas de Operación

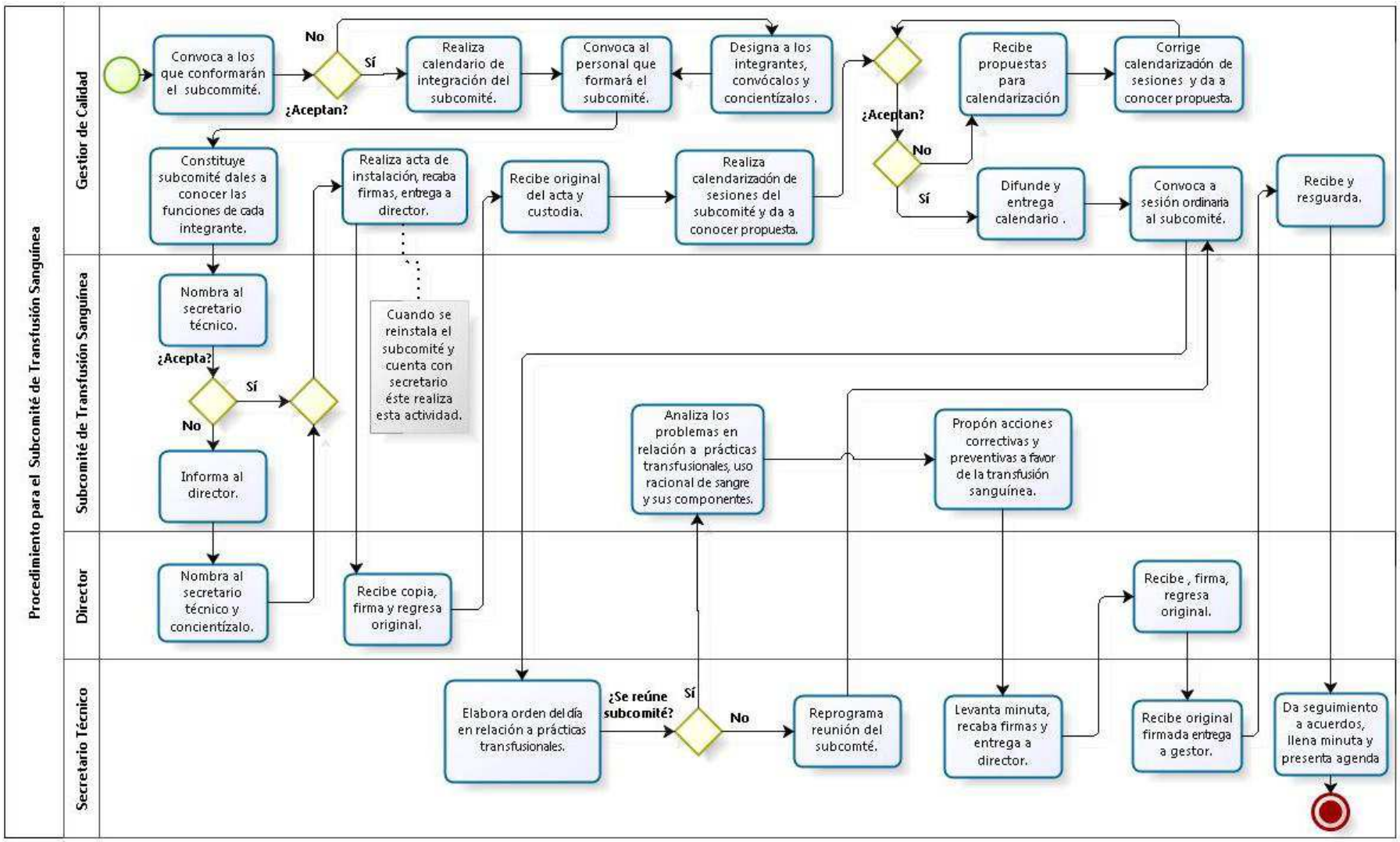
6. Debe auditar periódicamente que las indicaciones, procedimientos transfusionales y manejo de reacciones adversas sean adecuadas y, en su caso, identificar las causas de las desviaciones.

7. Debe participar con el comité de ética y de investigación institucional en el análisis y opinión de los proyectos de investigación en materia de transfusiones.

4.- Responsabilidades

Documento	Manual de Organización
Funciones	

5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



6.- Desarrollo:

<table>
<tr><th>No. ACT</th><th>RESPONSABLE</th><th>DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Gestor de Calidad</td><td>Convoca al personal que está interesado a formar parte del subcomité de transfusión sanguínea y determina si aceptan:
<table>
<tr><th>¿Aceptan?</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Sí</td><td>Aplica actividad 3.</td></tr>
<tr><td>No</td><td>Informa al director de la unidad para que determine quién formará parte del subcomité de transfusión sanguínea. Aplica siguiente actividad.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Director</td><td>Nombra a quienes formarán parte del subcomité de trasfusión sanguínea, convoca al personal que propusiste para formar parte del subcomité hospitalario, concientízalo de la importancia del porque formar parte del mismo.</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Gestor de Calidad</td><td>Realiza “Calendario de integración del subcomité de trasfusión sanguínea” (Anexo 01).</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Gestor de Calidad</td><td>Convoca al personal que conformará el subcomité de transfusión sanguínea.</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Gestor de Calidad</td><td>Constituye el subcomité de transfusión sanguínea, dales a conocer las funciones que desempeñarán los integrantes y sugiere a los miembros del subcomité que proponga o elija al secretario técnico.</td></tr>
<tr><td>6.</td><td>Sub Comité de Transfusión Sanguínea</td><td>Propón secretario técnico y determina si acepta:
<table>
<tr><th>¿Acepta?</th><th>¿Entonces?</th></tr>
<tr><td>Sí</td><td>Aplica actividad 8.</td></tr>
<tr><td>No</td><td>Informa al director de la unidad para que determine quien será el secretario técnico del subcomité. Aplica siguiente actividad.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>7.</td><td>Director</td><td>Nombra a quien será el secretario técnico del subcomité de transfusión sanguínea, concientízalo de la importancia del porque formar parte del mismo.</td></tr>
<tr><td>8.</td><td>Gestor de Calidad</td><td>Realiza “Acta de instalación del subcomité de transfusión sanguínea” (Anexo 02) y recaba firma de cada uno de los integrantes y entrega con copia fotostática al director del hospital.

Nota:
Cuando de reinstala el comité y cuenta con secretario técnico, será él el encargado de elaborar las actas y minutas como corresponde.</td></tr>
</table>

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
9.	Director	Recibe acta de instalación, firma de recibido, archiva copia fotostática y entrega original al gestor de calidad.
10.	Gestor de Calidad	Recibe acta de instalación original con firma de recibido y mantén en custodia en el departamento de calidad para cualquier aclaración y/o supervisión.
11.	Gestor de Calidad	Realiza **"Calendarización de sesiones del subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 03),** convoca al comité para dar a conocer la propuesta de sesiones ordinarias.
12.	Gestor de Calidad	Determina si los integrantes aceptan la propuesta: **¿Aceptan?** / **¿Entonces?** Sí: Difunde y entrega calendario a los integrantes del subcomité para conocer las fechas en que sesionará. **Aplica actividad 11.** No: Recibe las propuestas de calendarización del subcomité de transfusión sanguínea. **Aplica siguiente actividad.**
13.	Gestor de Calidad	Corrige **"Calendarización de sesiones del subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 03),** convoca al comité para dar a conocer la propuesta de sesiones ordinarias**. Aplica actividad 12.**
14.	Gestor de Calidad	Convoca al subcomité de transfusión sanguínea a sesión ordinaria de acuerdo al calendario, coordina y/o en su caso asesora al subcomité. **Nota:** Cuando se requiera realiza la convocatoria extraordinaria a los integrantes del subcomité.
15.	Secretario Técnico del Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Realiza **"Orden del día del subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 04)** de asuntos que se proponen por los miembros del subcomité en relación a las prácticas transfusionales, registros en los expedientes de transfusiones aplicadas, incidentes de efectos de eventos adversos a la transfusión, actividades docentes en materia de la medicina transfusional y distribuye la orden del día a los integrantes del comité.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
16.	Secretario Técnico del Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Determina si se reúne: ¿Se reúne? / ¿Entonces? Sí: Expón orden del día al sub comité de transfusión sanguínea. **Aplica siguiente actividad** No: Reprograme la reunión del comité y **aplica actividad 14.**
17.	Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Analiza los problemas y avances expuestos en la orden del día en relación a las prácticas transfusionales el uso racional de la sangre y sus componentes, analiza los registros en los expedientes de transfusiones aplicadas y, en su caso los incidentes y reacciones o efectos adversos derivados de los mismos, así como las actividades docentes de la medicina transfusional.
18.	Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Propón que el personal de salud documente adecuadamente en el expediente clínico las indicaciones, procedimientos transfusionales, reacciones o efectos adversos y su manejo a través de auditorias, recomienda al equipo directivo del hospital, acciones correctivas, preventivas a favor de la transfusión sanguínea para la seguridad del paciente, promueve y coordina las actividades docentes y de actualización en materia de la medicina transfusional que fomente el uso óptimo de los productos sanguíneos, así como proponer los protocolos y lineamientos o guías para que la práctica transfusional se realice con la seguridad de acuerdo a los principios éticos.
19.	Secretario Técnico del Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Levanta **"Minuta del subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 05)** con acuerdos y/o propuestas de mejora y avances, recaba firma de los integrantes del comité y entrega con copia fotostática al director del hospital.
20.	Director del Hospital.	Recibe minuta, firma de recibido, archiva copia fotostática y entrega original al secretario técnico del subcomité de transfusión sanguínea, vigila el grado de cumplimiento y fomenta el uso óptimo, racional de los productos sanguíneos y el ahorro de su consumo.
21.	Secretario Técnico del Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Recibe minuta con firma de recibido y entrega minuta original al gestor de calidad.
22.	Gestor de Calidad	Recibe minuta original y mantén en custodia para cualquier aclaración y/o supervisión.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
23.	Secretario Técnico del Sub Comité de Transfusión Sanguínea	Da seguimiento a los acuerdos propuestos que se asignó a algún integrante del subcomité o a los departamentos y/o áreas del hospital en cada sesión ordinario y/o extraordinario y registra el **"Seguimiento-difusión de acuerdos del Subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 06),** registra en **"Minuta del subcomité de transfusión sanguínea" (Anexo 05)** y da a conocer la agenda de la siguiente reunión. **Fin del Procedimiento.**

7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ		
Asesorado por:	•Lic. Claudia Judith González Ochoa	
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		

8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Aval Ciudadano:	Es un mecanismo de participación ciudadana enfocado a captar la voz de los usuarios sobre los servicios médicos que ofrece el Instituto, a través de la participación de la sociedad organizada.
Gestor de Calidad:	Profesional de la salud que promueva, asesora, coordina y da seguimiento a los proyectos y las acciones de mejora continua.
Equipo Directivo:	Es el órgano ejecutivo de gobierno de los centros hospitalarios y podrá estar integrado por las personas titulares de la dirección y las diferentes jefaturas.

9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
Instrucción 171/2009	Composición y funciones del comité de calidad y seguridad del paciente (COCASEP) en las unidades prestadoras de salud.
Instrucción 118/2008	Funciones de los gestores de calidad en los establecimientos de salud.
Instrucción 117/2008	Comité de calidad y seguridad del paciente (COCASEP)
	Comités técnico médicos hospitalarios lineamientos para la organización y funcionamiento 1999
NOM-253- SSA1-2012	Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos en su numeral 17.,

10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento	
	Anexo 01	Calendarización para el subcomité de transfusión sanguínea
	Anexo 02	Acta de instalación para el subcomité de transfusión sanguínea
	Anexo 03	Calendarización de sesión para el l subcomité de transfusión sanguínea
	Anexo 04	Orden del día para el subcomité de trasfusión sanguínea
	Anexo 05	Minuta para el subcomité de trasfusión sanguínea
	Anexo 06	Seguimiento-difusión de acuerdos del subcomité de transfusión

11.- Descripción de Cambios

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	10 marzo 2017	Todo	Se elabora por primera vez.

ANEXOS

ANEXO 01: CALENDARIZACIÓN PARA EL ACTA DE INSTALACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HORA			junio del 2016		
	Lunes 13	Martes 14	Miercoles 15	Jueves 16	Viernes 17
08:00				Lactancia Materna	
13:00 Hras		Inf Nosocomiales			
	Lunes 20	Martes 21	Miercoles 22	jueves 23	Viernes 24
13:00 Hras		Farmacovigilancia		Desastres	
14:00 Hras					
	Lunes 27	Martes 28	Miercoles 29	Jueves 30	Viernes
13:00 Hras		COCASEP			
14:00 Hras	MORTALIDA				

HORA			julio del 2016		
	Lunes 11	Martes 12	Miercoles 13	Jueves 14	Viernes 15
13:00 Hras		Enseñanza		Expediente Clinico	
	Lunes 18	Martes 19	Miercoles 20	jueves 21	Viernes 22
13:00 Hras		Transfusion		Referencia y Contrareferencia	
14:00 Hras					
	Lunes 25	Martes 26	Miercoles 27	Jueves 28	Viernes 29
13:00 Hras		Insumos		Bietica	
14:00 Hras	MORTALIDA				

HORA			Agosto del 2016		
	Lunes 8	Martes 9	Miercoles 10	Jueves 11	Viernes 12
08:00				Lactancia Materna	
13:00 Hras		Inf Nosocomiales			
	Lunes 15	Martes 16	Miercoles 17	jueves 18	Viernes 19
13:00 Hras		Farmacovigilancia		Desastres	

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Anexo 11.2

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DE SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
JALISCO

ACTA DE INSTALACION DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA DEL HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO.

En la Ciudad de _____ del estado de _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del _____ En las instalaciones del _____ con domicilio _____
Se reúnen previa invitación del Director (del establecimiento de Salud) _____ con clave CLUES _____ para Conformar el Subcomité de Transfusión Sanguínea.

Ante el Dr. _____ Director General del (nombre del establecimiento de salud) y Presidente de este comité, los vocales integrantes y el Secretario Técnico otorgan protesta correspondiente, declarando formal y materialmente instalado el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en el (Nombre del Establecimiento de Salud), exhortándolos, a realizar su mejor esfuerzo, dando la bienvenida a los integrantes del mismo, estableciendo en la integración de éste el objeto que es fungir como un *Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente*, además de proponer y recomendar al equipo directivo del Establecimiento de Salud, acciones en favor de la mejora continua.

Funciones a desarrollar por los Subcomités de Seguridad y Atención Medica en caso de Desastres en los establecimientos médicos de salud:

Según la NOM-253-SSA1-2012, el Comité de Medicina Transfusional tendra la función de:

- Elaborar protocolos, lineamientos o guías con criterios objetivos y científicos para que la práctica transfusional se realice con la máxima seguridad y de acuerdo con los principios de ética médica.
- Auditar periódicamente que las indicaciones, procedimientos transfusionales y manejo de reacciones adversas sean adecuadas y, en su caso, identicar las causas de las desviaciones, implementar medidas correctivas y preventivas y vigilar el grado de cumplimiento y eacia de las mismas.
- Asegurarse que el personal de salud participante registre en los expedientes de los pacientes las transfusiones aplicadas y, en su caso, los incidentes y reacciones o efectos adversos derivados de los mismos.
- Asegurarse que los incidentes o efectos adversos a una transfusión sean notificados oportunamente al banco de sangre o al servicio de transfusión proveedores de las unidades. Promover y coordinar las actividades docentes y de

ANEXO 02: ACTA DE INSTALACIÓN PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (HOJA 2)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

actualización en materia de la medicina transfusional para el personal participante que fomenten el uso óptimo de los productos sanguíneos.

- Promover los programas que proponga el banco de sangre o el servicio de transfusión, para procurar un abasto de sangre y componentes sanguíneos del más alto nivel de seguridad, con res de alcanzar o mantener la autosuficiencia.
- Participar con el comité de Ética y de Investigación Institucional en el análisis y opinión de los proyectos de investigación en materia de transfusiones. Difundir las disposiciones jurídicas aplicables entre el personal de salud del establecimiento de atención médica

Se da por concluida la presente acta, a las _____ horas del día de la fecha antes señalada, firmando al calce los que en ella intervinieron.

Dr. **Director General Establecimiento de Salud.**	**Presidente**
Dr. **Gestor de Calidad del Establecimiento de Salud.**	**Secretario técnico**
Dr. **Subdirector Médico del Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
CP. **Subdirector administrativo del Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
Dr. **Responsable de Enseñanza e Investigación del Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
Dr. **Jefes de los diversos servicios que presta el Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
Lic. **Responsable de la Jefatura de Enfermería del Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
Lic. **Responsable de la Jefatura de Trabajo Social del Establecimiento de Salud.**	**Vocal**
_____	**Vocal**

ANEXO 02: ACTA DE INSTALACIÓN PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (HOJA 3)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dr.
Responsable de Estomatología del Establecimiento de Salud.

Dr.
Responsable de apoyo de diagnóstico del Establecimiento de Salud. **Vocal**

HOJA DE FIRMAS DEL ACTA DE FECHA DE DE , DE LA CLAVE DE CHIA Y DE INSTALA DEL SUBCOMITE DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DEL Establecimiento de Salud DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE

ANEXO 03: CALENDARIZACIÓN DE SESIÓN PARA EL MINUTA DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Concepto		Tiempo / Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1ª. Sesión	P												
	R												
2ª. Sesión	P												
	R												
3ª. Sesión	P												
	R												

P: Programado

R: Realizado

ANEXO 04: ORDEN DEL DÍA PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL LAGOS

Secretaría de Salud

Orden del Día:

Firma de Asistentes:

ANEXO 05: MINUTA PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (HOJA 1)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Anexo 11.4

MINUTA DE SESION DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA
HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO

Convoca: _____ **Lugar de la Reunión** _____

Fecha: _____ **Hora de Inicio:** _____ **Hora de Término:** _____ **Minuta Nº** _____

TEMA GENERAL:	

OBJETIVO DE LA SESIÓN DEL COMITÉ:	

ORDEN DEL DIA:	

SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE LA SESIÓN ANTERIOR:			
Nº. DE ACUERDO	Nº. DE MINUTA	ASIGNACIÓN O TAREA	ESTADO ACTUAL

1

ANEXO 05: MINUTA PARA EL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (HOJA 2)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ACUERDOS DE LA SESIÓN:				
Nº. DE ACUERDO	ASIGNACIÓN O TAREA	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE

EVIDENCIAS DOCUMENTALES ENTREGADAS:

PROXIMA SESION:		
FECHA: _____	HORA: _____	LUGAR: _____

FIRMA DE ASISTENTES A LA SESIÓN DEL COCASEP.		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
	PRESIDENTE	
	SECRETARIO TÉCNICO DEL COCASEP	
	VOCAL	
	VOCAL	
	VOCAL	

ESTA ÚLTIMA PÁGINA CORRESPONDE A LA ___ MINUTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, DE FECHA _____

2

ANEXO 06: SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL SUBCOMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Anexo 11.5

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

LOGO DEL ESTADO

SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL SUBCOMITE DE TRANSFUSION SANGUINEA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CLUES

FECHA DE SESIÓN:

Minuta Nº.

PLAN DE ACCIÓN / % DE CUMPLIMIENTO

NO. ACUERDO	ACUERDO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Programación dd/mm/aa	Cumplimiento dd/mm/aa	RESULTADOS OBTENIDOS	OBSERVACIONES

DIFUSIÓN DE ACUERDO, ACTIVIDADES Y RESULTADOS

AREA	FORMA DE DIFUSIÓN	RESPONSABLE DE DIFUSIÓN	FECHA

PRESIDENTE DEL COMITÉ
NOMBRE Y FIRMA

SECRETARIO TÉCNICO
NOMBRE Y FIRMA