



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

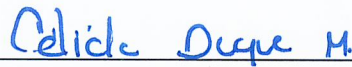
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**NOMBRE Y CLAVE**

Procedimiento para la selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social  
2430-003-004

**AUTORIZACIÓN**

**Aprobó**

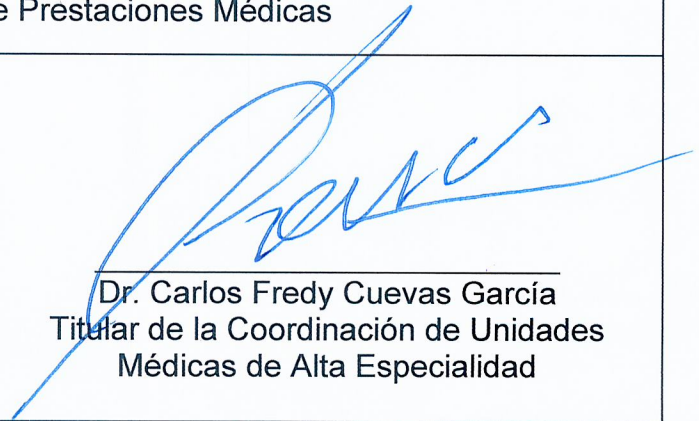


Dra. Célida Duque Molina  
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

**Revisó**

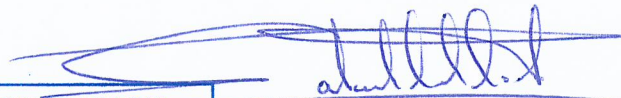


Dr. Efraín Arizmendi Uribe  
Titular de la Unidad de Atención Médica



Dr. Carlos Fredy Cuevas García  
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

**Elaboró**



**COORDINACION DE MODERNIZACION  
Y COMPETITIVIDAD**

Lic. Martha Patricia Galán Hermsillo  
Titular de la División de Regulación de UMAE

**MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO**

**ACTUALIZACION 24 FEB 2023**

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, 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

		<b>Página</b>
1	Base normativa	3
2	Objetivos	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	8
5.1	Generales	8
5.2	Específicas	10
6	Descripción de actividades	19
7	Diagrama de flujo	44
	Anexos	
Anexo 1	Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria. Clave 2430-009-019	62
Anexo 2	Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria. Clave 2430-009-018	85
Anexo 3	Proceso para la donación de sangre placentaria. Clave 2430-022-001	92
Anexo 4	Historia Clínica de la persona recién nacida. Clave 2430-009-022	95
Anexo 5	Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre. Clave 2430-009-021	121



## 1 Base normativa

- 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.
- Numerales 7.1.4.3, subnumeral 1 y 7.1.4.3.3, subnumeral 3 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 21 de diciembre del 2022.

## 2 Objetivo

Establecer y proporcionar al personal de salud, las directrices necesarias para la selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria con fines terapéuticos, que permitan su trazabilidad y cumplir con los estándares internacionales de calidad y seguridad en los procesos de donación de esta.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria en los Establecimientos de sangre, Departamentos Clínicos o Servicios que otorguen atención Ginecoobstétrica en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 Banco de células troncales y progenitoras (BCTyP):** Establecimiento responsable, en su caso, de la selección del donante, de la colecta, procesamiento, calificación biológica, criopreservación, almacenamiento, registro, búsqueda, selección, reserva, liberación y distribución de unidades de células troncales hematopoyéticas.

**4.2 Banco de Sangre:** Establecimiento autorizado para obtener, recolectar, analizar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana; así como para analizar, conservar, aplicar y proveer los componentes de ésta.

**4.3 biometría hemática:** Estudio analítico básico que expresa cantidad, proporción y variación de los elementos formes de la sangre.

**4.4 biovigilancia:** Conjunto de procedimientos organizados para dar seguimiento a los efectos o reacciones adversas o inesperadas que se manifiestan en los donantes o en los receptores de células troncales y progenitoras, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia.



**4.5 BRSP:** Bolsa de Recolección de Sangre Placentaria.

**4.6 caja térmica:** Recipiente con estructura aislante de poliuretano inyectado, recubierta con plástico u otro material afín, con cierre hermético y capacidad para acomodar paquetes fríos alrededor del material biológico en transporte (vacunas, sangre, etcétera). Se utilizan cuando se necesita transportar y conservar biológicos de 16 a 60 o más horas.

NOTA: Para el presente procedimiento, se utilizará para el transporte de los cuatro tubos de muestra de sangre materna y la Bolsa de recolección con sangre placentaria.

**4.7 calificación biológica:** Conjunto de análisis que permiten determinar la calidad, inocuidad, seguridad y viabilidad de las unidades de células troncales y progenitoras.

**4.8 candidata a donar:** Persona cuya aptitud para donar sangre y/o componentes sanguíneos será evaluada por un médico capacitado.

NOTA 1: La evaluación de candidatas a donar se realiza considerando lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM 253 SSA1 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y la Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico.

NOTA 2: Para efectos de este procedimiento, la candidata a donar sangre placentaria es: mujer embarazada que al término del embarazo normoevolutivo, dona voluntaria y altruistamente; tejido hemático remanente en la placenta y vasos del cordón umbilical, naturalmente rico en células troncales y progenitoras hematopoyéticas cuya aptitud para donarla sea evaluada por médico capacitado.

**4.9 carpeta de donación de sangre placentaria:** Está integrada por la “Historia clínica para donación de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019, “Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria” clave 2430-009-018, “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 y formato de “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”.

NOTA 1: Los formatos “Historia clínica para donación de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019, y la “Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria” clave 2430-009-018, corresponden a los Anexos 1 y 2 del presente Procedimiento.

NOTA 2: Los formatos “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 y formato de “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, corresponden al Anexo 15 del “Procedimiento para la atención de donantes de sangre o sus componentes en los Bancos de Sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-001 y Anexo 5 del “Procedimiento para la planeación, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención”, clave 2430-003-016, respectivamente.

**4.10 carta de consentimiento informado:** Documento oficial de carácter obligatorio, que deben firmar la mujer embarazada candidata a donar o familiar más cercano en vínculo o representante legal y médico tratante, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información vigente, comprensible y clara de los beneficios esperados y riesgos.



**4.11 célula progenitora hematopoyética:** Entidad morfológica inmadura, incapaz de autoreplicarse, pero con alta actividad proliferativa y con la capacidad de generar células sanguíneas precursoras y maduras. Su potencial de diferenciación puede ser múltiple o puede estar limitado a un solo linaje.

**4.12 células troncales hematopoyéticas:** Entidad morfológica inmadura e indiferenciada capaz de autoreplicarse y generar los distintos tipos de células sanguíneas.

**4.13 CDSP:** Candidata a Donar Sangre Placentaria.

**4.14 COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

**4.15 disposición:** El conjunto de actividades relativas a la obtención, extracción, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de órganos, tejidos, componentes de tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación.

**4.16 donante designado:** La persona en la que existe una clara indicación médica para el uso de su sangre o componentes sanguíneos en un paciente determinado.

**4.17 donante voluntario y altruista:** Persona que proporciona su sangre y/o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.

**4.18 EJPToR:** Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable.

**4.19 embalaje:** Material que envuelve, contiene y protege debidamente los productos preenvasados, que facilita y resiste las operaciones de almacenamiento y transporte.

**4.20 ESEoSO:** Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones.

**4.21 Establecimientos de sangre:** Son los autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células troncales hematopoyéticas, con fines terapéuticos:

- Servicios de sangre: Banco de Sangre; Centro de Procesamiento de Sangre; Centro de Colecta; Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos; Servicio de Transfusión Hospitalaria y Centro de Calificación Biológica.
- Los que hacen disposición de células troncales que son: Centro de Colecta de Células Troncales Hematopoyéticas y Banco de Células Troncales Hematopoyéticas.
- Establecimientos de Medicina Regenerativa.

**4.22 evento, práctica o actividad de riesgo:** Es aquella acción en donde ocurre contacto o traspaso de sangre, secreciones sexuales u otros líquidos corporales de



personas que pudieran tener infecciones transmisibles con sitios del cuerpo de otra persona, a través de los cuales el agente infeccioso pueda penetrar.

**4.23 gestión de la calidad:** Conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo que respecta a la calidad en todos los niveles del establecimiento.

**4.24 HLA:** Human Leukocytes Antigens (por sus siglas en inglés), Antígenos Leucocitarios Humanos.

**4.25 JDC:** Jefe de Departamento Clínico.

**4.26 JDCLoR:** Jefe de Departamento Clínico de Laboratorio o Responsable.

**4.27 JDCUT:** Jefe de Departamento Clínico de Unidad Tocoquirúrgica.

**4.28 Médico No Familiar Tratante:** Profesional de la medicina del Instituto, que durante su jornada de labores proporciona directamente la atención médico-quirúrgica al paciente.

NOTA: Para fines de este procedimiento, corresponde a las siguientes especialidades médicas: Hematología, Hematología pediátrica u Oncología pediátrica, esta última con capacitación en materia de trasplante.

**4.29 MNFBCTyP:** Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras.

**4.30 MNFG:** Médico No Familiar Ginecoobstetra.

**4.31 MNFNoP:** Médico No Familiar Neonatólogo o Pediatra.

**4.32 MNFoRAMBS:** Médico No Familiar o Responsable de la Atención Médica del Banco de Sangre.

**4.33 medicina regenerativa:** Especialidad interdisciplinaria con aplicaciones clínicas y de investigación enfocada en la reparación, sustitución o regeneración de células, tejidos u órganos para restaurar la función alterada por cualquier causa, que comprende malformaciones congénitas, enfermedades o traumatismos.

**4.34 muestra de sangre:** Porción 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.

**4.35 Oficina de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC):** Integrada por las y los servidores públicos responsables de la generación de información en salud y del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad cuyas funciones están descritas en el Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad: Genérico.

**4.36 PADBS:** Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre.



**4.37 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.

**4.38 personal de trabajo social:** Está conformado por los recursos humanos de las categorías de base de Trabajador Social Clínico y Trabajadora Social.

**4.39 referencia-contrarreferencia:** Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**4.40 Registro Nacional de Sangre, Células Troncales y Progenitoras:** Base de datos que compila la información relacionada con la disposición de sangre, hemocomponentes, células troncales y progenitoras. Este registro forma parte del Sistema Nacional de Biovigilancia.

**4.41 Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI):** Clasificación para denominar a cierta clase de desechos que, por sus características, implican un riesgo para la salud y para el medio ambiente.

**4.42 RST:** Responsable del Servicio de Trasfusiones

**4.43 sangre placentaria:** El tejido hemático remanente en la placenta y vasos del cordón umbilical, naturalmente rico en células troncales y progenitoras hematopoyéticas.

NOTA: Actualmente, las unidades de sangre placentaria colectadas se reportan al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.

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

**4.45 trasplante hematopoyético:** Se refiere a la aplicación de células troncales y progenitoras hematopoyéticas, alogénicas o autólogas a un individuo con objetivo de regenerar la hematopoyesis y/o proveer un injerto.

**4.46 trazabilidad:** A la capacidad de localizar e identificar los órganos, tejidos, sus componentes y células, en cualquier momento desde la donación y, en su caso, hasta el uso terapéutico, procesamiento o destino final.

**4.47 Unidad médica:** Establecimiento de salud que cuenta con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para realizar las acciones de: selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.



**4.48 Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE):** Establecimiento de salud que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.

**4.49 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 envían las Unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.

**4.50 uso alogénico:** Cuando el donante y el receptor de la sangre o componentes sanguíneos son de la misma especie, aunque no genéticamente idénticos.

## **5 Políticas**

### **5.1 Generales**

**5.1.1** La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto el “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, con clave 2430-003-004 y fecha de registro 27 de noviembre de 2017.

**5.1.2** El incumplimiento del contenido normativo por parte de las personas servidoras públicas involucradas en el presente documento 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 realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia; a través de las pautas de conducta de: buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad y no discriminación; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y superación personal y profesional, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo: ACDO.SA2.HCT.251121/319.P.DA, de fecha 25 de noviembre de 2021.

**5.1.4** El personal involucrado en el presente documento deberá guardar total confidencialidad y discreción respecto al asunto en cuestión, esto incluye el deber de no informar o dar indicio a cualquier persona que no esté involucrada directamente con el proceso, sobre información, documentación y demás datos relacionados con dichos asuntos, los cuales tienen el carácter de ser clasificados como información reservada y confidencial, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 22 y 303 de la Ley del Seguro Social, 16 y 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión





de Sujetos Obligados y 110, fracciones VI, VII y VIII, 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso la Información Pública.

**5.1.5** El personal de salud y administrativo que realiza actividades involucradas en la disposición de sangre placentaria deberán mantener la confidencialidad de los datos personales identificables y sensibles de la mujer embarazada, incluidos los controles sobre el almacenamiento, la manipulación y el compartir datos personales; y se asegurarán de que los datos personales de los derechohabientes tengan el manejo que establece la legislación vigente en la materia.

**5.1.6** El personal de salud que realiza actividades involucradas en la disposición de sangre placentaria tratará a la mujer embarazada y/o familiar, con respeto, amabilidad y dignidad; se dirigirá en todo momento con un lenguaje claro, directo y sencillo que permita comprender las observaciones e instrucciones de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

**5.1.7** El personal de salud de la Unidad Médica otorgará una atención con igualdad, equidad de género y libre de discriminación durante la disposición de sangre placentaria.

**5.1.8** El personal de salud que realiza actividades involucradas en la disposición de sangre placentaria identificará en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; con el uso de, al menos, dos datos para identificar a la mujer embarazada. Acorde al “Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales” y “La Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018.

NOTA 1: El primer documento mencionado se puede consultar en la siguiente liga electrónica:

[http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf)

NOTA 2: La “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018, es el Anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056.

**5.1.9** El personal directivo difundirá y supervisará en la Unidad Médica las acciones de información, promoción, selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria voluntaria y altruista, entre la población que hace uso de servicios de Ginecoobstetricia y Establecimientos de Sangre, dentro de su ámbito de competencia.

**5.1.10** El personal médico, deberá identificar que la mujer embarazada candidata a la donación de sangre placentaria cumpla con los siguientes criterios de inclusión:

- Edad 18 años a 40 años;
- Gesta I a IV;
- Embarazo único;
- Edad gestacional igual o mayor a 34 semanas;
- No haberse realizado tatuajes y/o perforaciones en la piel o mucosas para la colocación de aretes u otros adornos durante los últimos 12 meses;



- Que en el último año no haya recibido transfusiones;
- No ser usuaria de drogas ni tener prácticas sexuales de riesgo;
- No padecer Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial o Enfermedades de la Tiroides;
- No haber utilizado hormonas para lograr el embarazo;
- Haber cursado con un embarazo normal, sin enfermedades asociadas como preeclampsia, amenaza de aborto, entre otras;
- No padecer anemia durante el embarazo;
- No ser portadora de los siguientes patógenos: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus B o C de la hepatitis, Treponema pallidum (agente causal de Sífilis), Trypanosoma cruzi (enfermedad de Chagas);
- Ausencia de Isoinmunización materno fetal;
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos más importantes del padre (incluyendo prácticas sexuales de riesgo), en caso de conocerlos.

NOTA: Los requisitos descritos se pueden consultar en la siguiente liga:

[http://cnts.salud.gob.mx/interior/bscu\\_donsan.html](http://cnts.salud.gob.mx/interior/bscu_donsan.html)

**5.1.11** La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, tiene la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos, en el ámbito de su competencia.

**5.1.12** Los Departamentos Clínicos que otorguen atención Ginecoobstétrica podrán establecer Métodos Específicos de Trabajo, respetando en todo momento lo descrito en el presente procedimiento y observando lo establecido en el Apéndice F de la “Norma para la elaboración, autorización y registro de los documentos normativos internos en el IMSS”, clave 0503-001-001.

## **5.2 Específicas**

**Titulares o Responsables de la Dirección de UMAE y Dirección Médica; Dirección de Enfermería, Subjefatura de Enfermería y Jefatura de Enfermería; Coordinación Médica de Turno; Jefaturas de División Médico Quirúrgicas y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; Jefatura de Departamento Clínico y Jefatura de Oficina de Trabajo Social**

**5.2.1** Difundirán, coordinarán y supervisarán el cumplimiento y aplicación del presente procedimiento en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, en el ámbito de su competencia.

### **Titular o Responsable de Dirección de UMAE**

**5.2.2** Realizará Acuerdos Institucionales de Gestión con los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y otras Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, y demás acciones que permitan el proceso de selección de donadoras, toma de muestras de sangre y colección de sangre placentaria con apego a la normatividad sectorial e institucional.



### **Titular o Responsable de Dirección Administrativa de UMAE**

**5.2.3** Gestionará, a través de las diferentes áreas involucradas, los insumos necesarios para la colecta de unidades de sangre placentaria en la Unidad tocoquirúrgica.

### **Titulares o Responsables de la Dirección de UMAE, Dirección Médica y Dirección de Banco de Sangre; Coordinación Médica de Turno; Jefaturas de División Médico Quirúrgicas y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento**

**5.2.4** Emitirán, implementarán y supervisarán las acciones de promoción e información para la donación voluntaria y altruista de sangre placentaria entre la población que hace uso de servicios de Ginecoobstetricia.

### **Titulares o Responsables de la Dirección Médica, Dirección Banco de Sangre; Coordinación Médica de Turno; Jefaturas de División Médico Quirúrgicas y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento**

**5.2.5** Supervisarán que la donación de sangre placentaria para la obtención de células troncales hematopoyéticas esté fundada en una donación voluntaria y altruista, orientada al uso alogénico y a la investigación en salud.

**5.2.6** Supervisarán en el ámbito de su competencia que la donación designada sea contemplada únicamente en caso de indicación médica basada en evidencia científica y a solicitud del Médico No Familiar tratante.

**5.2.7** Supervisarán que el uso de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria sea con apego a evidencia científica y costo-beneficio.

**5.2.8** Supervisarán que se realicen bajo protocolo de investigación los casos de uso en terapias no convencionales (Medicina Regenerativa) debidamente regulado por el área normativa correspondiente.

### **Responsable Sanitario del Banco de Células Troncales y Progenitoras**

**5.2.9** Elaborará el Manual de procedimientos técnico Administrativos y lo proporcionará al Sistema de Gestión de Calidad del Banco de Sangre para su validación, siendo este la base para evaluar la disposición de la unidad de sangre placentaria que garantice su trazabilidad.

**5.2.10** Supervisará que el Sistema de Gestión de Calidad del Banco de Sangre cuente con los registros de la unidad de sangre placentaria con disposición para su almacenamiento.

NOTA: El almacenamiento se realizará en bolsas de congelación diseñadas para la criopreservación, introducidas en una bolsa secundaria de protección resellable y resistente a la criopreservación, colocadas en cajas metálicas para proporcionar protección durante la congelación, almacenamiento (a una temperatura de menos 196°C y nunca superior a menos 150°C), el transporte y envío a la Unidad Médica con indicación terapéutica Colegiada.



**5.2.11** Solicitará al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea su Registro Nacional de Sangre, Células Troncales y Progenitoras y le informará sobre la disposición de la sangre placentaria y biovigilancia.

#### **Titular o Responsable de la Dirección de Banco de Sangre**

**5.2.12** Asesorará al Titular de la Dirección de UMAE y participará en la realización de Acuerdos Institucionales de Gestión con Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y otras Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, y demás acciones que permitan el proceso de selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria con apego a la normatividad institucional.

NOTA: En los casos que no se cuente con Director de Banco de Sangre, brindará la asesoría el Jefe de División de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

#### **Titular o Responsable de la Dirección de Enfermería, Subjefatura de Enfermería y Jefatura de Enfermería**

**5.2.13** Supervisarán, junto con los Titulares de las Jefaturas de División Médico Quirúrgicas y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y de Calidad y Jefatura de Departamento Clínico o Servicio de Ginecoobstetricia y Unidad tocoquirúrgica las acciones para que el personal de salud realice de manera correcta en el momento oportuno la higiene de manos de acuerdo con "Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud", clave 2430-005-026, antes y después de proporcionar la atención médica.

NOTA 1: Las "Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud" clave 2430-005-026, se encuentran en la Comunidad "Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad", a la cual se puede acceder a través de la liga:

<http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx>

NOTA 2: La higiene de manos se puede realizar con una solución base alcohol, antes y después de proporcionar la atención médica y en el caso de no tener contacto con secreciones.

**5.2.14** Promoverán en el personal de enfermería el acceso a la Comunidad "Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad", para la consulta y conocimiento de las diferentes instrucciones y demás formatos de Enfermería para el cuidado enfermero.

NOTA: Las diferentes instrucciones y formatos de Enfermería, se pueden consultar a través de la siguiente liga:

<http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx>

#### **Titular o Responsable de la Dirección de Enfermería; Subjefatura de Enfermería en UMAE; Subjefatura de Enfermería y Jefatura de Enfermería de Banco de Sangre**

**5.2.15** Seleccionarán, capacitarán y distribuirán al personal para la selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria en los procesos de atención, en el ámbito de su competencia.



### **Titular o Responsable de la Jefatura de División de Calidad**

**5.2.16** Verificará e informará al Director de UMAE y Director Médico, según corresponda, el estado que guardan las licencias del responsable sanitario para Centro de colecta de células troncales y progenitoras y Banco de Células Troncales y Progenitoras ante COFEPRIS.

**5.2.17** Colaborará con los Jefes o Responsables de los Departamentos Clínicos, en la evaluación de los procesos y la gestión de riesgos del proceso de selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria.

**Titulares o Responsables de las Jefaturas de División Médico Quirúrgicas y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; Jefaturas de Departamentos Clínicos de Ginecoobstetricia y Unidad tocoquirúrgica; Jefatura de Departamento Clínico de Banco de Sangre, relacionados a la disposición de sangre placentaria.**

**5.2.18** Capacitarán y actualizarán al personal responsable de la disposición de sangre placentaria.

**5.2.19** Coordinarán y verificarán que la donación de sangre placentaria para la obtención de células troncales hematopoyéticas esté fundada en una donación voluntaria y altruista, orientada al uso alogénico y la investigación en salud.

**5.2.20** Asesorarán y verificarán en el ámbito de su competencia que la donación designada sea contemplada únicamente en caso de indicación médica basada en evidencias científicas, de eficacia comprobada y a solicitud del Médico No Familiar tratante.

**5.2.21** Evaluarán en el ámbito de su competencia e implementarán acciones que permitan el uso de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria con apego a evidencia científica y costo-beneficio.

**5.2.22** Coordinarán y asesorarán que el uso de terapias no convencionales (Medicina Regenerativa) se realice bajo protocolo de investigación regulado por el área normativa correspondiente.

### **Titular o Responsable de la Jefatura de Oficina de Trabajo Social**

**5.2.23** Planificará, difundirá y facilitará en el ámbito de su competencia, las acciones de selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria, respetando las políticas de igualdad, equidad de género y libre de discriminación.

**5.2.24** Supervisará las acciones de educación, información y sensibilización para la promoción de donación voluntaria y altruista de sangre placentaria entre la población derechohabiente y usuaria.



### **Médico No Familiar tratante y/o Médico No Familiar de Establecimientos de sangre que tienen uso terapéutico de sangre placentaria**

**5.2.25** Estarán capacitados y actualizados en la disposición de sangre placentaria en modalidad voluntaria y altruista, y/o designada.

**5.2.26** Identificarán las necesidades para disposición de sangre placentaria y propondrán acciones de mejora.

**5.2.27** Asesorarán y participarán en el plan terapéutico que requiera el uso de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria con apego a evidencia científica y costo-beneficio.

### **Médico No Familiar tratante Ginecoobstetra en la Unidad tocoquirúrgica**

**5.2.28** Llevará a cabo la difusión del programa de donación de sangre placentaria y la elaboración de la “Carpeta de donación de sangre placentaria” para las mujeres embarazadas candidatas a donar en la Unidad tocoquirúrgica.

NOTA: En el caso de que la mujer embarazada candidata a donar, a su llegada a la Unidad tocoquirúrgica, no cuente con la “Carpeta de donación de sangre placentaria”, deberá elaborar de nueva cuenta la Carpeta mencionada.

### **Médico No Familiar de Banco de Células Troncales y Progenitoras**

**5.2.29** Proporcionará información a la mujer embarazada y/o a la pareja de forma clara, sencilla y basada en las evidencias científicas.

**5.2.30** Solicitará e indicará la donación designada, si es el caso, cuando la eficacia esté comprobada y basada en evidencias científicas.

**5.2.31** Realizará acciones que permitan el uso de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria con apego a evidencia científica y costo-beneficio.

**5.2.32** Aplicará e indicará el uso de terapias no convencionales (Medicina Regenerativa), si es el caso, bajo protocolo de investigación regulado por el área normativa correspondiente.

**5.2.33** Informará al Registro Nacional de Sangre, Células Troncales y Progenitoras sobre la disposición de la sangre placentaria y biovigilancia.

**5.2.34** Participará en Comité de trasplante de células troncales y progenitoras.

### **Personal de Enfermería**

**5.2.35** Consultará en la comunidad “Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad” las instrucciones y demás formatos de Enfermería para el cuidado enfermero dentro del Departamento Clínico de Ginecoobstetricia y Unidad tocoquirúrgica.



NOTA: Las diferentes instrucciones y demás formatos de Enfermería, se pueden consultar a través de la siguiente liga:

<http://comunidades.106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx>

### **Personal de Trabajo Social**

**5.2.36** Realizará acciones de promoción, difusión y sensibilización para el proceso de selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria.

### **Personal de Asistentes Médicas**

**5.2.37** Participará en las acciones administrativas para el proceso de selección de donadoras, toma de muestras y recolección de sangre placentaria.

**5.2.38** Verificará la “Constancia de Vigencia de Derechos”, IMSS-02-020-B, en apego al “Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340; en el Catálogo Digital de Formatos DIR, Documentos de interés-Catálogo DIR- Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos- Formatos Editables, en la siguiente liga:

<http://intranet.imss.gob.mx/documentos/catalogodir/Clasificaci%C3%B3n%20de%20Empresas%20y%20Vigencia%20de%20Derechos/Berechos/Vigencia%20de%20Derechos/Formatos%20Editables/9220-009-603.pdf>

NOTA 1: El o la responsable del trámite orientará al interesado sobre la forma en que puede obtener la “Constancia de Vigencia de Derechos” IMSS-02-020-B a través del portal del IMSS en internet <http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual>

NOTA 2: En caso de que la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención no cuente en el momento con intranet, la “Constancia de Vigencia de Derechos” IMSS-02-020-B puede obtenerse a través de la plataforma “IMSS Digital” <http://www.imss.gob.mx/imssdigital> en internet.

### **Personal de salud que realiza actividades de toma de muestras y recolección de sangre placentaria**

**5.2.39** Guardará estricta confidencialidad sobre la información personal de la donante y con los resultados de los estudios de laboratorio realizados.

**5.2.40** Realizará la identificación de la mujer embarazada, antes de iniciar cualquier actividad médica y/o administrativa, utilizando el nombre y en su caso número de seguridad social.

**5.2.41** Orientará y asesorará sobre la trascendencia de la donación voluntaria y altruista de sangre placentaria para la obtención de células troncales hematopoyéticas a la mujer embarazada.

**5.2.42** Sensibilizará y capacitará sobre la importancia y beneficios de la donación de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria al Personal de Salud de los



Departamentos Clínicos o Servicios con atención Ginecoobstétrica en el ámbito de su competencia, para que realicen lo siguiente:

- Informar y sensibilizar a la mujer embarazada;
- Obtención de la carta de consentimiento informado;
- Obtención de las muestras de sangre;
- Aviso y embalaje de muestras a Banco de Sangre.

**5.2.43** Capacitará al Personal de Salud de los Departamentos Clínicos o Servicios con atención Ginecoobstétrica sobre:

- “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria”, clave 2430-009-019 (Anexo 1);
- “Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria”, clave 2430-009-018 (Anexo 2);
- Toma de muestra de sangre y etiquetado de los tubos;
- Recolección de sangre placentaria y
- Llenado de solicitud de laboratorio y embalaje de las muestras al Banco de Sangre.

**5.2.44** Deberá proporcionar información a la mujer embarazada y/o a la pareja de forma clara, sencilla y basada en las evidencias científicas y/o derivar al personal experto en uso de sangre placentaria en caso de dudas o aclaraciones.

**5.2.45** Realizará acciones en el ámbito de su competencia que permitan el procesamiento inmediato de las muestras de sangre de la candidata a donar sangre placentaria.

**5.2.46** Realizará de manera correcta la higiene de manos de acuerdo con “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”, clave 2430-005-026, antes y después de proporcionar la atención médica.

**5.2.47** Identificará, separará y depositará los residuos peligrosos biológico-infecciosos generados durante los procesos de la atención médica y los depositará en el contenedor específico para cada uno de ellos y verificará que el envasado sea adecuado.

El presente procedimiento tiene como documentos de referencia, los siguientes:

- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero del 1984 y sus reformas.
- Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017 y sus reformas.





- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición 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.
- 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-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, publicada en el Diario Oficial de la Federación 07 de abril de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de abril 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre 2012.
- Norma para otorgar atención médica en Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-008, validada y registrada el 03 de junio de 2021.
- Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020, validada y 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, validado y registrado el 03 de julio de 2012.
- Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico, publicada en mayo 2022, la cual se puede consultar en la liga electrónica: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651736/Guia\\_comites\\_transfucion\\_CNTS\\_version\\_2.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651736/Guia_comites_transfucion_CNTS_version_2.pdf)



- Guía para el manejo y control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, publicada en septiembre 2011, la cual se puede consultar en la liga:  
[http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biol%C3%B3gicos%20Infecciosos%20\(RPBI\)/Normatividad/Guia\\_manejo\\_control\\_RPBI\\_IMSS\\_2011.pdf#search=Gu%C3%ADa%20para%20el%20manejo%20y%20control%20de%20los%20Residuos%20Peligrosos%20Biol%C3%B3gico%20Infecciosos%20en%20el%20Instituto%20Mexicano%20del%20Seguro%20Social](http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biol%C3%B3gicos%20Infecciosos%20(RPBI)/Normatividad/Guia_manejo_control_RPBI_IMSS_2011.pdf#search=Gu%C3%ADa%20para%20el%20manejo%20y%20control%20de%20los%20Residuos%20Peligrosos%20Biol%C3%B3gico%20Infecciosos%20en%20el%20Instituto%20Mexicano%20del%20Seguro%20Social)
- Derechos Generales de los Pacientes, disponible a través de la liga electrónica: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas\\_derechos/pdf/dgp.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/dgp.pdf)
- Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud, disponible a través de la liga electrónica: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas\\_derechos/pdf/ts.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/ts.pdf)
- Contrato Colectivo de Trabajo vigente, que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.



Responsable	Descripción de actividades
<p data-bbox="152 268 605 304"><b>6. Descripción de actividades</b></p> <p data-bbox="152 415 558 520">Médico No Familiar Ginecoobstetra y Médico No Familiar Tratante</p> <p data-bbox="152 961 431 1031">Médico No Familiar Ginecoobstetra</p>	<p data-bbox="651 306 1435 378"><b>Etapa I</b> <b>Selección de candidatas a donar sangre placentaria</b></p> <p data-bbox="639 415 1266 451">1. Procede conforme al tipo de donación.</p> <p data-bbox="808 489 1284 560"><b>Modalidad A</b> <b>Donación Voluntaria y Altruista</b></p> <p data-bbox="721 598 1096 634">Continúa en la actividad 2.</p> <p data-bbox="889 672 1206 743"><b>Modalidad B</b> <b>Donación Designada</b></p> <p data-bbox="721 781 1096 816">Continúa en la actividad 6.</p> <p data-bbox="808 854 1284 926"><b>Modalidad A</b> <b>Donación Voluntaria y Altruista</b></p> <p data-bbox="639 963 1458 1071">2. Identifica y sensibiliza a la mujer embarazada para la donación de sangre placentaria que cumpla con criterios de inclusión.</p> <p data-bbox="721 1108 1458 1171">NOTA 1: Los criterios de inclusión, se describen en la política 5.1.10 del presente procedimiento.</p> <p data-bbox="721 1203 1458 1352">NOTA 2: Criterio de anemia en el embarazo es hemoglobina menor de 11g/dL (tomar en cuenta el trimestre y ajustar con base a la altura que radica la candidata a donar, con base criterio establecido por OMS liga: <a href="http://9789240033733-eng.pdf">9789240033733-eng.pdf</a> (<a href="http://who.int">who.int</a>))</p> <p data-bbox="639 1386 1458 1640">3. Invita a la mujer embarazada que cumple con los criterios de inclusión a participar en la donación de sangre placentaria para la obtención de células troncales hematopoyéticas, explica en qué consiste y le entrega el díptico “Proceso para la donación de sangre placentaria” clave 2430-022-001 (Anexo 3) para su lectura.</p> <p data-bbox="639 1677 1458 1896">4. Registra en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” que es candidata a donar sangre placentaria la mujer embarazada, las acciones realizadas, anexa al “Expediente clínico” y elabora “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, original y copia.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar Ginecoobstetra	<p>NOTA: El formato “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” corresponde al Anexo 5 del “Procedimiento para la planeación, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención”, clave 2430-003-016.</p> <p>5. Entrega a la candidata a donar “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, original y copia e Informa que debe acudir al Banco de Sangre que le corresponda.</p> <p>Continúa en la actividad 11.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B Donación Designada (Atención en Consulta Externa de Especialidades y Hospitalización)</b></p>
Médico No Familiar Tratante	<p>6. Identifica que el paciente dispone de potencial candidata a donar sangre placentaria familiar y/o HLA compatible con fines terapéuticos.</p> <p>7. Recibe y evalúa que la mujer embarazada candidata a donar sangre placentaria designada, cumpla con los criterios de inclusión.</p> <p>NOTA: Los criterios de inclusión están descritos en la actividad 5.1.10 del presente procedimiento.</p> <p>8. Entrega el díptico “Proceso para la donación de sangre placentaria” clave 2430-022-001 (Anexo 3) a la candidata a donar, para su lectura, explica y resuelve dudas del proceso de donación de sangre placentaria.</p> <p>9. Elabora y entrega a la candidata a donar “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” original y copia; le informa que pase con la Asistente Médica para continuar el trámite administrativo referente a la “Constancia de Vigencia de Derechos” IMSS-02-020-B.</p>
Asistente Médica	<p>10. Recibe a la mujer embarazada candidata a donar sangre placentaria designada, realiza consulta de la “Constancia de Vigencia de Derechos” y le entrega copia de ésta, informando que deberá entregarla</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Asistente Médica</p>           <p>Personal Responsable del Área de Recepción de Banco de Sangre</p>	<p>cuando acuda al Banco de Sangre que le corresponda.</p> <p>NOTA 1: La “Constancia de Vigencia de Derechos” clave FFIMSS-012 se realiza acorde a la política No. 5.2.38 de este procedimiento.</p> <p>NOTA 2: En caso de no tener acceso a consultar la vigencia de derechos, refiere a la mujer embarazada al OIMAC.</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapas II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Atención de la candidata a donar sangre placentaria en Banco de Sangre</b></p> <p><b>11.</b> Recibe a la candidata a donar, identifica el tipo de donación a efectuar voluntaria y altruista o designada y le solicita con amabilidad y cortesía la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Cartilla Nacional de Salud”;</li> <li>• Identificación oficial vigente con fotografía;</li> <li>• “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” original y copia;</li> <li>• Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B.</li> </ul> <p>NOTA: En caso de ser donante voluntaria y altruista y/o acuda espontáneamente, la mujer embarazada puede presentarse en el Banco de Sangre sin los formatos de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98 y Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B”.</p> <p><b>12.</b> Coteja identidad y devuelve a la candidata a donar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación oficial vigente con fotografía;</li> <li>• “Cartilla Nacional de Salud”;</li> <li>• “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, original y copia;</li> <li>• Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B” anexa a la copia de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, de contar con ella.</li> </ul> <p><b>13.</b> Indica a la candidata a donar, pase al consultorio médico e informa al Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre la presencia de la misma.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre	<p><b>14.</b> Recibe y solicita a la candidata a donar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación oficial vigente con fotografía;</li><li>• “Cartilla Nacional de Salud”;</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, original y copia, de ser el caso.</li></ul> <p><b>15.</b> Informa a la candidata a donar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Programa de donación voluntaria y altruista o designada, según el caso;</li><li>• Proceso de donación de sangre placentaria;</li><li>• Evento, práctica o actividad de riesgo.</li></ul> <p>NOTA: La información otorgada deberá ser compatible al contenido del díptico informativo para la candidata a donar: “Proceso para la donación de sangre placentaria” clave 2430-022-001 (Anexo 3).</p> <p><b>16.</b> Aclara dudas para que decida si acepta o no ser donadora de sangre placentaria y procede conforme a su decisión.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b> <b>Si acepta participar en la donación de sangre placentaria</b></p> <p>Continúa en la actividad 20.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b> <b>No acepta participar en la donación de sangre placentaria</b></p> <p><b>17.</b> Registra en el formato “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, en original y copia, la decisión de no donar.</p> <p>NOTA: En caso de la candidata a donar que no presentó formato de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” y que requiere informar al Médico No Familiar Ginecoobstetra la atención otorgada, eventualidades o hallazgos durante la misma, que sean de importancia para el control prenatal, el Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre elaborará dicho formato.</p> <p><b>18.</b> Entrega a mujer embarazada el original de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”,</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre	<p>identificación oficial vigente con fotografía y “Cartilla Nacional de Salud”, agradeciendo el interés en el programa e informa que continúe con las citas prenatales programadas con su Médico No Familiar Ginecoobstetra.</p> <p>19. Archiva copia de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” de forma definitiva y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b> <b>Si acepta participar en</b> <b>la donación sangre placentaria</b></p> <p>20. Devuelve la identificación oficial vigente con fotografía y “Cartilla Nacional de Salud” a la candidata a donar.</p> <p>21. Entrega, a la candidata a donar la “Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria” clave 2430-009-018 (Anexo 2), solicita que registre los datos correspondientes y se cerciora del correcto llenado del documento para proceder a firmar de manera conjunta con la candidata a donar.</p> <p>NOTA: Aclarará a la candidata a donar las dudas que lleguen a surgir y se asegurará que el formato incluya firmas autógrafas de ambos.</p> <p>22. Informa a la candidata a donar que se le tomarán los signos vitales, peso, talla y solicita pase con Personal de Enfermería.</p> <p>NOTA: En caso de no contar con Personal de Enfermería, podrá realizarlo el Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre.</p>
Personal de Enfermería	<p>23. Realiza lavado de manos de acuerdo con las “Instrucciones para realizar la higiene de manos del Personal de Salud” clave 2430-005-026.</p> <p>24. Toma los signos vitales, peso y talla, los registra en la “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019 (Anexo 1) en el apartado VIII Exploración física y le solicita pase nuevamente al consultorio médico.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p data-bbox="154 270 493 302">Personal de Enfermería</p>             <p data-bbox="154 514 565 621">Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre</p>	<p data-bbox="721 270 1458 483">NOTA: La toma de signos vitales, peso y estatura a la candidata a donar se realiza de acuerdo las “Instrucciones para la medición de signos vitales y determinación de somatometría” clave 2430-005-002, se puede consultar a través de la liga: <a href="http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/CUMAE.aspx">http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/CUMAE.aspx</a></p> <p data-bbox="638 514 1458 583"><b>25.</b> Recibe a la candidata a donar y solicita autorización para el interrogatorio clínico y exploración física.</p> <p data-bbox="638 625 1458 804"><b>26.</b> Registra hallazgos de los apartados I-VIII de la “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019 (Anexo 1) y la archiva en la “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</p> <p data-bbox="721 842 1458 1020">NOTA 1: Incluir en la “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019 (Anexo 1) la valoración de accesos vasculares y describir si existen huellas de punción múltiples y/o recientes y registrar hallazgos en la sección VIII (observaciones).</p> <p data-bbox="721 1052 1458 1444">NOTA 2: En el caso de la donación designada de sangre placentaria, los criterios de selección pueden obviarse de acuerdo con el criterio médico en medicina regenerativa. Una vez realizada la recolección y procesada la unidad de sangre placentaria, se informará por escrito al Médico No Familiar tratante sobre los criterios de valoración médica y recolección que debieron obviarse para proceder a la criopreservación de la unidad de sangre placentaria, y corresponderá al Médico No Familiar tratante tomar la decisión si la unidad de sangre placentaria es útil para trasplante. De lo contrario informará al Banco de Células Troncales Hematopoyéticas quien destinará la unidad exclusivamente para fines de investigación o de control de calidad.</p> <p data-bbox="638 1478 1458 1694"><b>27.</b> Proporciona a la candidata a donar el “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015, informa que sus respuestas serán confidenciales y acorde a la congruencia de la información proporcionada en el interrogatorio y el cuestionario, decide si es apta o no.</p> <p data-bbox="721 1728 1458 1877">NOTA: El “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015, corresponde al Anexo 15 del “Procedimiento para la atención de donantes de sangre o sus componentes en los Bancos de Sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-001</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre	<p data-bbox="938 268 1161 300"><b>Modalidad B.2</b></p> <p data-bbox="938 306 1161 338"><b>Candidata apta</b></p> <p data-bbox="721 373 1114 405">Continúa en la actividad 31.</p> <p data-bbox="938 447 1161 478"><b>Modalidad B.1</b></p> <p data-bbox="906 485 1193 516"><b>Candidata No apta</b></p> <p data-bbox="638 552 1458 804"><b>28.</b> Informa a la candidata a donar la(s) causa(s) de diferimiento o exclusión por la(s) cual(es) no es apta, la(s) registra en la “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019 (Anexo 1) y firma en conjunto con la mujer embarazada.</p> <p data-bbox="638 846 1458 1024"><b>29.</b> Entrega a mujer embarazada, original de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, agradeciendo el interés en el programa e informa que continúe el control prenatal con su Médico No Familiar Ginecoobstetra.</p> <p data-bbox="638 1066 1458 1171"><b>30.</b> Integra “Carpeta de donación de sangre placentaria”, archiva de manera definitiva y concluye procedimiento.</p> <p data-bbox="938 1213 1161 1245"><b>Modalidad B.2</b></p> <p data-bbox="938 1251 1161 1283"><b>Candidata apta</b></p> <p data-bbox="638 1325 1458 1535"><b>31.</b> Informa a la candidata a donar que es apta para la donación de sangre placentaria, solicita su identificación oficial vigente con fotografía y “Cartilla Nacional de Salud”, anota en ella la leyenda “<i>Candidata a donar sangre placentaria</i>” y los devuelve.</p> <p data-bbox="638 1577 1458 1829"><b>32.</b> Explica a la candidata a donar sangre placentaria que en la Unidad donde se otorgue la atención del parto, se obtienen 4 muestras de sangre y debe informar que es candidata a donar sangre placentaria al Médico No Familiar Ginecoobstetra en la Consulta Prenatal y al que otorgue la atención del parto.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar o Responsable de la atención médica del Banco de Sangre	<p><b>33.</b> Ratifica con la candidata a donar sangre placentaria, el correcto llenado de los documentos de la “Carpeta de donación de sangre placentaria” y en “Cartilla Nacional de Salud” que contenga leyenda “<i>Candidata a donar sangre placentaria</i>”.</p> <p>NOTA: En caso de identificar error, faltante o incongruencia, se realizarán, en ese momento, las acciones necesarias hasta su correcta elaboración y visto bueno de la candidata a donar sangre placentaria.</p> <p><b>34.</b> Agradece su participación en el programa de donación de sangre placentaria y procede según el Nivel de Atención de referencia.</p> <p><b>Atención a candidata apta a donar sangre placentaria referida de Segundo Nivel de Atención</b></p> <p><b>35.</b> Informa a la candidata a donar sangre placentaria que deberá continuar su control prenatal y atención del parto con su Médico No Familiar Ginecoobstetra.</p> <p><b>36.</b> Escribe las actividades de atención otorgadas en “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” original y copia, los entrega junto con “Carpeta de donación de sangre placentaria” y despide con amabilidad a la candidata a donar sangre placentaria.</p> <p>Continúa en la actividad 43.</p> <p><b>Atención a candidata apta a donar sangre placentaria referida de Tercer Nivel de Atención</b></p> <p><b>37.</b> Notifica al Jefe de Departamento Clínico de Unidad tocoquirúrgica en la cual se llevará a cabo la atención Ginecoobstétrica, su fecha probable de parto y envía la “Carpeta de donación de sangre placentaria” de la candidata a donar sangre placentaria.</p> <p>NOTA: La notificación se realizará de acuerdo con lo establecido en los Acuerdos Institucionales de Gestión celebrados entre las Unidades Médicas y/o OOAD involucradas, o en su defecto a través de la “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Jefe de Departamento Clínico de Unidad tocoquirúrgica o Responsable	<p><b>38.</b> Recibe la notificación del envío a la UMAE y la “Carpeta de donación de sangre placentaria” correspondiente.</p> <p><b>39.</b> Archiva la “Carpeta de donación de sangre placentaria” de forma temporal hasta que se informe el ingreso de la candidata a donar sangre placentaria a la Unidad tocoquirúrgica.</p> <p><b>40.</b> Informa del caso y los datos completos necesarios al Jefe de Departamento Clínico de Laboratorio o Responsable.</p>
Jefe Departamento Clínico de Laboratorio o Responsable	<p><b>41.</b> Recibe la información del caso y comunica al Responsable del servicio de transfusiones.</p>
Responsable del servicio de transfusiones	<p><b>42.</b> Anota los datos en la “Bitácora de registro de candidatas a donación de sangre placentaria de Tococirugía” y solicita los insumos al Banco de Sangre.</p>
Asistente Médica en Admisión Continua de Tococirugía	<p><b>Etapas III</b></p> <p><b>Atención de la candidata a donar sangre placentaria en Unidad tocoquirúrgica</b></p>
	<p><b>43.</b> Recibe a la candidata a donar, solicita la identificación oficial vigente con fotografía y “Cartilla Nacional de Salud”, identifica la leyenda “Candidata a donar sangre placentaria”</p> <p><b>44.</b> Notifica al Médico No Familiar Ginecoobstetra en Admisión Continua de Tococirugía el ingreso de la candidata a donar sangre placentaria.</p>
	<p><b>45.</b> Confirma si la mujer embarazada desea continuar con el programa de donación de sangre placentaria y actúa según el caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>No acepta ser candidata a donar sangre placentaria</b></p> <p><b>46.</b> Registra acciones en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, agradece el interés de la mujer embarazada, continúa con la atención Ginecoobstétrica y concluye procedimiento.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Admisión Continua de Tococirugía</p> <p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Piso o Sala de Labor o Sala de Operaciones</p> <p>Jefe de Departamento Clínico de Unidad tocoquirúrgica</p> <p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Piso o Sala de Labor o Sala de Operaciones</p>	<p style="text-align: center;"><b>Si acepta ser candidata a donar sangre placentaria</b></p> <p><b>47.</b> Registra en la nota de ingreso-evolución en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la aceptación, las acciones realizadas, anexa al “Expediente clínico” e ingresa a la mujer embarazada para atención del parto.</p> <p><b>48.</b> Informa al Jefe de Departamento Clínico el ingreso de la candidata a donar sangre placentaria a la Unidad tocoquirúrgica y solicita la “Carpeta de donación de sangre placentaria”</p> <p>NOTA: En el caso que la candidata a donar sea referida de Segundo Nivel de Atención, se le solicita la “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</p> <p><b>49.</b> Entrega a Médico No Familiar Ginecoobstetra la “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</p> <p><b>50.</b> Interroga y evalúa nuevamente sobre evento, práctica o actividad de riesgo en los últimos 12 meses a la candidata a donar y acorde a la congruencia de la información referida en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria”, clave 2430-009-019 (Anexo 1);</li><li>● “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12”, clave 2430-022-015.</li></ul> <p>Actúa según el caso.</p> <p>NOTA: La evaluación del evento, práctica o actividad de riesgo de las candidatas a donar, se realizará considerando lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM 253 SSA1 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y la Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico.</p> <p style="text-align: center;"><b>Candidata Apta</b></p> <p>Continúa en actividad 54.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Piso o Sala de Labor o Sala de Operaciones</p> <p>Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable</p>	<p style="text-align: center;"><b>Candidata no apta</b></p> <p><b>51.</b> Registra en la nota de ingreso-evolución en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la(s) causa(s) de diferimiento o exclusión, informa a la mujer embarazada que no es apta y firman el documento.</p> <p><b>52.</b> Agradece su participación en el programa y continúa con la atención Ginecoobstétrica.</p> <p><b>53.</b> Anexa los documentos generados por la atención médica al “Expediente clínico” y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>Candidata apta</b></p> <p><b>54.</b> Compila los documentos generados hasta el momento y anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>55.</b> Registra en la nota de ingreso-evolución en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” que la mujer embarazada es apta e informa a la Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable.</p> <p><b>56.</b> Registra en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería, 4-30-61/86” e informa al personal a su cargo que la mujer embarazada es candidata a donar sangre placentaria.</p> <p>NOTA: El formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería, 4-30-61/86”, se puede consultar en la siguiente liga: <a href="http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administracion/C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx">http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administracion/C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx</a></p> <p><b>57.</b> Verifica la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insumos para la toma de muestra de sangre y colecta de sangre placentaria;</li></ul> <p>y actúa según el caso:</p> <p>NOTA: Los insumos para la toma de muestra de sangre materna incluye:</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<ul style="list-style-type: none"><li>● Dos tubos sin anticoagulante (tapón rojo);<ul style="list-style-type: none"><li>– Grupo y Rh,</li><li>– Serología,</li></ul></li><li>● Un tubo con anticoagulante EDTA (tapón lila);<ul style="list-style-type: none"><li>– Biometría hemática,</li></ul></li><li>● Un tubo con anticoagulante K2 EDTA/silicón (tapón blanco);<ul style="list-style-type: none"><li>– NAT.</li></ul></li><li>● Bolsa de recolección de sangre placentaria.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Existencia de insumos para la toma de muestra y colecta de sangre placentaria</b></p> <p>Continúa en la actividad 61.</p> <p style="text-align: center;"><b>Falta de insumos para la toma de muestra y colecta de sangre placentaria</b></p>
Responsable del servicio de transfusiones	<p><b>58.</b> Solicita al Responsable del Servicio de Transfusiones los insumos faltantes.</p>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<p><b>59.</b> Entrega a Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable los insumos solicitados.</p> <p><b>60.</b> Recibe los insumos solicitados y los entrega al Personal de Enfermería responsable de mujer embarazada candidata a donar.</p> <p>Continúa en la actividad 61.</p> <p style="text-align: center;"><b>Existencia de insumos para la toma de muestra y colecta de sangre placentaria</b></p>
Personal de Enfermería responsable de la mujer embarazada	<p><b>61.</b> Recibe de la Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable los insumos solicitados.</p> <p><b>62.</b> Rotula con una cintilla de identificación los cuatro tubos con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Nombre completo de la mujer embarazada candidata a donar sangre placentaria;</li><li>● Número de seguridad social y agregado de la mujer embarazada candidata a donar sangre placentaria;</li><li>● Fecha y hora de la toma de muestra;</li><li>● Nombre del Personal Responsable de la toma de la muestra de sangre;</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Personal de Enfermería responsable de la mujer embarazada	<p>y una vez tomadas las muestras de sangre, las deposita en una gradilla, manteniéndolas a temperatura ambiente hasta su entrega.</p> <p>NOTA 1: Al verter la sangre en el tubo con anticoagulante EDTA (tapón lila), deberá mezclar suavemente.</p> <p>NOTA 2: Acorde a la estructura y capacidad de la Unidad Médica, el personal de enfermería puede apoyar en realizar la toma y recolección de muestra de sangre, de acuerdo con las "Instrucciones para obtener muestra de sangre" clave 2430-005-030.</p> <p><b>63.</b> Coordina a solicitud médica, el momento de traslado de la mujer embarazada a la Sala de Labor o de Operaciones.</p> <p><b>64.</b> Valora el bienestar fetal y de la mujer embarazada candidata a donar sangre placentaria; registra en la "Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria" 2430-009-019 (Anexo 1), el apartado IX denominado "Antecedentes perinatales", donde se describen los criterios de exclusión para no recolectar unidad de sangre placentaria si es que existe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Sufrimiento fetal agudo;</li><li>● Ruptura Prematura de Membranas;</li><li>● Temperatura materna mayor de 38°C;</li><li>● Ruptura de Membranas mayor a 12 horas de evolución;</li><li>● Proceso infeccioso;</li></ul> <p>y actúa según el caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Si existen criterios de exclusión</b></p> <p><b>65.</b> Registra acciones en "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72", le informa causas de exclusión a la mujer embarazada, continúa con la atención Ginecoobstétrica y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existen criterios de exclusión</b></p>
Médico No Familiar Ginecoobstetra en Piso o Sala de Labor o Sala de Operaciones	<p><b>66.</b> Prepara, acompaña a la mujer embarazada y entrega a Enfermera de la Sala de Expulsión o Sala de Operaciones, con lo siguiente:</p>
Personal de Enfermería responsable de la mujer embarazada	



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Enfermería responsable de la mujer embarazada</p> <p>Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</p> <p>Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</p> <p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</p> <p>Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</p> <p>Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Bolsa de recolección de sangre placentaria;</li><li>● Tubos con la muestra de sangre materna con cintilla de identificación;</li><li>● “Carpeta de donación de sangre placentaria” integrada al “Expediente clínico”.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Etapas IV</b> <b>Colecta de sangre placentaria en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones</b></p> <p><b>67.</b> Prepara para la recolección de sangre placentaria los insumos, material y equipo que se enlista a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Dos pares de guantes;</li><li>● Bolsa de recolección de sangre placentaria;</li><li>● Un paquete de gasas con trama radiopaca;</li><li>● Iodopovidona al 10%.</li></ul> <p><b>68.</b> Coloca en mesa de mayo la Bolsa de recolección de sangre placentaria y un paquete de gasas con trama radiopaca, abre el equipo con técnica aséptica y vierte Iodopovidona al 10% en la flanera.</p> <p><b>69.</b> Verifica que la pinza de la línea corta de la Bolsa de recolección de sangre placentaria se encuentre cerrada para evitar la entrada de aire.</p> <p><b>70.</b> Deja la pinza abierta de la línea larga, bajando el protector azul de seguridad de la aguja y mantiene abierta la pinza proximal a la Bolsa de recolección.</p> <p>NOTA: Es importante no separar el capuchón de la aguja, para que no regrese el anticoagulante a la Bolsa de recolección, este será retirado hasta el momento de la punción y debe tener la precaución de doblar la línea para impedir entrada de aire; desdoblar en el momento de la punción.</p> <p><b>71.</b> Asiste al Médico No Familiar Ginecoobstetra con base a técnica de colecta de la unidad de sangre placentaria.</p> <p><b>72.</b> Identifica después del nacimiento la existencia de las siguientes complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ruptura de Membranas mayor a 12 horas de evolución;</li></ul>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desgarro de cordón umbilical;</li><li>• Fiebre materna;</li><li>• Meconio;</li><li>• Circular a cuello;</li><li>• Nudo verdadero de cordón umbilical;</li><li>• Edad Gestacional de 34 semanas o menor;</li><li>• Embarazo múltiple;</li><li>• Isoinmunización materno fetal;</li><li>• Serología infecciosa positiva, durante su ingreso a la sala de labor;</li><li>• Anemia grave materna con manifestaciones de hipoxia tisular;</li><li>• Sufrimiento fetal agudo o crónico;</li><li>• Estancia en la Sala de Labor mayor de 24 horas;</li></ul> <p>y actúa según el caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Si existen complicaciones</b></p> <p><b>73.</b> Suspende la colecta de la unidad de sangre placentaria; continúa con la atención médica y al término de la misma, registra la presencia de complicaciones de la candidata a donar y/o de la persona recién nacida, en la nota postquirúrgica de los formatos “Autorización, Solicitud y Registro de intervención Quirúrgica 4-30-59/17” clave 2E10-009-016 y “Notas médicas y prescripción 40-30-128/72”.</p> <p>NOTA: El formato “Autorización, Solicitud y Registro de intervención Quirúrgica 4-30-59/17” clave 2E10-009-016 corresponde al anexo 16 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo” clave 2E10-003-002.</p> <p><b>74.</b> Anexa documentación al “Expediente clínico” de acuerdo con el orden establecido y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existen complicaciones</b></p> <p><b>75.</b> Presiona con la pinza el cordón umbilical, corta con la técnica habitual (la longitud del cordón proximal a la placenta debe ser mayor que al unido al recién nacido) y la Enfermera de la Sala de Expulsión o</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	Sala de Operaciones realiza la antisepsia en la zona donde realiza la punción.  NOTA 1: Es recomendable una longitud mínima de 15 a 20 centímetros. Es muy importante no retirar la pinza correspondiente al fragmento unido a la placenta.  NOTA 2: De ser necesario realizar cambio de guantes para garantizar las barreras de seguridad.
Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<b>76.</b> Retira el capuchón de la aguja, fija el cordón con una gasa estéril impregnada de solución de Iodopovidona al 10% y realiza la punción del vaso umbilical aproximadamente de 2 centímetros por arriba de la pinza.
Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<b>77.</b> Elige el vaso sanguíneo más turgente (vena o arteria), introduce perpendicularmente la aguja en el mismo y permite el flujo de sangre hacia la Bolsa de recolección de sangre placentaria.  <b>78.</b> Mezcla el anticoagulante de la Bolsa de recolección, conforme se va llenando con la sangre placentaria y solicita asistencia de la Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones.  <b>79.</b> Cierra las pinzas de la Bolsa de recolección, retira la aguja una vez que la sangre deje de drenar o cuando el cordón umbilical se observe blanco o colapsado y encapucha la aguja con su protector azul de seguridad, de modo que no exista peligro de contaminación o punción.  <b>80.</b> Entrega a la Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones, según sea el caso, la Bolsa de recolección con la sangre placentaria.
Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<b>81.</b> Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones, según sea el caso, la Bolsa de recolección con sangre placentaria, y anota en la etiqueta de la Bolsa de recolección con sangre placentaria con los datos siguientes:  <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo de la mujer donadora;</li><li>• Número de Seguridad Social y agregado de la mujer donadora;</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<ul style="list-style-type: none"><li>● Fecha y hora de la recolección;</li><li>● Nombre del médico que realizó la recolección;</li><li>● Nombre de la Enfermera que requisito la etiqueta;</li><li>● Unidad Médica de Atención;</li><li>● Escribir leyenda “Sangre Placentaria”.</li></ul>
	<p><b>82.</b> Coloca en la caja térmica para transporte los cuatro tubos con la muestra de sangre materna y la Bolsa de recolección con la sangre placentaria.</p> <p>NOTA: La tapa de la caja térmica debe abrirse por un tiempo mínimo necesario.</p>
Médico No Familiar Ginecoobstetra en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<p><b>83.</b> Registra nota postquirúrgica en los formatos “Autorización, Solicitud y Registro e intervención Quirúrgica 4-30-59/17” clave 2E10-009-016 y “Notas médicas y prescripción 40-30-128/72” que se realizó la colecta de unidad de sangre placentaria y anexa al “Expediente clínico” de acuerdo con el orden establecido.</p>
Médico No Familiar Neonatólogo o Pediatra responsable de la atención de la persona recién nacida	<p><b>84.</b> Transcribe a la “Historia Clínica de la persona recién nacida” clave 2430-009-022 (Anexo 4) los datos correspondientes al apartado X de la “Historia clínica para donación alogénica de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria” clave 2430-009-019 (Anexo 1).</p>
Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<p><b>85.</b> Registra el “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original y dos copias y las acciones realizadas en “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/86”.</p>
	<p><b>86.</b> Obtiene la “Carpeta de donación de sangre placentaria” del “Expediente clínico” y entrega junto con el formato “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original y dos copias y la caja térmica a la Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<p><b>87.</b> Recibe y coteja que coincida la identificación de los tubos de muestra de sangre y Bolsa de recolección con la sangre placentaria, con la información de la “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</p> <p style="text-align: center;"><b>No coincide la identificación</b></p> <p><b>88.</b> Solicita las aclaraciones pertinentes a la Enfermera en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones, hasta existir plena coincidencia en los registros de identificación de lo recibido.</p> <p>Continúa en la actividad 89.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí coincide la identificación</b></p>
Personal de Enfermería en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones	<p><b>89.</b> Registra la fecha, hora de recepción, nombre, matrícula y firma en una copia del “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), y entrega al Personal de Enfermería en Sala de Expulsión o Sala de Operaciones.</p>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<p><b>90.</b> Recibe formato del “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), copia y anexa al “Expediente clínico”.</p>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<p><b>91.</b> Envía o entrega al Responsable del Servicio de Transfusión la caja térmica, el “Envío de unidades de sangre de placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), en original y copia, así como la “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapas V</b> <b>Envío y recepción</b> <b>de unidades de sangre placentaria a</b> <b>Banco de Sangre</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 1</b> <b>Entrega de sangre placentaria al Servicio de</b> <b>Transfusión</b></p>
Responsable del Servicio de Transfusión	<p><b>92.</b> Recibe de la Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable:</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Responsable del Servicio de Transfusión	<ul style="list-style-type: none"><li>• La caja térmica;</li><li>• Formato “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), en original y copia;</li><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”;</li></ul> <p>coteja que coincida la identificación de los tubos de muestra de sangre y Bolsa de recolección con la sangre placentaria, con la información de la “Carpeta de donación de sangre placentaria”, y actúa según el caso.</p> <p style="text-align: center;"><b>No coincide la identificación</b></p> <p><b>93.</b> Comunica la situación a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable en Sala de Tococirugía y solicita las aclaraciones pertinentes hasta existir plena coincidencia en los registros de identificación de lo recibido.</p> <p>Continúa en la actividad 94.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí coincide la identificación</b></p>
Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable	<p><b>94.</b> Registra la fecha, hora de recepción, nombre, matrícula y firma en la “Bitácora de registro de candidatas a donación de sangre placentaria de Tococirugía” y en la copia del “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), la cual devuelve a la Enfermera Jefe de Piso en Tococirugía o Responsable.</p>
Responsable del Servicio de Transfusión	<p><b>95.</b> Recibe la copia del “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5) y lo entrega para su archivo de forma definitiva y cronológica en el Departamento Clínico de la Unidad tocoquirúrgica.</p> <p><b>96.</b> Coloca la Bolsa de recolección con sangre placentaria y los tubos con las muestras de sangre en un refrigerador de almacenamiento temporal hasta su envío y archiva temporalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Responsable del Servicio de Transfusión	<p>de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</li></ul> <p>NOTA: El refrigerador deberá tener una temperatura controlada entre 2 y 6°C.</p> <p><b>97.</b> Notifica al Jefe de Departamento Clínico de Laboratorio o Responsable la recolección de unidad de sangre placentaria, para que realice las gestiones necesarias para su envío al Banco de Sangre.</p> <p>NOTA: La notificación se realizará de acuerdo con lo que determine cada Unidad Médica, considerando estructura hospitalaria, vías de comunicación entre departamentos, acuerdos de gestión, etc. y se podrá realizar a través de llamada telefónica, por correo electrónico, de forma verbal, etc.</p>
Jefe de Departamento Clínico de Laboratorio o Responsable	<p><b>98.</b> Recibe la notificación y realiza las gestiones necesarias para el envío de Bolsa de recolección con sangre placentaria, los cuatro tubos con la muestra de sangre materna, “Carpeta de donación de sangre placentaria” y “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original.</p> <p>NOTA: Actualmente el único Banco de Sangre que cuenta con los recursos necesarios para el procesamiento, almacenamiento, preservación y conservación de células troncales y progenitoras de sangre placentaria es el Banco Central de Sangre Centro Médico Nacional “La Raza”, por lo que la sangre placentaria recolectada se enviará a éste.</p>
Responsable del Servicio de Transfusión	<p><b>99.</b> Notifica al Responsable del Servicio de Transfusión el tiempo estimado para que el Mensajero acuda por las muestras, Bolsa de recolección con sangre placentaria, “Carpeta de donación de sangre placentaria” y “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original.</p> <p><b>100.</b> Recibe la notificación y prepara la caja térmica para embalaje de muestras, Bolsa de recolección con sangre placentaria, “Carpeta de donación de sangre placentaria” y “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Responsable del Servicio de Transfusión	NOTA 1: Los refrigerantes deberán colocarse a temperatura de 2 a 6 °C.
	NOTA 2: La caja térmica es de uso exclusivo para transporte de unidades de sangre placentaria y muestra de sangre; en ninguna circunstancia se deberá introducir ningún otro tipo de sustancia o alimento.
	<p style="text-align: center;"><b>Fase 2</b> <b>Envío de sangre placentaria a Banco de Sangre</b></p>
Mensajero	<b>101.</b> Acude al Servicio de Transfusión y notifica su presencia al responsable del Servicio de Transfusión.
Responsable del Servicio de Transfusión	<b>102.</b> Extrae del refrigerador de almacenamiento temporal la Bolsa de recolección con sangre placentaria, los cuatros tubos con muestra de sangre; verifica, en presencia del Mensajero, que coincidan nombre y número de seguridad social de la donadora de sangre placentaria en: <ul style="list-style-type: none"><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”;</li><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</li><li>• Bolsa de recolección con sangre placentaria;</li><li>• Cuatro tubos con muestra de sangre materna;</li></ul> y deposita en la caja térmica para transporte de la Bolsa de recolección con sangre placentaria y muestras obtenidas.  NOTA: En caso de eventualidades durante la verificación de datos, y entrega de Bolsa de Recolección con sangre placentaria y los cuatros tubos con muestra de sangre, deberá ser resuelto por el responsable del Servicio de Transfusión para que el Mensajero traslade todo completo y correcto.
	<b>103.</b> Entrega al Mensajero una tarjeta o documento con sus datos escritos (nombre, matrícula, número de teléfono y extensión del servicio de transfusión), para contactarlo en caso de eventualidades durante la recepción en Banco de Sangre.
Mensajero	<b>104.</b> Recibe y traslada para su entrega al Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Mensajero</p>          <p>Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras y/o Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre</p>	<p>Progenitoras y/o Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Caja térmica;</li><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</li><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</li></ul> <p>NOTA 1: La tapa de caja térmica para transporte de unidades de sangre placentaria debe mantenerse cerrada, sólo se abre para la extracción o depósito del contenido, y debe abrirse por un tiempo mínimo necesario.</p> <p>NOTA 2: La caja térmica para transporte de unidades de sangre placentaria es de uso exclusivo para unidades de sangre placentaria y muestra de sangre; en ninguna circunstancia se deberá introducir ningún otro tipo de sustancia o alimento, al entregar el contenido, la regresa al servicio de transfusiones.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 3</b> <b>Recepción de sangre placentaria en Banco Central CMN La Raza</b></p> <p><b>105.</b> Recibe del Mensajero:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Caja térmica;</li><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</li><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”.</li></ul> <p><b>106.</b> Registra en formato “Monitoreo, registro y control de temperatura”, clave 1000-009-001, hora de llegada y temperatura al interior de la caja térmica, para informar durante la entrega al Personal de Banco de Células Troncales y Progenitoras.</p> <p>NOTA: El formato “Monitoreo, registro y control de temperatura”, clave 1000-009-001 es el Apéndice D de la “Norma para el manejo de Medicamentos y demás insumos para la salud en la red de frío del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 1000-B01-028.</p> <p><b>107.</b> Coteja sean correctos los datos de identificación de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bolsa de recolección con sangre placentaria etiquetada y condiciones físicas que no garanticen</li></ul>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras y/o Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre	<p>sistema cerrado;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los cuatro tubos de muestra de sangre etiquetados;</li><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria”;</li><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</li><li>• Temperatura en la caja térmica;</li></ul> <p>y actúa según el caso:</p> <p><b>Los datos de identificación no son correctos y/o existen condiciones no adecuadas</b></p> <p><b>108.</b> Solicita al Mensajero el nombre, número telefónico y extensión del Responsable de Servicio de Transfusión que envía y establece comunicación para solicitar las aclaraciones pertinentes, hasta la resolución de la situación.</p> <p>NOTA: El Médico No Familiar del Banco de células troncales decidirá y determinará la resolución en caso de existir situaciones que pongan en riesgo la recepción y uso de sangre placentaria contenida en la Bolsa de recolección, de acuerdo con principios bioéticos y normatividad sectorial e institucional vigente.</p> <p>Continúa en la actividad 109.</p> <p><b>Los datos de identificación son correctos y existen condiciones adecuadas</b></p>
Médico No Familiar del Banco de Sangre	<p><b>109.</b> Realiza entrega al Área de Recepción de Banco de Células Troncales y Progenitoras: los cuatro tubos de muestra de sangre, Bolsa de recolección con sangre placentaria, “Carpeta de donación de sangre placentaria” y “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original.</p> <p>NOTA: Esta actividad, se omite si lo recibe el Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras.</p>
Área de Recepción de Banco de Células Troncales y Progenitoras	<p><b>110.</b> Recibe del Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre y entrega a Personal asignado al Banco de Células Troncales y Progenitoras:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bolsa de recolección con sangre de placentaria;</li></ul>



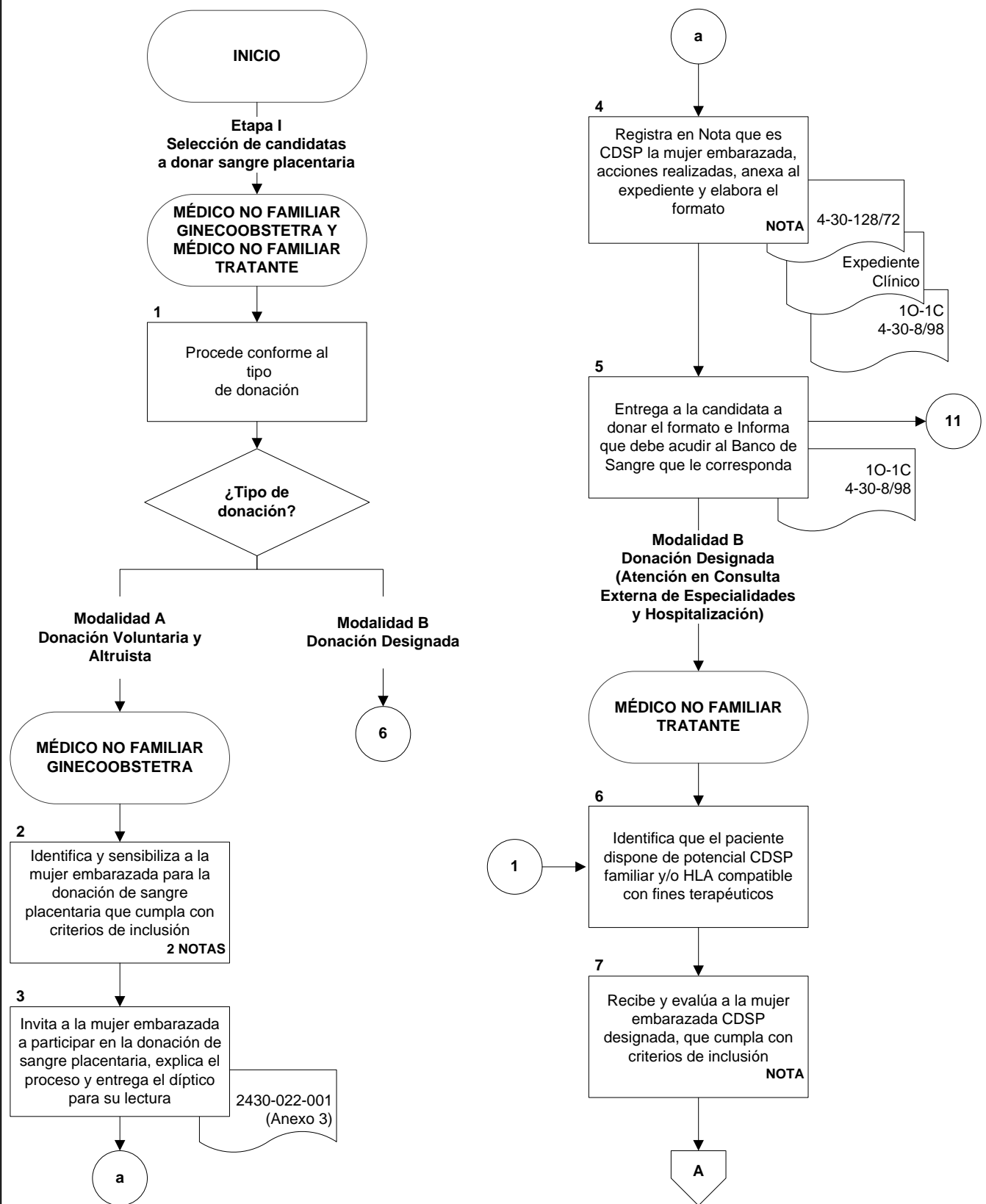
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Área de Recepción de Banco de Células Troncales y Progenitoras</p> <p>Personal asignado al Banco de Células Troncales y Progenitoras</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los cuatro tubos de muestras de sangre;</li><li>• “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5), original;</li><li>• “Carpeta de donación de sangre placentaria” las cuales archiva temporalmente.</li></ul> <p><b>111.</b> Toma la unidad de sangre placentaria y realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sellado de la línea conector de la Bolsa;</li><li>• Búsqueda de coágulos en la unidad;</li><li>• Peso de la unidad;</li><li>• Cálculo de volumen de sangre placentaria y registro.</li></ul> <p><b>112.</b> Coloca la unidad de sangre placentaria, en el área asignada, para su custodia en refrigeración entre 2 a 6° C.</p> <p>NOTA: Se mantiene la unidad de sangre placentaria bajo estos cuidados, pese a existir inconsistencias o faltantes en la recepción, hasta determinar por el Médico No Familiar de Banco de Células Troncales y Progenitoras la solución de éstas.</p>
<p>Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras</p>	<p><b>113.</b> Valida la documentación de la “Carpeta de donación de sangre placentaria” y características de la Bolsa de recolección con sangre placentaria para su registro en Sistema informático.</p>
<p>Auxiliar Universal de Oficinas del Banco de Células Troncales y Progenitoras</p>	<p><b>114.</b> Registra los datos de identificación de la donadora, de la Bolsa de recolección con sangre placentaria en Sistema informático y en “Libreta de ingresos y egresos”; imprime etiquetas y entrega al personal asignado al Banco de Células Troncales y Progenitoras.</p> <p>NOTA 1: El Médico No Familiar de Banco de Células Troncales y Progenitoras lo puede realizar en ausencia del Auxiliar Universal de Oficinas.</p> <p>NOTA 2: El registro se realizará de acuerdo con el Sistema informático en uso en el Banco de Sangre que debe cumplir con el marco normativo institucional y sectorial vigente.</p>
<p>Personal asignado al Banco de Células Troncales y Progenitoras</p>	<p><b>115.</b> Realiza etiquetado de documentos, muestras de sangre y unidad de sangre placentaria.</p>

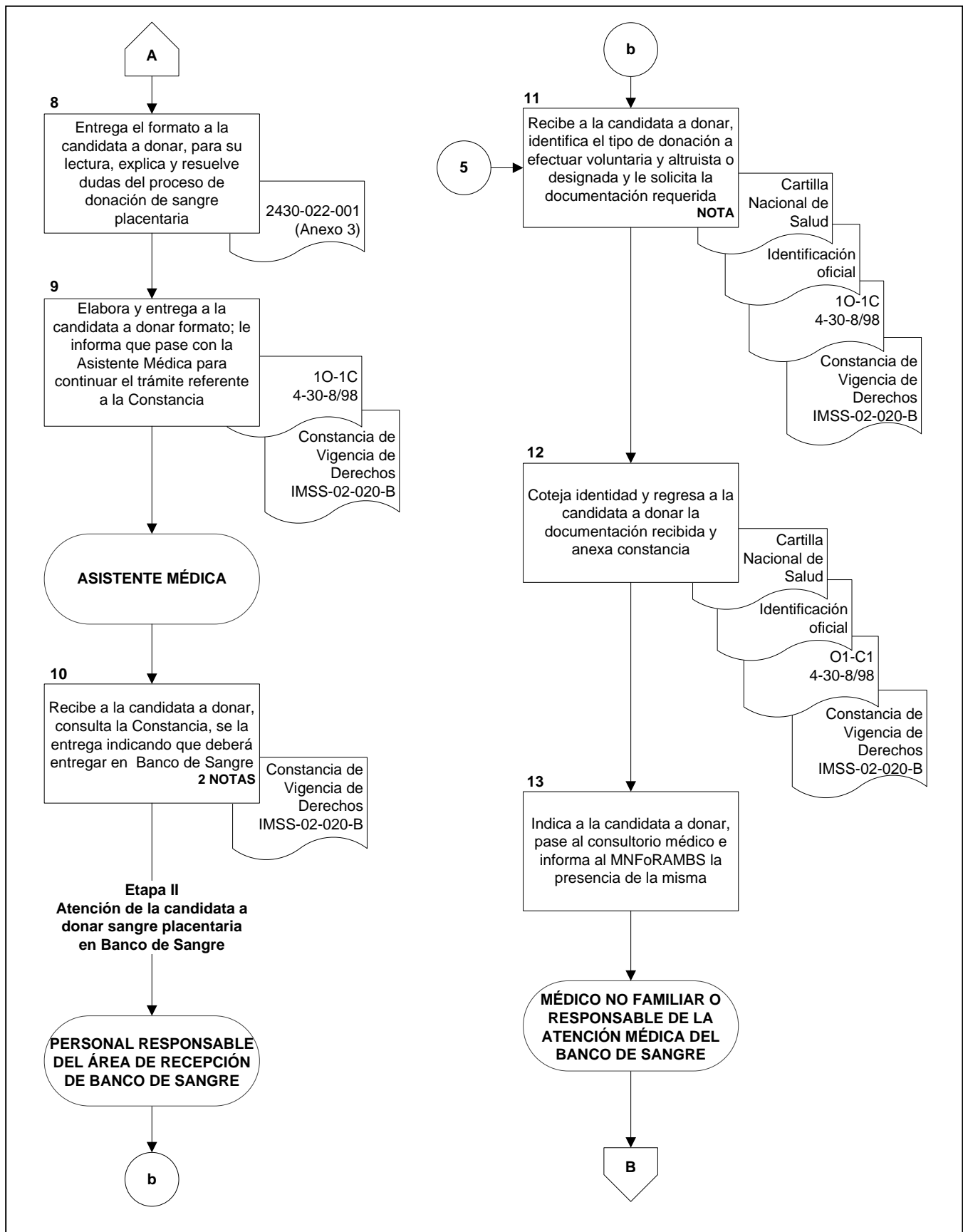


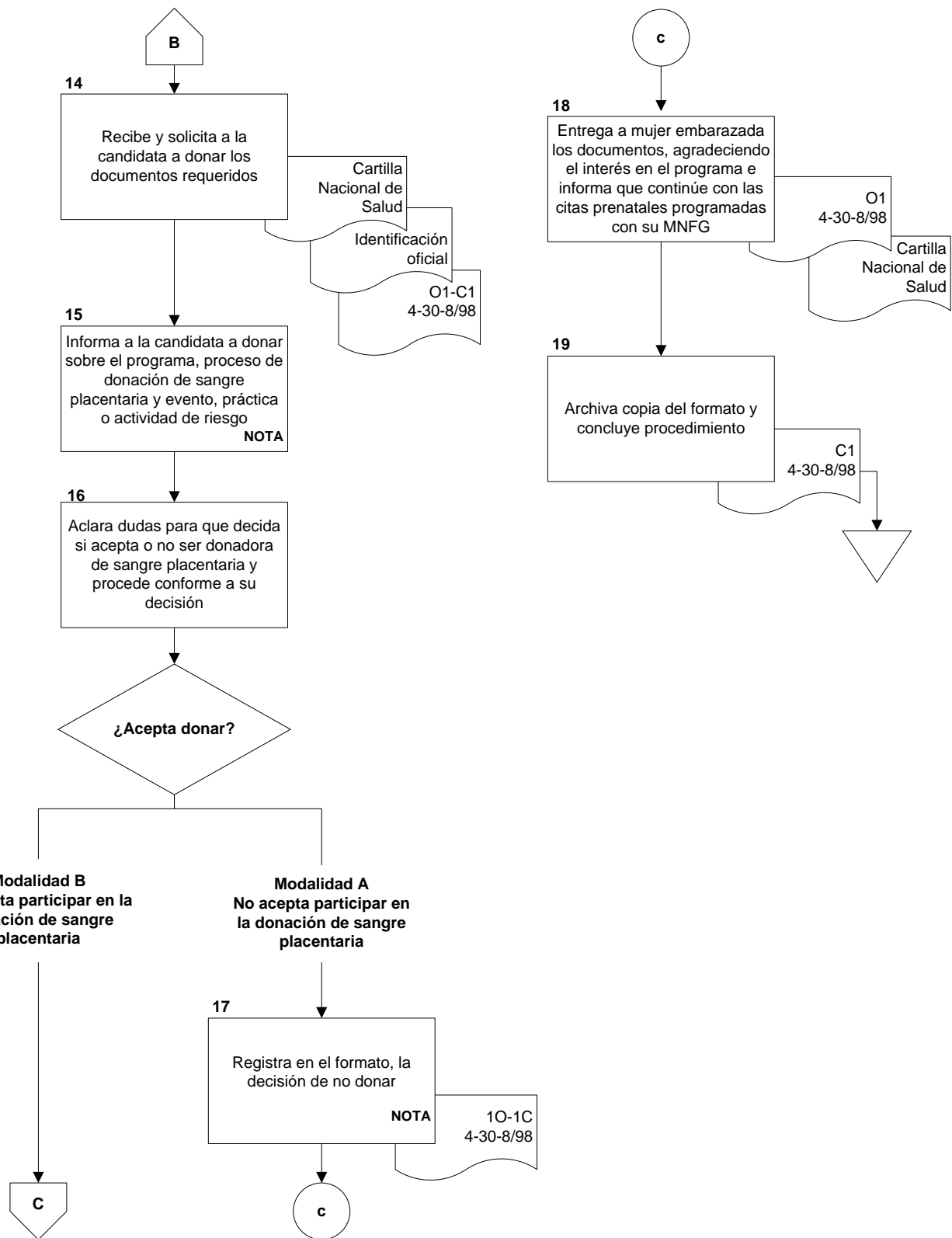
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal asignado al Banco de Células Troncales y Progenitoras</p> <p>Médico No Familiar del Banco de Células Troncales y Progenitoras</p>	<p><b>116.</b> Concluye las acciones de recepción, identificación y registro de muestras y unidad de sangre placentaria en el sistema informático.</p> <p>NOTA: Actualmente, el único Banco de Sangre que realiza procesamiento, almacenamiento, preservación y conservación de células troncales y progenitoras de sangre placentaria es el Banco Central de Sangre Centro Médico Nacional “La Raza”, por lo que las acciones de recepción, identificación y registro serán de acuerdo con normatividad sectorial, institucional y métodos específicos de trabajo vigentes.</p> <p><b>117.</b> Determina destino final de residuos peligrosos biológico-infecciosos generados durante el proceso de toma muestra y la unidad sangre placentaria siendo las causas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Volumen insuficiente;</li><li>• Baja celularidad;</li><li>• Coagulada;</li><li>• Autoexclusión;</li><li>• Serología infecciosa reactiva;</li><li>• Rotura de la Bolsa;</li><li>• Indicación médica.</li></ul> <p><b>118.</b> Archiva definitivamente los documentos con etiquetas que identifiquen el número correspondiente a la unidad de sangre placentaria, “Carpeta de donación de sangre placentaria” y original del “Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre”, clave 2430-009-021 (Anexo 5).</p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del procedimiento</b></p>

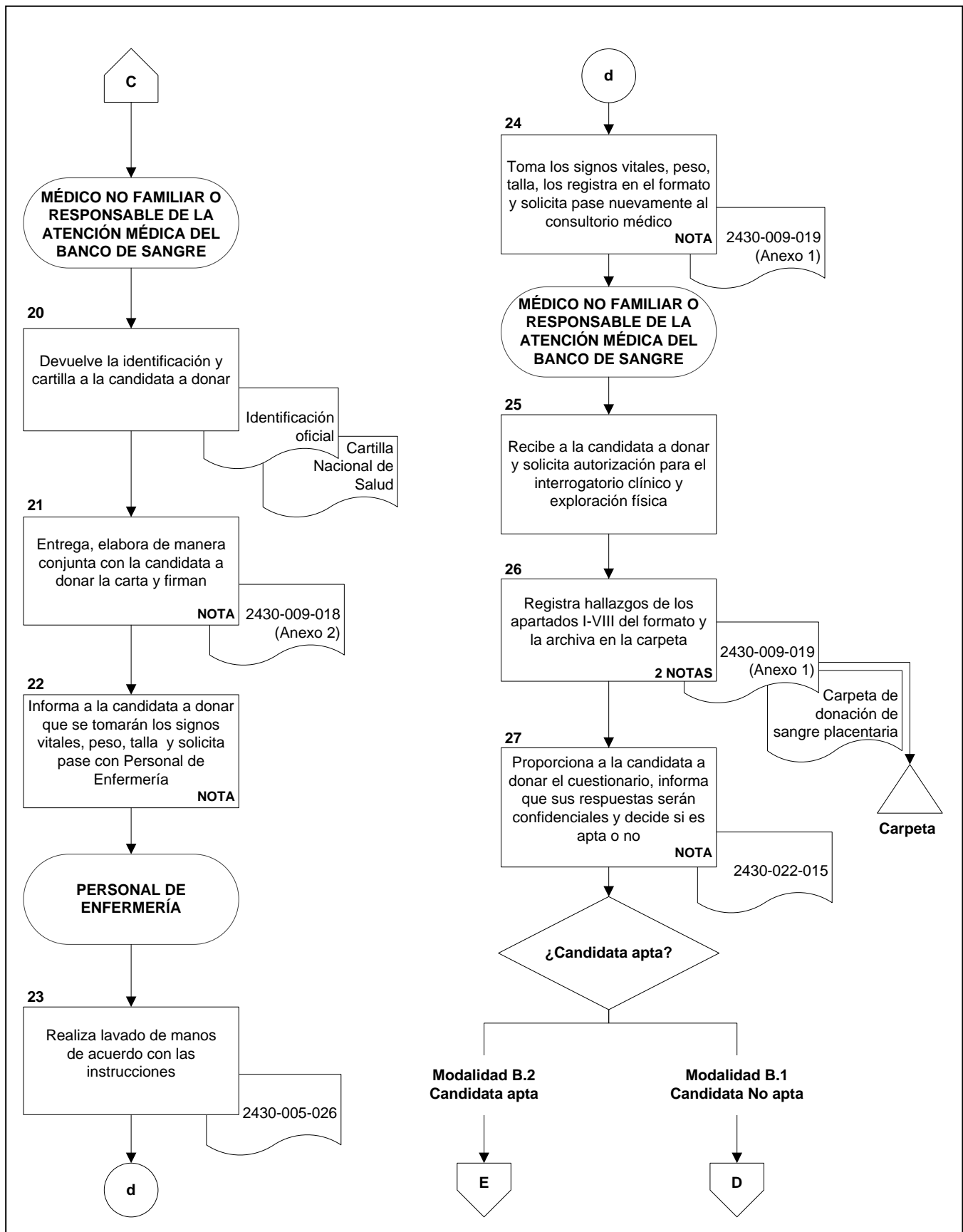


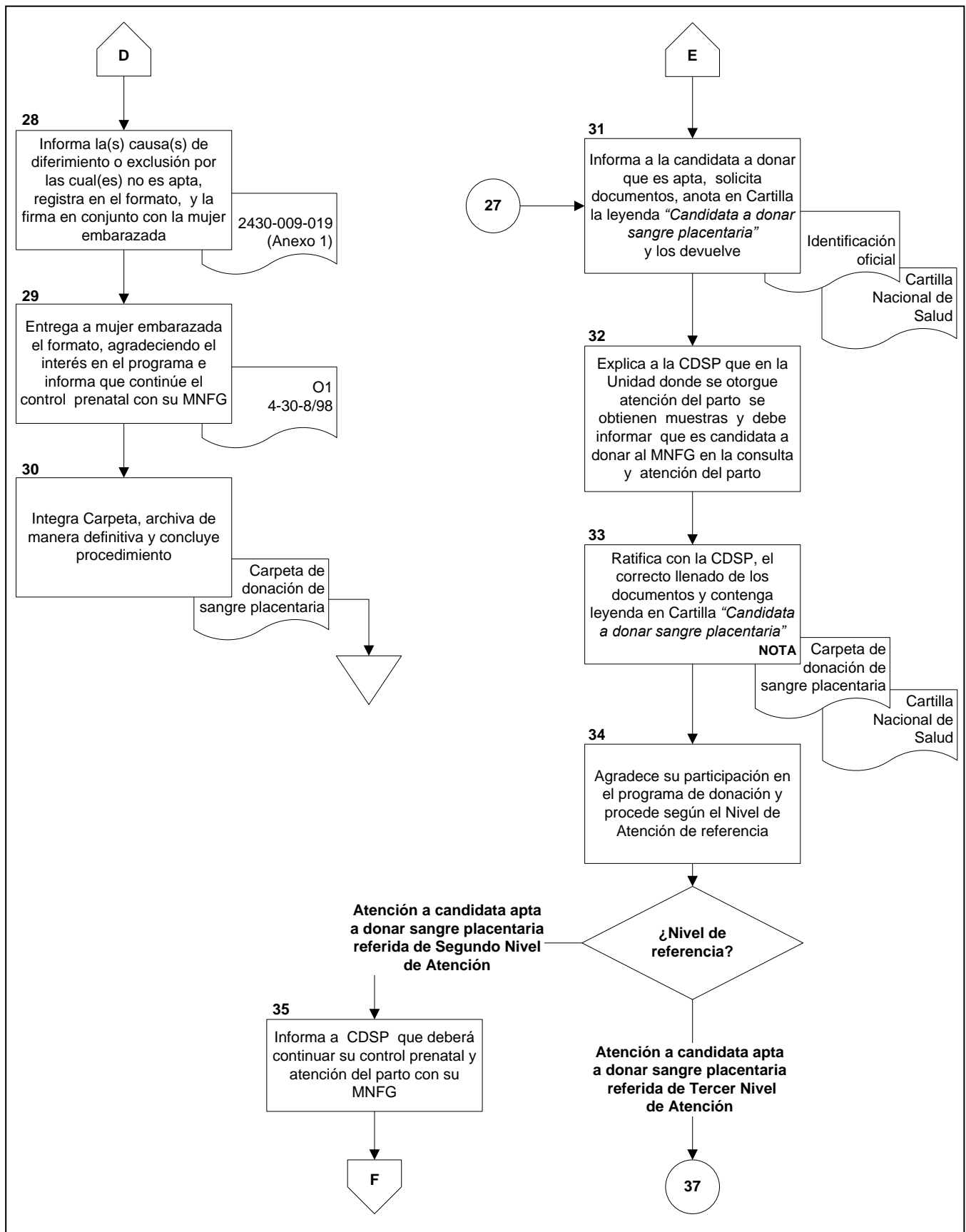
## 7. Diagrama de flujo



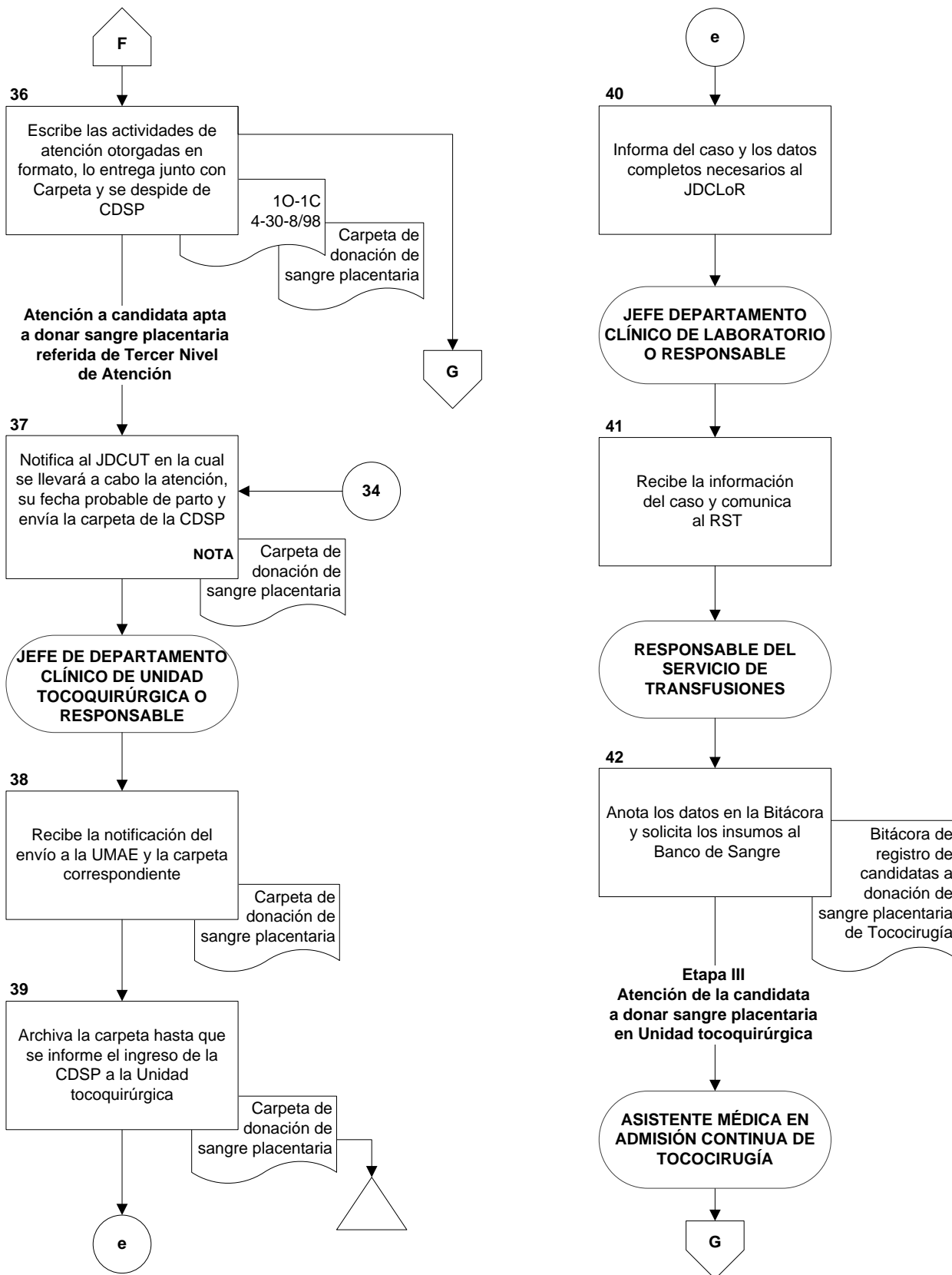


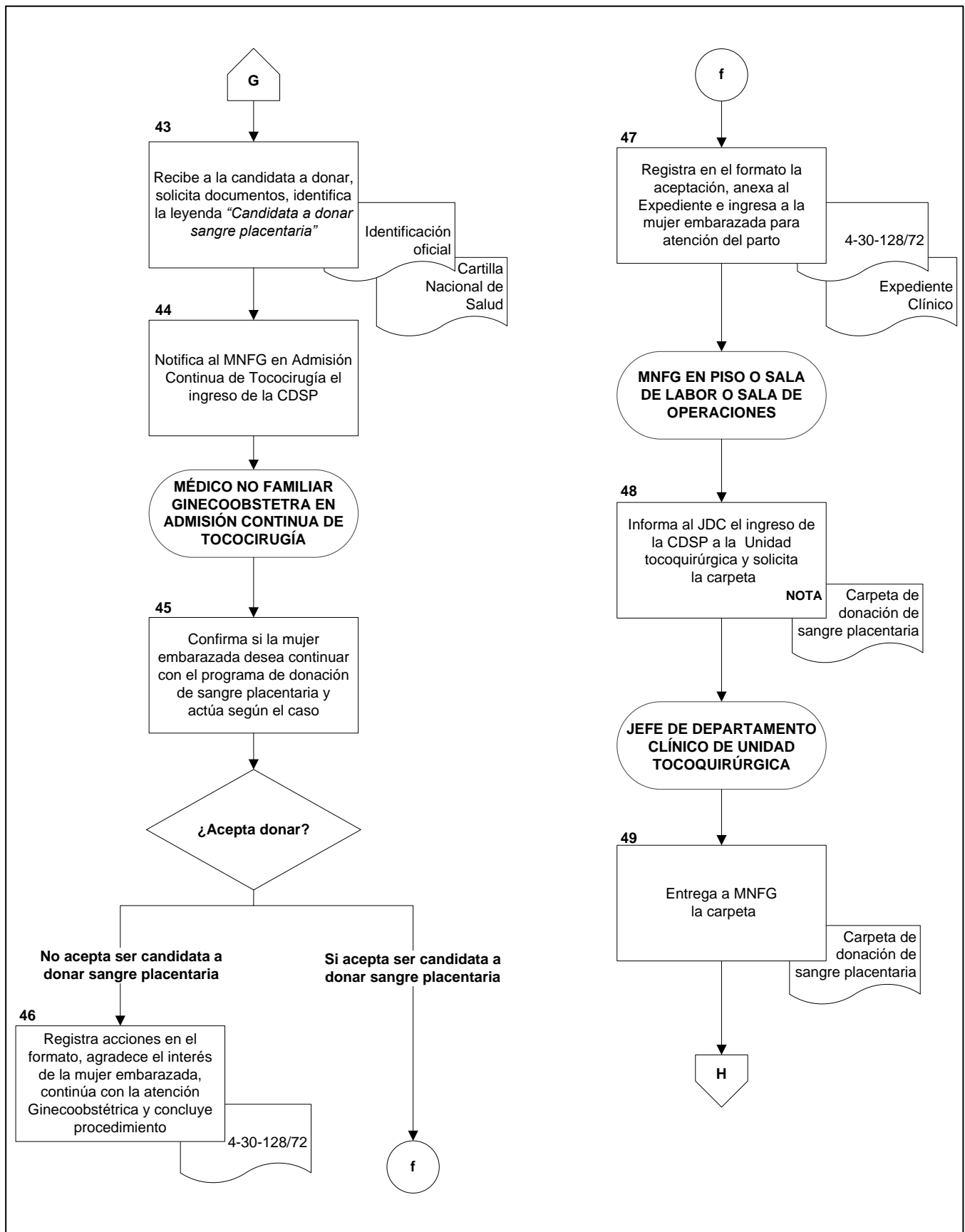


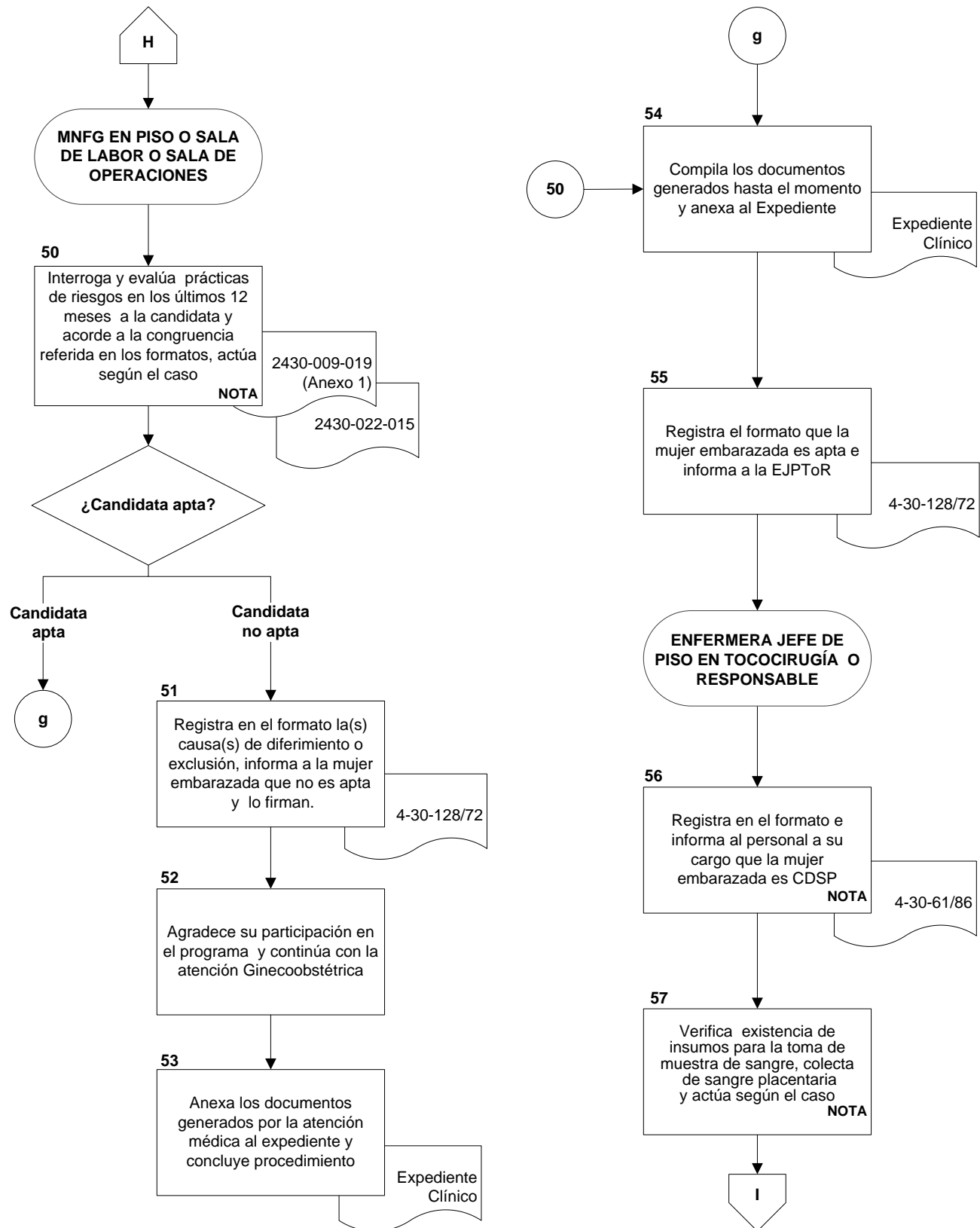


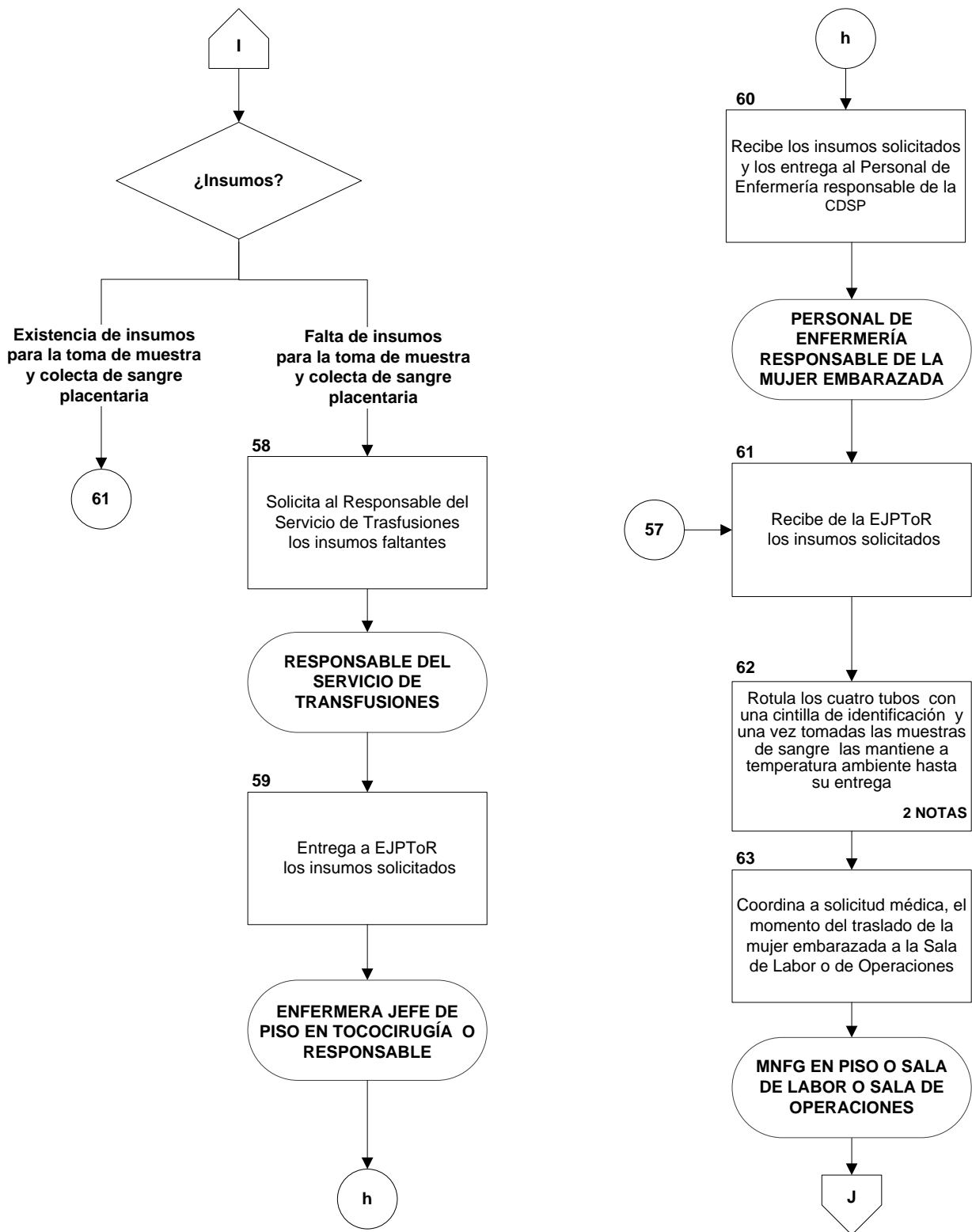


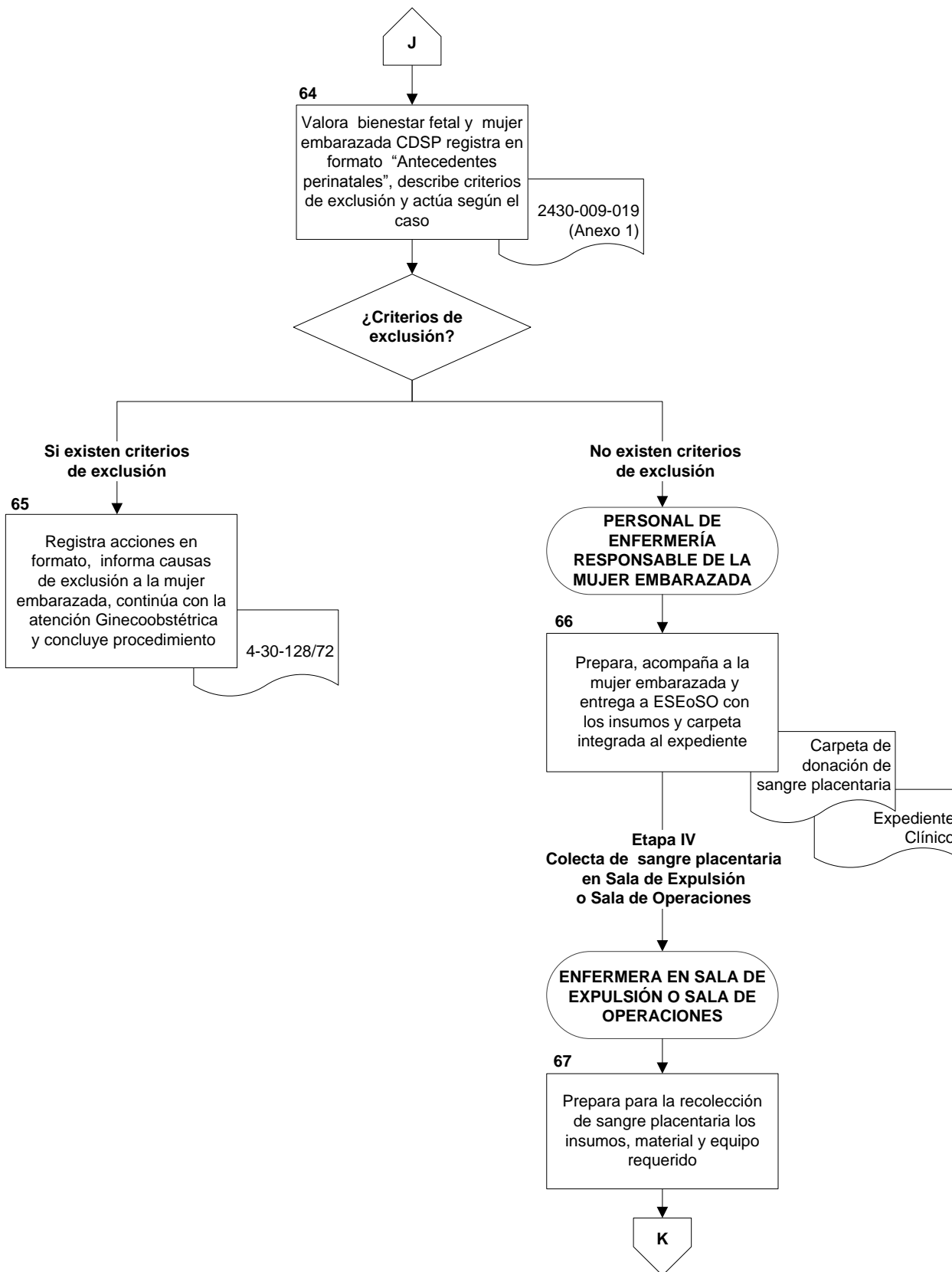


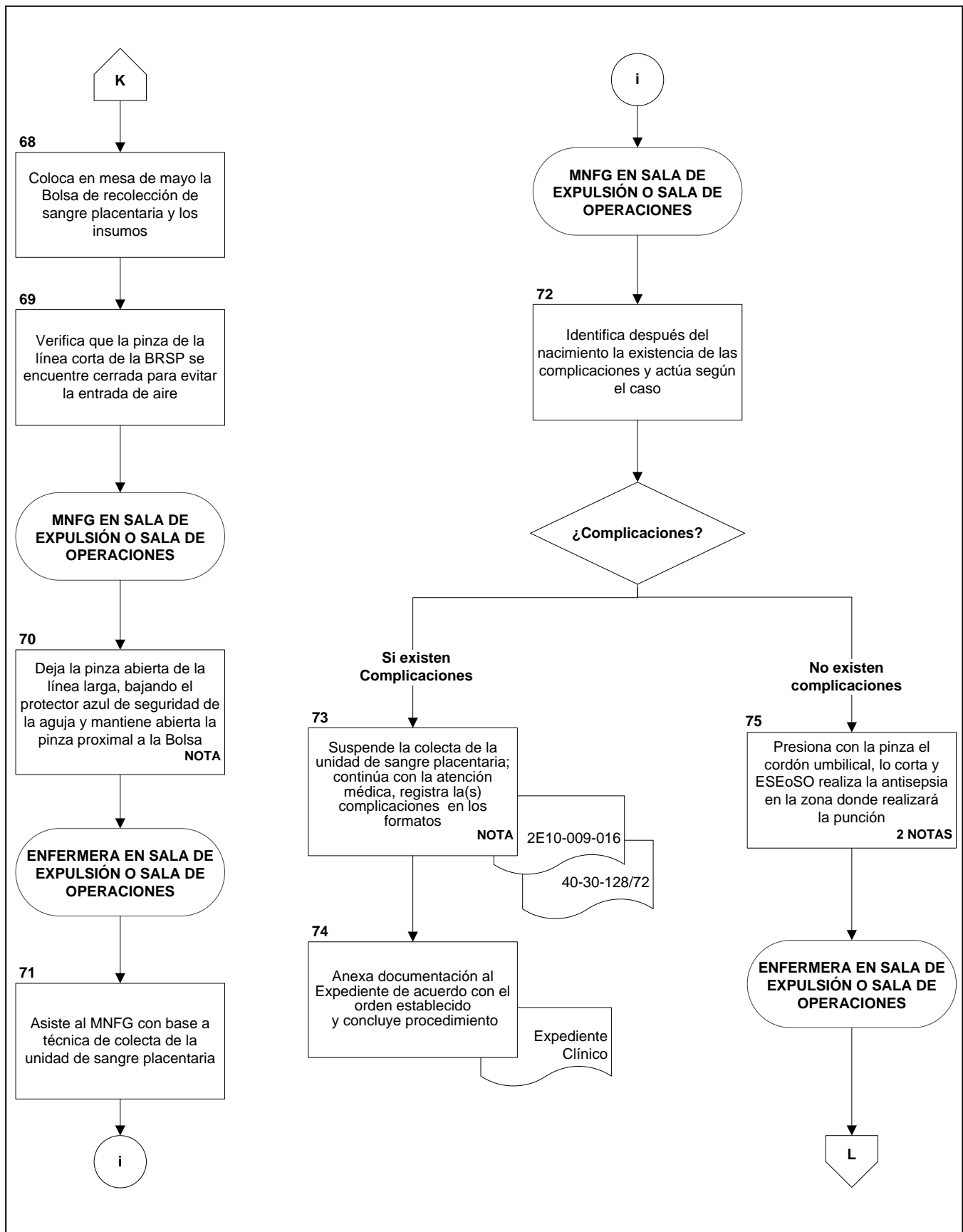


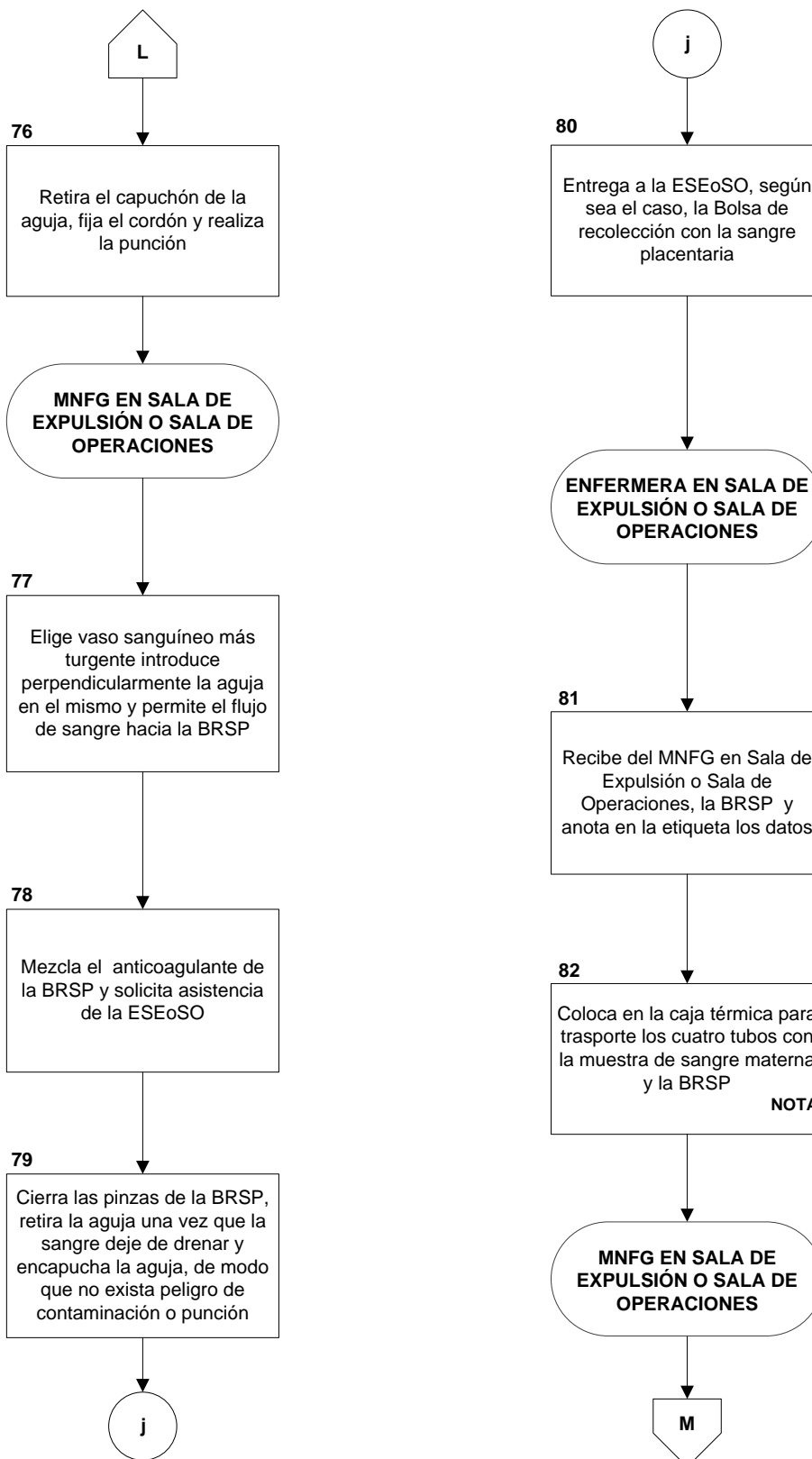


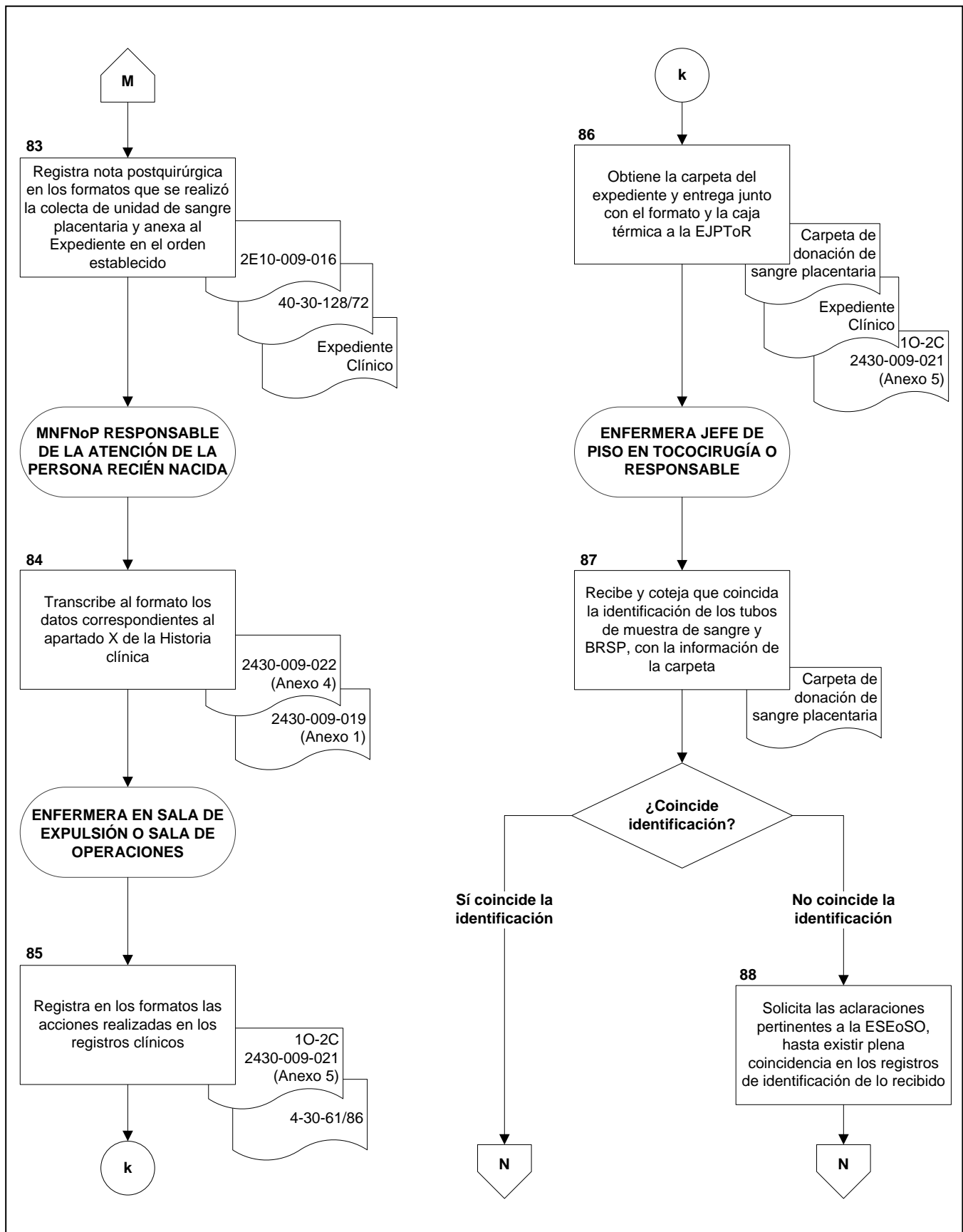




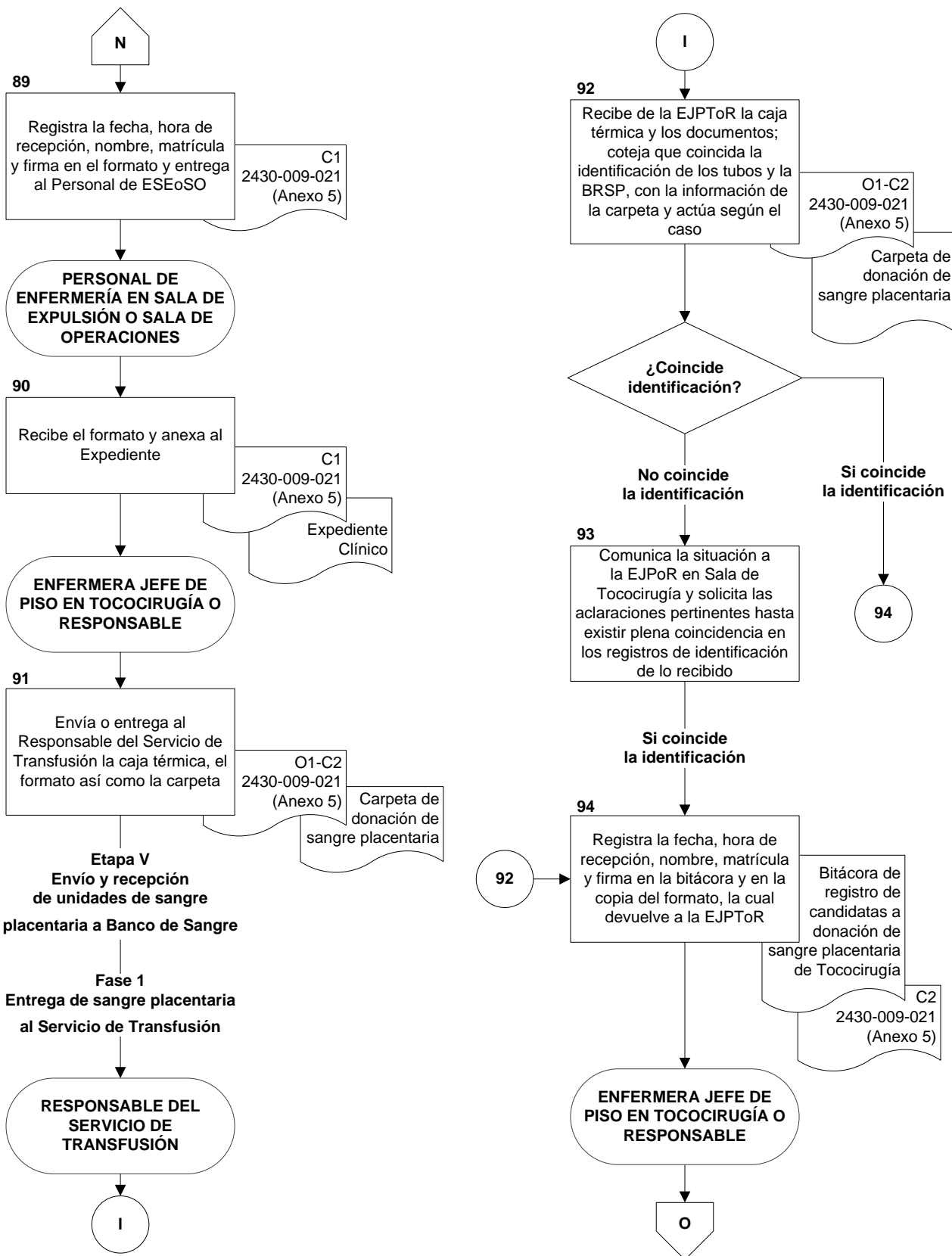


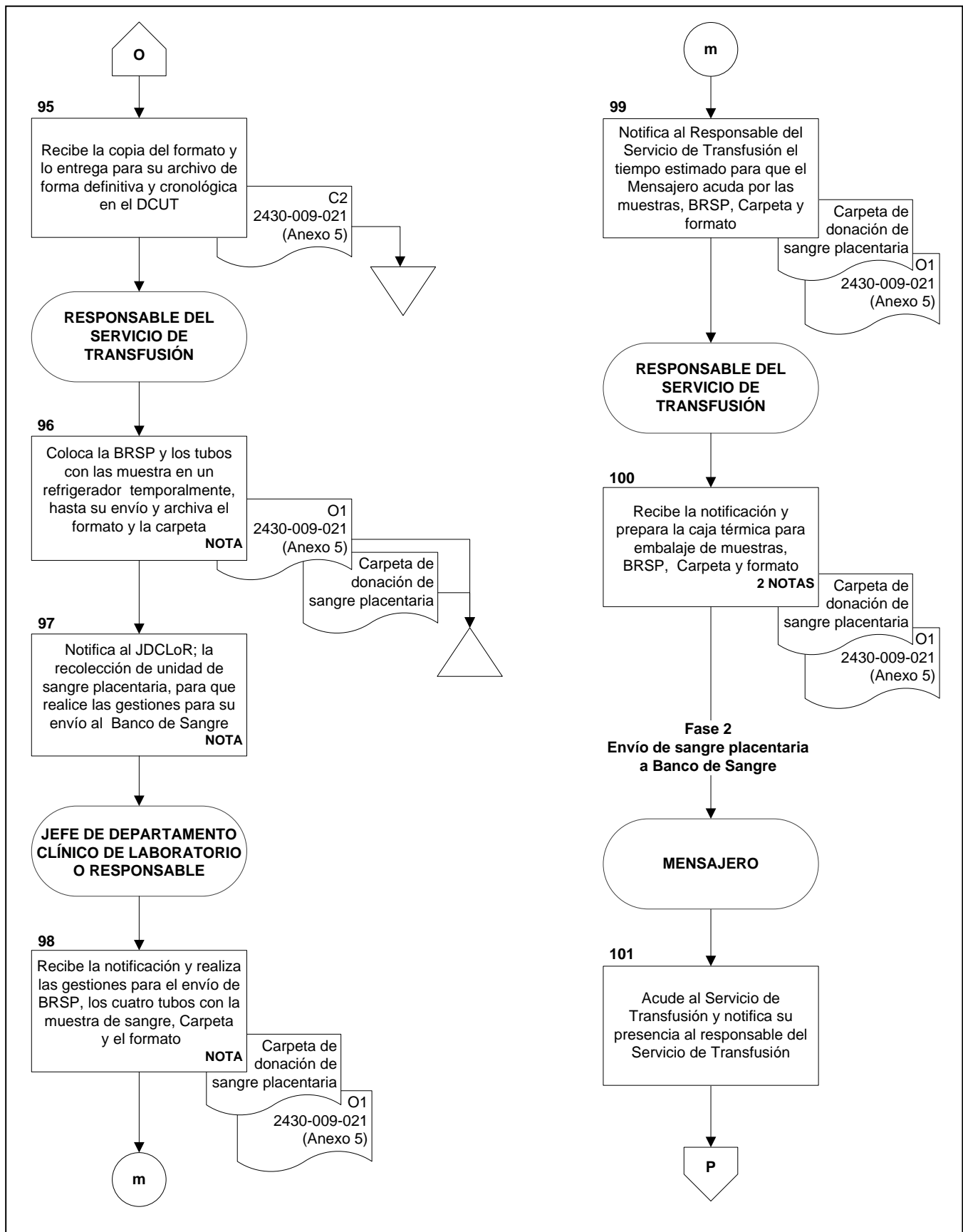


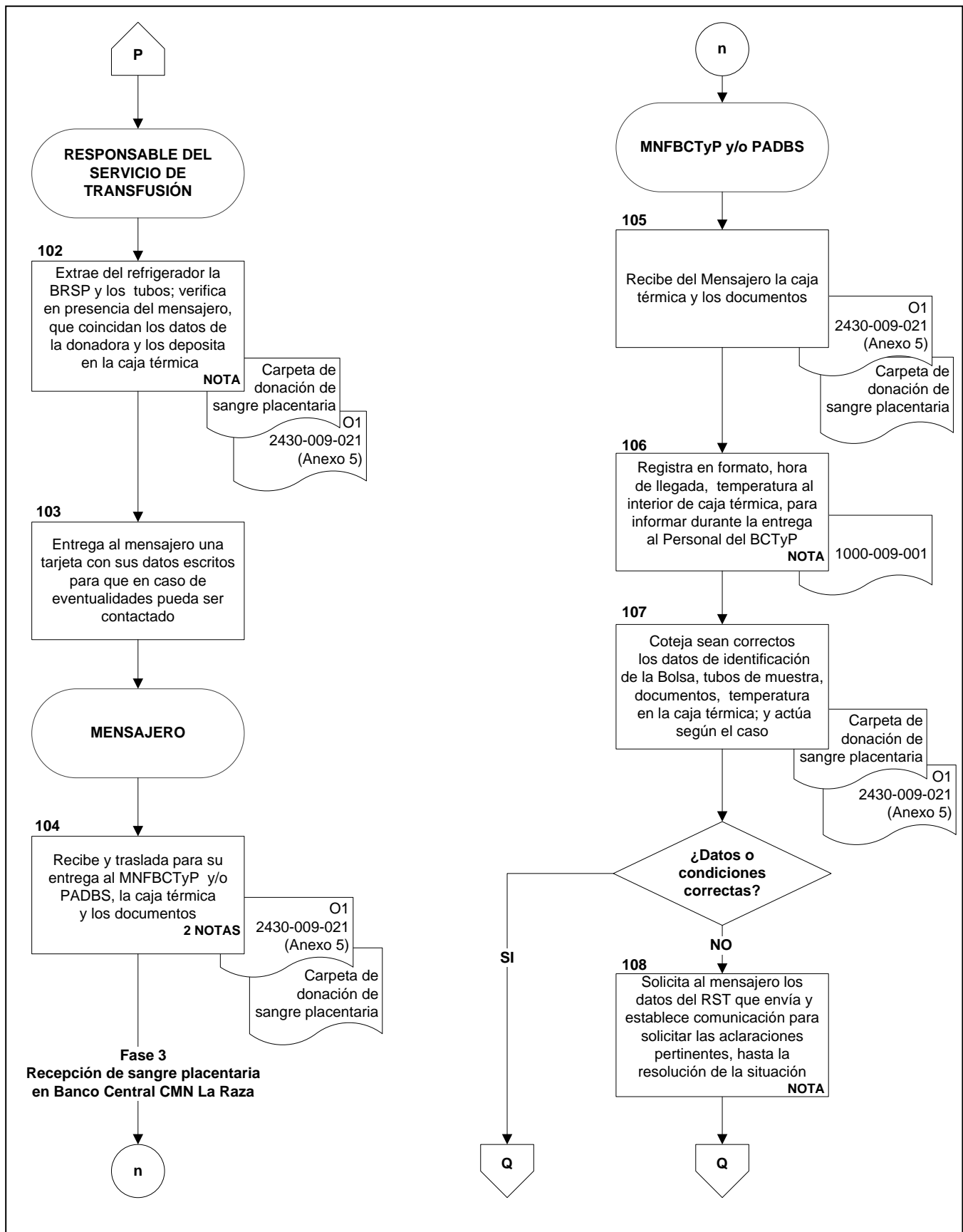


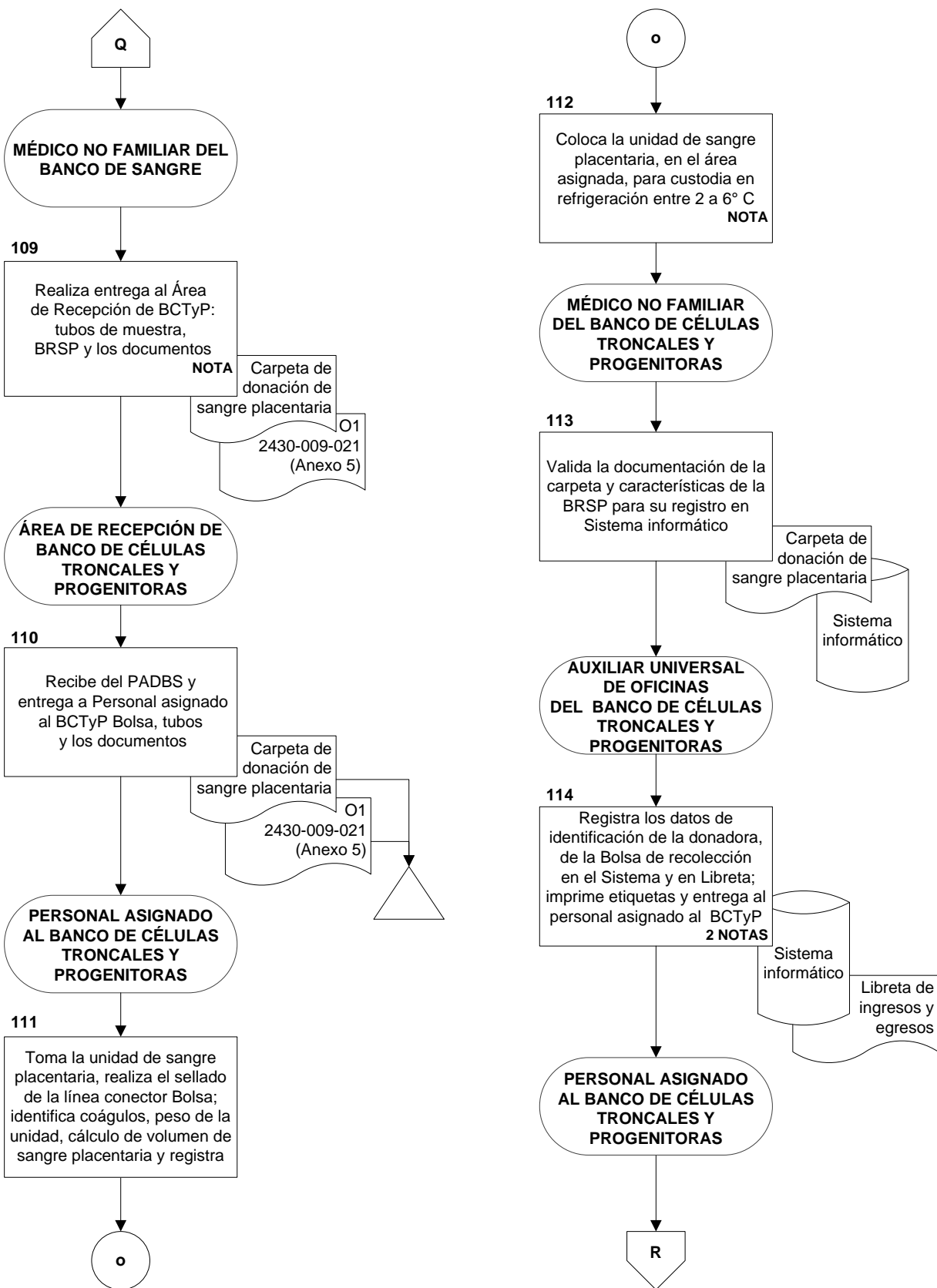


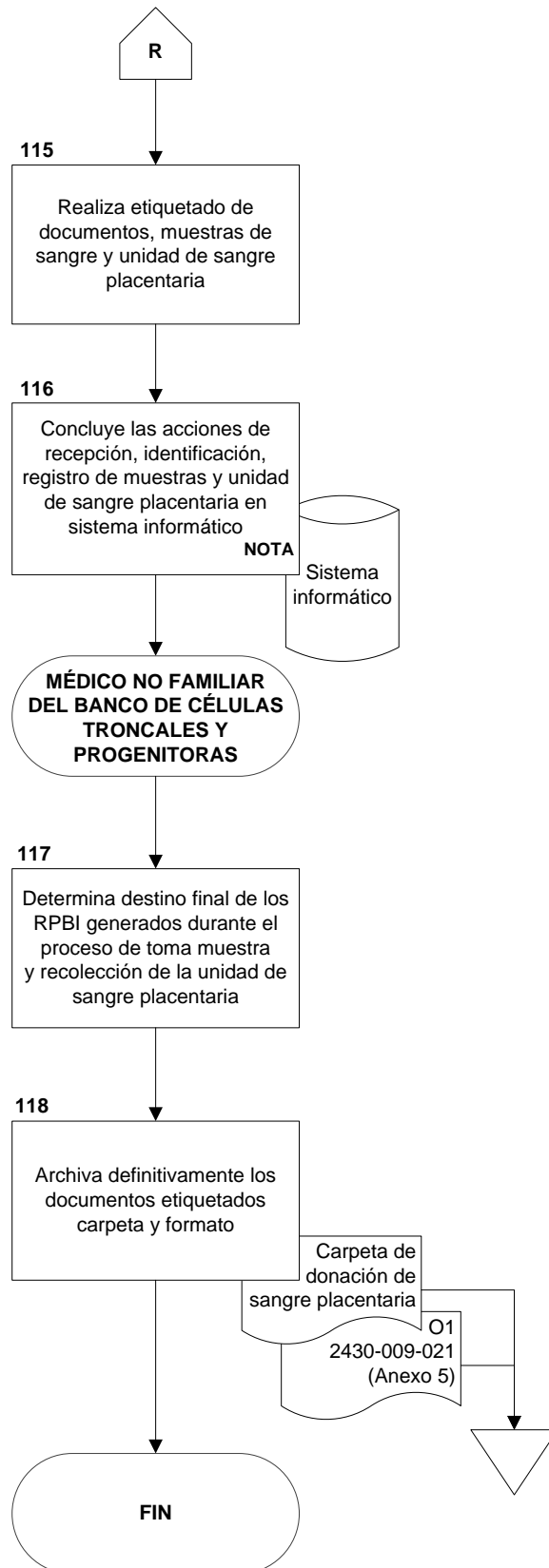














**ANEXO 1**

**Historia clínica para donación alogénica de células troncales  
hematopoyéticas de sangre placentaria  
2430-009-019**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**HISTORIA CLÍNICA PARA DONACIÓN ALOGÉNICA DE**  
**CÉLULAS TRONCALES HEMATOPOYÉTICAS DE SANGRE PLACENTARIA**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA <span style="float: right;">1</span>	BANCO DE SANGRE <span style="float: right;">2</span>	FECHA Y HORA <span style="float: right;">3</span> DD / MMM / AAAA Hora Min
---	--	---

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN** 4

Nombre:			
UMF de procedencia:		NSS Y AGREGADO:	
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Edad Padre:	Edad Madre:	Estado Civil:	Religión:
Ocupación Padre:	Ocupación Madre:	Escolaridad Padre:	Escolaridad Madre:
Domicilio (Calle, No., Colonia, Alcaldía o Municipio):			
Estado:	Código postal:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		Fecha de elaboración:	

**II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES** 5

	MADRE		PADRE	
	SI	NO	SI	NO
NEOPLASIAS				
CONSANGUINIDAD				
ENFERMEDADES GENÉTICAS				
OTROS				

**III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS** 6

ANTECEDENTE	SI	NO	ANTECEDENTE	SI	NO
CARDIOPATIAS (INFECCIOSAS)			NEUROLÓGICOS		
NEUMOPATÍAS CRÓNICAS			DERMATOLÓGICOS		
HEPATOPATÍAS			HEMATOLÓGICOS		
ENDOCRINOPATÍAS			PALUDISMO		
GASTROENTEROPATÍAS			BRUCELOSIS		
NEFROPATÍAS			TOXOPLASMOSIS		
TRASPLANTES			LEISHMANIASIS		
TUBERCULOSIS			CHAGAS		
HORM CRECIMIENTO HUMANO			SÍFILIS		
INMUNOLÓGICOS			OTROS:		

**IV. ANTECEDENTES DE EXCLUSIÓN PERMANENTE** 7

	MADRE		PADRE			MADRE		PADRE	
	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO
ENFERMEDADES GENÉTICAS					POLITRANSFUNDIDO				
INTERNAM. INST. PENALES					ENF. TIROIDEA				
INTERNAM. INST. PSIQUIÁTRICAS					TRASPLANTE				
SEROLOGÍA POSITIVA VIH					DROGADICCIÓN				
SEROLOGÍA POSITIVA HCV, HBV					HEMOFILIA				
CUCI Y CROHN					ENF. AUTOINMUNES				

**V. ANTECEDENTE DE DIFERIMIENTO TEMPORAL (12MESES)** 8

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
	TATUAJES				TX. IV C/MATERIAL REUTI.			
PERFORACIÓN CORPORAL			CONTACTO ENF. HEPATITIS			TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		
MÁS DE UNA PAREJA			ENDODONCIA			USO DE INMUNOGLOBULINAS		
REL. SEXUAL C/DESCONOCIDO			ACUPUNTURA			DAÑO OBJET HEMOCONTAMINADO		
REL. SEXUAL vs VOLUNTAD			PILOELECTRÓLISIS			INFECC. TRANSMISIÓN SEXUAL		



VI. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS <span style="float: right;">9</span>														
FUM: / /		FPP / /		Gesta:		Partos		Cesáreas		Abortos				
		SI	NO	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL		SI	NO	Fecha último parto/cesárea.						
ADMINISTRACIÓN DE ANTI-D				HIJOS C/MALFORMACIONES				Fecha último aborto						
MUERTE FETAL/NEONATAL				OTROS										
VII. ANTECEDENTES PRENATALES <span style="float: right;">10</span>														
Semanas gestación:				Control prenatal		SI	NO	Mes de inicio:		SI	NO			
		SI	NO			SI	NO			SI	NO			
EXP. TERATÓGENOS				PAROTIDITIS				CIRUGÍAS						
SARAMPIÓN				TOXOPLASMOSIS				VACUNA ANTIRÁBIC						
RUBEOLA				AM. ABORTO/PARTO				TOXICOMANIAS						
VIII. EXPLORACIÓN FÍSICA <span style="float: right;">11</span>														
Fr. cardíaca:		Fr. respiratoria:		Temperatura:		TA:		Peso:		Estatura:				
Piel:		NL	ANL	Genitales externos:		NL	ANL							
Mucosas:		NL	ANL	Extremidades:		NL	ANL							
Tórax:		NL	ANL	Observaciones:										
Abdomen:		NL	ANL											
MÉDICO RESPONSABLE DEL REGISTRO														
Nombre completo				Matrícula				Firma						
REGISTRO POSTERIOR AL NACIMIENTO <span style="float: right;">13</span>														
¿Conoce el programa de recolección de sangre placentaria?		SI	NO	¿Cómo lo conoce?		1 Dúptico IMSS	2 Cartel IMSS	3 Personal IMSS	4 TV	5 Radio	8 Otro:			
						6 Página electrónica IMSS	7 Amistades y Familiares							
IX. ANTECEDENTES PERINATALES <span style="float: right;">14</span>														
Atención en clínica de fertilidad:		SI	NO	Embarazo normoevolutivo:		SI	NO	Duración de trabajo de parto (horas)						
Ruptura prematura de membranas (RPM):		SI	NO	De ser afirmativo, horas de evolución:				Sufrimiento fetal agudo:		SI	NO			
Vía de nacimiento:		1. Parto eutócico		2. Parto distócico (fórceps)		3. Cesárea		Tipo de Anestesia:		1. Local		2. BPD	3. General	
Anestesia:		SI	NO	Oxitocina:		SI	NO	Unidades:		Antibióticos:		SI	NO	¿Cuál?:
Líquido amniótico:		1. Claro		2. Meconial		Estado de la placenta		1. Normal		2. Desgarro		Otros fármacos:		
EN CASO DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES APARTADOS NO RECOLECTAR UNIDAD DE SANGRE PLACENTARIA:														
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO			TEMPERATURA MATERNA MAYOR A 38°C			ESTANCIA EN LABOR MAYOR A 24 HORAS								
RPM > A 12 HORAS DE EVOLUCIÓN			PROCESO INFECCIOSO MATERNO			LÍQUIDO MECONIAL								
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN			DESGARRO DE CORDÓN UMBILICAL			NUDOS VERDADEROS DE CORDÓN								
X. DATOS DEL NACIMIENTO <span style="float: right;">15</span>														
Fecha: / /		Hora: /		Sexo:		Masc	Fem.	Indefinido		Peso: g		Talla: cm		
APGAR: 1 Min		5 Min		Perímetro Cefálico:		cm		Perímetro Abdominal:		cm				
Reanimación:		SI	NO	Malf. congénitas evidentes		SI	NO	Alteraciones genéticas evidentes		SI	NO			
Observaciones:														
XI. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN <span style="float: right;">16</span>														
INTRAUTERINA				EXTRAUTERINA				HORA:						
DESGARRO DE PLACENTA		SI	NO	CORDÓN FRAGMENTADO		SI	NO	CORDÓN SIN PINZAMIENTO		SI	NO			
REGISTRO POR EL PERSONAL DEL BANCO DE CÉLULAS TRONCALES Y PROGENITORAS <span style="float: right;">17</span>														
NOMBRE:				NSS:				HOSPITAL						
EDAD:		DIAGNÓSTICO:				MÉDICO TRATANTE:								
CRITERIOS OBIADOS EN LA DONACIÓN DESIGNADA:														
RESPONSABLE DEL REGISTRO DE DATOS <span style="float: right;">18</span>														
Nombre completo				Matrícula				Firma						
RESPONSABLE DEL REGISTRO DE DATOS <span style="float: right;">19</span>														
Nombre completo				Matrícula				Firma						





**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra la candidata a donación de sangre placentaria.</p> <p>Ejemplo: HGO No.4 "Luis Castelazo Ayala".</p>
2	Banco de Sangre	<p>El nombre y número del Banco de Sangre al cual será referida la donación de sangre placentaria.</p> <p>Ejemplo: Banco Central de Sangre CMN "La Raza".</p>
3	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 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 / 04 / 2022 09:32.</p>
4	I. Ficha de identificación Nombre	<p>El nombre completo de la candidata a donar sangre placentaria; iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s), el dato deberá transcribirse de la identificación oficial vigente con fotografía con la que se presenta.</p> <p>Ejemplo: Lugo González María del Rosario.</p>
	UMF de procedencia	<p>El nombre y número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción de la candidata a donar.</p> <p>Ejemplo: UMF 42.</p>

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	NSS y agregado	<p>El número de seguridad social de la mujer embarazada, 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.</p> <p>Ejemplo: 4208 94 1670 2F1995OR</p>
	Fecha de nacimiento	<p>El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha de nacimiento de la candidata a donar; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08 / 03 / 1995.</p>
	Lugar de nacimiento	<p>El lugar de nacimiento de la candidata a donar registrando la Ciudad y el Estado.</p> <p>Ejemplo: Uruapan, Michoacán.</p>
	Edad padre	<p>Los años cumplidos del padre del hijo de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 27.</p>
	Edad madre	<p>Los años cumplidos de la candidata a donar, al momento de presentarse al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 27.</p>
	Estado civil	<p>El estado civil de la candidata a donar, al momento de realizar la historia clínica.</p> <p>Ejemplo: Casada.</p>



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Religión	La religión de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.  Ejemplo: Católica.
	Ocupación padre	La ocupación del padre del hijo de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.  Ejemplo: Chofer.
	Ocupación madre	La ocupación de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.  Ejemplo: Hogar.
	Escolaridad padre	El grado máximo de estudios del padre del hijo de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.  Ejemplo: Preparatoria.
	Escolaridad madre	El grado máximo de estudios de la candidata a donar al momento de presentarse al Banco de Sangre.  Ejemplo: Secundaria.
	Domicilio (Calle, No., Colonia, Alcaldía o Municipio)	El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Alcaldía o Municipio a la que pertenece. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta la candidata a donar.  Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Alcaldía Cuauhtémoc.



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Estado	La entidad Federativa en la que se encuentra ubicado el domicilio de la candidata a donar. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta la candidata.  Ejemplo: Ciudad de México.
	Código postal	El número asignado al domicilio de la candidata a donar, que corresponde de acuerdo con la colonia y alcaldía o municipio. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta.  Ejemplo: 06700.
	Teléfono fijo	El número telefónico fijo de la candidata a donar (celular o móvil). En caso de no contar con teléfono fijo, solicitar el número de teléfono fijo de familiar o amistad para su localización.  Ejemplo: 55-5360-4537.
	Teléfono celular	El número de teléfono móvil de la candidata a donar.  Ejemplo: 55-5068-2472.
	Correo electrónico	El correo electrónico de la candidata a donar.  Ejemplo. <a href="mailto:micorreo@mzq.com">micorreo@mzq.com</a>
	Fecha de elaboración	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha de elaboración de la historia clínica de la candidata a donar; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08 / 03 / 2022.

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
5	II. Antecedentes heredofamiliares	Anotar una "X" en el espacio correspondiente a la presencia o ausencia del antecedente familiar mencionado ya sea en el Padre (pareja de la candidata a donación) o de la Madre (candidata a donar).

Ejemplo:

	MADRE		PADRE	
	SI	NO	SI	NO
HEMOFILIA		X	X	
CONSANGUINIDAD		X		X
ENF.GENÉTICAS		X		X
OTROS		X		X

6	III. Antecedentes personales patológicos	Anotar una "X" en el espacio correspondiente a la presencia o ausencia del antecedente personal patológico candidata a donar.
---	--	---

Ejemplo:

	ANTECEDENTE	
	SI	NO
NEFROPATÍAS	X	
TRASPLANTES		X

NOTA: En caso de marcar el recuadro "Otros", especificar el antecedente.

7	IV. Antecedentes Exclusión permanente*	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente ("Sí" o "No") la respuesta de candidata a donador para cada uno de los antecedentes mencionados para ella y para el padre del hijo que gesta).
---	--	--

Ejemplo:

	MADRE		PADRE	
	SI	NO	SI	NO
HEMOFILIA		X		X
POLITRANSFUNDIDO		X	X	



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- | <b>No.</b> | <b>DATO</b>  | <b>ANOTAR</b>   |
|------------|--|---|
|            |  | <p>*La presencia de cualquiera de los siguientes antecedentes son causa de Exclusión permanente en esta colecta: Cuando la persona candidata a donar tiene enfermedad o condición que no permite donar para toda su vida. Enfermedades genéticas, serología positiva a VIH, virus de la Hepatitis B y/o C, hepatopatía alcohólica, enfermedades hematológicas, enfermedades autoinmunes, receptor de trasplante, etc.</p> |
| 8          | V. Antecedentes de diferimiento temporal (12 meses)* | <p>Anotar una "X" en el recuadro correspondiente ("Sí" o "No") la respuesta de la donadora.</p>   |

Ejemplo:

	MADRE	
	SI	NO
TATUAJES	X	
PERFORACIÓN CORPORAL	X	

\*La presencia de cualquiera de los siguientes antecedentes son causa de diferimiento temporal (12 meses sin NAT): tatuajes, perforación corporal, acupuntura, piloelectrólisis, infecciones, prácticas sexuales de riesgo (varias parejas sexuales, desconocido o en contra de su voluntad, remuneración sexual, intercambio de objetos sexuales, etc.), drogas intravenosas o compartir material, transfusión sanguínea, uso de inmunoglobulinas, daño o lesión con objeto hemocontaminado o padecer alguna enfermedad de transmisión sexual, laparoscopia, cirugías.

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| 9 | VI. Antecedentes Ginecoobstétricos | <p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de última menstruación de la donante; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> |
|---|------------------------------------|--|

FUM

Ejemplo: 05 / 12 / 2022.



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
FPP		<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha probable de parto de la candidata a donar; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 02 / 06 / 2022.</p>
	Gesta	<p>El número de embarazos de la candidata a donar expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 3.</p>
	Partos	<p>El número de partos de candidata a donador expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>
	Cesáreas	<p>El número de cesáreas de la candidata a donador expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>
	Abortos	<p>El número de abortos de la candidata a donador expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 0.</p>
	Administración de anti-D	<p>Anotar una "X" en el recuadro correspondiente para el antecedente de aplicación de vacuna anti-D /Rhogam).</p> <p>Ejemplo: Administración de anti-D.</p>

SI	NO
X	



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Enfermedad hemolítica perinatal	Una "X" si alguno de los recién nacidos presentó después del nacimiento datos clínicos compatibles con hemólisis.  Ejemplo: Enf. Hemolítica perinatal.
	Hijos con malformaciones congénitas	Una "X" si alguno de los recién nacidos presentó alguna(s) malformación(es) congénita(s) al nacimiento.  Ejemplo: Hijos c/malformaciones.
	Muerte fetal o neonatal	Una "X" si alguno de los recién nacidos nació muerto o murió durante el primer mes de vida.  Ejemplo: Muerte fetal/neonatal.
	Fecha del último parto/cesárea	El día, mes y año correspondientes a la fecha del último parto o cesárea de la candidata a donar; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 01 / 03 / 2018.
	Fecha del último aborto	El día, mes y año correspondientes a la fecha probable de parto de la donante; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 02 / 01 / 2016.

SI	NO
X	

SI	NO
	X

SI	NO
	X

**Clave 2430-009-019**





**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR				
Otros		<p>La información que se considere importante y que no se encuentre en la lista.</p> <p>Ejemplo: Uno de sus hijos con hemofilia.</p>				
10	VII. Antecedentes prenatales					
	Semanas de gestación	<p>Las semanas y días en números arábigos correspondientes con la edad de la gestación en el momento que se registra el formato. El cálculo se puede realizar a partir del conteo de los días transcurridos desde el primer día de la fecha de última menstruación hasta la fecha en que pretende conocer la edad gestacional y dividido entre 7.</p> <p>Ejemplo: 37,3.</p>				
	Control prenatal	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente a la respuesta de la mujer embarazada tras interrogar sí acudió a revisiones médicas prenatales.</p> <p>Ejemplo: Control prenatal.</p> <table border="1" data-bbox="1308 1377 1446 1465"> <tr> <td data-bbox="1328 1407 1360 1432">SI</td> <td data-bbox="1386 1407 1419 1432">NO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1328 1440 1360 1465">X</td> <td data-bbox="1386 1440 1419 1465"></td> </tr> </table>	SI	NO	X	
SI	NO					
X						
	Mes de inicio	<p>El número ordinal del mes de la gestación (9 meses) en el cual acudió por primera vez a recibir atención médica en el actual embarazo.</p> <p>Ejemplo: Segundo.</p>				



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR									
	Exp. Teratógenos Sarampión Rubeola Parotiditis Toxoplasmosis Amenaza de aborto/parto Cirugías Vacuna antirrábica Toxicomanías	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente a la respuesta de la candidata a donar tras preguntar la ausencia o presencia del antecedente.  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="891 751 1320 852"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOXOPLASMOSIS</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AM. ABORTO/PARTO</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TOXOPLASMOSIS	X		AM. ABORTO/PARTO	X	
	SI	NO									
TOXOPLASMOSIS	X										
AM. ABORTO/PARTO	X										
11	VIII. Exploración física										
	Frecuencia cardíaca (FC)	El número de latidos cardiacos auscultados durante un minuto de exploración.  Ejemplo: 69.									
	Frecuencia respiratoria (FR)	El número de ventilaciones observadas durante un minuto.  Ejemplo: 16.									
	Temperatura	El grado de calor del donante evaluado con un termómetro y medido en grados Celsius.  Ejemplo: 36.8°C.									
	Tensión Arterial (TA)	La tensión arterial sistólica y diastólica de la donante evaluada con el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, y medida en milímetros de mercurio mm/Hg. Expresar en el siguiente orden: presión arterial sistólica / presión arterial diastólica  Ejemplo: 110 / 70.									
	Peso	El peso de la candidata a donar medido con una báscula y expresado en kilogramos y sus fracciones en gramos.  Ejemplo: 76.600.									

**Clave 2430-009-019**



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR												
Estatura	Piel Mucosas Tórax Abdomen Genitales externos Extremidades	<p>La estatura de la candidata a donar expresada en metro con su fracción en centímetros.</p> <p>Ejemplo: 1.65.</p> <p>Una "X" en el recuadro de opción "NL" (Normal) si después de realizar la exploración física los hallazgos se encuentran dentro de la normalidad o "ANL" (Anormal) en caso de encontrar hallazgos patológicos; se deberá consignar el hallazgo anormal encontrado. Explore, evalúe y registre para cada uno de los sitios anatómicos señalados.</p> <p>Ejemplo:</p> <table border="1" data-bbox="761 999 1386 1087"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extremidades</td> <td>NL</td> <td></td> <td>ANL</td> <td>x</td> <td>Venopunciones múltiple</td> </tr> </table>							Extremidades	NL		ANL	x	Venopunciones múltiple
Extremidades	NL		ANL	x	Venopunciones múltiple									
Observaciones		Cualquier información que se considere de relevancia en la exploración física y que no se encuentre consignada en los datos previos.												
12	Médico Responsable	<p>El nombre completo iniciando por el (los) nombre (s) del Médico Responsable del registro del formato hasta este momento, así como su matrícula y firma.</p> <p>Ejemplo: Luis Gómez Hernández. 11465678. Firma.</p>												
13	Registro posterior al nacimiento  ¿Conoce el programa de recolección sangre placentaria?	<p>Una "X" en el espacio correspondiente a la respuesta de la mujer embarazada a la pregunta planteada.</p> <p>Ejemplo:</p> <table border="1" data-bbox="889 1791 1042 1841"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	X									
SI	NO													
X														



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
¿Cómo lo conoce?  1. Díptico IMSS. 2. Cartel IMSS. 3. Personal IMSS. 4. TV (televisión). 5. Radio. 6. Página electrónica IMSS 7. Amistades y familiares 8. Otros	En el recuadro en blanco seguido de la pregunta, se deberá colocar el número correspondiente a la opción que la candidata a donar sangre placentaria haya elegido, en caso de que su respuesta sea la opción 8 (otros), deberá especificar el medio por el cual lo conoce. Ahora bien, el formato no contiene un espacio considerable para que se pueda especificar de acuerdo con la respuesta de ella.	Ejemplo:  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">7</div>
14	IX. Antecedentes perinatales  Atención en clínica de fertilidad  Embarazo normoevolutivo  Duración de trabajo de parto (horas)	Marque con una X la respuesta de la candidata a donar sangre placentaria (SI/NO) acerca de haber tenido asistencia para la fertilización de cualquier índole previa al embarazo actual.  Ejemplo: SI X NO  Una "X" en el espacio correspondiente (SI/NO) acerca de la forma en la cual se desarrolló el embarazo actual.  Ejemplo: SI NO X  El número arábigo correspondiente al tiempo expresado en horas que duró el trabajo de parto a partir del inicio de la fase activa. En caso de fracciones, a partir de la media hora registrar el número entero inmediato superior.  Ejemplo: 6.

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Ruptura prematura de membranas (RPM)	Una "X" en el espacio correspondiente (SI/NO) acerca de la rotura de las membranas amnióticas antes del inicio del trabajo de parto.  Ejemplo: SI X      NO
	De ser afirmativo, horas de evolución	Anotar el número arábigo entero que expresa el lapso de tiempo transcurrido en horas desde la rotura de membranas hasta el nacimiento. En caso de fracciones, a partir de la media hora registrar el número entero inmediato superior.  Ejemplo: 12.
	Sufrimiento fetal agudo	Anota una "X" en el espacio correspondiente (SI/NO) acerca de la presencia o ausencia de datos que sugieran sufrimiento fetal agudo durante el periodo previo al nacimiento. Para el registro de este apartado solicitar asesoría al Médico No Familiar Ginecoobstetra.  Ejemplo: SI      NO X
	Vía de nacimiento 1. Parto eutócico 2. Parto distócico (fórceps) 3. Cesárea	Anotar delante de la frase vía de nacimiento el número correspondiente al modo en el cual se obtuvo el feto (Modo de nacimiento).  Ejemplo: 1.
	Tipo de Anestesia 1. Local 2. BPD (Bloqueo peridural) 3. General	Anotar delante de la frase tipo el número correspondiente al tipo de anestesia empleada para el nacimiento del feto.  Ejemplo: 2.  * Se refiere al tipo de anestesia que recibió la candidata a donación de células de sangre placentaria.

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Anestesia (SI/NO)	Una "X" en el espacio correspondiente (SI/NO) acerca de la utilización o no de cualquier tipo de procedimiento anestésico durante el trabajo de parto y/o parto.  Ejemplo: SI X NO
	Oxitocina (SI/NO)	Una "X" en el recuadro correspondiente (SI/NO) acerca de la administración de oxitocina durante el trabajo de parto.  Ejemplo: SI X NO
	Unidades	En caso de haber sido administrada la oxitocina se deberá registrar el número aproximado de unidades totales utilizadas.  Ejemplo: SI X NO 3
	Antibióticos (SI/NO) ¿Cuál?	Una "X" en el recuadro correspondiente (SI/NO) acerca de la utilización o no de cualquier antibiótico en las 24 horas previas al nacimiento.  Ejemplo: SI X NO
	¿Cuál?	En caso afirmativo, especificar el nombre genérico del(os) antibiótico(s) utilizado(s).  Ejemplo: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Clindamicina
	Líquido amniótico 1. Claro 2. Meconial	Anotar delante de la frase Líquido amniótico el número correspondiente al aspecto del líquido amniótico en el momento del nacimiento.  Ejemplo: 1.

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**

No.	DATO	ANOTAR
	Estado de la placenta 1. Normal 2. Desgarro	Anotar delante de la frase Líquido amniótico el número correspondiente al estado de la placenta tras completar el periodo de alumbramiento.  Ejemplo: 2.
	Otros fármacos	El(los) nombre(s) genérico de cualquier otro medicamento(s) administrado(s) a la mujer embarazada en las 24 horas previas al nacimiento.  Ejemplo: Alfametildopa.
15	X. Datos del nacimiento	
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en la que sucedió el nacimiento; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 09 / 04 / 2022.
	Hora	El tiempo en que sucedió el nacimiento, expresado en hora y minutos con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 23:08.
	Sexo	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente al género asignado al recién nacido de acuerdo con el aspecto morfológico de los genitales externos.  Ejemplo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/>

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR				
	Peso (g)	El resultado obtenido tras realizar una estimación del peso en una báscula y expresado en gramos.  Ejemplo: 2850 gramos.				
	Talla (cm)	El resultado de la medición de la distancia entre la parte más alta de la cabeza y la planta de los pies en el recién nacido; expresado en centímetros.  Ejemplo: 51 cm.				
	Apgar	Anotar el cuadro correspondiente el número del resultado obtenido tras realizar la evaluación con la escala Apgar otorgada al minuto y a los 5 minutos.  Ejemplo: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1 min</td><td>8</td><td>5 min</td><td>9</td></tr></table>	1 min	8	5 min	9
1 min	8	5 min	9			
	Perímetro Cefálico: cm	Anotar el resultado obtenido en centímetros tras medir el contorno de la cabeza de la persona recién nacida con una cinta métrica.  Ejemplo: 30,6.				
	Perímetro Abdominal: cm	El resultado obtenido en centímetros tras medir el contorno del abdomen de la persona recién nacida con una cinta métrica. Ejemplo: 30,2.				
	Reanimación	Anotar una "X" en el espacio correspondiente (SI/NO) para indicar si se llevaron a cabo o no, cualquier tipo de maniobra(s) para reanimar al recién nacido.  Ejemplo: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				

Clave 2430-009-019





**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
Malformaciones congénitas evidentes	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente (SI/NO) para manifestar si existieron o no, cualquier tipo de malformación(es) congénita(s) evidente en el recién nacido.	Ejemplo: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Alteraciones genéticas evidentes	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente (SI/NO) para manifestar si existieron o no, cualquier tipo de alteraciones genéticas evidentes en el recién nacido.	Ejemplo: SI NO <input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones	Cualquier dato que se considere de relevancia y no se encuentre consignado en los registros previos.	Ejemplo: Labio y paladar hendidos.
16 XI. Técnica de recolección	Intrauterina / Extrauterina	Anotar una "X" en el cuadro en blanco que se encuentra después de las opciones "INTRAUTERINA" y "EXTRAUTERINA", dependiendo de que si la recolección de sangre placentaria se realizó dentro del útero o fuera de él.
Hora	El tiempo en el cual se recolectó la sangre placentaria, expresado en horas y minutos con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.	Ejemplo: 23:08.

INTRAUTERINA	X	EXTRAUTERINA	
--------------	---	--------------	--

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR				
	Desgarro de placenta (SI/NO)	Anotar una "X" en el espacio correspondiente para registrar si existió o no desgarro de la placenta.  Ejemplo: <table border="1"><tr><td>SI</td><td>X</td><td>NO</td></tr></table>	SI	X	NO	
SI	X	NO				
	Cordón fragmentado (SI/NO)	Anotar una "X" en el espacio correspondiente para registrar si existió fragmentación o ruptura del cordón umbilical.  Ejemplo: <table border="1"><tr><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td>X</td></tr></table>	SI		NO	X
SI		NO	X			
	Cordón sin pinzamiento (SI/NO)	Anotar una "X" en el espacio correspondiente para registrar si la recolección de sangre se realizó sin pinzamiento del cordón umbilical.  Ejemplo: <table border="1"><tr><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td>X</td></tr></table>	SI		NO	X
SI		NO	X			
17	Registro por el personal del Banco de Células Troncales y Progenitoras (Datos del paciente en caso de ser donación designada)					
	Nombre	El nombre completo del paciente al cual es designado el trasplante, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre (s), el dato deberá transcribirse preferentemente de la identificación oficial vigente con fotografía o en todo caso de los documentos con los cuales se refirió al paciente al Banco de Sangre y verificarse directamente con el mismo  Ejemplo: Ruiz López Carlos.				

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
NSS		<p>El número de seguridad social del paciente al cual es designado el trasplante, 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: 4297 82 2025 3M09OR.</p>
Hospital		<p>El nombre de la Unidad Hospitalaria que otorga atención médica al paciente al cual se designa el trasplante de las células troncales.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.</p>
Edad		<p>La edad cronológica expresada en años que tiene el paciente al cual se designa el trasplante de las células troncales.</p> <p>Ejemplo: 12.</p>
Diagnóstico		<p>El diagnóstico establecido del paciente al cual se designa el trasplante de las células troncales.</p> <p>Ejemplo: Anemia de Fanconi 12.</p>
Médico Tratante		<p>El nombre del médico tratante del paciente al cual se designa el trasplante, iniciando por nombre (s), apellido paterno y materno.</p> <p>Ejemplo: Edgar Hernández Andrade.</p>

Clave 2430-009-019



**ANEXO 1**  
**Historia clínica para donación alogénica de**  
**Células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Criterios obviados en la donación designada	Todos los datos registrados en la historia clínica que pudieran detener el proceso de donación de sangre placentaria de un donante voluntario, y que por tratarse de una donación designada se justifica la recolección de sangre placentaria.  Ejemplo: Líquido amniótico con tinte meconial.
18	Responsable del registro de datos	El nombre completo del trabajador Responsable de registrar los datos en el formato, iniciando por nombre (s), apellido paterno y materno, así como su matrícula y firma.  Ejemplo: Ricardo Ruiz Hernández. 99658752. Firma
19	Vo. Bo. Banco de Sangre	El nombre completo del trabajador del Banco de Sangre encargado de verificar los datos registrados en el formato, iniciando por nombre (s), apellido paterno y materno, así como su matrícula y firma.  Ejemplo: Luis Gómez Hernández. 11465678. Firma.

Clave 2430-009-019



**ANEXO 2**

**Carta de consentimiento informado para donación alogénica  
de sangre placentaria  
2430-009-018**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN ALOGÉNICA DE SANGRE  
PLACENTARIA**

①	②
UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA <small>(NOMBRE Y NÚMERO EN LA QUE SE ENCUENTRA EL BANCO DE SANGRE)</small>	BANCO DE SANGRE <small>(NOMBRE Y TIPO CON EL QUE SE IDENTIFICA)</small>

③ \_\_\_\_\_  
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, COLONIA, (MZ Y LT) ALCALDÍA (MUNICIPIO), CÓDIGO POSTAL, ENTIDAD FEDERATIVA)

**DATOS DE LA MUJER EMBARAZADA DONADORA** ④

NOMBRE (Apellido paterno, materno y nombre(s))		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL
OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	UMF DE PROCEDENCIA
DOMICILIO (Calle, Número, (Manzana y/o Lote), Colonia, Alcaldía (Municipio), Entidad Federativa)		
Código Postal (Domicilio)	Teléfono (Casa)	Teléfono Celular

**INFORMACIÓN SOBRE LA RECOLECCIÓN DE SANGRE PLACENTARIA**

Normalmente y posterior al nacimiento la placenta y el cordón umbilical son desechados. El trasplante de células de sangre placentaria (cordón umbilical y placenta), constituye una invaluable oportunidad para aquellos pacientes, principalmente niños, que sufren diversas enfermedades, permitiéndoles tomar la posibilidad de mejorar su supervivencia y calidad de vida. Previo a la recolección es necesario realizar historia clínica de la Madre y muestra de sangre (para serología infecciosa) para valorar posibles causas que impidan el empleo de la sangre placentaria. La sangre se recolecta inmediatamente después del nacimiento de su hija/hijo.

**IMPORTANTE: ESTE PROCEDIMIENTO NO CONLLEVA  
NINGÚN RIESGO O MOLESTIA PARA USTED O SU HIJA O HIJO**

Clave 2430-009-018



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**CARTA DE CONSEMITIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN ALOGÉNICA DE SANGRE PLACENTARIA.**

Yo: 5 \_\_\_\_\_ Acepto que:  
NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO.

- Se me tome una muestra de sangre para efectuar exámenes de marcadores infecciosos (VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Anticuerpos Tripanosoma Cruzi y Treponémicos). Los resultados serán manejados en forma confidencial.
- Cualquier alteración detectada en mis estudios me será notificada oportunamente por el médico y seré referida a donde corresponda para mi atención médica.
- Entiendo que los riesgos por participar en este programa son nulos y no implican molestias para mí ni para mi hijo(a).
- He sido informada que la sangre placentaria obtenida, en caso de cumplir con los requisitos, será utilizada en el programa de Trasplante de Células Troncales y Progenitoras Hematopoyéticas en beneficio de los pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social u otra institución del Sector Salud que lo requiera; así como, con fines de investigación no reproductiva por parte del Instituto.
- Se me ha explicado de forma clara y amplia en qué consiste mi participación y los beneficios que de esta deriva.
- Entiendo que en caso de que la sangre recolectada no cumpla con los requisitos, no será utilizada y por ende será desechada de acuerdo con la normatividad vigente.
- El médico me ha dado información sobre el programa, asimismo, ha respondido las preguntas que le he realizado, y me ha aclarado todas mis dudas con respecto al mismo.
- El médico responsable del Banco de Células Troncales y Progenitoras me llamará por teléfono después de tres meses del nacimiento de mi hijo(a) para conocer su estado de salud.
- Comunicaré al personal del Banco de Células Troncales y Progenitoras de cualquier enfermedad grave que presente mi hijo posterior a la llamada telefónica de seguimiento.
- El médico me ha garantizado que no se identificará a mi persona o la de mi hijo(a) en las presentaciones o publicaciones que se deriven del programa y que nuestros datos serán manejados en forma confidencial.
- Estoy consciente que puedo renunciar a mi participación en el programa en cualquier momento, sin que por ello se me nieguen los servicios a los que tengo derecho.
- He leído y comprendo toda la información dada.
- Deseo participar de forma informada, libre y voluntaria en este programa.
- Se podrá tener en almacenamiento muestra de sangre placentaria para futuros estudios.

**ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA Y ALTRUISTA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN DE SANGRE PLACENTARIA UNA VEZ QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA PROPORCIONADO**

MÉDICO TRATANTE <u>6</u>			MUJER EMBARAZADA DONADORA <u>7</u>	
_____ NOMBRE COMPLETO	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO	_____ FIRMA
TESTIGO <u>8</u>			TESTIGO	
_____ NOMBRE COMPLETO	_____ FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO	_____ FIRMA	



**ANEXO 2**  
**Carta de consentimiento informado para la donación alogénica de sangre**  
**placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo, nombre y número de Unidad Médica Hospitalaria en donde se realizará el procedimiento.</p> <p>Ejemplo: Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" CMN La Raza.</p>
2	Banco de Sangre	<p>El tipo y nombre con el que se identifica al Banco de Sangre donde se realizará el procedimiento.</p> <p>Ejemplo: Banco Central de Sangre CMN La Raza.</p>
3	Domicilio	<p>El nombre de la Calle, Número, Colonia, Alcaldía o Municipio, Código Postal y Entidad Federativa; donde se ubica el Banco de Sangre donde se realizará el procedimiento.</p> <p>Ejemplo: Av. Jacarandas S/N Colonia La Raza, Alcaldía Azcapotzalco, CP 02900, CD MX.</p>
4	DATOS DE MUJER EMBARAZADA DONADORA	
	Nombre	<p>El nombre completo de mujer embarazada donadora, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s). El dato deberá transcribirse del Expediente clínico o documentación con la que se recibe.</p> <p>Ejemplo: María Mariscurrena de Lara.</p>
	Número de Seguridad Social	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social de la mujer embarazada a la que se le colectará la sangre placentaria. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe la candidata a donar.</p>

Clave 2430-009-018





**ANEXO 2**  
**Carta de consentimiento informado para la donación alogénica de sangre**  
**placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 1210-95-1670-1F1995OR
	Fecha de Nacimiento	La fecha de nacimiento de la mujer embarazada, indicando día, mes y año correspondientes, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 23 / 04 / 1995.
	Edad	La edad de la mujer embarazada, en años, en número arábigos.  Ejemplo: 27 años.  NOTA: En el caso de que la mujer embarazada sea menor de edad, uno de los testigos deberá ser el padre, madre o responsable legal de la misma.
	Estado Civil	Condición de la mujer embarazada, según el registro Civil, en función de si tiene o no pareja legalmente registrada.  Ejemplo: Casada.
	Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña la mujer embarazada donadora.  Ejemplo: Ama de Casa.
	Escolaridad	Grado o nivel de estudios, de la mujer embarazada donadora.  Ejemplo: Secundaria incompleta.
	UMF de procedencia	El número de la Unidad de Medicina Familiar a la que corresponde la atención de la mujer embarazada donadora.  Ejemplo: UMF 05.

Clave 2430-009-018



**ANEXO 2**  
**Carta de consentimiento informado para la donación alogénica de sangre**  
**placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Domicilio	<p>El nombre de la Calle, Número, Manzana y Lote, Colonia, Alcaldía o Municipio y Entidad Federativa, donde se encuentra el domicilio de la mujer embarazada donadora.</p> <p>Ejemplo: Calle Las Isabeles, 261, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.</p>
	Código Postal	<p>El Código Postal del domicilio de la mujer embarazada donadora.</p> <p>Ejemplo: CP 05700.</p>
	Teléfono (Casa)	<p>El número telefónico del domicilio mujer embarazada donadora o donde se le pueda localizar a la misma.</p> <p>Ejemplo: 55-6594-3787.</p>
	Teléfono Celular	<p>El número de teléfono celular donde se pueda localizar a la mujer embarazada donadora.</p> <p>Ejemplo: 712-145-5123.</p>
5	YO:	<p>El nombre completo de la mujer embarazada donadora, iniciando por el nombre(s), apellido paterno y materno.</p> <p>Ejemplo: María Mariscurrena de Lara.</p> <p>NOTA: La mujer embarazada donadora, deberá escribirlo de puño y letra.</p>
6	MÉDICO TRATANTE	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Médico No Familiar tratante del servicio que solicita.</p> <p>Ejemplo: López Velázquez José Luis. Matrícula 6970698. Firma.</p>

Clave 2430-009-018



**ANEXO 2**  
**Carta de consentimiento informado para la donación alogénica de sangre**  
**placentaria**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	MUJER EMBARAZADA DONADORA	El nombre completo de la mujer embarazada, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: María Mariscurrena de Lara. Firma.
8	Testigo 1 Testigo 2	El nombre completo de los testigos por parte de la mujer embarazada, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: José Manuel Lara Segura. Firma.

NOTA: En el caso de que la mujer embarazada donadora, sea menor de edad, el Testigo No. 1, deberá ser el padre, madre o Responsable Legal.

Clave 2430-009-018



**ANEXO 3**

**Proceso para la donación de sangre placentaria  
2430-022-001**



Si usted cubre los requisitos y quiere ser donadora, informe a su médico tratante, a la enfermera materno-infantil, o a la trabajadora social de su unidad médica

Para mayores informes puede comunicarse a:

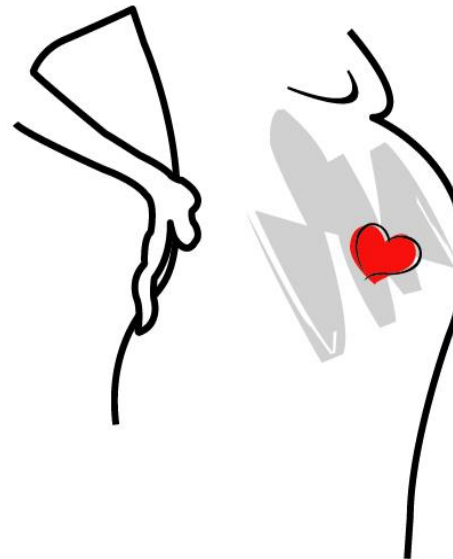
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



2430-022-001



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
PROCESO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE  
PLACENTARIA (SANGRE DE CORDÓN)



DONACIÓN DE SANGRE  
PLACENTARIA

Clave 2430-022-001



**¿QUÉ ES LA SANGRE PLACENTARIA (CORDÓN UMBILICAL)?**

La sangre placentaria, comúnmente conocida como sangre de cordón umbilical, se encuentra en el cordón y la placenta. Contiene células troncales hematopoyéticas (células madre), las cuales tienen la capacidad de formar otras células de la sangre como son: glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y en un futuro, mediante procesos tecnológicos muy especializados, desarrollar varios tejidos humanos.

**¿CÓMO SE OBTIENE LA SANGRE PLACENTARIA?**

Inmediatamente después del nacimiento, el cordón umbilical es pinzado y cortado. El Médico Pediatra se lleva al bebé para continuar con su atención. El Médico Ginecoobstetra revisa y punciona el cordón umbilical, con una aguja y la sangre que se obtiene de éste la deposita en una bolsa especial para conservarla en buen estado.

**ESTE PROCEDIMIENTO ES SEGURO, NO HAY NINGÚN RIESGO PARA EL BEBE NI PARA SU MAMA.**

**NO INTERFIERE EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE NINGUNO DE LOS DOS. TODO EL MATERIAL QUE SE UTILIZA ES NUEVO, ESTÉRIL Y DESECHABLE.**

**¿QUÉ PASA CON LA SANGRE PLACENTARIA?**

Una vez que la sangre se recolecta es trasladada al Área del Banco de Células Troncales y Progenitoras del Banco de Sangre, donde es analizada, procesada y congelada por personal altamente capacitado, y las células progenitoras hematopoyéticas estarán disponibles para el paciente que las requiere o para fines de investigación. La donación de sangre placentaria es voluntaria.

**¿QUIÉNES SE BENEFICIAN CON LA SANGRE PLACENTARIA?**

Los pacientes con algunos tipos de cáncer o con padecimientos hereditarios, generalmente incurables, son quienes tienen una alternativa de curación con el trasplante de células de sangre placentaria.

2430-022-001



**¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA DONAR SANGRE PLACENTARIA?**

- La Madre recibe la información antes del parto y firma el documento: "consentimiento informado", si acepta la donación.
- En este caso, el médico del Banco de Sangre realiza la valoración correspondiente de la Madre y del Hijo.
- Se toman muestras de sangre de la Madre para estudios de laboratorio, lo que incluye pruebas para enfermedades como: hepatitis, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana, etcétera.
- Se informa a la Madre si fue aceptada para la donación de sangre de cordón umbilical.
- En caso de que se dificulte la interpretación de los resultados de laboratorio, se le notifica en forma oportuna y de ser necesario se deriva para su atención médica.
- Los resultados de laboratorio se entregan a la Madre si ella los solicita en el Banco de Sangre.
- Al ingreso al hospital para el nacimiento del bebé, el personal médico realiza las acciones necesarias para la recolección de la sangre de cordón umbilical y envío al Banco de Sangre.

**¿QUÉ SE REQUIERE PARA SER DONANTE DE SANGRE PLACENTARIA?**

- Estar sana.
- Ser mayor de 18 años.
- Tener el primer, segundo o tercer embarazo.
- Tener una evolución normal del embarazo.
- Tener un embarazo único (no gemelar).
- No tener antecedentes de enfermedades genéticas o infecciosas (tanto para el Padre como la Madre).

**TODA LA INFORMACIÓN SE MANEJA CON ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD.**

**"DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA"**

Clave 2430-022-001



**ANEXO 4**

**Historia Clínica de la persona recién nacida  
2430-009-022**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
HISTORIA CLÍNICA DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA**

UNIDAD MÉDICA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>		UMF DE ADSCRIPCIÓN:	FECHA: ____/____/____ <small>DÍA MES AÑO</small>			
<b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>		<b>II. PADRE</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>				
NOMBRE: _____ <small>(Apellido paterno, materno y nombre(s) de la madre)</small>		Nombre, edad, ocupación y antecedentes de importancia:				
Edad: años	NSS Y AGREGADO: ____/____/____/____					
Estado Civil: (Soltera) (Casada) (Unión libre) (Divorciada)						
Escaridad: (Primaria) (Secundaria) (Media Sup) (Universidad) (Posgrado) / Completa: (SI) (NO)						
Religión:	Ocupación:					
<b>III. ANTECEDENTES (MADRE)</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span>						
Gpo. Sanguíneo ABO / RhD Inmunogl Anti-D: (No) / (Si)	( ) Tabaquismo ( ) Alcoholismo ( ) Otras toxicomanías	Enfermedades, medicamentos y otros APP:				
Embarazos:	Partos:	Cesáreas:	Abortos:      Óbitos:      Hijos vivos: _____      Hijos muertos: _____			
Prematurez: (NO) (SI) Edad:      SDG	MALF. CONGENITAS: (NO) (SI)		Muertes: Prenatal _____ Neonatal _____ infantil _____			
Observaciones:						
<b>IV. EMBARAZO ACTUAL</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span>						
FUM:	Control Prenatal: (NO) (SI) inicio:	EVOLUCIÓN (padecimientos asociados, tratamiento)				
Coombs indirecto	No de Consultas: _____					
Pba. T. Pallidum	US Obstétrico (fecha, edad gestacional, hallazgos):					
Prueba VIH						
TORCH						
<b>V. ATENCIÓN DEL PARTO Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</span>						
TÉRMINO: ____	NACIDO EN: ____	ANESTESIA: ____	PLACENTA: ____	CORDÓN: ____	LÍQUIDO: ____	RUPTURA DE MEMBRANAS
1. VAGINAL 2. FORCEPS 3. PARTO PÉLVICO 4. CESAREA 5. DISTÓCICO	1. EXPULSIÓN 2. QUIRÓFANO 3. OTRO: T. DE PARTO: 1. NULO 2. ESPONTÁNEO 3. CONDUCIDO 4. INDUCIDO	1. NINGUNA 2. LOCAL 3. BPD 4. GENERAL 5. MIXTA MEDICAMENTOS:	1. NORMAL 2. PEQUEÑA 3. GRANDE 4. INFARTOS 5. PREVIA 6. ABRUPTIO 7. HIPERTÉRMICA 8. OTRO:	1. NORMAL 2. FRIABLE 3. DELGADO 4. GRUESO 5. CIRC APRETADA. 6. CORTO 7. PROLAPSO 8. ANOM. VASOS	1. NORMAL 2. OLIGOHIDRAMN. 3. POLIHIDRAMNIO 4. MEC. CLARO 5. MEC. ESPESO 6. ICTÉRICO 7. FÉTIDO 8. OTRO:	OBSERVACIONES
INDICACIÓN						
<b>7 REANIMACIÓN NEONATAL</b>						<b>HUELLA</b>  <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;">9</span>
BÁSICA	INTUBACIÓN	Comentarios:				
ASP. SECRECIONES	PRESIÓN POSITIVA INT.					
O <sub>2</sub> FLUJO LIBRE	MASAJE CARDIACO					
LARINGOSCOPIA	MEDICAMENTOS					
<b>VI. DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">8</span>						
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			HORA DE NACIMIENTO: ____:____ horas			
SEXO:	MASCULINO	FEMENINO	INDEFINIDO			
PRODUCTO: (ÚNICO) (MÚLTIPLE) Especifique:						
APGAR: (1min)	(5min)	(10)	(15)	(20)	SILVERMAN:	
EDAD GESTACIONAL:	CAPURRO:	semanas	BALLARD:	semanas		
PESO	g	NL	EXPLORACIÓN FÍSICA ANORMAL (Especifique)			
TALLA	cm	CABEZA				
PER CEFÁLICO	cm	CUELLO				
PER TORÁCICO	cm	TORAX				
PER ABDOMINAL	cm	ABDOMEN				
SEG INFERIOR	cm	GENITALES				
PIE	cm	EXTREMIDADES				
PALADAR ÍNTEGRO	SI NO	MALFORMACIONES APARENTES (Especifique):				
ESÓFAGO PERMEABLE	SI NO					
ANO PERMEABLE	SI NO					

Clave 2430-009-022

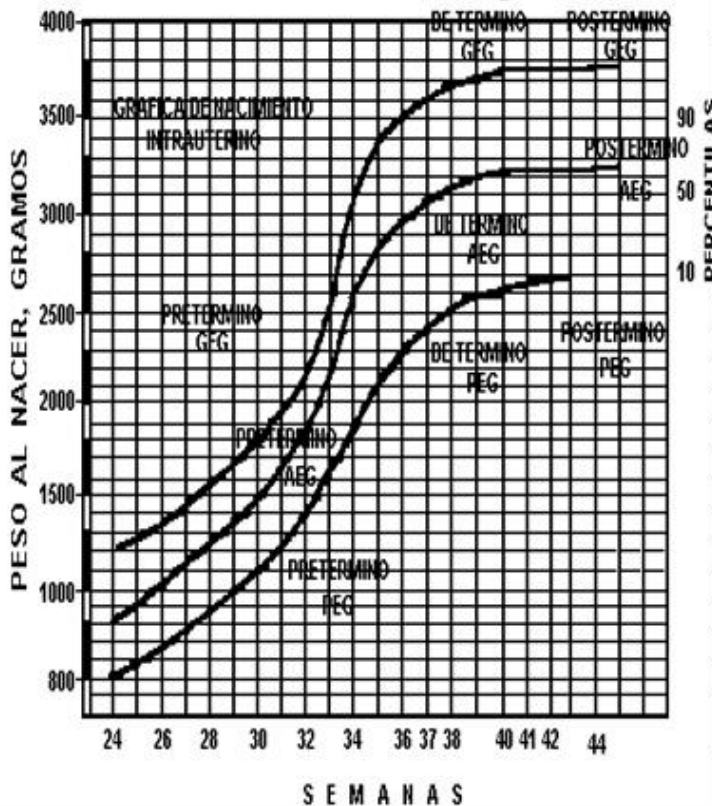




**METODO DE CAPURRO**

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO 1- 30 días	SOMÁTICO 1- 24 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola	Pezón bien definido areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm	Areola sobresaliente, 0.75 cm	
		B	Textura de la piel	Muy fina gelatinosa	Fina y lisa	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial	Gruesa y apergamizada
		Forma de la cresta	Plana y sin forma	Inicio engrosamiento del borde	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada e incurvada totalmente		
		Tamaño del tejido mamario	No palpable	Diámetro 0.5 cm	Diámetro 0.5-1.0 cm	Diámetro >1.0 cm		
		Plegués plantares	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior	
	Signo "de la bufanda"							
	Signo "cabeza en gota"							

**Peso al nacer con relación a edad gestacional**



10 CLASIFICACIÓN DE RN POR EDAD GESTACIONAL  
( ) PRETÉRMINO ( ) TÉRMINO ( ) POSTÉRMINO

11 PESO PARA EDAD GESTACIONAL  
( ) PEQUEÑO o BAJO ( ) ADECUADO ( ) GRANDE o ELEVADO

12 EXÁMENES DE LABORATORIO

13 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

14 TRATAMIENTO

15 ENVÍO A:

ESTADO DE SALUD

Estable	Delicado	Grave	Muy Grave
---------	----------	-------	-----------

PRONÓSTICO

16 VERIFICA IDENTIFICACIÓN R.N

MÉDICO NO FAMILIAR TRATANTE 17

Nombre completo:

\_\_\_\_\_  
Matrícula Firma

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la unidad médica hospitalaria en la cual se inicia el formato.  Ejemplo: UMAE HGO No. 3
	UMF de adscripción	El número de la Unidad de Medicina Familiar a la que se encuentra adscrita la mujer embarazada. Este deberá de transcribirse del expediente clínico u otro documento con el que se recibe a la misma. Si es el caso se puede agregar el nombre de la Unidad.  Ejemplo: 58 Santa Mónica
	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: 02 / 06 / 2022.
2	I. Identificación de la Madre	
	Nombre	El nombre completo de la madre iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la identificación oficial vigente con fotografía o "Expediente clínico" y verificarse directamente con ella.  Ejemplo: Ruiz Gómez Laura.
	Edad	La edad cumplida en años de la madre.  Ejemplo: 38 años.
	NSS y agregado	El número de seguridad social de la madre, 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.

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR				
		Ejemplo: 4297 92 2025 2F1997OR				
	Estado civil	Una "X" o un círculo en el estado civil de la madre en el momento en el que se registran los datos.  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="776 703 1339 730"> <tr> <td>Estado Civil: (Soltera) <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> (Unión libre) <input type="radio"/> (Divorciada) <input type="radio"/></td> </tr> </table>	Estado Civil: (Soltera) <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> (Unión libre) <input type="radio"/> (Divorciada) <input type="radio"/>			
Estado Civil: (Soltera) <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> (Unión libre) <input type="radio"/> (Divorciada) <input type="radio"/>						
	Escolaridad	Una "X" o un círculo en el nivel de escolaridad que haya cursado la madre; de igual forma señalar en Si cuanto el grado de estudios se haya concluido y No cuando haya quedado inconcluso.  Ejemplo: Escolaridad: (Primaria) (Secundaria) <input checked="" type="radio"/> (Media Sup) <input type="radio"/> (Universidad) (Posgrado) / Completa: (SI) <input checked="" type="radio"/> (NO) <input type="radio"/>				
	Religión	La religión que refiera la madre tener.  Ejemplo: Católica				
	Ocupación	Deberá colocarse la ocupación que la madre desempeñe.  Ejemplo: Comerciante				
3	II. Padre	El nombre completo (iniciando por nombre(s), apellidos paterno y materno), la edad en años, ocupación y en caso de existir algún antecedente heredo-familiar, no patológico o patológico del padre, si es el caso.  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="727 1669 1274 1827"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>II. PADRE</b></td> </tr> <tr> <td>Nombre, edad, ocupación y antecedentes de importancia:</td> </tr> <tr> <td><i>Moisés Montes Gómez 38 años, Obrero</i></td> </tr> <tr> <td><i>Aparentemente sano</i></td> </tr> </table>	<b>II. PADRE</b>	Nombre, edad, ocupación y antecedentes de importancia:	<i>Moisés Montes Gómez 38 años, Obrero</i>	<i>Aparentemente sano</i>
<b>II. PADRE</b>						
Nombre, edad, ocupación y antecedentes de importancia:						
<i>Moisés Montes Gómez 38 años, Obrero</i>						
<i>Aparentemente sano</i>						

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
4	III. Antecedentes (Madre)	<p>NOTA: Los antecedentes solicitados se deberán de registrar para la madre del recién nacido en el espacio correspondiente. Incluye los de importancia para la atención del recién nacido. En caso de existir otro antecedente heredo-familiar, no patológico, patológico o Ginecoobstétricos de importancia para la atención de la persona recién nacida anotar en el espacio de observaciones.</p>
	Gpo. sanguíneo ABO y RhD	<p>El grupo sanguíneo ABO y el RhD. Después de interrogar a la donadora de sangre placentaria, el dato se deberá corroborar en los documentos que acompañan a la madre.</p> <p>Ejemplo:</p> <div data-bbox="727 940 1068 993" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Gpo. Sanguíneo ABO / RhD     <i>A negativo</i></p> </div>
	Inmunogl Anti-D	<p>Una "X" en (SI) en caso de contar con el antecedente de haberse administrado inmuglobulina Anti-D o (NO) en caso contrario. Anotar en espacio la fecha de aplicación de inmunoglobulina Anti-D, en números arábigos; en caso haberse administrado o por lo menos el mes y año.</p> <p>Ejemplo:</p> <div data-bbox="764 1346 1105 1409" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Inmunogl Anti-D: (<input checked="" type="checkbox"/>) / (SI) <b>03</b> <b>2018</b></p> </div>
	<p>Tabaquismo alcoholismo otras toxicomanías</p>	<p>Una "X" en el espacio del paréntesis correspondiente si la madre presenta algún tipo de toxicomanía. En caso de tener otra toxicomanía anotar en el espacio en blanco. En caso de requerir anotar datos de importancia utilizar el espacio en blanco.</p> <p>Ejemplo:</p> <div data-bbox="727 1766 1105 1839" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tabaquismo                     <i>1 / día</i> ( ) Alcoholismo                     <i>durante el</i> ( ) Otras toxicomanías             <i>embarazo</i></p> </div>

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR					
Enfermedades, medicamentos y otros APP	Cualquier padecimiento, enfermedad, ingesta de medicamentos, tratamientos o cualquier antecedente patológico de la madre que se considere de importancia para la atención y pronóstico del feto o persona recién nacida.	<p>Ejemplo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 40px;"> <p>Enfermedades, medicamentos y otros APP:</p> <p align="center"><i>Hipotiroidismo, levotiroxina cada 12 horas</i></p> </div>					
Embarazos	El número de embarazos de la madre, expresado con número arábigo.  Ejemplo: 4.						
Partos	El número de partos de la madre y expresado en número arábigo.  Ejemplo: 1.						
Cesáreas	El número de cesáreas de la madre y expresado en número arábigo.  Ejemplo: 1.						
Abortos	El número de abortos de la madre y expresado en número arábigo.  Ejemplo: 1.						
Óbitos	El número de óbitos de madre y expresado en número arábigo.  Ejemplo 1: 0. Ejemplo 2:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Embarazos: 4</td> <td style="text-align: center;">Partos: 1</td> <td style="text-align: center;">Cesáreas: 1</td> <td style="text-align: center;">Abortos: 1</td> <td style="text-align: center;">Óbitos: 0</td> </tr> </table>			Embarazos: 4	Partos: 1	Cesáreas: 1	Abortos: 1	Óbitos: 0
Embarazos: 4	Partos: 1	Cesáreas: 1	Abortos: 1	Óbitos: 0			

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
	Prematurez	<p>Una "X" en la opción correspondiente si la madre tiene antecedentes de prematurez o no. De ser afirmativo, registrar la semana de la gestación en la que sucedió el parto.</p> <p>Ejemplo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           Prematurez (NO) <input checked="" type="checkbox"/> SI Edad: <b>32</b> SDG         </div> <p>NOTA: SDG significa Semanas De Gestación.</p>
	Malformaciones congénitas	<p>Una "X" en la opción correspondiente si la madre tiene antecedentes de embarazos o hijos con malformación congénita o no. De ser afirmativo, especificar la malformación congénita.</p> <p>Ejemplo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           MALF. CONGENITAS: (NO) <input checked="" type="checkbox"/> SI <b>Gastrosquisis</b> </div> <p>NOTA: MALF CONGÉNITAS significa malformaciones congénitas.</p>
	Hijos vivos	<p>El número de hijos vivos de la madre y expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>
	Hijos muertos	<p>El número de hijos muertos de la madre y expresado en número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>
	Muertes: prenatal, neonatal, infantil	<p>Escribir con número arábigo, en la opción correspondiente, la cantidad de muertes según el periodo en que sucedió (prenatal, neonatal o infantil).</p> <p>Ejemplo:</p> <p style="text-align: center;">Muertes: Prenatal <u>  1  </u> Neonatal <u>  0  </u> infantil <u>  1  </u></p>

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
Observaciones		<p>Cualquier antecedente que se considere de relevancia y no se encuentre consignado en los datos previos.</p> <p>Ejemplo 1: Madre con serología reactiva para virus de la Hepatitis B. Hace 4 años</p> <p>Ejemplo 2: Madre RhD negativo y requerimiento de aplicación de inmunoglobulina anti-D (Rhogam) en embarazo previo.</p>
5 IV. Embarazo actual FUM		<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de última menstruación de la mujer gestante; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FUM 15 / 12 / 2022</div> <p>NOTA: FUM significa fecha de última menstruación.</p>
Coombs indirecto		<p>El último resultado de la prueba de Coombs indirecto, en caso de haberse realizado.</p> <p>Ejemplo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Coombs indirecto <b>Negativo</b></div>
Control prenatal.		<p>Control prenatal: Una "X" o un círculo en la opción correspondiente si la donadora de sangre placentaria tuvo vigilancia del embarazo por personal de la salud o no.</p> <p>Ejemplo:</p> <p style="text-align: center;">Control Prenatal (NO) <del>(SI)</del></p> <p>Inicio: En el espacio correspondiente el trimestre, mes de embarazo o semanas de gestación en el cual se inició el control prenatal.</p> <p>Ejemplo 1: 4º mes Ejemplo 2: 1er. Trimestre</p>

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No DATO**

**ANOTAR**

No. de consultas

Número de consultas: En el espacio correspondiente el total de consultas recibidas por personal de salud durante la actual gestación, expresado en números arábigos.

Ejemplo: 8

NOTA: No. de Consultas significa número de consultas prenatales.

Pba. T. Pallidum,  
Pba. HIV, TORCH

Anotar el resultado en el espacio correspondiente, sólo en aquellos casos que el resultado sea reactivo o positivo según el caso.

Ejemplo:

Pba. T. Pallidum
Prueba HIV <b>Reactivo</b>
TORCH

NOTA: En caso de ser necesario anotar datos o información respecto a las pruebas, anotar en el espacio correspondiente a evolución.

USG: (fecha, edad gestacional, hallazgos)

Escribir en caso de haberse realizado ultrasonido obstétrico (USG): la fecha de realización, edad gestacional, y los hallazgos más relevantes reportados, por cada rastreo obstétrico realizado.

Ejemplo:

USG (fecha, edad gestacional, hallazgos): 13/08/2013, 12 SDG. 19/12/2013, 31 SDG, oligohidramnios severo.
---

Clave 2430-009-022





**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Evolución (padecimientos asociados, tratamiento)	<p>El o los padecimiento(s) asociado(s) al embarazo y su manejo, si existieron.</p> <p>Ejemplo 1:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">           EVOLUCIÓN (padecimientos asociados, tratamiento).            Amenaza de aborto 1er trimestre, tratamiento reposo. Infección de vías urinarias, 3er trimestre, tratada ampicilina.         </div> <p>Ejemplo 2:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">           EVOLUCIÓN (padecimientos asociados, tratamiento).            Preeclampsia severa, diagnosticada 3 semanas previas, tratada alfametildopa e hidralazina, sin control del TA.         </div> <p>Ejemplo 3:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">           EVOLUCIÓN (padecimientos asociados, tratamiento)            Normoevolutivo         </div> <p>NOTA: En caso de existir datos o información de importancia para la atención o pronóstico de la persona recién nacida que no estén mencionados en lo solicitado respecto al embarazo actual, anotar en el espacio de evolución.</p>
6	<p>V. Atención del parto y de la persona recién nacida</p> <p>Término</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VAGINAL</li> <li>2. FORCEPS</li> <li>3. PARTO PÉLVICO</li> <li>4. CESÁREA</li> <li>5. DISTÓCICO</li> </ol>	<p>El número en el espacio señalado según corresponda con el modo en que finalizó la gestación y se obtuvo al recién nacido.</p> <p>Ejemplo: Término: <u>4</u></p>

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Indicación

El motivo principal por el cual se realizó la operación cesárea o se aplicó un fórceps para finalizar el embarazo.

Ejemplo 1: Bradicardia fetal.

Ejemplo 2:

TÉRMINO: <u>  4  </u>
1. VAGINAL 2. FORCEPS 3. PARTO PÉLVICO 4. CESÁREA 5. DISTÓCICO
INDICACIÓN
<b>Bradicardia fetal</b>

Nacido en

1. Sala de Expulsión
2. Sala de Operaciones
3. Otro: \_\_\_\_\_

El número en el espacio señalado según corresponda con el sitio en el cual sucedió el nacimiento. En caso de haber sido en "Otro", especificar el sitio.

Ejemplo: Nacido en:   3  .

Otro: Admisión.

Trabajo de parto

1. Nulo
2. Espontáneo
3. Conducido
4. Inducido

El número en el espacio señalado según corresponda con la forma en que se desarrolló el trabajo de parto.

Ejemplo: Trabajo de parto:   2  .

Ejemplo:

NACIDO EN: <u>  3  </u>
1. EXPULSIÓN 2. QUIRÓFANO 3. OTRO: <u>Admisión</u>
T. DE PARTO: <u>  2  </u>
1. NULO 2. ESPONTÁNEO 3. CONDUCTIVO 4. INDUCIDO

Anestesia

1. Ninguna
2. Local
3. BPD
4. General
5. Mixta

El número en el espacio señalado según corresponda con el tipo de procedimiento anestésico utilizado en la finalización del embarazo.

Ejemplo: Anestesia:   4  

NOTA: BPD: bloqueo peridural.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
-----------	-------------	---------------

Medicamentos:

Los medicamentos utilizados para el proceso de anestesia, en caso de ser de importancia para la o el recién nacido por los efectos secundarios y/o efectos durante el proceso de reanimación neonatal.

Ejemplo: Propofol.

Ejemplo:

MEDICAMENTOS:
Propofol, 5 min previo al nacimiento

NOTA: Anotar además el momento y/o tiempo de administración, vía de administración, dosis; sólo en aquellos casos que sean de importancia para la o el recién nacido por los efectos secundarios y/o efectos durante el proceso de reanimación neonatal.

Placenta

1. Normal
2. Pequeña
3. Grande
4. Infartos
5. Previa
6. Abrupto  
(desprendimiento prematuro)
7. Hipertérmica
8. Otro:\_\_\_\_\_.

El número en el espacio señalado según corresponda con las características de la placenta de la persona recién nacida. En caso de "Otro" especificar la característica que se considere de relevancia para la evolución clínica de la persona recién nacida.

Ejemplo: Placenta: 8.  
Otro: Monocorial (gemelar)

Cordón

1. Normal
2. Friable
3. Delgado
4. Grueso
5. Circular apretada
6. Corto
7. Prolapso
8. Anomalía de vasos

El número en el espacio señalado según corresponda con las características del cordón umbilical de la persona recién nacida.

Ejemplo: Cordón: 1.

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Líquido

1. Normal
2. Oligohidramnios
3. Polihidramnios
4. Meconio claro
5. Meconio espeso
6. Ictérico
7. Fétido
8. Otro:

El número en el espacio señalado según corresponda con las características del líquido amniótico de la gestación de la persona recién nacida. En caso de "Otro" especificar la característica que se considere de relevancia para la evolución clínica de la persona recién nacida.

Ejemplo: Líquido: 8.  
Otro: Tinte sanguinolento

Ejemplo:

PLACENTA: <u>8</u> .	CORDÓN: <u>6</u> .	LÍQUIDO: <u>8</u> .
1. NORMAL	1. NORMAL	1. NORMAL
2. PEQUEÑA	2. FRIABLE	2. OLIGOHIDRAMN.
3. GRANDE	3. DELGADO	3. POLIHIDRAMNIOS
4. INFARTOS	4. GRUESO	4. MEC. CLARO
5. PREVIA	5. CIRC. APRETADA.	5. MEC. ESPESO
6. ABRUPTIO	6. CORTO	6. ICTÉRICO
7. HIPERTÉRMICA	7. PROLAPSO	7. FÉTIDO
8. OTRO:	8. ANOM. VASOS	8. OTRO:
Monocorial gemelar		Tinte sanguinolento

Ruptura de membranas

El día, mes y año, así como la hora, correspondientes al momento en que se produjo la ruptura de las membranas amnióticas; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.

Ejemplo:

RUPTURA DE MEMBRANAS
<b>18/11/2022 18:30 hrs</b>

En caso de ser la ruptura durante la atención de trabajo parto o durante la cesárea se podrá omitir la fecha y hora y solo escribir las palabras: "*transparto*" o "*transquirúrgico*" según sea el caso; se podrá agregar la palabra "*instrumental*" en caso de haberse realizado amniorrexia durante el mismo.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Ejemplo:

RUPTURA DE MEMEBRANAS
<b>Amniorrexis transquirúrgica</b>

En caso de que la madre refiera desconocer incluso el tiempo aproximado se escribirá la leyenda “*desconoce*” según el caso.

Ejemplo:

RUPTURA DE MEMEBRANAS
<b>Desconoce</b>

NOTA: Cuando la madre haya recibido tratamiento (antibióticos) por presentar ruptura prematura de membranas, escribir especificaciones en el mismo cuadro si el espacio lo permite. Utilice en cuadro de observaciones en caso de requerir hacer especificaciones y el cuadro de ruptura de membranas no lo permita.

Ejemplo 1:

RUPTURA DE MEMEBRANAS	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>RPM 5 días. Ampicilina 3 días</b>	

Ejemplo 2:

RUPTURA DE MEMEBRANAS	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>RPM 5 días.</b>	Ampicilina 3 días

Ejemplo 3:

RUPTURA DE MEMEBRANAS	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>RPM 5 días.</b>	Ampicilina 2 días. Dexametasona 6 mg IM c/12 horas 4 dosis.

Observaciones

Cualquier observación que se considere de relevancia y que no se encuentre consignada en los registros previos.

Ejemplo 1:

<b>OBSERVACIONES</b>
Ruptura prematura de membranas de 72 horas. Ampicilina cada 6 horas 3 días.

**Clave 2430-009-022**



## ANEXO 4 Historia Clínica de la persona recién nacida INSTRUCTIVO DE LLENADO

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Ejemplo 2:

OBSERVACIONES

Desprendimiento de placenta 80%, líquido amniótico sanguinolento.  
Presión positiva neonatal por 20 segundos.

Ejemplo 3:

OBSERVACIONES. Distocia de hombros. Laringoscopia positiva. 2 ciclos de presión positiva de 20 segundos, masaje cardiaco 20 segundos, adrenalina 1 dosis intratraqueal.

NOTA: En los cuadros del numeral V. *ATENCIÓN DEL PARTO* con opciones de elección de número que cuenten con lista de opciones, se podrá utilizar un círculo si el Médico así lo considera mejor.

Ejemplo:

PLACENTA: 8	CORDÓN: 1	LÍQUIDO: 8
1. NORMAL	<u>NORMAL</u>	1. NORMAL
2. PEQUEÑA	2. FRIABLE	2. OLIGOHIDRAMN.
3. GRANDE	3. DELGADO	3. POLIHIDRAMNIOS
4. INFARTOS	4. GRUESO	4. MEC. CLARO
5. PREVIA	5. CIRC APRETADA.	5. MEC. ESPESO
6. ABRUPTIO	6. CORTO	6. ICTÉRICO
7. HIPERTÉRMICA	7. PROLAPSO	7. FÉTIDO
<u>OTRO:</u>	8. ANOM. VASOS	<u>8. OTRO:</u>
Monocorial gemelar		Tinte sanguinolento

**7 Reanimación Neonatal**

- Básica
- Aspiración de secreciones
- O<sub>2</sub> Flujo libre
- Laringoscopia
- Intubación
- PPI
- Masaje cardiaco
- Medicamentos

Una "X" en el recuadro correspondiente a la(s) maniobra(s) de reanimación utilizada(s) en la persona recién nacida durante la atención médica tras el nacimiento.

Ejemplo:

REANIMACION NEONATAL
<input type="checkbox"/> BÁSICA
<input type="checkbox"/> ASP SECRECIONES
<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> FLUJO LIBRE
<input type="checkbox"/> LÁRINGOSCOPIA
<u>X</u> INTUBACIÓN
<u>X</u> PPI
<input type="checkbox"/> MASAJE CARDIACO
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS

Comentarios

Los datos o información de la reanimación neonatal otorgada importante para la atención o pronóstico de la persona recién nacida.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR								
		<p>Ejemplo1: 2 ciclos de masaje cardiaco</p> <p>Ejemplo 2: Laringoscopia positiva. Se obtiene 0.5cc de meconio espeso.</p>								
8	VI. Datos de la persona RN									
	Fecha de nacimiento	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 18 / 07 / 2022.</p>								
	Hora de nacimiento	<p>La hora y los minutos correspondientes al momento del nacimiento; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 1: 23:06 horas.</p> <p>Ejemplo 2:</p> <table border="1" data-bbox="683 1167 1459 1247"> <tr> <th colspan="2">V. DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA</th> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO:18/07/2022</td> <td>HORA DE NACIMIENTO: 23:06 horas</td> </tr> </table>	V. DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA		FECHA DE NACIMIENTO:18/07/2022	HORA DE NACIMIENTO: 23:06 horas				
V. DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA										
FECHA DE NACIMIENTO:18/07/2022	HORA DE NACIMIENTO: 23:06 horas									
	Sexo	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, según el género otorgado al recién nacido tras la evaluación por parte del médico neonatólogo o pediatra de los genitales externos. Se puede encerrar y/o marcar con un círculo, permitiendo la claridad del sexo que es marcado</p> <p>Ejemplo 1:</p> <table border="1" data-bbox="683 1570 1459 1612"> <tr> <td>SEXO:</td> <td>MASCULINO</td> <td><del>FEMENINO</del></td> <td>INDEFENIDO</td> </tr> </table> <p>Ejemplo 2:</p> <table border="1" data-bbox="683 1709 1459 1751"> <tr> <td>SEXO:</td> <td>MASCULINO</td> <td>FEMENINO</td> <td>INDEFENIDO</td> </tr> </table>	SEXO:	MASCULINO	<del>FEMENINO</del>	INDEFENIDO	SEXO:	MASCULINO	FEMENINO	INDEFENIDO
SEXO:	MASCULINO	<del>FEMENINO</del>	INDEFENIDO							
SEXO:	MASCULINO	FEMENINO	INDEFENIDO							

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No DATO**

**ANOTAR**

Producto

Una "X" en el recuadro correspondiente, según sea el caso de ser un producto de embarazo único o de un embarazo múltiple.

Ejemplo:

PRODUCTO:	ÚNICO <b>X</b>	MÚLTIPLE	(ESPECIFIQUE):
-----------	----------------	----------	----------------

Especifique

En caso de ser producto de embarazo múltiple especifique que tipo de embarazo múltiple (gemelo, trillizo, cuatrillizo, quintillizo, etc.) y con número arábigo el número de producto de acuerdo con el momento del nacimiento.

Ejemplo 1:

PRODUCTO:	ÚNICO	MÚLTIPLE <b>X</b>	(ESPECIFIQUE): <b>Gemelo 2</b>
-----------	-------	-------------------	--------------------------------

Ejemplo 2:

PRODUCTO:	ÚNICO	MÚLTIPLE <b>X</b>	(ESPECIFIQUE): <b>Cuatrillizo 3</b>
-----------	-------	-------------------	-------------------------------------

Apgar

En el recuadro correspondiente el resultado obtenido tras realizar la evaluación con la escala Apgar otorgada al minuto y a los 5 minutos.

Ejemplo 1:

APGAR	(1min) <b>8</b>	(5min) <b>9</b>	(10)	(15)	(20)
-------	-----------------	-----------------	------	------	------

NOTA: Sólo en caso necesario de requerir maniobras de reanimación neonatal posterior a los 5 minutos; escriba en los cuadros siguientes el resultado con la evaluación de Apgar cada cinco minutos hasta presentar una evaluación de 7 o mayor, o que haya dejado de requerir maniobras de reanimación por defunción.

Ejemplo 2:

APGAR	(1min) <b>4</b>	(5min) <b>5</b>	(10) <b>8</b>	(15)	(20)
-------	-----------------	-----------------	---------------	------	------

**Clave 2430-009-022**





### ANEXO 4 Historia Clínica de la persona recién nacida INSTRUCTIVO DE LLENADO

**No                                      DATO    ANOTAR**

Ejemplo 3:

APGAR	(1min) <b>2</b>	(5min) <b>1</b>	(10) <b>1</b>	(15) <b>0</b>	(20)
-------	-----------------	-----------------	---------------	---------------	------

Silverman

El resultado obtenido tras realizar la evaluación a los 10 minutos después del nacimiento con la escala de Silverman.

Ejemplo:

SILVERMAN:	<b>2</b>
------------	----------

Edad gestacional  
(Capurro o Ballard)

En el recuadro correspondiente el resultado obtenido en semanas y días tras realizar una evaluación de las diferentes características clínicas de la persona recién nacido, al utilizar la escala de valoración de Capurro o Ballard para determinar la edad gestacional clínica.

Ejemplo 1:

EDAD GESTACIONAL:	CAPURRO: <b>37.5</b> SDG	BALLARD: ----- SDG
----------------------	--------------------------	--------------------

Ejemplo 2:

EDAD GESTACIONAL:	CAPURRO: ----- SDG	BALLARD: <b>28</b> SDG
----------------------	--------------------	------------------------

NOTA 1. Método de Capurro para evaluar la edad gestacional. Se utilizan cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota". Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B"). Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A").



### ANEXO 4 Historia Clínica de la persona recién nacida INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

NOTA 2: Método de Ballard para valoración físico-neurológica

**VALORACION FISICO - NEUROLOGICA**

		0	1	2	3	4	5																														
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA																																				
	ANGULO DE LA HOMBREA																																				
	ANGULO DEL CODO																																				
	ANGULO POPLITEO																																				
	SIGNO DE LA DUFANDA																																				
	TALON OREJA																																				
MADUREZ FISICA	PIEL	GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE	LIGERAMENTE ROSADA VENAS VISIBLES	DESCARFACION SUPERFICIAL POCAS VENAS	DESCARFACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS	GRUESA RUGOSA																														
	LAMUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LAMUGO	HUY ESCASO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ESCALA DE MADUREZ</th> </tr> <tr> <th>CA</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LI</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>PI</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>CA</td> <td>CION</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>44</td> </tr> </tbody> </table>	ESCALA DE MADUREZ		CA	E	LI	H	PI	A	CA	CION	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
	ESCALA DE MADUREZ																																				
	CA	E																																			
	LI	H																																			
	PI	A																																			
	CA	CION																																			
	5	26																																			
10	28																																				
15	30																																				
20	32																																				
25	34																																				
30	36																																				
35	38																																				
40	40																																				
45	42																																				
50	44																																				
PLIEGUES PLANTARES	NO HAY	MARCAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO	PLIEGUES EN 2/3 ANT.	PLIEGUES EN TODA LA PLANTA																																
MAMAS	LIGERAMENTE PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1/4 DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 1/2 DE PEZON	AREOLA LEVANTADA COMPLETA DE PEZON																																
OIDO	APLANADO DOBLADO	BOBDE LIGERAMENTE CUELLO SUAVE RECUPERA LENTA	BOBDE CURVO RECUPERACION	BOBDE SUAVE DE FACIL RECUPERACION	FORMADO FIRME RECL. PERACION INS. TARTANA																																
GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGO	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGO	TESTICULOS EN PENULO RUGOSIDADES COMPLETAS																																
GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MENORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES	LABIOS MAYORES MAS GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MENORES CUBIERTOS																																

FUENTE: BALLARD

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

Peso

El resultado obtenido tras realizar una estimación del peso en una báscula y expresado en gramos.

Ejemplo: 2,850 gramos.

Talla

El resultado de la medición de la distancia entre la parte más alta de la cabeza y la planta de los pies en el recién nacido; expresado en centímetros.

Ejemplo: 48.0 cm.

Perímetro cefálico

El resultado obtenido en centímetros tras medir el contorno de la cabeza del recién nacido con una cinta métrica.

Clave 2430-009-022



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR																					
		Ejemplo: 34.5 cm.																					
	Perímetro torácico	El resultado obtenido en centímetros tras medir el contorno del tórax de la persona recién nacida con una cinta métrica.  Ejemplo: 32.0 cm.																					
	Perímetro abdominal	El resultado obtenido en centímetros tras medir el contorno del abdomen de la recién nacida con una cinta métrica.  Ejemplo: 30.5cm.																					
	Segmento inferior	El resultado obtenido en centímetros tras medir la longitud de la mitad inferior del cuerpo de la persona recién nacida con una cinta métrica.  Ejemplo: 20 cm.																					
	Pie	El resultado obtenido en centímetros tras medir la longitud de alguno de los pies del recién nacido con una cinta métrica.  Ejemplo: 7.5 cm.																					
		Ejemplo:																					
		<table border="1"> <tr> <td>PESO</td> <td>2 850</td> <td>g</td> </tr> <tr> <td>TALLA</td> <td>48.0</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>PER CEFÁLICO</td> <td>34.5</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>PER TORÁCICO</td> <td>32.0</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>PER ABDOMINAL</td> <td>30.5</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>SEG INFERIOR</td> <td>20</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>PIE</td> <td>7.5</td> <td>cm</td> </tr> </table>	PESO	2 850	g	TALLA	48.0	cm	PER CEFÁLICO	34.5	cm	PER TORÁCICO	32.0	cm	PER ABDOMINAL	30.5	cm	SEG INFERIOR	20	cm	PIE	7.5	cm
PESO	2 850	g																					
TALLA	48.0	cm																					
PER CEFÁLICO	34.5	cm																					
PER TORÁCICO	32.0	cm																					
PER ABDOMINAL	30.5	cm																					
SEG INFERIOR	20	cm																					
PIE	7.5	cm																					
	Exploración física	Una "X" en el espacio correspondiente de la columna "NL" (normal), en caso de no encontrar alteraciones a la exploración física del área corporal correspondiente.																					
	Cabeza																						
	Cuello																						
	Tórax	Ejemplo: Tórax   X																					
	Abdomen																						
	Genitales																						
	Extremidades																						

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Escriba en caso de encontrar alteraciones a la exploración física en el espacio del área corporal correspondiente.

Ejemplo: Extremidades Pie equino-varo bilateral.

Ejemplo:

	EXPLORACIÓN FÍSICA	
	NL	ANORMAL (Especifique)
CABEZA		Caput succedaneum parietal izquierdo 2x3 cm
CUELLO	X	
TÓRAX	X	
ABDOMEN	X	
GENITALES	X	
EXTREMIDADES		Pie equino-varo bilateral.

Paladar integro:

Una "X" en el recuadro correspondiente si a la exploración física el neonato presenta paladar integro o no.

Ejemplo: SI X NO

Esófago permeable:

Una "X" en el recuadro correspondiente si a la exploración física el neonato presenta permeabilidad de esófago o no.

Ejemplo: SI X NO

Ano permeable:

Una "X" en el recuadro correspondiente si a la exploración física el neonato presenta permeabilidad de ano o no.

Ejemplo: SI X NO

Malformaciones aparentes

El tipo de malformación congénita aparente que se detecta a la exploración física de la persona recién nacida.

Ejemplo: Malformación ano-rectal.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Ejemplo:

PALADAR ÍNTEGRO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MALFORMACIONES APARENTES (Especifique):  Malformación ano-rectal
ESÓFAGO PERMEABLE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ANO PERMEABLE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

9 Huella

En el recuadro en blanco coloque la huella del pie derecho que identifique a la persona recién nacida posterior a su atención y previo a dejar la Sala de Expulsión o de Operaciones o área de atención del mismo.

10 Clasificación de la persona RN por edad gestacional

Una “X” en el espacio según corresponda con la edad gestacional de la persona recién nacida.

Pretérmino  
 Término  
 Postérmino

Ejemplo:

CLASIFICACIÓN DEL RN POR EDAD GESTACIONAL ( ) PRETÉRMINO ( <b>X</b> ) TÉRMINO ( ) POSTÉRMINO
---

11 Peso para edad gestacional  
 Pequeño o Bajo  
 Adecuado  
 Grande o Elevado

El número en el espacio señalado según corresponda con la evaluación de la relación entre el peso de la persona recién nacida al nacimiento con la edad gestacional de acuerdo con la curva de peso al nacimiento de Jurado García mostrada en el lado izquierdo de formato.

Ejemplo:

PESO PARA EDAD GESTACIONAL ( ) PEQUEÑO o BAJO ( <b>X</b> ) ADECUADO ( ) GRANDE o ELEVADO
---

12 Exámenes de laboratorio

El o los examen(es) de laboratorio que se hayan solicitado al momento del nacimiento y que deberán de ser recabados posteriormente.

Ejemplo:

EXÁMENES DE LABORATORIO Biometría hemática, grupo sanguíneo ABO y Rh.
--

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Impresión diagnóstica	El o los diagnóstico(s) de certeza o sospecha tras evaluar las condiciones clínicas de la persona recién nacida.

Ejemplo:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
persona recién nacida de término, peso bajo para edad gestacional. Síndrome de dificultad respiratoria.

14	Tratamiento	El tratamiento indicado que se administra a la persona recién nacida en el área de reanimación neonatal.
----	-------------	--

Ejemplo:

TRATAMIENTO
1. Vitamina k 1mg intramuscular dosis única
2. Cloranfenicol oftálmico 2 gotas en cada ojo
3. Casco cefálico con oxígeno a 1 litro / minuto

15	Envío a:	Servicio, departamento o área al que se indica el envío de la persona recién nacida de acuerdo con los criterios de envío para continuar su manejo. (UTIN, prematuros, cunero patológico, alojamiento conjunto).
----	----------	--

Ejemplo:

ENVÍO A:
Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

NOTA: Se considerará los siguientes criterios para definir el servicio o área de atención de la persona recién nacida posterior a su reanimación:

**ALOJAMIENTO CONJUNTO**

- Persona recién nacida sin patología.
- Con madre en condiciones de mantener cuidados integrales al neonato.

**CUNERO PATOLÓGICO**

Persona recién nacida con:

- Peso igual o mayor de 2500 gramos
- Sin patología, con madre sin condiciones de mantener cuidados integrales al neonato.
- Presencia de patología.
- Neonato que no requiera cuidados de forma intensiva.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

- Neonato que pese a requerir cuidados de forma intensiva, cuenten con pronóstico malo para la vida a corto plazo (no recuperable).

**PREMATUROS**

Persona recién nacida con:

- Peso igual o menor de 2499 gramos con patología.
- Peso entre 1800 y 2499 gramos sin patología, con madre sin condiciones de mantener cuidados integrales al neonato.
- Imposibilidad de autorregulación de temperatura.
- Necesidad de alimentación parenteral.

**UTIN (UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL)**

- Persona recién nacida con pronóstico para la vida recuperable.
- Peso de igual o menor de 1000 gramos.
- Persona recién nacida sin importar peso, que requiera de cuidados en forma intensiva (monitoreo permanente cardíaco y respiratorio, registro horario de oximetría de pulso y signos vitales, balance de líquidos, glucometría mínimo diaria, evaluación médica y de enfermería permanente).
- Posoperatorio inmediato.
- Inestabilidad hemodinámica manifestada como: Hipotensión (TA sistólica o diastólica < P 5), hipertensión (> P 95), taquicardia (FC > 160/min), bradicardia (FC < 100/min) persistentes, o llenado capilar > 3 segundos. Sospecha de cardiopatía congénita (cianótica o no cianótica) o adquirida hasta aclarar diagnóstico y definir riesgo y conducta. Isquemia miocárdica o arritmia cardíaca.
- Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Estado respiratorio inestable de cualquier etiología con o sin soporte ventilatorio (ventilación mecánica o CPAP), incluyendo extubación reciente (24 horas).

Estado de salud

- Estable
- Delicado
- Grave
- Muy grave

Un círculo en el recuadro correspondiente, según el estado de salud tras la evaluación, médica de la persona recién nacida.

Ejemplo: Grave

Pronóstico

El pronóstico esperado de acuerdo con la evaluación de las condiciones clínicas de la persona recién nacida.

**Clave 2430-009-022**



**ANEXO 4**  
**Historia Clínica de la persona recién nacida**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
-----------	-------------	---------------

Ejemplo:

ESTADO DE SALUD			
Estable	Delicado	Grave	Muy Grave
PRONÓSTICO			
<b>Bueno para la vida</b>			

16 Verifica identificación de la persona recién nacida (RN)

Una "X" en el espacio correspondiente para señalar que se verificó la identificación de la persona recién nacida.

Ejemplo:

VERIFICA IDENTIFICACIÓN RN	<b>X</b>
----------------------------	----------

17 Médico No Familiar tratante

El nombre completo del Médico No Familiar tratante, iniciando con el nombre(s), apellido paterno y materno, así como su matrícula y firma.

Ejemplo:

Nombre completo: <b>Luis Gómez Hernández</b>	
<u>11465678</u> Matrícula	<u>Luis Gómez H</u> Firma





**ANEXO 5**

**Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre  
2430-009-021**



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

**ENVÍO DE UNIDADES DE SANGRE PLACENTARIA A BANCO DE SANGRE**

**“DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA”**

UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA: <b>1</b>	NUMERO DE SALA (QUIRÓFANO/EXPULSIÓN):	FECHA _____ / _____ / _____ DÍA MES AAAA
--------------------------------------	---------------------------------------	---

DATOS DE LA DONADORA DE SANGRE PLACENTARIA <b>2</b>	
NOMBRE: _____ (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	N. S. S. Y AGREGADO _____ / ____ / _____

PERSONAL RESPONSABLE QUE ENTREGA A ENFERMERA JEFE DE PISO <b>3</b>		
_____	_____	_____
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

CONTROL DE DOCUMENTOS, MUESTRA DE SANGRE Y SANGRE PLACENTARIA <b>4</b>		
	RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO	RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN ALOGÉNICA DE SANGRE PLACENTARIA		
HISTORIA CLÍNICA PARA DONACIÓN ALOGÉNICA DE CÉLULAS TRONCALES DE SANGRE PLACENTARIA		
CUESTIONARIO DE AUTO-EXCLUSIÓN FBS-12" 2430-022-015		
TUBOS CON MUESTRA DE SANGRE MEMBRETADOS CON IDENTIFICACIÓN DE LA DONADORA		
BOLSA DE RECOLECCIÓN CON LA SANGRE PLACENTARIA		
FECHA Y HORA		
NOMBRE COMPLETO		
MATRÍCULA		
FIRMA		

OBSERVACIONES: <b>5</b>
-------------------------

Clave 2430-009-021



**ANEXO 5**  
**Envío de unidades de sangre placentaria a Banco de Sangre**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se realiza la donación de sangre placentaria.</p> <p>Ejemplo: UMAE HGO No.4 "Luis Castelazo Ayala".</p>
	Número de sala (Quirófano/Expulsión)	<p>El número asignado a la sala de expulsión o de quirófano en la cual se obtuvo la unidad de sangre placentaria.</p> <p>Ejemplo: Sala de Expulsión 3.</p>
	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se obtuvo la unidad de sangre placentaria, 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 / 07 / 2022.</p>
2	Datos de la donadora de sangre placentaria	<p>El nombre completo de la donadora, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe.</p> <p>Ejemplo: Lugo González Luisa.</p>
	N.S.S. y agregado	<p>Número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social de la donadora. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico.</p> <p>Ejemplo: 1210-86-1670-1F86OR.</p>

Clave 2430-009-021



**ANEXO 5**  
**Envío de unidad de sangre placentaria a Banco de Sangre**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR						
3	Personal Responsable que entrega a Enfermera Jefe de Piso Apellido Paterno, materno y Nombre(s)	<p>El nombre completo, matrícula y la firma autógrafa de Enfermera Responsable de entregar la unidad de sangre placentaria, las muestras de sangre y los documentos a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del Servicio.</p> <p>Ejemplo: Yolanda Gómez Gutiérrez. 110678654. Firma.</p>						
4	Control de documentos muestra de sangre y sangre placentaria	<p>Se deberá registrar la recepción de cada rubro solicitado en dos momentos: el primero tras la recepción de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Tococirugía o Quirófano; el segundo tras la recepción por el Responsable del Servicio de Transfusión del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica Hospitalaria.</p>						
	Carta de consentimiento informado para donación alogénica de sangre placentaria, clave 2430-009-018.	Una "X" en el rubro correspondiente si se recibe el documento.						
	Historia clínica para donación de células troncales hematopoyéticas de sangre placentaria, clave 2430-009-019.	Ejemplo:						
	Cuestionario de auto-exclusión FBS-12", clave 2430-022-015.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO</th> <th>RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuestionario de auto-exclusión FBS-12" 2430-021-007.</td> <td align="center">X</td> <td align="center">X</td> </tr> </tbody> </table>		RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO	RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	Cuestionario de auto-exclusión FBS-12" 2430-021-007.	X	X
	RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO	RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN						
Cuestionario de auto-exclusión FBS-12" 2430-021-007.	X	X						
	Tubos con muestra de sangre membretados con identificación de la donadora de sangre placentaria.							
	Bolsa de recolección con la sangre placentaria.							

**Clave 2430-009-021**



**ANEXO 5**

**Envío de la unidad de sangre placentaria a Banco de Sangre  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No.**

**DATO**

**ANOTAR**

Fecha y hora

El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se recibe la unidad de sangre placentaria, así como la hora, en números arábigos; en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0".

Ejemplo:

	RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO	RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
Cuestionario de auto-exclusión FBS-12" 2430-021-007.	20/04/2010 20:30 hr 20/04/2010 20:45 hr	20/04/2010 20:30 hr 20/04/2010 20:45 hr

Nombre completo, matrícula y firma

El nombre completo, matrícula y firma de la persona que recibe los documentos, muestra de sangre y Bolsa de recolección con sangre placentaria

Ejemplo:

	RECEPCIÓN ENFERMERA JEFE DE PISO TOCOCIRUGÍA/QUIRÓFANO	RECEPCIÓN RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
Nombre	Lourdes Oca Pérez	Luis Rubio Gómez
Matrícula	25489521	11589875
Firma	Firma	Firma

**5**

Observaciones

Cualquier información que se considere de relevancia por el personal responsable del registro del formato y que no se encuentre consignada en los datos solicitados.

**Clave 2430-009-021**