



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención
2430-003-002

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Juan Manuel Lira Romero
Titular de Unidad de Atención Médica

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Elaboró

Lic. Martha Patricia Galán Hermosillo
Jefa de la División de Apoyo a la Gestión

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 11 MAR. 2019

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

	Página
1 Base normativa	4
2 Objetivo	4
3 Ámbito de aplicación	4
4 Definiciones	4
5 Políticas	8
6 Descripción de actividades	13
Etapa I. Solicitud de Trásfusión ambulatoria.	13
Modalidad A. Trásfusión ambulatoria	13
Modalidad B. Trásfusión en Admisión Continua y/o Urgencias, Quirófano y Hospitalización	33
Etapa II. Trásfusión del componente sanguíneo	48
Etapa III. Término de la trásfusión del componente sanguíneo	59
Modalidad A. Trásfusión ambulatoria	59
Modalidad B. Trásfusión en Admisión Continua y/o Urgencias, Quirófano y Hospitalización	60
7 Diagrama de flujo	62
Anexos	



ÍNDICE

		Página
Anexo 1	Carta de consentimiento informado para la transfusión, clave 2430-009-001	95
Anexo 2	Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios, clave 2430-009-002	97
Anexo 3	Control de pruebas cruzadas, clave 2430-009-003	102
Anexo 4	Control de componente sanguíneo FBS-19 (Marbete), clave 2430-009-004	108
Anexo 5	Control de estudios inmunohematológicos, clave 2430-009-005	110
Anexo 6	Registro del proceso de transfusión, clave 2430-009-006	117



1 Base normativa

- Capítulo I De las Disposiciones Generales, artículo 7; Capítulo II De los Disponentes; Capítulo III De la Disposición de Órganos, Tejidos y Productos, Sección Primera Disposiciones Comunes, artículo 18; Sección Segunda De La Disposición de Órganos y Tejidos para Fines Terapéuticos, artículo 21 y 30, Fracciones V y X; Sección Tercera De la Disposición de Sangre y sus Derivados, y Capítulo VI De las Autorizaciones, artículo 89, 90, Fracciones I-IV, 91, 92 Fracciones I,III, V y VII, 93,94, 97-99, 100 Fracciones I-III, VIII y XI,101,102, numeral I, incisos A-C; numeral II En caso de Hemoderivados A y B; 103 y 112-121 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de las Disposiciones de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985 y sus reformas.
- Artículo 82, fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre del 2006 y sus reformas.
- Numeral 8.1.5.3.3 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 8 de febrero de 2018.

2 Objetivo

Establecer las líneas rectoras del personal de salud y administrativo que participa en el proceso de transfusión con fines diagnósticos y/o terapéuticos y la realización de pruebas especiales de diagnóstico en el Banco de Sangre y en los Servicios de Trasfusión en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, con la finalidad de contribuir en la seguridad del apoyo transfusional y disminución de los posibles riesgos que conlleva dicho apoyo.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para las Unidades Médicas de Alta Especialidad y los Bancos de Sangre.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 área de transfusión: Es aquella que realiza estudios de compatibilidad y parcialmente de problemas inmunohematológicos, suministra componentes sanguíneos a pacientes hospitalizados, también denominado Servicio de Transfusión.



4.2 Banco de sangre tipo A: Es aquel que promueve el programa de donación de sangre y sus componentes y de células progenitoras hematopoyéticas; recolecta, fracciona, estudia, distribuye y coordina movimientos de excedentes, realiza actividades docentes y de investigación; supervisa y asesora la operación de los Bancos de Sangre tipo B y C de su jurisdicción, resuelve y analiza problemas transfusionales, de anemias hemolíticas, practica terapia transfusional ambulatoria; realiza estudios y procedimientos de producción especializada, efectúa disposición de aféresis, de células progenitoras hematopoyéticas y realiza hemovigilancia.

4.3 Banco de sangre tipo B: Es aquel que promueve el programa de donación de sangre y sus componentes y de células progenitoras hematopoyéticas; recolecta, fracciona, estudia, distribuye y coordina movimientos de excedentes, realiza actividades docentes y de investigación; supervisa y asesora la operación de los Bancos de Sangre tipo C de su jurisdicción, resuelve y analiza problemas transfusionales, practica terapia transfusional ambulatoria y hospitalaria, efectúa disposición de aféresis y realiza hemovigilancia.

4.4 biometría hemática: Estudio analítico de los componentes de la sangre.

4.5 Centro de colecta: Es aquel que promueve el programa de donación de sangre y sus componentes y de células progenitoras hematopoyéticas; recolecta, estudia parcialmente al donante, envía unidades de sangre y muestras sanguíneas del donante al Banco de Sangre tipo A o B del cual depende para su estudio y procesamiento, también realiza actividades docentes y de investigación; puede efectuar obtención de aféresis, de contar con la infraestructura y personal adecuados para tal fin y realiza hemovigilancia. Antes denominado Banco de sangre tipo C.

4.6 Comité de Medicina Transfusional: Grupo constituido por un número variable de profesionales de la salud de acuerdo a los servicios de atención médica, tamaño y grado de especialización del hospital, cuya responsabilidad es asegurar la calidad y seguridad del ejercicio transfusional.

4.7 componente sanguíneo: Fracción celular o líquida del tejido hemático, separada de una unidad de sangre total por sedimentación, centrifugación, filtración, congelación o recolectada por aféresis.

NOTA: Sangre total es el tejido hemático tal y como se obtiene en una sesión de extracción, suspendido en una solución anticoagulante

4.8 consentimiento informado: Documento escrito, signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.9 cuasifalla: Falta o error que no ocurrió.



4.10 disposición de sangre y componentes sanguíneos: Es el conjunto de actividades relativas a la obtención, análisis, conservación, preparación, utilización, suministro y destino final de la sangre y sus componentes con fines terapéuticos, de docencia y/o investigación.

4.11 donante: Persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera. Sinónimo: donante originario.

4.12 evento adverso: Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

4.13 evento centinela: Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad. Además eventos que por su gravedad y características de la unidad se decidan considerar como tal (robo de infante).

4.14 hemovigilancia: Conjunto de procedimientos organizados de seguimiento de los eventos adversos o reacciones adversas inesperadas, que se pueden manifestar en los donantes o en los receptores, con el fin de tratar o prevenir su aparición o recurrencia.

4.15 Identificación oficial: Documento que comprueba la identidad del donador (credencial ADIMSS, INE vigente [antes IFE], licencia de manejo vigente, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla de servicio militar expedida en los últimos diez años y Cartilla Nacional de Salud con fotografía y sello. Para estudiantes: credencial escolar vigente y CURP. Para extranjeros: Pasaporte o Tarjeta de residencia FM 2 o FM 3 vigente). En caso de que la identificación no cuente con el domicilio se solicitará un comprobante del mismo.

4.16 leucodepleción: Procedimiento por el cual se disminuyen de tres o más logaritmos los leucocitos de algún componente celular de la sangre; se logra con el empleo de filtros de tercera generación.

4.17 marbete: Información contenida en una etiqueta que acompaña a una unidad de sangre o de algún componente sanguíneo, pero que no va adherida a la unidad.

4.18 muestra: Alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto, extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.

4.19 personal de salud: Conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, entre sí y con los pacientes, con el propósito de generar acciones de promoción, prevención y protección a la salud, así como de atención a la enfermedad.

4.20 prueba de compatibilidad: Estudios practicados in vitro empleando muestras de sangre del donante y del receptor, para comprobar la existencia de afinidad recíproca entre las células de uno y el suero del otro, para efectos transfusionales.

4.21 reacción adversa: Respuesta nociva e inesperada, de aparición inmediata o tardía o incidente, ocurrido en el donante o en el receptor, relacionada con la extracción o la



transfusión de sangre o de sus componentes, que ocasiona síntomas, anormalidades, o condiciones temporales o permanentes de diverso grado de severidad.

4.22 servicios de sangre (Banco de Sangre, Centro de Colecta y Servicio de Transfusión Hospitalaria): Son establecimientos que promueven el programa de donación de sangre y sus componentes y de células progenitoras hematopoyéticas; recolectan, estudian parcialmente al donante, envían unidades de sangre y muestras sanguíneas del donante al Banco de Sangre tipo A o B del cual dependa, para su estudio y procesamiento. También realiza actividades docentes, investigación y hemovigilancia.

4.23 signos vitales: Constantes corporales esenciales para la vida (temperatura, frecuencia cardiaca o pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial).

4.24 situaciones de riesgo: Acciones del individuo en las que se expone para contraer agentes infecciosos transmisibles.

4.25 somatometría: Procedimiento por el cual se obtiene peso y estatura del donante de sangre.

4.26 transfusión: Procedimiento terapéutico consistente en la aplicación de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano, sin la finalidad de que injerten en el organismo receptor.

4.27 transfusión ambulatoria: La aplicación de sangre o componentes sanguíneos que se efectúa en receptores no hospitalizados.

4.28 transfusión de urgencia. Se considera como tal, aquélla que cuando un retraso en su aplicación, pone en peligro la vida del paciente.

4.29 trazabilidad: La capacidad de efectuar el seguimiento de cada unidad de sangre o componente sanguíneo desde el donante hasta su uso terapéutico, fraccionamiento en hemoderivados o su destino final incluyendo su desecho o almacenamiento en serotecas y viceversa.

4.30 UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad): Unidad de operación administrativa desconcentrada, con capacidad tecnológica y resolutoria para otorgar atención médica a padecimientos de alta complejidad o con necesidad de recursos diagnóstico terapéuticos sofisticados o altamente especializados, con rectoría técnico médica en su ámbito y que fomenta la educación e investigación en salud.

4.31 Unidad médica de tercer nivel de atención: Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Médicas Complementarias, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que envíen las unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.



5 Políticas

5.1. Generales

5.1.1 La entrada en vigor del Procedimiento actualizará y dejará sin efecto el “Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, con clave 2430-003-002 con fecha de registro 10 de octubre de 2012.

5.1.2 El incumplimiento de las disposiciones incluidas en el presente documento, por los servidores públicos involucrados, será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.3 El personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) deberá fomentar la trascendencia de la donación voluntaria de sangre y promoverla entre la población que hace uso de los servicios, los familiares de los pacientes, los mismos compañeros de trabajo, las empresas y los grupos voluntarios.

5.1.4 El personal de salud y administrativo que realiza actividades en los Bancos de Sangre y en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención deberán mantener la confidencialidad de la información relativa a los casos evaluados y se asegurarán de que el manejo de datos personales de los derechohabientes observe lo que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

5.1.5 El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza del tema, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.1.6 La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, será la responsable de interpretar el presente procedimiento, así como resolver los casos no previstos en el mismo.

5.1.7 Los Bancos de Sangre y las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención podrán establecer métodos específicos de trabajo con base en el Procedimiento, previamente autorizados por los órganos normativos correspondientes. Lo anterior, con base en la Norma para la elaboración, autorización y registro de los documentos normativos internos en el Instituto IMSS, clave 1000-001-001, apéndice F.

5.1.8 El procedimiento atiende al contenido de:

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.



- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental- residuos peligrosos biológicos –infecciosos- Clasificación y Especificación de Manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020, registrada el 27 de noviembre de 2017.
- Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-006, registrado el 03 de julio de 2012.
- Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016, registrado el 10 de octubre de 2012.
- Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039, registrado el 02 de julio de 2010.
- Procedimiento para la atención médica en el área de primer contacto en el servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040, registrado el 04 de noviembre de 2009.
- Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Terapia Intensiva de las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-034, registrado el 10 de octubre de 2012.
- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes 2016. www.conamed.gob.mx.



- Carta de los Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud 2016. www.conamed.gob.mx.

5.2. Específicas

Titular de Dirección de UMAE, Dirección Médica o responsables donde se realiza transfusión sanguínea o sus componentes:

5.2.1. Serán los responsables de constituir un Comité de Medicina Transfusional y de supervisar que cumpla sus objetivos.

5.2.2. Supervisarán que el responsable del Banco de Sangre envíe mensualmente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, el informe de las actividades relativas a la disposición de sangre y sus componentes sanguíneos, en el formato correspondiente.

Titular de la Dirección de UMAE, Dirección Médica, Subdirección Médica, Jefe de la División Médico Quirúrgica, Jefe de Departamento Clínico o Servicio del Banco de Sangre y de los servicios hospitalarios en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención o responsables:

5.2.3. Difundirán el presente procedimiento entre el personal de salud adscrito a la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, especialmente a aquellos que participen en este proceso.

5.2.4. Conducirán en el ámbito de responsabilidad y nivel organizacional la implantación del procedimiento.

5.2.5. Supervisarán que el personal de salud realice las actividades conforme a lo establecido en el presente procedimiento.

Titular de Dirección Médica, Subdirección Médica, Jefe de División de Calidad, Jefe de la División de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Jefe de Departamento Clínico o Servicio de Banco de Sangre o del Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o responsables:

5.2.6. Planearán, organizarán, supervisarán y evaluarán que el proceso de la transfusión de los componentes sanguíneos, se realice con calidad y conforme a la Misión y Visión hospitalaria y el marco legal y normativo aplicable.

5.2.7. Identificarán las áreas de oportunidad para la mejora continua del proceso de la transfusión de los componentes sanguíneos.



5.2.8. Promoverán la donación voluntaria de sangre entre la población que hace uso de los servicios, familiares de los pacientes, empleados del IMSS, empresas, y grupos voluntarios.

Titular de la Dirección Médica, Subdirección Médica, Jefe de Departamento Clínico o Servicio de Banco de Sangre y del Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o responsables:

5.2.9. Enviarán mensualmente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea el informe de las actividades relativas a la disposición de sangre y sus componentes sanguíneos, en el formato correspondiente.

Personal médico tratante:

5.2.10. Serán los responsables de la indicación y supervisión de las transfusiones de los componentes sanguíneos, que podrán ser transfundidos por otros trabajadores de la salud, quienes serán responsables solidarios del acto transfusional.

5.2.11. Registrarán y supervisarán que el personal que realice la transfusión del componente sanguíneo, registre en el "Expediente clínico" del receptor las acciones que se hayan realizado.

5.2.12. Evaluarán inmediatamente al paciente que ha recibido una transfusión y que presenta cualquier manifestación clínica que sugiera una reacción transfusional, con la finalidad de adoptar las medidas que estime necesarias conforme a los procedimientos establecidos.

5.2.13. Aplicarán racionalmente el recurso de la sangre y sus componentes sanguíneos y limitarán su uso terapéutico en las siguientes situaciones: cuando el receptor tenga un padecimiento que no sea susceptible de corregirse por otros métodos terapéuticos y cuando el beneficio terapéutico predecible supere a los riesgos inherentes del acto transfusional.

5.2.14. Deberán notificar todas las aparentes reacciones adversas que se hubiesen presentado con el paciente al Banco Sangre o al Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) o al Comité de Medicina Transfusional que atienda al paciente según sea el caso.

Personal del Banco de Sangre y de los servicios hospitalarios en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención que participen en el proceso de donación y transfusión:

5.2.15. Vigilarán que el "Control de componente sanguíneo (Marbete)" que acompaña a la unidad del componente sanguíneo sea requisitado correctamente y en su totalidad.



Asimismo, que sea devuelto al Banco de Sangre o al Área de Transfusión correspondiente, una vez transfundido.

5.2.16. Vigilarán que las unidades con componentes sanguíneos se mantengan en condiciones apropiadas y óptimas de conservación hasta el momento de su aplicación terapéutica.

5.2.17. Guardarán estricta confidencialidad sobre la información personal del donante, del paciente y de los resultados de los estudios de laboratorio realizados.

5.2.18. Aplicarán los procedimientos generales y de calidad para la administración de los componentes sanguíneos, a fin de cumplir con la normatividad institucional, federal e internacional.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Tratante de Consulta Externa	<p>5. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, así como de la necesidad de requerir apoyo transfusional como parte de su tratamiento y le explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.</p> <p>6. Establece que el apoyo transfusional del paciente se realice en forma ambulatoria con base a las condiciones clínicas del paciente y los “Resultados de laboratorio y gabinete” con los que fue referido a la consulta externa de especialidades.</p> <p>7. Elabora la nota médica en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la que debe contener los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha y hora,• Interrogatorio (enfaticando en los antecedentes gineco-obstétricos, enfermedad hemolítica del recién nacido, transfusionales y reacciones adversas a la transfusión y en su caso fecha de la última transfusión).• Hallazgos de la exploración física,• Signos vitales,• Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete,• Probable(s) diagnóstico(s),• Tratamiento,• Pronóstico,• Destino del paciente,• Nombre, firma y matrícula del Médico no Familiar Tratante. <p>anexa el formato en el “Expediente clínico”.</p> <p>8. Requisita correctamente y con letra legible los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia – Contrareferencia 4-30-8/98” en original y copia,• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010, original y dos copias. <p>NOTA 1: El formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-8/98” es el Anexo 2 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p> <p>Responsable del Área de Recepción de Pacientes del Banco de Sangre</p> <p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p>	<p>20. Determina de acuerdo al interrogatorio, exploración física y resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, si el paciente requiere la transfusión del componente sanguíneo.</p> <p style="text-align: center;">No requiere la transfusión</p> <p>21. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable los motivos por los cuales no se requiere la transfusión del componente sanguíneo, consigna en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la nota médica de atención y requisita la sección contrarreferencia del formato “Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98” en original y copia.</p> <p>22. Entrega el original del formato “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” al paciente, le informa de las recomendaciones a seguir y le solicita que acuda con su médico tratante para continuar con la atención médica.</p> <p>23. Anexa a la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” la copia de la “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” y la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias y la entrega al Responsable del Área de Recepción de Pacientes del Banco de Sangre para su archivo.</p> <p>24. Recibe la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”, la archiva en el Área de Recepción de Pacientes del Banco de Sangre y concluye el proceso.</p> <p style="text-align: center;">Sí requiere la transfusión</p> <p>25. Revisa la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y ratifica los siguientes datos con base a la “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” y resultados de estudios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de componente sanguíneo,• Transfusión inmediata (el mismo día o programada),• Número de unidades a transfundir,• Tiempo requerido para transfundir y• Periodicidad de las transfusiones, según el caso.



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p>	<p>NOTA: Los “Resultados de los estudios de laboratorio y gabinete” con los que fue referido el paciente a la consulta externa de especialidades, se encuentran consignados en el formato de “Referencia–Contrarreferencia 4-30-8/98”.</p> <p>26. Determina si por las condiciones clínicas del paciente es necesario transfundir componentes con algún procedimiento especial (componentes fenotipados, irradiados y/o leucodepleción).</p> <p>27. Elabora nota de atención médica e indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y el plan de manejo, realiza las rectificaciones pertinentes según el caso y las rubrica.</p> <p>28. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico y tratamiento del primero, así como de la necesidad de la transfusión, explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones y aclara dudas.</p> <p>29. Requisita “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1) y solicita la firma autógrafa del paciente o del familiar o persona legalmente responsable, de acuerdo a las condiciones del primero.</p> <p>NOTA: La “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1) sólo deberá de ser requisitada en una ocasión y es independiente del número de componentes sanguíneos a transfundir.</p> <p>30. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable que pase con la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre para que le tomen una muestra sanguínea.</p> <p>31. Entrega a la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” y la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia,• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010, original y dos copias,



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p> <p>Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p>	<ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72, en original y copia,• “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1). <p>32. Recibe del Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” y la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia – Contrarreferencia” 4-30-8/98, original y copia,• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias,• “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72, en original y copia,• “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1). <p>33. Revisa las indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72, las coteja contra la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y verifica que concuerden para llevar a cabo la transfusión el mismo día o de manera programada.</p> <p style="text-align: center;">No concuerdan las indicaciones descritas</p>
<p>Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p>	<p>34. Informa y solicita al Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre modifique las indicaciones médicas en las “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y le entrega el formato.</p>
<p>Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p>	<p>35. Modifica las indicaciones médicas en las “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72 y entrega el formato a la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre.</p> <p>36. Recibe las “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72 del Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre.</p> <p>Continúa en la actividad 33.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre	<p data-bbox="786 268 1409 300" style="text-align: center;">Sí concuerdan las indicaciones descritas</p> <p data-bbox="638 338 1463 407">37. Llama al paciente, le solicita su “Cartilla Nacional de Salud” y constata su identidad.</p> <p data-bbox="638 443 1463 548">38. Informa al paciente si la transfusión es el mismo día o es de manera programada y actúa conforme al caso.</p> <p data-bbox="732 583 1260 615" style="text-align: center;">Transfusión de forma programada.</p> <p data-bbox="732 651 1122 682">Continúa en la actividad 39.</p> <p data-bbox="732 718 1122 749" style="text-align: center;">Transfusión el mismo día.</p> <p data-bbox="732 785 1122 816">Continúa en la actividad 45.</p> <p data-bbox="821 852 1341 884" style="text-align: center;">Transfusión de forma programada</p> <p data-bbox="638 919 1463 1062">39. Consulta la “Libreta de control de citas para la transfusión ambulatoria”, localiza la fecha más cercana para realizar la transfusión y registra los siguientes datos:</p> <ul data-bbox="659 1098 1463 1360" style="list-style-type: none">• Nombre completo del paciente,• Número de seguridad social y agregado del paciente,• Fecha y hora de la cita,• Su matrícula,• Unidad Médica de procedencia,• Componente sanguíneo a transfundir. <p data-bbox="732 1396 1463 1514">NOTA: La “Libreta de control de citas para la transfusión ambulatoria” será una libreta que cuente con calendario y que permita programar citas para realizar la transfusión de componentes sanguíneos.</p> <p data-bbox="638 1549 1463 1619">40. Transcribe en la “Cartilla Nacional de Salud” los siguientes datos:</p> <ul data-bbox="659 1654 1284 1728" style="list-style-type: none">• Fecha de la cita (día, mes, año y hora),• Nombre del Banco de Sangre. <p data-bbox="638 1764 1463 1942">41. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la fecha y hora de la cita, así como las condiciones en las cuales deberá presentarse para realizar el procedimiento de transfusión del componente sanguíneo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de sangre	<p>42. Aclara dudas al paciente, familiar o persona legalmente responsable y le regresa la “Cartilla Nacional de Salud”.</p> <p>43. Identifica en la “Libreta de control de citas para la transfusión ambulatoria”, al inicio de la jornada, los pacientes citados para transfusión, localiza la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” de cada uno de ellos y los separa.</p> <p>44. Solicita al paciente, familiar o persona legalmente responsable la “Cartilla Nacional de Salud” y corrobora la fecha y hora programada.</p> <p>Continúa en la actividad 45.</p> <p style="text-align: center;">Transfusión el mismo día</p> <p>45. Entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable la “Cartilla Nacional de Salud”, le explica en forma sencilla y clara, en que consiste el procedimiento de la toma de muestra sanguínea que se le va a realizar y aclara dudas.</p> <p>46. Requisita el formato “Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios” clave 2430-009-002 (Anexo 2).</p> <p>47. Registra en dos “Etiquetas de identificación para tubos de muestra sanguíneas” los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha de la toma de muestra,• Nombre completo del paciente,• Número de seguridad social y agregado,• Nombre de quien toma la muestra. <p>NOTA: La tinta utilizada en las etiquetas deberá de ser indeleble, y su adherencia a los tubos en presencia del paciente.</p> <p>48. Adhiere las “Etiquetas de identificación para tubos de muestra sanguíneas” de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none">• Primera etiqueta: al tubo con EDTA (para biometría hemática y grupo sanguíneo ABO y Rh) y• Segunda etiqueta: al tubo sin anticoagulante (para pruebas cruzadas).



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de sangre	<p>NOTA: Para pacientes que recibieron transfusión o que han estado embarazadas en los últimos 3 meses o si la historia transfusional o de embarazo es incierta, la muestra sanguínea pretransfusional usada para las pruebas de compatibilidad deberá ser de menos de 72 horas de obtenida al momento de la transfusión.</p> <p>49. Realiza el lavado de manos de acuerdo a “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” clave 2430-005-026.</p> <p>NOTA: Las “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”, clave 2430-005-026, es el Anexo 4 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.</p> <p>50. Obtiene la muestra sanguínea del paciente, en los tubos correspondientes de acuerdo a las “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tubo con EDTA (para biometría hemática y grupo sanguíneo ABO y Rh),• Tubo sin anticoagulante (para pruebas cruzadas). <p>NOTA 1: Las “Instrucciones para obtener muestra de sangre”, clave 2430-005-030, es el Anexo 9 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.</p> <p>NOTA 2: Si la muestra se va a tomar de una vena que está canalizada, para evitar interferencia con el líquido intravenoso residual, la línea debe ser purgada y la sangre debe drenar por lo menos 5 ml o el doble del volumen contenido en la línea, antes de colectar la muestra para las pruebas de compatibilidad.</p> <p>51. Registra en el “Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios” clave 2430-009-002 (Anexo 2) su nombre, su matrícula y su firma.</p> <p>52. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable que pasen a la Sala de Espera y que le llamará en cuanto el componente sanguíneo a transfundir se encuentre disponible.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad</p> <p>Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes</p> <p>Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad</p>	<p style="text-align: center;">Se aclara la inconsistencia</p> <p>Continúa en la actividad 60.</p> <p style="text-align: center;">No se aclara la inconsistencia</p> <p>58. Informa a la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes que no es posible realizar el análisis de las muestras sanguíneas, regresa los tubos y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” y solicita una nueva muestra sanguínea.</p> <p>59. Recibe los tubos y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”, explica al paciente en forma sencilla y clara, por qué se le realizará de nuevo la toma de muestra sanguínea y aclara dudas.</p> <p>Continúa en la actividad 46.</p> <p style="text-align: center;">Sí coinciden los datos</p> <p>60. Registra la fecha y hora de recepción de la muestra sanguínea en el formato de “Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios” clave 2430-009-002 (anexo 2) y lo firma de recibido.</p> <p>61. Procesa la muestra sanguínea incluida en el tubo con EDTA, efectúa la biometría hemática y grupo sanguíneo ABO y Rh y registra los hallazgos en el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3).</p> <p>62. Busca el componente sanguíneo solicitado de acuerdo con el grupo sanguíneo ABO y Rh del paciente, realiza las pruebas de compatibilidad entre las muestras del paciente y el componente sanguíneo del donador, determina si son compatibles.</p> <p style="text-align: center;">El componente sanguíneo sí es compatible</p> <p>Continúa en la actividad 64.</p> <p style="text-align: center;">El componente sanguíneo no es compatible</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad	<p>63. Realiza las pruebas necesarias para obtener el componente sanguíneo compatible con el paciente y determina si ya es compatible.</p> <p>NOTA: Las muestras utilizadas para pruebas de compatibilidad deberán ser almacenadas por un tiempo de retención de siete días posteriores al día de la transfusión.</p> <p>Ya es compatible el componente sanguíneo con el paciente</p> <p>64. Requisita el formato de “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y registra los resultados de las pruebas realizadas en los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3)• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (reverso). <p>NOTA: Las muestras utilizadas para pruebas de compatibilidad deberán ser almacenadas por un tiempo de retención de siete días posteriores al día de la transfusión.</p> <p>Continúa en la actividad 90.</p> <p>Sigue siendo no compatible el componente sanguíneo con el paciente</p>
Responsable del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología)	<p>65. Registra los resultados de las pruebas de compatibilidad en el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3) y lo envía al Área de Estudios Especiales (Inmunohematología) para estudio, junto con las muestras sanguíneas y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p> <p>66. Recibe el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), las muestras sanguíneas y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p> <p>67. Realiza los estudios inmunohematológicos que correspondan y registra los resultados en el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), así como en “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5) y valora la posibilidad de requerir una nueva muestra sanguínea.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología)</p> <p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre</p> <p>Responsable del Área de Recepción de Pacientes del Banco de Sangre</p>	<p>No requiere una nueva muestra sanguínea</p> <p>Continúa en la actividad 84.</p> <p>Requiere una nueva muestra sanguínea</p> <p>68. Informa de manera verbal o vía telefónica los resultados al Médico Responsable del Área de Transfusión, le solicita nuevas muestras sanguíneas del paciente y le entrega la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p> <p>69. Conserva el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3) y el “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5) hasta la siguiente realización de pruebas para la detección de anticuerpos.</p> <p>70. Recibe la información sobre el caso, la solicitud y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”, del Personal Responsable, del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología) y verifica si el paciente se encuentra en la sala de espera.</p> <p>El paciente sí se encuentra en la sala de espera</p> <p>Continúa en la actividad 79.</p> <p>El paciente no se encuentra en la sala de espera</p> <p>71. Solicita al Responsable del Área de Recepción de Pacientes del Banco de Sangre que se comuniquen telefónicamente con el paciente para otorgarle cita y le entrega la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p> <p>72. Recibe la solicitud del Médico Responsable del Área de Transfusión y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p> <p>73. Localiza vía telefónica al paciente y le otorga cita para nueva toma de muestra sanguínea.</p> <p>74. Registra la fecha y hora de la cita en la “Libreta de control de citas para la transfusión ambulatoria” y archiva temporalmente la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” hasta el día de la cita.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes</p> <p>Responsable del Área de Estudios Especiales Inmunohematología del Banco de Sangre</p> <p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión del Banco de Sangre</p>	<p>82. Entrega al Responsable del Área de Estudios especiales (Inmunohematología del Banco de Sangre) la muestra sanguínea del paciente y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p>
	<p>83. Recibe la muestra sanguínea del paciente y la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p>
	<p>84. Identifica el plan de estudio registrado por el Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre en “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72 de la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p>
	<p>85. Ubica el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3) y el “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5), realiza los estudios inmunohematológicos y pruebas cruzadas acorde al plan de estudio y registra los hallazgos en dichos formatos.</p>
	<p>86. Localiza el componente sanguíneo a transfundir de acuerdo a los hallazgos de las pruebas inmunohematológicas realizadas.</p>
	<p>NOTA: En caso de requerir apoyo diagnóstico, solicita la colaboración del Médico Responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre para la evaluación conjunta del caso y la elección adecuada del componente sanguíneo.</p>
	<p>87. Registra en el “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5) las acciones y recomendaciones a realizar para la transfusión y se las comunica al Médico Responsable del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre.</p>
	<p>88. Recibe la comunicación de los resultados de las pruebas inmunohematológicas realizadas y las reporta en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” de la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” así como las indicaciones médicas para realizar la transfusión del componente sanguíneo.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del Área de Estudios Especiales Inmunohematología del Banco de Sangre</p> <p>Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad/ Responsable del Área de Estudios Especiales Inmunohematología del Banco de Sangre</p> <p>Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre</p>	<p>89. Requisita el primer recuadro del “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4), con los datos del paciente y del componente sanguíneo a transfundir y registra la compatibilidad del componente sanguíneo con el paciente en la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias.</p> <p>90. Compila el componente sanguíneo seleccionado a través de las pruebas de compatibilidad, el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 original y primera copia, entrega al Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre el componente sanguíneo para mantenerlo en las condiciones óptimas de almacenamiento.</p> <p>91. Recibe del Área de Estudios de Compatibilidad o Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Componente sanguíneo compatible con el paciente,• “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4),• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 en original y primera copia. <p>y coteja que los datos del componente sanguíneo correspondan con lo descrito en dichos formatos.</p> <p>No corresponden los datos del componente sanguíneo con los formatos</p> <p>92. Comunica al Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad o Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre que no corresponden los datos del paciente y solicita la aclaración correspondiente hasta su solución.</p> <p>NOTA: El Personal Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad o Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre, dentro de su ámbito de competencia rectifica en su caso la información descrita en dichos formatos.</p> <p>Continúa en la actividad 93.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre	<p>Sí corresponden los datos del componente sanguíneo con los formatos</p> <p>93. Firma de conformidad en la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, en original y primera copia y junto con esta compila el Componente sanguíneo y el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) 2430-009-004 (Anexo 4), registra el componente sanguíneo en el formato “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008.</p> <p>NOTA: El formato “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008, es el Anexo 1 del “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p> <p>94. Almacena el Componente sanguíneo, archiva temporalmente en del Área de Despacho el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y primera copia, mantiene el componente sanguíneo en condiciones óptimas hasta ser solicitado para su transfusión.</p> <p>95. Revisa diariamente que los componentes sanguíneos cruzados no permanezcan más de 72 horas almacenados e informa al servicio clínico que solicitó el componente sanguíneo, la existencia del mismo, con el fin de evitar que se caduquen.</p>
Responsable del Área de Estudios Especiales Inmunohematología del Banco de Sangre	<p>96. Anexa la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 a la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” y la entrega al Personal de Enfermería del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes.</p> <p>NOTA: En caso de que se hayan realizado pruebas cruzadas y/o estudios inmunológicos se archiva el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3) y “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5) en la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.</p>
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes	<p>97. Recibe la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”, ratifica que se encuentra completa y firma de recibido en el “Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios” clave 2430-009-002 (Anexo 2).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes	<p>98. Recibe al paciente y a su familiar o persona legalmente responsable, le solicita la “Cartilla Nacional de Salud” y verifica su identidad.</p> <p>99. Revisa en “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72 de la “Carpeta del paciente de Banco de Sangre” las indicaciones médicas para la transfusión y coteja que el o los componente(s) sanguíneo(s) solicitados correspondan con lo solicitado en la copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010.</p> <p>100. Instala al paciente en un sillón o cama del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes, se asegura que se encuentre cómodo y explica el procedimiento a realizar.</p> <p>101. Extrae de la “Carpeta del paciente de Banco de Sangre” la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y acude con la copia y recipiente térmico para solicitar el componente sanguíneo al Área de Despacho del Banco de Sangre.</p> <p>NOTA: Los concentrados eritrocitarios deben permanecer entre 1° y 6°C y las plaquetas entre 20° y 24°C.</p>
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre	<p>102. Entrega al Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010.</p> <p>103. Recibe la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, localiza el componente sanguíneo solicitado, y se asegura junto con la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes que los datos del componente sanguíneo correspondan con los de la solicitud.</p> <p>104. Solicita a la Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes del Banco de Sangre la firma de recibido en la primera copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y entrega el o los componentes sanguíneos junto con los siguientes formatos:</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none">• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y las dos copias.
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes del Banco de Sangre	105. Recibe el o los componentes sanguíneo junto con el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias, firma de recibido en la primera copia y la regresa.
Responsable del Área de Despacho	106. Archiva en el Área de Despacho la primera copia de la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y registra el egreso del componente sanguíneo por petición de Enfermería para su transfusión en “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008.
Enfermera del Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes del Banco de Sangre	107. Coloca el o los componente(s) sanguíneo(s) en el recipiente térmico y transporta inmediatamente al Área de Transfusión Ambulatoria de Pacientes del Banco de Sangre junto con los formatos: <ul style="list-style-type: none">• “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 original y segunda copia.
	108. Reúne los Componentes sanguíneos, la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” con el formato “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y la “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y copia, ratifica que los datos de identificación sean idénticos y confirma las indicaciones para la transfusión registradas en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.
	109. Prepara los tubos para la confirmación del grupo sanguíneo del componente sanguíneo a transfundir “a pie de cama”, realiza las pruebas necesarias y coteja que el grupo sanguíneo del componente sanguíneo observado corresponda con el grupo sanguíneo del paciente.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante/ Responsable de Admisión Continua/ Urgencias/ Quirófano/Hospitalización	<p>115. Evalúa la gravedad o severidad del caso y determina la urgencia de llevar a cabo la transfusión, en función de los antecedentes, interrogatorio clínico, exploración física y resultados de exámenes de laboratorio.</p> <p>116. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, así como de la necesidad de requerir apoyo transfusional como parte de su tratamiento y le explica con claridad los riesgos, eventuales complicaciones y aclara dudas.</p> <p>117. Elabora la nota médica pre-transfusional en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” que debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha y hora,• Interrogatorio,• Hallazgos a la exploración física,• Signos vitales,• Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete,• Probable(s) diagnóstico(s),• Tratamiento,• Pronóstico <p>además, nombre, firma y matrícula del Médico no Familiar, la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>118. Elabora indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, en donde especifica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de componente sanguíneo,• Número de unidades a transfundir,• Tiempo requerido para transfundir y <p>anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>119. Indica a la Enfermera responsable del paciente que el paciente requiere apoyo transfusional y le solicita que busque en el “Expediente clínico” el formato “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, para la solicitud del componente sanguíneo al Personal Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico no Familiar Tratante/ Responsable de Admisión Continua/ Urgencias/ Quirófano/ Hospitalización</p> <p>Enfermera Responsable del paciente</p>	<p>123. Informa a la Enfermera responsable del paciente sobre el plan de tratamiento y entrega el “Expediente clínico” con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nota médica e indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”,• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias y• “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1). <p>124. Recibe del Médico no Familiar tratante la información respecto al plan de tratamiento y el “Expediente clínico” del paciente con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nota médica e indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”,• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias y• “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 (Anexo 1). <p>125. Revisa las indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, las coteja contra la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 para llevar a cabo la toma de muestra sanguínea y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p> <p>126. Acude al área en donde se encuentra el paciente le pregunta su nombre y lo corrobora con la “Pulsera de identificación” que porta en la mano derecha que cuenta con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo,• No. de Seguridad Social y agregado,• No. de cama,• Servicio y• Fecha de ingreso, <p>NOTA: La “Pulsera de identificación” que porta el paciente, preferentemente debe estar en la mano derecha.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Responsable del paciente	<p>127. Coteja los datos de la “Pulsera de identificación” del paciente contra la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p> <p>128. Elabora con tela adhesiva las “Etiquetas de identificación para tubos de muestra sanguíneas” con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo,• Número de seguridad social y agregado del paciente,• No. de cama,• Servicio• Fecha y hora en la que se tomó la muestra sanguínea. <p>129. Adhiere a los tubos para las muestras sanguíneas del paciente las “Etiquetas de identificación para tubos de muestra sanguíneas”, realiza el lavado de manos de acuerdo a “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” clave 2430-005-026.</p> <p>NOTA: El tubo con EDTA es para biometría hemática y grupo sanguíneo ABO y Rh y el tubo sin anticoagulante es para pruebas cruzadas.</p> <p>130. Obtiene la muestra de sangre del paciente, de acuerdo a las “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030 y la deposita en los tubos previamente etiquetados.</p> <p>NOTA: El paciente que requiere ser transfundido, para tal efecto, deberá tener canalizada una vena adicional a la ya existente.</p> <p>131. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio los tubos etiquetados con las muestras sanguíneas y la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Enfermera Responsable del paciente</p> <p>Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio</p> <p>Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p>	<p>132. Registra las acciones realizadas en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86” así como su nombre y matrícula del responsable de la toma de la muestra sanguínea.</p> <p>NOTA: El formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86” es el anexo 8 del Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-004.</p> <p>133. Recibe de la Enfermera Responsable del paciente los tubos etiquetados con las muestras sanguíneas y el formato de “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias, los coteja y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p> <p>134. Llama telefónicamente al Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención para solicitar la preparación de los componentes sanguíneos que se requieren.</p> <p>135. Envía los tubos etiquetados con las muestras sanguíneas para su análisis y la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias al Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención para los estudios de compatibilidad.</p> <p>136. Recibe los Tubos etiquetados con la muestra sanguínea del paciente y el formato de “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y dos copias.</p> <p>137. Coteja los datos de las “Etiquetas de identificación para tubos de muestra sanguíneas” contra los registrados en la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p> <p>Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio</p> <p>Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p>	<p>138. Firma de recibido en la segunda copia de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, registra la fecha y hora de recepción de la muestra y se la entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio.</p> <p>139. Recibe la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, segunda copia firmada y la anexa temporalmente en el “Expediente clínico” del paciente.</p> <p>140. Procesa la muestra sanguínea incluida en el tubo con EDTA y efectúa la biometría hemática y grupo sanguíneo ABO y Rh y registra los hallazgos en el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3) original y copia.</p> <p>141. Busca el componente sanguíneo solicitado de acuerdo con el grupo sanguíneo ABO y Rh del paciente, realiza las pruebas de compatibilidad entre las muestras del paciente y el componente sanguíneo del donador, determina si son compatibles.</p> <p style="text-align: center;">No es compatible</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 146.</p> <p style="text-align: center;">Es compatible</p> <p>142. Requisita el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4), primer recuadro, con los datos del paciente y del componente sanguíneo a transfundir y registra la compatibilidad del componente sanguíneo con el paciente en la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010, original y copia.</p> <p>143. Compila el componente sanguíneo seleccionado, el “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y el original de la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p> <p>Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p> <p>Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención</p>	<p>144. Mantiene el componente sanguíneo en condiciones óptimas hasta ser solicitado y notifica, a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio donde se encuentre el paciente, la disponibilidad de éste para su transfusión.</p> <p>145. Archiva temporalmente en el Área de Transfusiones la primera copia de la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010, y el “Control de pruebas cruzadas clave 2430-009-003” (Anexo 3).</p> <p>Continúa en la actividad 171.</p> <p style="text-align: center;">No es compatible</p> <p>146. Notifica verbalmente la situación al Médico Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención y registra los resultados de las pruebas de compatibilidad en el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), original y copia.</p> <p>147. Recibe notificación e informa vía telefónica al Médico Responsable del Banco de Sangre A o B que corresponda, según el ámbito de influencia, de las muestras sanguíneas que enviará para realizar estudios inmunohematológicos y solicita al Responsable de los Estudios de Compatibilidad del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención la preparación de las muestras para su envío.</p> <p>148. Requisita la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009, original y copia y la envía al Banco de Sangre A o B que le corresponda junto con los Tubos con la muestra sanguínea del paciente, copia del “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), y “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010.</p> <p>NOTA: El formato “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 es el Anexo 2 del “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Responsable del Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Banco de Sangre A o B	160. Comunica vía telefónica al Médico Responsable del Área de Transfusión de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención que envió la muestra, los hallazgos de las pruebas inmunohematológicas realizadas y las indicaciones para la transfusión del componente sanguíneo y envía el formato de “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” con la Nota médica e indicaciones registradas al Área de Despacho del Banco de Sangre A o B junto con los documentos del paciente.
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	161. Recibe y compila el componente sanguíneo seleccionado mediante las pruebas de compatibilidad, para mantenerlo en las condiciones óptimas de almacenamiento, así como la siguiente documentación: <ul data-bbox="634 898 1466 1087" style="list-style-type: none">• “Solicitud para transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010• “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	162. Registra el egreso del componente sanguíneo en “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008 y notifica vía telefónica al Área de Transfusión de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención que envió la muestra y la disponibilidad del componente sanguíneo.
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	163. Envía la copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 al Área de Despacho del Banco de Sangre A o B.
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	164. Recibe la copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 y entrega al Responsable del Área de Despacho de la Unidad Médica que envió la muestra, el componente sanguíneo seleccionado por las pruebas de compatibilidad y la siguiente documentación:



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	<ul style="list-style-type: none">• “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009, original,• “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4),• “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010 y• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>NOTA: De requerirse un filtro para la transfusión del componente sanguíneo diferente al estándar lo solicita y recibe instrucciones para su correcto uso.</p>
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	<p>165. Recibe los documentos y coteja los datos registrados en el componente sanguíneo contra los documentos.</p> <p>166. Firma de recibido en la copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 y la devuelve al Personal Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B.</p>
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>167. Recibe y archiva de forma definitiva la copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009.</p> <p>168. Mantiene el componente sanguíneo en condiciones óptimas hasta ser solicitado y notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable donde se encuentra el paciente la disponibilidad de éste para su transfusión.</p>
Médico no Familiar tratante	<p>169. Notifica al Médico no Familiar tratante la disponibilidad del componente sanguíneo y le da las recomendaciones para su transfusión.</p> <p>170. Recibe del Personal Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención las recomendaciones que se deben tomar al transfundir el componente sanguíneo.</p> <p>Continúa en la actividad 187.</p> <p>Cuenta con la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 para solicitar el componente sanguíneo</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio	<p>171. Identifica la segunda copia de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 y se la entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio para la solicitud.</p> <p>172. Recibe la segunda copia de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, llama telefónicamente al Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o al Banco de Sangre A o B para solicitar la preparación de los componentes sanguíneos que se requieren.</p> <p>173. Recibe la notificación del Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o al Banco de Sangre e informa a la Enfermera Responsable del paciente que el componente sanguíneo está disponible para su transfusión.</p> <p>174. Envía a la Enfermera responsable del paciente al Área de Transfusión (Servicio de Transfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención o al Banco de Sangre A o B por el componente sanguíneo y le entrega la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010 para recogerlo.</p>
Enfermera responsable del paciente	<p>175. Recibe la información sobre la disponibilidad del componente sanguíneo a transfundir e inicia los preparativos para la transfusión y entrega la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010 al Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención.</p>
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>176. Recibe la segunda copia de la “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010, localiza el componente sanguíneo solicitado y los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009, original y primera copia• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (anexo 4).



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	y coteja los datos de identificación del componente sanguíneo contra los de los documentos. NOTA: En caso de que los datos del componente sanguíneo no correspondan contra los de los documentos, gestiona la solución y aclaración correspondiente ante el Personal de Enfermería Responsable del paciente.
	177. Entrega a la Enfermera responsable del paciente el componente sanguíneo solicitado junto con el original y las dos copias de la "Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16" clave 2430-022-010, y el "Control del componente sanguíneo FBS-19" (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).
Enfermera responsable del paciente	178. Registra la fecha y la hora del egreso del componente sanguíneo en el "Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4" clave 2430-022-008. 179. Recibe el componente sanguíneo solicitado, el original y dos copias de la "Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16" clave 2430-022-010, y el "Control del componente sanguíneo FBS-19" (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4), verifica los datos de identificación del componente. 180. Registra nombre y firma de recibido en la primera copia de la "Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16" clave 2430-022-010, así como fecha y hora de recepción y entrega al Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención.
Responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	181. Recibe y archiva de forma definitiva la primera copia de la "Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16" clave 2430-022-010, y el "Control de pruebas cruzadas" clave 2430-009-003 (Anexo 3) en el "Expediente" correspondiente.
Enfermera responsable del paciente	182. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio el componente sanguíneo, el original y segunda copia de la "Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16" clave 2430-022-010 y el "Control del componente sanguíneo FBS-19" (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio	<p>183. Recibe y entrega a la Enfermera responsable del paciente el componente sanguíneo solicitado y los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y• “Control de componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4); <p>y archiva la segunda copia de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 en el “Expediente” correspondientes.</p>
Enfermera responsable del paciente	<p>184. Recibe el componente sanguíneo, el original de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, y el “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).</p> <p>185. Corroborar que los datos de identificación del componente sanguíneo coincidan con los de la “Pulsera de identificación”, la “Tarjeta de identificación” del paciente y la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, y el “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4), si existe algún error, lleva a cabo las acciones correspondientes para su corrección.</p> <p>NOTA: La Tarjeta de identificación es la que se localiza en la cabecera de la cama del paciente a transfundir.</p> <p>186. Avisa al Médico no Familiar tratante o Responsable que se iniciará transfusión y realiza lavado de manos de acuerdo a “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” clave 2430-005-026.</p> <p>187. Realiza inspección de ambos brazos del paciente, identifica una vena cuyo calibre sea adecuado para su canalización y prepara catéter acorde al calibre de la vena.</p> <p>NOTA: En pacientes adultos se recomienda utilizar catéter entre 18 a 20 G. En pacientes pediátricos entre 22 a 24 G.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera responsable del paciente	<p data-bbox="654 268 1450 342">El componente sanguíneo y/o etiqueta no presentan ninguna anomalía</p> <p data-bbox="634 380 1466 489">195. Instala el filtro a la bolsa con el componente sanguíneo a transfundir mediante técnica aséptica y purga el equipo directamente con éste.</p> <p data-bbox="724 527 1466 615">NOTA 1: Todos los componentes sanguíneos deben de ser transfundidos con un filtro estándar a menos que el Banco de Sangre o el Área de Transfusión den otra indicación.</p> <p data-bbox="724 653 1466 804">NOTA 2: En caso de que el componente sanguíneo requiera ser descongelado antes de su transfusión seguir las recomendaciones contenidas en el formato “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4)</p> <p data-bbox="634 842 1466 951">196. Requisita en el formato “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y dos copias, los siguientes rubros:</p> <ul data-bbox="634 989 1304 1224" style="list-style-type: none">• Unidad Médica,• Servicio,• Banco de Sangre/Área de Transfusión,• Fecha,• Datos del paciente• Datos de la(s) unidad(es) transfundida(s) <p data-bbox="724 1262 1466 1434">y lo coloca, según sea el caso, en el “Expediente clínico” o en la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” que se puede encontrar en la Central de Enfermería del servicio responsable o en el lugar que determine la Unidad Médica.</p> <p data-bbox="634 1472 1466 1623">197. Realiza la toma de signos vitales al paciente de acuerdo a las “Instrucciones para la medición de signos vitales y antropometría” clave 2430-005-002 y describe los hallazgos en los siguientes formatos:</p> <ul data-bbox="634 1661 1466 1812" style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y dos copias y• “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera responsable del paciente	<p>198. Lee en voz alta los datos registrados del componente sanguíneo a transfundir ante el paciente, familiar o persona legalmente responsable, verifica que exista correspondencia con los datos descritos en la “Pulsera de identificación” que porta el paciente en la mano derecha y registra la acción en el formato:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).
Enfermera Jefe de Piso o Responsable	<p>No corresponden los datos del componente sanguíneo</p> <p>199. Informa a la Enfermera Jefe de Piso o al Médico no Familiar tratante que no corresponden los datos del componente sanguíneo y le entrega el componente sanguíneo.</p> <p>200. Entrega el componente sanguíneo inmediatamente al Área de Despacho del Banco de Sangre o al Área de Transfusiones de la Unidad Médica de Alta Especialidad, según sea el caso, registra en el “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) las causa(s) por la(s) cual(es) no se utilizó.</p>
Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre/ Área de Transfusiones	<p>201. Recibe el componente sanguíneo y “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) con las causa(s) por la(s) cual(es) no se utilizó.</p> <p>Continúa en la actividad 171.</p> <p>Si corresponden los datos del componente sanguíneo</p>
Enfermera responsable del paciente	<p>202. Inicia transfusión del componente sanguíneo a flujo lento durante los primeros 15 minutos y vigila las condiciones generales del paciente.</p> <p>NOTA 1: Se deberá iniciar la transfusión del componente sanguíneo a un máximo de 2 ml / minuto durante los primeros quince minutos y permanecer con el paciente en éste periodo.</p> <p>NOTA 2: En caso de ya no requerir el componente sanguíneo deberá de devolverse inmediatamente al Área de Despacho del Banco de Sangre o al Área de Transfusiones, según sea el caso, registrando en el “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) las causa(s) por la(s) cual(es) no se utilizó.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Enfermera responsable del paciente</p> <p>Médico no Familiar tratante/ Responsable</p> <p>Médico no Familiar/ Enfermera responsable del paciente</p> <p>Enfermera responsable del paciente</p>	<p>203. Regula la velocidad del goteo del componente sanguíneo después de los primeros 15 minutos para cumplir con las indicaciones consignadas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.</p> <p>204. Vigila las condiciones generales del paciente durante la transfusión, interroga sobre su estado y le realiza la toma de signos vitales de acuerdo a las “Instrucciones para la medición de signos vitales y antropometría” clave 2430-005-002.</p> <p>205. Registra los hallazgos en “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y dos copias.</p> <p>206. Supervisa la transfusión del componente sanguíneo, vigila que el procedimiento se realice de acuerdo a lo establecido “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72.</p> <p>207. Identifica cualquier dato clínico que se presente en el paciente y que sugiera reacción transfusional.</p> <p>NOTA: Cuando esta actividad la realice el Médico no Familiar, deberá solicitarle a la Enfermera Responsable del paciente que detenga la transfusión.</p> <p>No existen datos clínicos que sugieran reacción transfusional</p> <p>Continúa en la actividad 233.</p> <p>Existen datos clínicos que sugieran reacción transfusional</p> <p>208. Detiene inmediatamente la transfusión y mantiene la vía intravenosa permeable con solución salina.</p> <p>NOTA: Cuando la Enfermera Responsable sea quien identifica cualquier dato clínico que se presente en el paciente y que sugiera reacción transfusional y detenga la transfusión, deberá comunicárselo al Médico no Familiar tratante o Responsable.</p> <p>209. Vigila las condiciones generales del paciente, lo interroga sobre su estado y le realiza la toma de signos vitales de acuerdo a las “Instrucciones para la medición de signos vitales y antropometría” clave 2430-005-002.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante/ Enfermería responsable del paciente Enfermera responsable del paciente	<p>210. Comunica la sospecha de reacción transfusional al Banco de Sangre o al Área de Transfusión, según sea el caso.</p> <p>211. Procede a elaborar dos “Etiquetas de identificación para tubos de muestras sanguíneas” con letra legible con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo del paciente,• Número de Seguridad Social y agregado,• Fecha y hora de toma de la muestra,• Nombre de la persona que toma las muestras. <p>las adhiere a los tubos y realiza la toma de muestras sanguíneas de acuerdo a las indicaciones del “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).</p>
Médico no Familiar tratante	<p>212. Valora al paciente, de acuerdo a los hallazgos, describe el plan de tratamiento a seguir en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>NOTA: De existir sospecha transfusional se deberán vigilar las condiciones hemodinámicas del paciente, efectuar balance de líquidos y electrolitos y verificar la diuresis y las características de la orina.</p>
Médico no Familiar tratante/ Enfermería responsable del paciente	<p>213. Registra los datos de sospecha o reacción transfusional al componente sanguíneo en los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) y• “Registro del proceso de transfusión” 2430-009-006 (Anexo 6) original y dos copias, <p>establece la Nota post-transfusional en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>214. Envían al Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad del Banco de Sangre o del Área de Transfusión (Servicio de Trasfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, según corresponda los elementos y formatos siguientes:</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante/ Enfermería responsable del paciente	<ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, con la nota médica, la descripción, el tipo de la reacción adversa y la sospecha clínica,• Bolsa con el componente sanguíneo y su correspondiente identificación,• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4),• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original,• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) original y dos copias, completamente requisitada,• Tubos con muestras sanguíneas y• Equipo utilizado para la transfusión.
Enfermera responsable del paciente	215. Registra las acciones realizadas en el “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86”.
Médico no Familiar tratante/ Enfermera responsable del paciente	216. Notifica inmediatamente a su autoridad jerárquica inmediata de la presentación de un evento centinela o un evento adverso.
Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad del Banco de Sangre/ del Área de Transfusión (Servicio de Trasfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	217. Recibe y coteja que corresponda la identidad entre los documentos, material y muestras sanguíneas recibidas, firma de recibido en la segunda copia de “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) y la devuelve a la Enfermera Responsable del paciente. NOTA: En el caso que los datos de los documentos, material, muestras sanguíneas recibidas no correspondan, solicita la aclaración correspondiente hasta su solución.
Enfermera responsable del paciente	218. Recibe la segunda copia del “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) y la archiva temporalmente en el “Expediente clínico” o “Carpeta del paciente del Banco de Sangre” según sea el caso.
Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad del Banco de Sangre/ del Área de Transfusión (Servicio de Trasfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	219. Realiza una inspección visual de las muestras sanguíneas pre y post-transfusionales, del componente sanguíneo contenido en la bolsa y del equipo utilizado en la transfusión y registra la descripción de los hallazgos en “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y copia.



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del Área de Estudios de Compatibilidad del Banco de Sangre/ del Área de Transfusión (Servicio de Trasfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>220. Realiza los exámenes y las pruebas que correspondan y registra los hallazgos en los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y copia• “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), original y copia. <p>221. Registra la interpretación de los exámenes y pruebas realizados y/o cualquier observación que considere de relevancia en “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y la copia y valora el envío a Banco de Sangre A o B que corresponda para realizar estudios complementarios.</p> <p>No requiere enviarlos al Banco de Sangre A o B para estudios complementarios</p> <p>Continúa en la actividad 231.</p> <p>Requiere enviarlos al Banco de Sangre A o B para estudios complementarios</p>
Responsable del Área de Transfusión (Servicio de Trasfusiones) del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>222. Envía al Área de Despacho del Banco de Sangre A o B del ámbito de su competencia los elementos y formatos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Muestras sanguíneas pre y post-transfusionales,• Bolsa con el componente sanguíneo,• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y copia,• “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), original• “Solicitud al Área de transfusión sanguínea FBS-16” clave 2430-022-010, original.
Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre A o B	<p>223. Recibe y coteja que corresponda la identidad entre los documentos, material y muestras sanguíneas recibidas, firma de recibido en la segunda copia de “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) y la devuelve al Responsable del Área de Transfusión (Servicio de Transfusión).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico Responsable del Área de Transfusión del Banco de Sangre A o B	227. Revisa y analiza los resultados del “Control de estudios inmunohematológicos” clave 2430-009-005 (Anexo 5), consigna las posibles causas de la reacción transfusional, pronóstico e indicaciones a corto, mediano y largo plazo en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y los entrega al Responsable del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre.
Responsable del Área de Estudios Especiales (Inmunohematología) del Banco de Sangre	228. Envía al Responsable del Área de Transfusiones de la UMAE los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original,• “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), original,• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” con las posibles causas de la reacción transfusional, pronóstico e indicaciones.
Responsable del Área de Transfusión (Servicio de Transfusión) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	229. Recibe y archiva de forma definitiva el “Control de pruebas cruzadas” clave 2430-009-003 (Anexo 3), original y envía al Médico no Familiar tratante los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) original,• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y• “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72” con las posibles causas de la reacción transfusional, pronóstico e indicaciones.
Médico no Familiar tratante	230. Recibe y analiza los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) original,• “Solicitud al Área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y• Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” con las posibles causas de la reacción transfusional, pronóstico e indicaciones, y establece nota médica e indicaciones médicas en



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante	<p>“Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72 de acuerdo a la interpretación de la causa de la reacción transfusional y los anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 121.</p>
No requiere enviarlos al Banco de Sangre A o B para estudios complementarios	
Personal Responsable del Área de Transfusión (Servicio de Transfusión) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	<p>231. Envía a Médico no Familiar tratante los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original,• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y segunda copia.
Médico no Familiar tratante	<p>232. Recibe la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010, original y el “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), original y segunda copia, los anexa al “Expediente clínico” y establece nota médica e indicaciones médicas en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” de acuerdo a la interpretación de la causa de la reacción transfusional.</p>
Enfermera responsable del paciente	<p>NOTA: La segunda copia del “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) la entrega al Jefe de Departamento Clínico en el cual se transfundió el paciente para su archivo.</p> <p>Continúa en la actividad 251.</p> <p>No existen datos clínicos que sugieran reacción transfusional</p> <p>233. Revisa la bolsa del componente sanguíneo, confirma el término de la transfusión y notifica al Médico no Familiar tratante.</p> <p>234. Vigila las condiciones generales del paciente después de la transfusión, lo interroga sobre su estado y le realiza la toma de signos vitales, de acuerdo a las “Instrucciones para la medición de signos vitales y antropometría” clave 2430-005-002.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera responsable del paciente	<p>235. Retira la bolsa vacía y consulta en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” si existe la indicación de transfundir otro componente sanguíneo.</p> <p>NOTA: En caso de presentar alguna reacción transfusional informa al Médico no Familiar tratante y procede según lo descrito en “Existen datos clínicos que sugieran reacción transfusional” (actividades de la 208 a la 220).</p> <p style="text-align: center;">No existe la indicación de transfundir otro componente</p> <p>236. Continúa con la vía venosa permeable durante 15 minutos.</p> <p>Continúa con la actividad 238.</p> <p style="text-align: center;">Existe la indicación de transfundir otro componente</p> <p>237. Registra las acciones realizadas en el “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) original y dos copias y “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86”.</p> <p>NOTA: En caso de presentar alguna reacción transfusional informa al Médico no Familiar tratante y procede según lo descrito en “Existen datos clínicos que sugieran reacción transfusional” (actividades de la 208 a la 220).</p>
Médico no Familiar tratante	<p>238. Deposita la bolsa vacía del componente sanguíneo transfundido junto con el equipo utilizado para la transfusión en los contenedores específicos para residuos biológico infecciosos.</p> <p>239. Evalúa las condiciones clínicas del paciente, elabora la Nota postransfusional en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y registra las indicaciones procedentes para continuar con el manejo establecido.</p> <p>240. Requisita los campos solicitados en el formato “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6) original y dos copias, realiza la siguiente distribución:</p>



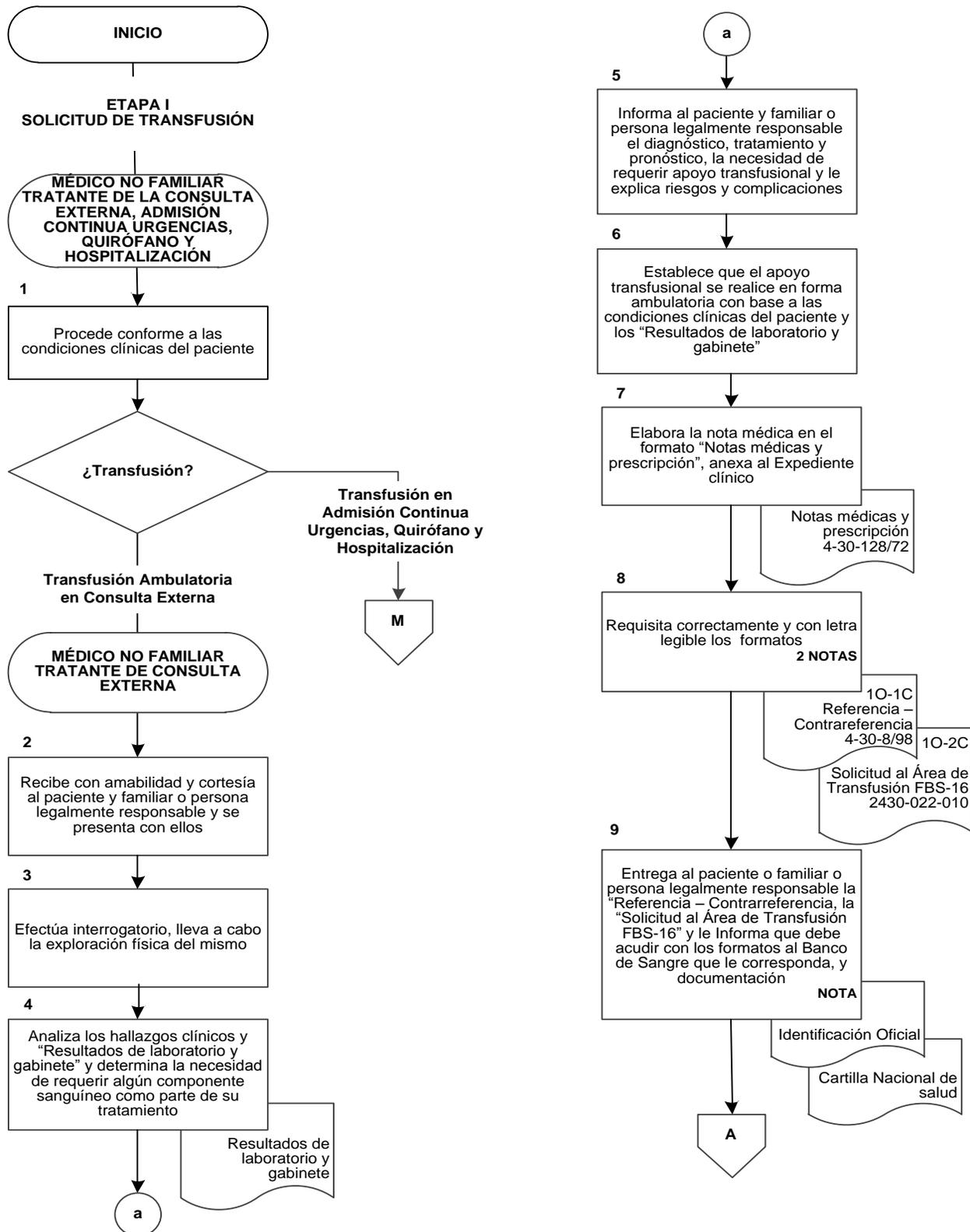
Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar y Enfermera Responsables del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre	245. Observan las condiciones generales del paciente, interrogan sobre su estado y le informan sobre los signos de alarma y las recomendaciones a seguir y de acudir al Servicio de Admisión Continua o Urgencias que le corresponda para su atención.
	246. Informan al paciente que la atención médica ha concluido y que deberá continuar con el manejo establecido por el Médico no Familiar tratante que lo refirió al Banco de Sangre.
Enfermería Responsables del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre	247. Entrega al Responsable del Área de Recepción de pacientes de Banco de Sangre la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”.
Responsable del Área de Recepción de pacientes del Banco de Sangre	248. Recibe la “Carpeta del paciente del Banco de Sangre”, archiva de forma definitiva y concluye el procedimiento.
Modalidad B Transfusión en Admisión Continua Urgencias, Quirófano y Hospitalización	
Médico no Familiar tratante y Enfermera responsable del paciente	249. Continúan con el manejo establecido de acuerdo al padecimiento del paciente. 250. Recibe y archiva de forma definitiva en el “Expediente” correspondiente, los siguientes formatos:
	<ul style="list-style-type: none">• “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), primera copia y• “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).
Médico no Familiar tratante	251. Entrega la primera copia “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), y “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4) al Personal responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención.

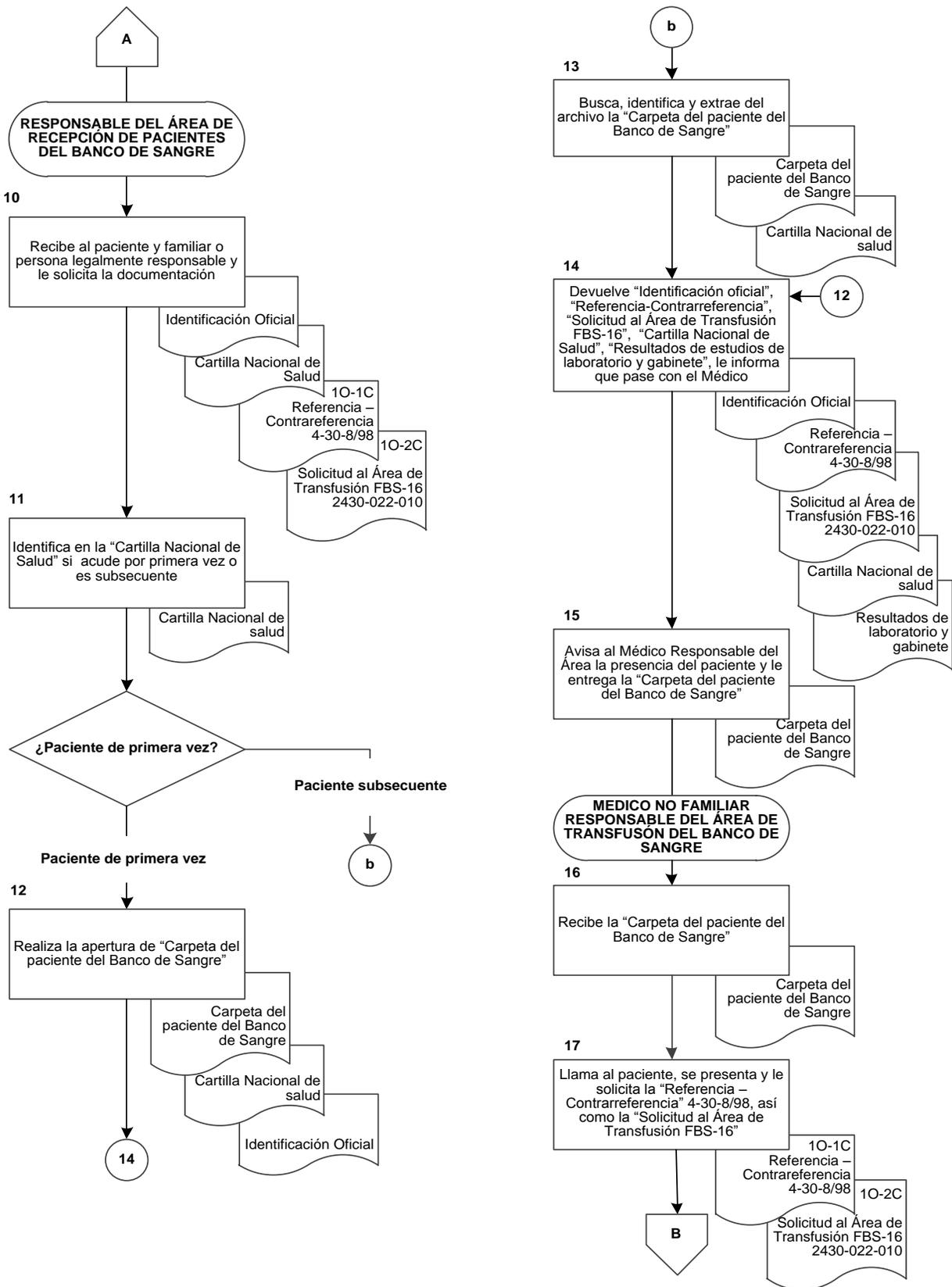


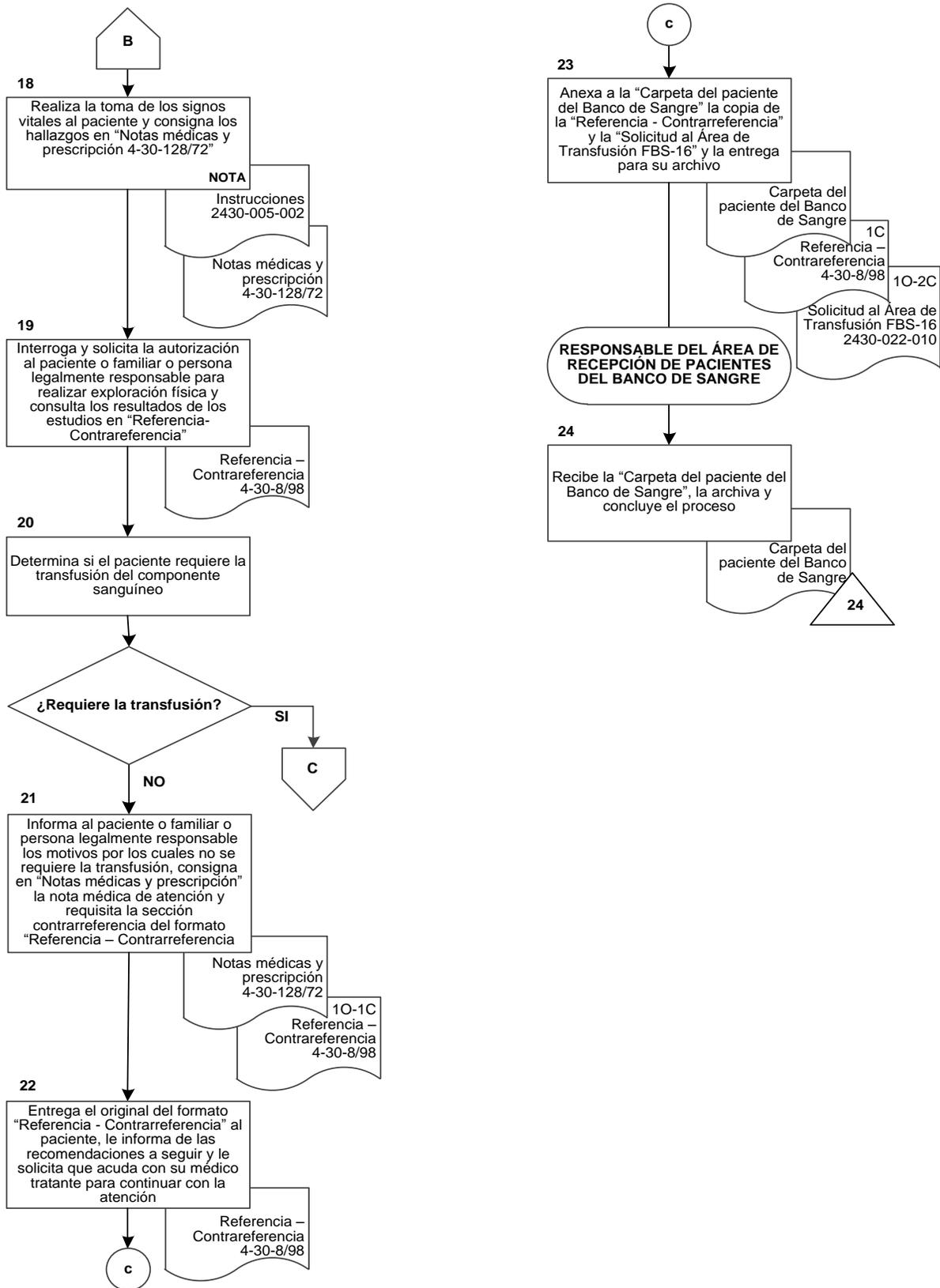
Responsable	Descripción de actividades
Personal responsable del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones) de la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención	252. Recibe y archiva de forma definitiva en el “Expediente” correspondiente, la primera copia el “Registro del proceso de transfusión” clave 2430-009-006 (Anexo 6), y el “Control del componente sanguíneo FBS-19” (Marbete) clave 2430-009-004 (Anexo 4).
Personal Médico, Enfermera, Químicos, Laboratoristas y Auxiliares de Laboratorio	253. Identifican, separan y depositan los residuos biológicos-infecciosos o tóxico-peligrosos que se generan durante el proceso de transfusión, en los contenedores específicos.
Jefes o Responsables del Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones)/ de Departamento/ de Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del Servicio	254. Supervisan la identificación, separación y depósito de los residuos biológicos-infecciosos o tóxico-peligrosos que se generan durante la atención médica de la o del paciente, en los contenedores específicos.
Jefes o Responsables de Área de Transfusiones (Servicio de Transfusiones)	255. Envía mensualmente el “Informe de las transfusiones aplicadas y los datos de los eventos o reacciones adversas” al Centro Nacional o Estatal de la Transfusión Sanguínea que corresponda según sea el caso en los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que se informa.
Fin del procedimiento	

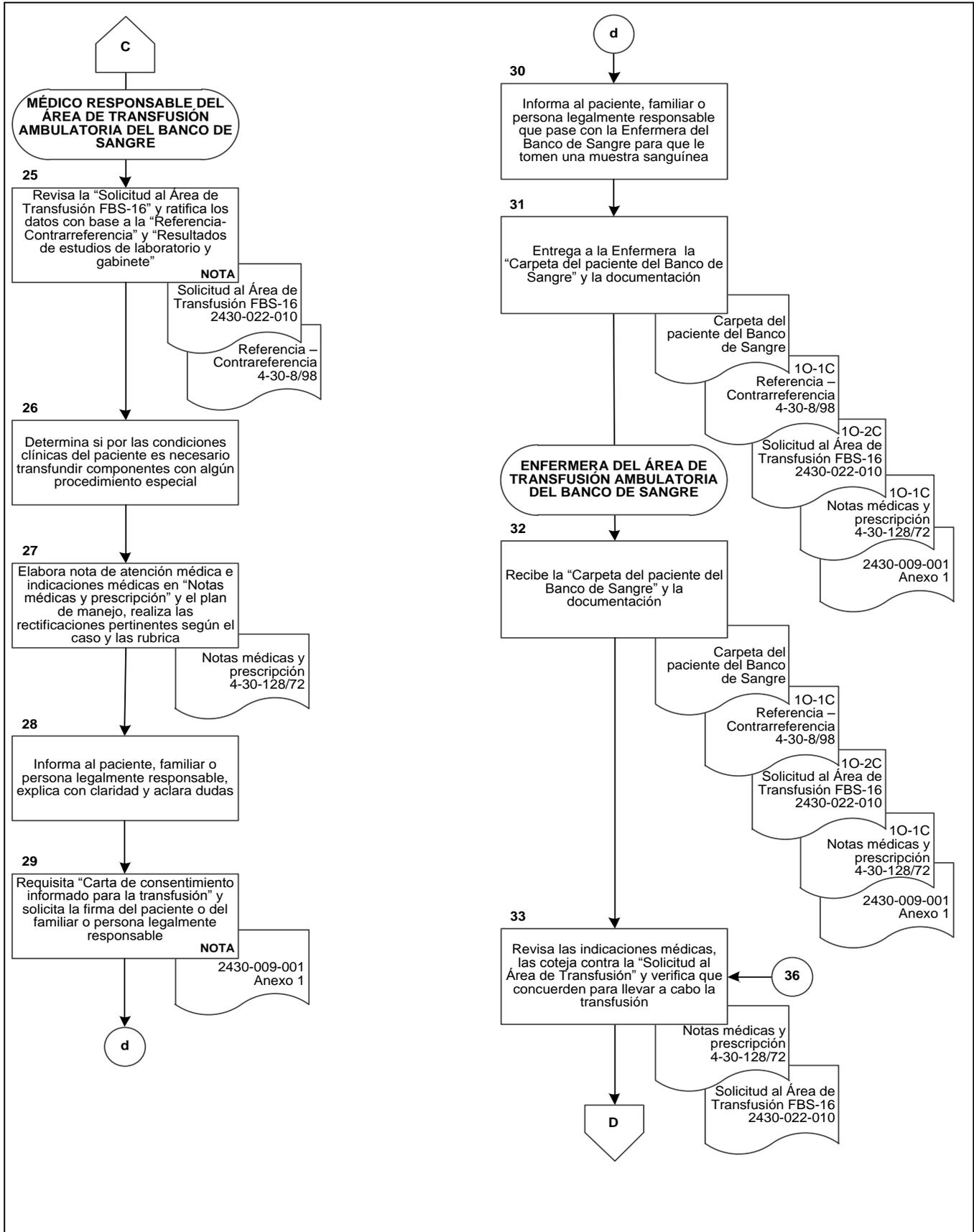


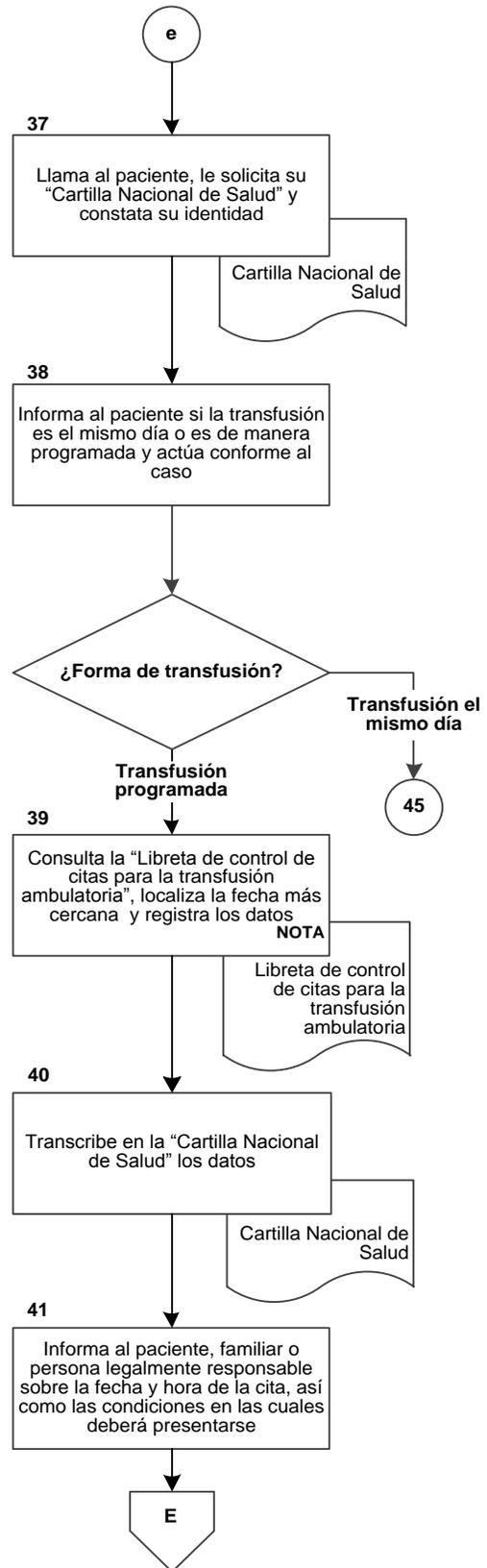
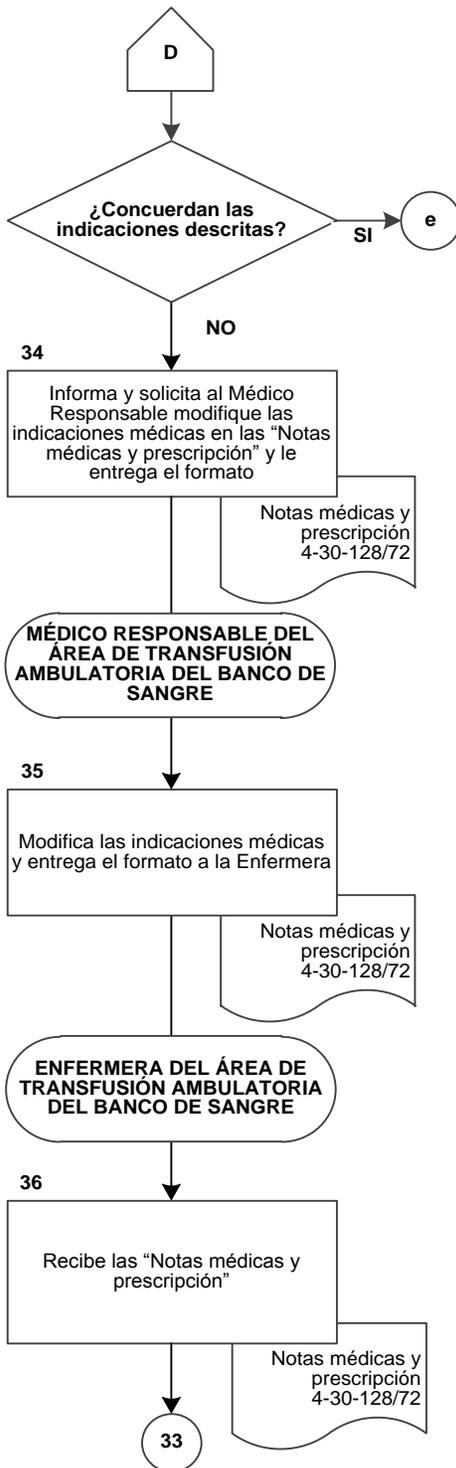
7 Diagrama de flujo

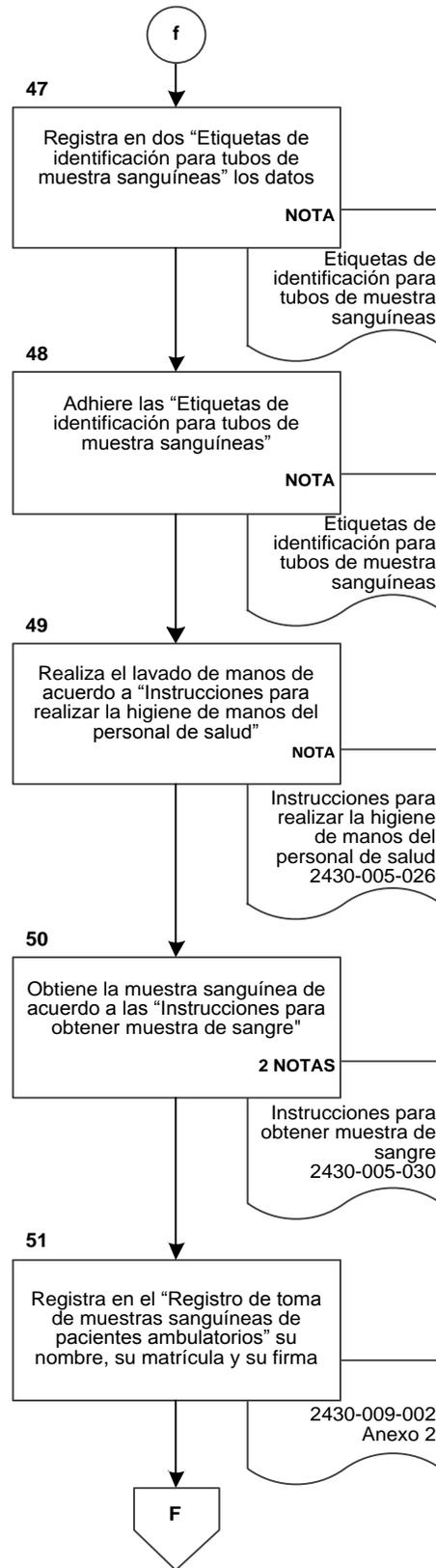
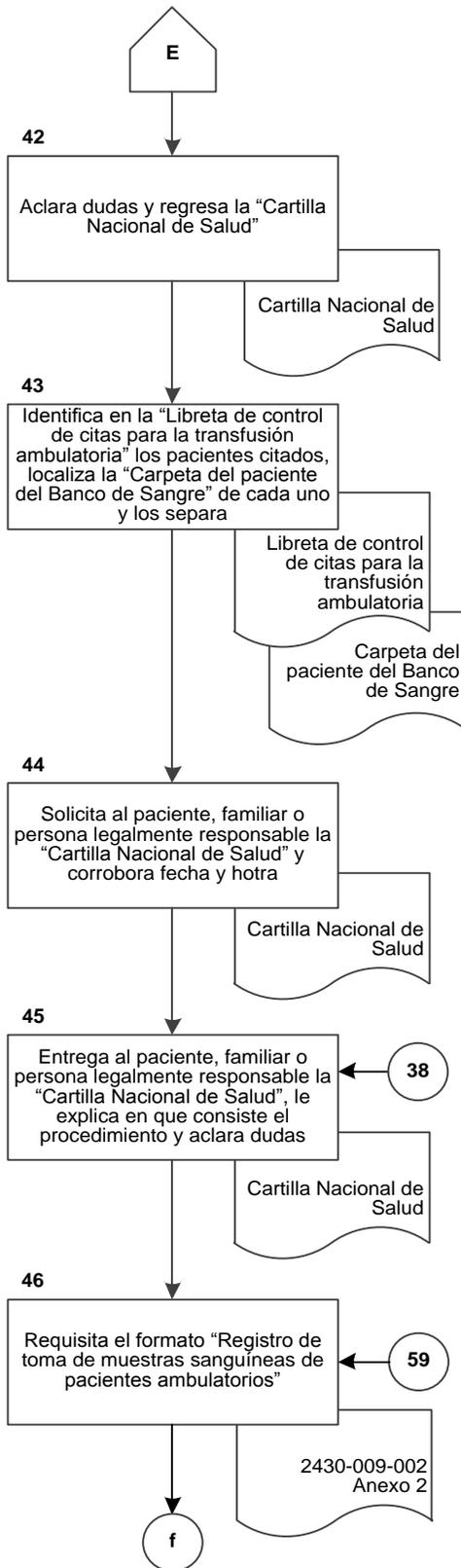


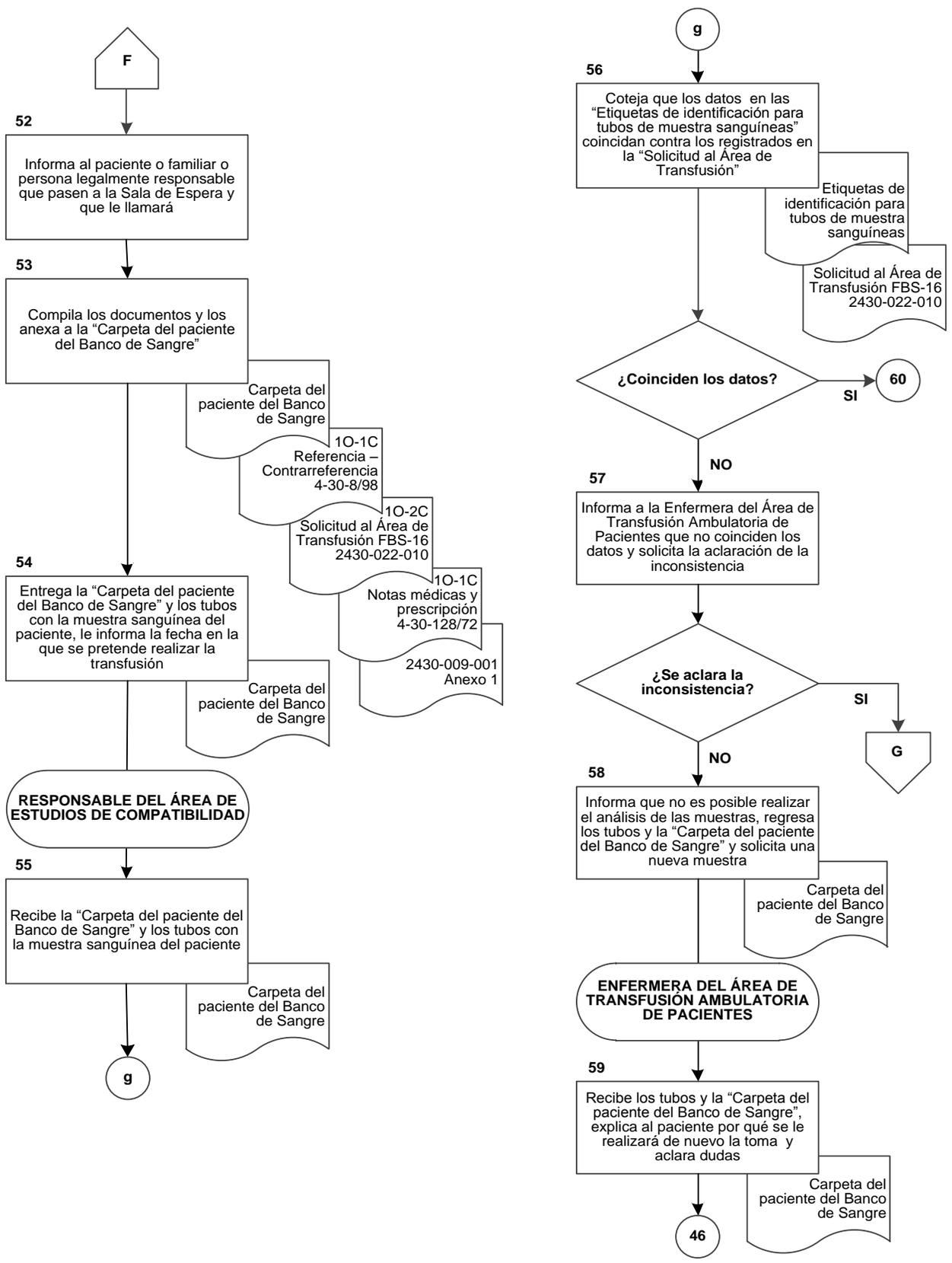


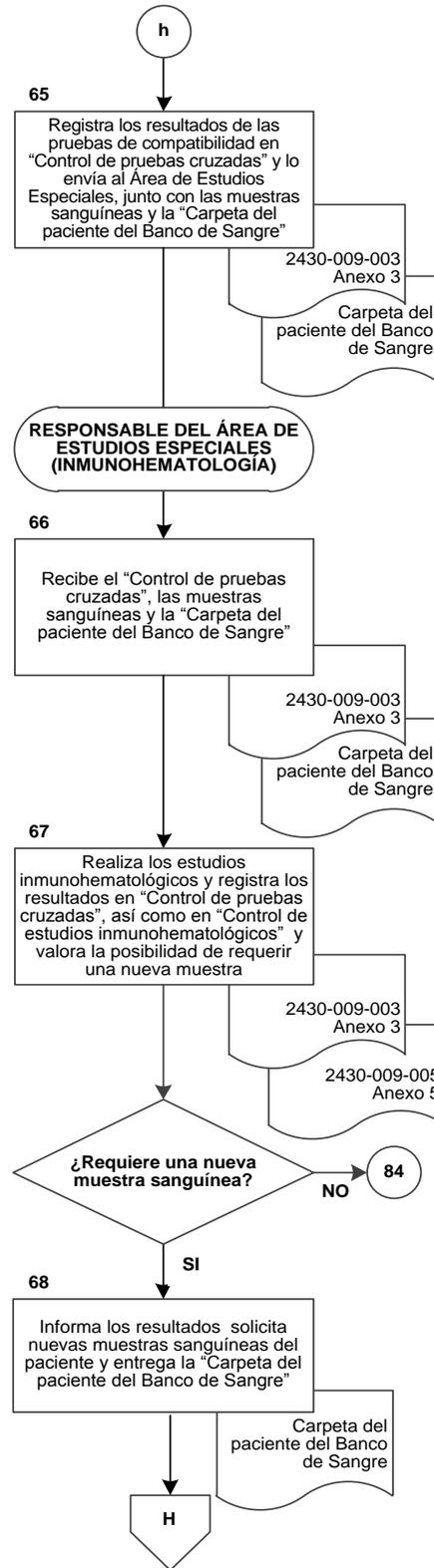
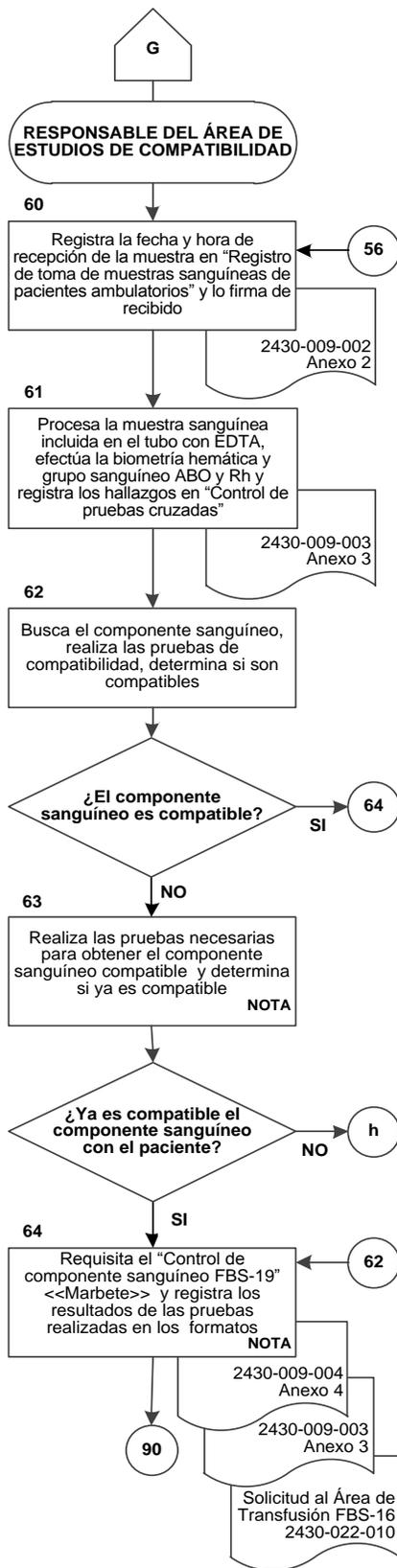


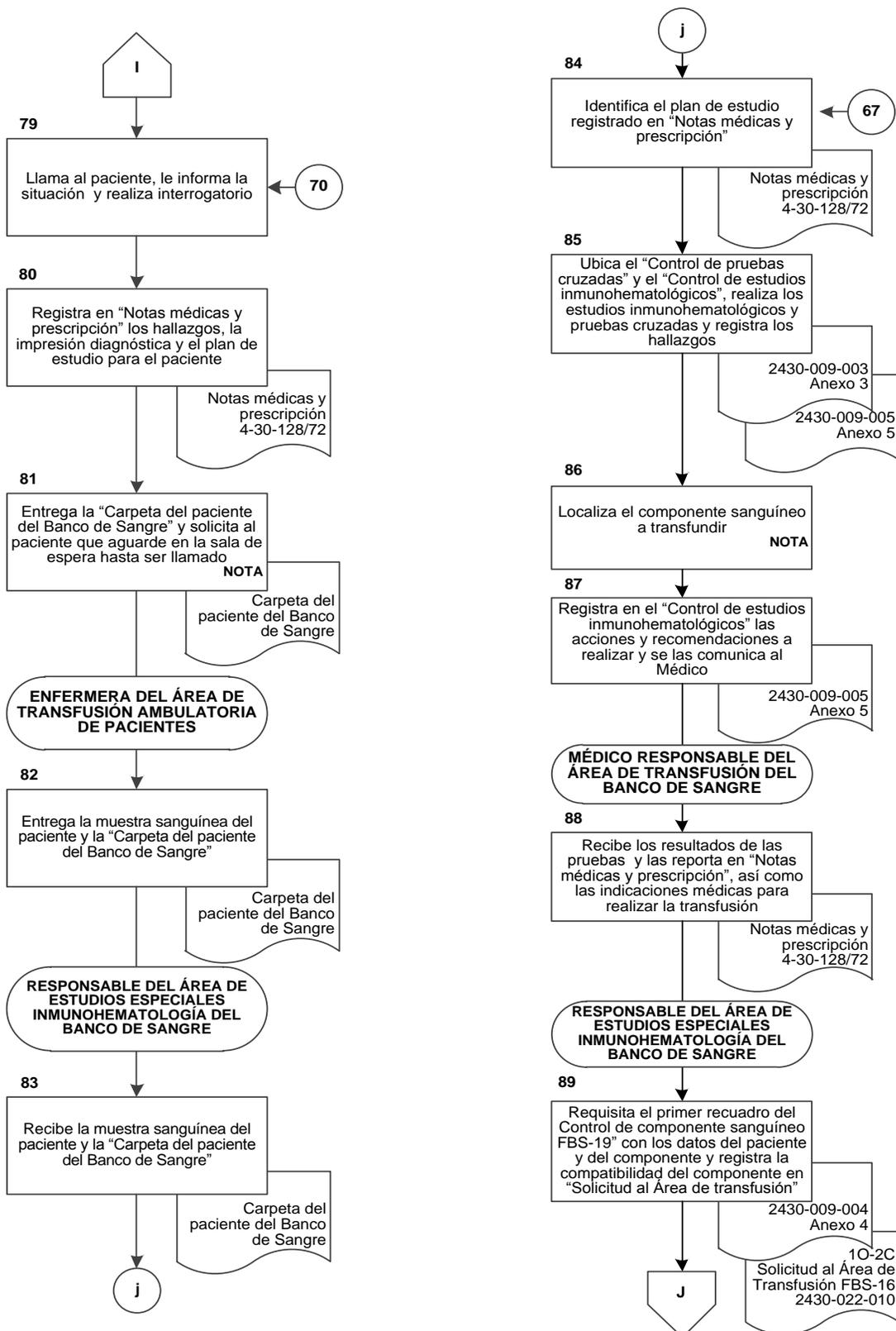


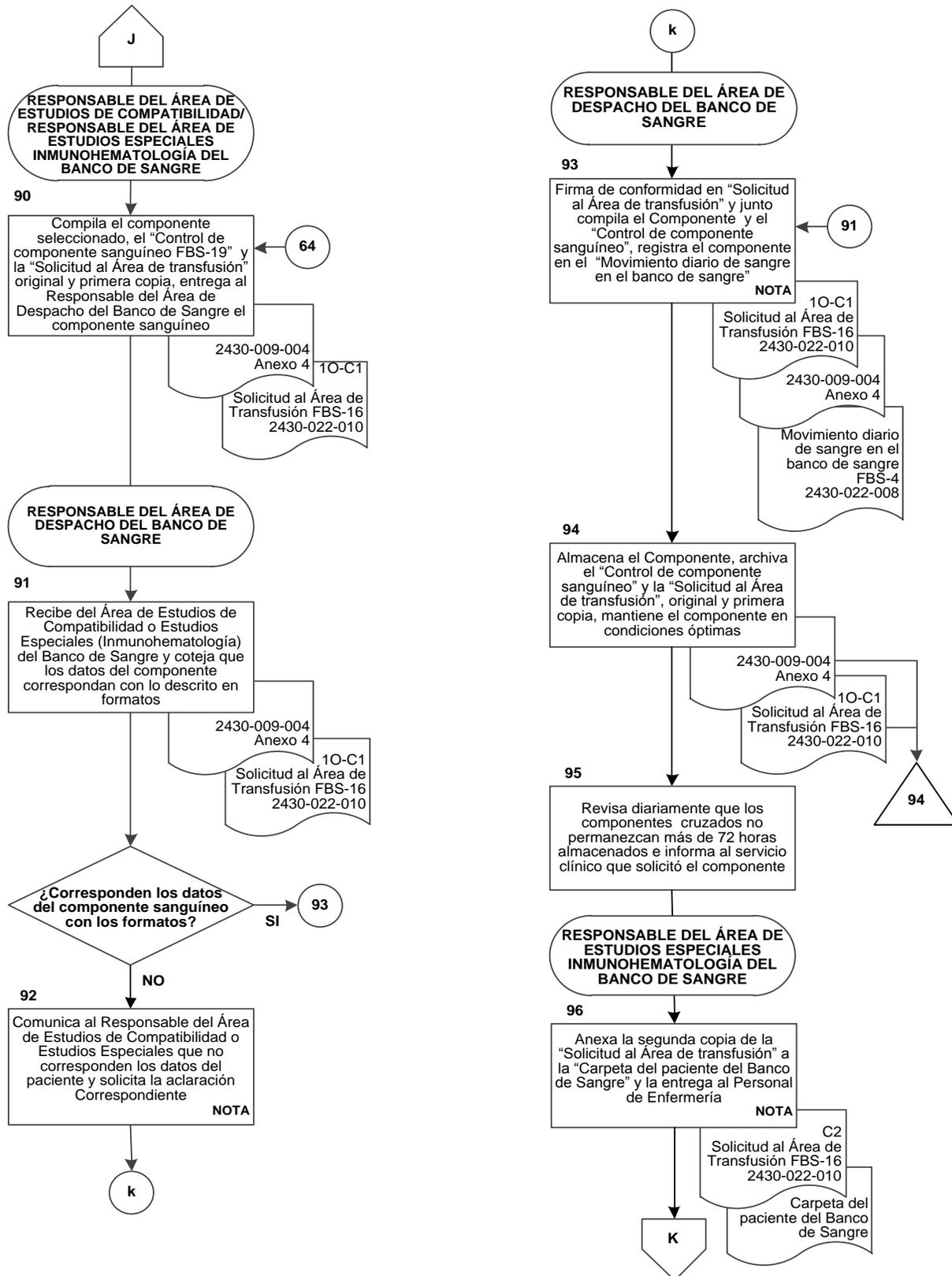


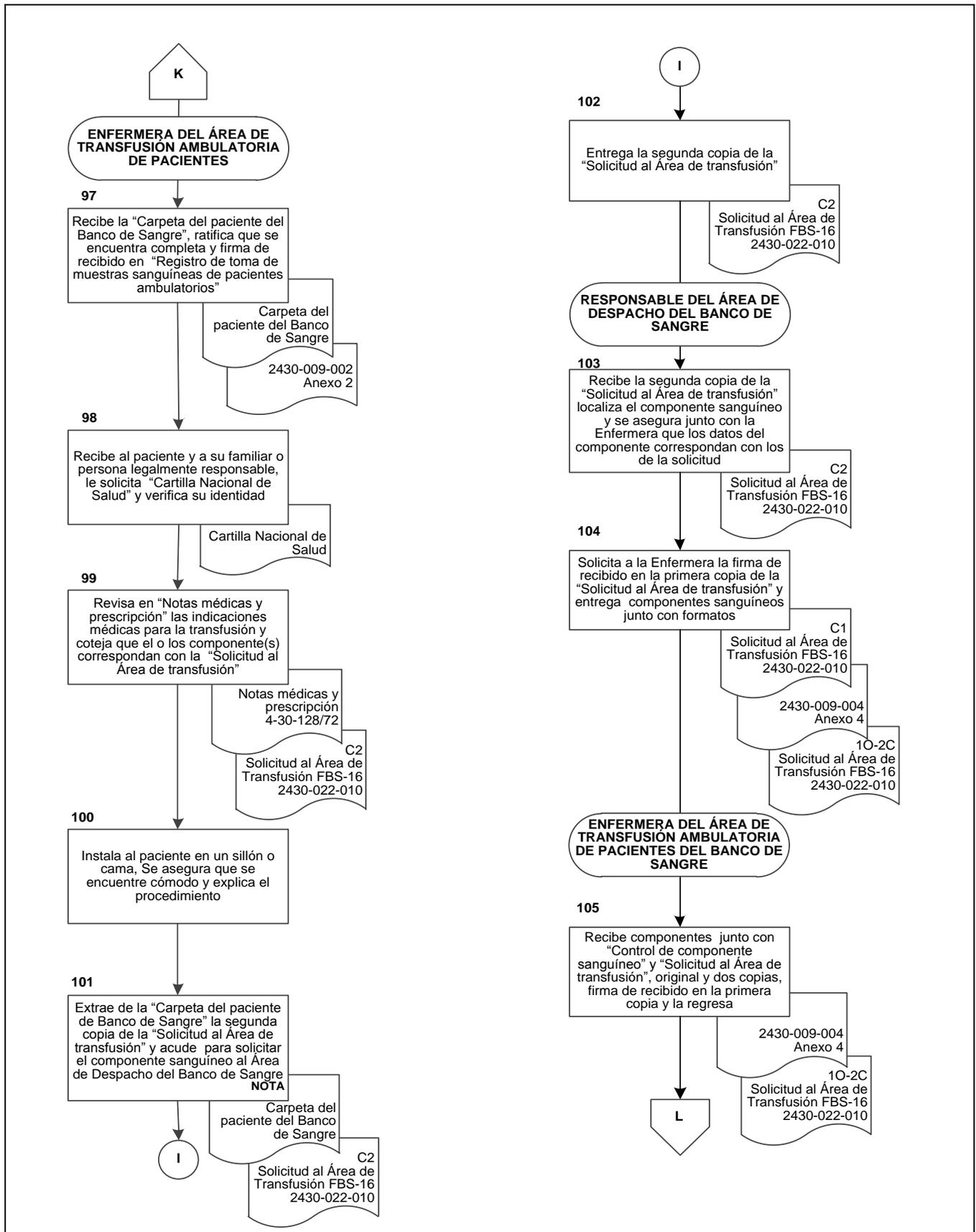


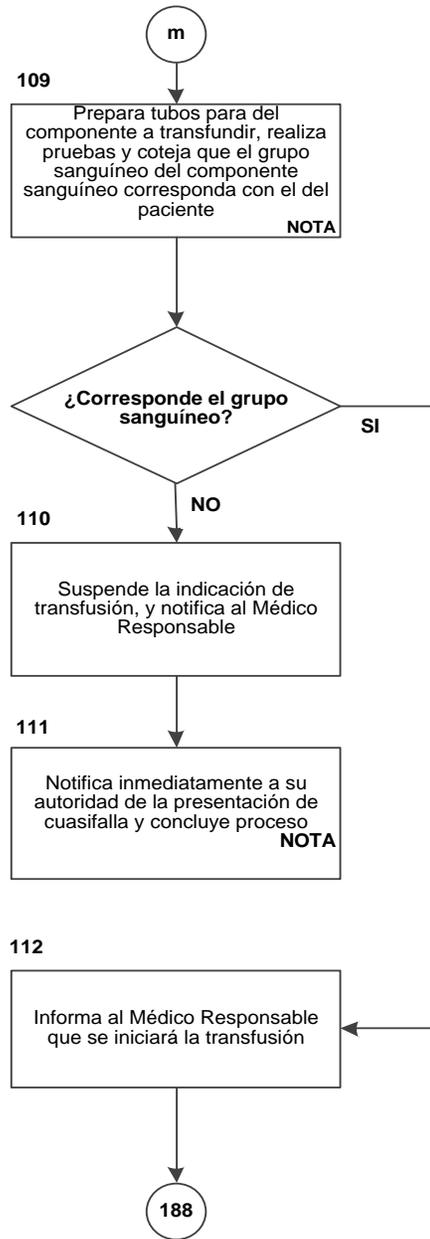
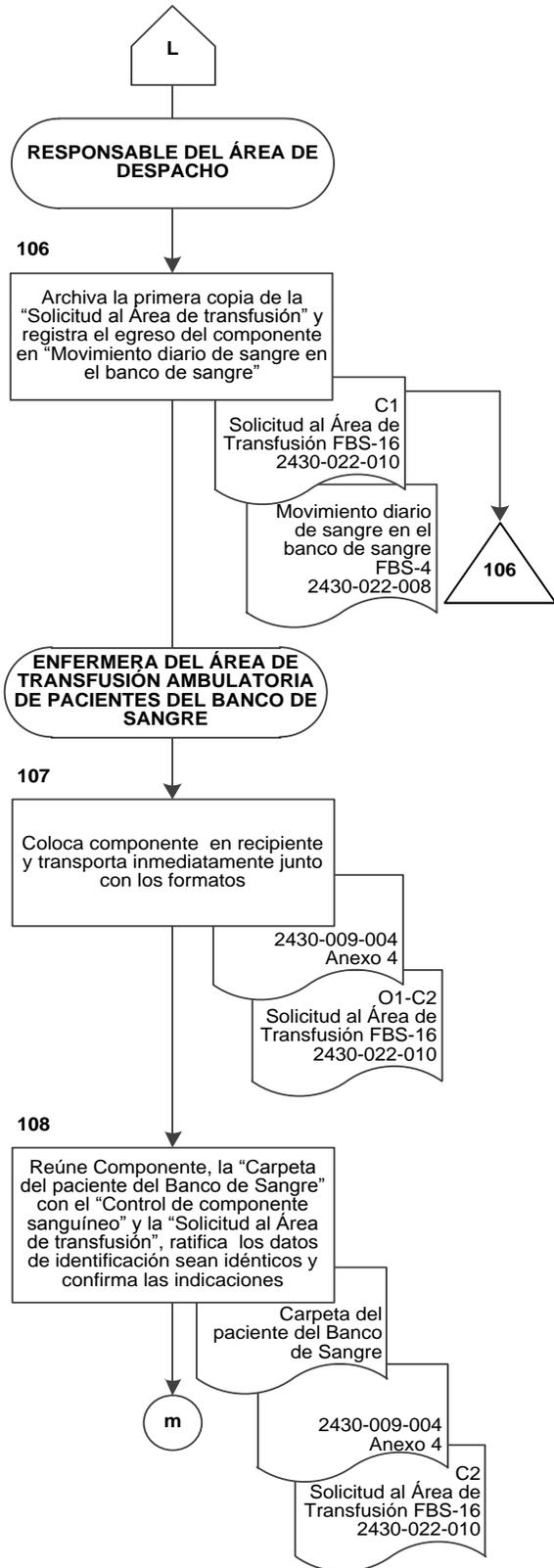


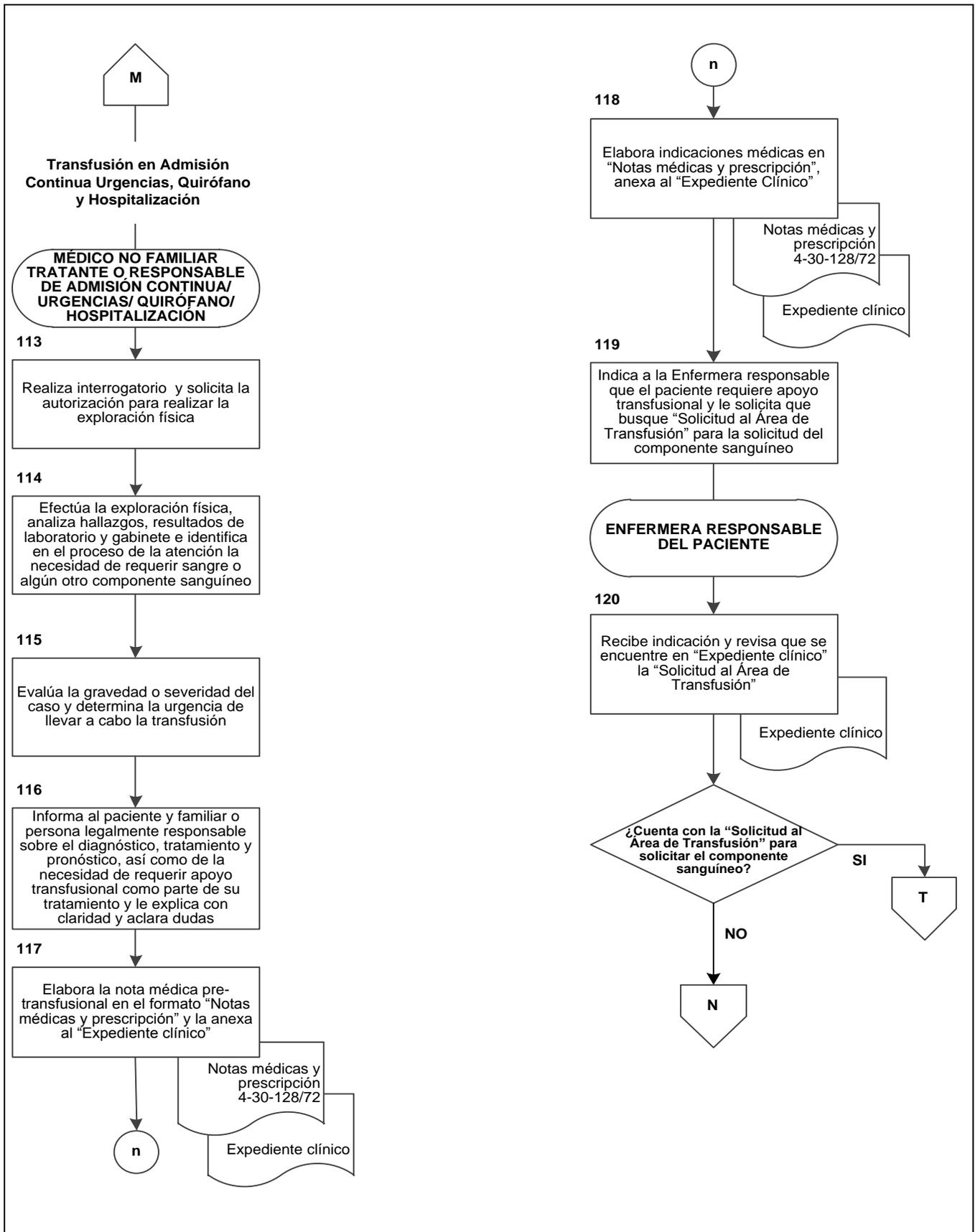


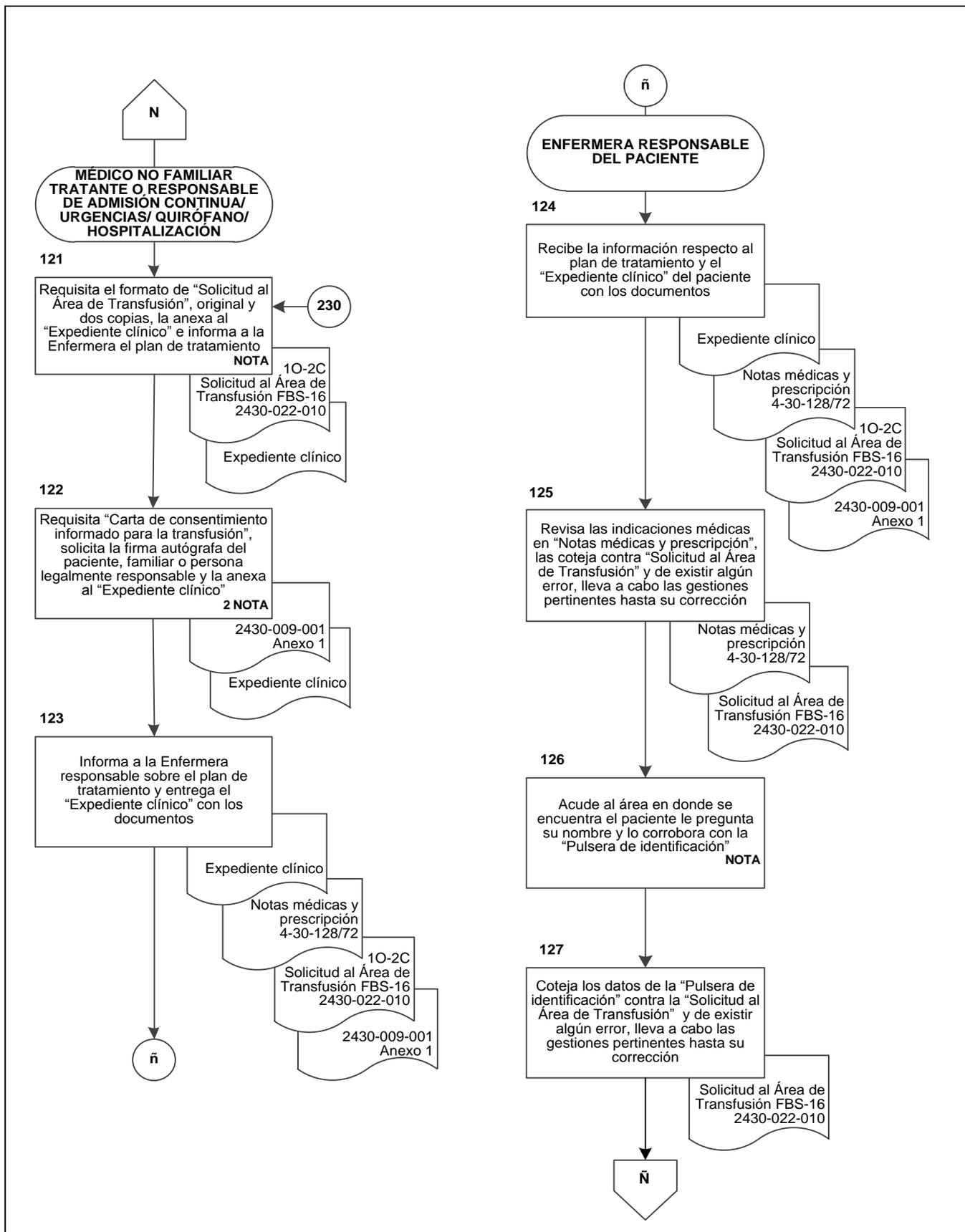


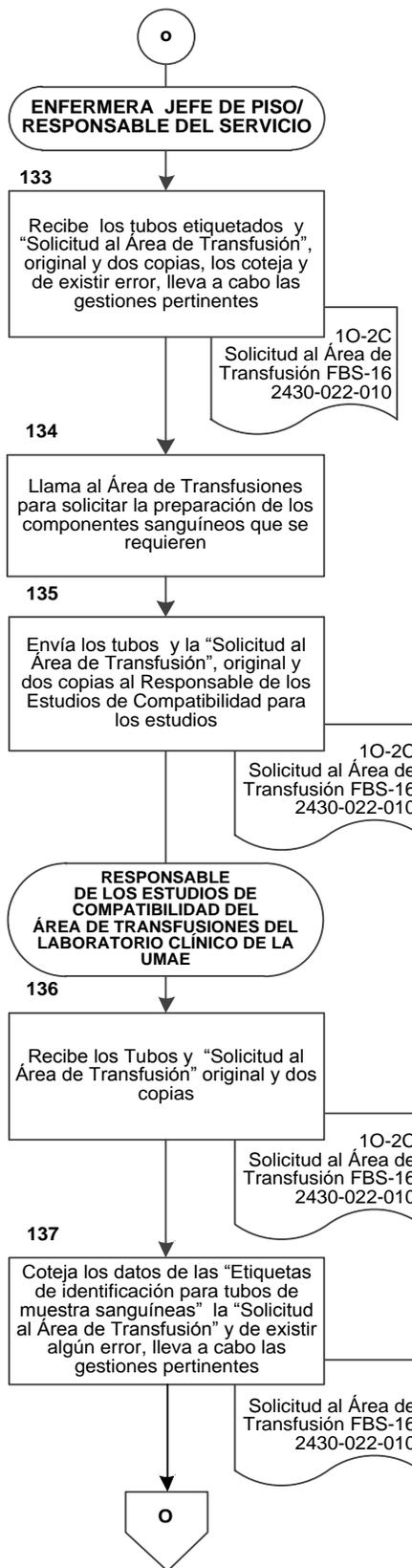
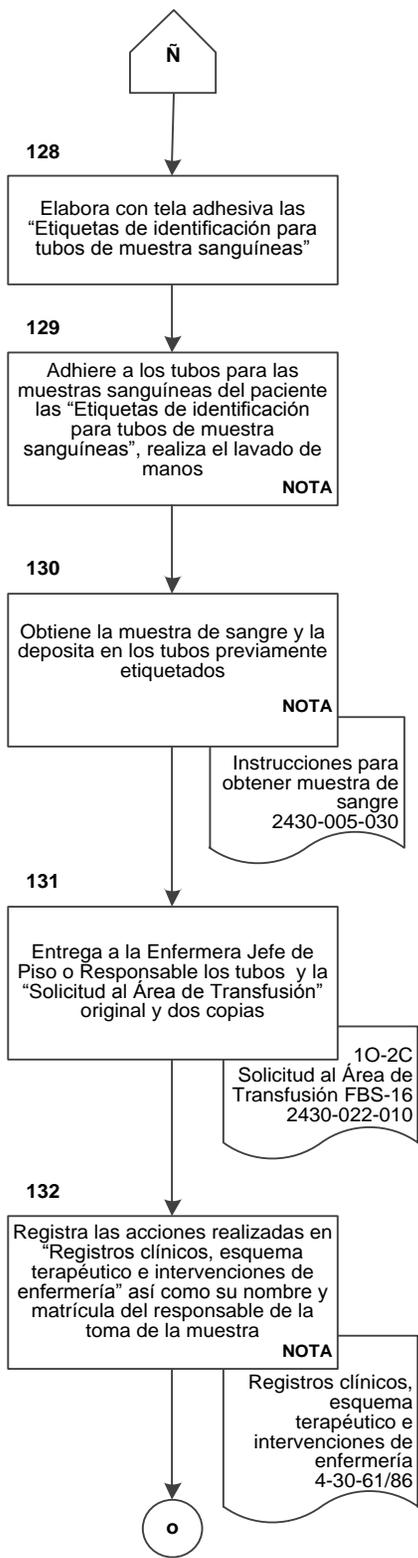


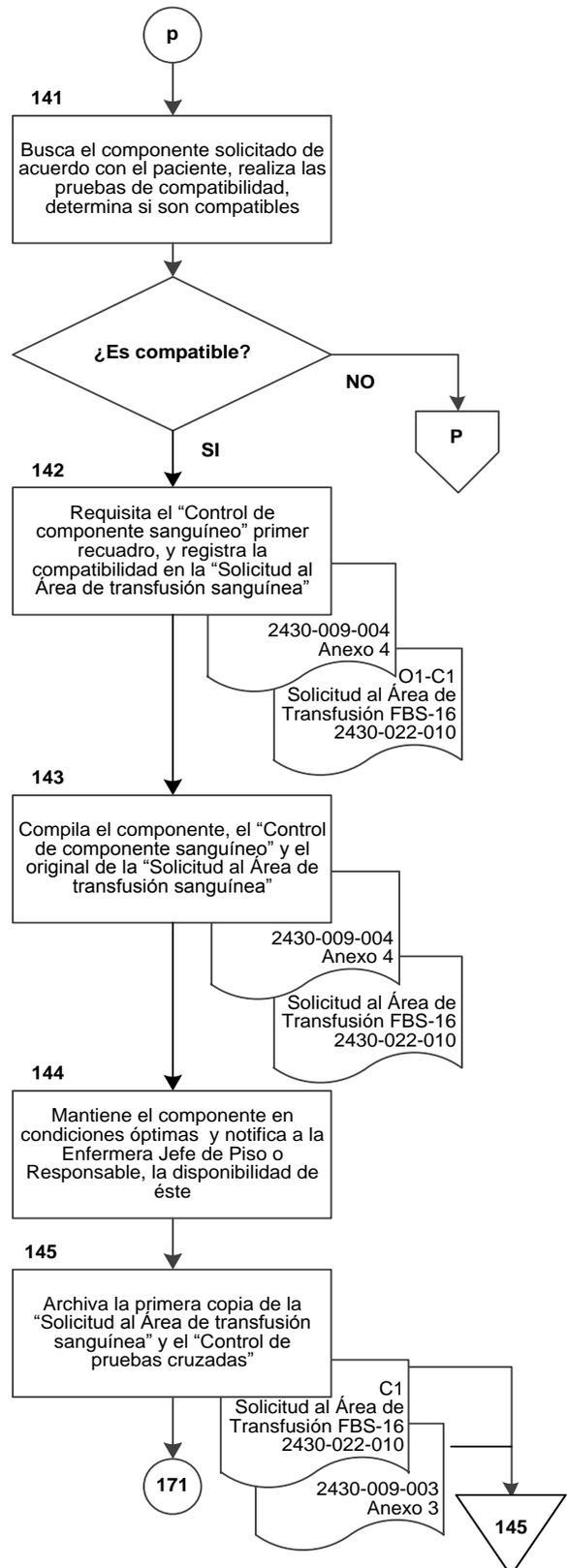
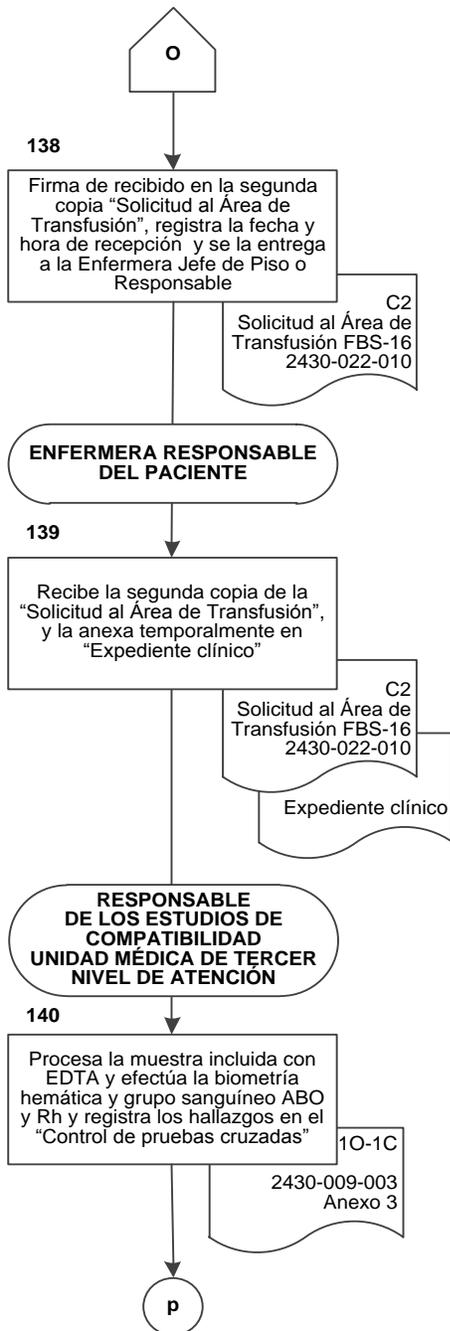


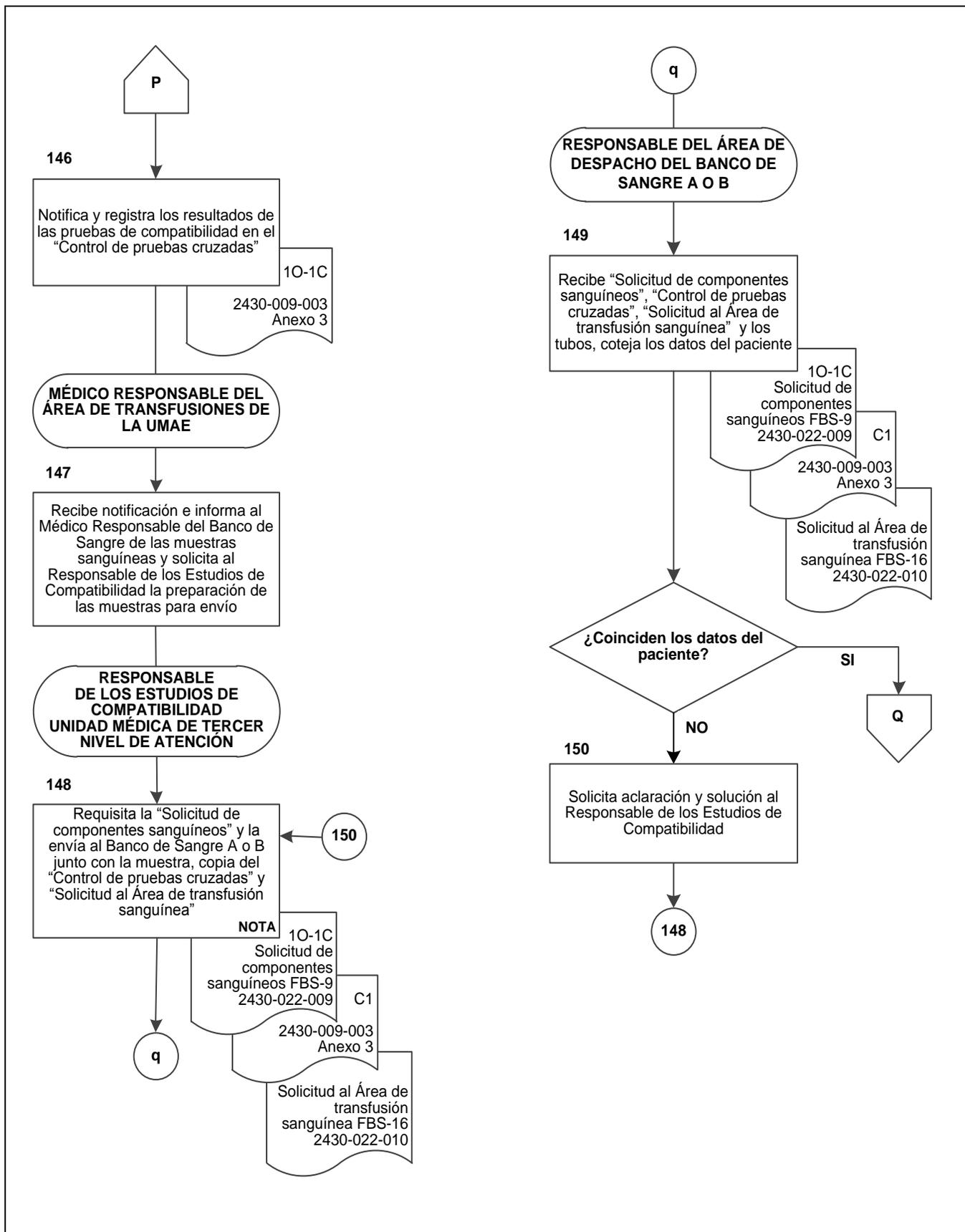


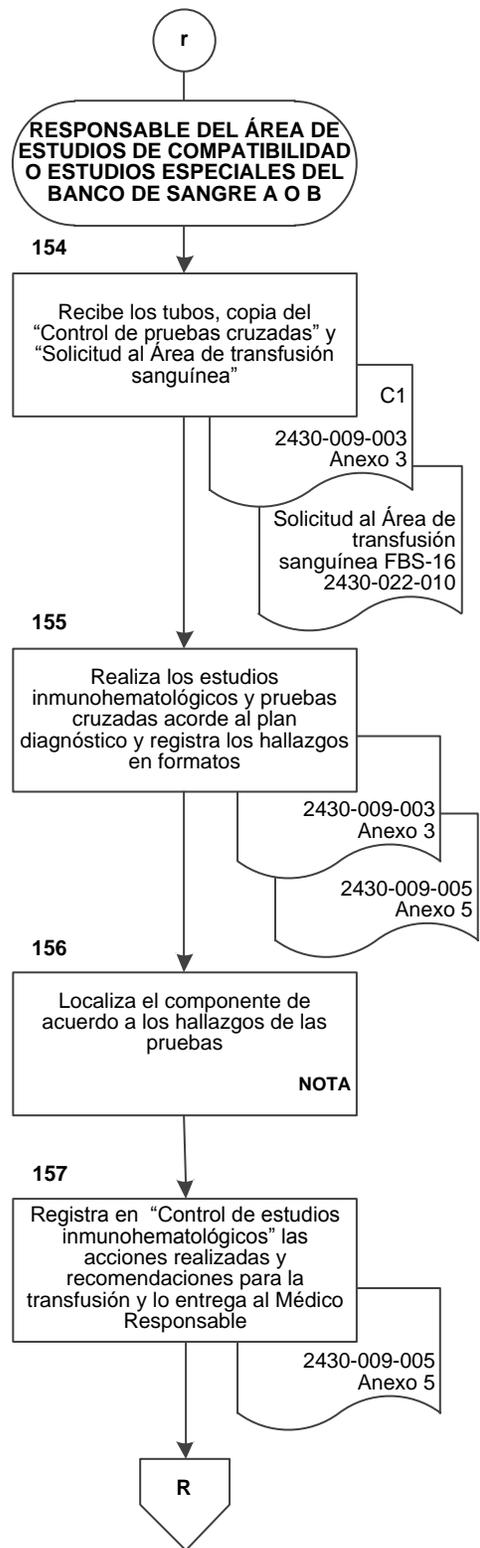
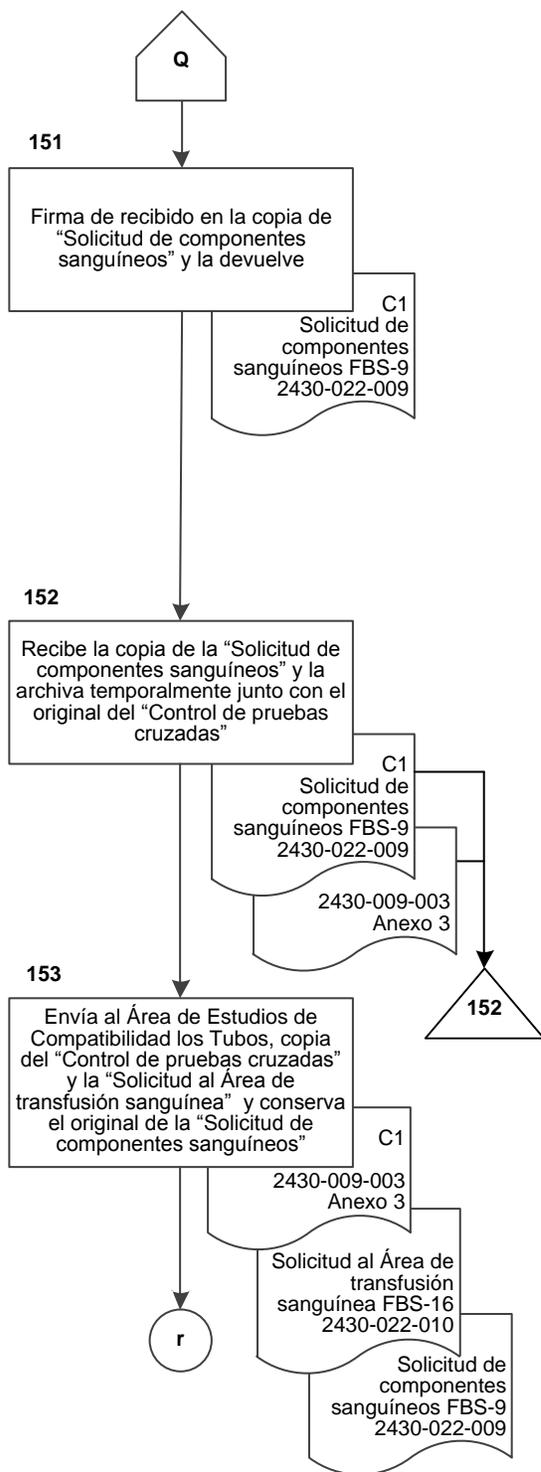


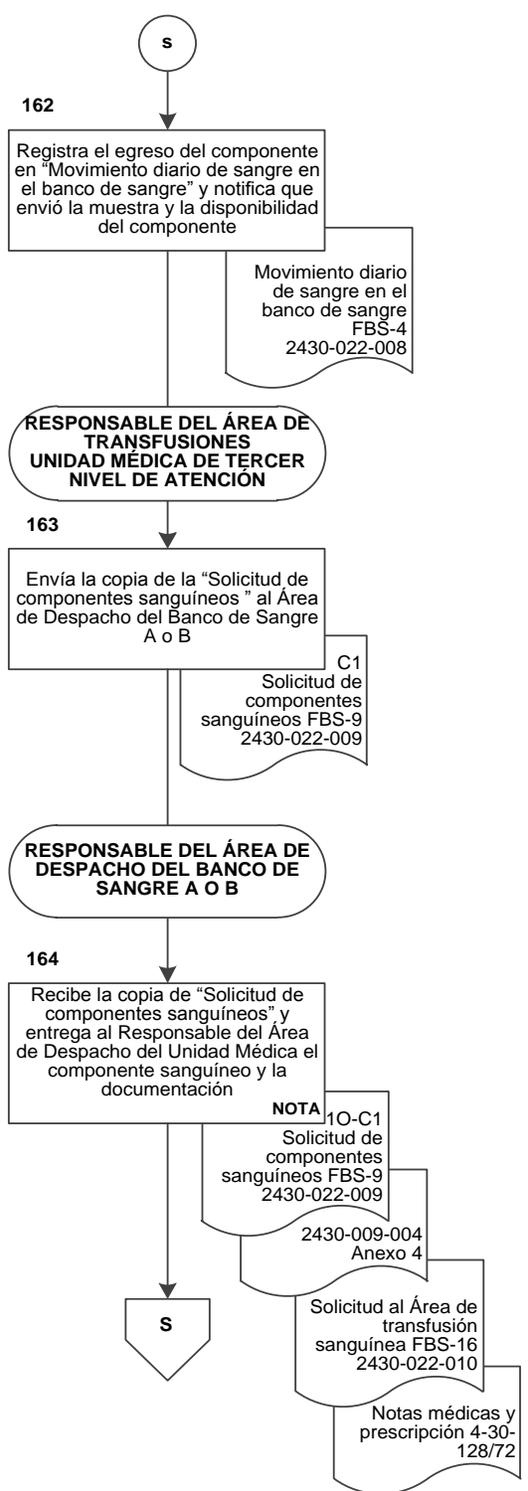
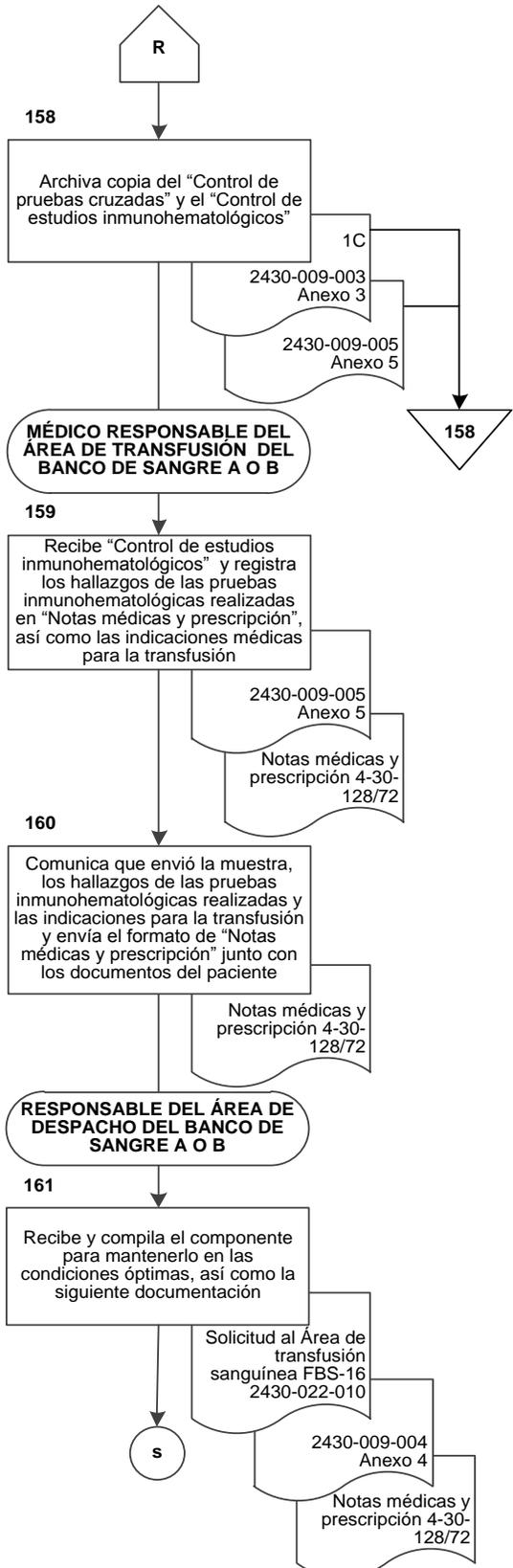


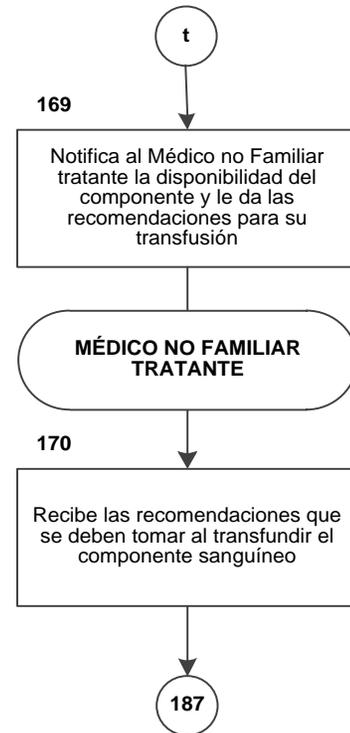
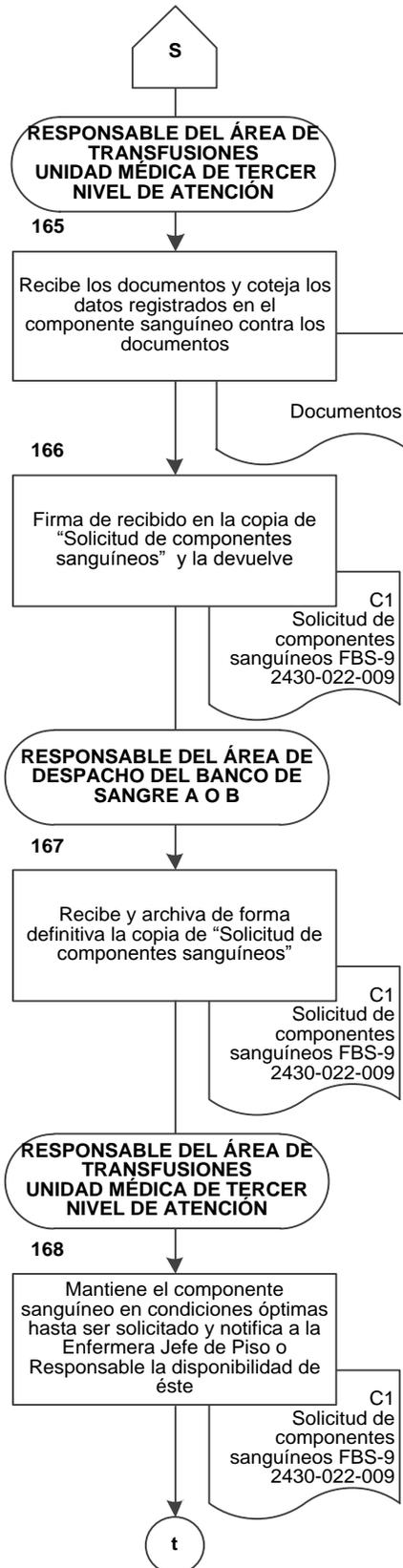


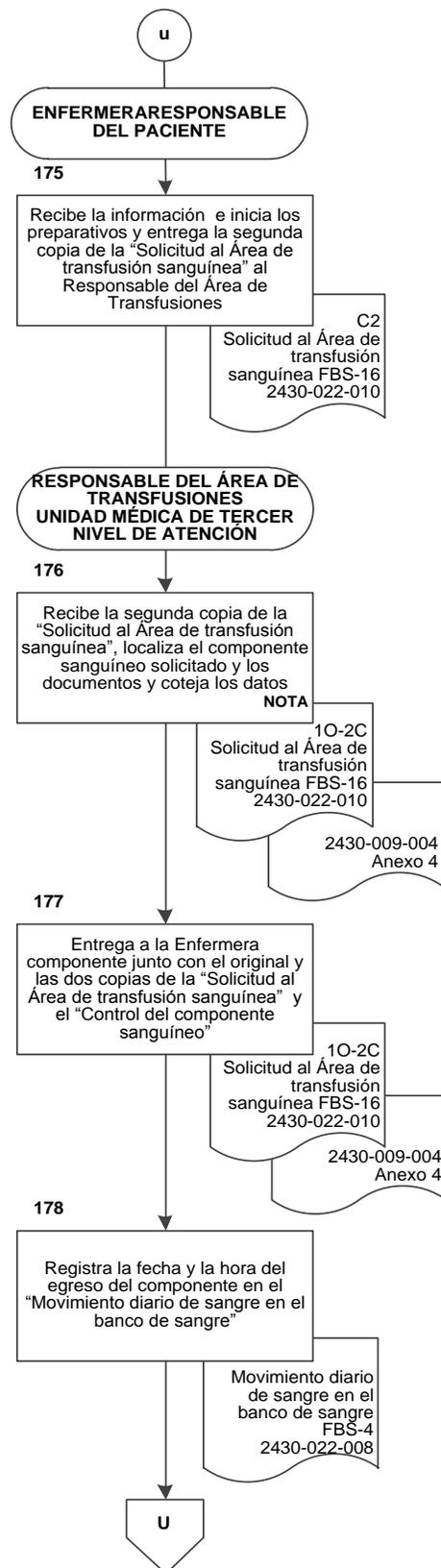
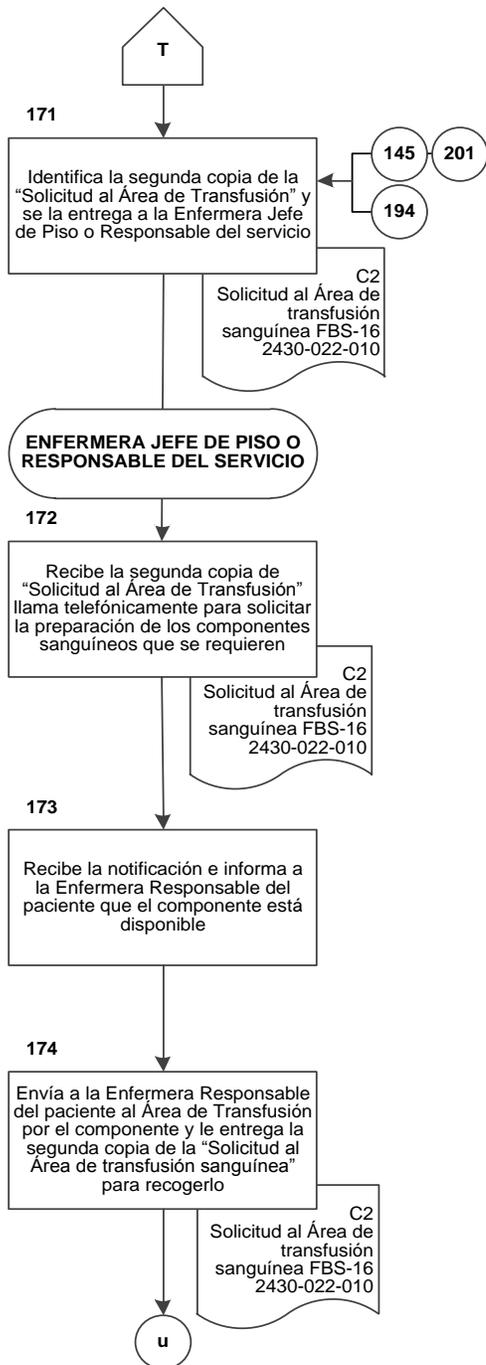


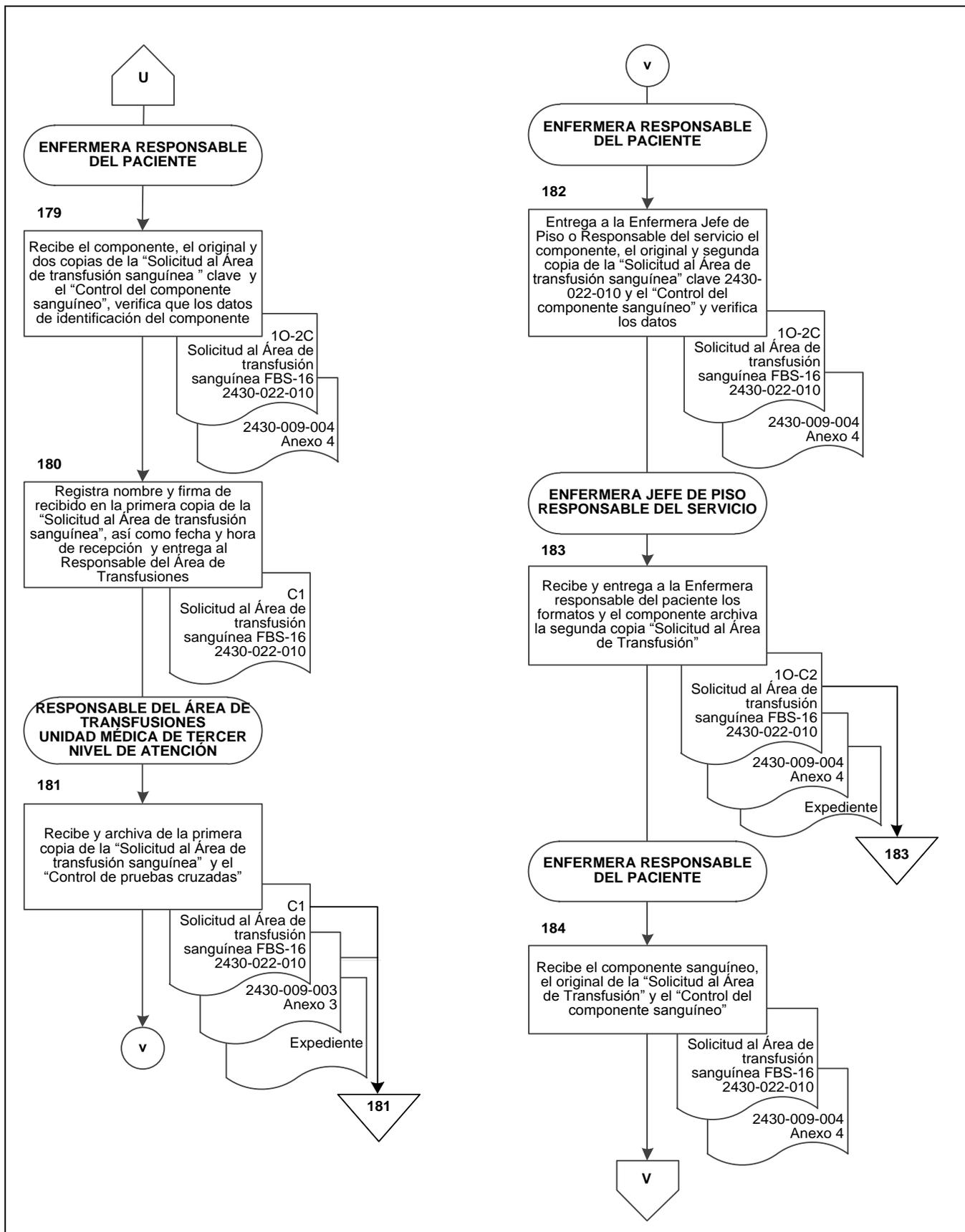


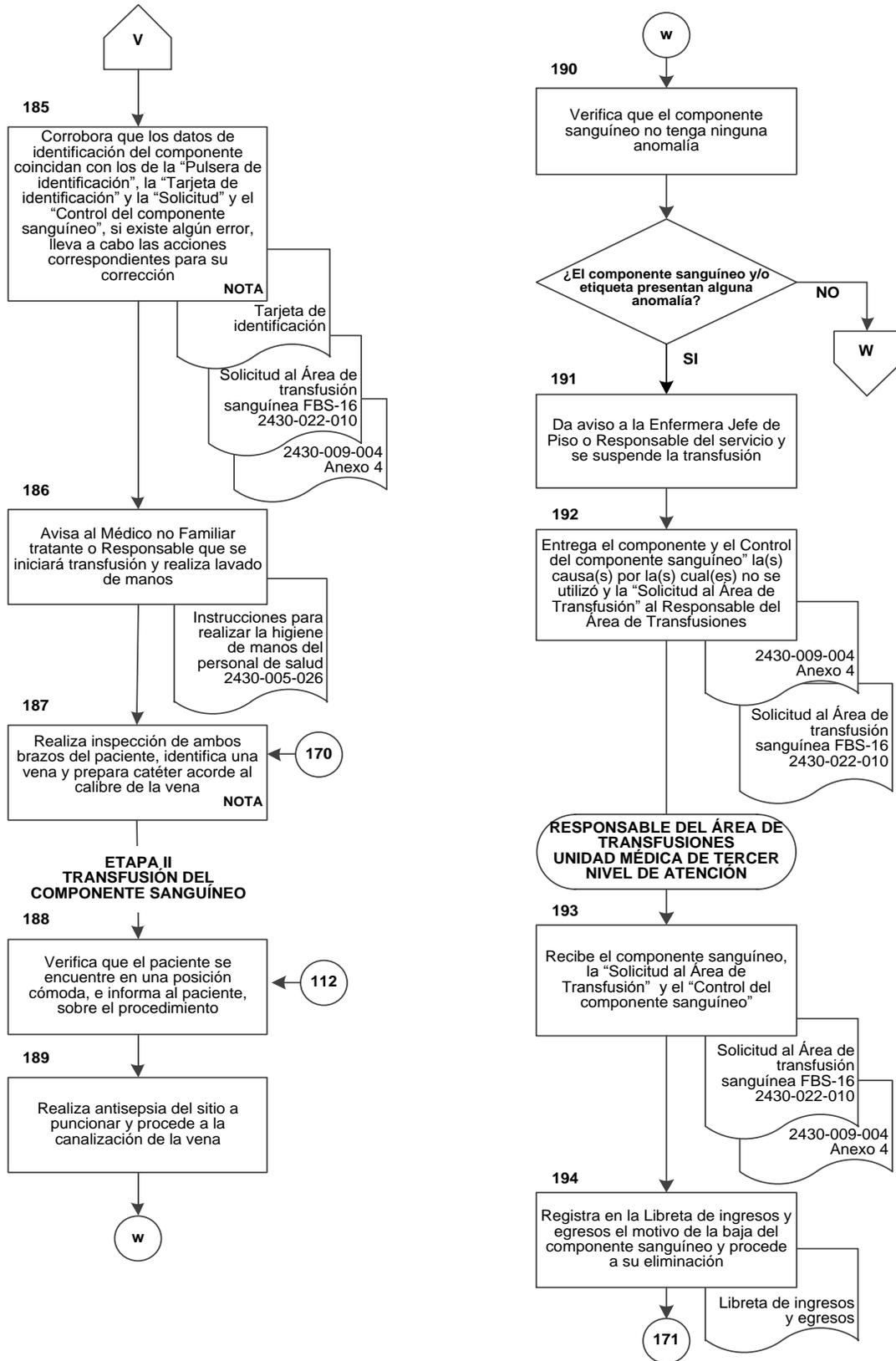


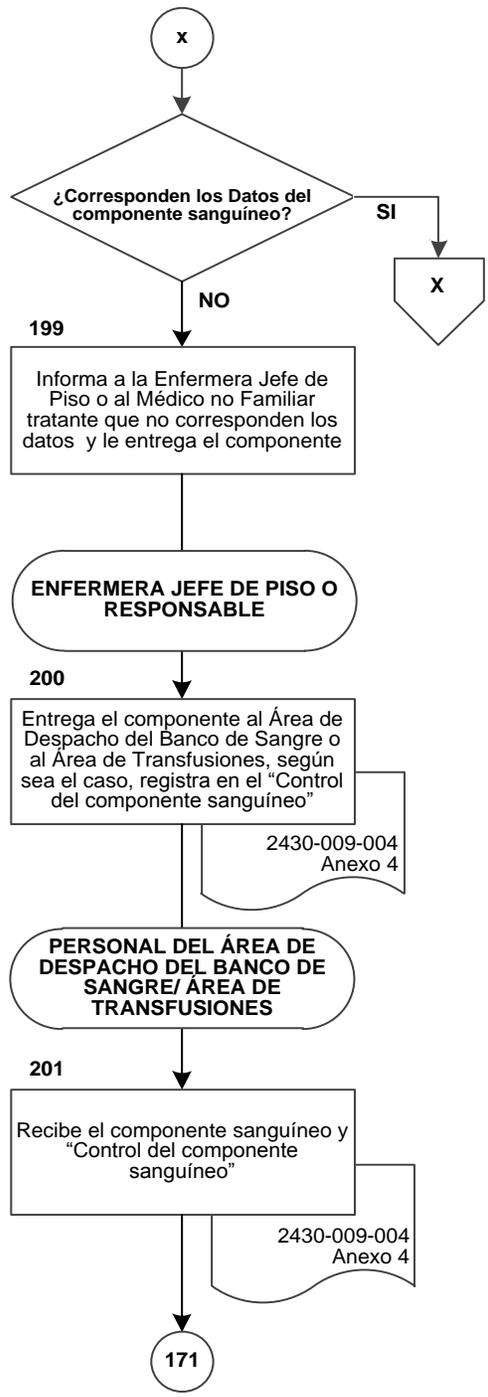
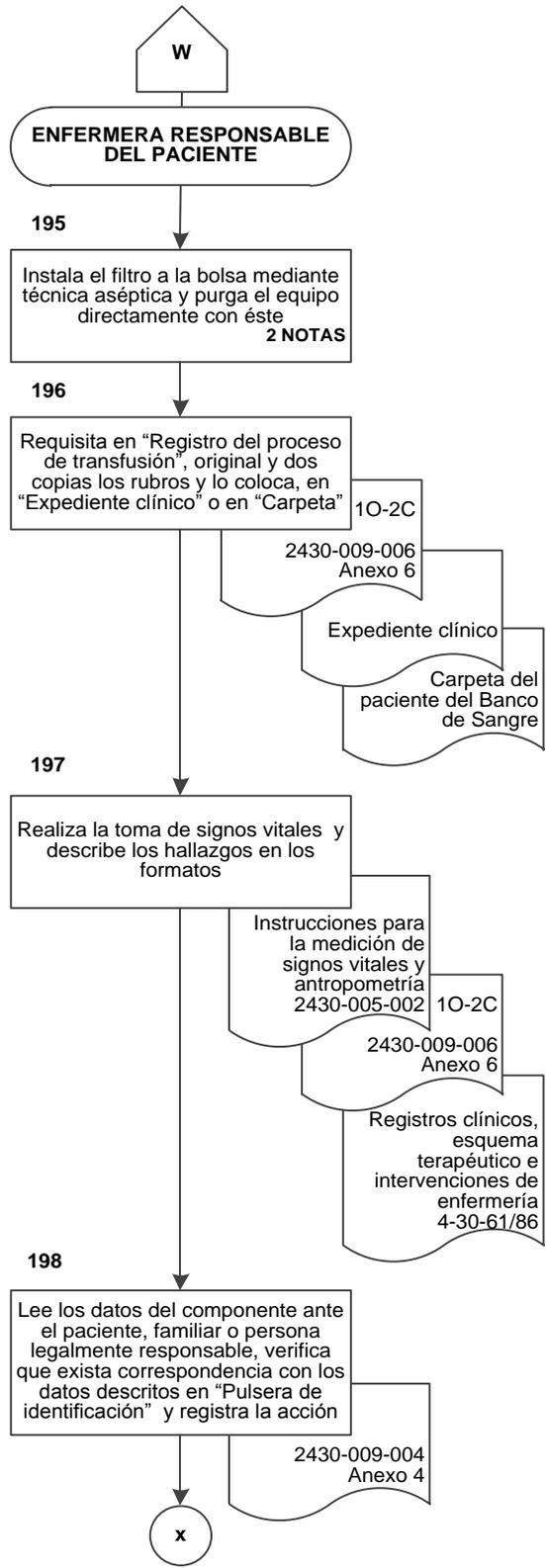


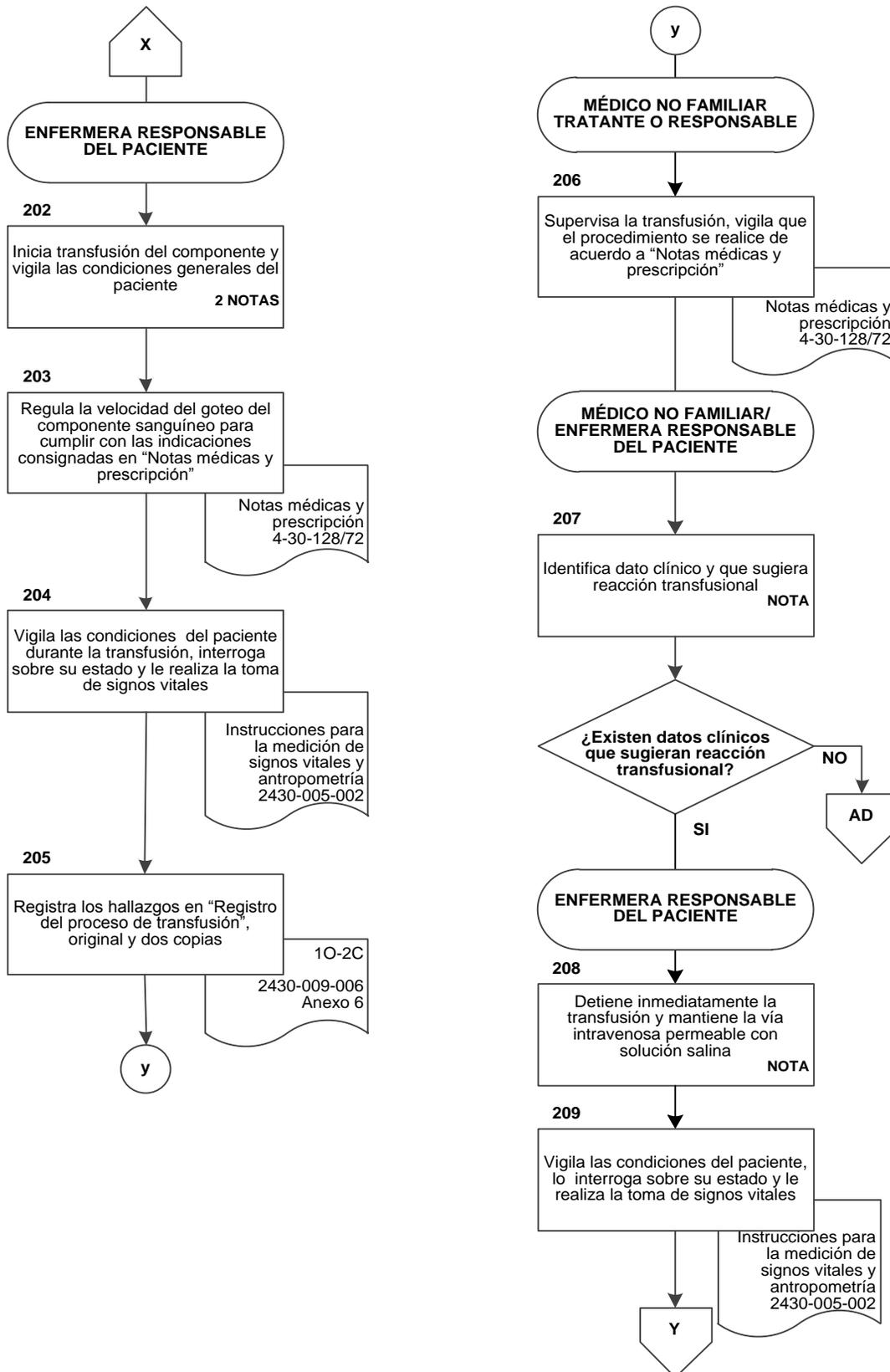


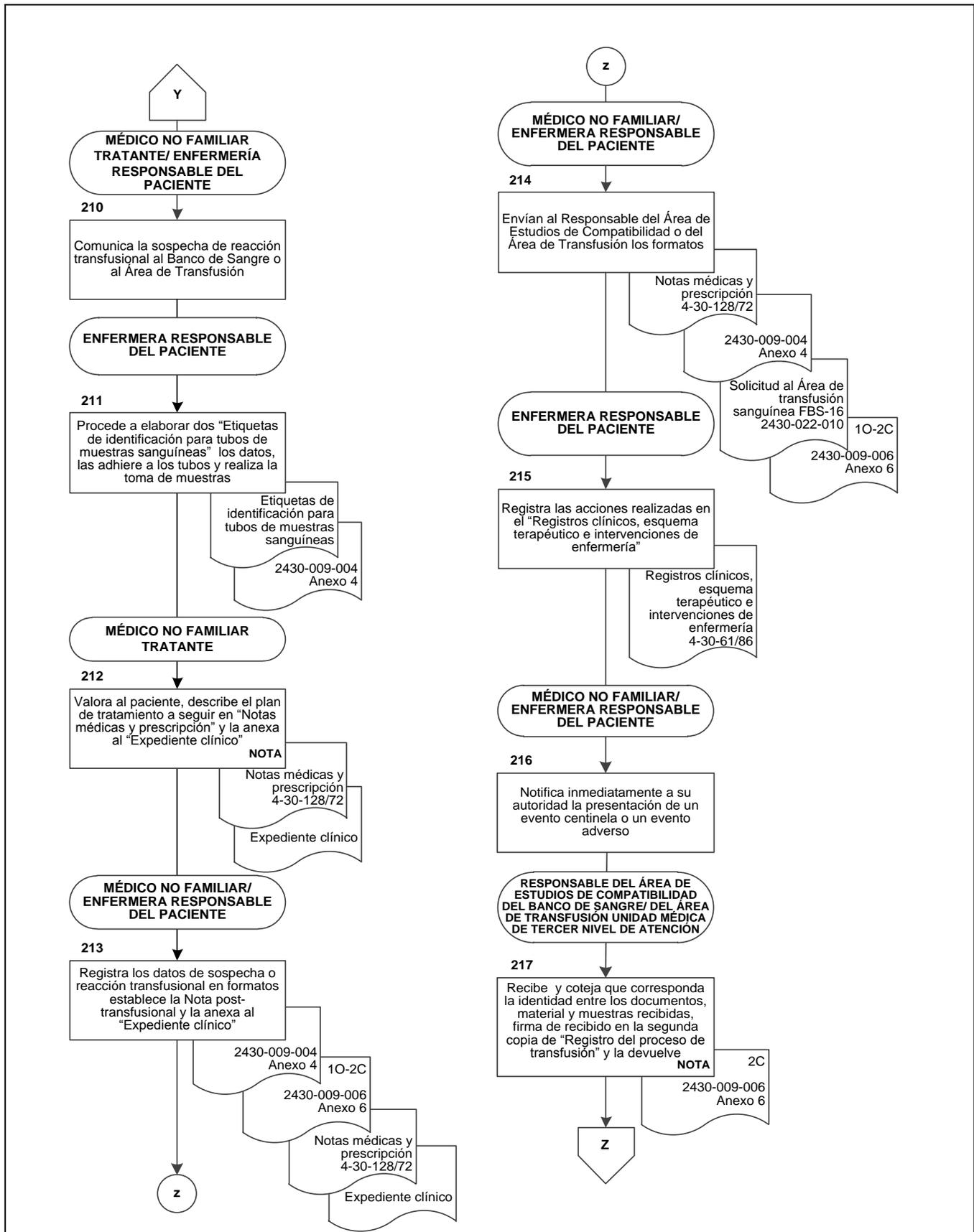


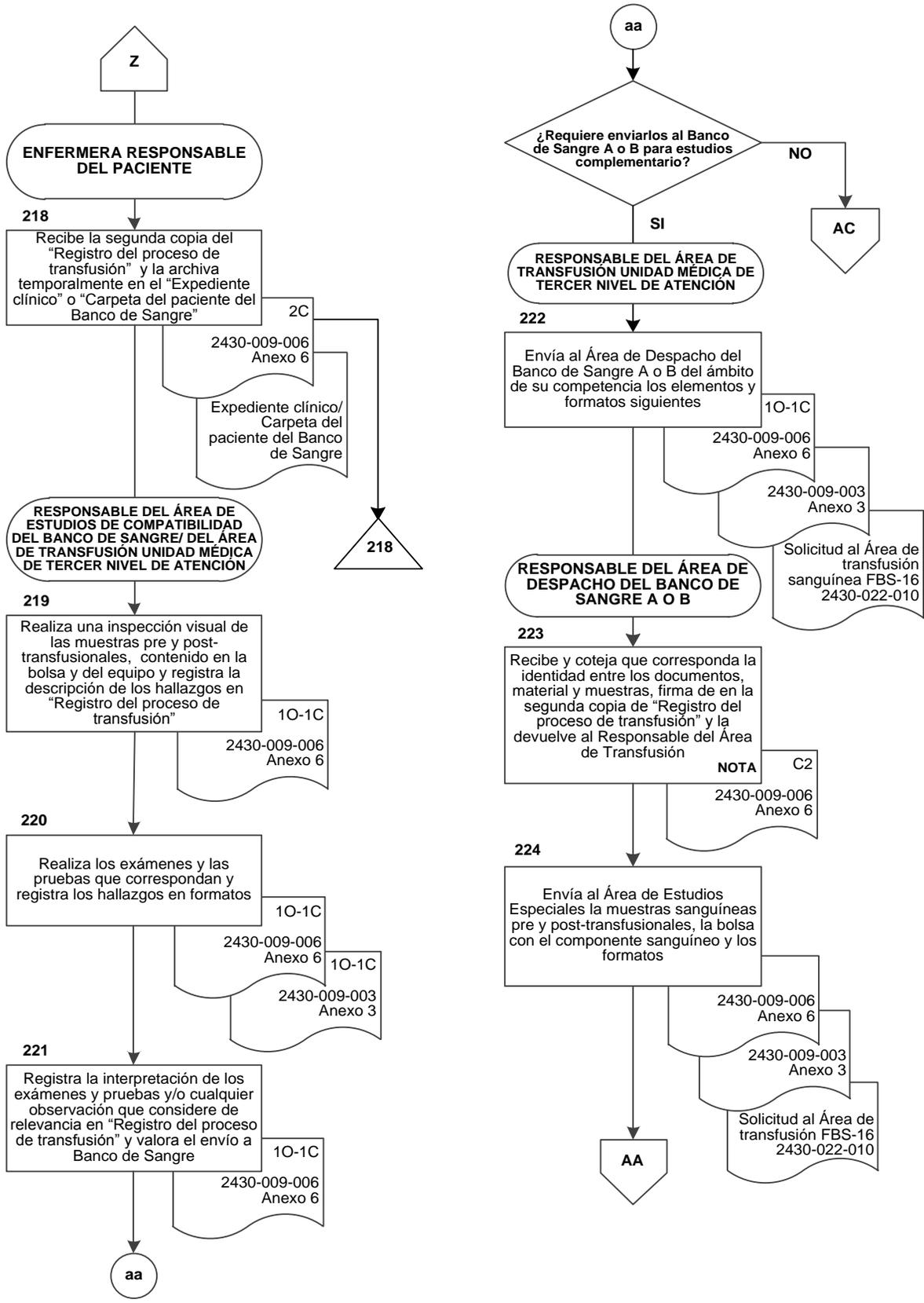


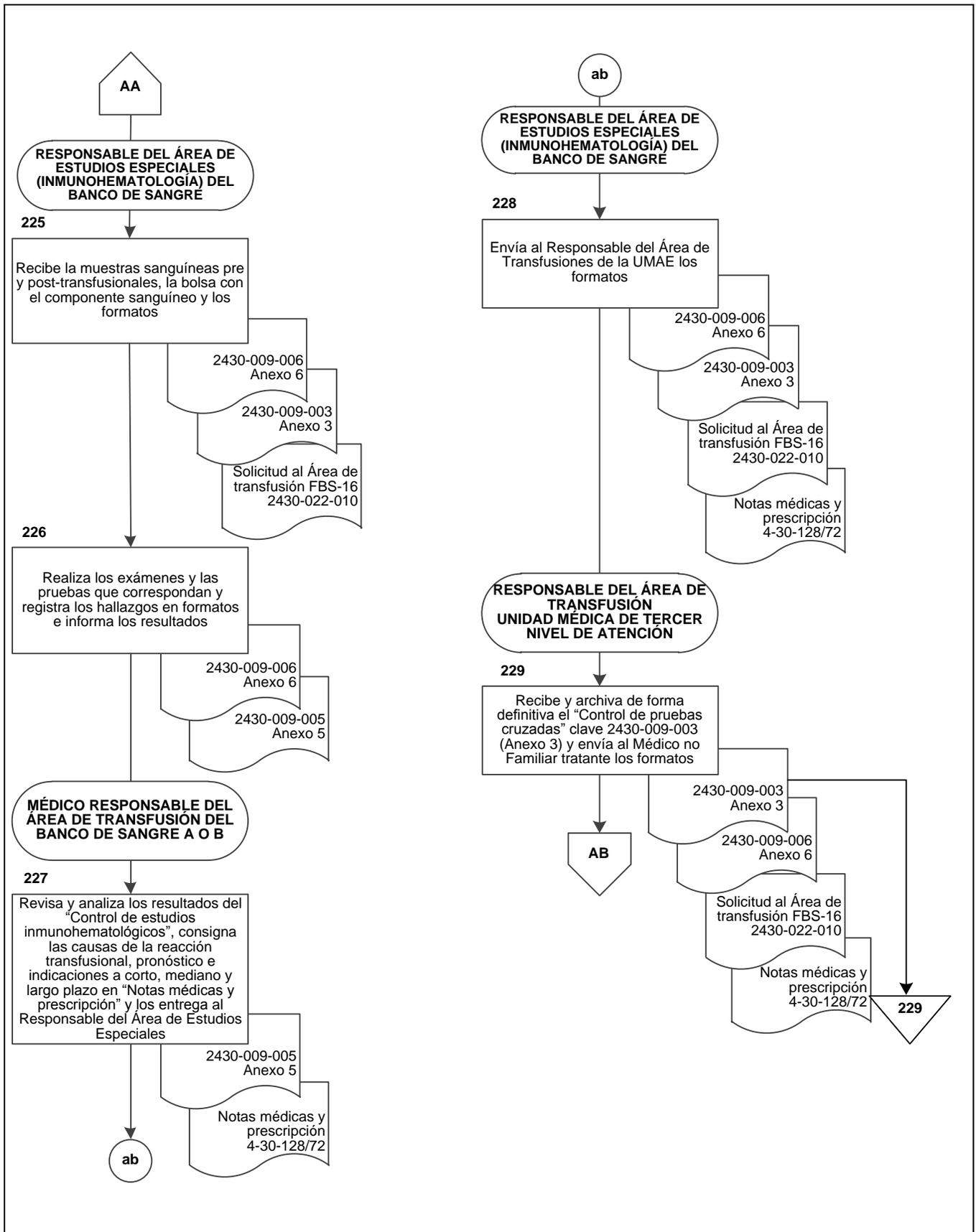


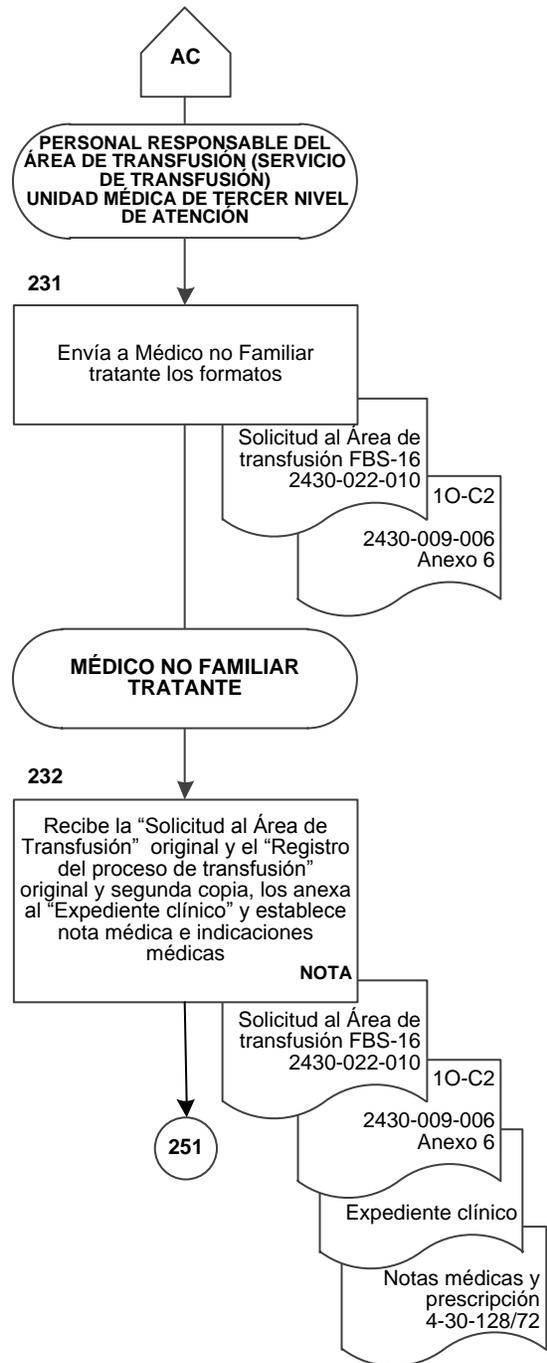
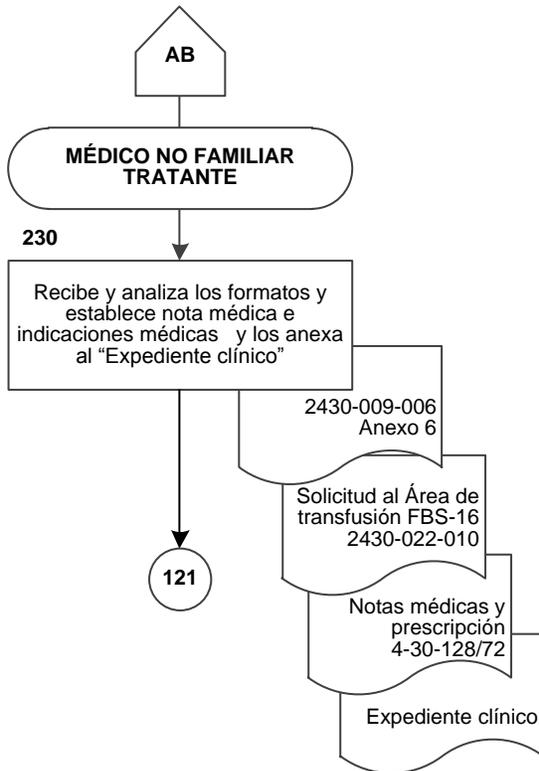


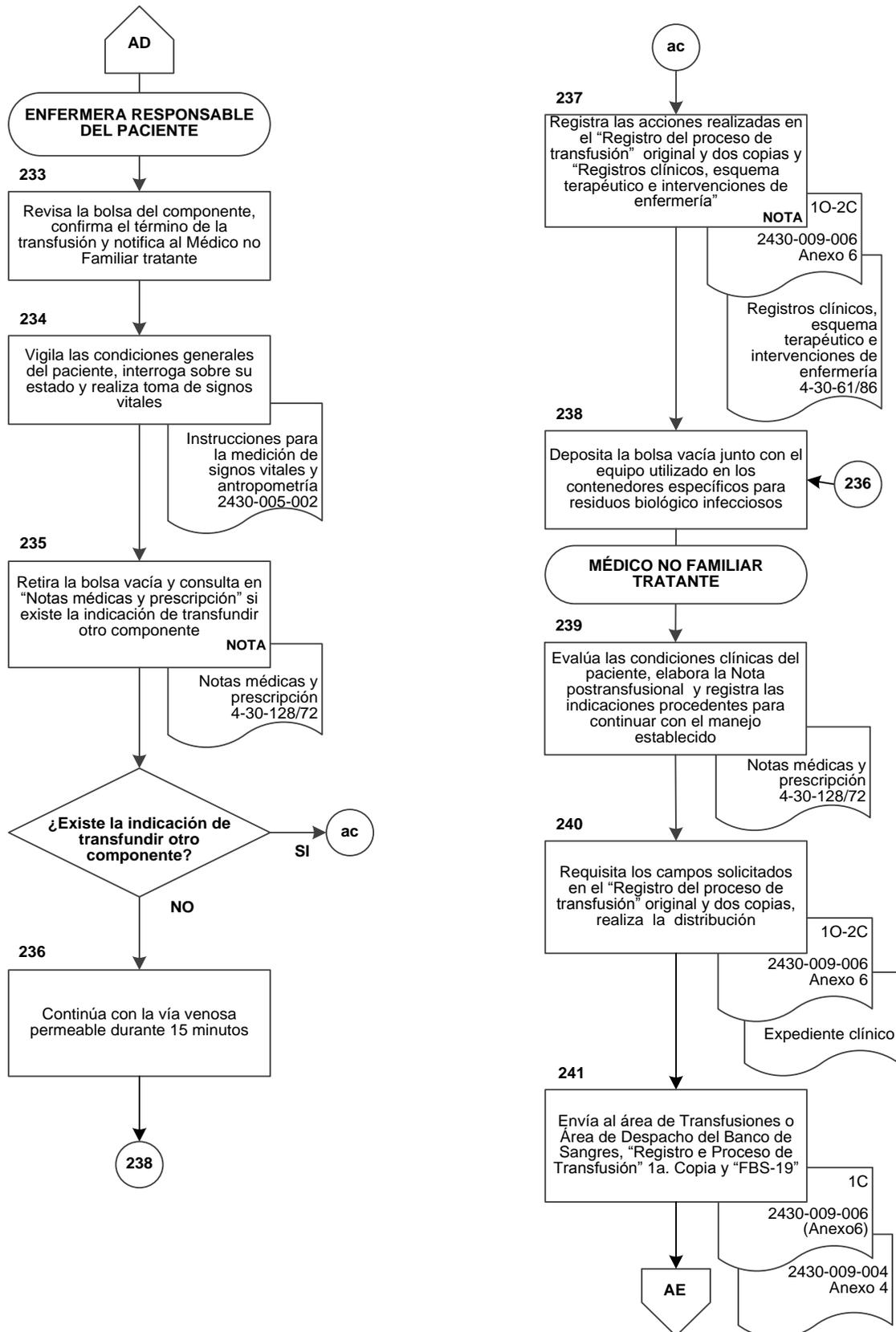














AE
ETAPA III TERMINO DE LA TRANSFUSION DEL COMPONENTE SANGUINEO

MÉDICO RESP. DEL ÁREA DE TRANSF. AMBUL. DEL BANCO DE SANGRE/ ADMON. CONT./ URGEN./ QUIRÓF./ HOSPIT./ MÉDICO NO FAMILIAR TRATANTE Y ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE

242
Realiza las acciones correspondientes de acuerdo a las transfusión que realizó

¿Transfusión?

Modalidad A)
Transfusión Ambulatoria

MÉDICO RESPONSABLE DEL ÁREA DE TRANSFUSIÓN AMBULATORIA DEL BANCO DE SANGRE

243
Requisita el formato "Referencia-Contrarreferencia", original y copia (sección contrarreferencia), escribe su nombre, matrícula y firma

ad

10-1C
Referencia-Contrarreferencia
4-30-8/98

Modalidad B)
Transfusión en Admisión Continua, Urgencias, Quirófano y Hospitalización

AF

ad
244
Anexa la copia "Referencia-Contrarreferencia", a la "Carpeta del paciente del Banco de Sangre" y entrega el original al paciente, familiar o persona legalmente responsable

10-1C
Referencia-Contrarreferencia
4-30-8/98

MÉDICO NO FAMILIAR Y ENFERMERA RESPONSABLES DEL ÁREA DE TRANSFUSIÓN AMBULATORIA DEL BANCO DE SANGRE

245
Observan las condiciones generales del paciente, lo interrogan sobre su estado y le informan sobre los signos de alarma y las recomendaciones a seguir y de acudir al Servicio de Admisión Continua o Urgencias que le corresponda para su atención

246
Informan al paciente que la atención médica ha concluido y que deberá continuar con el manejo establecido

ENFERMERÍA RESPONSABLES DEL ÁREA DE TRANSFUSIÓN AMBULATORIA DEL BANCO DE SANGRE

247
Entrega la "Carpeta del paciente del Banco de Sangre"

Carpeta del paciente del Banco de Sangre

RESPONSABLE DEL ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES DEL BANCO DE SANGRE

248
Recibe la "Carpeta del paciente del Banco de Sangre", archiva de forma definitiva en el Área de Recepción de Pacientes y concluye el procedimiento

Carpeta del paciente del Banco de Sangre

248



ANEXO 1

**Carta de consentimiento informado para la transfusión
2430-009-001**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN

UNIDAD MÉDICA (Nombre y tipo con el que se identifica)	DOMICILIO (Calle, No., Colonia, Delegación Código Postal y Entidad Federativa)
--	--

DATOS DEL PACIENTE QUE RECIBE LA TRANSFUSIÓN		
NOMBRE (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	EDAD (Años)
DOMICILIO (Calle, número interior, número exterior, código postal, delegación o municipio)	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

EN CASO DE MENORES, DATOS DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE QUE CONSIENTE LA TRANSFUSIÓN		
NOMBRE (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	EDAD (Años)
DOMICILIO (Calle, número interior, número exterior, código postal, delegación o municipio)	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL
VINCULO CON EL PACIENTE (Parentesco consanguíneo)	CAUSA POR LA QUE SE EJERCE LA RESPONSABILIDAD	

DATOS DE LA TRANSFUSIÓN
COMPONENTE SANGUINEO A TRANSFUNDIR:
OBJETIVO DE LA TRANSFUSIÓN:
BENEFICIOS:
RIESGOS:
ALTERNATIVAS:

Yo _____ declaro que:

NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO (Del receptor)

- HE RECIBIDO INFORMACIÓN A MI ENTERA SATISFACCIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y FUERON CONTESTADAS A MI AGRADO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
- POR PROPIA VOLUNTAD Y CON PLENO CONOCIMIENTO DE CAUSA, CONSIENTO LA TRANSFUSIÓN QUE SE ME HA INDICADO Y AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD ATENDER LAS CONTINGENCIAS DERIVADAS DEL ACTO CONSENTIDO, ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE AUTORIDAD PRESCRIPTIVA.

LUGAR Y FECHA (Día, mes y año)

MÉDICO TRATANTE			PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE	
NOMBRE COMPLETO	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	FIRMA

2430-009-001



ANEXO 2

**Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios
2430-009-002**



ANEXO 2
Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Especialidades "CMN Siglo XXI".
	Banco de sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Banco de Sangre "A".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20 / 06 / 2018.
2	Número de Folio	El número arábigo consecutivo que corresponde al orden ascendente que ocupa el formato dentro del registro histórico del Área de Transfusión Ambulatoria. Ejemplo: 45.
3	No.	El número progresivo que corresponde con los pacientes atendidos. Ejemplo: 1.
4	Nombre del paciente	Iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente del cual se obtuvieron las muestras sanguíneas. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
5	NSS	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR

2430-009-002



ANEXO 2
Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
6	Unidad de Procedencia	<p>El nombre y el número de la unidad médica que refirió o envió al paciente al Área de Transfusión Ambulatoria.</p> <p>Ejemplo: H.G.Z. 1A “Los Venados”.</p>
7	Diagnóstico	<p>El principal diagnóstico o motivo de consulta del paciente. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico.</p> <p>Ejemplo: Carcinoma gástrico.</p>
8	Teléfono	<p>El número telefónico del paciente, familiar o persona legalmente responsable para localizar al paciente en caso de ser necesario. Puede ser fijo o móvil (celular).</p> <p>Ejemplo: 55645678.</p>
9	Nombre, matrícula y firma del responsable de obtener muestra	<p>El nombre(s), la matrícula y la firma del personal responsable de obtener la muestra sanguínea del paciente para realizar los estudios de pre-transfusionales.</p> <p>Ejemplo: Luisa Gutiérrez Jiménez 90876584 Firma</p>
10	Recepción Área de Compatibilidad*	<p>*Estos datos son para ser registrados en el Área de Compatibilidad del Banco de Sangre.</p>
	Fecha y hora	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha, así como la hora en que se reciben las muestras sanguíneas, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 06 / 2018. 08:35 hrs.</p>



ANEXO 2
Registro de toma de muestras sanguíneas de pacientes ambulatorios
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Recibió	El nombre(s) completo del personal responsable del Área de Compatibilidad que recibió las muestras sanguíneas así como su matrícula institucional y firma. Ejemplo: Luis Gómez Hernández 11465678 Firma
11	Recepción Carpeta del paciente*	*Estos datos son para ser registrados por la Enfermera responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre.
	Fecha y hora	El día, mes y año correspondientes a la fecha, así como la hora en que se recibe la Carpeta del paciente del Banco de Sangre, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20/06/2018. 08:35 hr.
	Recibió	El nombre(s) completo del personal responsable del Área de Transfusión Ambulatoria del Banco de Sangre que recibió la Carpeta del paciente del Banco de Sangre, así como su matrícula institucional y firma. Ejemplo: Luis Gómez Hernández 11465678 Firma



ANEXO 3

**Control de pruebas cruzadas
2430-009-003**



ANEXO 3
Control de pruebas cruzadas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Especialidades "CMN Siglo XXI".
	Banco de sangre/Área de Transfusión	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre o el Área de Transfusión. Ejemplo: Banco de Sangre "A".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2018.
	Número de Solicitud	El número arábigo consecutivo que corresponde al orden ascendente que ocupa el formato dentro del registro histórico del Área de Compatibilidad del Banco de Sangre o del Área de Transfusión. Ejemplo: 45.
2	Identificación del paciente	
	Nombre	El nombre del paciente del cual se obtuvieron las muestras sanguíneas para realizar las pruebas de compatibilidad. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-59-1670-1M59OR

2430-009-003



ANEXO 3
Control de pruebas cruzadas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Servicio Tratante	El nombre del servicio o departamento clínico en el cual se encuentra el paciente. Ejemplo: 2º. Piso Oncología
	Número de cama	El número de cama en el cual se encuentra el paciente. Ejemplo: 247
	Diagnóstico	El principal diagnóstico o motivo de consulta del paciente. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico. Ejemplo: Carcinoma gástrico.
	Observaciones	Cualquier información que se considere de relevancia y que no se encuentre consignada en los datos previos.
3	Biometría hemática Hb	La concentración de hemoglobina del donador expresada en gramos por decilitro. La fracción expresada con un dígito. Ejemplo: 16.3
	Hto	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje. Ejemplo: 47
	Plaquetas	La cuenta de plaquetas en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 178000
	Leucocitos	La cuenta de leucocitos en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 6800

2430-009-003



ANEXO 3
Control de pruebas cruzadas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Clasificación de grupos ABO y Rh (D)	En el lugar correspondiente la tipificación para el grupo sanguíneo ABO y para el grupo Rh (D) tras realizar las pruebas de clasificación. Ejemplo: A positivo
5	Pruebas cruzadas (mayor y menor)	Los resultados obtenidos tras realizar las pruebas mayor y menor de compatibilidad.
6	Identificación del donador	
	No.	El número progresivo ascendente asignado a cada uno de los componentes sanguíneos estudiados en las pruebas de compatibilidad. Ejemplo: 2.
	Nombre	El nombre del donador registrado en la identificación del componente sanguíneo en el que se estudia la compatibilidad. Ejemplo: Juan Gómez Hernández.
	No. de fracción	El número de identificación de la fracción del componente sanguíneo consignado en la etiqueta. Ejemplo: 909876.
	Producto	El nombre del componente sanguíneo en el que se estudia la compatibilidad con el paciente. Ejemplo: Concentrado plaquetario.
	Gpo. Sang.	El grupo sanguíneo ABO y Rh (D) del componente sanguíneo estudiado para la compatibilidad con el paciente. Ejemplo: A positivo.

2430-009-003



ANEXO 3
Control de pruebas cruzadas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Observaciones	Cualquier observación que se considere de relevancia y no se encuentre consignada en los datos previos.
8	Nombre, matrícula y firma del personal que realizó las pruebas de compatibilidad.	El nombre, la matrícula y la firma de la persona responsable de realizar las pruebas de compatibilidad. Ejemplo: Rodrigo Ruiz Gómez 11087654 Firma



ANEXO 4

**Control de componente sanguíneo FBS-19 <<Marbete>>
2430-009-004**



ANEXO 5

Control de estudios inmunohematológicos
2430-009-005



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
CONTROL DE ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS

UNIDAD MÉDICA	1	BANCO DE SANGRE	FECHA	No. DE FOLIO
---------------	----------	-----------------	-------	--------------

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 2				
NOMBRE	NSS	HOSPITAL	SERVICIO	EDAD
				DIAGNÓSTICO

ANTECEDENTES 3				
TRANSF. RECIENTES	FECHA ÚLTIMA TRANSF.	REACCIONES TRANSFUSIONALES-PREVIAS	GESTAS	PARTOS
				FECHA ÚLTIMO PARTO
ASPECTO	RELACIÓN PG / PL		OBSERVACIONES	

IMAGEN DE GRUPO SANGÜINEO 4									
DIRECTA					INVERSA				
ANTI-A	ANTI-B	ANTI-AB	A1	A2	B	O	AUTO	Rh	
FENOTIPO									
Rh	KELLY	DUFFY	KIDD	LEWIS	M	N	Ss	F	
OBSERVACIONES					GRUPO SANGÜINEO 5				
					ABO				
					Rh				

2430-009-005



ANEXO 5
Control de estudios inmunohematológicos
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Especialidades "CMN Siglo XXI".
	Banco de sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Banco de Sangre "A".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2018.
	No. de folio	El número arábigo consecutivo que corresponde al orden ascendente que ocupa el formato dentro del registro histórico del Área de Inmunohematología del Banco de Sangre. Ejemplo: 45.
2	Identificación del paciente	
	Nombre	El nombre del paciente del cual se obtuvieron las muestras sanguíneas para realizar las pruebas de compatibilidad. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuela Alejandra.
	NSS	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-59-1670-1F59OR

2430-009-005



ANEXO 5
Control de estudios inmunohematológicos
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Hospital	El nombre y número de hospital tratante del paciente. Ejemplo: HGZ 1A "Los Venados".
	Servicio	El nombre del servicio en el cual se encuentra el paciente. Ejemplo: 2º. Piso Oncología
	Edad	La edad cumplida del paciente expresada en años o meses cuando su edad sea menor a un año. Ejemplo: 59.
	Diagnóstico	El principal diagnóstico o motivo de consulta del paciente. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico. Ejemplo: Carcinoma gástrico.
3	Antecedentes	
	Transf. recientes	Si el paciente ha recibido la transfusión de algún componente sanguíneo con anterioridad. Ejemplo: Si.
	Fecha última Transf.	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se le transfundió algún componente sanguíneo al paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 16 / 06 / 2017.
	Reacciones transfusionales previas	Si el paciente ha presentado con anterioridad alguna reacción a la transfusión de algún componente sanguíneo. Ejemplo: Ninguna

2430-009-005



ANEXO 5
Control de estudios inmunohematológicos
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Gestas	En caso de ser mujer, el número de embarazos que tiene o ha tenido el paciente hasta el momento del llenado del formato. Ejemplo: 2.
	Partos	En caso de ser mujer, el número de partos que ha tenido el paciente hasta el momento del llenado del formato. Ejemplo: 2.
	Fecha de último parto	En caso de ser mujer, el día, mes y año correspondientes a la fecha en que se presentó el parto más reciente de la paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 16 / 06 / 1993.
	Aspecto	Una descripción breve del aspecto de la muestra sanguínea recibida para realizar las pruebas.
	Relación PG/PL	La relación PG/PL de la muestra sanguínea recibida.
	Observaciones	Cualquier información que se considere de relevancia y que no se encuentre consignada en los datos previos.
4	Imagen de grupo sanguíneo Directa Inversa Rh Fenotipo	En el espacio correspondiente los resultados de las pruebas inversa, directa, Rh y de fenotipo efectuadas a las muestras sanguíneas del paciente.
5	Grupo sanguíneo	El resultado obtenido tras realizar las pruebas para tipificación para el grupo sanguíneo ABO y para el grupo Rh (D).

Ejemplo: A positivo

2430-009-005



ANEXO 5
Control de estudios inmunohematológicos
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR		
6	Medio	En el espacio correspondiente a cada uno de los medios los resultados obtenidos tras realizar las pruebas con los diferentes paneles.		
7	Coombs Directo	El resultado obtenido tras realizar la prueba de Coombs directa.		
	Título	Ejemplo: Positivo. La titulación encontrada tras realizar la prueba de Coombs directa. Ejemplo: 1: 32		
	Coombs monoespecífico I ₉ G I ₉ M C ₃ C C ₃ d C ₄ I ₉ A	En el espacio correspondiente el resultado obtenido tras realizar las pruebas de Coombs monoespecífico para cada uno de los anticuerpos mencionados. Ejemplo: <table border="1" data-bbox="989 1161 1133 1236"> <tr><td>IgG</td></tr> <tr><td>1:16</td></tr> </table>	IgG	1:16
IgG				
1:16				
8	Eluido 1 Eluido 2	En el espacio correspondiente si se realizaron pruebas complementarias.		
9	Químico que realizó estudios. Nombre Matrícula Firma	El nombre completo, así como la matrícula y la firma autógrafa del químico que realizó las pruebas de inmunología. Ejemplo: Rodrigo Méndez Ortiz 90947514 Firma		



ANEXO 6

**Registro del proceso de transfusión
2430-009-006**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

REGISTRO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN

UNIDAD MEDICA	BANCO DE SANGRE/ÁREA DE TRANSFUSIÓN	FECHA:
---------------	-------------------------------------	--------

1 DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ <small>Apellido paterno, Apellido materno y Nombre(s)</small>	NSS: _____
--	------------

EDAD:	SEXO:	GRUPO SANGUÍNEO ABO Y Rh (D):	No. CAMA:
-------	-------	-------------------------------	-----------

SERVICIO TRATANTE:	DIAGNÓSTICO:
--------------------	--------------

2 DATOS DE LA(S) UNIDAD(ES) TRANSFUNDIDA(S)

No.	UNIDAD	COMPONENTE					FECHA HORA RECEPCIÓN	NOMBRE DEL RECEPTOR	REALIZÓ PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
		CE	PL	CP	CRI	OTRO			

OBSERVACIONES:

3 DATOS DE LA(S) TRANSFUSIÓN(ES)

No.	UNIDAD	SIGNOS VITALES												ESTADO GENERAL			
		PRE-TRANSFUSIÓN				TRANSFUSIÓN				POST-TRANSFUSIÓN							
		TA	FC	FR	T°	TA	FC	FR	T°	TA	FC	FR	T°				

OBSERVACIONES:

4 RESUMEN DE LA(S) TRANSFUSIÓN(ES)

No.	UNIDAD	FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA FINALIZACIÓN	TIEMPO TOTAL	VOLUMEN RECIBIDO (ml)	VOLUMEN TRANSFUNDIDO (ml)	VOLUMEN REMANENTE

TOTAL DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS:	VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO:
----------------------------------	-----------------------------

5 OBSERVACIONES

6 MÉDICO QUE INDICÓ LA TRANSFUSIÓN	7 PERSONAL QUE APLICÓ, VIGILÓ Y SUPERVISÓ LA TRANSFUSIÓN
---	---

_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA
-----------------	--------------------	----------------	-----------------	--------------------	----------------

2430-009-006



8 ¿EXISTIÓ REACCIÓN TRANSFUSIONAL?

NO SI

9 REPORTE DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

FECHA Y HORA: ____ / ____ / ____ : ____ : ____ <small>Día Mes Año... hora min</small>	VOLUMEN TRANSFUNDIDO	No. DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO TRANSFUNDIDO:
--	----------------------	--

10 SIGNOS VITALES

PRE-TRANSFUSIÓN	POST-TRANSFUSIÓN
TEMPERATURA	
FRECUENCIA CARDIACA	
FRECUENCIA RESPIRATORIA	
PRESIÓN ARTERIAL	

11 SIGNOS Y SÍNTOMAS

URTICARIA	ORINA OSCURA	OLIGURIA	
PRURITO	PETEQUIAS	HIPO TENSIÓN	
INCREMENTO EN EL PULSO	ANAFILAXIA	ELEVACIÓN DE TEMPERATURA	
OTROS:			

12 ACCIONES TOMADAS POR PERSONAL QUE ÁPLICÓ LA TRANSFUSIÓN

SUSPENSIÓN INMEDIATA DE LA TRANSFUSIÓN	TOMA DE SIGNOS VITALES
MANTENER VENA PERMEABLE CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA	TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS Y DE ORINA

13 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN POR EL LABORATORIO

1. INSPECCIÓN VISUAL DE LAS MUESTRAS PRE Y POST-TRANSFUSIÓN DEL PACIENTE (DESCRIBIR):

2. APARIENCIA DEL PRODUCTO SANGUÍNEO Y DEL EQUIPO DE TRANSFUSIÓN (DESCRIBIR):

3. ESTUDIOS REALIZADOS:

TIPO DE ESTUDIO	PRE-TRANSFUSIÓN	POST-TRANSFUSIÓN	PRODUCTO SANGUÍNEO
COOMBS DIRECTO			
GRUPO ABO			
FACTOR RH (D)			
AC ANTIERITROCITOS			
AC ANTILEUCOCITOS			
AC ANTILINFOCITOS			
HEMOGLOBINA LIBRE			
PRUEBAS CRUZADAS			
HEMOGLOBINA EN ORINA			
BILIRRUBINAS			
TINCIÓN DE GRAM			
CULTIVO			

15 INTERPRETACIÓN

16 MÉDICO TRATANTE

17 QUÍMICO QUE REALIZÓ ESTUDIOS

_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA
-----------------	--------------------	----------------	-----------------	--------------------	----------------

2430-009-006



ANEXO 6
Registro del proceso de transfusión
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica	<p>El nombre y número de la Unidad Médica en la cual se encuentra el paciente al que se le transfundirá el componente sanguíneo.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.</p>
	Banco de Sangre / Área de Transfusión	<p>El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre o el Área de Transfusión responsable de proporcionar el componente sanguíneo a transfundir.</p> <p>Ejemplo: Área de Transfusión del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4</p>
	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 06 / 2018.</p>
1	Datos del paciente	
	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a transfundir el componente sanguíneo, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s), el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta el paciente.</p> <p>Ejemplo: Oros Gómez Daniel.</p>
	N. S. S.	<p>El número de seguridad social del paciente, además de los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse del Expediente clínico u otro documento con el que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210 55 1670 1M59OR</p>
	Edad	<p>La edad en años del paciente expresada en años en el momento de iniciar la transfusión del componente sanguíneo.</p> <p>Ejemplo: 36.</p>

2430-009-006



ANEXO 6
Registro del proceso de transfusión
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Sexo	El género del paciente al que se le transfundirá el componente sanguíneo. Ejemplo: Hombre.
	Grupo sanguíneo ABO y Rh(D)	El grupo sanguíneo (A, B, O) y el factor Rh (D) del receptor del componente sanguíneo. Ejemplo: A positivo.
	No. de cama	El número de la cama donde se encuentra hospitalizado el paciente al que se le va a realizar la transfusión. Ejemplo: 823.
	Servicio Tratante	El nombre del servicio o especialidad que transfundirá el componente sanguíneo. Ejemplo: Cardiología.
	Diagnóstico	El diagnóstico de presunción o de certeza o en su caso el motivo de la indicación de la transfusión. Ejemplo: Choque hipovolémico.
2	Datos de la Unidad(es) Transfundida(s)	Los datos solicitados de cada uno de los componentes sanguíneos a transfundir. La capacidad máxima posible de registro en este formato es de tres componentes sanguíneos.
	No.	El número progresivo que corresponde al orden en el cual se transfunde(n) el o los componente(s) sanguíneo(s). Ejemplo: 2.
	Unidad	El número asignado a la unidad del componente sanguíneo que se va a transfundir. Ejemplo: 158795

2430-009-006



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR															
Componente CE (Concentrado Eritrocitario) PL (Plasma) CP (Concentrado Plaquetario) CRI (Crioprecipitado) OTRO	Una “X” en el recuadro correspondiente al tipo de componente sanguíneo a transfundir. En caso de que no se encuentre consignado, utilice el espacio OTRO y anote el nombre componente sanguíneo transfundido. Ejemplo:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">COMPONENTE</th> </tr> <tr> <th>CE</th> <th>PL</th> <th>CP</th> <th>CRI</th> <th>OTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	COMPONENTE					CE	PL	CP	CRI	OTRO	X				
COMPONENTE																	
CE	PL	CP	CRI	OTRO													
X																	
Fecha y Hora de recepción	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se recibió el componente sanguíneo, por parte del personal de salud que transfundirá el componente sanguíneo; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.	Ejemplo: 15 / 08 / 2018 15:30															
Nombre del Receptor	El nombre del paciente para el cual se destina el componente sanguíneo y que se encuentra consignado en el registro “Control Componente Sanguíneo FBS-19 (marbete)” clave 2430-009-004.	Ejemplo: Daniel Oros Gómez.															
Realizó las pruebas de compatibilidad	El nombre completo del Químico o Laboratorista que realizó las pruebas de compatibilidad.	Ejemplo: Rodrigo Pérez Núñez.															
Observaciones	Cualquier observación que se considere de relevancia respecto a las unidad(es) recibida(s) para la transfusión.	En este rubro describir cualquier anomalía en la recepción del componente por el área médica, su transporte y el arribo al Servicio o Departamento Clínico en el que se realizará la transfusión. 2430-009-006															



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
3	Datos de la(s) transfusión(es)	Los datos solicitados de cada uno de los componentes sanguíneos transfundidos.* * La capacidad máxima posible de registro en este formato es de tres componentes sanguíneos.
	No.	El número progresivo que corresponde al orden en el cual se transfunde(n) el(os) componente(s) sanguíneo(s). Ejemplo: 2
	Unidad	El número asignado a la unidad del componente sanguíneo que se va a transfundir. Ejemplo: 158795
	Signos vitales	Las cifras obtenidas de la toma de los signos vitales antes, durante y después de la transfusión del componente sanguíneo. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• tensión arterial: 100/60• frecuencia cardiaca: 90'• frecuencia respiratoria: 20• temperatura corporal: 36.8°C
	Estado general	El estado general del paciente en el transcurso de la transfusión. En caso de ser necesario utilizar la sección “Observaciones” para describir cualquier dato de relevancia clínica. Ejemplo: Bueno
	Observaciones	Cualquier dato que se considere de relevancia durante la transfusión del componente sanguíneo.

2430-009-006



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Resumen de la(s) transfusión(es)	
	No.	El número progresivo que corresponde al orden en el cual se transfunde(n) el o los componente(s) sanguíneo(s). Ejemplo: 2.
	Unidad	El número asignado a la unidad del componente sanguíneo que se va a transfundir. Ejemplo: 158795
	Fecha y hora de inicio	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se inició la transfusión del componente sanguíneo en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 17 / 08 / 2018 09:30
	Fecha y hora de finalización	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que terminó la transfusión del componente sanguíneo en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 17 / 08 / 2018 11:30
	Tiempo total	El lapso de tiempo transcurrido para la transfusión del componente sanguíneo, obtenido de la sustracción de la hora de finalización menos la hora de inicio y expresado en minutos. Ejemplo: 168 minutos
	Volumen recibido (ml)	El volumen en mililitros del componente sanguíneo al momento de su recepción. Ejemplo: 280 ml

2430-009-006



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR				
	Volumen transfundido (ml)	El volumen total en mililitros del componente sanguíneo que se transfundió. Ejemplo: 250 ml				
	Volumen remanente	El volumen en mililitros del componente sanguíneo que no fue transfundido. Se obtiene a partir de la sustracción del volumen recibido menos el volumen transfundido. Ejemplo: 30 ml				
5	Observaciones	Cualquier dato de relevancia durante la transfusión y que no se encuentre consignado en los registros previos.				
6	Médico que indicó la transfusión	El nombre completo, así como la matrícula y la firma autógrafa del médico que indicó al paciente la transfusión del componente sanguíneo. Ejemplo: Maritza García Espinosa 90986754 Firma				
7	Personal que aplicó, vigiló y supervisó la transfusión	El nombre completo, así como la matrícula y la firma del personal responsable de aplicar, vigilar y supervisar la transfusión del componente sanguíneo. Ejemplo: Lourdes Gómez Zarate 11076896 Firma				
8	¿Existió reacción transfusional?	Una “X” según la opción que corresponda, en caso de no existir reacción a la transfusión, anotar en el recuadro correspondiente a: NO; en caso de existir anotar en el cuadro correspondiente a SI. Ejemplo: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">X</td></tr><tr><td style="text-align: center;">SI</td><td style="text-align: center;">NO</td></tr></table>		X	SI	NO
	X					
SI	NO					
9	Reporte de reacción transfusional					

2430-009-006



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Fecha y hora	<p>El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se detectó la reacción a la transfusión del componente sanguíneo en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 17 / 08 / 2018 10:30</p>
	Volumen transfundido	<p>El volumen total en mililitros del componente sanguíneo transfundido en el momento de presentarse la reacción.</p> <p>Ejemplo: 180 ml</p>
	No. de identificación del producto transfundido	<p>El número asignado a la unidad del componente sanguíneo transfundido y con el que se presentó la reacción.</p> <p>Ejemplo: 158795</p>
10	Signos vitales*	<p>* Las cifras obtenidas de la toma de los signos vitales antes y después de la transfusión del componente sanguíneo.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• tensión arterial: 100/60• frecuencia cardiaca: 90'• frecuencia respiratoria: 20• temperatura corporal: 36.8°C
11	Signos y síntomas	<p>Una “X” en el síntoma o el signo que haya manifestado el paciente como reacción a la transfusión del componente sanguíneo. En el caso de que no se encuentre consignado en los datos, utilizar el campo otros y especificar el signo o síntoma presentado.</p> <p>Ejemplo: Urticaria <input checked="" type="checkbox"/> 2430-009-006</p>



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR								
12	Acciones tomadas por el personal que aplicó la transfusión	Una “X” en la opción que corresponda a cada acción realizada ante la observación de la reacción transfusional. Ejemplo: Suspensión inmediata de la transfusión <input checked="" type="checkbox"/>								
13	Trabajo de investigación por el laboratorio Inspección visual de las muestras pre y post-transfusión del paciente (describir)	Una descripción basada en la inspección de las muestras sanguíneas que se reciben del paciente después de presentar la reacción transfusional y de las muestras sanguíneas utilizadas en las pruebas cruzadas. Ejemplo: Muestras sanguíneas pre y post-transfusionales con datos de hemólisis.								
	Apariencia del producto sanguíneo y del equipo	Una descripción basada en la inspección visual del componente sanguíneo, de su bolsa y del equipo que se utilizó durante la transfusión. Ejemplo: Identificación del componente sanguíneo correspondiente con el paciente, bolsa íntegra, componente sanguíneo en buenas condiciones, filtro y equipo en buenas condiciones.								
14	Estudios realizados*	*El resultado obtenido tras el análisis de las muestras sanguíneas pre y post-transfusionales y del componente sanguíneo al cual se presentó la transfusión según corresponda. Ejemplo:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE-TRANSFUSIÓN</th> <th>POST-TRANSFUSIÓN</th> <th>PRODUCTO SANGUÍNEO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COOMBS DIRECTO</td> <td>Negativo</td> <td>Positivo</td> <td>Negativo</td> </tr> </tbody> </table>		PRE-TRANSFUSIÓN	POST-TRANSFUSIÓN	PRODUCTO SANGUÍNEO	COOMBS DIRECTO	Negativo	Positivo	Negativo
	PRE-TRANSFUSIÓN	POST-TRANSFUSIÓN	PRODUCTO SANGUÍNEO							
COOMBS DIRECTO	Negativo	Positivo	Negativo							
15	Interpretación	La conclusión a la que se llegó sobre la posible causa de la reacción a la transfusión del componente sanguíneo tras la realización de las pruebas. 2430-009-006 Ejemplo: Hemólisis intravascular Sistema Duffy. 2430-009-006								



ANEXO 6
“Registro del proceso de transfusión”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
16	Médico tratante	<p>El nombre completo, así como la matrícula y la firma autógrafa del médico tratante del paciente la transfusión del componente sanguíneo.</p> <p>Ejemplo: Maritza García Espinosa 90986754 Firma</p>
17	Químico que realizó estudios	<p>El nombre completo, así como la matrícula y la firma autógrafa del químico que realizó los estudios de investigación de la reacción transfusional.</p> <p>Ejemplo: Rodrigo Méndez Ortiz 90947514 Firma</p>