

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD





**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**



# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**


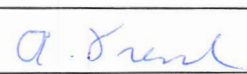
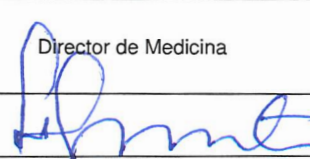
**JUNIO 2022**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 17

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>	<b>3</b>
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>	<b>4</b>
<b>III. PROCEDIMIENTOS PARA:</b>	<b>17</b>
1. REALIZAR LA PROMOCIÓN DE DONACIÓN	
2. OBTENER LA SANGRE	
3. REALIZAR LA EXTRACCION DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	
4. REALIZAR EL FRACCIONAMIENTO DE SANGRE TOTAL Y PRUEBAS ANALÍTICAS	
5. REALIZAR LA ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES	
6. IDENTIFICAR Y NOTIFICAR REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A TRANSFUSIONES	
7. REALIZAR EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS, REACTIVOS Y EQUIPOS	
8. REALIZAR EL INTERCAMBIO DE HEMOCOMPONENTES ENTRE SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	

## AUTORIZACIÓN



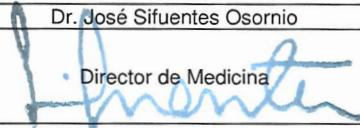
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 17

## INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de uniformar y documentar las acciones que se realizan en las diferentes unidades administrativas del Instituto y orientar a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.



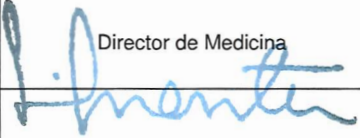
El servicio de Medicina Transfusional ha emitido el presente manual de procedimientos, que ha sido elaborado con el propósito de ofrecer la descripción de sus actividades que se siguen en la realización de sus funciones, estableciendo normas y políticas de operación, así como los formatos y anexos.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Objetivo del Manual</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 17

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, la responsabilidad operativa de las servidoras y servidores públicos en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir como medio de integración y orientación de las servidoras y servidores de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 17

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos  
D.O.F. 05-II-1917 y reformas

### LEYES

Ley General de Salud.

D.O.F. 07-II-1984 y sus reformas.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

D.O.F. 26-V-2000 y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976 y sus reformas.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas.

Ley de Planeación.

D.O.F. 05-I-1983 y sus reformas.

Ley General para el Control del Tabaco.

D.O.F. 30-V-2008 y sus reformas.

Ley General de Protección Civil.

D.O.F. 06-VI-2012 y sus reformas.

Ley General de Archivos.

D.O.F. 15-VI-2018 y sus reformas.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-I-2000 y sus reformas.

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.


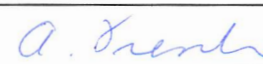

D.O.F. 19-V-2021.



Ley Federal Del Trabajo.

D.O.F. 01-IV-1970 y sus reformas.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

D.O.F. 28-XII-1963 y sus reformas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 17

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 04-V-2015 y sus reformas.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016 y sus reformas.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.  
D.O.F. 26-I-2017.

Ley General Del Sistema Nacional Anticorrupción.  
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003 y sus reformas.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011 y sus reformas.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002 y sus reformas.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
D.O.F. 02-VIII-2006 y reformas.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
D.O.F 01-II-2007 y sus reformas.


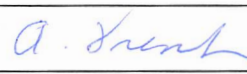
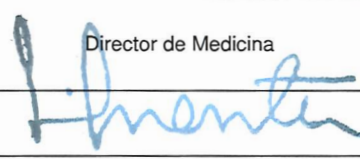
Ley Federal de Austeridad Republicana.  
D.O.F. 19-XI-2019.


Ley de Infraestructura de la Calidad.  
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente.  
D.O.F 28-I-1988 y reformas.

Ley General de Bienes Nacionales.  
D.O.F. 20-V-2004 y sus reformas.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.  
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>			<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>			<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>			<b>HOJA:</b> 6
				<b>DE:</b> 17

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994 y sus reformas.

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
D.O.F. 01-XII-2005 y sus reformas.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 30-III-2006 y sus reformas.

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
D.O.F. 31-XII-2004 y sus reformas.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.  
D.O.F. 29-XI-2021.

#### CÓDIGOS

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931 y sus reformas.

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 05-III-2014 y sus reformas.

Código Civil Federal.  
D.O.F. 26-V-1928 y sus reformas.



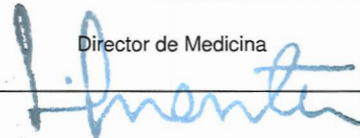
Código Federal de Procedimientos Civiles.  
D.O.F. 24-II-1943 y sus reformas.



Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022.

Código de Ética y de Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha control de expedición 30-VI-2020.

#### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990 y sus reformas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 17

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 11-VI-2003.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-XI-2012.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 28-VII-2010 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F.31-V-2009 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.  
D.O.F. 13-V-2014 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.  
D.O.F. 18-I-1988 y sus reformas.



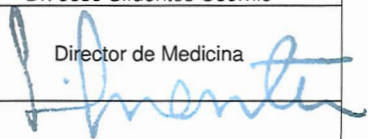
Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998 y sus reformas.



Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 14-I-1999 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
D.O.F. 06-I-1987 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.  
D.O.F. 20-II-1985 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
D.O.F. 26-III-2014.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 17

Reglamento de la Ley General para la prevención y gestión integral de residuos.  
D.O.F. 30-XI-2006 y sus reformas.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
D.O.F. 19-IV-2004 y sus reformas.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.  
D.O.F. 31-X-1986 y sus reformas.

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.  
D.O.F. 21-III-2008 y sus reformas.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
D.O.F. 10-X-2002 y sus reformas.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
D.O.F. 21-I-2003 y sus reformas.

Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones.  
D.O.F. 10-I-2011.


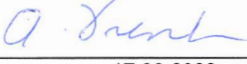
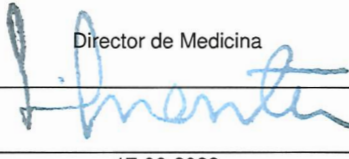
## ACUERDOS




Acuerdo por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades Médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 17-IV-1990.

Acuerdo número 115 por el que se agrupan a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de salud de los organismos descentralizados que se indican.  
D.O.F. 03-III-1994.

Acuerdo 130 por el que se crea el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.  
D.O.F. 06-IX-1995.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 09-VIII-2010 y sus reformas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 17

Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

D.O.F. 28-I-2011 y sus reformas.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para determinar los catálogos y publicación de información de interés público; y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva.

D.O.F. 15-IV-2016 y sus reformas.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

D.O.F. 15-IV-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.

D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.

D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la elaboración, ejecución y evaluación del Programa Nacional de Transparencia y Acceso a la Información.



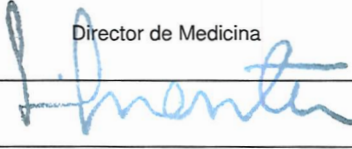
D.O.F. 04-V-2016.



Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.

D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

D.O.F. 04-V-2016 y sus reformas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 17

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

D.O.F. 06-VII-2017 y sus reformas.

Acuerdo por el que se declara la obligación de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

D.O.F. 08-IX-2017.

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 24-VII-2017 y sus reformas.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

D.O.F. 26-I-2018 y sus reformas.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización.

D.O.F. 05-XI-2020.

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2022.

D.O.F. 29-XII-2021.

## NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.

D.O.F. 24-II-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-065-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los medios de cultivo. Generalidades.



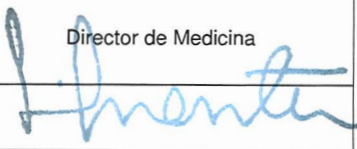
D.O.F. 27-II-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para Laboratorio s de patología clínica.

D.O.F. 01-VII-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los Laboratorio s de patología clínica.

D.O.F. 01-VII-1996.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 17

Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1998, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.  
D.O.F. 02-II-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-STPS-1999, Sistemas de protección y dispositivos de seguridad en la maquinaria y equipo que se utilice en los centros de trabajo.  
D.O.F. 31-V-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.  
D.O.F. 23-VI-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo- condiciones de seguridad.  
D.O.F. 24-XI-2008.



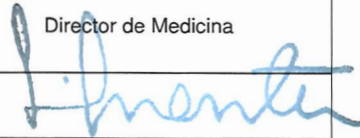
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SCT/2008, Características de las etiquetas de envases y embalajes, destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.  
D.O.F. 15-VIII-2008.



Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-selección, uso y manejo en los centros de trabajo.  
D.O.F. 09-XII-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.  
D.O.F. 30-XII-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-2008, Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.  
D.O.F. 25-XI-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos Médicos.  
D.O.F. 12-XII-2008.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 17

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-funciones y actividades.

D.O.F. 22-XII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. .

D.O.F. 09-12-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios clínicos.

D.O.F. 27-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SCT2/2010, Marcado de envases y embalajes destinados al transporte de sustancias y residuos peligrosos.

D.O.F. 06-IX-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

D.O.F. 10-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-STPS-2012, Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante.

D.O.F. 31-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

D.O.F. 13-IV-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011, Mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.

D.O.F. 29-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.



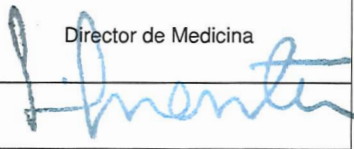
D.O.F. 06-VI-2012.


Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 04-I-2013.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 17

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas en relación a infraestructura y equipamientos de Laboratorios de Anatomía Patológica, hospitales y consultorios de atención Médica especializada.  
D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.  
D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.  
D.O.F. 11-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.  
D.O.F. 30-II-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012, Sistema para la administración del trabajo-seguridad en los procesos y equipos críticos que manejen sustancias químicas peligrosas.  
D.O.F. 06-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM 035-SSA3-2012, En materia de Información en salud.  
D.O.F. 30-XI-2012.



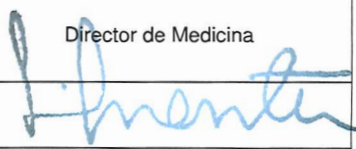
Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.  
D.O.F. 26-X-2012.



Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.  
D.O.F. 02-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención Médica.  
D.O.F. 04-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención Médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.  
D.O.F. 12-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-STPS-2014, Manejo y almacenamiento de materiales-condiciones de seguridad y salud en el trabajo.  
D.O.F. 11-IX-2014.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 17

Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes Químicos contaminantes del ambiente laboral-Reconocimiento, evaluación y control.  
D.O.F. 28-IV-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.  
D.O.F. 16-IV-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.  
D.O.F. 01-VI-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.  
D.O.F. 09-X-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SCT2/2015, Especificaciones técnicas y disposiciones generales para la limpieza y control de remanentes de sustancias y residuos peligrosos en las unidades que transportan materiales y residuos peligrosos.  
D.O.F. 27-I-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios de anatomía patológica.  
D.O.F. 21-II-2017.



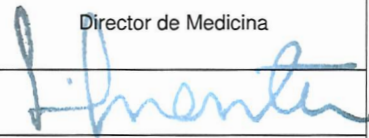
## PLANES Y PROGRAMAS



Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VII-2019.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.  
D.O.F. 17-VIII-2020.

Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (PIINCMNSZ).  
D.O.F. 27-XI-2020, nota aclaratoria 28-I-2021.

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.  
D.O.F. 30-VIII-2019.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 17

#### DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 06-III-2020, nota aclaratoria 03-III-2021.

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de autorización VIII-2016.

Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 07-V-2019.

Declaratoria de igualdad laboral y no discriminación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición 25-III-2020.

Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en el ámbito laboral del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición 20-III-2020.

#### OTRAS DISPOSICIONES

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.  
Fecha de autorización IX-2013.



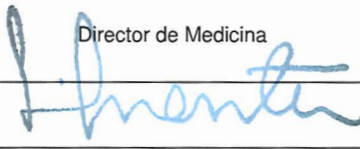
Reglas de integridad para el ejercicio de la Función Pública.  
D.O.F. 20-VIII-2015 y sus reformas.

Protocolo de Actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la Atención de Presuntos Actos de Discriminación.  
D.O.F. 18-VII-2017.

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.  
D.O.F. 13-VII-2018.

Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación.  
Fecha de publicación VII-2018.

Manual de Identidad Grafica 2018-2024.  
Última actualización 30-I-2020.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 17

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.  
D.O.F. 03-I-2020, nota aclaratoria 07-IV-2020.

Prontuario para el uso del Lenguaje Incluyente y no sexista en la Función Pública.  
Fecha de autorización I-2020.

Guía de Recomendaciones para la Conformación, Estructura y Funcionamiento del Comité de Medicina Transfusional en los Servicios de Salud.  
Fecha de publicación 09-VII-2021.



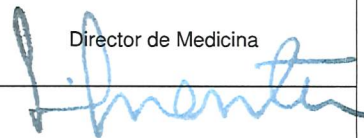
#### LINEAMIENTOS



Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 03-VII-2015.

Lineamientos para Analizar Valorar y Decidir el Destino Final de Documentación de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 16-III-2016.



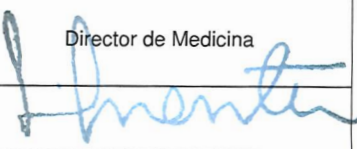
Lineamientos de Racionalidad y Austeridad Presupuestaria 2021.  
D.O.F. 26-II-2021.


Lineamientos para la Administración de Recursos de Terceros destinados a financiar proyectos de investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de publicación X-2016.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Procedimientos</b>		<b>HOJA:</b> 17
			<b>DE:</b> 17



### III. PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 11

## 1. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA PROMOCIÓN DE DONACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 11

## 1.0 PROPÓSITO

Fomentar la promoción de la donación voluntaria y altruista a fin de obtener sangre y hemocomponentes seguros y suficientes con un menor riesgo de infecciones transmisibles, informando sobre la necesidad urgente de aumentar el número de personas donantes altruistas y recurrentes, promoviendo un proceso de calidad en la atención y en la obtención de los mismos.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en promover, captar y obtener de las personas donantes sangre y hemocomponentes

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea en el reporte de actividades relativas a la promoción de la donación.



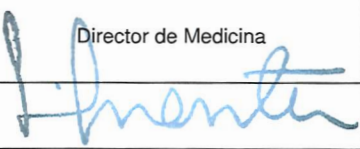
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



### GENERALES:

1. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar la promoción de donación de conformidad a la estrategia nacional para el incremento de la donación voluntaria y altruista de sangre, emitida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
2. Las servidoras y los servidores públicos del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de mantener una atención digna y respetuosa de las personas donantes, que permita ganar la empatía y confianza de ellas para poder obtener información veraz para que todo el proceso resulte efectivo.



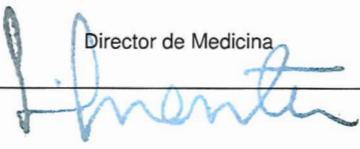
### DE LA PROMOCIÓN DE DONACIÓN:



3. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar el programa de operación para el fomento de donación voluntaria y altruista de sangre, con la autorización del Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, el cual contiene:
  - a. Tareas a efectuar para la promoción de la cultura de donación voluntaria y altruista de sangre.
  - b. Tareas a seguir para que un donante altruista y voluntario pueda ser un donante regular o de repetición.
  - c. Metodología para la planeación y programación de las campañas de donación voluntaria y altruista de sangre en coordinación con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 11

4. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional realiza las tareas de promoción de la cultura de donación voluntaria y altruista de sangre mediante las siguientes acciones:
  - a. Mantener actualizado el material audiovisual que se trasmite en la pantalla situada en la sala de espera del Servicio de Medicina Transfusional.
  - b. Integrar la información, que se divulga mediante infografías sobre la donación
5. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional realiza las tareas para que un donante altruista y voluntario pueda ser un donante regular o de repetición mediante las siguientes acciones:
  - a. Identifica a los familiares que acompañan a las personas donantes, los posibles promotores que repliquen en sus grupos sociales el apoyo para la donación altruista.
  - b. Identifica dentro de las servidoras y los servidores públicos del Instituto, promotores y personas donantes altruistas.
6. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de identificar las necesidades de sangre y hemocomponentes, así como de realizar la promoción y captación de las posibles personas donantes mediante las visitas a los familiares en los diferentes sectores de hospitalización, basándose en el listado de transfusiones diarias del Servicio de Medicina Transfusional, en el censo de hospitalización y en el programa de cirugía institucional; o de manera telefónica en caso de que los familiares no se encuentren físicamente en el Instituto. Asimismo, durante el proceso de transfusión de hemocomponentes en el horario vespertino, realiza la promoción de donación a los familiares o a la persona beneficiaria.
7. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de sensibilizar a los familiares y población en general sobre la importancia de la donación de sangre, como una necesidad que garantice el abastecimiento oportuno.
8. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional entrega a las personas beneficiarias y a los familiares el tríptico informativo de requisitos para donar sangre o plaquetas del INCMNSZ (**Anexo 1**) en el cual se especifican los requisitos y horarios de atención para realizar la donación de sangre. Tratándose de personas beneficiarias a realizárseles un procedimiento de trasplante de órgano, se le invita a colaborar con un número de donantes que cubra las necesidades de dicho procedimiento.
9. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional, es responsable de orientar (física o telefónicamente) de manera oportuna a las personas beneficiarias y su familia, sobre todo lo referente al proceso de donación y de transfusión.



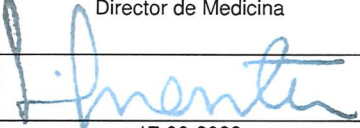
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 11

10. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional, La Médica y el Médico Especialista de Donantes y el Responsable del área Clínica informan y autorizan a las personas beneficiarias o a sus familiares sobre la donación de plaquetas por aféresis lo cual implica que, por cada unidad de aféresis donada, se contabilicen en sistema electrónico por tres donaciones de sangre, en apoyo de la persona beneficiaria cuya problemática le imposibilita cumplir con donantes solicitados para su procedimiento.
11. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional realiza la programación de citas (día y hora) para la donación de plaquetas cuando la persona beneficiaria las requiere como parte de su tratamiento, basándose en lo establecido por la Médica o el Médico tratante.
12. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional, orienta y apoya a la persona beneficiaria y familiares en la búsqueda de alternativas que cubran las necesidades requeridas y del Servicio de Medicina Transfusional para el abastecimiento, en caso de que exista una problemática social que imposibilite el cumplimiento del requerimiento de donación.



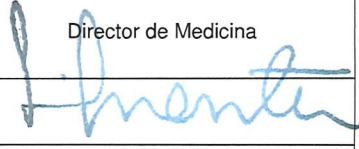
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional	1	Identifica junto con el Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional las necesidades de sangre y hemocomponentes. <b>(Política 6)</b>
Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional	2	Realiza el programa de operación para el fomento de donación voluntaria y altruista de sangre. <b>(Política 3)</b>
Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional	3	Envía el programa de operación a revisión del Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional. <b>(Política 3)</b>
Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional	4	<p>Recibe el programa y revisa que cumpla con las necesidades.</p> <p>¿Cumple con las necesidades?</p> <p>No: Regresa para su adecuación a la Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional y su nueva revisión.</p> <p>Sí: Informa a la Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional inicie con las tareas de promoción.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

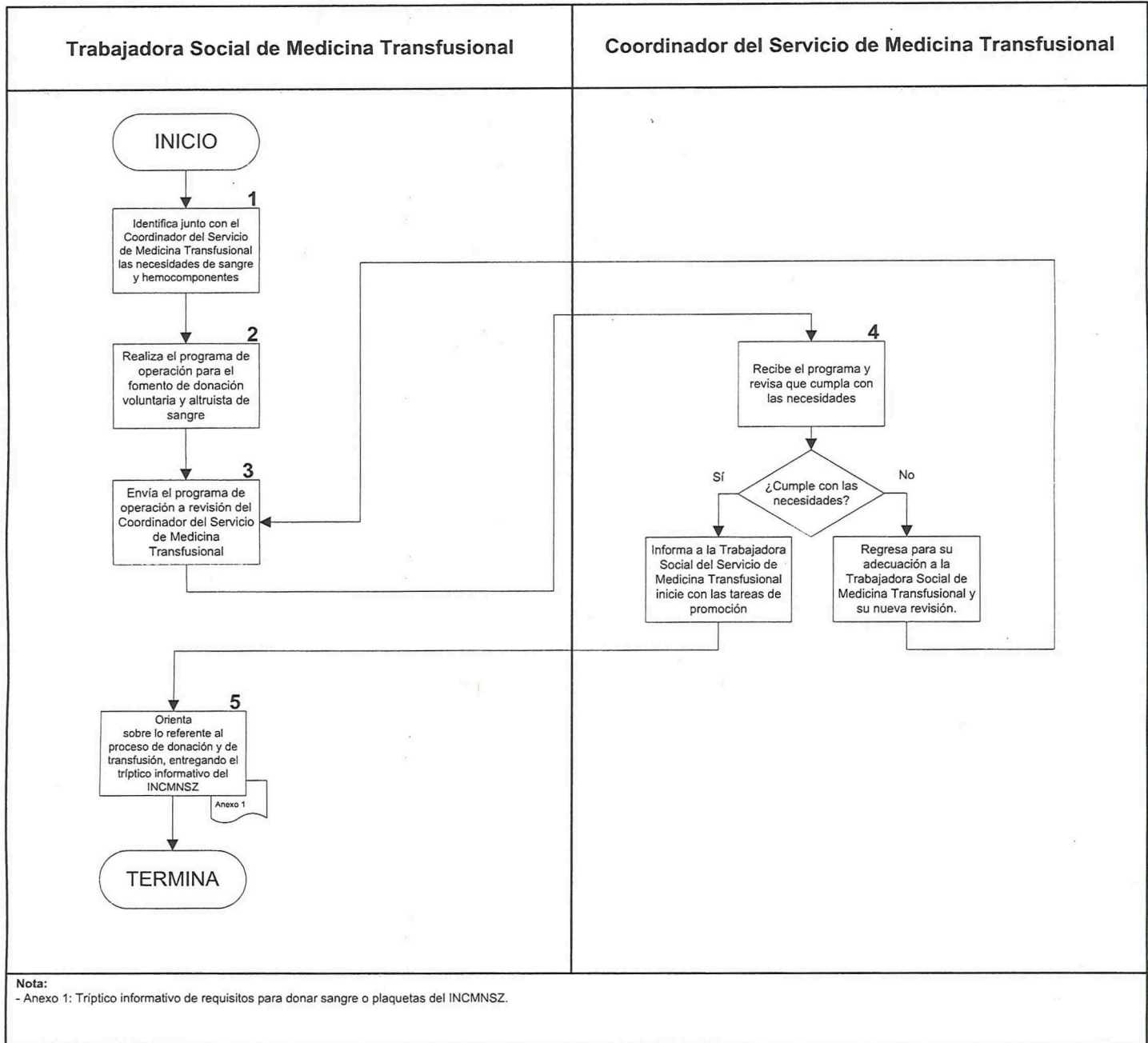
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 11

Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional	5	<p>Orienta (física o telefónicamente) de manera oportuna a las personas beneficiarias y su familia, sobre lo referente al proceso de donación y de transfusión, entregando el tríptico informativo de requisitos para donar sangre o plaquetas del INCMNSZ (<b>Anexo 1</b>) (<b>Política 9</b>)</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>
---	---	---




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 11

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARIA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 11

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Anexo 1 Tríptico informativo de requisitos para donar sangre o plaquetas del INCMNSZ	N/A	Persona beneficiaria	N/A



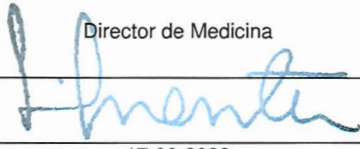
## 7.0 GLOSARIO



**7.1. Donación voluntaria:** Proceso permanente que se desarrolla para mantener vigente los conocimientos en un individuo, o bien para mantener vigentes los datos e información que se producen en una organización, con motivo de su operación, así como los contenidos de ediciones y documentos en general de la institución y de otros que provienen de diversas organizaciones y son utilizados para orientar o apoyar las propias acciones.

**7.2. Hemocomponentes:** Archivo de solo lectura hecho o transformado por medio del sistema adobe o nitro, con el cual el Departamento o Área Solicitante puede ver o imprimir el documento.

**7.3. Infecciones trasmisibles:** Gran parte de las enfermedades infecciosas son transmisibles, lo que significa que se pueden transmitir de una persona a otra. Dependiendo del organismo, la transmisión puede ser por contacto directo de un individuo infectado con otro no infectado a través de sus secreciones, su piel o sus mucosas, o de forma indirecta a través de la contaminación del aire, de un objeto inanimado o de un alimento que ha estado en contacto con la persona infectada. La gripe o el resfriado constituyen un buen ejemplo de estas enfermedades infecciosas. Otras enfermedades infecciosas no se transmiten de unos individuos a otros, sino que necesitan circunstancias especiales, por ejemplo, la malaria, que es transmitida por mosquitos portadores del parásito que causa la enfermedad.

**7.4. Plaquetas:** Las plaquetas, también conocidas como trombocitos, son células sanguíneas. Se forman en la médula ósea, un tejido similar a una esponja en sus huesos. Las plaquetas juegan un papel importante en la coagulación de la sangre. Normalmente, cuando uno de sus vasos sanguíneos se rompe, comienza a sangrar.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 11



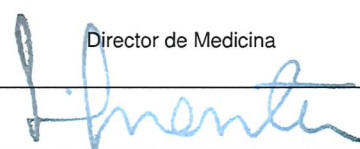
**7.5. Pruebas serológicas:** Prueba de Laboratorio para detectar anticuerpos u otras sustancias en una muestra de sangre. Los anticuerpos son proteínas que elabora el sistema inmunitario del cuerpo como respuesta a una sustancia o microorganismo extraño, como un virus. Con una prueba serológica se busca detectar ciertos anticuerpos para determinar si una persona se expuso o se infectó por un microorganismo infeccioso. A veces, se producen anticuerpos contra los tejidos del propio cuerpo y en ese caso, la prueba serológica se usa para determinar la presencia de estos anticuerpos y ayudar a diagnosticar ciertos trastornos del sistema inmunitario, como los trastornos autoinmunitarios y de inmunodeficiencia. Las pruebas serológicas también sirven para determinar el tipo de sangre o de tejido de una persona. También se llama análisis serológico.



## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente



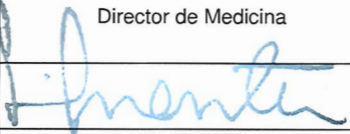
## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 11

## ANEXOS


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 11

**ANEXO 1: TRÍPTICO INFORMATIVO DE REQUISITOS PARA DONAR SANGRE O PLAQUETAS DEL INCMNSZ**

Puedes ser donador altruista o donador por reposición

El donador altruista es aquel que proporciona su sangre sin la intención de beneficiar a una persona en particular.



El donador de reposición es aquel que proporciona su sangre a favor de un paciente.

El tener sangre disponible permite que en caso de una urgencia todos los pacientes pueden contar con sangre de manera inmediata.

Recuerde que la sangre no se compra ni se vende, la única forma de obtenerla es mediante la donación.

En caso de hospitalización se requieren dos donadores; cirugía, hospitalización en urgencias o terapia intensiva se requieren tres donadores. Incluso si su paciente no ha requerido transfusión.

En caso de que su paciente haya sido transfundido, tenga un tipo de sangre poco frecuente [Ej. O negativo] o que su médico le indique que requiere transfusión de sangre o plaquetas previo a algún procedimiento pongáanse en contacto con el Banco de Sangre para que le demos indicaciones específicas.

"Le invitamos a ser un donador altruista y de repetición motivado por sus sentimientos humanitarios y de solidaridad sin esperar retribución"


**HORARIO**  
DONACIÓN DE SANGRE:  
Lunes a Sábado de 7:30 a 11:30 am

DONACIÓN DE PLAQUETAS:  
Lunes a Viernes de 7:00 a 9:30 am

Donadores: hombres y mujeres  
Preferencia: sin cita previa


Indicaciones: Sin limitaciones

Donaciones de reposición: Número limitado según la capacidad del servicio (preferentemente con cita previa)



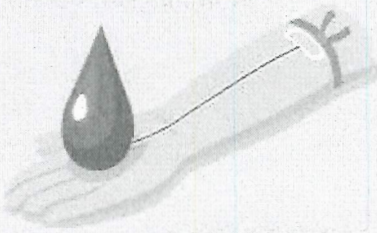
Mayores informes en el Banco de Sangre o al teléfono 5487-0900 Ext. 2976 Lunes a viernes 8:00 a 16:00 hrs Lic. Elisa Vilaseñor García Trabajadora Social Servicio Medicina Transfusional.

Domicilio: Calle Martín de la Cruz s/n Col. Belisario Domínguez CP 14080. Tlalpan. Acceso Directo Puerta No. 3.





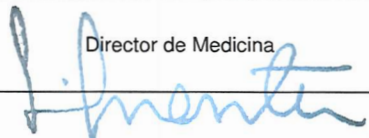
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**



**REQUISITOS PARA DONAR**



**SANGRE o PLAQUETAS**

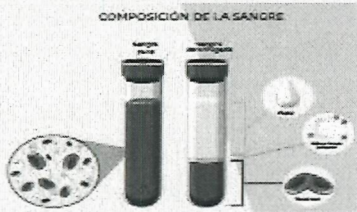
**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Promoción de Donación</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 11

### DONACIÓN DE SANGRE

La sangre es un tejido que contiene elementos imprescindibles para la vida, tales como: Plasma, Glóbulos Rojos, Glóbulos Blancos y Plaquetas.



**COMPOSICIÓN DE LA SANGRE**

Puedes donar:

- Sangre (cada dos meses)
- Plaquetas (cada quince días)


La donación de Sangre se realiza mediante una punción en la vena del pliegue del brazo; se extraen aproximadamente 450 mililitros.

La donación de plaquetas se hace a través de un aparato especial (máquina de aféresis) y el procedimiento dura entre 90 y 110 minutos.

Todos los insumos que se utilizamos son nuevos, estériles y desechables, de manera que es un procedimiento seguro y confiable.



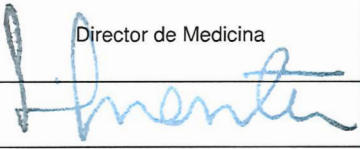
### ¿Cuáles son los requisitos?



- Tener ayuno de 6 horas, evite alimentos grasos uno o dos días antes de donar y **no tome bebidas alcohólicas** en los tres días previos a la donación.
- Puede tomar agua para mantenerte hidratado durante el proceso de donación.
- Tener entre 18 y 65 años y pesar más de 50kg.
- Se debe presentar con identificación oficial con foto.
- En caso de tener alguna enfermedad o tomar algún medicamento, comuníquese antes de acudir al número de atención para verificar si es apto. Actualmente la toma de algunos medicamentos y enfermedades no lo excluyen como candidato, siempre y cuando esté controlado.





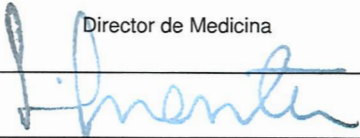
- Las vacunas para COVID 19 no lo excluyen de la donación. Para el caso de Cansino debe esperar 14 días. Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Sputnik, puede donar inmediatamente. Debe presentar su comprobante de vacuna, en caso contrario esperar 14 días.
- En caso de que tuviera enfermedad sospechosa o confirmada por COVID 19 debe esperar 14 días para acudir a donar, siempre y cuando este completamente recuperado.
- Su orientación sexual no lo excluye, ya que específicamente se evalúan las conductas sexuales de riesgo.
- En caso de que haya tenido algún embarazo o aborto reciente debe esperar 6 meses siempre y cuando no se encuentre amamantando (lactancia).
- La menstruación no le excluye de la donación.
- Con algunas vacunas debe esperar hasta un año, como es el caso de la vacuna para hepatitis B, rabia y varicela.
- Preséntese con cubrebocas y ropa cómoda.
- Cuando le realicen la historia clínica, debe ser honesto en sus respuestas ya que de eso depende la seguridad de la sangre.



CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 39

## 2. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA SANGRE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 39

## 1.0 PROPÓSITO

Obtener los productos sanguíneos de las personas donantes para su transfusión a las personas beneficiarias del Instituto, que requieren de estos hemocomponentes (concentrado eritrocitario, plaquetas, plasmas y crioprecipitados) con el fin de garantizar la autosuficiencia, cobertura universal y seguridad de la sangre y sus componentes.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en captar y obtener de las personas donantes, al Departamento de Laboratorio Central en realizar las pruebas serológicas de donantes, al Departamento de Infectología en la realizar pruebas de cargas virales.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a las personas donantes para la extracción de los hemocomponentes.



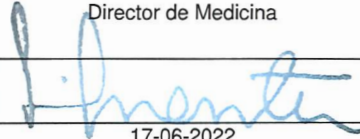
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



### GENERALES:

1. El Servicio de Medicina Transfusional, tiene un horario de atención de 07:30 am a 11:30 am de lunes a sábado, para el servicio de donación de sangre. Para la entrega de hemocomponentes el servicio es de las 24 hrs. los 365 días del año. Para realizar la plaquetaféresis es de lunes a viernes en horario de atención 07:30 am a 09:30 am.
2. Las servidoras y los servidores públicos del Servicio de Medicina Transfusional, accesan a las instalaciones del servicio mediante un sistema de acceso controlado de huella digital y de lectura de código de barras del gafete institucional.
3. Las servidoras y los servidores públicos del Departamento de Laboratorio Central realizan pruebas de serología para la detección de virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) 1 y 2, detección de sífilis, detección de enfermedad de Chagas. Los resultados de las pruebas son revisados por las y los servidores públicos del Servicio de Medicina Transfusional.

### DE LA RECEPCIÓN Y LA PROGRAMACIÓN DE PERSONAS DONANTES

4. Las personas donantes acuden a realizar el proceso de donación sin cita en un horario de 07:30 a 11:30 hrs. o solicitar cita, previo al proceso de donación vía telefónica o presencial.
5. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de asignar citas vía telefónica, el horario de atención de lunes a viernes de 8:00 am a 16:00 hrs. al teléfono 55 54 87 09 00 a la extensión 2976



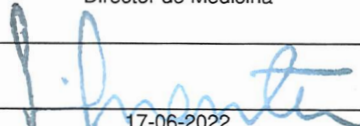
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 39

6. La Recepcionista de Donadores del Servicio de Medicina Transfusional es la responsable de asignar citas vía presencial en un horario de lunes a viernes de 08:00 a 13:30 h.
7. Los espacios de cita se asignan cada media hora a partir de las 07:30 am a las 11:30 am. de lunes a viernes se registra un máximo de 5 personas donantes cada 30 minutos; los sábados, se registran 8 personas donantes cada 30 minutos dando una tolerancia de 15 minutos posteriores al horario de cita.
8. El Servicio de Medicina Transfusional otorga atención de lunes a viernes a 30 personas donantes, cuando exista una Médica o un Médico Especialista de donadores y a 40 personas donantes cuando haya dos Médicas o Médicos Especialista de donadores. Los sábados se otorga atención a 60 personas donantes cuando haya dos Médicas o Médicos Especialista en donadores y a 40 personas donantes de haber un Médica o Médico Especialista de donantes. En el número total de donantes recibidos por día se contemplan personas con o sin cita. El número de personas donantes sin cita que se puede recibir cada día depende del número de personas donantes citados ese día, sin que rebase el límite de atención del Servicio. La única excepción con las personas donantes altruistas, los cuales no son considerados en la cantidad total designada por día y podrán recibirse siempre y cuando acudan dentro del horario establecido.

**DE LOS CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PERSONAS DONANTES DE SANGRE Y COMPONENTES:**

9. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de atender las solicitudes de informes a las personas donantes sobre el proceso de donación, en el servicio de Medicina Transfusional de manera presencial o vía telefónica al teléfono 54 87 09 00 ext. 2976, en un horario de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 hrs.
10. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de entregar el tríptico informativo de requisitos para donar sangre o plaquetas del INCMNSZ (**Anexo 1**) que contiene los requisitos de donación de conformidad a la Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico vigente.
11. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de informar a las personas donantes que del resultado de las pruebas más la valoración del Médico Especialista de Donantes o de la responsable del área Clínica, se obtienen los elementos que determinan la aprobación o rechazo de la donación. Asimismo, informa a las personas donantes sobre la importancia que tiene que la información que proporcionen sea correcta, honesta y completa, para la obtención de sangre segura y datos personales que apoyen para la información y seguimiento sobre resultados de los estudios serológicos además del conocimiento del nombre de la persona beneficiaria por la cual realiza la donación y el número de registro o expediente de este, para asignar su donación.
12. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de imprimir el listado de personas beneficiarias hospitalizadas y ambulatorios que hayan requerido transfusiones para determinar y dar un seguimiento de las personas donantes que realizarán la donación de sangre.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 39

13. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional, en caso de que exista una problemática social que imposibilite el cumplimiento del requerimiento, orienta y apoya a la persona beneficiaria y familiares en la búsqueda de alternativas que cubran las necesidades requeridas de la persona beneficiaria, así como necesidades del servicio de Medicina Transfusional para el adecuado abastecimiento de sangre y sus hemocomponentes.

**DE LA RECEPCIÓN DE LAS PERSONAS DONANTES:**




14. La recepcionista de Donadores es responsable de atender a las personas donantes en los horarios establecidos, que llegan como candidatos a donación de sangre, entregándoles la ficha del turno para las personas predonantes (**Anexo 2**) con número consecutivo, de conformidad a su hora de llegada y entregando también la información general para las personas donantes (**Anexo 3**) para que realicen la lectura de la misma y decidan si continúan con el proceso de donación, siempre y cuando cumplan con los requisitos de donación. Asimismo, entrega el aviso de privacidad simplificado del servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ (**Formato 1**) y el formato del consentimiento informado para la donación de sangre (**Formato 2**) ambos formatos para la lectura y posterior autorización. Únicamente se antepondrán a este orden, los donantes altruistas y los candidatos a donar que hayan sido diferidos por lipemia en días pasados.



15. La recepcionista de Donadores es la responsable de realizar la captura de datos personales de la persona donante en el sistema informático vigente y solicita la identificación con fotografía del predonante (identificación del Instituto Nacional Electoral, pasaporte, licencia de conducir o cartilla de servicio militar); excluyendo a quienes no se identifiquen y a aquellos cuyos rasgos fisonómicos no concuerden con los de la fotografía. Asimismo, realiza la impresión de la etiqueta de personas predonantes (**Anexo 4**) entregándosela para que corrobore la información contenida en la misma y que los datos estén escritos de manera correcta; en caso de que la persona predonante identifique algún error en los datos, informa a la recepcionista de Donadores para realizar la corrección.

16. La recepcionista de Donadores indica a la persona donante que espere en la sala del Servicio hasta que las y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología los llame para la revisión de venas y la toma de muestra de sangre para realizar la prueba de biometría hemática en el equipo automatizado.

**DE LA TOMA DE MUESTRAS DE LAS PERSONAS DONANTES:**

17. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología, al inicio de turno son responsables de procesar los controles de calidad del analizador a fin de verificar la funcionalidad del mismo, antes de procesar las muestras de las personas predonantes y preparar el material (aguja estéril y camisa de seguridad para toma y recolección de muestras de sangre).


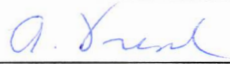

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 39

18. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología, llaman por turno a la persona predonante en el área de toma de muestras y les informan sobre el proceso de la toma de muestras y solicitando la etiqueta de personas predonantes (**Anexo 4**) para realizar una segunda verificación de datos; una vez que corrobora los datos, coloca la etiqueta en el tubo con tapón morado para toma de muestra sanguínea de biometría hemática.
19. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología al momento de realizar la toma de muestras, son responsables de identificar a la persona predonante que presenten uno de los siguientes motivos de exclusión:
- Que tenga venas inadecuadas para el procedimiento de donación.
  - Que presente algún tipo de lesión en la zona de la toma de muestra del brazo.
  - Que presente un peso menor a 50 kg.
  - Que en el momento de la toma de muestra presente lipotimias (mareo, náusea o palidez facial).
20. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de informar al Médico Especialista de Donantes y el responsable del área Clínica sobre los casos de rechazo de las personas predonantes para que realicen el diferimiento en el sistema informático vigente.
21. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología, revisan que las venas sean adecuadas para la toma de muestra y donación. Tratándose de que exista duda del calibre de las venas, solicita la valoración de las y los Enfermeros Especialistas de Medicina Transfusional.
22. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología realizan la toma de la muestra, colocando la banda elástica donde se hizo la punción y envían al predonante a la sala de espera del Servicio. Una vez que concluyen con la toma de muestras desechan el material utilizado de conformidad al manual de Procedimientos para el Manejo de Residuos de Tipo Químico y Biológico Infeccioso, de Manejo Especial y Urbano del Instituto.
23. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología colocan el tubo de la muestra para realizar la biometría hemática en el mezclador de muestras y procesa en el analizador de hematología, obteniendo el resultado de la muestra; dicho resultado se visualiza mediante la interfaz del sistema de hemovigilancia.




#### DE LA REVISIÓN MÉDICA A LAS PERSONAS PREDONANTES:



24. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica, llaman por turno a los predonantes en el consultorio del Servicio a fin de realizar la evaluación física y clínica basándose en NOM-253-SSA1-2012 y en la Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico vigente. Únicamente se antepondrán a este orden, los donantes altruistas y los candidatos a donar que hayan sido diferidos por lipemia en días pasados.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 39




25. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica son responsables de explicar el contenido de la NOM-253-SSA1-2012 referente a información a los donantes de sangre y de componentes sanguíneos (Apartado 5.2 de la NOM- 253-SSA1-2012). Asimismo, explica detalladamente y en un lenguaje sencillo a la población donante sobre el proceso de donación de plaquetas haciendo énfasis en el tiempo requerido en la donación.
26. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica son responsables de realizar una breve historia clínica, con exploración clínica y física haciendo énfasis en preguntas de enfermedades y/o cirugías que hayan padecido, medicamentos que estén tomando y actividades que conlleven un riesgo de transmitir enfermedades por la transfusión de sangre. Asimismo, realiza la toma de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) y registro del peso de la persona predonante, registrando en la historia clínica del sistema informático vigente (siv) **(Anexo 5)**.
27. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica son responsables de revisar en el sistema informático vigente el resultado de la biometría hemática a fin de valorar si la persona predonante es apta para la realizar la donación, identificando que se encuentre dentro de los parámetros establecidos en la Guía Nacional de Criterios para la Selección de Donantes de Sangre y sus Componentes Sanguíneos para el Uso Terapéutico vigente.
28. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica, son responsables de asignar el número de donante único en el sistema electrónico vigente una vez concluida la valoración Médica. Asimismo, imprimen la historia clínica y las etiquetas de donación siguientes:
- Etiqueta de autoexclusión para identificar si la sangre obtenida es segura **(Formato 3)**
  - Etiqueta de sangre total para identificar la bolsa donde se colecta la sangre total. **(Anexo 6)**
  - Etiqueta de concentrado eritrocitario para identificar la bolsa del fraccionado de concentrado eritrocitario. **(Anexo 7)**
  - Etiqueta de plasma fresco para identificar la bolsa del fraccionado de concentrado de plasma fresco. **(Anexo 8)**
  - Etiqueta de concentrado plaquetario para identificar la bolsa del fraccionado del concentrado plaquetario. **(Anexo 9)**
  - Etiquetas (3) para muestra en tubo tapón rojo (2) y tubo tapón amarillo (1) para las pruebas de serología. **(Anexo 10)**
29. El Médico Especialista de Donantes y La Responsable del área Clínica son responsables de solicitar a la persona predonante el aviso privacidad y el consentimiento informado **(Formatos 1 y 2)** con las firmas correspondientes y las entregan junto con la historia clínica **(Anexo 5)** y las etiquetas **(Anexos 6, 7, 8, 9 y 10)** a los y las Enfermeras Especialistas de Medicina Transfusional. Asimismo, indican a la persona donante que pase al área de flebotomía.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 39

#### DE LA FLEBOTOMÍA A LAS PERSONAS DONANTES:

30. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de realizar la identificación correcta de la persona donante por nombre completo aplicando la acción esencial número 1 (identificación de la persona beneficiaria) y de realizar el tiempo fuera cotejando que las etiqueta de la bolsa cuádruple y tubos sean coincidentes.
31. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de recibir a la persona donante con la historia clínica, el aviso de privacidad, el consentimiento informado (**Formatos 1 y 2**) y las etiquetas (**Anexos 6, 7, 8, 9 y 10**), las cuales son colocadas en cada una de las bolsas cuádruples, dando la indicación de recostarse en un reposet al donante mientras verifica que los datos de las etiquetas correspondan con los datos que proporcione la persona donante.
32. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de informar a la persona donante sobre el procedimiento de flebotomía, dando las siguientes indicaciones:
- No cruzar las piernas durante el tiempo que dure la donación.
  - No tocar la zona en la cual se realizó la antisepsia en el brazo elegido para la punción.
  - No doblar el brazo ni moverse bruscamente para no lastimar la zona puncionada.
  - Evitar contestar el teléfono celular para no ocasionar un movimiento involuntario y lastimar la zona de la punción.
33. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de realizar la flebotomía de conformidad al manual de procedimientos técnicos. La flebotomía dura aproximadamente de 7 a 10 minutos.
34. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de cumplir con las medidas de seguridad e higiene antes, durante y después del proceso de flebotomía, de conformidad al manual de procedimientos técnicos del Servicio y a las acciones esenciales para la seguridad del paciente siguientes:
- Mantener en observación constante a la persona donante, así como a la zona de punción y que la bolsa recolectora se encuentre en constante agitación.
  - Vigilar a la persona donante durante todo el proceso de donación a fin de detectar a tiempo un evento adverso, conforme a la acción esencial No. 7. (registro y análisis de evento adverso).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 39

- c. Si la persona donante presenta algún evento adverso, suspender inmediatamente el procedimiento, identificar el evento adverso que está presentando, dependiendo del tipo de evento se realizan las acciones de enfermería correspondientes, se pide apoyo de la Médica o Médico Especialista de Donantes y/o a la Responsable del área Clínica que estén presentes informando sobre la urgencia, ellos valoran el caso, dando las indicaciones a realizar por el personal de enfermería, con seguimiento estrecho de vigilancia hasta la alta de la persona donante.

35. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de realizar la obtención de la unidad mediante punción única, en caso de punción fallida, no se intenta otra punción con el mismo equipo de recolección. Puede efectuar un segundo intento siempre y cuando se emplee un equipo nuevo y la persona donante autorice. Excepcionalmente cuando no obtenga la unidad, la donación es de igual forma validada para fines de trámite de la persona beneficiaria. Es fundamental que se realice una punción limpia y única para la obtención de una unidad completa de calidad sin formación de coágulos.

#### DE LA AUTOEXCLUSIÓN DE LA PERSONA DONANTE:



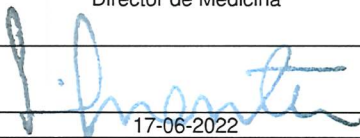
36. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de entregar el talón de autoexclusión (**Anexo 11**) adhiriendo la etiqueta de autoexclusión (**Formato 3**) en el momento en que termina la donación, para que la persona donante realice la lectura del mismo y marque con una X o ✓ en la etiqueta de autoexclusión si su sangre se puede utilizar o no se puede utilizar debido a factores de riesgos que están en duda.



37. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de indicar a la persona donante que inserte en el buzón el talón de autoexclusión una vez que determina la seguridad de su sangre donada.

38. La recepcionista de Donadores es la responsable de recolectar los talones de autoexclusión diariamente, terminado el horario de donación y los adjunta al impreso de la historia clínica (**Anexo 5**) de la persona donante. Asimismo, ingresa en sistema informático vigente el estatus de sangre segura, cotejando con los talones de autoexclusión.

39. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de realizar el destino final de las unidades de sangre en caso de que ocurra los casos siguientes en el talón de autoexclusión (**Anexo 11**):



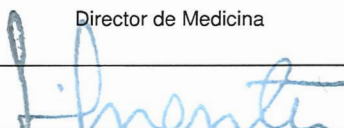
- Que la persona donante conteste que no considera adecuada su sangre para uso terapéutico.
- Que la respuesta de la persona donante sea ambigua.
- En caso de que se extravíe el talón de autoexclusión (**Anexo 11**).



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 39

**DEL EGRESO DE LAS PERSONAS DONANTES:**



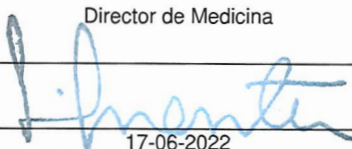
40. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de verificar que la persona donante se encuentre en condiciones estables de salud posterior a la donación, solicitándole que se reincorpore del reposet y que acuda al comedor del Servicio. El reposo es de 5 a 10 minutos y se le ofrece un refrigerio para reponer líquido y eliminar el ayuno solicitado.
41. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de dar las indicaciones siguientes a la persona donante, posteriores a la donación:
- Que permanezca en el sillón aproximadamente 10 min.
  - Que se puede retirar el vendaje elástico transcurridos 30 min.
  - Que se levante del reposet en el momento que se le indique.
  - Que tome suficiente líquido durante el día.
  - Que evite fumar y tomar bebidas alcohólicas las 24 horas siguientes a la donación.
  - Que no realice esfuerzo o ejercicio físico las 24 horas siguientes a la donación.
  - Que en caso de requerir subir escaleras, lo realice de forma lenta y apoyándose del barandal.
42. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de indicar a las personas beneficiarias que acudan al comedor del Servicio de Medicina Transfusional a tomar el refrigerio, el cual consta de jugo, fruta, gelatina y torta o sándwich con proteína como reemplazo calórico y de volumen.
43. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de solicitar a la persona donante que respondan el talón de autoexclusión (**Anexo 11**) y lo depositen en el buzón de autoexclusión.
44. La Recepcionista de Donadores es responsable de entregar a las personas donantes el comprobante de donación (**Anexo 12**) indicándoles que pueden recoger los resultados de los exámenes que se les realizaron en un periodo de 8 días hábiles posteriores al día de la donación en un horario de lunes a viernes de 11:00 a 13:00 h. y hasta por un período máximo de 3 meses posteriores a la donación.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 39




#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista de Donadores	1	Recibe a las personas donantes en los horarios establecidos ( <b>Política 1</b> ) entregándoles la ficha del turno para las personas predonantes ( <b>Anexo 2</b> ), el aviso de privacidad simplificado del Servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ ( <b>Formato 1</b> ) y el formato del consentimiento informado para la donación de sangre ( <b>Formato 2</b> ) para su lectura.
Recepcionista de Donadores	2	Realiza la captura de datos personales de la persona donante en el sistema informático vigente y solicita la identificación verificando que ésta coincida con los rasgos fisonómicos.  ¿Coinciden los rasgos?  No: Informa a la persona donante la necesidad de que coincida la fotografía o que un familiar lo reconozca.  Sí: Realiza la impresión de la etiqueta de personas predonantes ( <b>Anexo 4</b> ).
Recepcionista de Donadores	3	Entrega la etiqueta de personas predonantes ( <b>Anexo 4</b> ) a la persona predonante para que corrobore sus datos, además le indica que esperen en la sala del Servicio hasta ser llamado.
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	4	Llaman por turno a la persona predonante en el área de toma de muestras y les informan sobre el proceso de la toma de muestras, solicitando la etiqueta de personas predonantes ( <b>Anexo 4</b> ) ( <b>Política 18</b> )
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	5	Verifican que la persona predonante no presente algún motivo de exclusión. ( <b>Política 19</b> )  ¿Presenta algún motivo de exclusión?  No: Realizan la toma de la muestra.  Sí: Informan al Médico Especialista de Donantes y el Responsable del área Clínica sobre los casos de rechazo de las personas predonantes para que realicen el diferimiento en el sistema informático vigente. ( <b>Política 20</b> )

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



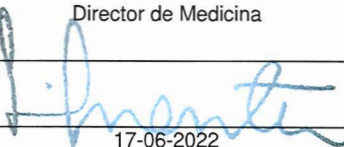
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 39

Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	6	Colocan el tubo de la muestra para realizar la biometría hemática en el mezclador de muestras y procesa en el analizador de hematología, obteniendo el resultado de la muestra e indican a la persona predonante que espere ser llamado por el Médico Especialista de Donantes o por el Responsable del área Clínica.
Médica o Médico Especialista de Donantes y Responsable del área Clínica	7	Llaman por turno a los predonantes en el consultorio del Servicio y realizan la evaluación física y clínica considerando el resultado de la biometría hemática y determinando si son aptos para realizar la donación. <b>(Políticas 24 a la 27)</b>  ¿Son aptos para realizar la donación?  No: Explican la causa del diferimiento o exclusión de la persona predonante.  Sí: Asignan el número de donante único en el sistema electrónico vigente e imprimen las etiquetas correspondientes <b>(Anexos 4, 6, 7, 8, 9,10)</b> y la historia clínica <b>(Anexo 5)</b> y solicitan la firma en el consentimiento informado <b>(Formato 1)</b> y en el aviso de privacidad <b>(Formato 2)</b> . <b>(Política 28)</b>
Médica o Médico Especialista de Donantes y Responsable del área Clínica	8	Trasladan a la persona donante al área de sangrado y los presentan con Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional que realizaran el procedimiento. <b>(Política 31)</b>
Enfermeras y Enfermeros Especialistas de Medicina Transfusional	9	Realizan el procedimiento de flebotomía de conformidad a la técnica establecida. <b>(Política 32)</b>
Médica o Médico Especialista de Donantes y Responsable del área Clínica	10	Vigilan a la persona donante y le preguntan si tiene alguna sintomatología.  ¿Existe sintomatología?  No: Continúan el procedimiento hasta su culminación.  Sí: Atienden inmediatamente la eventualidad hasta estabilizar a la persona beneficiaria o dar por concluido el proceso, según sintomatología.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 39

Enfermeras y Enfermeros Especialistas	11	Informan al Responsable del Área Clínica y la Médica o el Médico Especialista de Donadores del progreso del proceso de donación.
Médica o Médico Especialista de Donantes y Responsable del área Clínica	12	Realizan un chequeo a la persona donante al finalizar el procedimiento a fin de determinar que se encuentre estable.  ¿Se encuentra estable?  No: Informa a la Responsable del Área Clínica y la Médica o el Médico Especialista de Donadores para su atención hasta que se estabilice.  Sí: Da las indicaciones posteriores a la donación.
Enfermeras y Enfermeros Especialistas	13	Indican a la persona donante que pase a tomar su refrigerio al comedor del Servicio y da de alta del Servicio a la persona donante, solicitando que respondan en la etiqueta de autoexclusión ( <b>Formato 3</b> ), lo peguen en el talón de autoexclusión ( <b>Anexo 11</b> ) y lo depositen en el buzón correspondiente.
Recepcionista de Donadores	14	Entrega a las personas donantes el comprobante de donación ( <b>Anexo 12</b> ) indicándoles que pueden recoger los resultados de los exámenes que se les realizaron.  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

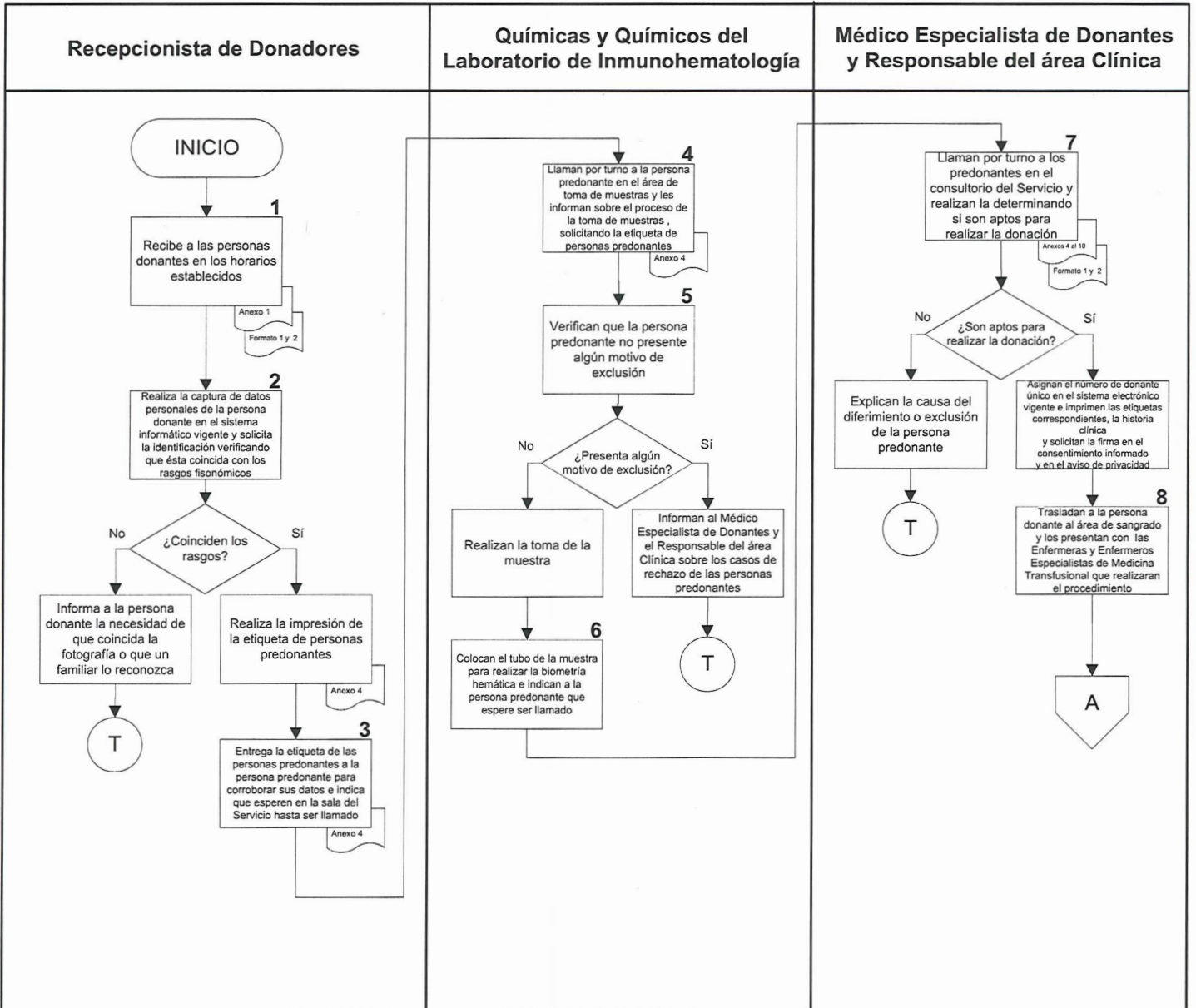


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**Servicio de Medicina Transfusional**  
**2. Procedimiento Para Obtener la Sangre**



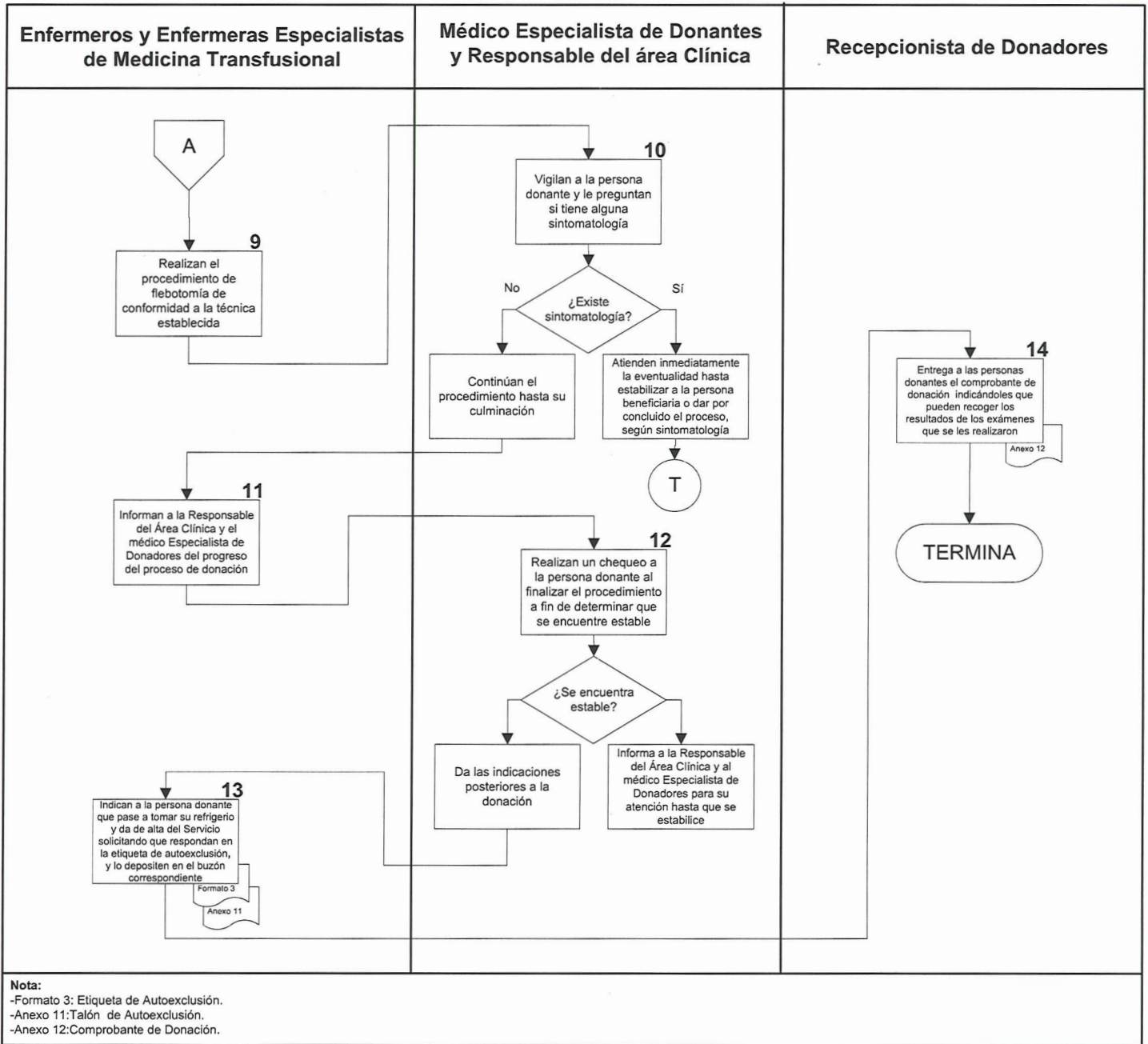
**CÓDIGO:**  
M.P./0.2.3.0.1  
**REV:** 01  
**HOJA:** 13  
**DE:** 39

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**





**Nota:** -Formato 1: Aviso de Privacidad Simplificado del Servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ. -Anexo 6: Etiqueta de Sangre Total  
 -Formato 2: Consentimiento Informado. -Anexo 7: Etiqueta de Concentrado Eritrocitario  
 -Anexo 1: Tríptico Informativo de Donaciones de Sangre o Plaquetas del INCMNSZ. -Anexo 8: Etiqueta de Plasma Fresco  
 -Anexo 4: Etiqueta de Persona Predonante -Anexo 9: Etiqueta de Concentrado Plaquetario  
 -Anexo 5: Historia Clínica -Anexo 10: Etiqueta para Muestras

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	10-06-2022	10-06-2022	10-06-2022



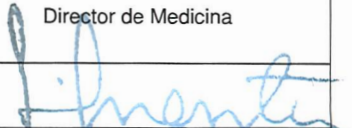




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	<small>Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales</small>	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	10-06-2022	10-06-2022	10-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 39

## 6.0 REGISTRO



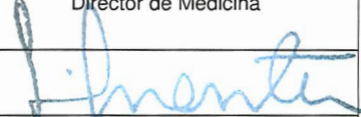
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Aviso de privacidad simplificado del servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Formato 2 Consentimiento informado	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Formato 3 Etiqueta de autoexclusión	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 1 Tríptico informativo de donación de sangre o plaquetas del INCMNSZ	N/A	Persona beneficiaria	N/A
Anexo 2 Ficha del turno para las personas predonantes	N/A	Persona beneficiaria	N/A
Anexo 3 Información general para las personas donantes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 4 Etiqueta de persona predonante	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 5 Historia clínica	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 6 Etiqueta de sangre total	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 7 Etiqueta de concentrado eritrocitario	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 8 Etiqueta de plasma fresco	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 9 Etiqueta de concentrado plaquetario	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 10 Etiquetas para muestra	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 11 Talón de autoexclusión	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 12 Comprobante de donación	N/A	Persona beneficiaria	N/A



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 39

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Autoexclusión:** Determinación de la persona donante, si después de contestar unas sencillas preguntas sobre su estilo de vida y prácticas sexuales, decide que su sangre no es apta para ser donada, la Médica o el Médico detecta ambigüedad en sus respuestas, ésta se desechará de acuerdo con lo que establece la normatividad vigente.
- 7.2. Concentrado eritrocitario:** Es el componente obtenido por remoción de una parte del plasma de sangre total (ST) que contiene mayoritariamente eritrocitos.
- 7.3. Concentrado plaquetario:** Un concentrado plaquetario contiene todas las plaquetas de una unidad de sangre total en 50 cc de volumen. La aféresis plaquetaria es obtenida de un solo donador por medio de un separador celular y contiene una concentración plaquetaria equivalente de 6 a 8 unidades de concentrados plaquetarios.
- 7.4. Diferimiento:** Cuando una persona donante es diferido cuando al llenar la encuesta y realizarle la entrevista y examen físico por parte del profesional Bacteriólogo, de Enfermería o Médico, se encuentra que no es apto para donar, estos donantes serán aconsejados y orientados a los servicios de atención en salud, en caso de ser necesario
- 7.5. Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente. incidente hacia un daño al paciente. desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- 7.6. Persona donante:** Persona que, por sus características es idónea para realizar la donación de sangre o hemocomponentes.
- 7.7. Persona predonante:** Persona que aún no es aceptada como persona donante.
- 7.8. Plaquetaféresis:** Extracción de sangre de la persona donante hacia una máquina que separa la sangre en sus componentes, separa las plaquetas devolviendo el resto de la sangre a la persona donante.
- 7.9. Pruebas de serología:** Prueba de Laboratorio para detectar anticuerpos u otras sustancias en una muestra de sangre. Los anticuerpos son proteínas que elabora el sistema inmunitario del cuerpo como respuesta a una sustancia o microorganismo extraño, como un virus.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 39

**7.10. Hemocomponentes:** Conjunto de elementos que integran la sangre; destacando los glóbulos rojos (eritrocitos), plaquetas, plasma y crioprecipitado.

**7.11. Hemovigilancia:** conjunto de procedimientos organizados de vigilancia relativos a los efectos y reacciones adversas o inesperadas que pueden producirse a lo largo de toda la cadena transfusional, desde la extracción de sangre y componentes sanguíneos hasta el seguimiento de los receptores, todo ello con el objetivo de prevenir y tratar su aparición o recurrencia.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



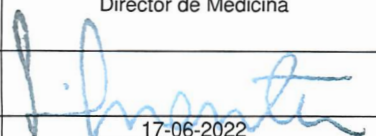
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente



## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

**FORMATO 9.1: AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL DEL INCMNSZ**

**No. CONCEPTO**  
1 NOMBRE Y FIRMA

**SE ANOTARÁ**  
Nombre completo, apellido paterno y materno y firma de la persona donante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 39



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

El Servicio de Medicina Transfusional del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), con domicilio en Av. Vasco de Quiroga, No. 15, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Código Postal 14080, en la Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione para el proceso de donación de sangre y sus derivados, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Públicos y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Qué datos personales se recaban y para qué finalidad?**

Los datos personales recabados son Nombre completo, correo electrónico, fecha de nacimiento, edad, firma o huella digital, sexo, estatura, peso, talla, costumbre, origen étnico o racial, ascendencia, creencias filosóficas o morales, idioma o dialecto, números telefónicos, domicilio, escolaridad, ocupación, estado de salud presente o pasado (discapacidades, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, vacunas, toxiconos, etc.), historial clínico (alergias, enfermedades incapacitantes, diagnósticos médicos, etc.), tipo de sangre y otros datos personales, los cuales serán tratados con la finalidad de acreditar su identidad, para efectuar el proceso de donación de sangre y sus derivados, realizar pruebas serológicas y analíticas, registros, estadísticas, investigación y otros fines de salud.

Con relación a los datos personales que proporcionó a otras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del titular de que se recaban, en la presente entrega.

**¿Con quién compartimos su información y para qué fines?**

Se informa que el Servicio de Medicina Transfusional realiza transferencias de datos personales, con las siguientes Instituciones:



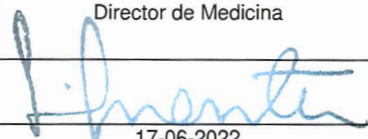
Destinatario de los Datos Personales	Finalidad
Instituciones de Salud	Otorgar apoyo interinstitucional de hemocomponentes.
La Jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud de la CDMX	Para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios.



Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en la siguiente dirección electrónica: <https://www.incmnsz.mx/openctms/contenido/serviciosclinicos/medicinaTransfusional/objetivo.html> o bien de manera presencial en las instalaciones del Instituto, con domicilio en Av. Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México, directamente en el Servicio de Medicina Transfusional, ubicada en el edificio denominado Unidad de Apoyo al Paciente Ambulatorio Gonzalo Río Almonte primer piso.

Fecha de actualización: 25 de marzo de 2022.

1




\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 39

**FORMATO 9.2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	A	Día en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
2	de	Mes en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
3	del	Año en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
4	Nombre del Donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento de la persona donante.
6	Edad	Edad de la persona donante.
7	Sexo	Sexo de la persona donante.
8	Estado civil	Estado civil de la persona donante.
9	Ocupación	Ocupación de la persona donante.
10	Domicilio	Domicilio completo de la persona donante.
11	Su donación es:	Elegir con una X si la donación es: Altruista Dirigida Regular Repetición Familiar o de Repetición
12	Usted donará	Elegir con una X el producto a donar: Plasma Eritrocitos por aféresis Plaquetas por aféresis Sangre total
13	Yo	Nombre completo de la persona donante.
14	Firma del Donante	Firma de la persona donante.
15	Nombre y Firma del Médico Informante	Nombre y firma del la Médica o del Médico Especialista de Donadores o de La Responsable del Área Clínica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</b>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 39



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**  
Código de establecimiento: 06-02-10-07  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
Licencia Sanitaria: 2014008678  
Avenida Vasco de Quiroga 15, Colonia Delirario Dominguez, Seccion XVI, Alameda Tlalpan CP 14080, Ciudad de Mexico

**INCMSZ** **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACION DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES**

Artículo 320, 322, 323 fracción II, 314, fracciones IV, VI y XII B), de la Ley General de Salud; y los numerales 2.2, 2.3.1, 2.3, 2.3.1 y 2.3.2 de la de la Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.



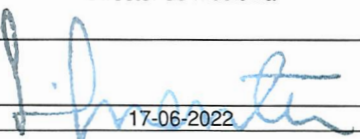
Tlalpan, Ciudad de Mexico, a 1 de 2 del 3



Nombre del Donador: <b>4</b>		Fecha de Nacimiento: <b>5</b>	
Edad: <b>6</b>	Sexo: <b>7</b>	Estado Civil: <b>8</b>	Ocupación: <b>9</b>
Domicilio: <b>10</b>			

Este Documento contiene información para que Usted autorice la Donación de su sangre y/o componentes y conozca los objetivos del acto de disposición, beneficios y posibles riesgos para el donante y para el receptor.

Su Donación es <b>11</b>	Altruista	Dirigida	Regular	Repetición	Familiar o de Repetición
Usted donará <b>12</b>	Plasma	Eritrocitos por aféresis	Plaquetas por aféresis	Sangre Total	

- Donar sangre es muy sencillo. Es un acto profundamente humanitario cuyo principal objetivo es contribuir a mejorar la salud e incluso salvar la vida de una o más personas al proporcionarles células de la sangre o sustancias del plasma que necesitan.
- El proceso de donación consiste en los siguientes pasos:
  - Registro.** Se registrarán en nuestros archivos electrónicos su fotografía y datos personales. Se verificará su identidad con una credencial oficial.
  - Análisis de su sangre.** Serán tomadas muestras de sangre para comprobar que no está anémico conocer su Grupo de sangre y para la detección de enfermedades transmisibles por la transfusión de sangre.
  - Revisión médica.** El médico lo examinará únicamente para verificar que usted se encuentra en condiciones adecuadas de salud para donar.
  - Donación de sangre.** Se realizará en el área de la región y se puncionará una vena de alguno de sus brazos. Su sangre fluirá a la bomba colectora situada en una mezcladora que la moverá suavemente para evitar que la sangre se coagule. Al mantenerse el volumen predeterminado de aproximadamente 480 mm (menos de medio litro) cesará el flujo y habrá un sonido que indica que se ha cerrado automáticamente la línea y que es imposible mayor salida de su sangre. La duración de la recolección es de 7-10 minutos aproximadamente.
  - Donación por Aféresis.** En la donación selectiva de componentes de la sangre (plaquetas, glóbulos rojos o plasma) ésta fluirá hacia la máquina de aféresis, que a través de un circuito cerrado estéril de tuberías, separará únicamente el componente deseado y devuelve a su cuerpo los demás componentes. El volumen colectado varía de acuerdo al componente que se desea obtener y al peso del donante, pero aproximadamente es entre 250 a 500 ml. La duración aproximada del procedimiento es para plaquetas 90-110 min y para glóbulos rojos 20-30 minutos. Para la realización de este procedimiento es necesario la canalización de una o dos venas periféricas del antebrazo.
  - Reposo y Refrigerio.** Reposará de 5 a 10 minutos y se le ofrecerá un refrigerio con jugo o café.
- La donación de sangre o sus componentes es un procedimiento completamente seguro. El material que se utiliza, en cada donador, es nuevo, estéril, de uso único y desechable. No hay riesgo de adquirir infección o enfermedad alguna por donar sangre o sus componentes. Puede presentarse un moreton en el sitio de la punción que desaparece en pocos días. Es poco frecuente que algunos donantes de sangre experimenten mareos, náuseas, zumbido de oídos, visión borrosa sensaciones de calor, hormigueo o de vacío en la boca del estómago; estos síntomas ocurren en personas que al donar o ver la sangre se ponen muy nerviosas. No obstante, los síntomas desaparecen rápido si se recuesta inmediatamente. La pérdida del conocimiento o desmayos son muy raros y son atendidos de inmediato por los médicos del servicio; en estos casos a veces es necesario infundir por vía intravenosa solución salina y/o con dextrosa para estabilizar la presión arterial,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 39

la frecuencia cardíaca y mejorar sus síntomas. La infusión de soluciones prácticamente carece de riesgos, se realiza en un lapso de 15-25 minutos. La donación por aféresis puede ocasionar sensación de hormigueo, en labios, dedos de las manos, sensación de rigidez de éstas o a veces de la mandíbula que desaparecen con calcio proporcionado a través de tabletas o raramente de manera intravenosa. Por ser un electrolito natural en el cuerpo no hay reacciones secundarias. Los medicamentos o soluciones para restaurar la estabilidad clínica no tienen costo alguno.

- Su sangre será analizada para detección del VIH/SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis y Enfermedad de Chagas. Si alguna de estas pruebas resultase anormal se le notificará, de manera confidencial, la necesidad de tomarle nuevas muestras para verificar la veracidad de los resultados.
- Su sangre será fraccionada en glóbulos rojos, plaquetas y plasma que podrán emplearse en distintos receptores, si las pruebas anteriores resultan sin anomalías. De lo contrario los componentes fraccionados de su sangre no se utilizarán, es decir, se les dará destino final.
- En las siguientes 12 horas después de la donación es recomendable que beba abundantes líquidos, que evite fumar y beber alcohol, que evite ejercicios extenuantes y/o actividades y prácticas peligrosas como alpinismo, buceo, natación, deportes aéreos, manejar maquinaria peligrosa, conducir aviones, trabajar en andamios etc.

Yo, \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_




**DECLARO QUE:**



- RECIBÍ INFORMACIÓN sobre el proceso de donación de Sangre Completa y/o alguno de sus componentes (Plaquetas, glóbulos rojos o plasma) y de los posibles efectos secundarios que puedo presentar en relación a la donación.
- AUTORIZO, en caso de presentar alguna complicación durante el procedimiento que se tomen las medidas que sean necesarias.
- AUTORIZO, se realicen las pruebas de laboratorio en mi sangre para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de las hepatitis B, C y otros agentes transmisibles.
- RECIBÍ INFORMACIÓN de que podría ser requerida la toma de otra muestra de sangre, en caso de que alguno de los análisis de mi sangre resultase anormal.
- EL MÉDICO que dirige este consentimiento me ha aclarado MIS DUDAS con respecto a este documento.

**DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:**

- Donar voluntariamente mi sangre y/o alguno de sus componentes.
- Autorizo a que se transfunda mi sangre completa o fraccionada al enfermo o enfermos que la necesiten.

\_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_  
Firma del Donante Nombre y Firma del Médico Informante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 39

**FORMATO 9.3: ETIQUETA DE AUTOEXCLUSIÓN**

No. **CONCEPTO**  
1 MI SANGRE

**SE ANOTARÁ**

Elegir con una X si la sangre de la persona donante:

SI ES SEGURA

NO ES SEGURA



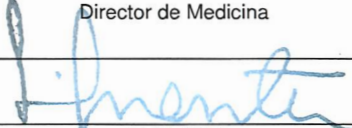
Servicio de Medicina Transfusional, INCMNSZ  
DESPUÉS DE HABER DONADO, DEPOSITALO EN EL BUZÓN



MI SANGRE: SI ES SEGURA

NO ES SEGURA




DONANTE: \_\_\_\_\_ ID Donante: \_\_\_\_\_



CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 39

## ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 39

**ANEXO 1: TRÍPTICO INFORMATIVO DE REQUISITOS PARA DONAR SANGRE O PLAQUETAS DEL INCMNSZ**

Puedes ser donador altruista o donador por reposición

El donador altruista es aquel que proporciona su sangre sin la intención de beneficiar a una persona en particular.



El donador de reposición es aquel que proporciona su sangre a favor de un paciente.

El tener sangre disponible permite que en caso de una urgencia todos los pacientes pueden contar con sangre de manera inmediata.

Recuerde que la sangre no se compra ni se vende, la única forma de obtenerla es mediante la donación.

En caso de hospitalización se requieren dos donadores; cirugía, hospitalización en urgencias o terapia intensiva se requieren tres donadores. Incluso si su paciente no ha requerido transfusión.

En caso de que su paciente haya sido transfundido, tenga un tipo de sangre poco frecuente [Ej. O negativo] o que su médico le indique que requiere transfusión de sangre o plaquetas previo a algún procedimiento pongáse en contacto con el Banco de Sangre para que le demos indicaciones específicas.

"Le invitamos a ser un donador altruista y de repetición motivado por sus sentimientos humanitarios y de solidaridad sin esperar retribución"

**HORARIO**  
**DONACIÓN DE SANGRE:**  
Lunes a Sábado de 7:30 a 1:30 pm  
**DONACIÓN DE PLAQUETAS:**  
Lunes a Viernes de 7:30 a 1:30 pm


Donadores de sangre: Sin limitaciones  
 Preferentemente con cita previa

Donadores de plaquetas: Sin limitaciones  
 Preferentemente con cita previa



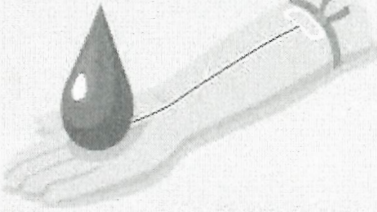
Mayores informes en el Banco de Sangre o al teléfono 5487-0900 Ext. 2976 Lunes a viernes 8:00 a 16:00 hrs Lic. Elisa Villaseñor García Trabajadora Social Servicio Medicina Transfusional.

Domicilio: Calle Martín de la Cruz s/n Col. Belisario Domínguez CP 14080. Tlalpan. Acceso Directo Puerta No. 3.





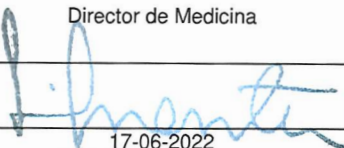
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**REQUISITOS PARA DONAR**



**SANGRE o PLAQUETAS**

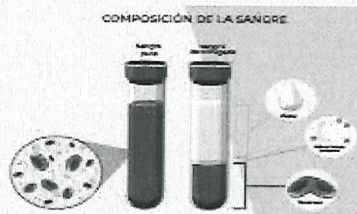
**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**DONACIÓN DE SANGRE**

La sangre es un tejido que contiene elementos imprescindibles para la vida, tales como: Plasma, Glóbulos Rojos, Glóbulos Blancos y Plaquetas.



**Puedes donar:**

- Sangre (cada dos meses)
- Plaquetas (cada quince días)

La donación de Sangre se realiza mediante una punción en la vena del pliegue del brazo, se extraen aproximadamente 450 mililitros.

La donación de plaquetas se hace a través de un aparato especial (máquina de aféresis) y el procedimiento dura entre 90 y 110 minutos.

Todos los insumos que se utilizamos son nuevos, estériles y desechables, de manera que es un procedimiento seguro y confiable.

**¿Cuáles son los requisitos?**

- Tener ayuno de 6 horas, evite alimentos grasos uno o dos días antes de donar y no tome bebidas alcohólicas en los tres días previos a la donación.
- Puede tomar agua para mantenerse hidratado durante el proceso de donación.
- Tener entre 18 y 65 años y pesar más de 50kg.
- Se debe presentar con identificación oficial con fotografía.
- En caso de tener alguna enfermedad o tomar algún medicamento o haber estado en contacto con alguien que es candidato, durante la toma de algunos medicamentos y enfermedades no lo excluyen como candidato, siempre y cuando esté controlado.



Las vacunas para COVID 19 no lo excluyen de la donación. Para el caso de Cansino debe esperar 14 días. Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Sputnik, puede donar inmediatamente. Debe presentar su comprobante de vacuna, en caso contrario esperar 14 días.

En caso de que tuviera enfermedad sospechosa o confirmada por COVID 19 debe esperar 14 días para acudir a donar, siempre y cuando este completamente recuperado.

Su orientación sexual no lo excluye, ya que específicamente se evalúan las conductas sexuales de riesgo.

En caso de que haya tenido algún embarazo o aborto reciente debe esperar 6 meses siempre y cuando no se encuentre amamantando (lactancia).

La menstruación no le excluye de la donación.



Con algunas vacunas debe esperar hasta un año, como es el caso de la vacuna para hepatitis B, rabia y varicela.

Preséntese con cubrebocas y ropa cómoda.

Cuando le realicen la historia clínica, debe ser honesto en sus respuestas ya que de eso depende la seguridad de la sangre.



**CANCELADO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 39


**ANEXO 2: FICHA DEL TURNO PARA LAS PERSONAS PREDONANTES**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 39

**ANEXO 3: INFORMACIÓN GENERAL PARA PERSONAS DONANTES**



**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
**INFORMACIÓN GENERAL PARA PERSONAS DONANTES**

**Antes de donar considere la siguiente información:**

Nuestra responsabilidad es procurar que la persona beneficiaria reciba sangre libre de infecciones y que su donación sea lo más segura posible. Su evaluación será hecha tomando en cuenta los criterios de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 y la Guía Nacional de Transfusión Sanguínea 2022.

Recuerde que para poder donar debe tener entre 18 y 65 años, pesar mínimo 50 kg, cumplir ayuno de 6 horas, con dieta baja en grasa un día previo, no haber ingerido alcohol, drogas inhaladas ni tomadas en las últimas 72 horas; no presentar dolor de cabeza, resaca, tos, diarrea u otra molestia.

En caso de haberse puesto alguna vacuna para COVID-19: en el caso de CoronaVax debe esperar 14 días para donar. Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Sputnik, no requieren esperar nada para donar. En el caso de otras vacunas, como Hepatitis B, Rabia y Varicela, se debe esperar un año para donar. La menstruación no excluye de la donación, y en caso de embarazo o lactancia debe esperar 6 meses para donar, siempre y cuando no está amamantando.

Se toman muestras de sangre para verificar que los donantes no sean candidatos para la donación, y para detección de infecciones (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas). Además, se le realiza una valoración médica, enfatizando la presencia de enfermedades transmisibles por sangre. Por favor, háganos saber cualquier información adicional sobre nosotros que considere importante.




Debido al riesgo de transmisión de infecciones, se considera que no es apto para la donación cuando:



- Si en cualquier momento se ha inyectado algún tipo de droga. En el caso de drogas inhaladas esperar 12 meses desde que suspendió el consumo.
- Ha realizado acupuntura (incluyendo cejas, labios, microblading) y perforaciones en los últimos 12 meses
- Intamamientos en instituciones penales en los últimos 12 meses
- Ha tenido actividades sexuales de riesgo (Independientemente del uso de preservativo y de la orientación sexual), como:
  - Recibir o pagar dinero o cualquier otra solicitud por tener relaciones sexuales (incluyendo sexo oral y/o anal)
  - Haber sido forzado a tener relaciones sexuales sin consentimiento, sin importar si el(ella) agresor(a) es conocido
  - Compartir juguetes sexuales
  - Tener relaciones sexuales con personas desconocidas (incluyendo sexo oral y/o anal)
  - Tener más de una pareja sexual de manera simultánea (incluyendo sexo oral y/o anal)
  - Tener relaciones sexuales con una persona que se considere que puede tener infección por VIH (Independientemente de si la persona es indetectable o toma antiretrovirales), Hepatitis B, C o que sea usuario de drogas intravenosas, que haya recibido una transfusión en los últimos 12 meses o tenga una enfermedad que incluya transfusiones de manera regular.
  - En estos casos, deberá esperar 12 meses posteriores a haber tenido actividad sexual de riesgo para considerar nuevamente ser candidato para la donación.


Si usted presenta alguna de las situaciones anteriores, **EN ESTE MOMENTO NO SE CONSIDERA APTO PARA DONAR SANGRE.**

En cuanto a los medicamentos, informe acerca de TODOS los medicamentos que ha consumido en el último año. Si usted TOMA medicamentos para la hipertensión arterial, diabetes, hipotiroidismo puede donar. Si se inyecta insulina no podrá donar sangre.

Si usted considera que su sangre **NO ES SEGURA** para ser transfundida, puede considerar no continuar con el proceso y regresar conforme al tiempo recomendado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 39



**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
**INFORMACIÓN GENERAL PARA PERSONAS DONANTES**



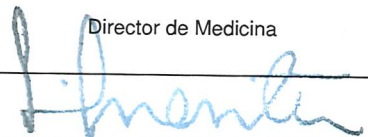
**¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCESO DE DONACIÓN?**



- El personal administrativo registra sus datos de forma electrónica y toma una fotografía
- El personal (químico(a) o enfermera(o)) toma muestra de sangre para análisis
- El personal médico realiza una historia clínica, toma signos vitales y determina si **ES UNA PERSONA APTA O NO** para la donación.
- Si usted es una persona apta, pasa al área de donadores, se recuesta en un sillón. El personal de enfermería realiza la limpieza de uno de sus brazos y punciona una de sus venas para recolectar la sangre o plaquetas en una bolsa. Una vez recolectada la sangre o plaquetas, retira la aguja y coloca una venda elástica. Este proceso dura 7 minutos (se extraen 450 ml, en el caso de sangre) o 90 a 120 minutos (se extraen 250 ml en el caso de donación de plaquetas).
- Después de su valiosa donación, ofrecemos una colación (fruta fresca y agua), la cual se invita a que consuma para su rápida recuperación.
- En caso de que considere su sangre como **NO SEGURO** para su uso, depositar el Talón de autobexclusión.
- Por último, en la recepción le entregan una muestra de su sangre.
- Para realizar el proceso de donación es indispensable que lea y firme la carta de consentimiento informado, así como el formulario de donación simplificado.

**RECOMENDACIONES PARA PERSONAS QUE DONAR:**

- Tome abundantes líquidos durante 48 horas
- Mantenga la venda en su brazo por 30 minutos y posteriormente retírela
- Espere una hora para manejar
- Evite subir o bajar escaleras, o inclinarse
- No fume o ingiera bebidas alcohólicas en las próximas 24 horas
- Evite realizar actividad física de cualquier tipo durante 24 horas
- Puede acudir por los resultados de sus estudios 8 días hábiles después de la donación de lunes a viernes en un horario de 11:30 a 13:30
- Al salir, no olvide pasar por su comprobante de donación (en caso de donación por reposición)

Fecha de actualización: mayo 2022

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 29
			<b>DE:</b> 39

**ANEXO 4: ETIQUETA DE PERSONA PREDONANTE**



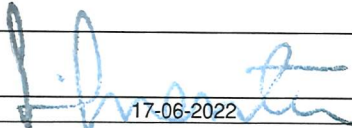
INCMNSZ Servicio de Medicina Transfusional

F.Nac:                      F.Reg:






**CANCELADO**

Predonante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 39



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
 Licencia Sanitaria 2014008672 Código de Establecimiento 00021007  
 DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS TRANSFUSIONALES Y HEMODIÁLISIS

**Historia Clínica**

**ANTECEDENTE PATOLOGICO:**

EPIDERMIS  
 SÍNDROME DE SKIN  
 ESCLEROSIS MÚLTIPLE  
 VON RECKLINGHAUSEN  
 NEUROSITIS  
**ONCOLÓGICOS**  
 CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS AÑOS  
**PSIQUIÁTRICOS**  
 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER  
 DEMENCIA  
**PULMONARES**  
 BRONQUITIS CRÓNICA GRAVE  
 SÍNDROME PULMONAR  
 ASMA CRÓNICA GRAVE  
**RENALES**  
 NEFRITIS  
 NEFROPSICIAS CRÓNICA  
**TRASPLANTES**  
 RINOTRANSPLANTE  
 A LA PÁNCREAS  
 AUTOTRANSPLANTE  
 A LA PÁNCREAS  
**TOXICOMANIAS**  
 ALCOHOLISMO CRÓNICO INCAPACITANTE  
 USO DE FÁRMACOS PARA ABUSAR  
 PSICOTRÓPICOS  
**EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALES  
 PÉRDIDA DE PESO HASTA EL 10%  
 HERPES MUCOCUTÁNEO  
 DERMATITIS CRÓNICA  
 ROSEOLA  
**EN LA ÚLTIMA SEMANA**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALES  
 USO DE MEDICAMENTOS  
 ANALGÉSICOS, ASPIRINA, ANES  
**EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALES  
 FIEBRE  
 USOS EN LAS ÚLTIMAS 48 HRS  
 ALCOHOL  
**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
 ESTADO MENTAL  
 ORIENTACIÓN  
 HIDRATACIÓN  
 COMPAÑÍA ASERIAL  
 ADENOPATÍA  
 CÁMPANAS PERICÁRICAS AUMENTADAS  
 HEPATOMEGALIA  
 SPLENOMEGALIA  
 ALTERACIONES PIEL  
 OTRAS ALTERACIONES  
 LOCALES


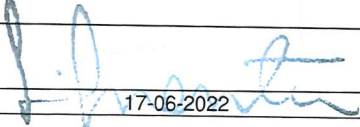
Acaso donar voluntariamente.  
 Firma Donante \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_



Cédula profesional: \_\_\_\_\_

**Aptitud:**  
 TRANSFUSIÓN DE SANGRE: \_\_\_\_\_ HEMOGRAMA: \_\_\_\_\_ HEMOCULTIVO: \_\_\_\_\_ HEMOCULTIVO: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Fabricación de Sangre: \_\_\_\_\_ Volumen Donado: \_\_\_\_\_ Fecha de la Donación: \_\_\_\_\_

Página 2 de 2

CANCELADO


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 32
			<b>DE:</b> 39

**ANEXO 6: ETIQUETA SANGRE TOTAL**



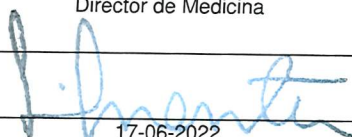
Servicio de Medicina Transfusional, INCMNSZ



F. Nac:                      F. Obt:



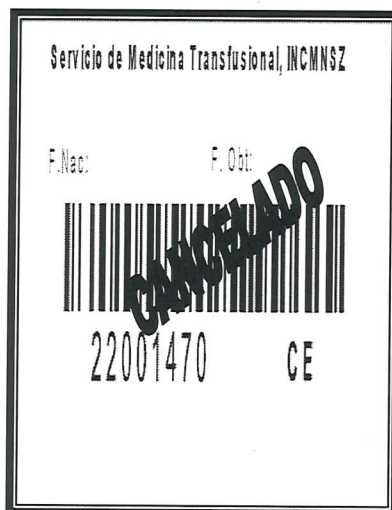
**CANCELADO**



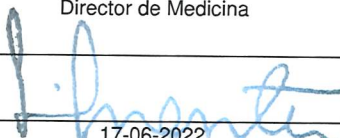
22001470              ST



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 39

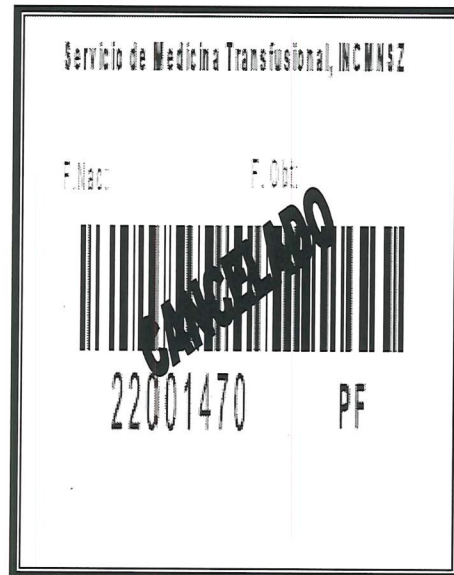
**ANEXO 7: ETIQUETA CONCENTRADO ERITROCITARIO**





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 34 <b>DE:</b> 39

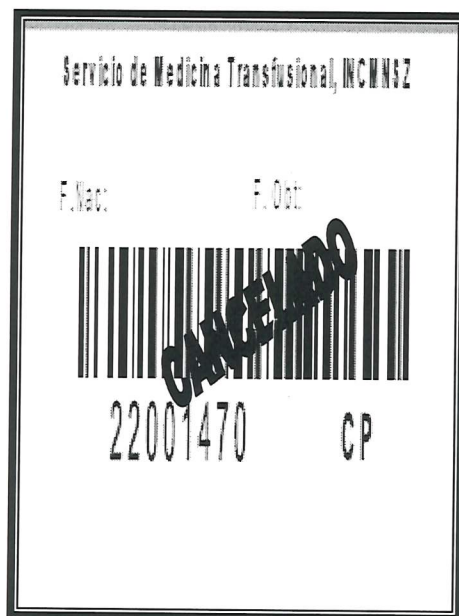
**ANEXO 8: ETIQUETA PLASMA FRESCO**



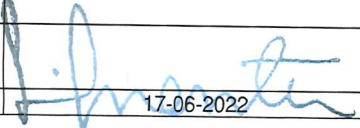




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 35 <b>DE:</b> 39

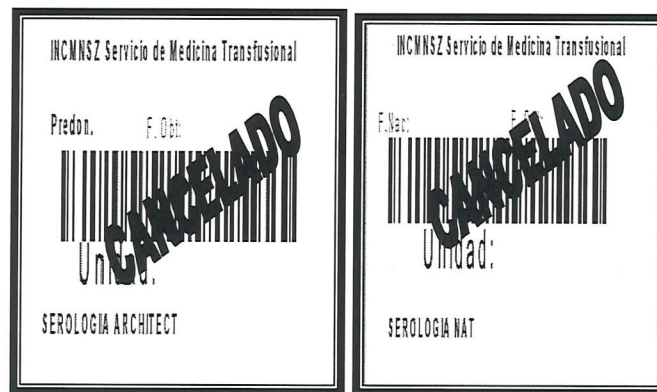
**ANEXO 9: ETIQUETA CONCENTRADO PLAQUETARIO**



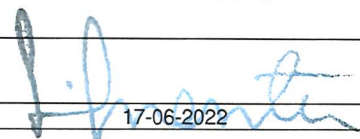





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 36 <b>DE:</b> 39

**ANEXO 10: ETIQUETAS PARA MUESTRA**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 37 <b>DE:</b> 39

**ANEXO 10: TALÓN DE AUTOEXCLUSIÓN**



**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**TALÓN DE AUTOEXCLUSIÓN**

¡Muchas gracias por su donación!

En ocasiones, se puede sentir comprometido (a) a donar sangre, no se preocupe, lo único que le pedimos es que llene el talón, después de considerar la siguiente información.




Los siguiente son factores de riesgo para adquirir una infección que potencialmente pueden transmitirse por la transfusión de sangre:



- Uso de drogas intravenosas
- Uso de drogas inhaladas en los últimos 12 meses
- Uso de drogas fumadas o vapores en los últimos 72 horas
- Haber tenido relaciones sexuales de riesgo (independientemente del uso de preservativo y de la orientación sexual) en los últimos 12 meses
- Acupuntura (incluyendo cejas, labios, microblading) y perforación de orejas en los últimos 12 meses
- Internamiento en instituciones penales

Después de lo anterior y de manera **CONFIDENCIAL** en la etiqueta de autoexclusión que está abajo:


- Marque **SI**, si podemos utilizar su sangre
- Marque **NO**, si alguno de los factores de riesgo está en duda.

"Depositelo en el Buzón de Autoexclusión"

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Obtener la Sangre</b>		<b>HOJA:</b> 38 <b>DE:</b> 39

**ANEXO 12: COMPROBANTE DE DONACIÓN**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
 Licencia Sanitaria 2014008678 Código de Establecimiento 09021007  
 VASCO DE QUIROGA NO. 15 COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCIÓN XVI, TLALPAN C.P. 14080  
 Tel. 55-54-87-09-00 Trabajo Social (ext. 2976)  
 Lab. Inmunohematología (2940 y 1132)

Número de Unidad:

**COMPROBANTE DE DONACIÓN**

Se certifica que \_\_\_\_\_ se presentó en este establecimiento el día \_\_\_\_\_ de hoy, de manera \_\_\_\_\_



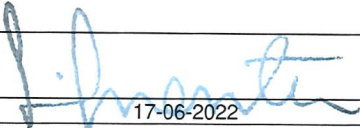
A favor del paciente:  
 Hospital del paciente:  
 Donación: \_\_\_\_\_

CANCELADO

Gracias por su donación  
**USTED, ¡HA SALVADO UNA VIDA!**



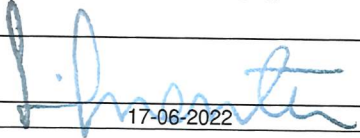
Puede donar sangre cada 8 semanas y al año, los varones pueden donar 4 veces y las mujeres 3 veces, sin daño alguno a su salud.


La entrega de resultados de los exámenes que se le realizaron a su sangre será 8 días hábiles después de la fecha de la donación de lunes a viernes de 11:00 a 13:30 hrs.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 26

### 3. PROCEDIMIENTO PARA EXTRACCIÓN DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 26

## 1.0 PROPÓSITO

Obtener plaquetas y eritrocitos por aféresis de las personas donantes para su transfusión a las personas beneficiarias del Instituto, que requieren de estos hemocomponentes con el fin de garantizar la autosuficiencia, cobertura universal y seguridad de la sangre y sus componentes.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en extraer plaquetas por aféresis, a las Médicas y los Médicos tratantes de las diferentes especialidades del Instituto que indican este hemocomponente.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a las personas donantes de plaquetas por aféresis.



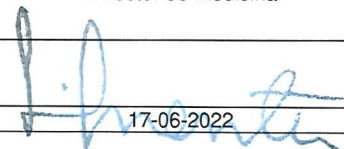
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



### GENERALES:

1. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de realizar la selección de las personas donantes de plaquetas y eritrocitos por aféresis apegándose estrictamente lo descrito en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
2. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de determinar si la persona se encuentra en condiciones adecuadas para poder realizar la donación sin que existan riesgos para su salud ni para el futuro receptor.
3. El horario de donación de plaquetas y eritrocitos por aféresis es de lunes a viernes de 07:30 a 9:30 hrs. La persona donante tiene la posibilidad de hacer cita por vía telefónica.
4. La Trabajadora Social del Servicio Medicina Transfusional es responsable de indicar la duración de los procedimientos, con objeto que el donador acuda sin limitaciones en tiempo, debido a que la duración de la donación de plaquetas por aféresis dura aproximadamente de 60 a 90 minutos.

### DE LA PROMOCION Y RECEPCIÓN PARA LA DONACION DE PLAQUETAS:

5. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de realizar la promoción para la donación de plaquetas, de manera personal o por vía telefónica, invitando a los familiares de las personas beneficiarias con requerimientos de plaquetas a que realicen la donación, entregando el tríptico informativo de requisitos para donar sangre o plaquetas del INCMNSZ (**Anexo 1**). La información proporcionada la refuerza con material escrito, donde se explican los procedimientos y los requisitos para la donación.



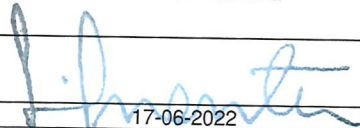
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 26

6. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de solicitar donadores de plaquetas por aféresis sobre todo en aquellas personas beneficiarias con requerimientos de plaquetas con trombocitopenia por enfermedades hematológicas, hepáticas o autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, en personas beneficiarias sépticos en terapia intensiva, trasplante hepático y de células hematopoyéticas. Invita también a los familiares de personas beneficiarias que no cuenten con donadores de sangre, una aféresis de plaquetas se toma como 3 donadores de sangre.
7. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de transmitir los requisitos para donación de plaquetas de conformidad a la Guía Nacional de la Transfusión Sanguínea en su versión 1.0 emitida el 29 de abril del 2022.
8. La Recepcionista de Donadores es responsable de preguntar al momento de llegar a la persona donante, sobre el producto a donar, especificando la persona donante la solicitud de donar plaquetas o eritrocitos. Tratándose de citas telefónicas, la persona donante pasa en el horario de la cita.
9. La Recepcionista de Donadores es responsable de realizar el registro de la persona donante, anotando que es donación de plaquetas o eritrocitos, según sea el caso y posteriormente de llamar por número progresivo de ficha del turno para las personas predonantes (**Anexo 2**) para la valoración de las venas de los brazos. Así mismo realiza la entrega el consentimiento informado (**Formato 1**) y el aviso de privacidad del Servicio de Medicina Transfusional (**Formato 2**) para su lectura y posterior entrega.
10. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de realizar la valoración de las venas, éstas deben ser visibles, centrales y de buen calibre, de preferencia en los dos brazos- para tolerar el procedimiento de aféresis y la duración de la misma. En caso de duda, las Químicas o los Químico del Laboratorio de Inmunoematología, solicitan la valoración por las enfermeras y enfermeros De no contar con buen acceso venoso se le informa a la persona donante. Asimismo, se le ofrece la opción de donación de sangre total si sus venas lo permiten, de acceder la persona donante se procede a tomar muestra de sangre para biometría hemática, y pasa a la valoración Médica del **procedimiento 2 de este manual** para obtener la sangre. De no acceder la persona donante, se le indica que puede retirarse y se notifica a la responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores para su diferimiento.

#### DE LA VALORACIÓN MÉDICA:

11. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de llamar por número de ficha consecutivo a la persona donante, una vez que tenga los valores de la biometría hemática y que la Química o el Químico del Laboratorio de Inmunoematología de la mesa de donadores, les informen que la muestra no presente datos de lipemia, una vez centrifugada.
12. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de realizar la valoración de la persona donante y la extracción de las plaquetas o eritrocitos con estricto apego a los criterios de selección del donador de acuerdo a la NOM-253-SSA1-2012. Realizando el llenado de la historia clínica (**Anexo 3**) en el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 26

13. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de explicar a la persona beneficiaria sobre:

- a. El procedimiento a realizar aféresis de plaquetas o eritrocitos
- b. El funcionamiento del equipo y material utilizado
- c. La duración del procedimiento
- d. El volumen aproximado de extracción
- e. El sitio de punción
- f. Las probables reacciones durante o posteriormente del procedimiento
- g. El número de veces que puede donar en el lapso de un año
- h. Los cuidados que debe tener en el periodo que sigue a la donación, así como los cuidados del sitio de venopunción

14. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de respetar el derecho de la persona donante de retirarse o excluirse en cualquier fase de la donación.

15. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de solicitar a la persona donante, la firma de la carta de consentimiento informado (**Formato 1**) previamente leído y del aviso de privacidad del Servicio de Medicina Transfusional (**Formato 2**).



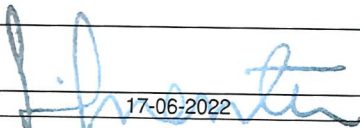
16. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de asignar el número de unidad a donar, imprimir las etiquetas de autoexclusión (**Formato 2**), de identificación de las bolsas de colección (**Anexo 4**) y de los tubos de ensayo para las pruebas de serología (**Anexo 5 y 6**) e imprimir la historia clínica (**Anexo 3**); así como solicitar la firma de la persona donante y finalmente colocar su firma con el número de cédula profesional.



17. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de trasladar a la persona donante al área de sangrado, presentando a los y las Enfermeras Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional que realizan el procedimiento; entregando:

- a. La historia clínica (**Anexo 3**)
- b. El consentimiento informado (**Formato 1**)
- c. Aviso de privacidad (**Formato 2**)
- d. Las etiquetas de identificación de las bolsas de los productos a recolectar y serología (**Anexo 5 y 6**) que incluyen la autoexclusión. (**Formato 3**) que llena la persona donante al finalizar su donación. (**Formato 3**)

18. La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores son responsables de vigilar a la persona donante así como de preguntar si tiene alguna sintomatología.

19. Los y Las Enfermeras y los Enfermeros del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de informar a La Responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores del progreso del proceso de donación. Si durante el proceso la persona donante presenta alguna complicación, ésta se atiende inmediatamente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 26

20. Las Enfermeras y los Enfermeros del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de identificar las complicaciones más frecuentes siguientes durante el proceso de donación:



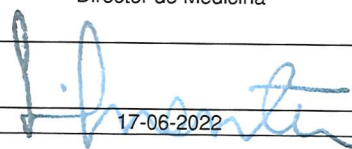
- a. Infiltración del acceso venoso. En este caso se da por finalizado el procedimiento tratando de regresar la sangre que aun este en el equipo.
- b. Hipotensión arterial. Se suspende temporalmente el procedimiento y se coloca a la persona donante en posición de *Trendelemburg*, si la presión arterial se estabiliza y la persona donante desea completar el procedimiento, se da la indicación de continuar. También es posible indicar una carga rápida de 100 a 500 ml de solución salina al 0.9% y continuar el procedimiento si la persona donante lo autoriza, siempre y cuando haya normalizado completamente las cifras de presión arterial y se encuentre asintomático.
- c. Hipocalcemia, el donador puede referir como síntomas leves como cosquilleo alrededor de los labios y dedos de las manos. En este caso se administra calcio efervescente 2 comprimidos de 500 mg en medio vaso de agua y continuamos procedimiento. Si los síntomas aumentan a contracturas musculares se interrumpe el procedimiento y se administra 500 miligramos de gluconato de calcio en 100 ml de solución salina a través de la línea para soluciones del equipo.



21. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de verificar que la persona donante al finalizar el procedimiento se encuentre estable, en este caso, le indica que pase a tomar su refrigerio y si continua bien, se da de alta del servicio, dando las indicaciones posteriores a la donación, como es:

- a. No realizar esfuerzos físicos.
- b. No levantar objetos pesados con el brazo donde dono
- c. Aumentar la ingesta de líquidos.

22. Las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional son responsables de solicitar a la persona donante que responda la pregunta en la etiqueta de autoexclusión (**Formato 3**) pegada en el talón de autoexclusión (**Anexo 7**) y lo depositen en el buzón de autoexclusión.



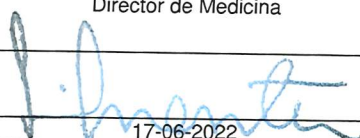
23. La Recepcionista de Donadores es responsable de entregar a las personas donantes el comprobante de donación (**Anexo 8**) indicándoles que pueden recoger los resultados de los exámenes que se les realizaron en un periodo de 8 días hábiles posteriores al día de la donación en un horario de lunes a viernes de 11:00 a 13:00 h. y hasta por un período máximo de 3 meses posteriores a la donación.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 6
			<b>DE:</b> 26


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista de Donadores	1	Recibe a la persona predonante y le entrega ficha del turno ( <b>Anexo 2</b> ) o la hace pasar en horario de su cita, según el caso. ( <b>Política 8</b> )
Recepcionista de Donadores	2	Registra a la persona predonante en el sistema informático del Servicio denominado hemocod, especificando que es una donación de plaquetas mientras e indica que espere el llamado de las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología ( <b>Política 9</b> )
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología	3	Llama a la persona predonante y realiza la valoración de las venas para la extracción de plaquetas. ( <b>Política 10</b> )  ¿Son adecuadas las venas para la extracción de plaquetas?  No: Informa a la persona predonante y le ofrece donar sangre o diferirlo y <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b> .  Sí: Toma muestra para biometría hemática e indica a la persona predonante espere para la valoración médica.
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	4	Llaman por número de ficha consecutivo a la persona donante una vez que tienen los valores de la biometría hemática y la muestra de sangre.
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	5	Realizan la valoración de la persona donante y la extracción de las plaquetas o eritrocitos con estricto apego a los criterios de selección del donador de acuerdo a la NOM -253-SSA1-2012 y documentan en historia clínica ( <b>Anexo 3</b> ). ( <b>Política 11 y 12</b> )
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	6	Explican a la persona beneficiaria sobre el procedimiento a realizar y entregan el aviso de privacidad simplificado del servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ ( <b>Formato 1</b> ) y el formato del consentimiento informado para la donación de sangre ( <b>Formato 2</b> ) para su lectura y llenado. ( <b>Política 13 y 15</b> )
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	7	Asignan el número de unidad a donar, imprimen las etiquetas de: autoexclusión ( <b>Formato 2</b> ), de identificación de las bolsas de colección ( <b>Anexo 4</b> ) y de los tubos de ensayo para las pruebas de serología ( <b>Anexo 5</b> ) e imprimen la historia clínica ( <b>Anexo 3</b> ).
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	8	Trasladan a la persona donante al área de sangrado y los presentan con las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio Medicina Transfusional que realizan el procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

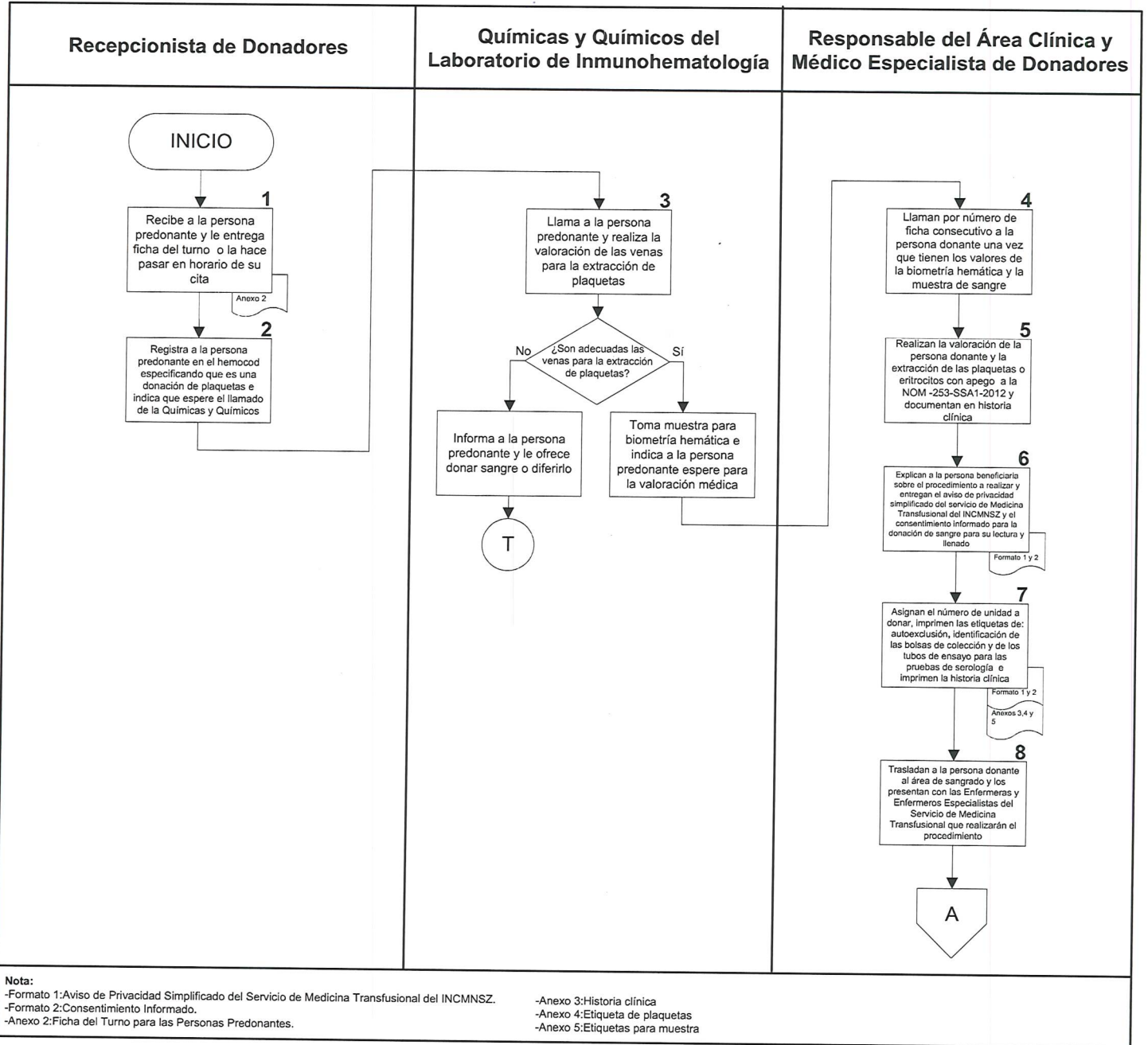
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 26

Enfermeros y Enfermeras Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional	9	Realizan el procedimiento de aféresis de conformidad a la técnica establecida.
Responsable del Área Clínica y Médico Especialista de Donadores	10	Vigilan a la persona donante y le preguntan si tiene alguna sintomatología.  ¿Existe alguna sintomatología?  No: Continúa el procedimiento hasta su culminación.  Sí: Atiende inmediatamente la eventualidad hasta estabilizar a la persona donante o dar por concluido el proceso, según la sintomatología.
Enfermeras y Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional	11	Informa a el responsable del Área Clínica y la Médica y el Médico Especialista de Donadores del progreso del proceso de donación. <b>(Política 19)</b>
Enfermeras y Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional	12	Realizan un chequeo a la persona donante al finalizar el procedimiento a fin de determinar que se encuentre estable. <b>(Política 21)</b>  ¿Se encuentra estable?  No: Informa a el Responsable del Área Clínica y a la Médica y el Médico Especialista de Donadores para su atención hasta que se estabilice.  Sí: Indica a la persona donante que pase a tomar su refrigerio al área asignada y la da de alta del Servicio, solicitando que respondan la pregunta en la etiqueta de autoexclusión <b>(Formato 2)</b> , lo peguen en el talón de autoexclusión <b>(Anexo 6)</b> y lo depositen en el buzón correspondiente y que acuda con la Recepcionista de Donadores.
Recepcionista de Donadores	13	Entrega a las personas donantes el comprobante de donación <b>(Anexo 7)</b> indicándoles que pueden recoger los resultados de los exámenes que se les realizaron. (Política 23)
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

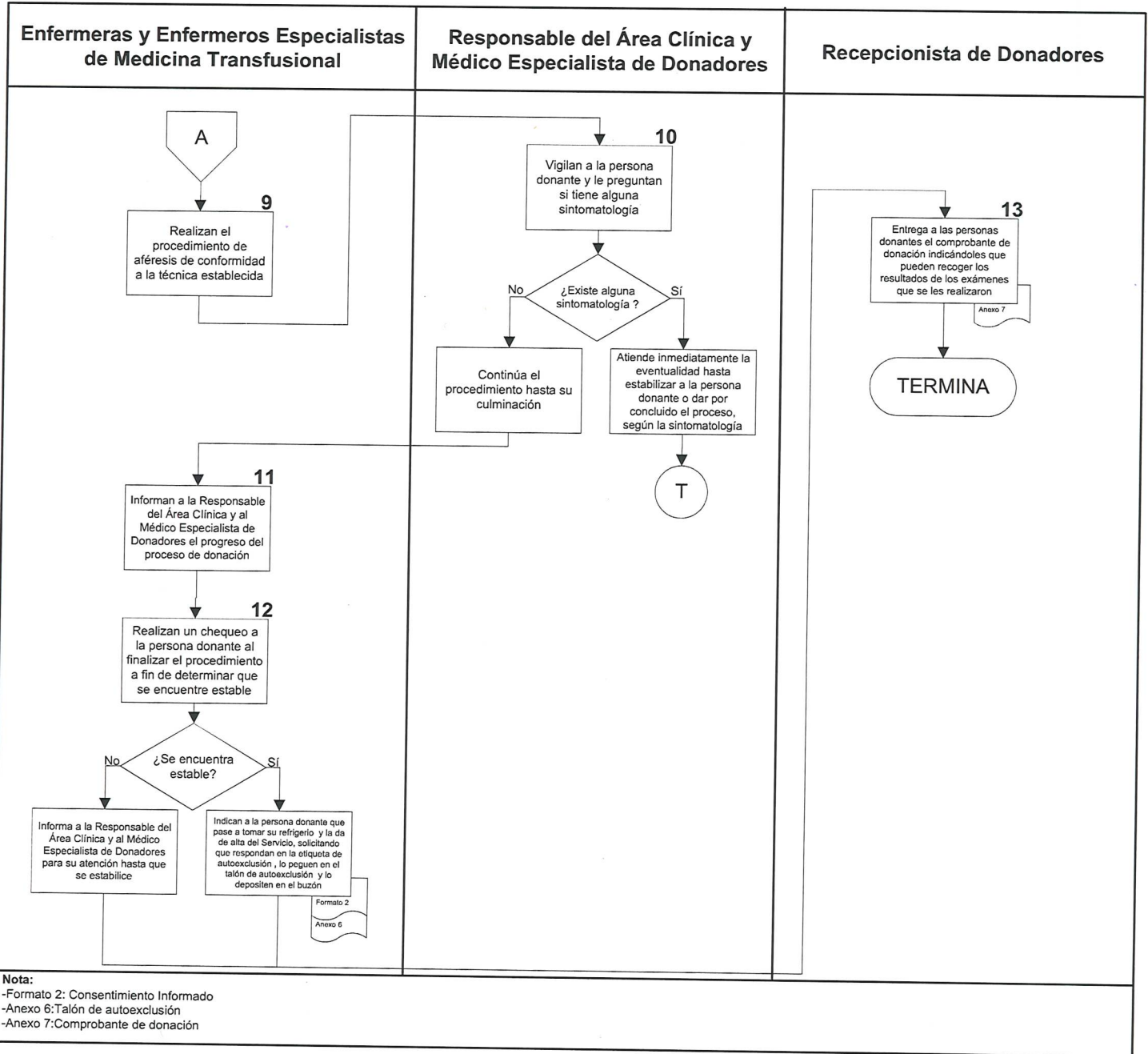
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 26

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	10-06-2022	10-06-2022	10-06-2022



**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	10-06-2022	10-06-2022	10-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 26



## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Aviso de privacidad simplificado del servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Formato 2 Consentimiento informado	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Formato 3 Etiqueta de autoexclusión	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 1 Tríptico informativo de donación de sangre o plaquetas del INCMNSZ	N/A	Persona beneficiaria	N/A
Anexo 2 Ficha del turno para las personas predonantes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	N/A
Anexo 3 Historia clínica	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 4 Etiqueta de plaquetas	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 5 Etiquetas para muestra	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 6 Talón de autoexclusión	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S6
Anexo 7 Comprobante de donación	N/A	Persona beneficiaria	N/A

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Aféresis:** El procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa o con máquinas de flujo continuo o discontinuo.
- 7.2. Eritrocito:** También llamados glóbulos rojos o hematíes son células anucleadas cuya principal componente es la hemoglobina, molécula transportadora de oxígeno.
- 7.3. Hipocalcemia:** Nivel del calcio en la sangre inferior al normal.
- 7.4. Parestesia:** Sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 11
			<b>DE:</b> 26

### 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



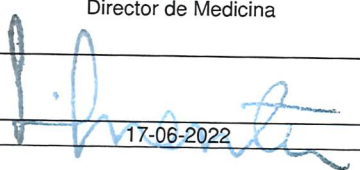
Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

### 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS


**FORMATO 9.1:** AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL DEL INCMNSZ

**No. CONCEPTO**  
1 NOMBRE Y FIRMA

**SE ANOTARÁ**  
Nombre completo, apellido paterno y materno y firma de la persona donante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 26



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

El Servicio de Medicina Transfusional del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), con domicilio en Av. Vasco de Quiroga, No. 15, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Código Postal 14080, en la Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que proporciona para el proceso de donación de sangre y sus derivados, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Públicos y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Qué datos personales se recaban y para qué finalidad?**

Los datos personales recabados son Nombre completo, como elemento identificatorio de nacimiento, edad, firma o huella digital, sexo, estatura, peso, talla, costumbre, origen étnico, nacionalidad, religión, creencias religiosas, filosóficas o morales, idioma o dialecto, números telefónicos, domicilio, escolaridad, estado civil, si usted o su salud presenta o pasado (discapacidades, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, vacunas, etc.), historial clínico (alergias, enfermedades incapacitantes, diagnósticos médicos, etc.), historial de transfusiones, antecedentes de enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual, los cuales serán tratados con la finalidad de acreditar su identidad, para efectuar el proceso de donación de sangre y sus derivados, realizar pruebas serológicas y analíticas, registros, estadísticas y otros que correspondan a los servicios de salud.

Con relación a los datos personales que se transfieren a terceras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del titular de los datos personales para efectuar dicha entrega.

**¿Con quién compartimos su información y para qué fines?**

Se informa que el Servicio de Medicina Transfusional realiza transferencias de datos personales, con las siguientes instituciones:



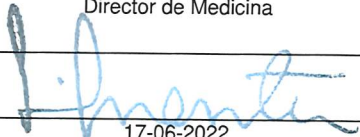
Destinatario de los Datos Personales	Finalidad
Instituciones de Salud	Otorgar apoyo interinstitucional de hemocomponentes.
La Jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud de la CDMX	Para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios.



Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en la siguiente dirección electrónica: [https://www.incmnez.mx/operamts/contenido/serviciosclinicos/medicina Transfusional/objetivo.html](https://www.incmnez.mx/operamts/contenido/serviciosclinicos/medicina%20transfusional/objetivo.html) o bien de manera presencial en las instalaciones del Instituto, con domicilio en Av. Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México, directamente en el Servicio de Medicina Transfusional, ubicada en el edificio denominado Unidad de Apoyo al Paciente Ambulatorio Gonzalo Río Arriba primer piso.

Fecha de actualización: 25 de marzo de 2022.

1



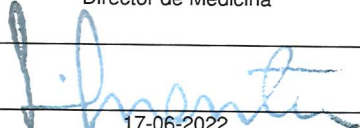
NOMBRE Y FIRMA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 26

**FORMATO 9.2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	A	Día en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
2	de	Mes en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
3	del	Año en que se llena la solicitud del consentimiento informado.
4	Nombre del Donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento de la persona donante.
6	Edad	Edad de la persona donante.
7	Sexo	Sexo de la persona donante.
8	Estado civil	Estado civil de la persona donante.
9	Ocupación	Ocupación de la persona donante.
10	Domicilio	Domicilio completo de la persona donante.
11	Su donación es:	Elegir con una X si la donación es: Altruista Dirigida Regular Repetición Familiar o de Repetición
12	Usted donará	Elegir con una X el producto a donar: Plasma Eritrocitos por aféresis Plaquetas por aféresis Sangre total
13	Yo	Nombre completo de la persona donante.
14	Firma del Donante	Firma de la persona donante.
15	Nombre y Firma del Médico Informante	Nombre y Firma de la Médica o Médico Especialista de Donadores o La Responsable del Área Clínica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 26


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
Código de Instituto: 09-02-20-07  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
Licencia Sanitaria: 2014008678  
Avenida Vasco de Quiroga 13, Colonia Benito Juárez, Sección XVI, Alameda Tlalpan CP 14080, Ciudad de México  
**INCMSZ**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES**

Artículo 320, 322, 323 fracción II, 314, fracciones IV, VI y VII Bb, de la Ley General de Salud; y los numerales 9.2, 9.2.1, 9.3, 9.3.1 y 9.3.2 de la de la Norma Oficial Mexicana NOM-213-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.




Tlalpan, Ciudad de México, a 1 de 2 del 3

Nombre del Donador: <b>4</b>		Fecha de Nacimiento: <b>5</b>	
Edad: <b>6</b>	Sexo: <b>7</b>	Estado Civil: <b>8</b>	Ocupación: <b>9</b>
Domicilio: <b>10</b>			

Este Documento contiene información para que Usted autorice la Donación de su sangre y/o componentes y conozca los objetivos del acto de disposición, beneficios y posibles riesgos para el donante y para el receptor.

Su Donación es <b>11</b>	Altruista	Dirigida	Regular	Repetición	Familiar o de Repetición
Usted donará <b>12</b>	Plasma	Eritrocitos por aféresis		Plaquetas por aféresis	Sangre Total

- Donar sangre es muy sencillo. Es un acto profundamente humanitario cuyo principal objetivo es contribuir a mejorar la salud e incluso salvar la vida de una o más personas al proporcionarles células de la sangre o sustancias del plasma que necesitan.
- El proceso de donación consiste en los siguientes pasos:
  - Registro.** Se registrarán en nuestros archivos electrónicos su fotografía y datos personales. Se verificará su identidad con una credencial oficial.
  - Análisis de su sangre.** Serán tomadas muestras de sangre para comprobar que no está anémico conocer su Grupo de sangre y para la detección de enfermedades transmisibles por la transfusión de sangre.
  - Revisión médica.** El médico lo evaluará cuidadosamente para verificar que usted se encuentra en condiciones adecuadas de salud para donar.
  - Donación de sangre.** Se utilizará el sistema de la región y se puncionará una vena de alguno de sus brazos. Su sangre fluirá a la bomba colectora situada en una mezcladora que la moverá suavemente para evitar que la sangre se coagule. Al tenerse el volumen predeterminado de aproximadamente 480 ml (menos de medio litro) cesará un sonido que indica que se ha cerrado automáticamente la línea y que es imposible mayor salida de su sangre. La duración de la recolección es de 7-10 minutos aproximadamente.
  - Donación por Aféresis.** En la donación selectiva de componentes de la sangre (plaquetas, glóbulos rojos o plasma) ésta fluirá hacia la máquina de aféresis, que a través de un circuito cerrado estéril de tuberías, separará únicamente el componente deseado y devuelve a su cuerpo los demás componentes. El volumen colectado varía de acuerdo al componente que se desea obtener y al peso del donante, pero aproximadamente es entre 250 a 500 ml. La duración aproximada del procedimiento es para plaquetas 90-110 min y para glóbulos rojos 20-30 minutos. Para la realización de este procedimiento es necesario la canalización de una o dos venas periféricas del antebrazo.
  - Reposo y Refrigerio.** Reposará de 5 a 10 minutos y se le ofrecerá un refrigerio con jugo o café.
- La donación de sangre o sus componentes es un procedimiento completamente seguro. El material que se utiliza, en cada donador, es nuevo, estéril, de uso único y desechable. No hay riesgo de adquirir infección o enfermedad alguna por donar sangre o sus componentes. Puede presentarse un moretón en el sitio de la punción que desaparece en pocos días. Es poco frecuente que algunos donantes de sangre experimenten mareos, náuseas, zumbido de oídos, visión borrosa sensaciones de calor, hormigueo o de vacío en la boca del estómago; estos síntomas ocurren en personas que al donar o ver la sangre se ponen muy nerviosas. No obstante, los síntomas desaparecen rápido si se recuesta inmediatamente. La pérdida del conocimiento o desmayos son muy raros y son atendidos de inmediato por los médicos del servicio; en estos casos a veces es necesario infundir por vía intravenosa solución salina y/o con dextrosa para estabilizar la presión arterial,

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 26

la frecuencia cardiaca y mejorar sus síntomas. La infusión de soluciones prácticamente carece de riesgos, se realiza en un lapso de 15-25 minutos. La donación por aféresis puede ocasionar sensación de hormigueo, en labios, dedos de las manos, sensación de rigidez de éstas o a veces de la mandíbula que desaparecen con calcio proporcionado a través de tabletas o raramente de manera intravenosa. Por ser un electrolito natural en el cuerpo no hay reacciones secundarias. Los medicamentos o soluciones para restaurar la estabilidad clínica no tienen costo alguno.

- Su sangre será analizada para detección del VIH/SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis y Enfermedad de Chagas. Si alguna de estas pruebas resultase anormal se le notificará, de manera confidencial, la necesidad de tomarle nuevas muestras para verificar la veracidad de los resultados.
- Su sangre será fraccionada en glóbulos rojos, plaquetas y plasma que podrán emplearse en distintos receptores, si las pruebas anteriores resultan sin anomalías. De lo contrario los componentes fraccionados de su sangre no se utilizarán, es decir, se les dará destino final.
- En las siguientes 12 horas después de la donación es recomendable que beba abundantes líquidos, que evite fumar y beber alcohol, que evite ejercicios extenuantes y/o actividades y prácticas peligrosas como alpinismo, buceo, natación, deportes aéreos, manejar maquinaria peligrosa, conducir aviones, trabajar en andamios etc.

Yo, \_\_\_\_\_ 13

**DECLARO QUE:**

- RECIBÍ INFORMACIÓN sobre el proceso de donación de Sangre Completa y/o alguno de sus componentes (Plaquetas, glóbulos rojos o plasma) y de los posibles efectos secundarios que puedo presentar en relación a la donación.
- AUTORIZO, en caso de presentar alguna complicación durante el procedimiento que se tomen las medidas que sean necesarias.
- AUTORIZO, se realicen las pruebas de laboratorio en mi sangre para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de las hepatitis B, C y otros agentes transmisibles.
- RECIBÍ INFORMACIÓN de que podría ser requerida otra muestra de sangre, en caso de que alguno de los análisis de mi sangre resultara positivo.
- EL MÉDICO que dirige este consentimiento me ha RESUELTO MIS DUDAS con respecto a este documento.


**DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:**



- Donar voluntariamente mi sangre y/o alguno de sus componentes.
- Autorizo a que se transfunda mi sangre completa o fraccionada al enfermo o enfermos que la necesiten.

\_\_\_\_\_ 14

\_\_\_\_\_ 15

Firma del Donante Nombre y Firma del Médico Informante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 26

**FORMATO 9.3: ETIQUETA DE AUTOEXCLUSIÓN**

No. **CONCEPTO**  
1 MI SANGRE

**SE ANOTARÁ**



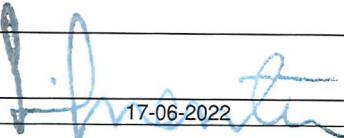
Elegir con una X si la sangre de la persona donante:  
SI ES SEGURA  
NO ES SEGURA



Servicio de Medicina Transfusional, INCMNSZ  
DESPUÉS DE HABER DONADO, DEPOSITAR EN EL BUZÓN

MI SANGRE ES SEGURA



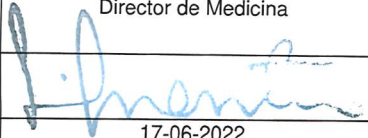
**CANCELADO** NO ES SEGURA



DONACION: \_\_\_\_\_ ID Donante: \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 26

### ANEXOS


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 26

**ANEXO 1: TRÍPTICO INFORMATIVO DE REQUISITOS PARA DONAR SANGRE O PLAQUETAS DEL INCMNSZ**

**Puedes ser donador altruista o donador por reposición**

El donador altruista es aquel que proporciona su sangre sin la intención de beneficiar a una persona en particular.



El donador de reposición es aquel que proporciona su sangre a favor de un paciente.

El tener sangre disponible permite que en caso de una urgencia todos los pacientes pueden contar con sangre de manera inmediata.

Recuerde que la sangre no se compra ni se vende, la única forma de obtenerla es mediante la donación.


En caso de hospitalización se requieren dos donadores; cirugía, hospitalización en urgencias o terapia intensiva se requieren tres donadores. Incluso si su paciente no ha requerido transfusión.

En caso de que su paciente haya sido transfundido, tenga un tipo de sangre poco frecuente (Ej. O negativo) o que su médico le indique que requiere transfusión de sangre o plaquetas previo a algún procedimiento pónganse en contacto con el Banco de Sangre para que le demos indicaciones específicas.

"Le invitamos a ser un donador altruista y de repetición motivado por sus sentimientos humanitarios y de solidaridad sin esperar retribución"

**HORARIO**  
**DONACIÓN DE SANGRE:**  
Lunes a Sábado de 7:30 a 11:30 am  
**DONACIÓN DE PLAQUETAS:**  
Lunes a Viernes de 7:30 a 9:30 am

Donadores de plaquetas: Preferentemente en persona  
Donadores de sangre: Limitaciones  
Donación de reposición: Número limitado por la capacidad del servicio (preferentemente con cita previa)



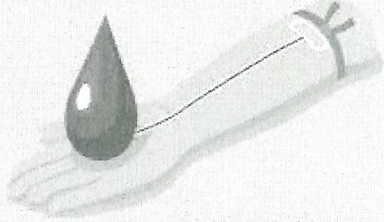
Mayores informes en el Banco de Sangre o al teléfono 5487-0900 Ext. 2976 Lunes a viernes 8:00 a 16:00 hrs Lic. Elisa Villaseñor García Trabajadora Social Servicio Medicina Transfusional.

Domicilio: Calle Martín de la Cruz s/n Col. Belisario Domínguez CP 14080. Tlalpan. Acceso Directo Puerta No. 3.





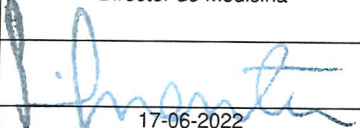
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**



**REQUISITOS PARA DONAR**



**SANGRE o PLAQUETAS**

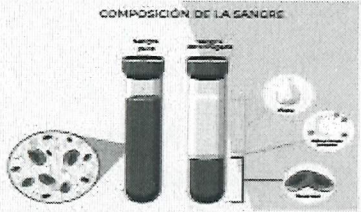
**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 26

### DONACIÓN DE SANGRE

La sangre es un tejido que contiene elementos imprescindibles para la vida, tales como: Plasma, Glóbulos Rojos, Glóbulos Blancos y Plaquetas.



COMPOSICIÓN DE LA SANGRE

**¿Cuáles son los requisitos?**

- Tener ayuno de 6 horas, evite alimentos grasos uno o dos días antes de donar y **no tome bebidas alcohólicas** en los tres días previos a la donación.
- Puede tomar agua para mantenerte hidratado durante el proceso de donación.
- Tener entre 18 y 65 años y pesar más de 50kg.
- Se debe presentar con identificación oficial con foto.
- En caso de haber tenido alguna enfermedad o haber sufrido algún procedimiento quirúrgico antes de donar, comuníquese antes de ir a donar al número de donación para verificar si es candidato. Actualmente la toma de algunos medicamentos y enfermedades no lo excluyen como candidato, siempre y cuando esté controlado.

**Las vacunas para COVID 19 no lo excluyen** de la donación. Para el caso de Cansino debe esperar 14 días. Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Sputnik, puede donar inmediatamente. Debe presentar su comprobante de vacuna, en caso contrario esperar 14 días.

En caso de que tuviera enfermedad sospechosa o confirmada por COVID 19 debe esperar 14 días para acudir a donar, siempre y cuando este completamente recuperado.

Su orientación sexual no lo excluye, ya que específicamente se evalúan las conductas sexuales de riesgo.

En caso de que haya tenido algún embarazo o aborto reciente debe esperar 6 meses siempre y cuando no se encuentre amamantando (lactancia).

La menstruación no le excluye de la donación.

Con algunas vacunas debe esperar hasta un año, como es el caso de la vacuna para hepatitis B, rabia y varicela.

Preséntese con cubrebocas y ropa cómoda.

Cuando le realicen la historia clínica, debe ser honesto en sus respuestas ya que de eso depende la seguridad de la sangre.


**Puedes donar:**

- Sangre (cada dos meses)
- Plaquetas (cada quince días)



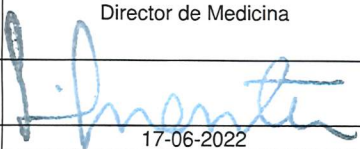
La donación de Sangre se realiza mediante una punción en la vena del pliegue del brazo, se extraen aproximadamente 450 mililitros.



La donación de plaquetas se hace a través de un aparato especial (máquina de aféresis) y el procedimiento dura entre 90 y 110 minutos.

Todos los insumos que se utilizamos son nuevos, estériles y desechables, de manera que es un procedimiento seguro y confiable.




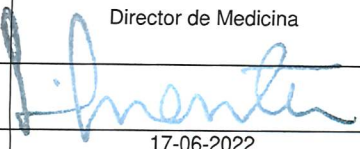
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 26

**ANEXO 2: FICHA DEL TURNO PARA LAS PERSONAS PREDONANTES**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 26

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"  
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
Licencia Sanitaria 2214088676 Código de Establecimiento 20021007  
RESOLUCION 05-15-2019 ASUBASIS 2019 RESOLUCION 05-15-2019 TALLERES CA. 2020

**Historia Clínica**

**ANTECEDENTE PATOLOGICO:**

**EPILEPSIA**  
 EPILEPSIA BENIGNA  
 ESCLEROSIS MULTIPLE  
 VON RECKLINGHAUSEN  
 HEMOPATIA  
**ONCOLOGICOS**  
 CANCER EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS  
**PSIQUIATRICOS**  
 PERSONALIDAD PROFUNDA  
 ALFEBES  
 DEMENCIA  
**PULMONARES**  
 BRONQUITIS CRONICA GRAVE  
 ASMA CRONICA GRAVE  
**RENALES**  
 NEFROSIS  
 NEFROPSIS CRONICA  
**TRANSPLANTES**  
 RENOTRANSPLANTE  
 A LA PAREJA  
 ALOTRANSPLANTE  
 A LA PAREJA  
**TOXICOMANIAS**  
 ALCOHOLISMO CRONICO INCOMPENSANTE  
 CONSUMO DE FARMACOS PARA ALZHEIMER  
 USO DE HEROINA  
**EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALLES  
 PERDIDA DE PESO MAYOR AL 10%  
 HERIDAS NO CIERREN  
 DIARREA CRONICA  
 ODONTOLOGIA  
**EN LA ÚLTIMA SEMANA**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALLES  
 INGESTION DE MEDICAMENTOS  
 EMERGENCIAS, ASPIRACION, AINES  
**EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS**  
 ENFERMEDADES  
 LOCALLES  
 FIEBRE  
 ESTADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HS  
 ALCOHOL  
**EXPLORACION FISICA**  
 ESTADO MENTAL  
 ORIENTACION  
 HIGIENIZACION  
 EXAMEN DE ANORMAL  
 HEMODINAMIA  
 CAMPO PULMONARES ANORMALES  
 HEPATOMEGALIA  
 ESPLEOMEGALIA  
 ALTERACIONES PIEL  
 OTRAS ALTERACIONES  
 LOCALLES

Acepto donar voluntariamente.  
Firma Donante \_\_\_\_\_

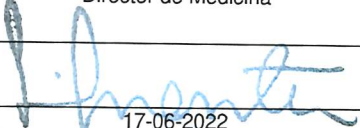
Firma del Médico \_\_\_\_\_



Cédula profesional: \_\_\_\_\_

**Apéndice:**  
 \* RESULTADOS HEMATOLOGÍA: HCT (%) \_\_\_\_\_ HGB (g/dL) \_\_\_\_\_ HTO (mmHg) \_\_\_\_\_ HCT (%) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Rotación de Sangre: \_\_\_\_\_ Volumen Rotación: \_\_\_\_\_ Peso de la Bolsa: \_\_\_\_\_

Página 2 / 2



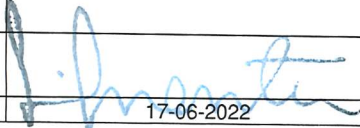
CANCELADO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 26

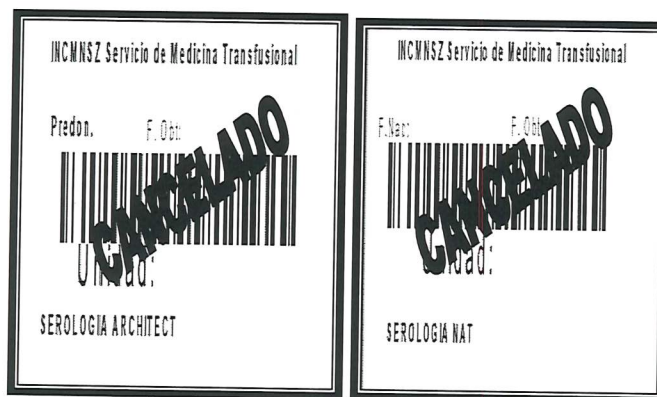
**ANEXO 4: ETIQUETA PLAQUETAS**


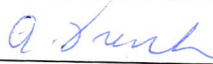



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 26


**ANEXO 5: ETIQUETAS PARA MUESTRA**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 26

**ANEXO 6: TALÓN DE AUTOEXCLUSIÓN**



**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**TALÓN DE AUTOEXCLUSIÓN**

¡Muchas gracias por su donación!

En ocasiones, se puede sentir comprometido (a) a donar sangre, no se preocupe, lo único que le pedimos es que llene el talón, después de considerar la siguiente información.




Los siguientes son factores de riesgo para adquirir una infección que potencialmente pueden transmitirse por la transfusión de sangre:



- Uso de drogas intravenosas
- Uso de drogas inhaladas en los últimos 12 meses
- Uso de drogas fumadas o vía oral en los últimos 72 horas
- Haber tenido actividades de alto riesgo (independientemente de uso de preservativo y de la orientación sexual) en los últimos 12 meses
- Acupuntura, tatuajes (incluido cejas, labios, microblading) y perforaciones en los últimos 12 meses
- Internamiento en instituciones penales

Después de leer atentamente, de manera **CONFIDENCIAL** en la etiqueta de autoexclusión, conteste a lo siguiente:


- Marque **SI**, si podemos utilizar su sangre
- Marque **NO**, si alguno de los factores de riesgo está en duda.

"Depositelo en el Buzón de Autoexclusión"

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Extracción de Plaquetas por Aféresis</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 26

**ANEXO 7: COMPROBANTE DE DONACIÓN**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
 Licencia Sanitaria 2014006678 Código de Establecimiento 09021007

VASCO DE QUIROGA NO. 15 COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCIÓN XVI, TLALPAN C.P. 14080  
 Tel. 56-54-87-09-00 Trabajo Social (ext. 2976)  
 Lab. Inmunohematología(2940 y 1132)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

**COMPROBANTE DE DONACIÓN**

Se certifica que \_\_\_\_\_ se presentó en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de hoy, de manera \_\_\_\_\_




A favor del paciente:  
 Hospital del paciente:  
 Donación: \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

Gracias por su donación  
 US \$ 100. ¡HA SALVADO UNA VIDA!



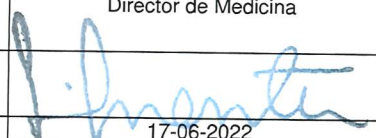
Puede donar sangre cada 8 semanas y al año, los varones pueden donar 4 veces y las mujeres 3 veces, sin daño alguno a su salud.

La entrega de resultados de los exámenes que se le realizaron a su sangre será 8 días hábiles después de la fecha de la donación de lunes a viernes de 11:00 a 13:30 hrs.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 32

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL FRACCIONAMIENTO DE SANGRE TOTAL Y PRUEBAS ANALÍTICAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 32

## 1.0 PROPÓSITO

Obtener productos sanguíneos con fines terapéuticos de conformidad con la normatividad vigente, a fin de disminuir el riesgo de reacciones adversas de la transfusión realizada a las personas beneficiarias.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en fraccionar la sangre total, al Departamento de Laboratorio Central en procesar las pruebas analíticas serológicas de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

**A nivel externo:** No aplica.



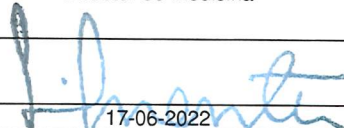
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de realizar el fraccionamiento de sangre de manera inmediata después de que se haya realizado la extracción.
- Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de recibir de las afanadoras y los Afanadores los paquetes de la sangre total extraída con la etiquetada cumpliendo con los datos siguientes: nombre de la persona donante y el número de unidad para realizar el fraccionamiento, los cuales las trasladan del área de flebotomía al Laboratorio I Fraccionamiento.
- Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de imprimir los resultados de los análisis clínicos, así como los controles de calidad diarios de cada equipo para identificar la calidad de las pruebas a realizar.

### DEL FRACCIONAMIENTO DE LA SANGRE TOTAL:



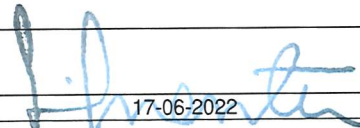
- Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de recibir los paquetes de sangre total y de separar en componentes de la sangre en:
  - Concentrados eritrocitarios o paquete globular
  - Plasma
  - Concentrados plaquetarios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 32

- Las Afanadoras y los Afanadores son responsables de verificar el etiquetado de la sangre, pesar en báscula digital y registrarlos en la bitácora de mezclador automatizado de sangre total (**Formato 1**), posteriormente se calcula el volumen como se refiere en el manual de procedimientos técnicos del Servicio de Medicina Transfusional.
- Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de fraccionar la sangre total y dividirlo en sus componentes obtenibles; estos componentes son igualmente calculados en volumen dando cumplimiento a lo establecido en la NOM-253-SSA1-2012 y al procedimiento del manual de procedimientos técnicos del Servicio de Medicina Transfusional correspondiente; en caso contrario son rechazados e identificados como producto "no conforme" de acuerdo a las causas de la tabla siguiente:



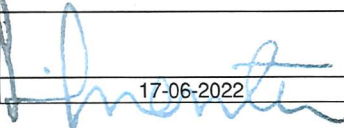
Producto	Causa de producto no conforme
Sangre total	Integridad de la bolsa, con fugas Volumen del producto menor a 405 mL. Volumen del producto mayor a 495 mL. Integridad de la bolsa, sin fugas Autoexclusión por parte del donante
Concentrados eritrocitarios	Integridad de la bolsa, con fugas Volumen del producto menor a 250 mL. Volumen del producto mayor a 300 mL. Sistema abierto en condiciones de incierta esterilidad Presencia de coágulos en la bolsa Presencia del antígeno Kell en pruebas analíticas
Plasma fresco congelado	Integridad de la bolsa, con fugas Sistema abierto en condiciones de incierta esterilidad Contaminación eritrocitaria visible Turbiedad del plasma por lipemia Volumen del producto menor a 140 mL, si se obtienen plaquetas Volumen del producto menor a 200 mL, si no se separan plaquetas Presencia de anticuerpos irregulares en las pruebas analíticas
Concentrados plaquetarios	Integridad de la bolsa, con fugas Ausencia de agregados plaquetarios Volumen del producto menor a 40 mL. Contaminación eritrocitaria visible Turbiedad del plasma por lipemia Presencia de anticuerpos irregulares en las pruebas analíticas
Aféresis plaquetarias	Integridad de la bolsa, con fugas Ausencia de agregados plaquetarios Falla del equipo desechable, sin obtención suficiente de plaquetas Contaminación eritrocitaria visible Presencia de anticuerpos irregulares en las pruebas analíticas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 32

Producto	Causa de producto no conforme
Crioprecipitados	Integridad de la bolsa, con fugas Sistema abierto en condiciones de incierta esterilidad Almacenamiento inadecuado por falla técnica

7. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de realizar el destino final de los productos no conformes y de realizar nuevamente el pesado de cada hemocomponente y lo registran en la bitácora de peso y volumen de unidades obtenidas por fraccionamiento (**Formato 2**).
8. Las Afanadoras y los Afanadores son responsables de pesar los hemocomponentes obtenidos por fraccionamiento e ingresar el volumen real del hemocomponente en cuestión.
9. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de reservar los concentrados eritrocitarios verificados y aceptados en el refrigerador destinado para ellos, identificándolos como "concentrados eritrocitarios NO liberados" en espera de la liberación de serología de agentes infecciosos para su distribución.
10. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de resguardar las plaquetas obtenidas de fraccionamiento dentro del agitador destinado para ello marcado como "plaquetas no liberadas" en espera del resultado de la serología para agentes infecciosos para su etiquetado.
11. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de resguardar los plasmas obtenidos dentro del congelador, etiquetado como "Plasmas frescos congelados no liberados" en espera del resultado de la serología para agentes infecciosos para su etiquetado.
12. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de agregar la bolsa satélite a los plasmas frescos congelados obtenidos de fraccionamiento y que sean para su posterior fraccionamiento y obtención de crioprecipitados.
13. El Responsable del Laboratorio de Inmunoematología, de acuerdo a la existencia indica si se realiza el almacenamiento de plasmas frescos, la colocación de bolsas satélite o si se le da el destino final a los hemocomponentes fraccionados, de acuerdo a las posibilidades de almacenamiento del Servicio.
14. El Responsable del Laboratorio de Inmunoematología es responsable de indicar la colocación de las bolsas satélite a los plasmas con el objetivo del posterior fraccionamiento de crioprecipitados. Siempre que las necesidades del Servicio lo permitan, los plasmas de donantes del sexo femenino se utilizan para el fraccionamiento de crioprecipitados y los del sexo masculino como plasmas frescos congelados a fin de disminuir las reacciones adversas asociadas a transfusión por el riesgo de aloinmunización de los donantes del sexo femenino.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 32

**DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO DE HEMOCLASIFICACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS:**

15. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de recoger y trasladar las muestras tomadas en el área de toma de muestras al Laboratorio de Inmunohematología II para realizar las pruebas analíticas siguientes:

- a. Hemoclasificación del grupo ABO y Rh de la persona donante
- b. Fenotipo Rh de la persona donante
- c. Rastreo de anticuerpos irregulares de las personas donantes
- d. En caso de fenotipo Rh negativo, se realiza la determinación del antígeno D débil y D parcial.



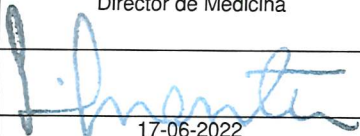
Todas las pruebas analíticas se realizan de conformidad al manual de procedimientos técnicos del Servicio de Medicina Transfusional.

16. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de enviar al Departamento de Laboratorio Central las muestras tomadas en el área de Flebotomía para que les realicen las pruebas serológicas para agentes infecciosos transmisibles por transfusión, de conformidad a sus instrucciones operativas de cada prueba. Se reservan dos tubos para la técnica de detección de ácidos nucleicos para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de Hepatitis B (VHB), Virus de Hepatitis C (VHC), estos tubos son almacenados en orden ascendente en el refrigerador destinado para ello denominado Muestras y reactivos por técnica de ácidos nucleicos (NAT) ubicado en el Laboratorio de Criobiología.

17. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de imprimir los informes denominados bitácora de donación (Anexo 1), emitidos por el sistema informático vigente el cual es un documento inalterable. Dicho informe contiene el nombre del donante, grupo sanguíneo, hemoglobina, hematocrito, rastreo de anticuerpos y tipo de donación. Asimismo, lo archiva para consultas posteriores.

18. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de realizar las pruebas de la determinación de agentes infecciosos por NAT de conformidad con el manual de procedimientos técnicos del Servicio de Medicina Transfusional. No se requiere contar con el resultado de dicho estudio para liberar el hemocomponente. En caso de que se reporte un resultado positivo y sea discrepante con el resultado obtenido por serología infecciosa las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología avisan inmediatamente al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional.

19. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de ingresar en el sistema informático utilizado en el Servicio de Medicina Transfusional denominado como Hemocod la información final de volumen de cada uno de los hemocomponentes fraccionados en el día.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 6
			<b>DE:</b> 32




20. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de ingresar la información en la bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes (**Formato 3**), los datos que lleva dicha bitácora se encuentran apegados a la NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**Sobre los ingresos:**

Procedencia	Nombre del establecimiento donde se obtuvo el componente
Fecha de donación	Fecha de recolección de las unidades de sangre o sus componentes
Número progresivo	Numero único, irrepitable, inicia con el año y son número consecutivos
Tipo de donación	Altruista, familiar, designada, dirigida o repetición según sea el caso
Numero de unidad	Numero único, irrepitable, inicia con el año y sedan número consecutivos
Uso terapéutico	Alogénico, Autólogo o Sinérgico según sea el caso
Grupo sanguíneo	Clasificación del grupo ABO
Rh	Clasificación del Grupo Rh
Volumen de hemo componentes	Señalamiento del volumen contenido en cada uno de los componentes
Hematocrito y hemoglobina	De la persona beneficiaria
Pruebas de detección por agente transmisible	Registro de los resultados de las pruebas obligatorias de detección por agentes transmisibles
Proceso realizado	Proceso especial como Irradiación, filtrado, o lavado según sea el caso
Fecha de caducidad	Fecha de fenecimiento de los componentes.

**Sobre los egresos:**

Fecha de egreso	Fecha en que se entrega el componente sanguíneo.
Hora	Hora que se entrega el componente sanguíneo.
Nombre del receptor o del establecimiento a donde se envió	Nombre del establecimiento donde se realiza la transfusión o nombre del receptor si es en el INCMNSZ
Número de expediente	Número de registro de la persona beneficiaria si fuera el caso
Cama	Numero de Cama o servicio de la persona beneficiaria si fuera el caso
Grupo ABO y RH	Grupo ABO y Rh del receptor
Volumen	Volumen de la unidad egresada y transfundida
Domicilio de transfusión	INCMNSZ si es el caso
Médico que indica la transfusión	Médico responsable que indica la transfusión
Motivo destino final	Motivo de designación de producto no conforme según sea el caso
Eventualidad y observaciones	Cualquier eventualidad que deba ser reportada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



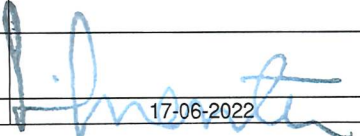
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 32

#### DEL ENVÍO Y RESULTADOS DE SEROLOGÍA INFECCIOSA:

21. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología en el turno vespertino son responsables de realizar la liberación de resultados de las pruebas serológicas de agentes infecciosos transmisibles por transfusión, en el sistema informático vigente; imprimiendo informe de serología emitida por el Departamento de Laboratorio Central (**Anexo 1**), enviados con los resultados obtenidos.
22. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de enviar los tubos recolectados al Departamento de Laboratorio Central, para las pruebas serológicas de agentes infecciosos transmisibles por transfusión completas y con numeración continua, junto con un documento que contiene los datos siguientes:
  - a. Número de unidad
  - b. Nombre completo de la persona donante
  - c. Fecha de nacimiento de la persona donante
  - d. Nombre y firma de las y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología que envían las muestras
23. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de posterior al proceso de liberación de resultados de NAT, realizar la impresión de resultados y éstos se ingresan a la bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes (**Formato 3**).
24. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología al encontrar el hallazgo de una serología positiva o indeterminada la unidad en cuestión son responsables de descartar como serología reactiva y dar destino final, tanto física como en el sistema informático del Servicio de Medicina Transfusional, denominado Hemocod.
25. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables se trasladar las unidades descartadas como producto no conforme o serología reactiva al área denominada como séptico, el hemocomponente tiene el escrito con plumón indeleble el motivo de baja y de enviar junto con el marbete correspondiente.

#### DE LA EMISION DE LOS RESULTADOS DE SEROLOGÍA INFECCIOSA POSITIVOS:


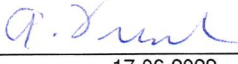
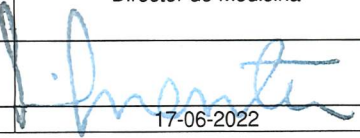
26. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología del turno vespertino son responsables de identificar los resultados de las muestras que salieron positivas a una serología y repórtalo a la Trabajadora Social del Servicio.
27. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de localizar directamente a la persona donante vía telefónica (en mínimo 3 intentos) solicitándole acuda personalmente a la brevedad al Servicio de Medicina Transfusional, explicándole únicamente que existe un resultado que se corroborará con la toma de una 2da muestra. En ningún momento proporciona más información al respecto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 32

28. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de recibir a la persona donante y de verificar la identidad con una identificación oficial con fotografía. Asimismo, le muestra los resultados por escrito de manera personal y confidencial (a excepción de los de virus de inmunodeficiencia adquirida VIH, el cual es entregado por La Responsable del Área Clínica y la Médico o el Médico Especialista de Donadores), proporcionando orientación sobre los resultados e informando sobre el proceso a realizar con posterioridad. Explica, además, el tiempo en el que se comunica para conocer su 2do resultado, el cual varía dependiendo del marcador a analizar, para este caso, la persona donante autoriza la toma de la 2da muestra firmando de conformidad en la historia clínica.
29. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de imprimir las etiquetas para la realización de la toma de muestras que realizan las Químicas o Químico o las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional.
30. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional registra en la bitácora de control de entrega de etiquetas (**Formato 4**), solicitando la firma correspondiente a quien realiza la toma de muestra.
31. Las Químicas y Químicos o las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas del Servicio de Medicina Transfusional, realizan la toma de muestra y las envían al Departamento de Laboratorio Central para su análisis.
32. La Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional realiza la recepción de los resultados de las segundas tomas de muestras mediante el sistema informático vigente.
- Tratándose de resultado negativo, entrega de manera personal y por escrito los resultados, firmando de recibido.
  - Tratándose de resultado positivo a los virus detectados se realiza lo siguiente:

<b>Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y Ac Treponema Pallidum</b>	<b>Virus de Hepatitis C, Ag superficie virus de hepatitis B y Virus de Hepatitis B (CORE)</b>	<b>Ac Tripanosoma Cruzi (CHAGAS)</b>
Solicita consulta (consejería) al Departamento de Infectología a fin de que se informe a la persona donante sobre el seguimiento necesario para erradicar y/o controlar el virus, dando cumplimiento a la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.	Solicita consulta (consejería) al Departamento de Gastroenterología Dr. José de Jesús Villalobos Pérez a fin de que se informe a la persona donante sobre el seguimiento necesario para erradicar y/o controlar el virus, dando cumplimiento a la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.	Refiere a la persona donante al Instituto Nacional de Cardiología para su seguimiento, dando cumplimiento a la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Se refiere a la persona donante a	Se refiere a la persona donante a	Entrega el formato de notificación y



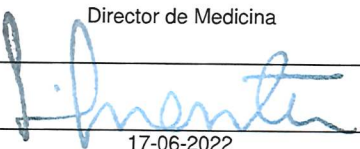
<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 32

su Servicio Médico correspondiente o se realiza trámite de ingreso al Instituto.	su Servicio Médico correspondiente o se realiza trámite de ingreso al Instituto.	estudio epidemiológico de Tripanosoma Cruzi a La Responsable del Área Clínica y a la Médica o Médico Especialista de Donadores para su llenado.
Entrega el formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH/SIDA ( <b>Anexo 4</b> ) o Treponema Pallidum ( <b>Anexo 5</b> ) a La Responsable del Área Clínica y a la Médica o Médico Especialista de Donadores para su llenado.	Entrega el formato de notificación y estudio epidemiológico de VHC y B ( <b>Anexo 5</b> ) a La Responsable del Área Clínica y a la Médica o Médico Especialista de Donadores para su llenado.	Entrega el formato de notificación y estudio epidemiológico de enfermedades transmitidas por vector CHAGAS ( <b>Anexo 6</b> ) a La Responsable del Área Clínica y a la Médica o Médico Especialista de Donadores para su llenado.
Realiza el reporte a la Jurisdicción Sanitaria por oficio, firmado por el Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional o La Responsable del Área Clínica.	Realiza el reporte a la Jurisdicción Sanitaria por oficio, firmado por el Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional o La Responsable del Área Clínica.	Realiza el reporte a la Jurisdicción Sanitaria por oficio, firmado por el Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional o La Responsable del Área Clínica.

#### DEL ETIQUETADO DE HEMOCOMPONENTES:

33. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología en el turno vespertino son responsables de verificar y cotejar los resultados emitidos por el Departamento de Laboratorio Central después de la realización de las pruebas para la detección de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión, el Departamento de Laboratorio Central entrega los resultados por medio del sistema informático del Servicio de Medicina Transfusional, denominado Hemocod.
34. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología en el turno vespertino son responsables de verificar los resultados y validaciones, imprimir Informe de serología emitida por el Departamento de Laboratorio Central (**Anexo 1**) y resguardarlos en la carpeta designada para ello, así como imprimir las etiquetas de los productos obtenidos (**Anexo 2**)
35. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología en el turno vespertino son responsables de elaborar las mezclas de plaquetas también denominadas pool de plaquetas, por grupo sanguíneo utilizando el equipo compodock para combinar en condiciones de esterilidad el hemocomponente, crear el pool físicamente y realizar el registro en el sistema informático del Servicio de Medicina Transfusional, denominado Hemocod, etiquetarlos y resguardarlos en el agitador denominado como plaquetas liberadas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 32

#### DE LA CLASIFICACIÓN Y RESGUARDO DE HEMOCOMPONENTES:

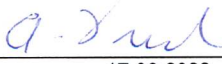
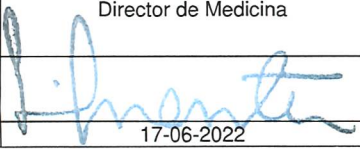
36. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables resguardar los hemocomponentes obtenidos por fraccionamiento de sangre total de las personas donantes con apego a las especificaciones NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

37. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología en el turno vespertino, son responsables de revisar, liberar y verificar que los productos cumplan con todas las características de calidad, colocar la etiqueta del hemocomponente (**Anexo 3**) en forma firme y permanente, en todas las condiciones de almacenamiento, así como trasladar las unidades a los refrigeradores, agitadores y congeladores, donde los productos se encuentran disponibles para uso, el etiquetado de estos productos lleva la información requerida y apegada a la NOM-253-SSA1-2012 como sigue:

Producto	Temperatura	Se traslada a.
Concentrados eritrocitarios	2-6 °C	Refrigerador REPCO productos liberados para uso.
Concentrado de plaquetas	22°C	Agitador Helmer plaquetas liberadas
Aféresis de plaquetas	22°C	Agitador Helmer plaquetas liberadas
Plasmas frescos congelados	-70°C	Ultracongelador Thermo Cientific




#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	1	Reciben y trasladan los paquetes de sangre total al Laboratorio de fraccionamiento I, documentándolo en la bitácora de mezclador automatizado de sangre total ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Políticas 4 y 15</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	2	Acuden al área de toma de muestras y flebotomía del Servicio de Medicina Transfusional para el proceso analítico de las mismas ( <b>Políticas 1 y 2</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	3	Realizan el fraccionamiento de los paquetes de sangre registrando los pesos en la bitácora de peso y volumen de unidades obtenidas por fraccionamiento ( <b>Formato 2</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 32

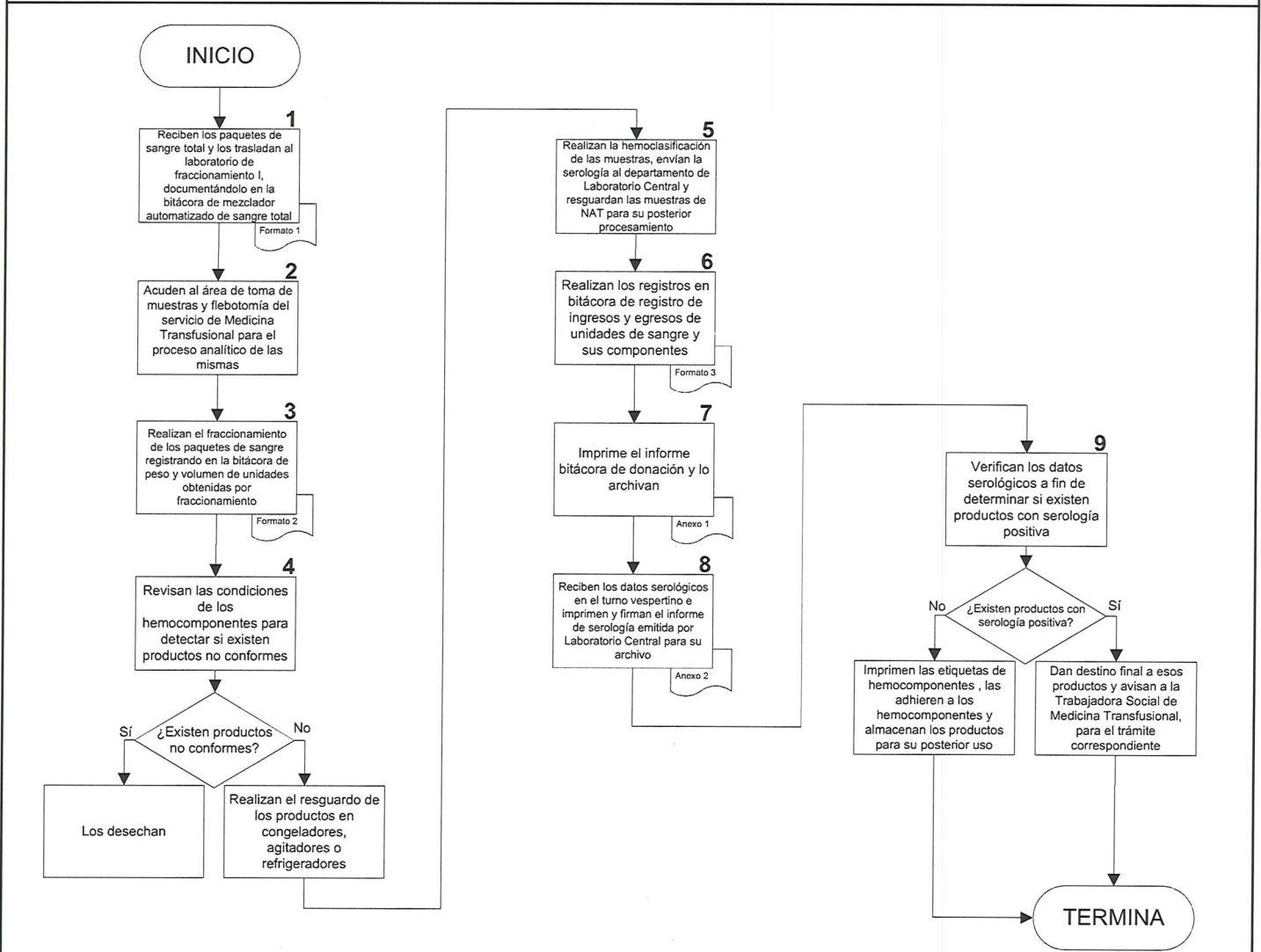
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	4	<p>Revisan las condiciones de los hemocomponentes para detectar si existen productos no conformes.</p> <p>¿Existen productos no conformes?</p> <p>No: Realizan el resguardo de los productos en congeladores, agitadores o refrigeradores.</p> <p>Sí: Los desechan.</p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	5	Realizan la hemoclasificación de las muestras, envían la serología al Departamento de Laboratorio Central y resguardan las muestras por técnica de ácidos nucleicos (NAT) para su posterior procesamiento ( <b>Política 16</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	6	Realizan los registros en bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes ( <b>Formato 3</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	7	Imprimen el informe bitácora de donación ( <b>Anexo 4</b> ) y lo archivan ( <b>Política 17</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	8	Reciben los datos serológicos en el turno vespertino e imprimen y firman el informe de serología emitida por Laboratorio Central ( <b>Anexo 1</b> ) para su archivo ( <b>Política 22</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	9	<p>Verifican los datos serológicos a fin de determinar si existen productos con serología positiva (<b>Política 18</b>).</p> <p>¿Existen productos con serología positiva?</p> <p>No: Imprimen las etiquetas de hemocomponentes (<b>Anexo 3</b>), las adhieren a los hemocomponentes y almacenan los productos para su posterior uso.</p> <p>Sí: Dan destino final a esos productos y avisan a la Trabajadora Social del Servicio para el trámite correspondiente.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología**



**Nota:**

- Formato 1: Bitácora de mezclador automatizado de sangre total
- Formato 2: Bitácora de peso y volumen de unidades obtenidas por fraccionamiento
- Formato 3: Bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes

- Anexo 1: Informe de serología emitida por el Departamento de Laboratorio Central
- Anexo 2: Etiquetas de los productos obtenidos

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	10-06-2022	10-06-2022	10-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 32

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Bitácora de mezclador automatizado de sangre total	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 2 Bitácora de peso y volumen de unidades obtenidas por fraccionamiento	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 3 Bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 4 Bitácora de control de entrega de etiquetas	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 1 Informe de serología emitida por el Departamento de Laboratorio Central	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 2 Etiquetas de los productos obtenidos	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 3 Etiqueta de hemocomponente	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 4 Informe bitácora de donación	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 5 formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH/SIDA	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 6 Estudio epidemiológico de caso Treponema Pallidum y VHC Y B	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 7 Estudio epidemiológico de enfermedades transmitidas por vector CHAGAS	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6




## 7.0 GLOSARIO

**7.1. Agentes infecciosos transmisibles por trasfusión** Todo agente biológico que pueda estar presente en la sangre donada y pueda crear una infección por vía transfusional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 32

- 7.2. Flebotomía** Operación quirúrgica que consiste en hacer una inclusión en una vena para evacuar una cierta cantidad de sangre.
- 7.3. Fraccionamiento** Proceso para fraccionar o separar la sangre total donada, es sus partes componentes por densidad. Los hemocomponentes resultantes son concentrado eritrocitario, concentrado plaquetario y plasma. Para el proceso de obtención de crioprecipitados es necesario realizar otro método centrífugo del plasma después de su almacenamiento.
- 7.4. Hemoclasificación** Proceso analítico que permite determinar los antígenos en la sangre para su clasificación. El grupo sanguíneo y sus anticuerpos dependen de las proteínas que se encuentren los glóbulos rojos y la genética heredada.
- 7.5. Hemocomponentes** Conjunto de elementos que integran la sangre y que son fraccionados para su uso terapéutico, destacando los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y eritrocitos.
- 7.6. Producto conforme** no Todo producto que no cumple con alguna especificación definida e incluida en el Sistema de Gestión que lo controla.
- 7.7. Prueba analítica** Prueba médica en donde se extrae una pequeña cantidad de sangre para analizarla en un Laboratorio específico y determinar su composición.
- 7.8. Sangre total** Sangre entera obtenida por la donación que no ha sido fraccionada, mezclada con una solución de anticoagulante y conservadores.
- 7.9. Serología** Ensayo de inmunoadsorción ligado a enzimas. Se basan en reacciones de enlace antígeno- anticuerpo
- 7.10. Técnica de NAT** Cribado de sangre para detección de infecciones de VIH VHB u VHC por medio de detección directa de DNA o RNA, con un periodo de ventana menor a la técnica serológica por ELISA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 32


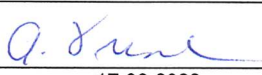

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y adaptación del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: BITÁCORA DE MEZCLADOR AUTOMATIZADO DE SANGRE TOTAL

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Bascula	Número de la báscula utilizada para la extracción de sangre
2	Fecha	Día, mes y año en que se realiza el proceso
3	Peso	Peso obtenido en gramos de la sangre total extraída
4	Volumen	Conversión utilizada para sacar el volumen correcto de la sangre total, descontando el peso neto de la bolsa y multiplicando por la densidad



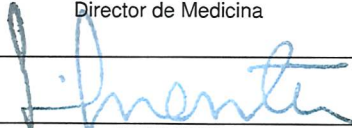
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 9.2: BITÁCORA DE PESO Y VOLUMEN DE UNIDADES OBTENIDAS POR FRACCIONAMIENTO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	Día mes y año en que se realiza el proceso.
2	Unidad	Número consecutivo designado a la sangre total y sus componentes.
3	Peso concentrado eritrocitario	Peso obtenido en gramos del concentrado eritrocitario.
4	Volumen concentrado eritrocitario	Conversión utilizada para sacar el volumen correcto de concentrado eritrocitario, descontando el peso neto de la bolsa y multiplicando por la densidad.
5	Peso plasma	Peso obtenido en gramos del plasma.
6	Volumen plasma	Conversión utilizada para sacar el volumen correcto de plasma, descontando el peso neto de la bolsa y multiplicando por la densidad.
7	Peso	Peso obtenido en gramos de concentrado de plaquetas.
8	Volumen concentrado plaquetario	Conversión utilizada para sacar el volumen correcto de concentrado de plaquetas, descontando el peso neto de la bolsa y multiplicando por la densidad.
9	Peso	Peso obtenido en gramos de las unidades de crioprecipitados.
10	Volumen de crioprecipitados	Conversión utilizada para sacar las unidades del volumen correcto de crioprecipitados descontando el peso neto de la bolsa.
11	Observaciones	Peso obtenido en unidades de crioprecipitados.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 19
			<b>DE:</b> 32



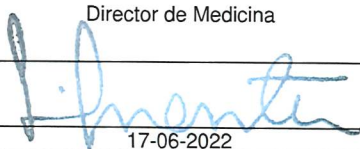
**FORMATO 9.3:** BITÁCORA DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE UNIDADES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Procedencia	Nombre del establecimiento donde se obtuvo el componente.
2	Fecha donación	Día mes y año en que se realiza el proceso de recolección de la sangre o sus componentes.
3	Numero progresivo	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.
4	Nombre completo del donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Tipo de donación	Seleccionar altruista, familiar, designada, dirigida, regular o repetición según sea el caso.
6	Numero de unidad	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.
7	Grupo ABO	Clasificación del grupo ABO de la persona donante.
8	Rh	Clasificación del Grupo Rh de la persona donante.
9	Uso terapéutico	Seleccionar Alogénico, Autólogo o Sinérgico según sea el caso.
10	Método de extracción	Seleccionar Habitual o Aféresis según sea el caso.
11	Volumen ST	Ingresar el volumen contenido de la sangre total si la unidad no fuera fraccionada por algún motivo en específico.
12	Volumen CE	Ingresar el volumen del concentrado eritrocitario obtenido.
13	Volumen CP	Ingresar el volumen del concentrado plaquetario obtenido.
14	Volumen PFC	Ingresar el volumen del plasma fresco congelado obtenido.
15	Volumen CRIO	Ingresar el volumen de crioprecipitados si estos son fraccionados.
16	Hb	Hemoglobina de la persona donante.
17	Hto	Hematocrito de la persona donante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 32

18	Pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión	Registro de los resultados de las pruebas obligatorias de detección por agentes trasmisibles por técnica de ELISA.
19	NAT	Registro de los resultados de las pruebas complementarias de detección por agentes trasmisibles por técnica de NAT
20	Proceso realizado a las unidades	Seleccionar los procesos especiales que se realizaron en esas unidades según sea el caso.
21	Fecha de caducidad	Ingresar las fechas de caducidad día, mes y año de cada uno de los componentes.
22	Fecha de egreso	Ingresar la fecha día mes y año de cuando se entrega el componente.
23	Hora	Ingresar la hora y minutos en que se entregó el componente.
24	Nombre del receptor (paciente) o del establecimiento al que se envió	Nombre del establecimiento donde se realiza la transfusión o nombre del receptor si es en el INCMNSZ.
25	Número de expediente	Número de registro de la persona beneficiaria si fuera el caso.
26	Cama	Numero de Cama o servicio de la persona beneficiaria si fuera el caso.
27	Grupo ABO/Rh	Grupo ABO y Rh del receptor al que se le transfundió el componente.
28	Volumen	Volumen total del componente transfundido.
29	Domicilio de transfusión	INCMNSZ si es el caso.
30	Médico que indica la trasfusión	Médico responsable que indica y solicita la transfusión.
31	Motivo destino final	Motivo de designación de producto no conforme según sea el caso.
32	Eventualidad y observaciones	Cualquier eventualidad que deba ser reportada.
33	Folio	Folio de control.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Servicio de Medicina Transfusional**

**4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**CÓDIGO:**  
M.P./0.2.3.0.1

**REV:** 01

**HOJA:** 21

**DE:** 32




INGRESOS														EGRESOS																	
PROVENIENCIA	FECHA INGRESO	HORA INGRESO	NOMBRE COMPLETO DEL DONADOR	SEXO	EDAD	GRUPO SANG. ABO	GRUPO SANG. RH	CLASE DE SANGRE	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	FECHA DE CANCELACIÓN	FECHA EGRESO	HORA EGRESO	RAZÓN DEL EGRESO (PACIENTE O DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍO LA UNIDAD)	NÚMERO DE EMPLEADO	CAMA	GRUPO ABO RH	FECHA DE EGRESO	MOTIVO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN	MOTIVO DESTINO FINAL	RESPONSABILIDAD Y/O OBSERVACIONES										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
<b>Nombre:</b>	<b>Elaboró:</b> Dr. Juan Rangel Patiño	<b>Revisó:</b> Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	<b>Autorizó:</b> Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 32

### ANEXOS



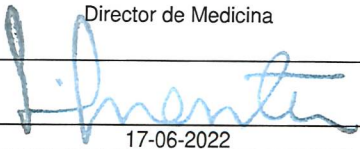
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 24
			<b>DE:</b> 32

**ANEXO 2: ETIQUETA DE PRODUCTOS OBTENIDOS**

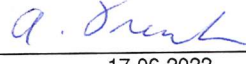



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 32

**ANEXO 3: ETIQUETA DE HEMOCOMPONENTE**

<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION</b> <b>"SALVADOR ZUBIRAN"</b> <b>SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b> <b>LICENCIA SANITARIA: 2014008678</b> <b>AV. VASCO DE QUIROGA NO. 15, COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCION XVI. DELEG. TLALPAM, C.P. 14080. TEL. 54870900, EXT. 1132, 2931, 2940, 2976, 2982</b>																	
<b>133200</b>																	
	<b>GRUPO Sanguineo</b>																
Donador: PEREZ JACOME ALFONSO																	
Temperatura de conservación: 1 a 6 °C																	
Origen:	Procedimiento: DCEce/Kell																
Clase de Donación: Familiar/Propia																	
Hb: 17.42 g/dl	Hct: 48.37 %																
Extracción: 20/06/2013 08:30 hrs.																	
Caducidad: 01/07/2013 08:23 hrs.																	
Volumen Unidad= 300 ml. SAG-Manitol= 100 ml.																	
Temperatura de conservación: 1 a 6 °C																	
<b>SANGRE SEGURA</b>	<table border="1"> <tr><th colspan="2">Serología</th></tr> <tr><td>T. pallidum</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>HIV I/II</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>P-24</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>VHB Ags</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>VHB Core</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>VHC</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>T. cruzi</td><td>Neg.</td></tr> </table>	Serología		T. pallidum	Neg.	HIV I/II	Neg.	P-24	Neg.	VHB Ags	Neg.	VHB Core	Neg.	VHC	Neg.	T. cruzi	Neg.
Serología																	
T. pallidum	Neg.																
HIV I/II	Neg.																
P-24	Neg.																
VHB Ags	Neg.																
VHB Core	Neg.																
VHC	Neg.																
T. cruzi	Neg.																
<p>No transfundirse en presencia de hemólisis o cualquier otro signo de deterioro; No mezclarse con medicamentos o soluciones que no sea solución salina isotónica al 0.9 % y Transfundirse a través de un filtro de 170 - 200 micras o en su caso, un filtro para leucodepletar.</p>	<table border="1"> <tr><th colspan="2">NAT</th></tr> <tr><td>VHC</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>VHB</td><td>Neg.</td></tr> <tr><td>VIH</td><td>Neg.</td></tr> </table>	NAT		VHC	Neg.	VHB	Neg.	VIH	Neg.								
NAT																	
VHC	Neg.																
VHB	Neg.																
VIH	Neg.																

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 26
			<b>DE:</b> 32

**ANEXO 4: BITÁCORA DE DONACIÓN**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN**  
Cód. Establecimiento 09021007  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
Lic. Sanitaria 2014008678

**Informen de Analíticas Donantes**

Del 13 junio, 2022 al 13 junio, 2022

Fecha	Predonacion	Unidad	Nombre del Donador	Hct	Hgb	Leu	Pla	Aptitud Donacion	Componente	ABO	RH	Es	IA	Fenotipo	Exp_Paciente	AFavorDe	Servicio
<b>CANCELADO</b>																	

14-06-2022 12:06:53 Página 1 de 1

VASCO DE QUIROGA NO. 15 COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ SECCIÓN XVI, TLALPAN C.P. 14080. Tel. 5554870900 ext.Tabajo Social(2976), Lab. Inmunoematología(2940 y 1172).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**ANEXO 5: FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH/SIDA**

VIH/SIDA 2018-1

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH / SIDA



**CLASIFICACIÓN:** SEROPOSITIVO  SIDA

**I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

No. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_  
 CURP: \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** Día: [ ] Mes: [ ] Año: [ ] **ESTADO:** [ ] **JURISDICCIÓN:** [ ] **DE NACIMIENTO:** [ ]

**MUNICIPIO:** [ ] **EDAD:** [ ] **SEXO:** Masculino ( ) Femenino ( ) **ESTADO CIVIL:** Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Unión Libre ( )

**OCCUPACIÓN:** [ ] **ESCOLARIDAD:** [ ]

**RESIDENCIA ACTUAL:** Calle: [ ] Número: [ ] Colonia: [ ] Ciudad: [ ]

**ANTERIOR LUGAR DE RESIDENCIA POR MÁS DE SEIS MESES APARTIR DE 1990**  
 (Si son diferentes al actual y a no ser lo contrario más de 6 meses)

**ES UN CASO BINACIONAL:** [ ] **HABLA LENGUA INDIGENA:** [ ]

**HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?** [ ] **HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL:** [ ]

**II UNIDAD NOTIFICANTE**

Ciudad: [ ] Estado: [ ] Municipio: [ ]

Nombre: [ ] Calle: [ ]

FECHA DE NOTIFICACIÓN: [ ]

**III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**1. SEXUALIDAD**

**A. Mantenido relaciones sexuales con:** Hombres ( ) Mujeres ( )

**B. A partir de 1980 ha tenido relaciones sexuales con:**

Heterosexual ( ) Transgénero ( ) Transsexual ( )

**C. Es o ha sido trabajador del sexo comercial:** [ ]

**D. Es una persona transgénero:** [ ]

**E. Fue víctima de violación sexual:** [ ]

**2. HA SIDO TRANSFUNDIDO:**

UNIDAD 1: [ ] UNIDAD 2: [ ]

**3. ES HEMOFÍLICO:** [ ]

**4. ES USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS INYECTABLES:** [ ]

**5. HA DONADO SANGRE:** [ ]

**6. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL:** [ ]

**7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH:** [ ]


**8. SUSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL?** [ ]

**IV TRANSMISIÓN PERINATAL**

	MADRE	FUENTE	PADRE
1. ALGUNA DE LAS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:			
2. PRESENTE EN LA MADRE			
3. PRESENTE EN EL PADRE			
4. FALTA DE CUIDADO AL NACER			
5. TRANSFERENCIA DE SANGRE			
6. TRANSFERENCIA DE SANGRE CON UNIDAD			
7. TRANSFERENCIA DE SANGRE SIN UNIDAD			
8. HEMOFILIA			
9. USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS INYECTABLES			
10. TRANSFERENCIA DE SANGRE CON UNIDAD			
11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH			

**V MECANISMO DE TRANSMISIÓN:** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]


NOTA: UNIDADES PERINATAL, MÉDICO REGISTRAR Y MANTENERLA ENTORNADO EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE UNIDADES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENTREGAR EN SU CASO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 29
			<b>DE:</b> 32

**ANEXO 6: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TREPONEMA PALLIDUM Y VHC Y B**



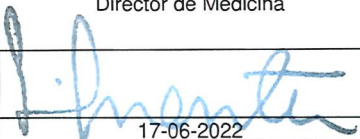


SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO  
SUVE-2-2020

<b>I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD</b>	
UNIDAD NOTIFICANTE: _____	CLAVE CLUES: _____ CLAVE SUAVE DE LA UNIDAD: _____
LOCALIDAD: _____	MUNICIPIO: _____ JURISDICCION O EQUIVALENTE: _____
ENTIDAD O DELEGACION: _____	INSTITUCION: _____
FECHA DE NOTIFICACION: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INICIO DE ESTUDIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TERMINACION DE ESTUDIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DIAGNOSTICO PROBABLE: _____	DIAGNOSTICO FINAL: _____
<b>II. IDENTIFICACION DEL CASO</b>	
Nombre: _____ Num. de afiliacion o expediente: _____	
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>
Lugar de residencia: _____	
Calle y No. o Lugar de Residencia: _____	
Municipio: <input type="text"/> Clave: <input type="text"/> Entidad: <input type="text"/> Clave: <input type="text"/>	Código o Localidad: <input type="text"/> C.P. <input type="text"/> Teléfono (x): <input type="text"/>
<b>III.a DATOS CLÍNICOS</b>	
Fecha de inicio de signos y síntomas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Signos y síntomas: _____	
<b>III.b TRATAMIENTO</b>	
_____	
<b>IV. LABORATORIO Y GABINETE</b>	
PROCEDENCIA: Local <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>	
Indique el lugar de procedencia para caso importado	
Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____	
Periodo de estancia en esa localidad	
Llegada: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Salida: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>FUENTE DE INFECCION:</b> (marque con una "X")	
Investigada	Confirmada
Otra persona <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornites <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MECANISMOS DE TRANSMISION:</b> (marque con una "X")	
Persona a persona <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aéreo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestiva <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornites <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vectores <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T= Tipo: P= Primario C= Secundario E= Estatal  
 ESTE FORMATO ES REQUISITO POR CUADRUPLO: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE, UNA COPIA PARA LA JURISDICCION SANITARIA RESPECTIVA,  
 OTRA COPIA PARA EL NIVEL ESTATAL Y LA ULTIMA COPIA PARA LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA  
 UTILIZAR PAPEL CARBON EN CASO NECESARIO SE PUEDEN AGREGAR HOJAS

CANCELADO

CONTROL DE EMISION			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Realizar el Fraccionamiento de Sangre Total y Pruebas Analíticas</b>		<b>HOJA:</b> 31
			<b>DE:</b> 32

**ANEXO 7: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR CHAGAS**



**SISTEMA NACIONAL DE SALUD**  
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

**LEYENDA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

No. de afiliación o exposición: \_\_\_\_\_ Folio de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NACIMIENTO**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

**RESIDENCIA ACTUAL**

Estado: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ y calle: \_\_\_\_\_ Num. Ext: \_\_\_\_\_ Num. Int: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO LABORAL**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Calle y Num: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD**

¿Habla lengua indígena?  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Es indígena?

Es migrante: SI  NO  País de nacionalidad: \_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_

Países de tránsito en los últimos tres meses: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE**

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_

Clave de la Unidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud de atención: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación a la Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Fecha de primer contacto con servicios de salud como caso probable de enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del estudio: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación a la DGE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas de alarma o grave: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación al estado: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación del estudio: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**HECERIAS EPIDEMIOLÓGICAS**

Ha habido en su lugar de residencia en las últimas cuatro semanas: \_\_\_\_\_

**LUGARES VISITADOS:**

País: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada: \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_

Procedencia: De la Jurisdicción  Otra jurisdicción dentro del país  Del extranjero

Clasificación: Autóctono  Foráneo  Importado

Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: SI  NO

Existen enfermos similares en la localidad: SI  NO

Antecedentes de mordeduras de animales: SI  NO

Antecedentes de vacunación: Fiebre amarilla: SI  NO  Dosis: 1a  2a  3a  Esquema completo SI  NO

¿Tiene acceso a agua potable permanente?: SI  NO  ¿Tiene cobertura de eliminación de basuras (al menos una vez por semana): SI  NO

Subclasificación de caso de Paludismo: Indígena  Foráneo  Retornado  Recidiva  Recidiva sintomática  Foco palúdico

Subclasificación de Enfermedad de Chagas: Crónica sintomática  Crónica asintomática  Digestiva

**IV. CUADRO CLÍNICO**

Fecha de inicio de síntomas y signos: \_\_\_\_\_

Inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Miembros: \_\_\_\_\_

Adenopatías axilares o melenáceas: \_\_\_\_\_

Dolor retroocular: \_\_\_\_\_

Exantemas: \_\_\_\_\_

Nódulos: \_\_\_\_\_

Vértigo: \_\_\_\_\_

Patequia: \_\_\_\_\_

Exclusión por Zika: \_\_\_\_\_

Parálisis: \_\_\_\_\_ Fiebre: \_\_\_\_\_

Dureza: \_\_\_\_\_ Debilidad muscular: \_\_\_\_\_

Linfadenopatía: \_\_\_\_\_ Alteraciones del gusto: \_\_\_\_\_

Compresión nasal: \_\_\_\_\_ Tos: \_\_\_\_\_ Hematomas: \_\_\_\_\_

Trastornos hemorrágicos: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_ Enf. ulcerosa péptica: \_\_\_\_\_

Imunodeficiencia: \_\_\_\_\_ Cirosis hepática: \_\_\_\_\_ Embarazo: \_\_\_\_\_ Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Específico: \_\_\_\_\_

**MANEJO**

Ambulatorio  Hospitalario  Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

**V. DATOS DE LA UNIDAD TRATANTE**

Nombre de la unidad tratante: \_\_\_\_\_

Clave de la Unidad: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_


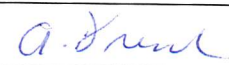
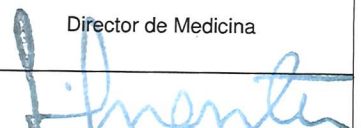
Diagnóstico inicial hospitalario: \_\_\_\_\_

**CLAVES:**



Servicio de atención:  La guardia médica  Medicina interna  Pediatría  Terapia intermedia

Terapia:  Terapia intermedia  Terapia de soporte  Terapia específica



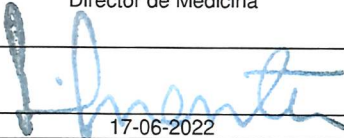
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre:	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 32

## 5. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 32

## 1.0 PROPÓSITO

Abastecer todos los requerimientos necesarios para la recepción de solicitudes y entrega de hemocomponentes (concentrado eritrocitario, plasma fresco congelado, concentrados plaquetarios y crioprecipitados) para las personas beneficiarias que reciban una transfusión de hemocomponentes dentro del Instituto.

## 2.0 ALCANCE



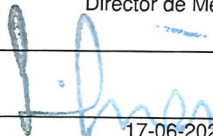
**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional, en la recibir las solicitudes de transfusión, en la entregar los hemocomponentes y en entregar de solicitudes de transfusión; a los Departamentos de, Atención Institucional Continua, Urgencias, Terapia Intensiva, a los Sectores de Hospitalización, a los Servicios de Quirófano, Estancia Corta y de Quimioterapias Ambulatorias en realizar y entregar las solicitudes de transfusión.

**A nivel externo:** No aplica.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



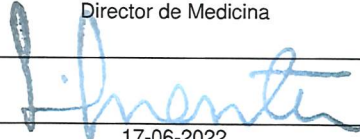
### DE LA ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES



1. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de recibir las 24 horas los 365 días del año en la ventanilla designada como Recepción de Laboratorio de Inmunoematología la solicitud de hemocomponentes (**Formato 1**), para realizar los requerimientos de hemocomponentes siguientes:
  - a. Concentrados eritrocitarios
  - b. Concentrados plaquetarios
  - c. Aféresis plaquetaria
  - d. Plasma fresco congelado
  - e. Plasma desprovisto de factores termolábiles
  - f. Crioprecipitados
2. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de recibir la solicitud de hemocomponentes (**Formato 1**), y revisar que la misma este cuenta con la siguiente información.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1	
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01	
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 3	
			<b>DE:</b> 32	

- a. Nombre completo de la persona beneficiarias,
  - b. Registro
  - c. Fecha de nacimiento
  - d. Firma autógrafa de la Médica o Médico responsable de la persona beneficiaria.
3. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología, en el caso de que se requiera muestra de la persona beneficiaria, son responsables de verificar que los datos concuerden con el formato y que no presente tachaduras, manchado excesivo del tubo, re etiquetado y que la muestra cuente con un volumen suficiente de acuerdo con las especificaciones técnicas del fabricante.
  4. Los servidores públicos que acudan con la solicitud de hemocomponentes realizan una solicitud independiente por cada tipo de hemocomponente solicitado, en la solicitud deberá especificarse el número de componentes que se requieren, si se trata de un hemocomponente para transfusión inmediata o para reserva y si requieren alguna característica adicional de los hemocomponentes como irradiación, leucodepleción, desplasmatización o si se trata de un donador autólogo.
  5. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de retener la muestra y solicitar una nueva en el caso de que los datos de la solicitud de hemocomponentes no coincidan con la muestra, muestras sin etiquetar y en el caso de muestras reetiquetadas.
  6. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de revisar si en la solicitud de hemocomponentes (**Formato 1**) requieren de algún proceso extra, como irradiación, filtrado, leucodepletado o si su donación es autóloga en consecuencia entregar de esa manera los hemocomponentes.
  7. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes, son responsables de realizar las pruebas analíticas correspondientes de hemoclasificación, rastreo de anticuerpos irregulares y pruebas de compatibilidad referidos en el manual de procedimientos técnicos del servicio de medicina transfusional; y son responsables de ingresar todos los datos en la bitácora de escrutinio y pruebas cruzadas (**Formato 2**).
  8. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que los hemocomponentes entregados contengan caducidad vigente, serología negativa, grupo sanguíneo y en el caso de concentrados eritrocitarios prueba cruzada vigente.



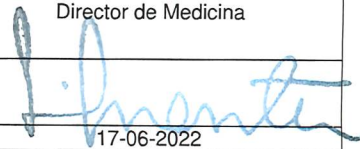
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 32

9. Los servidores públicos autorizados para solicitar hemocomponentes son las Médicas y los Médicos Especialistas, las Médicas y los Médicos Residentes, las Médicas y los Médicos Internos de pregrado, las Enfermeras y los Enfermeros Especialistas, y las servidoras y servidores públicos. Se identifican con credencial institucional vigente y acuden con el formato de solicitud y el contenedor para el transporte del hemocomponente.
10. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que las servidoras y servidores públicos cuenten con un contenedor de almacenamiento para el transporte. El contenedor es de material hermético, termoaislante y lavable que mantenga la temperatura interior en los rangos adecuados de acuerdo con el hemocomponente que se pretende transportar.
11. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de ingresar en el marbete (**Formato 2**) el nombre de la persona beneficiaria, la cama y el registro. En el caso de transfusión de concentrado eritrocitario, se requiere que tenga una prueba vinculada a la persona beneficiaria destinada a la transfusión y que la prueba sea compatible. De haber discrepancia en los resultados no se realiza la entrega.
12. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de anexar el marbete (**Formato 2**) a cada hemocomponente entregado el marbete debe contener los datos de la persona donante.
13. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de entregar el hemocomponente con el marbete (**Formato 2**) a las servidoras y servidores públicos que se presentan para el traslado de los hemocomponentes, realizar la doble verificación de los mismos quienes de conformidad de aceptación colocan su nombre y firma en la solicitud de hemocomponente.
14. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de recabar las solicitudes entregadas del día y remitirlas con la Secretaria y su posterior archivo.
15. La Secretaria verifica los componentes designados a cada persona beneficiaria y transcribe los egresos en la bitácora denominada como Registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes (**Formato 3**).

#### DE LA ENTREGA DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS

16. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de realizar la hemoclasificación con grupo ABO y Rh directa e inversa, rastreo de anticuerpos irregulares (RAI) y autotestigo a la muestra de la persona donante; así como prueba mayor y prueba menor en fase de antiglobulina indirecta (prueba de Coombs) a la muestra de la persona donante con los eritrocitos y plasma del concentrado eritrocitario a transfundir de conformidad con lo establecido en el manual de procedimientos técnicos del servicio de medicina transfusional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 32

17. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de otorgar un hemocomponente compatible a la persona beneficiaria de conformidad con la NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Que especifica lo siguiente:

**Disposiciones para la transfusión de concentrados de eritrocitos y sangre reconstituida**



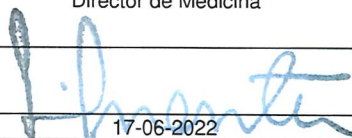
Unidades o mezclas	Opciones, en orden de preferencia para la aplicación de unidades, en lo relativo al sistema AB0	Pruebas cruzadas
Concentrado de eritrocitos	a) Isogrupo, o b) No isogrupo, siempre que los eritrocitos de la unidad sean compatibles en el sistema AB0 con el plasma del receptor y conforme al orden de preferencia que se señala a continuación.	La prueba mayor deberá ser compatible

Unidades o mezclas	Opciones, en orden de preferencia para la aplicación de unidades, en lo relativo al sistema AB0	Pruebas cruzadas
Sangre reconstituida	Los eritrocitos y el plasma de la unidad serán compatibles entre ellos y con el receptor.	

Así como:

**Opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) en adultos.**

Grupo del paciente/receptor	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
O positivo	O positivo	O negativo	Inexistente	Inexistente
O negativo	O negativo	Inexistente	Inexistente	Inexistente
A positivo	A positivo	A negativo	O positivo	O negativo
A negativo	A negativo	O negativo	Inexistente	Inexistente
B positivo	B positivo	B negativo	O positivo	O negativo
B negativo	B negativo	O negativo	Inexistente	Inexistente
AB positivo	AB positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	O positivo o negativo
AB negativo	AB negativo	A negativo	B negativo	O negativo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 32

Al transfundir concentrados eritrocitarios de grupo A B u O a una persona beneficiaria de grupo AB se utiliza preferentemente eritrocitos de un solo grupo.

18. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que las personas beneficiarias que recibieron transfusión masiva donde se hubieran empleado concentrados eritrocitarios por no isogrupo, se investigue en el suero la presencia de anti-A y anti-B, y de requerirse a corto plazo otras transfusiones, se utilizaran concentrados eritrocitarios compatibles con el grupo ABO del plasma transfundido.



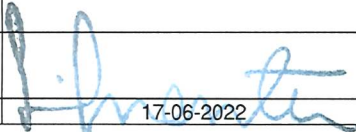
19. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de notificar al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional o en su ausencia a la Médica o el Médico del Departamento de Hematología cuando exista un caso de una persona beneficiaria que tenga anticuerpos irregulares de importancia clínica o antecedentes de tales anticuerpos. También determina que los concentrados eritrocitarios sean compatibles y que carezcan de los antígenos correspondientes, excepto en circunstancias clínicas razonablemente justificadas y aprobadas tanto por la Médica o el Médico responsable de la persona beneficiaria como de la Médica o el Médico del Departamento de hematología.



20. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de ingresar todos los datos en la bitácora de escrutinio y pruebas cruzadas (**Formato 3**) respecto a las pruebas realizadas y sus resultados.

21. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables transfundir concentrados eritrocitarios a fenotipo RhCcEe y/o a fenotipo extendido cuando se tenga una persona beneficiaria con antecedente de aloanticuerpos anti antígenos eritrocitarios irregulares, autocontrol positivo, prueba de antiglobulina humana positiva (coombs directo positivo), o que tenga el diagnóstico de alguna hemoglobinopatía como lo es talasemia o anemia de células falciformes.

22. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables, de entregar los concentrados eritrocitarios que se encuentran en el refrigerador etiquetado como refrigerador Helmer con hemocomponentes con serología negativa para cruce cotidiano y transfusión, que tiene cruce vigente con la persona beneficiaria a quien está dirigido y cuenta con pruebas compatibles. Estos concentrados eritrocitarios se encuentran separados por grupo sanguíneo y Rh, las gavetas se encuentran marcadas de arriba hacia debajo de la siguiente manera:

- a. CE O positivo
- b. CE O positivo
- c. CE A positivo
- d. CE B positivo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 32



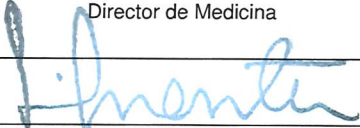
e. CE de Rh negativo



Estos se encuentran en numeración ascendente de adelante hacia atrás y de derecha a izquierda para facilitar su localización.

23. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de buscar las unidades correspondientes a la persona beneficiaria que nos indican entregar los hemocomponentes, y de no encontrarse en el refrigerador antes mencionado el segundo almacenamiento donde debe buscarse es el refrigerador denominado como REVCO con CE liberados y almacenados para uso futuro este refrigerador tiene un orden idéntico con gavetas marcadas con grupo sanguíneo y Rh y por orden ascendente.
24. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de mantener los concentrados eritrocitarios en condiciones de conservación apropiadas y óptimas hasta el momento de su aplicación terapéutica
25. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de encontrar el concentrado eritrocitario compatible a la persona beneficiaria receptora y verificar que se encuentra compatible, limpio y sin fugas, puertos cerrados sin fisuras, y temperatura adecuada.

#### DE LA ENTREGA DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS DE ACUERDO CON EL GRUPO RH

26. Las personas beneficiarias con grupo Rh positivo recibirán preferentemente concentrados eritrocitarios Rh positivos. Solo en caso de requerir concentrados eritrocitarios con fenotipos específicos y siempre y cuando la prueba cruzada sea compatible reciben unidades Rh negativas.
27. Las personas beneficiarias con grupo Rh negativo reciben concentrados eritrocitarios Rh negativos. En caso de no contar con disponibilidad de hemocomponentes de este grupo se dará aviso a la responsable clínica o al coordinador del servicio de medicina transfusional para que se soliciten unidades a otras Instituciones, de conformidad con el procedimiento descrito en el presente manual. Ante una urgencia transfusional o ante la carencia de concentrados Rh negativos se transfunden concentrados eritrocitarios Rh positivos siempre y cuando, se reúnan las siguientes condiciones:
- Que las personas beneficiarias no estén previamente sensibilizadas contra el antígeno D del sistema Rh y la prueba cruzada mayor resulte compatible
  - Que se cuente con la aprobación del coordinador del banco de sangre y del médico tratante.
  - Que no se trate de una mujer en edad fértil o en su defecto con paridad satisfecha
28. Las personas beneficiarias de grupo Rh negativos que se transfunden con concentrados eritrocitarios Rh positivos reciben inmunoglobulina anti-D en dosis suficientes para evitar la aloimmunización, como se explica a continuación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



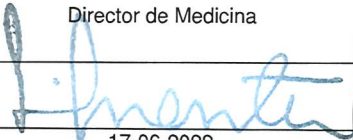
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 32

#### DE LA RECOMENDACIÓN DE APLICACIÓN DE INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D

29. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria es el encargado de una transfusión intencional, no intencional o de emergencia de sangre Rh(D) positiva a una persona beneficiaria mujer premenopáusica Rh(D) negativa, la dosis de inmunoglobulina anti-Rh(D) sea calculada con base en que 0.5 ml de un concentrado de eritrocitos Rh(D) positivos o 1 ml de sangre Rh(D) positiva es neutralizado por, aproximadamente, 10 microgramos (50 UI) de inmunoglobulina anti-D. Cuando la cantidad de eritrocitos Rh(D) positivos transfundidos es menor de 15 ml, se administra la dosis calculada vía intramuscular.
30. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria realiza la transfusión de más de 15 ml vía intravenosa. La dosis recomendada es de 20 microgramos (100 UI) de inmunoglobulina anti-D por cada 2 ml de sangre Rh(D) positiva transfundida o por cada 1 ml de concentrado de eritrocitos Rh(D) positivos. En el caso de la transfusión de plaquetas, si se transfunden plaqueta Rh(D) positivas a una paciente en edad reproductiva Rh(D) negativo, se recomienda una dosis de inmunoglobulina anti D de 50 mcg (250 UI).
31. La Responsable del Área Clínica es responsable de identificar aquellas personas beneficiarias que sean candidatas para recibir inmunoglobulina anti-D por riesgo de aloinmunización
32. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria comunica a las y los médicos tratantes de las diferentes especialidades del Instituto para recomendar la aplicación de inmunoglobulina anti-D según los lineamientos de dosis establecidos previamente, cuando se identifique a una persona beneficiaria que sea una mujer premenopáusica Rh(D)- negativa, que haya recibido transfusiones Rh(D) incompatibles con eritrocitos o plaquetas Rh(D) positivos.
33. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria es el encargado de realizar la aplicación en las diferentes áreas de hospitalización o en la consulta externa.
34. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria es el encargado de enviar una muestra de la persona beneficiaria en tubo EDTA a las 48 horas de aplicación de la inmunoglobulina anti-D a las y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área de pacientes. En caso de que se observen eritrocitos con Rh(D) positivo las y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología avisarán a la responsable del Área Clínica quien recomendará una segunda aplicación de anti-D sin exceder los 3.000 microgramos (15.000 UI).

#### DE LA ENTREGA DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS EN CASO DE URGENCIA TRANSFUSIONAL

35. La Médica o Médico Especialista Responsable de la persona beneficiaria es el encargado de acreditar una urgencia transfusional, lo cual se deberá especificar por escrito en la solicitud de hemocomponentes, colocando la leyenda de urgencia transfusional, autorizo liberación de hemocomponentes sin pruebas pretransfusionales completas; así como la firma del médico especialista quien autoriza.



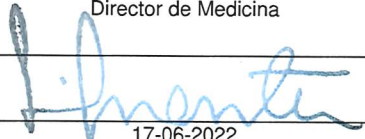
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 32

36. El o la servidora pública que solicita el (los) hemocomponente(s) entrega la solicitud de hemocomponentes y la muestra con las características descritas en el apartado correspondiente; la urgencia transfusional no exime la entrega de la solicitud de hemocomponentes y la muestra de la persona beneficiaria.
37. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de recibir las solicitudes de hemocomponentes y realizar las pruebas pretransfusionales de la muestra de la persona beneficiaria. Para la entrega de hemocomponentes se realiza la hemoclasificación directa e inversa y la prueba cruzada mayor y menor en fase de salina rápida, de ser compatibles se entregan los hemocomponentes. En ninguna circunstancia se entregan hemocomponentes sin la realización de hemoclasificación ni prueba cruzada.
38. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de continuar las pruebas pretransfusionales posterior a que sean entregados los hemocomponentes en caso de una urgencia transfusional. De detectarse incompatibilidad en las pruebas cruzadas las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de avisar inmediatamente al médico especialista a cargo de la persona beneficiaria, con la finalidad de evitar o interrumpir la transfusión.
39. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de informar a la Responsable Clínica del Servicio de Medicina Transfusional y al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional de todos los casos que se identifiquen como urgencia transfusional.

#### DE LA SOLICITUD DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS EN RESERVA

40. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que la muestra de la persona beneficiaria a la que se le solicita concentrados eritrocitarios en reserva para un procedimiento invasivo cuente con una vigencia que sea al menos del día en el que se encuentra programado el procedimiento. En caso de identificar una vigencia menor a la fecha del procedimiento solicita una nueva muestra al médico especialista a cargo de la persona beneficiaria.
41. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de realizar la hemoclasificación directa e inversa, rastreo de anticuerpos irregulares y autocontrol en las personas beneficiarias a las que se les solicitan concentrados eritrocitarios en reserva. Además, realizan fenotipo de sistema RhCcEe a las personas beneficiarias que no lo tengan previamente. Si identifican un rastreo de anticuerpos irregulares y/o autocontrol positivo deberán realizar las pruebas pretransfusionales completas de conformidad con el Manual Técnico del Servicio de Medicina Transfusional.
42. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de reportar a la Responsable Clínica o al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional en caso de que identifique que no se cuenta con existencia de concentrados eritrocitarios de un grupo sanguíneo específico solicitado en reserva.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 32

43. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de realizar pruebas cruzadas mayor y menor a las personas beneficiarias programadas a un procedimiento invasivo de alto riesgo de sangrado. Se consideran cirugías de riesgo alto de sangrado a los siguientes, mismos que se identifican de forma enunciativa más no limitada:



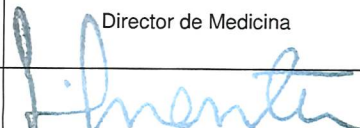
- a. Reemplazo valvular cardiaco, bypass coronario y otras cirugías cardiacas
- b. Colocación de prótesis aórtica, cirugía de aneurisma aórtico
- c. Resección de glomus carotideo (cirugía vascular)
- d. Resección de tumor de páncreas, cirugía de Whipple
- e. Trasplante hepático ortotópico
- f. Resección hepática (hepatectomía)
- g. Rutina de ovario (resección de tumor maligno de ovario y/o anexos)
- h. Nefrectomía parcial (resección de tumor renal)

44. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar la cifra de hemoglobina en la solicitud de hemocomponentes. Cifras de hemoglobina >10g/dL, en una persona beneficiaria programada a un procedimiento invasivo que no se considera dentro de los de riesgo alto de sangrado, no requiere la realización de pruebas cruzadas y no se dejen unidades en reserva. Cifras de hemoglobina <10g/dL en una persona beneficiaria programada a un procedimiento invasivo requieren que las Químicas y los Químicos del Laboratorio de inmunoematología realicen pruebas cruzadas y dejen unidades en reserva, de acuerdo a la cantidad solicitada.

45. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de seleccionar concentrados eritrocitarios con vigencia mayor a 7 días para realizar las pruebas cruzadas y dejar los concentrados eritrocitarios en reserva.

#### DE LA ENTREGA DE PLASMAS FRESCOS CONGELADOS, PLASMAS CARENTES DE FACTORES DE COAGULACIÓN

46. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que los plasmas frescos congelados (PFC) y plasmas desprovistos de factores termolábiles (PDFTL) sean del mismo grupo de la persona beneficiaria o de manera contraria utilizar la tabla de prioridad de grupos que marca la NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, que especifica lo siguiente:


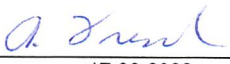
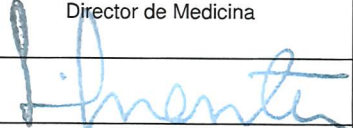
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 32

**Opciones para la transfusión de plasma compatible en el sistema AB0 y Rh**

	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
O positivo	O positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	AB positivo o negativo
O negativo	O positivo o negativo	A positivo o negativo	B positivo o negativo	AB positivo o negativo
A positivo	A positivo	A negativo	AB positivo	AB negativo
A negativo	A negativo	A positivo	AB negativo	AB positivo
B positivo	B positivo	B negativo	AB positivo	AB negativo
B negativo	B negativo	B positivo	AB negativo	AB positivo
AB positivo	AB positivo	AB negativo	Inexistente	Inexistente
AB negativo	AB negativo	AB positivo	Inexistente	Inexistente

47. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología, son responsables de comunicar a la responsable Clínica o al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, en caso de no contar con unidades de plasma compatibles al grupo de la persona beneficiaria, para buscar el hemocomponente en otras unidades. En caso de no contar con el hemocomponente disponible, se realiza la transfusión a grupo O, siempre y cuando se cuente con la autorización del médico especialista a cargo de la persona beneficiaria y se vigilen datos de hemólisis posterior a la transfusión. Los PFC y los PDFTL utilizados para transfusión se almacenan en el congelador Tor Rey identificado como PFC y PSF para uso en menos de un año. Los plasmas se encuentran almacenados por grupo sanguíneo independiente al Rh y en numeración ascendente de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo para facilitar su localización.
48. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de proveer los PFC o PDFTL a las y los servidores públicos de la salud que los soliciten.
49. Las y los servidores públicos de la salud (médicos especialistas, enfermeras o médicos de pregrado) llaman al servicio de medicina transfusional para solicitar los PFC o PDFTL 30 minutos antes de la transfusión para que las Químicas y los Químicos del Laboratorio de inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes inicien el proceso de descongelación.
50. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que el PFC o PDFTL cuenta con un rastreo de anticuerpos irregulares (RAI) negativo, de lo contrario solicitan muestra de la persona beneficiaria para realizar la prueba cruzada menor de conformidad con el manual de procedimientos Técnicos del Servicio de Medicina Transfusional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 32

51. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de la descongelación de los PFC o PDFTL, extraer el plasma congelado del *grifolder* y depositarlo en las bolsas denominadas como plasma *overwraps*, para evitar que la etiqueta sufra daño por el contacto de agua, así como la contaminación externa del plasma.

52. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que el plasma que se descongele cuente con etiqueta en donde se identifique serología negativa, así como de revisar la entereza física de la unidad.

53. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables extraer y secar el PFC o PDFTL al término de la descongelación, así como de revisar la entereza de la etiqueta y anexarle el marbete (**Formato 2**)

54. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que los hemocomponentes entregados contengan caducidad vigente, grupo sanguíneo, se encuentren secos y sin agregados visibles en el plasma.


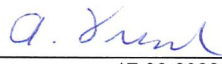
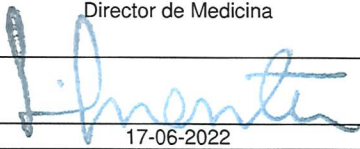
#### DE LA ENTREGA DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS Y LAS AFERESIS PLAQUETARIAS:



55. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de verificar que las aféresis plaquetarias (AP) o concentrados plaquetarios (CP) que se entreguen, cuenten con etiqueta en donde se especifique serología negativa, la vigencia, así como revisar la entereza física de la unidad.

56. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología asignados al área denominada mesa de pacientes son responsables de emplear AP o CP con unidades del mismo grupo ABO de nuestra persona beneficiaria salvo en los casos siguientes:

- a. Cuando las existencias no permitan cubrir los requerimientos de plaquetas isogrupo, cualquier grupo ABO será aceptable.
- b. En el caso de que las plaquetas sean desplasmatizadas y resuspendidas en solución isotónica al 0.9% cualquier grupo ABO será aceptable.
- c. En caso de refractariedad de plaquetas se seleccionarán donantes cuyas plaquetas carezcan del o los antígenos contra los que reaccionan los anticuerpos de la persona beneficiaria.

57. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunoematología son responsables de tomar las AP o CP según sea el caso del área del agitador de plaquetas denominado como Plaquetas liberadas y tomarlas por numeración ascendente hasta el momento de la entrega.



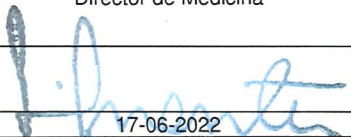
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 32

## 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


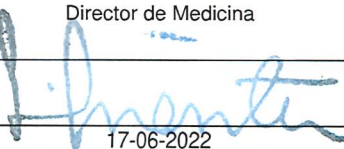
### 4.1 ENTREGAR HEMOCOMPONENTES



RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	1	<p>Revisan la solicitud de los hemocomponentes (<b>Formato 1</b>) y en caso de concentrado eritrocitario, entrega la muestra sanguínea verificando todos los datos (<b>Políticas 1, 2,3 y 4</b>).</p> <p>¿Cuentan con los datos completos y en su caso las muestras?</p> <p>No: Rechazan la solicitud de los hemocomponentes (<b>Formato 1</b>) y en su caso las muestras hasta que exista concordancia y los datos completos (<b>Política 6</b>).</p> <p>Sí: Ingresan la solicitud de los hemocomponentes (<b>Formato 1</b>) para su análisis.</p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	2	Realizan las pruebas analíticas requeridas para entregar un componente compatible con las personas beneficiarias ( <b>Política 7</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	3	Ingresa los datos y resultados de las pruebas realizadas a las personas beneficiarias en la bitácora de escrutinio y pruebas cruzadas ( <b>Formato 3</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	4	<p>Revisan que los datos concuerden y que los hemocomponentes sean compatibles, cuenten con serología negativa y tengan las condiciones físicas adecuadas</p> <p>¿Cumple?</p> <p>No: Realizan nuevamente las pruebas en las personas beneficiarias.</p> <p>Sí: Entregar con el etiquetado del hemocomponente y nombre del proceso realizado.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 32



Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	6	<p>Verifican los resultados de las pruebas analíticas, grupo ABO y fenotipo, rastreo de anticuerpos irregulares (RAI) y pruebas cruzadas compatibles.</p> <p>¿El RAI es negativo y las pruebas cruzadas son compatibles?</p> <p>No: No entregan los hemocomponentes continúa las pruebas pretransfusionales y reporta al Responsable del Laboratorio de Inmunohematología o al Coordinador de Medicina Transfusional. <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Si: Anexan el marbete (<b>Formato 2</b>) debidamente requisitado imprime la solicitud y los entrega para su verificación de las y los servidores públicos de la salud (médicos especialistas, enfermeras o médicos de pregrado) (<b>Política 12</b>)</p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	6	Realizan la doble verificación de los hemocomponentes entregados con el servidor público encargado de la recepción. ( <b>Política 13</b> )
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	7	Recaban las solicitudes de los hemocomponentes entregados y los entrega a la Secretaría para su archivo. ( <b>Política 14</b> )
Secretaría	8	Recibe y organiza las solicitudes de hemocomponente ( <b>Formato 1</b> ) para su almacenamiento.
Secretaría	9	Ingresa los datos de egreso del hemocomponente en la bitácora Registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes ( <b>Formato 4</b> ). ( <b>Política 15</b> )
Secretaría	10	Archiva las solicitudes de hemocomponente ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Política 14</b> ).  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 32

#### 4.2 ADMINISTRAR INMUNOGLOBULINA ANTI-D



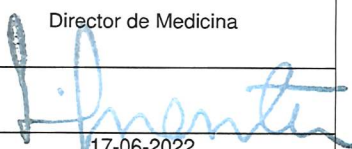
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Responsable del Área Clínica	1	<p>Revisa indicaciones para la administración de Inmunoglobulina anti-D. <b>(Política 31)</b></p> <p>¿Cumple con las indicaciones?</p> <p>No: Informa que no se cumplen con las indicaciones para la administración de Inmunoglobulina anti-D. <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Recomienda la administración y dosis de inmunoglobulina anti-D dependiendo de la cantidad, tipo de hemocomponente, y cantidad de transfundida.</p>
Médica o Médico Especialista de los diferentes servicios Clínicos	2	<p>Aplica la inmunoglobulina anti-D de acuerdo con las recomendaciones realizadas por la Responsable del Área Clínica. <b>(Política 33)</b></p>
Médica o Médico Especialista de los diferentes servicios Clínicos	3	<p>Envía una muestra de la persona beneficiaria al Laboratorio de Inmunoematología a las 48 horas de la aplicación del Anti-D. <b>(Política 34)</b></p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	4	<p>Envía el resultado de la persona beneficiaria al Responsable del Área Clínica.</p>
Responsable del Área Clínica	5	<p>Revisa los resultados de la persona beneficiaria.</p> <p>¿Existe indicación de nueva dosis?</p> <p>No: Explica situación a la Médica o Médico Especialista de los diferentes servicios Clínicos y da recomendaciones sobre el seguimiento de la persona beneficiaria</p> <p>Sí: Recomienda la administra la segunda dosis de inmunoglobulina anti-D</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 32

### 4.3 REALIZAR TRANSFUSIONES URGENTES

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médicas o Médicos Especialistas Responsables de la Persona Beneficiaria	1	Envía la solicitud de hemocomponentes ( <b>Formato 1</b> ) colocando la leyenda de urgencia transfusional, autorizo liberación de hemocomponentes sin pruebas pretransfusionales completas. ( <b>Política 36</b> )
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	2	Realizan la hemoclasificación directa e inversa y la prueba cruzada mayor y menor en fase de salina rápida. ( <b>Política 37</b> )
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	3	<p>Verifica si las pruebas cruzadas son compatibles. (<b>Política 37</b>)</p> <p>¿Son compatibles?</p> <p>No: Realizan hemoclasificación completa y el cruce de otros concentrados eritrocitarios hasta encontrar hemocomponentes compatibles.</p> <p>Sí: Continúan con las pruebas pretransfusionales posterior a que sean entregados los hemocomponentes. (<b>Política 38</b>)</p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	4	<p>Revisan los resultados de las pruebas pretransfusionales a fin de detectar incompatibilidades en las pruebas pretransfusionales completas.</p> <p>¿Es compatible?</p> <p>No: Avisan inmediatamente a la Médica o Médico Especialista responsable de la Persona Beneficiaria para evitar o interrumpir la transfusión. (<b>Política 38</b>)</p> <p>Sí: Continúa con la transfusión de la persona beneficiaria</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Servicio de Medicina Transfusional

### 5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes

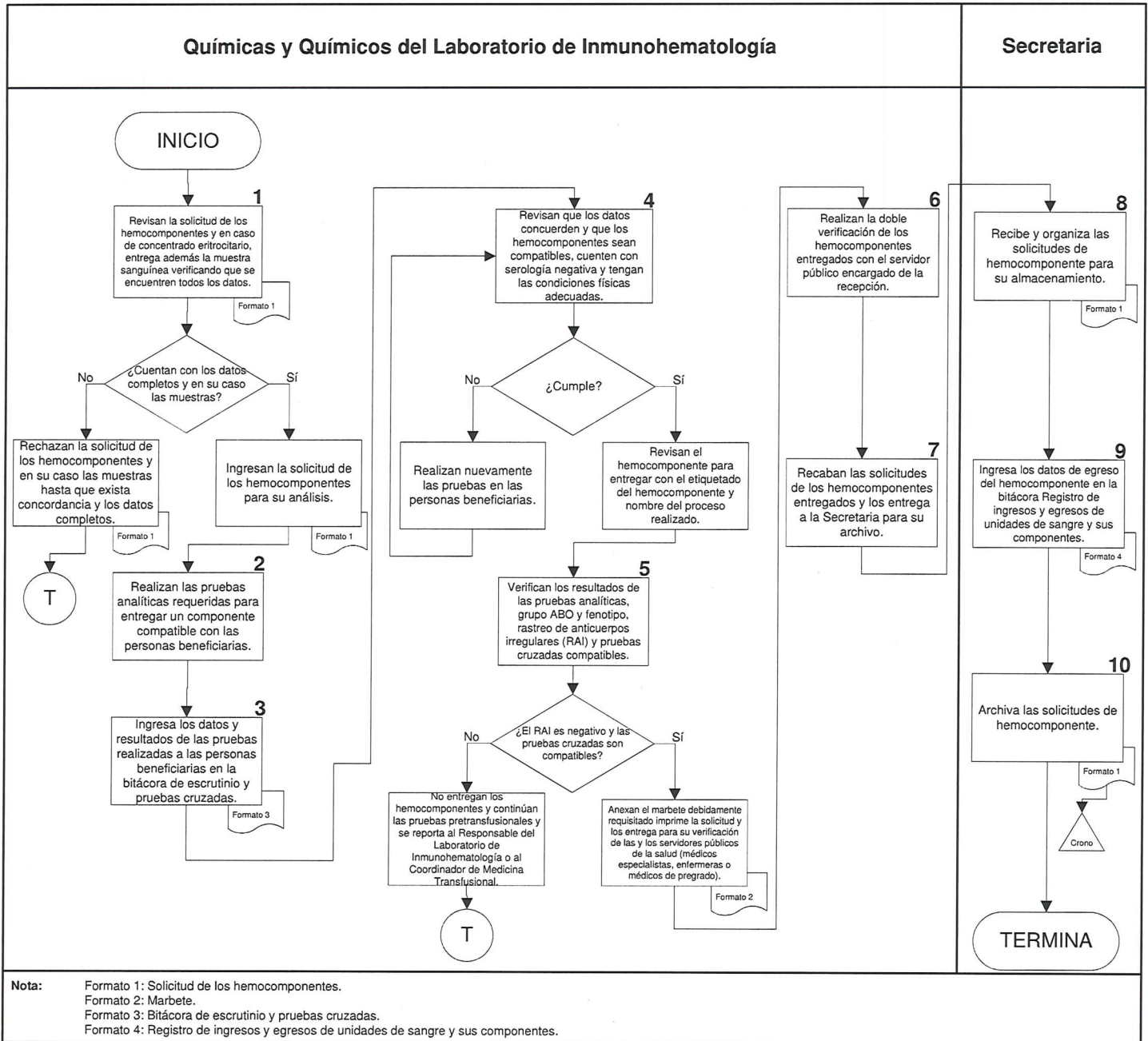


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO: M.P./0.2.3.0.2  
 REV: 01  
 HOJA: 17  
 DE: 32

#### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

#### 5.1 Entregar Hemocomponentes



CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre: Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto: Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:		
Fecha: 17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Servicio de Medicina Transfusional

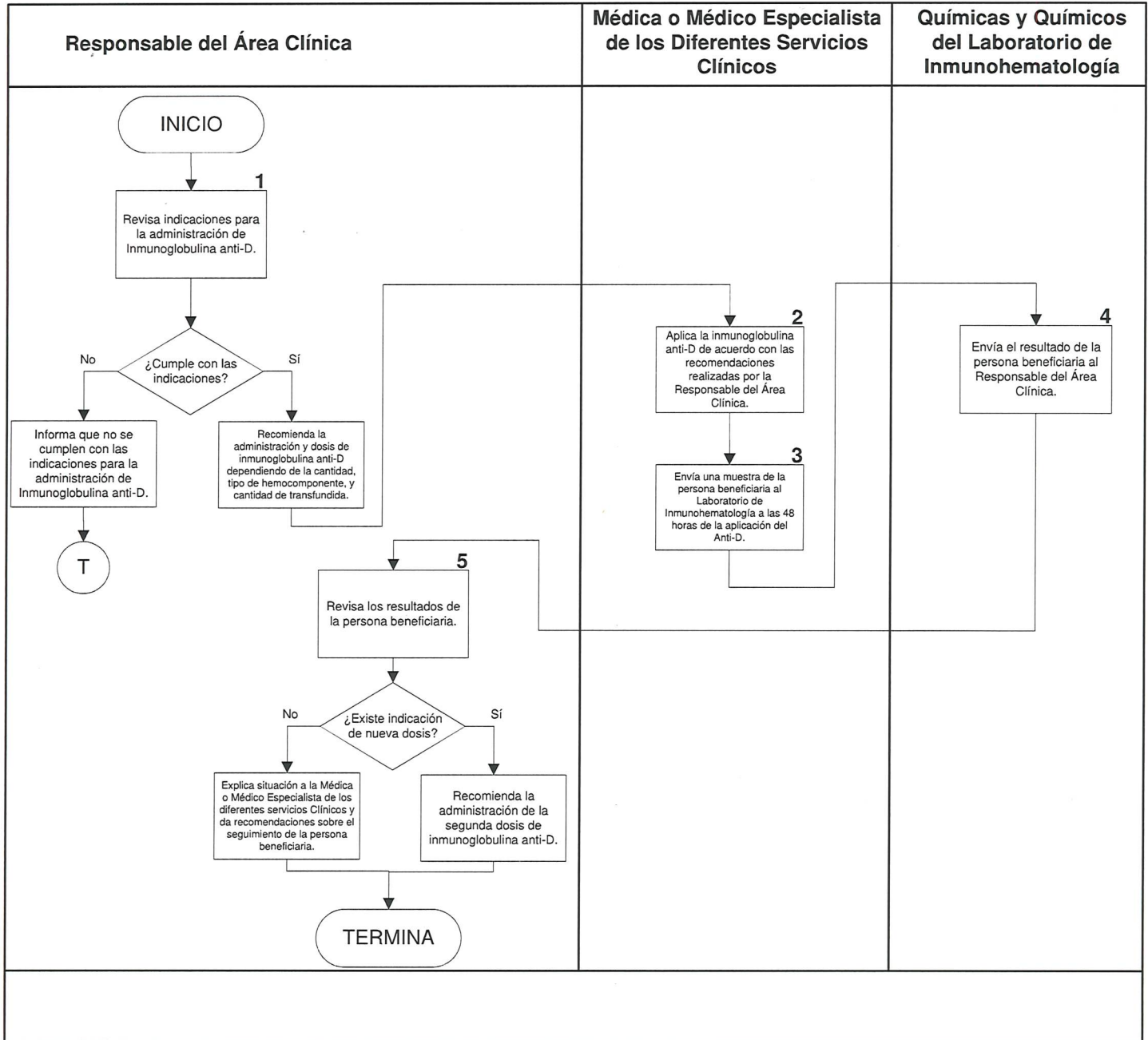
### 5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.0.2  
REV: 01  
HOJA: 18  
DE: 32

#### 5.2 Administrar Inmunoglobulina Anti-D

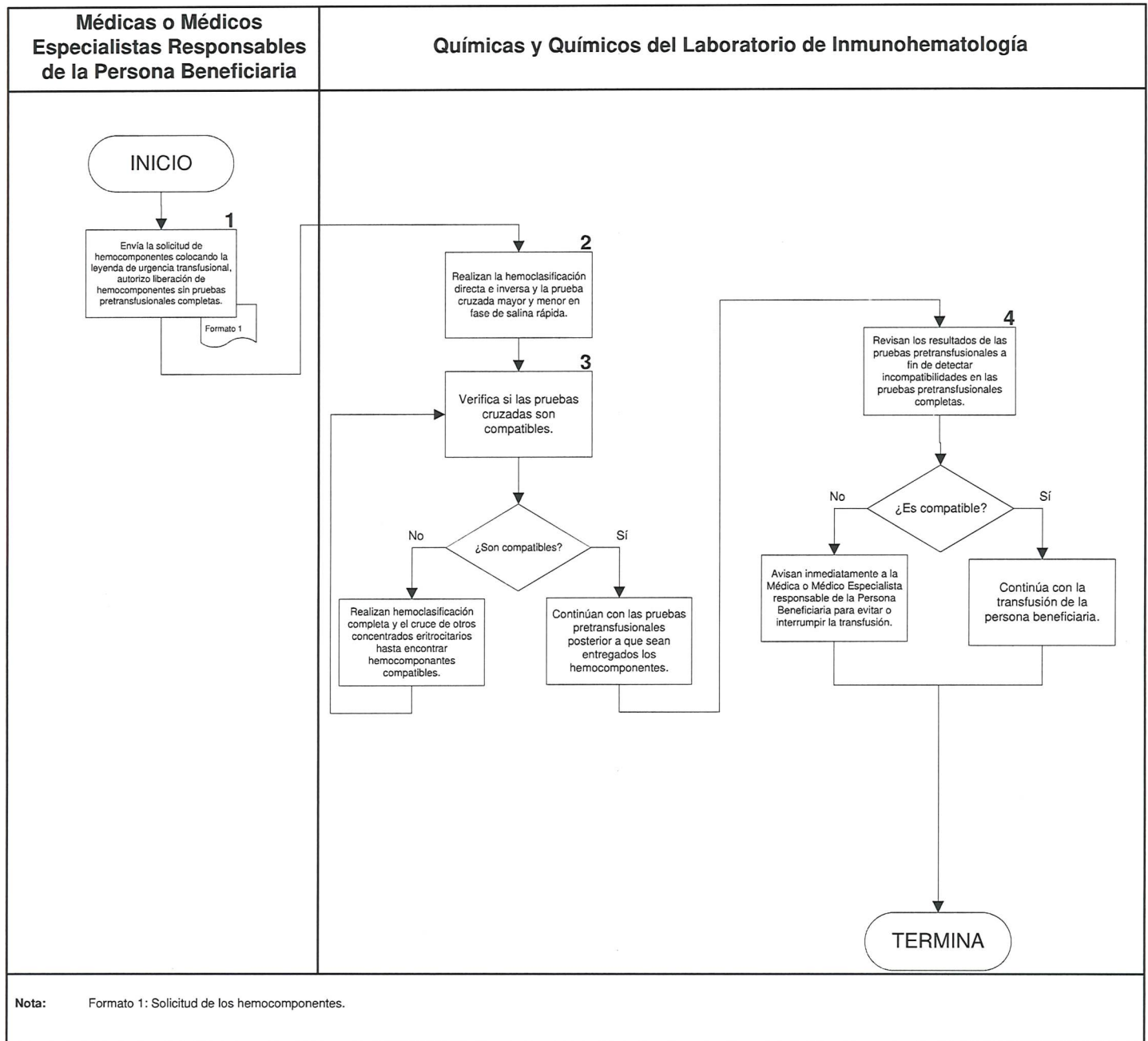


#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**5.3 Realizar Transfusiones Urgentes**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



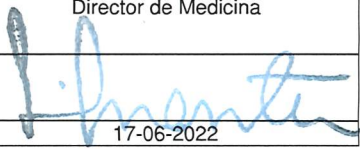
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 32



## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato1 Solicitud de Hemocomponentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato2 Marbete	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 3 Bitácora de escrutinio y pruebas cruzadas	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 4 Bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. CE:** Concentrado eritrocitario. Es el componente obtenido por remoción de una parte de plaza de una sangre total, que contiene mayoritariamente eritrocitos.
- 7.2. CP:** Concentrado plaquetario, Contiene todas las plaquetas obtenidas en una sangre total dentro de un volumen aproximado de 50 ml, de plasma.
- 7.3. Desplasmatar:** Se obtiene al separar la mayor parte de plasma de un concentrado de plaquetas o aféresis por centrifugación
- 7.4. 5Doble verificación:** Proceso mediante el cual dos personas diferentes verifican la identidad de una persona beneficiaria, sus análisis, resultados y el tipo de hemocomponente que se le suministrara, previo a la administración del mismo.
- 7.5. Escrutinio:** Rastreo de pruebas, indica un screening para detectar anticuerpos contra los concertados eritrocitarios que se utilizaran en una trasfusión
- 7.6. Filtrado:** Técnica o método comúnmente para remover leucocitos en la sangre o plaquetas.
- 7.7. Irradiacion:** Proceso que elimina la posibilidad de desarrollar enfermedades Contra injerto contra huésped.
- 7.8. Isogrupo:** Refiere al mismo grupo sanguíneo.
- 7.9. Urgencia Transfusional:** Circunstancia de apremio bajo la cual la no aplicación inmediata de sangre o de componentes sanguíneos puede poner en peligro la vida del receptor.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 32



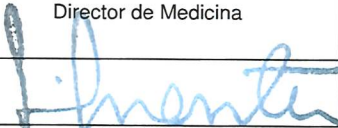
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS



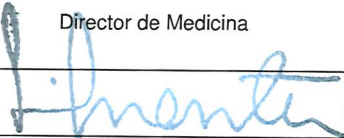
### FORMATO 9.1: SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Paciente	Nombre de la persona beneficiaria que requiere del hemocomponente
2	Expediente	Numero institucional único para identificación de la persona beneficiaria
3	Fecha de nacimiento	Día, mes año de nacimiento de la persona beneficiaria
4	Edad	Años cumplidos de la persona beneficiaria
5	Sexo	Masculino o femenino según sea el caso
6	Habitación o cama	Lugar donde reside por el momento la persona beneficiaria
7	Servicio médico solicitante	Lugar de la toma de muestra de la persona beneficiaria
8	Fecha de solicitud	Día, mes, año y hora en que ingresa la muestra o solicitud a Medicina Transfusional
9	Servicio médico lugar de transfusión	Lugar donde se envía el hemocomponente para su transfusión
10	Motivo de la transfusión	Anemia, cirugía etc. Motivo por el cual se determina la transfusión
11	Diagnostico	Diagnóstico de base de la persona beneficiaria


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 32

12	Antecedentes	Indicar con una X los antecedentes
13	Datos analíticos	Ingresar los datos de las personas beneficiarias
14	Componentes sanguíneos	Componente, cantidad, proceso especial, plan de uso
15	Prioridad	Marcar si es urgente, cirugía o un código de transfusión masiva
16	Observaciones	Insertar observaciones relevantes o necesarias para ese hemocomponente
17	Nombre de medico	Nombre de la Médica o Médico tratante que refiere la transfusión
18	Cédula	Cédula profesional del médico tratante
19	Tel extensión	Teléfono y extensión de donde se pueda encontrar al médico tratante.
20	Firma	Firma de la Médica o Médico tratante que refiere la transfusión
21	Fecha y hora de la toma	Día mes año y hora de entrega de la toma al Laboratorio de inmunohematología.
22	Nombre y firma de la persona que tomo la muestra	Las y los médicos internos de pregrado que son responsables de la toma de la muestra
23	Fecha y hora de quien recibe	Día mes año y hora de la recepción de la muestra en el Laboratorio
24	Nombre y firma de la persona que recibe la muestra	Las y los Químicos del Laboratorio de inmunohematología que reciban la muestra.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

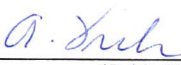
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 32



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
 Licencia Sanitaria 2014009678 Código de Establecimiento 09021007  
 VASCO DE QUIROGA NO. 15 COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCION XVI, TALPAN C.P. 14080  
 Tel. 55-54-87-09-00 Trabajo Social (ext. 2078)  
 Lab. Inmunohematología (2040 y 1122)

Solicitud de Hemocomponentes			
<b>Identificación del Paciente</b>		Expediente: <u>2</u>	
Paciente: <u>1</u>			
F. Nacimiento: <u>3</u>	Edad: <u>4</u>	Sexo: <u>5</u>	
<b>Datos de la Solicitud</b>			
<b>General</b>			
Habitación - Cama: <u>6</u>	Servicio Médico Solicitante: <u>7</u>		
Fecha de Solicitud: <u>8</u>	Servicio Médico / Lugar de transfusión: <u>9</u>		
<b>Motivo de la Solicitud</b>			
Motivo de la transfusión: <u>10</u>			
Diagnóstico: <u>11</u>			
<b>Antecedentes</b>			
Transfusiones previas: <u>12</u>	NO	SI	SE IGN.
Embarazos previos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacciones transfusionales previas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Producto de enfermedad hemolítica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Datos Analíticos</b>			
Hb: <u>13</u>	Hct: <u>14</u>	Fibrinógeno: <u>15</u>	TTPa: <u>16</u>
<b>Componentes Sanguíneos</b>			
Producto (plasma, eritrocitos, plaquetas, etc.): <u>17</u>	Cantidad: <u>18</u>	Fecha y hora programada: <u>19</u>	
<b>Plan de Uso de Transfusión</b>			
15 Prioridad: Urgente <input type="checkbox"/> Cirugía Programada <input type="checkbox"/> Extrema Urgencia <input type="checkbox"/> Transfusión en el día <input type="checkbox"/>			
Observaciones: <u>16</u>			
Nombre del médico: <u>17</u>		Firma del médico: <u>20</u>	
Cédula: <u>18</u>			
Teléfono/extensión: <u>19</u>			
<b>Extracción y Entrega de Muestra</b>			
Fecha y hora de la toma: <u>21</u>	Fecha y hora de quien recibe: <u>23</u>		
Nombre y firma de la persona que tomó la muestra: <u>22</u>	Nombre y firma de la persona que recibe la muestra: <u>24</u>		


CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 32



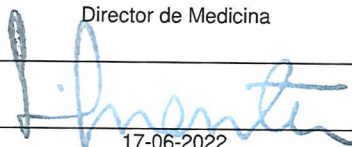
**FORMATO 9.2: MARBETE**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Donador	Nombre y apellidos de la persona donante.
2	Num. Unidad	Número de registro del hemocomponente.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de la fecha de extracción del hemocomponente.
4	Gpo. Rh	Registro alfabético del grupo ABO y Rh
5	Hemocomponente	Tipo de hemocomponente.
6	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
7	Receptor	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
8	Paciente	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
9	Registro	Número de registro de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
10	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de la fecha de nacimiento de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
11	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
12	Fecha de transfusión	Día, mes y año de la fecha de transfusión del hemocomponente. Elegir el tipo de hemocomponente transfundido con una X de las siguientes opciones: Eritrocitos Plaquetas Aferesis plaq. Plasma Críos
13	Receptor	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 32

14	Registro	Número de registro de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
15	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
16	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de la fecha de nacimiento de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
17	Reacciones	Elegir con una X las reacciones por la transfusión del hemocomponente de las opciones: GRADO 0, I, II, III, IV
18	Hora del inicio de la transfusión	Hora y minutos del horario de inicio de la transfusión.
19	Temp inicial	Grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria al inicio de la transfusión.
20	Temp final	Grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria al término de la transfusión.
21	Nombre y firma	Nombre, apellido y firma de las y los servidores públicos de enfermería.
22	Fecha	Día, mes y año de la fecha en que se transfunde el hemocomponente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 32

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRAN**  
AV. VASCO DE QUIROGA No. 15, COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCION XVI, DELG. TLALPAM  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

Donador: 1  
 Num. Unidad: 2  
 Fecha de extracción: 3  
 Gpo. Rh: 4  
 Hemocomponentes: 5

Cama: 6                      Recaptor: 7

20016700

**CANCELADO**



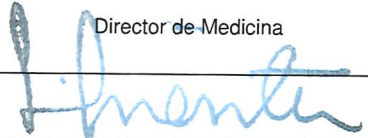
---

**INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADA LA TRANSFUSION LLENASE ESTE ESQUELETO Y ENVIASE A LA OFICINA DE CUENTAS CORRIENTES.**

Paciente: 8  
 Registro: 9                      Fecha de Nacimiento: 10                      Cama: 11  
 Fecha de Transfusión: 12

Eritrocitos     Plaquetas     Aferesis Pla.     Plasma     Crios

20016700

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 32

RECEPTOR: 13

REGISTRO: 14 CAMA: 15

FECHA DE NACIMIENTO: 16

**REACCIONES**  
(Señale con una cruz)

GRADO II (NINGUNA) 17

GRADO I (URTICARIA) \_\_\_\_\_

GRADO II (FIEBRE) \_\_\_\_\_

GRADO III (ESCALOFRÍO, ENFRIAMIENTO) \_\_\_\_\_

GRADO IV (COLERA, VÓMITOS, DUREZA, DOLOR) \_\_\_\_\_

GRADO V (SINOTERMIA) \_\_\_\_\_

HORA DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: 18

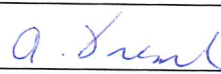
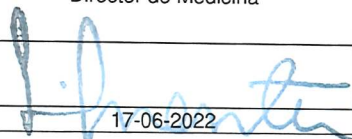
TEMP. INICIAL: 19 TEMP. FINAL: 20


NOMBRE Y FIRMA: 21

FECHA: 22

Favor de Devolver al Servicio de Medicina Transfusional



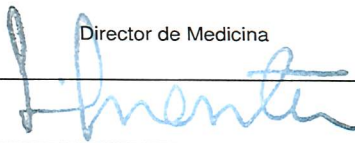
**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 9.3: BITACORA DE ESCRUTINIO Y PRUEBAS CRUZADAS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Realizo	Nombre de las o los Químicos de Laboratorio de Inmunohematología responsables del área de recepción y entrega de hemocomponentes
2	Fechar	Día mes año de trabajo en esa área
3	Hoja No.	Numero consecutivo de las hojas de trabajo por día
4	Cama	Lugar donde reside por el momento la persona beneficiaria
5	Nombre del paciente	Nombre de la persona beneficiaria que requiere del hemocomponente
6	registro	Numero institucional único para identificación de la persona beneficiaria
7	Antisuero	Registro de aglutinaciones de las pruebas analíticas en cuanto a grupo ABO
8	Células	Registro de aglutinaciones de las pruebas analíticas en cuanto a Prueba inversa se refiere
9	Lectinas	Registro de aglutinaciones de Lectinas solo para cuando se trabaja grupo A
10	Grupo y Rh	Registro alfabético del grupo ABO y Rh
11	RAI	Registro de aglutinaciones del rastreo de anticuerpos o escrutinio de la persona beneficiaria
12	Unidad/Grupo Rh/Serología/ PC	Numero de unidad o Concentrado eritrocitario con el cual existe una prueba cruzada para la persona beneficiaria, grupo de la unidad, serología de la unidad y determinación de compatibilidad (compatible o incompatible)
13	Nombre del donador	Nombre de la persona donante



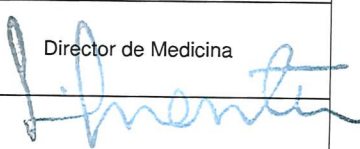
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 32



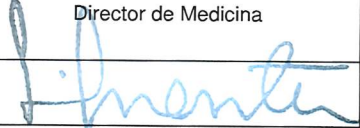
**FORMATO 9.3: BITÁCORA DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE UNIDADES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Procedencia	Nombre del establecimiento donde se obtuvo el componente.
2	Fecha donación	Día mes y año en que se realiza el proceso de recolección de la sangre o sus componentes.
3	Numero progresivo	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.
4	Nombre completo del donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Tipo de donación	Seleccionar altruista, familiar, designada, dirigida, regular o repetición según sea el caso.
6	Numero de unidad	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.
7	Grupo ABO	Clasificación del grupo ABO de la persona donante.
8	Rh	Clasificación del Grupo Rh de la persona donante.
9	Uso terapéutico	Seleccionar Alogénico, Autólogo o Sinérgico según sea el caso.
10	Método de extracción	Seleccionar Habitual o Aféresis según sea el caso.
11	Volumen ST	Ingresar el volumen contenido de la sangre total si la unidad no fuera fraccionada por algún motivo en específico.
12	Volumen CE	Ingresar el volumen del concentrado eritrocitario obtenido.
13	Volumen CP	Ingresar el volumen del concentrado plaquetario obtenido.
14	Volumen PFC	Ingresar el volumen del plasma fresco congelado obtenido.
15	Volumen CRIO	Ingresar el volumen de crioprecipitados si estos son fraccionados.
16	Hb	Hemoglobina de la persona donante.
17	Hto	Hematocrito de la persona donante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 32

18	Pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión	Registro de los resultados de las pruebas obligatorias de detección por agentes trasmisibles por técnica de ELISA.
19	NAT	Registro de los resultados de las pruebas complementarias de detección por agentes trasmisibles por técnica de NAT
20	Proceso realizado a las unidades	Seleccionar los procesos especiales que se realizaron en esas unidades según sea el caso.
21	Fecha de caducidad	Ingresar las fechas de caducidad día, mes y año de cada uno de los componentes.
22	Fecha de egreso	Ingresar la fecha día mes y año de cuando se entrega el componente.
23	Hora	Ingresar la hora y minutos en que se entregó el componente.
24	Nombre del receptor (paciente) o del establecimiento al que se envió	Nombre del establecimiento donde se realiza la transfusión o nombre del receptor si es en el INCMNSZ.
25	Número de expediente	Número de registro de la persona beneficiaria si fuera el caso.
26	Cama	Numero de Cama o servicio de la persona beneficiaria si fuera el caso.
27	Grupo ABO/Rh	Grupo ABO y Rh del receptor al que se le transfundió el componente.
28	Volumen	Volumen total del componente transfundido.
29	Domicilio de transfusión	INCMNSZ si es el caso.
30	Médico que indica la trasfusión	Médico responsable que indica y solicita la transfusión.
31	Motivo destino final	Motivo de designación de producto no conforme según sea el caso.
32	Eventualidad y observaciones	Cualquier eventualidad que deba ser reportada.
33	Folio	Folio de control.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Servicio de Medicina Transfusional

### 5. Procedimiento para Realizar la Entrega de Hemocomponentes



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.0.1

REV: 01

HOJA: 32

DE: 32

#### INGRESOS

FECHA	HORA	NOMBRE COMPLETO DEL DONADOR	EDAD	SEXO	GRUPO SANG	FECHA DE DONACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14



#### EGRESOS

FECHA	HORA	NOMBRE DEL RECEPTOR (PACIENTE O DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIO LA UNIDAD)	NOMBRE DEL RECEPTOR	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32


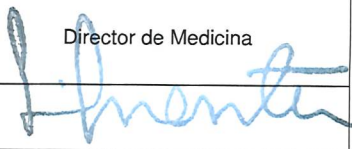
**CANCELADO**



#### CONTROL DE EMISIÓN

Nombre:	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 32

## 6. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR Y NOTIFICAR REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A TRANSFUSIONES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 32

## 1.0 PROPÓSITO

Realizar la identificación, reporte, notificación y seguimiento de las reacciones adversas asociadas a transfusión de sangre o hemocomponentes en la persona beneficiaria que efectúan las unidades administrativas que realizan actividades clínicas del Instituto.

## 2.0 ALCANCE



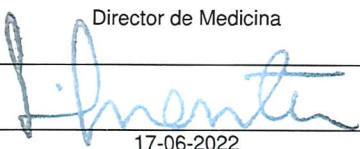
**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en identificar y notificar reacciones adversas asociadas a transfusiones, a los Departamentos de Atención Institucional Continua y Urgencias, Terapia Intensiva, a los Sectores de Hospitalización, a los Servicios de Quirófano, Estancia Corta y Quimioterapias Ambulatorias en indicar y transfundir sangre y sus hemocomponentes con fines terapéuticos.



**A nivel externo:** Este procedimiento aplica al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS) en recibir la notificación de reacciones o eventos transfusionales adversos ocurridos en el Instituto.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- Las Médicas y los Médicos Tratantes son responsables de realizar la indicación de una transfusión sangre o hemocomponentes a las personas beneficiarias. además de la supervisión de la misma.
- Las servidoras y los servidores públicos de la salud que realizan la transfusión en los Departamentos de Atención Institucional Continua y Urgencias, Terapia Intensiva, a los Sectores de Hospitalización, a los Servicios de Quirófano, Estancia Corta y Quimioterapias Ambulatorias son responsables de realizar la transfusión, identificación de los signos y síntomas de una probable reacción transfusional y notificarlo a las Médicas y los Médicos tratantes y/o responsable de la indicación de la transfusión.
- Las Médicas y los Médicos Tratantes que indican una transfusión son responsables de notificar al Servicio de Medicina Transfusional cualquier reacción adversa relacionada a la misma, mediante el formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**) debidamente requisitado en la sección (A) y la parte posterior del marbete (**Formato 2**) de la unidad que se transfundió. Además de la entrega de una muestra sanguínea post-transfusional de la persona beneficiaria en un tubo con anticoagulante EDTA (ácido etilendiaminotetraacético) (tapón morado) de 6 ml; y en su caso el remanente de la unidad que se administró.



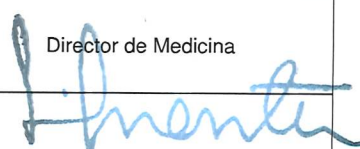
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 32

4. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de recibir de las Médicas y los Médicos Tratantes el formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**) debidamente requisitado en la sección (A), junto con el marbete (**Formato 2**) de la unidad que se transfundió y el tubo con la muestra sanguínea de la persona beneficiaria que recibió la transfusión; y en su caso el remanente de la unidad.
5. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de realizar las pruebas de compatibilidad y el llenado de la sección (B) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**), así como de su resguardo y notificación a la servidora o el servidor público Responsable de la hemovigilancia.
6. Las servidoras y los servidores públicos responsables de la hemovigilancia son los responsables del debido llenado de la sección (C) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**).
7. La Servidora o el Servidor Público encargados de la hemovigilancia son los responsables de la notificación de las reacciones o eventos adversos transfusionales ocurridos o ausentes al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea mediante el informe mensual correspondiente.

**DE LA TRANSFUSION DE LA SANGRE Y SUS HEMOCOMPONENTES:**

8. Las Médicas y los Médicos Tratantes de la persona beneficiaria son responsables de limitar el uso terapéutico de la sangre y componentes sanguíneos en los casos que reúnan las siguientes condiciones:
  - a. Cuando el receptor o la persona beneficiaria tenga un padecimiento que no sea susceptible de corregirse por otros métodos terapéuticos, y
  - b. Cuando el beneficio terapéutico predecible supere los riesgos inherentes.
9. Las Médicas y los Médicos Tratantes de la persona beneficiaria son responsables de apegarse a las recomendaciones del documento referenciado en el apartado 22.17 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 y a la Guía de indicaciones y contraindicaciones para el buen uso clínico de la sangre del Instituto, en la indicación y uso terapéutico de la sangre y componentes sanguíneos.
10. La identificación correcta de la persona beneficiaria que va a recibir una transfusión se realiza por dos servidoras y/o servidores públicos de la salud (Médicas, Médicos o Enfermeras y Enfermeros) capacitados, quienes verifican lo siguiente:
  - a. La identidad correcta del receptor o persona beneficiaria, mediante las siguientes acciones: Corroboración verbal cuando esto sea posible, así como revisión del nombre anotado en la pulsera de identificación de la persona beneficiaria, y en registro del expediente clínico electrónico y/o físico;
  - b. La concordancia de los datos contenidos en la solicitud con los de la etiqueta de la unidad que

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 32

se va a transfundir y el marbete (**Formato 2**) que la acompaña, en lo relativo al número exclusivo de la unidad, el grupo AB0 y Rh y cuando el componente lo requiera, las pruebas cruzadas de compatibilidad efectuadas, y



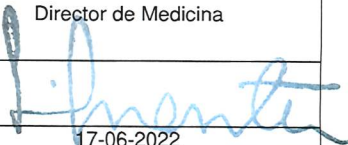
- c. Que la etiqueta de identificación de la unidad coincida con los demás resultados de las determinaciones analíticas obligatorias que establece esta Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.

#### DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE UNA PROBABLE REACCION TRANSFUSIONAL:

11. Las servidoras y los servidores públicos de la salud que realizan la transfusión en los diferentes Servicios del Instituto son los responsables de detectar algún signo o síntoma que indiquen una probable reacción transfusional de acuerdo con lo siguiente:
- Aumento de la temperatura
  - Síntomas de alergia (urticaria, salpullido o picazón en la piel, hinchazón de garganta ojos o lengua)
  - Síntomas respiratorios (broncoespasmo, disnea, taquipnea, hipoxemia, secreción espumosa asalmonada)
  - Otros (escalofríos, hipotensión, náuseas o vómito, sensación de muerte, dolor de espalda o pecho, tos, disnea, hipoxia).
12. Las servidoras y los servidores públicos de la salud que aplican y supervisan la transfusión, cuando detectan algún signo o síntoma que indican una probable reacción transfusional tienen que realizar las intervenciones que se describen en las Tablas de signos, síntomas e intervenciones en las reacciones adversas a la transfusión 1 a la 4 (**Anexo 1**)

#### DE LA NOTIFICACION AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL:

13. Las Médicas y los Médicos Tratantes que indican una transfusión son los responsables de notificar al Servicio de Medicina Transfusional cualquier reacción adversa relacionada con la misma, mediante el formato de Reacciones RAT-01-22 (**Formato 1**) debidamente requisitado y legible en la sección (A) y la parte posterior del marbete (**Formato 2**) de la unidad que se transfundió.
14. Las Médicas y los Médicos Tratantes que indican una transfusión son los responsables de enviar al Servicio de Medicina Transfusional lo siguiente:
- Formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**)
  - Marbete de la unidad que se transfundió (**Formato 2**)
  - Muestra sanguínea post-transfusional de la persona beneficiaria en un tubo con anticoagulante EDTA (ácido etilendiaminotetraacético) (tapón morado) de 6 ml.
  - Y en su caso el remanente de la unidad que se administró.
15. La Médica o el Médico que indicó la transfusión es responsable del llenado, resguardo y entrega del documento RAT-01-22 (**Formato 1**), al momento de la reacción adversa, en caso contrario otra Médica o Médico, quien tenga conocimiento del caso, puede hacerse responsable.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 32

#### DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO:


16. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son los responsables de revisar que la sección (A) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**) se encuentre debidamente requisitada y legible; además de recibir la muestra post-transfusional de la persona beneficiaria, el formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**), el marbete de la unidad que se transfundió (**Formato 2**), y en su caso el remanente del producto sanguíneo que se administró.
17. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son los responsables de realizar las pruebas de Laboratorio de la muestra pre y post transfusional de la persona beneficiaria recibida que es procesada de manera inmediata, determinando lo siguiente:
  - a. Grupo directo,
  - b. Grupo inverso,
  - c. Rastreo de anticuerpos irregulares,
  - d. Coombs Directo.
18. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son los responsables de determinar el grupo directo a la unidad transfundida a la persona beneficiaria y si se encuentra en condiciones para su procesamiento.
19. Las Químicas y los Químicos Laboratorio de Inmunohematología son los responsables de reportar las pruebas de Laboratorio efectuadas en la sección (B) del Formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**) y de su resguardo en la carpeta asignada de Hemovigilancia.



#### DE LA RESOLUCION DEL CASO

20. La Servidora o el Servidor Público encargado de la hemovigilancia son responsables del debido llenado de la sección (C) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) (**Formato 1**), así como de la clasificación del tipo de reacción transfusional presentada, imputabilidad y grado de severidad, de acuerdo con lo establecido en la Guía Clínica para la Hemovigilancia del Instituto.
21. La Servidora o el Servidor Público encargado de la hemovigilancia son responsables de notificar a la Médica o Médico tratante sobre la resolución del caso y las recomendaciones que surjan del manejo en el caso de la persona beneficiaria.

#### DE LA NOTIFICACION AL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSION SANGUINEA:

22. La Servidora o el Servidor Público encargado de la hemovigilancia son los responsables de notificar al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS) el número de las reacciones o eventos transfusionales adversos ocurridos y ausentes mensualmente de acuerdo con la siguiente clasificación:


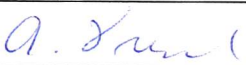
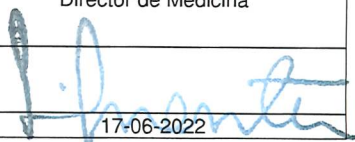
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 32

- a. Reacciones inmunológicas inmediatas
- b. Reacciones inmunológicas tardías
- c. Reacciones o eventos NO inmunológicos inmediatos
- d. Reacciones o eventos NO inmunológicos tardíos



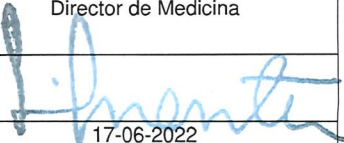
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médicas y Médicos tratantes de la persona beneficiaria	1	Indican una transfusión a la persona beneficiaria ( <b>Política 1</b> ).
Servidores Públicos de la salud capacitados (Médicas y Médicos o Enfermeros y Enfermeras)	2	Verifican la identidad de la persona beneficiaria, así como la concordancia de los datos de la unidad a transfundir ( <b>Política 10</b> ),  ¿Existe concordancia?  No: Cancela la transfusión y notifica a las Médicas y Médicos Tratantes de la persona beneficiaria.  Sí: Aplican y supervisan la transfusión a la persona beneficiaria
Servidores Públicos de la salud capacitados (Médicas y Médicos o Enfermeros y Enfermeras)	3	Revisan signos y síntomas de la persona beneficiaria antes, durante y después de una transfusión a fin de detectar una probable reacción adversa a la transfusión ( <b>Política 11</b> )  ¿Existen signos y síntomas de una reacción adversa a la transfusión?  No: Continúa la transfusión  Sí: Detienen la transfusión, notifican a la Médica o Médico Tratante, evalúan a la persona beneficiaria y aplican las intervenciones que correspondan a lo establecido ( <b>Política 12</b> )
Médicas y Médicos tratantes de la persona beneficiaria o Médicas y Médicos que indican la transfusión	4	Realiza el llenado de la sección (A) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) ( <b>Formato 1</b> ) y la parte posterior del marbete de la unidad que se transfundió. ( <b>Formato 2</b> ) ( <b>Política 13</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

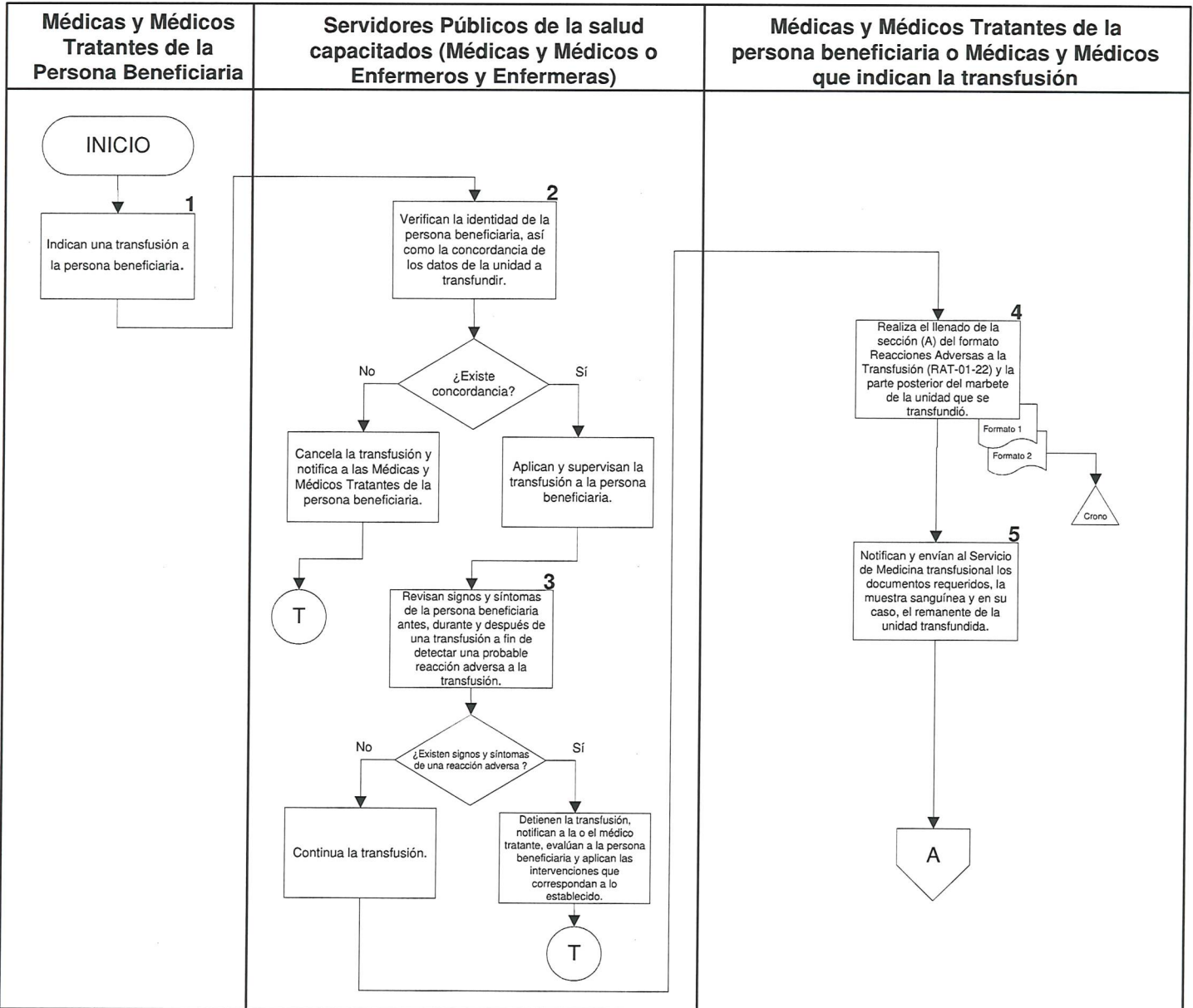
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 32

Médicas y Médicos tratantes de la persona beneficiaria o Médicas y Médicos que indican la transfusión	5	Notifican y envían al Servicio de Medicina transfusional los documentos requeridos, la muestra sanguínea y en su caso, el remanente de la unidad transfundida ( <b>Política 14</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	6	Reciben los documentos y muestra requerida ( <b>Política 16</b> )
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	7	Realizan las pruebas de compatibilidad a la muestra sanguínea de la persona beneficiaria pre y post- transfusional ( <b>Política 17</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	8	Realizan el llenado de la sección (B) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) ( <b>Formato 1</b> ), y notifican a las servidoras y los servidores públicos de la salud responsables de la hemovigilancia ( <b>Política 19</b> ).
Servidoras y Servidores Públicos responsables de la hemovigilancia	9	Realizan el llenado de la sección (C) del formato Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22) ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Política 20</b> ).
Servidoras y Servidores Públicos responsables de la hemovigilancia	10	Notifica mediante llamada telefónica la resolución del caso a la Médica o Médico Tratante de la persona beneficiaria ( <b>Política 21</b> ).
Servidoras y Servidores Públicos responsables de la hemovigilancia	11	Notifican vía correo electrónico las reacciones o eventos transfusionales adversos al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea ( <b>Política 22</b> ). .
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



Nota: Formato 1: Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22).  
Formato 2: Marbete de la unidad que se transfundió.

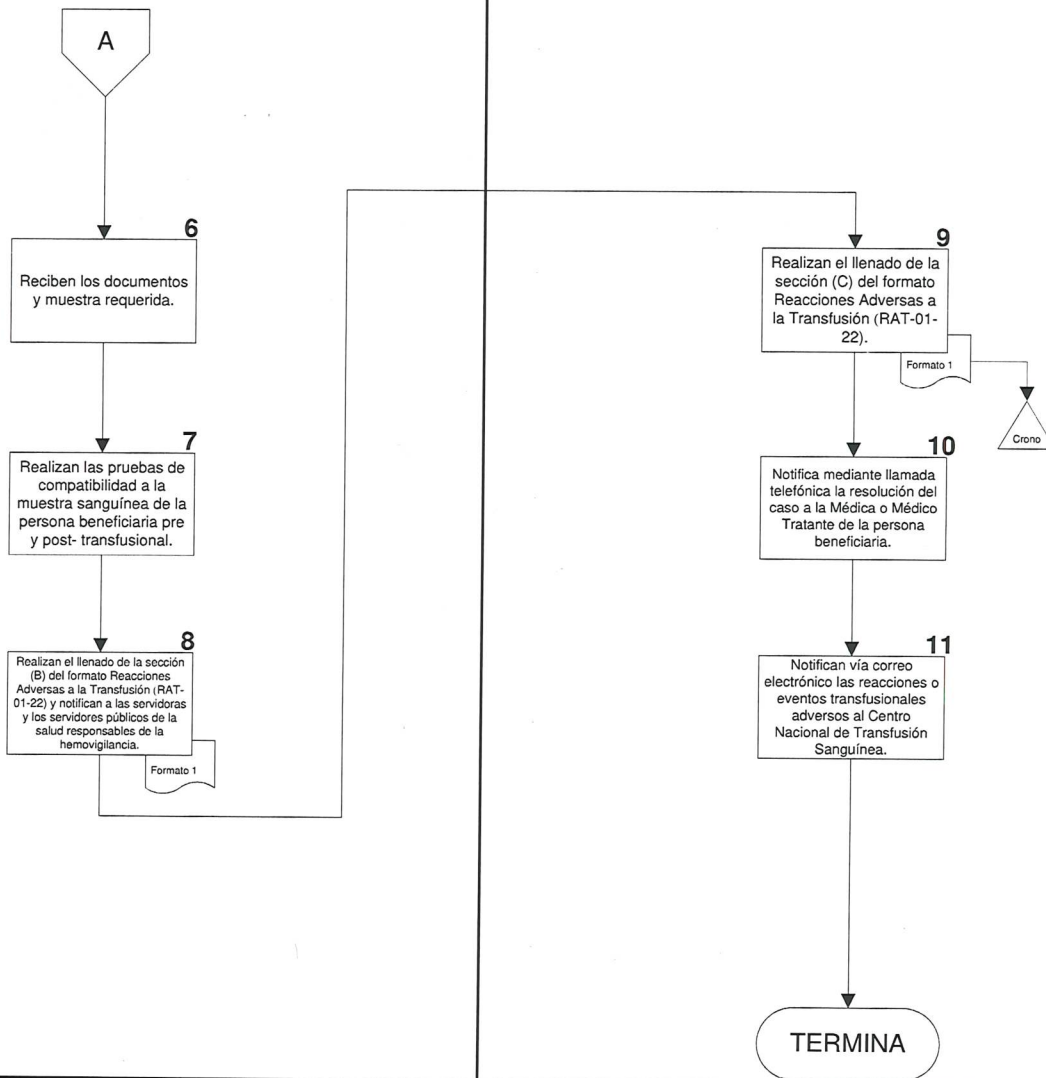
**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología**



**Servidoras y Servidores Públicos responsables de la hemovigilancia**



**Nota:** Formato 1: Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22).

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 32

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Formato de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22)	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 2 Marbete	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 1 Tablas de signos, síntomas e intervenciones en las reacciones adversas a la transfusión.	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6

## 7.0 GLOSARIO

### 7.1. Anafilaxia

Manifestación de la hipersensibilidad inmediata que ocurre segundos después de la inyección de un antígeno a un sujeto susceptible que tiene anticuerpos IgE específicos. La unión entre antígeno y anticuerpo produce la liberación de mediadores que estimulan la vasodilatación, el aumento de la permeabilidad vascular y la contracción de la musculatura lisa; clínicamente produce dificultad respiratoria, urticaria, angioedema, colapso vascular y choque circulatorio.

### 7.2. Anemia hemolítica



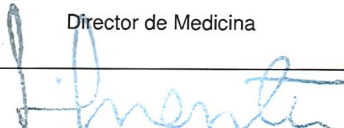
Anemia producida por una destrucción acelerada de los eritrocitos circulantes en la sangre periférica con el acortamiento consiguiente de su vida media.



### 7.3. Anticuerpo

Inmunoglobulina sintetizada por los linfocitos B y por las células plasmáticas (generadas por diferenciación de estos ante estímulos antigénicos) que reacciona específicamente con el antígeno inductor de su síntesis. Ciertos anticuerpos existen de forma natural, sin estímulo antigénico previo. Todos los anticuerpos son inmunoglobulinas, por lo que se distinguen cinco clases: anticuerpos IgG, anticuerpos IgA, anticuerpos IgM, anticuerpos IgD y anticuerpos IgE. Elementos clave de las fases de reconocimiento y efectora de la inmunidad humoral, una vez identifican su antígeno específico y se unen a él, ponen en marcha una cascada de acontecimientos cuya finalidad es la eliminación del antígeno inductor.


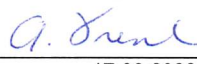
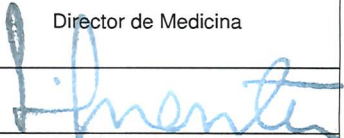
### 7.4. Antígeno



Cualquier sustancia, generalmente una proteína, capaz de inducir una respuesta humoral o una respuesta celular por parte del sistema inmunitario y de reaccionar con los productos de esta, anticuerpos en el caso de la primera y linfocitos T en el de la segunda. La finalidad de esta respuesta es la eliminación del antígeno inductor. Por un mecanismo de tolerancia a lo propio, el sistema inmunitario suele responder únicamente frente a los antígenos exógenos, como los presentes en la superficie de bacterias, virus y hongos, y no frente a los de los propios tejidos (autoantígenos), pero puede hacerlo si existe un trastorno autoinmunitario.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



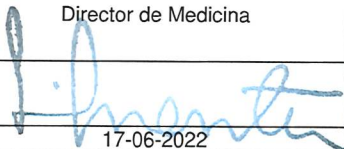
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 32


- 7.5. Disnea** Dificultad respiratoria. Sensación subjetiva de falta de aire cuyas causas pueden ser pulmonares, cardiovasculares, neuromusculares e, incluso, psicógenas.
- 7.6. Edema** Acumulación de líquido en los tejidos corporales, habitualmente en el espacio intersticial extracelular y menos veces en el intracelular o en una cavidad.
- 7.7. Hemovigilancia** 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, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia.
- 7.8. Hipotensión** Disminución anormal de la tensión o de la presión de un líquido orgánico.
- 7.9. Hipoxia** Disminución de la concentración de oxígeno en los tejidos, con el daño celular consiguiente por el descenso de la respiración aeróbica.
- 7.10. Taquicardia** Ritmo cardíaco anormalmente rápido, superior a 100 latidos por minutos.
- 7.11. Taquipnea** Aumento anormal de la frecuencia respiratoria, generalmente estipulado en una frecuencia superior a 24 respiraciones por minuto.
- 7.12. Transfusión sanguínea** Administración, por vía intravenosa, de sangre o cualquiera de sus componentes. Si el producto infundido procede del mismo individuo, se denomina autotransfusión, y transfusión alogénica cuando la procedencia es de otro individuo de la misma especie.
- 7.13. Trombosis** Formación intravascular de un coágulo, que se inicia por la activación de las plaquetas, normalmente por lesión previa del endotelio que tapiza el sistema cardiovascular. La trombosis se ve facilitada por el estancamiento sanguíneo en territorios de baja presión como las venas de las extremidades inferiores y las aurículas, principalmente la aurícula izquierda. El trombo puede desprenderse y producir la oclusión aguda de un territorio arterial, o liberarse y embolizar a distancia desde las venas de las extremidades inferiores hasta las arterias pulmonares (tromboembolia pulmonar).
- 7.14. Hemocomponente** Conjunto de elementos que integran la sangre, destacando los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitados.
- 7.15. Marbete** Información contenida en una etiqueta que acompaña a una unidad de sangre o de algún componente sanguíneo, pero que no va adherida a la unidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 32

- 7.16. Muestra** Alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.
- 7.17. Productos Sanguíneos** Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos
- 7.18. Prueba de Coombs directo** Análisis que permite detectar anticuerpos, complemento o ambos, adheridos a la membrana del eritrocito, mediante el uso de anticuerpos contra la gamaglobulina humana (suero de Coombs).
- 7.19. Prueba de Coombs indirecto** Análisis que permite detectar en suero o en plasma anticuerpos específicos contra algún antígeno de fenotipo conocido de la membrana del eritrocito, mediante el uso anticuerpos contra la gamaglobulina humana (suero de Coombs).
- 7.20. Reacción o evento adverso** Respuesta nociva e inesperada, de aparición inmediata o tardía o incidente, ocurrido en el donante o en el receptor, relacionada con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes, que ocasiona síntomas, anormalidades, o condiciones temporales o permanentes de diverso grado de severidad.
- 7.21. Trazabilidad** La capacidad de efectuar el seguimiento de cada unidad de sangre o componente sanguíneo desde el donante hasta su uso terapéutico, fraccionamiento en hemoderivados o su destino final incluyendo su desecho o almacenamiento en serotecas y viceversa.
- 7.22. Unidad** Volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un solo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficientes, estériles y carente de pirógenos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 32



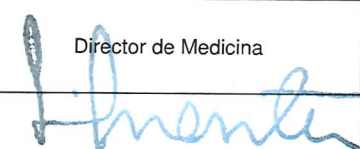
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS


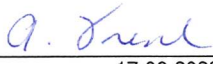
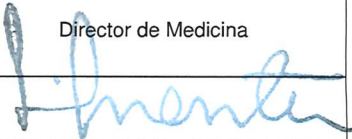
### FORMATO 9.1: FORMATO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION (RAT-01-22)



No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Registro	El número de registro de la persona beneficiaria
2	Genero	Elegir con una X la casilla [M] para masculino, [F] para femenino y [Otro] si la persona beneficiaria no se identifica con ninguno de los anteriores.
3	Fecha de nacimiento	Día, mes y año la fecha de nacimiento de la persona beneficiaria, utilizando formato DD/MM/AAAA.
4	Servicio	Nombre del servicio y/o departamento y/o área del sitio donde ocurrió la reacción adversa a la transfusión.
5	Sector	Número del sector de hospitalización, donde ocurrió la reacción adversa a la transfusión.
6	No. De cama	Número de cama de la persona beneficiaria, en caso de que la reacción adversa ocurriera en el servicio de hospitalización.
7	Nombre (s)	Nombre (s) de la de la persona beneficiaria
8	1er Apellido	Apellido paterno de la persona beneficiaria
9	2do Apellido	Apellido materno de la persona beneficiaria
10	Grupo Sanguíneo	Elegir con una X la casilla que corresponda al grupo sanguíneo de la persona beneficiaria.
11	Historia Medica, Inciso (A)	Enumerar el o los diagnósticos de admisión de la persona

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022


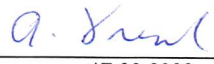
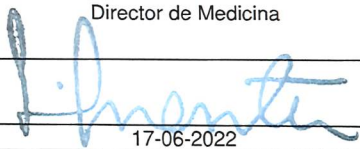
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 32


- beneficiaria
- 12 Historia Medica, Inciso (B) Enumerar la indicación fundamental para la transfusión de la persona beneficiaria.
- 13 Historia Medica, Inciso (C) Enumerar las condiciones de comorbilidad de la persona beneficiaria al momento de la transfusión relacionada a la reacción adversa. En caso de que no existan elegir con una X la casilla "Ninguno"; o si no es posible recabar la información se deberá marcar con una X la casilla "Se Desconoce".
- 14 Historia Medica, Inciso (D) Enumerar los procedimientos médicos relevantes del paciente, incluidos los anteriores y los procedimientos que se realizarán durante la estadía en el hospital o como paciente ambulatorio. En caso de que no existan elegir con una X la casilla "Ninguno"; o si no es posible recabar la información se deberá marcar con una X la casilla "Se Desconoce".
- 15 Numero de la unidad transfundida Número de la unidad que se transfundió al beneficiario, el número de unidad aparece en la parte superior del código de barras y está formada por ocho dígitos.
- 16 Producto Sanguíneo Transfundido Elegir con una X la casilla que corresponda según el producto sanguíneo que se le transfundió al beneficiario, pudiendo ser; concentrado eritrocitario, plaquetas, plasma, crioprecipitados. En caso de que el producto sanguíneo sea diferente a los mencionados marcar la casilla "Otro".
- 17 Fecha de transfusión Día, mes y año de la transfusión en que se le realizo a la persona beneficiaria, en formato DD/MM/AAAA.
- 18 Hora de inicio de transfusión Hora en la que dio inicio la transfusión al beneficiario, utilizando formato HH/MM.
- 19 Hora de inicio de transfusión Hora en la que finalizo la transfusión al beneficiario, utilizando formato HH/MM.
- 20 Temperatura (pre-transfusión) Temperatura en grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria antes del inicio de la transfusión.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 32



- |    |  |   |
|----|--|---|
| 21 | Temperatura (post-transfusión)             | Temperatura en grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria al término de la transfusión, ya sea que haya finalizado completamente o porque se haya suspendido por la presencia de una probable reacción transfusional.   |
| 22 | T/A (pre-transfusión)                      | Presión arterial sistólica y presión arterial diastólica en milímetros de mercurio de la persona beneficiaria de la antes del inicio de la transfusión.   |
| 23 | T/A (post-transfusión)                     | Presión arterial sistólica y presión arterial diastólica en milímetros de mercurio de la persona beneficiaria al término de la transfusión, ya sea que haya finalizado completamente o porque se haya suspendido por la presencia de una probable reacción transfusional. |
| 24 | Frecuencia cardiaca (pre-transfusión)      | Número de latidos por minuto de la persona beneficiaria antes del inicio de la transfusión.   |
| 25 | Frecuencia cardiaca (post-transfusión)     | Número de latidos por minuto de la persona beneficiaria al término de la transfusión, ya sea que haya finalizado completamente o porque se haya suspendido por la presencia de una probable reacción transfusional.   |
| 26 | Frecuencia respiratoria (pre-transfusión)  | Número de veces que el pecho, o el abdomen se levanta durante un minuto de la persona beneficiaria antes del inicio de la transfusión.  |
| 27 | Frecuencia respiratoria (post-transfusión) | Número de veces que el pecho, o el abdomen se levanta durante un minuto de la persona beneficiaria al término de la transfusión, ya sea que haya finalizado completamente o porque se haya suspendido por la presencia de una probable reacción transfusional.            |
| 28 | Sat O2 Pre-transfusión                     | Porcentaje de saturación de oxígeno de la persona beneficiaria antes del inicio de la transfusión   |
| 29 | Sat O2 Post-transfusión                    | Porcentaje de saturación de oxígeno de la persona beneficiaria al término de la transfusión, ya sea que haya finalizado completamente o porque se haya suspendido por la presencia de una probable reacción transfusional.  |
| 30 | Signos y síntomas Generalizados            | Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión   |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 32

- 31 Signos y síntomas Cardiovascular Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 32 Signos y síntomas Cutáneos Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 33 Signos y síntomas Dolor Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 34 Signos y síntomas Renal Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 35 Signos y síntomas Respiratorios Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según los signos o síntomas presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 36 Severidad. Elegir con una X la casilla que corresponda según el grado de severidad presentados por la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 37 Tratamiento. ¿Recibió la persona beneficiaria tratamiento para la reacción transfusional? Marque con una X la casilla que corresponda.
- 38 Tratamiento. En caso afirmativo seleccione el tratamiento. Elegir con una X la (s) casilla (s) que corresponda según el tratamiento que recibió la persona beneficiaria durante o después de la transfusión.
- 39 Resultado Elegir con una X la casilla que corresponda según el desenlace final que tuvo la reacción adversa a la transfusión de la persona beneficiaria. En caso de marcar la casilla (Muerte), anotar fecha de la muerte en formato DD/MM/AAAA, Hora de la muerte en formato HH/MM

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



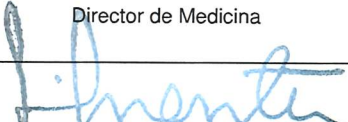
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 32



- 40 Resultado. Si la persona beneficiaria murió, relación de la transfusión con la muerte: Elegir con una X la casilla que corresponda.
- 41 Causa de la muerte La causa primaria de la muerte de la persona beneficiaria.
- 42 Nombre de quien realizó la transfusión Nombre (s), apellido paterno y materno de las y/o los servidores públicos de la salud quienes realizaron la transfusión.
- 43 Firma Nombre (s), apellido paterno y materno de las y/o los servidores públicos de la salud quienes realizaron la transfusión.
- 44 Nombre de quien indico la transfusión Nombre (s), apellido paterno y materno de las y/o los servidores públicos de la salud quienes indicaron la transfusión
- 45 Firma Firma (s) de las y/o los servidores públicos de la salud quienes indicaron la transfusión.
- 46 Fecha Día, mes y año de elaboración de sección (B) del formato de Reacciones Adversas a la Transfusión RAT-01-22 en formato en formato DD/MM/AAAA
- 47 Fecha y hora de envió de la unidad Día, mes, año y hora en que se envió la unidad para su transfusión, utilice el formato en formato DD/MM/AAAA y HH/MM.
- 48 Fecha y hora de recepción de muestra (posterior a la reacción) Día, mes, año y hora en que se recibió la muestra de la persona beneficiaria posterior a la transfusión. Utilice el formato DD/MM/AAAA y HH/MM
- 49 Prueba en tarjeta de gel (Antisueros, Células) Los resultados de las pruebas de Laboratorio realizadas a la muestra pre y post transfusional de la persona beneficiaria, así mismo si las condiciones lo permiten anote los resultados de las pruebas realizadas a la unidad que se transfundió.
- 50 Prueba en tarjeta de gel (rastreo de anticuerpos irregulares) Los resultados de las pruebas de Laboratorio realizadas a la muestra pre y post transfusional de la persona beneficiaria.
- 51 Pruebas Cruzadas Los resultados de las pruebas de Laboratorio realizadas a la muestra pre y post transfusional de la persona beneficiaria.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 32

- 52 ¿Existe concordancia del nombre de la persona beneficiaria, registro, grupo ABO y Rh con el de la solicitud y la unidad? Elegir con una X la casilla que corresponda, si existe concordancia elegir la casilla [SI], en caso contrario elegir la casilla [NO].
- 53 ¿Existe evidencia de hemólisis? Elegir con una X la casilla que corresponda, si existe evidencia de hemólisis elegir la casilla [SI], en caso contrario elegir la casilla [NO].
- 54 ¿Compatible? Elegir con una X la casilla que corresponda, si es compatible la unidad con la persona beneficiaria elegir la casilla [SI], en caso contrario elegir la casilla [NO].
- 55 Nombre y firma de quien realizó las pruebas Nombre (s), apellido paterno, materno y firma (s) de las y/o los servidores públicos de la salud quienes realizaron las pruebas de Laboratorio .
- 56 Imputabilidad. ¿Qué describe mejor la relación entre la transfusión y la reacción? Elegir con una X la casilla que corresponda, según los grados de imputabilidad.
- 57 Tipo de reacción Adversa Elegir con una X la casilla que corresponda, según la clasificación de la reacción adversa presentada en la persona beneficiaria.
- 58 Elaboró Nombre (s), apellido paterno, materno y firma (s) de las y/o los servidores públicos de la salud quienes realizaron el llenado de la sección (C) del formato de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22)
- 59 Fecha Día, mes y año en la que se llenó la sección (C) del formato de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22), utilice el formato en formato DD/MM/AAAA
- 60 Vo. Bo. Nombre (s), apellido paterno, materno y firma (s) de las y/o los servidores públicos de la salud quienes avalan la información de la sección (C) del formato de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT-01-22)
- 61 No. De folio Interno Número de folio de manera consecutiva utilizando el formato 000-MM-AAAA
- 62 Notas y comentarios Anote libremente algún dato o información que sea relevante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 19
			<b>DE:</b> 32



## Reacciones Adversas a la Transfusión



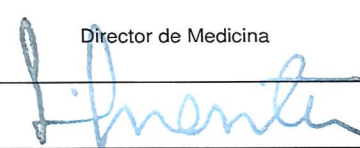
### Servicio de Medicina Transfusional

Formato RAT-01-22


**Instrucciones:**  
a) En caso de sospechas una reacción adversa asociada a transfusión tome un tubo de sangre con EDTA (tapón morado) de 6ml. Envíe el tubo, el remanente del hemocomponente y este formato requisitado (**Sección A**), al Servicio de Medicina Transfusional (Banco de Sangre).

<b>Sección (A)</b>	<i>Sección (A), debe ser llenada por quien realizó la transfusión y por el médico que la indicó.</i>	
<b>Información del Paciente</b>		
*Registro [1]: _____	*Genero[2]: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	*Fecha de nacimiento [3]: _____
Servicio[4]: _____	Sector[5]: _____	No Cama[6]: _____
*Nombre (s) [7]: _____	*1er Apellido[8]: _____	2do Apellido[9]: _____
*Grupo Sanguíneo[10]: : <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB-		
<b>Historia Médica del paciente</b>		
A) Enumere los diagnósticos de diagnóstico del paciente [11].		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
B) Enumere la indicación fundamental para la transfusión del paciente. [12]		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
C) Enumere las condiciones de comorbilidad del paciente al momento de la transfusión relacionada a la reacción adversa[13]		<input type="checkbox"/> Se Desconoce
		<input type="checkbox"/> Ninguno
1. _____		
2. _____		
3. _____		
D) Enumere los procedimientos médicos relevantes del paciente, incluidos los anteriores y los procedimientos que se realizarán durante la estadía del hospital o como paciente ambulatorio[14]		<input type="checkbox"/> Se desconoce
		<input type="checkbox"/> Ninguno
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Formato RAT-01-22; Adaptado del NMSM Blood Component Hemovigilance Module Surveillance Protocol v2.0 OMB No. 0920-0966  
Page 1 of 5

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 32



## Reacciones Adversas a la Transfusión



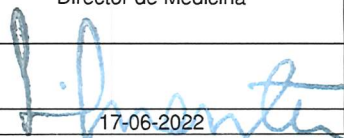
### Servicio de Medicina Transfusional




Formato RAT-01-22


<b>Historia de Transfusión</b>	
Número de la unidad transfundida[15]: _____	
<b>Producto Sanguíneo transfundido[16]:</b> <input type="checkbox"/> C.Eritrocitario <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Crioprecipitados <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de Transfusión[17]: ____/____/____ Hora de inicio de transfusión[18]: ____ Final[19]: ____	
Temperatura (pre-transfusión)[20]: ____ °C Temperatura (post)[21]: ____ °C	
T/A (pre-transfusión) [22]: ____/____ mm/Hg T/A (post-transfusión) [23]: ____/____ mm/Hg	
Frecuencia cardíaca (Pre-transfusión) [24]: ____ (lat/min) Frecuencia cardíaca (Post-transfusión) [25]: ____ (lat/min)	
Frecuencia respiratoria (Pre-transfusional) [26]: ____ (resp/min) Frecuencia respiratoria (Post-T) [27]: ____ (resp/min)	
Sat. O2 Pre-transfusión (%) [28]: ____ Sat. O2 Post-transfusión (%) [29]: ____	
<b>Signos y síntomas (marque uno o más de los síntomas presentados durante la transfusión)</b>	
Generalizados: [30]	<input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Náusea/Vómito
Cardiovascular: [31]	<input type="checkbox"/> Disminución de la presión sanguínea <input type="checkbox"/> Shock
Cutáneos: [32]	<input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Ictericidad <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Otras Erupciones*
Dolor: [33]	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Dolor en el sitio de la Transfusión <input type="checkbox"/> Dolor en el sitio de la Transfusión
Renal: [34]	<input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hemoglobinuria <input type="checkbox"/> Oliguria
Respiratorios: [35]	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Otros: (Especificar)
<b>Severidad</b>	
El paciente recibió o experimentó alguno de los siguientes: [36]	
<input type="checkbox"/> No requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Solo tratamiento sintomático <input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de estar hospitalizado aumento de días de estancia como consecuencia de la reacción) <input type="checkbox"/> Reacción que amenaza la vida (VMI o estancia UTI) <input type="checkbox"/> Discapacidad y/o incapacitación <input type="checkbox"/> Muerte	
<b>Tratamiento al paciente</b>	
¿Recibió el paciente Tx. Para la reacción transfusional? [37] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
En caso afirmativo seleccione el Tx. [38]	
<input type="checkbox"/> Medicación (Seleccione uno o más de los medicamentos utilizados para manejar la reacción) <input type="checkbox"/> Antipiréticos <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Vasopresores <input type="checkbox"/> Broncodilatadores <input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina intravenosa <input type="checkbox"/> Corticosteroides <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____	
<input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas Terapia Respiratoria (Seleccione tipo de terapia) <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Ventilación No-Invasiva <input type="checkbox"/> Oxígeno Suplementario	

Formato RAT-01-22, Adaptado del NRSN Biovigilance Component Monitoring Module Surveillance Protocol v2.5 CMB No. 0325-0550

Page 2 of 5

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 21
			<b>DE:</b> 32



## Reacciones Adversas a la Transfusión

### Servicio de Medicina Transfusional

Formato RAT-01-22

Terapia de remplazo renal (Seleccione tipo de terapia):  
 Hemodiálisis     Diálisis Peritoneal     Otro

Otro Especificar: \_\_\_\_\_

**Resultado [39]**

Resultado:  \*Muerte     Secuelas importantes a largo plazo     Secuelas menores     Sin secuelas

\*Fecha de la muerte: / /    \*Hora de la muerte: : hrs.  
 \*Si el receptor murió, relación de la transfusión con la muerte: [40]  
 Definitivo     Probable     Posible     Dudosa     Descartada     No determinado

\*Causa de la muerte: [41] \_\_\_\_\_

Elaboró Nombre de quien realizó la transfusión: [42] \_\_\_\_\_ Firma: [43] \_\_\_\_\_  
 reporte Nombre de quien indicó la transfusión: [44] \_\_\_\_\_ Firma: [45] \_\_\_\_\_  
 sección (A) Fecha: [46] / /

**Sección (B)** *Pruebas de Laboratorio (solo por personal de Medicina Transfusional)*

1. Fecha y hora de envío de la unidad [47] / / Hora \_\_\_\_\_  
 2. Fecha y hora de recepción de la muestra (posterior a la reacción) [48] Fecha: / / Hora \_\_\_\_\_



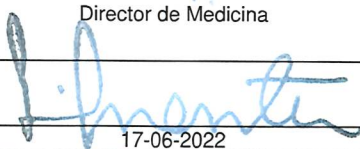
Prueba en Tarjeta de Gel [49]	Anticuerpos			Células			
	Anti-A	Anti-B	Anti-D	A1	A2	AB	O
PRE							
POST							
UNIDAD							

Prueba en Tarjeta de Gel [50]	Rastreo de Anticuerpos Irregulares Orthovision				Rastreo de Anticuerpos Irregulares IH-1006				Coombs Directo	
	I	II	DIEGO	AUTO	I	II	III	DIEGO		AUTO
PRE										
POST										


PRUEBAS CRUZADAS [51]	
MUESTRA	Tarjeta en Gel
PRE	
POST	

Formato RAT-01-22, Adaptado del RHC/N Biosigvence Component Hemovigilance Module Surveillance Protocol v2.6 OMB No. 0920-0066

Page 3 of 5

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 32

  
**Reacciones Adversas a la Transfusión**  
**Servicio de Medicina Transfusional**  
Formato RAT-01-22

**REVISE: [52]**

3. ¿Existe concordancia del nombre del paciente, registro, grupo ABO y Rh con el de la solicitud y la unidad?  
 SI  NO

4. ¿Existe evidencia de hemólisis? [53]  
 SI  NO

5. ¿Compatible? [54]  
 SI  NO

Nombre y firma de quien realizó las pruebas: [55] \_\_\_\_\_

---

**Sección (C)** *Dictaminación. (Llenado solo por el responsable del componente de hemovigilancia).*

**Imputabilidad**

¿Qué describe mejor la relación entre la transfusión y la reacción? [56]

(0): **"Sin relación"**. El efecto adverso observado aparentemente relacionado con la transfusión, pero hay evidencia de que el componente no es el responsable.

(1): **"Posible"**. El efecto adverso observado aparentemente relacionado con la transfusión, pero podría ser, o no, debido a otra causa distinta a la transfusión.

(2): **"Probable"**. El efecto adverso observado no parece explicable por otra causa distinta a la transfusión.

(3): **"Seguro"**. Se ha probado que el efecto adverso observado se debe o puede ser muy probablemente debido a la transfusión.

(NC): **"No consta"**. No constan datos relativos a la imputabilidad en la notificación, o no se han podido recabar.

(NE): **"No evaluable"**. Los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad

**Tipo de Reacción adversa: [57]**

TRALI  TACO  TAD  Alérgica  AHTR  DHTR  DSTR  FNHTR  HTR  TTI

PTP  TA-GVHD  SE DESCONOCE  OTRA

---

**Elaboró: [58]** (Nombre y firma) \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ [59]


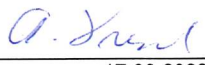
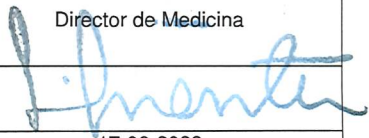
**Vo. Bo.: [60]** (Nombre y firma) \_\_\_\_\_




**No. Folio Interno: [61]** \_\_\_\_\_


Notas y comentarios: [62]

Formato RAT-01-22. Adaptado del NMSN Surveillance Component Hemovigilance Module Surveillance Protocol v2.0 CMB No. 0920-0066

Page 4 of 5

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 32



## Reacciones Adversas a la Transfusión

### Servicio de Medicina Transfusional

Formato RAT-01-22



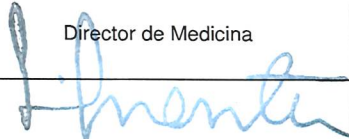
<b>Claves:</b>	
<b>TACO</b> (Sobrecarga Circulatoria Asociada a Transfusión) <b>TRALI</b> (Lesión Pulmonar Aguda Relacionada a Transfusión) <b>TAD</b> (Disnea Asociada a Transfusión) <b>FNHTR</b> (Reacción Febril No Hemolítica a la Transfusión) <b>TA-GVHD</b> (Enfermedad de Injerto contra Huésped Relacionada a Transfusión)	<b>PTP</b> (Púrpura Post-Transfusional) <b>TTI</b> (Infección Transmitida por Transfusión) <b>AHTR</b> (Reacción Hemolítica Aguda a Transfusión) <b>DHTR</b> (Reacción Hemolítica Tardía a Transfusión) <b>DSTR</b> (Reacción Serológica Tardía a Transfusión) <b>HTR</b> (Reacción Hipotensiva a la Transfusión)



**Instrucciones para el llenado del Formato RAT-01-22**

1. El formato RAT-01-22, es el formato de Reacciones Adversas a la Transfusión. Es el documento que debe ser generado por el Servicio de Medicina Transfusional, con el objetivo de monitorizar los casos de sospecha o confirmados de reacción adversa asociada a transfusión de sangre o sus componentes.
2. El formato RAT-01-22 será provisto a todos los servicios del hospital que realicen transfusiones de transfusión de sangre y sus componentes, incluyendo: piso de hospitalización, urgencias, quirófano, unidades críticas y servicio de medicina transfusional y área de infusión de quimioterapia.
3. El formato consta de cinco páginas y tres secciones. El llenado de la sección (A) corresponde inicialmente a quien realiza la transfusión con la supervisión del médico quien la indica; mientras que la Sección (B) será llenada en el Centro del servicio de Medicina Transfusional por el personal correspondiente.
4. Será responsabilidad del médico que indica la transfusión el llenado de la Sección (A), su resguardo, así como la entrega de este documento al Servicio de Medicina Transfusional para la realización de las pruebas complementarias. En caso de que el médico que indicó la transfusión no se encuentre físicamente al momento de la realización de las pruebas, deberá contactar su lugar otro médico quien tenga conocimiento del caso, quien se encargará del llenado, resguardo y entrega del documento.
5. El formato RAT-01-22, se entregará al Servicio de Medicina Transfusional de forma inmediata, posterior a la presencia de la reacción adversa, junto con un tubo EDTA (tapón morado) de 6ml, el cual deberá tomarse al paciente posterior a que se sospeche la reacción adversa asociada a transfusión, así como el remanente del tiempo componente transfundido.
6. El personal de laboratorio revisará que el formato RAT-01-22 se encuentre adecuadamente llenado y recibirá la muestra y el remanente del hemocomponente.
7. El personal de laboratorio de la mesa de pacientes será el encargado de realizar las pruebas de laboratorio de la muestra recibida, que deberá procesarse de manera inmediata. **Se realizará la determinación de grupo directo, grupo inverso, rastreo de anticuerpos irregulares y Coombs Directo**, tanto a la muestra pre transfusión como a la muestra post transfusión. Así mismo se realizará el grupo directo a la unidad, si se encuentra en condiciones adecuadas para su procesamiento.
8. En caso de reacciones alérgicas no graves de concentrados plaquetarios o de productos de plasma se comentará con la parte médica del Servicio y podrá omitirse el realizar las pruebas de laboratorio tanto pre transfusionales como post transfusionales.
9. Una vez reportadas las pruebas de laboratorio se resguardará el formato en una carpeta asignada para Hemovigilancia dentro de la mesa de pacientes.
10. La sección (C) será llenado por el encargado de Hemovigilancia del Servicio, en donde se clasificara el tipo de reacción presentado y el grado de imputabilidad, según las definiciones descritas en el manual interno de Hemovigilancia del Servicio de Medicina Transfusional.
11. El equipo médico del servicio de Medicina Transfusional comunicará al médico que indicó la transfusión la conclusión del caso y las recomendaciones que surjan para el manejo del paciente.

Formato RAT-01-22, Adaptado del NIVDU Surveillance Component Hemovigilance Module Surveillance Protocol v2.0 GMS No. 0920-0066



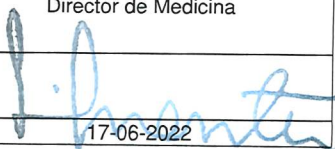
Page 5 of 5



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 32


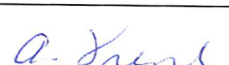
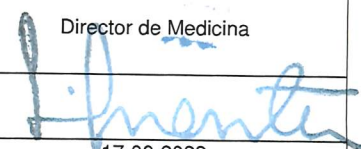
**FORMATO 9.2: MARBETE**


No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Donador	Nombre y apellidos de la persona donante.
2	Num. Unidad	Número de registro del hemocomponente.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de la fecha de extracción del hemocomponente.
4	Gpo. Rh	Registro alfabético del grupo ABO y Rh
5	Hemocomponente	Tipo de hemocomponente.
6	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
7	Receptor	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
8	Paciente	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
9	Registro	Número de registro de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
10	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de la fecha de nacimiento de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
11	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
12	Fecha de transfusión	Día, mes y año de la fecha de transfusión del hemocomponente. Elegir el tipo de hemocomponente transfundido con una X de las siguientes opciones: Eritrocitos Plaquetas Aferesis plaq. Plasma Críos
13	Receptor	Nombre y apellidos de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 32

14	Registro	Número de registro de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
15	Cama	Número de cama de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
16	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de la fecha de nacimiento de la persona beneficiaria que recibe el hemocomponente.
17	Reacciones	Elegir con una X las reacciones por la transfusión del hemocomponente de las opciones: GRADO 0, I, II, III, IV
18	Hora del inicio de la transfusión	Hora y minutos del horario de inicio de la transfusión.
19	Temp inicial	Grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria al inicio de la transfusión.
20	Temp final	Grados Celsius (°C) de la persona beneficiaria al término de la transfusión.
21	Nombre y firma	Nombre, apellido y firma de las y los servidores públicos de enfermería.
22	Fecha	Día, mes y año de la fecha en que se transfunde el hemocomponente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 32

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRAN**  
AV. YASCO DE QUIROGA No. 15, COL. BELISARIO DOMINGUEZ SECCION XVI, DELG. TLALPAM  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

Donador: 1

Num. Unidad: 2

Fecha de extracción: 3

Gpo. Rh: 4

Hemocomponente: 5

Cama: \_\_\_\_\_ Receptor: \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

20016700

**CANCELADO**

---

**INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADA LA TRANSFUSION LLENESE ESTE ESQUELETO Y ENVIASE A LA OFICINA DE CUENTAS CORRIENTES.**



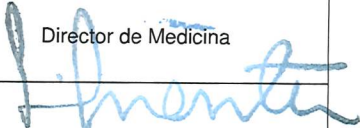
Paciente: 8

Registro: 9 Fecha de Nacimiento: 10 Cama: 11

Fecha de Transfusión: 12

Eritrocitos  Plaquetas  Aferesis Pla.  Plasma  Crios

20016700

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 32

RECEPTOR: 13

REGISTRO: 14 CAMA: 15

FECHA DE NACIMIENTO: 16

**REACCIONES**  
(Señale con una cruz)

GRADO 0 (NINGUNA) 17

GRADO I (URTICARIA) \_\_\_\_\_

GRADO II (PIEBRE) \_\_\_\_\_

GRADO III (ESCALOFRIO) \_\_\_\_\_

GRADO IV (VÓMITOS, GIARREAS, ASNEA, DOLOR) \_\_\_\_\_



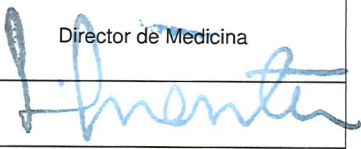
HORA INICIO DE TRANSFUSIÓN: 18


TEMP. CU: 19 TEMP. FINAL: 20

NOMBRE Y FIRMA: 21



FECHA: 22



Favor de Devolver al Servicio de Medicina Transfusional

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 32


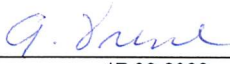
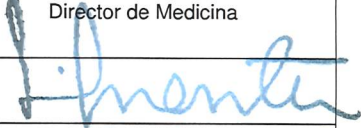
## ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 29 <b>DE:</b> 32

**ANEXO 1: TABLAS DE SIGNOS, SÍNTOMAS E INTERVENCIONES EN LAS REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN**

Tabla 1. Reacciones adversas asociadas a incremento de la temperatura		
Todas las transfusiones deben detenerse cuando un paciente está experimentando una reacción y ser evaluado. Proporcionar terapia de apoyo para la función de órganos vitales (cardíacos, pulmonares, renales).		
Reacción	Signo o Síntoma	Intervenciones
<b>Incremento en la temperatura</b>		
Posible reacción febril no Hemolítica	Aumento $<1$ °C por encima del valor inicial y sin otros síntomas nuevos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación cercana, observar signos vitales frecuentemente</li> <li>• Si está estable y no hay otros síntomas nuevos, continuar con la transfusión.</li> </ul>
Posible contaminación bacteriana  Posible Hemolisis	Incremento $\geq 1$ °C por encima del valor inicial, o incremento $<1$ °C con cualquier otro síntoma nuevo (escalofríos, rigidez, hipotensión, náuseas, vómitos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pa en g n a t r a n s f u s i ó n , m a n t e n g a p a r t e n e l a l i n e a i n t r a v e n o s a , e v a l ú e a l p a c i e n t e , v e r i f i q u e l a i d e n t i f i c a c i ó n d e l p a c i e n t e y l a i d e n t i f i c a c i ó n d e l a u n i d a d y l a c o m p a t i b i l i d a d</li> <li>• Fármaco antipirético</li> <li>• Considerar hemocultivos (paciente); antibióticos empíricos si existe neutropenia</li> <li>• No reanudar la transfusión</li> <li>• Considere seriamente el cultivo de hemoderivados si la temperatura aumenta <math>\geq 2</math> °C o si existe una alta sospecha clínica de sepsis</li> <li>• Notificar al Servicio de Medicina Transfusional.</li> </ul>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****Servicio de Medicina Transfusional****6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁNCÓDIGO:  
M.P./0.2.3.0.1

REV: 01

HOJA: 30

DE: 32

Tabla 2. Reacciones adversas asociadas a síntomas de alergia

Síntomas de alergia		
Reacción	Signo o Síntoma	Intervenciones
Urticaria	Urticaria leve, sarpullido o picazón en la piel solamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detenga la transfusión, mantenga abierta la línea intravenosa y evalúe al paciente</li> <li>• Antihistamínicos</li> <li>• Notifique al médico del paciente y al Laboratorio de transfusión de sangre; éste requiere muestra</li> <li>• Si los síntomas se resuelven, puede continuar la transfusión</li> <li>• Si los síntomas no mejoran o empeoran o reaparecen, suspenda la transfusión; devuelva la unidad (con equipo de administración) al Servicio de medicina Transfusional.</li> </ul>
Possible reacción alérgica	Urticaria, sarpullido, picazón, cualquier otro síntoma nuevo (hinchazón de la garganta, los ojos y la lengua, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detenga la transfusión, mantenga abierta la línea intravenosa, evalúe al beneficiario, verifique la identificación de la persona beneficiaria y la identificación de la unidad y la compatibilidad</li> <li>• Antihistamínicos</li> <li>• No reanude la transfusión</li> <li>• Notificar al Servicio de Medicina Transfusional, devuelva la unidad (con el equipo de administración) más la muestra de la persona beneficiaria después de la transfusión.</li> </ul>

## CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




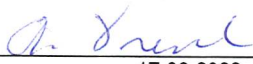
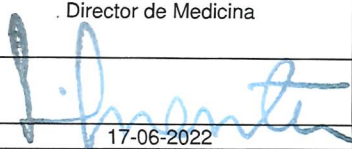
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 32

Tabla 3. Reacciones adversas asociadas a síntomas respiratorios

Síntomas respiratorios		
Reacción	Signo o Síntomas	Intervenciones
Possible anafilaxis, TACO, TRALI	Broncoespasmo, disnea, taquipnea e hipoxemia, abundante líquido espumoso teñido de rosa (del tubo endotraqueal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detenga la transfusión, mantenga abierta la línea intravenosa, evalúe al beneficiario, verifique la identificación de la persona beneficiaria y la identificación de la unidad y la compatibilidad de la sangre beneficiaria.</li> <li>• Trate los síntomas según lo indicado (adrenalina, antihistamínicos, esteroides, oxígeno y apoyo respiratorio, diuréticos, líquidos, presión arterial y apoyo renal)</li> <li>• Radiografía de tórax para detectar la presencia de infiltrado intersticial bilateral, si sugiere lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión</li> <li>• Hemocultivos (paciente y producto), si alta sospecha clínica de sepsis</li> <li>• No reanudar la transfusión</li> <li>• Notificar al Servicio de Medicina Transfusional, devuelva la unidad (con el equipo de administración) más la muestra de la persona beneficiaria después de la transfusión.</li> </ul>

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022





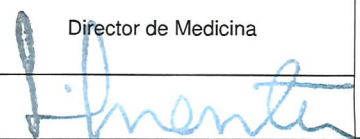


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>6. Procedimiento para Identificar y Notificar Reacciones Adversas Asociadas a Transfusiones</b>		<b>HOJA:</b> 32 <b>DE:</b> 32

Tabla 4. Reacciones adversas asociadas a otros signos y síntomas



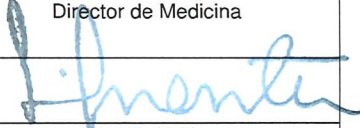
Otros Signos y Síntomas		
Reacción	Signos o Síntomas	Intervenciones
Posible anafilaxis, reacción hemolítica a la transfusión, TRALI, sobrecarga de fluido.	Escalofríos, hipotensión, náuseas o vómitos, sensación de muerte inminente, dolor de espalda o pecho, dolor en el lugar de la inyección, tos, disnea, hipoxia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detenga la transfusión, mantenga abierta la línea intravenosa, evalúe la unidad, verifique la identificación de la persona beneficiaria y la identificación de la muestra y la compatibilidad de la persona beneficiaria.</li> <li>• Trate los síntomas según lo indicado (adrenalina, antihistamínicos, esteroides, oxígeno y apoyo respiratorio, diuréticos, líquidos, presión arterial y apoyo renal)</li> <li>• Hemocultivos (paciente y producto) si existe alta sospecha de sepsis</li> <li>• No reanudar la transfusión</li> <li>• Notificar al Servicio de Medicina Transfusional, devuelva la unidad (con el equipo de administración) más la muestra de la persona beneficiaria después de la transfusión.</li> </ul>



CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 23

## 7. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS, REACTIVOS Y EQUIPOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 23

## 1.0 PROPÓSITO

Realizar el control de calidad de hemocomponentes de acuerdo con las especificaciones descritas en los lineamientos vigentes con el objetivo de disponer de hemocomponentes de calidad.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en realizar y reportar del control de calidad de los hemocomponentes.

**A nivel externo:** No aplica

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:



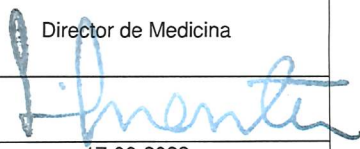
1. El Servicio de Medicina Transfusional realiza el manejo de los componentes sanguíneos conforme los apartados 3 y 15 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
2. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional y cada una de las áreas involucradas, son responsables del cumplir con los lineamientos establecidos de disposición de hemocomponentes de calidad de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.
3. La Subdirección de Servicios Paramédicos es responsable de vigilar las normas de operación que aplican a los procedimientos con el fin de mantener la calidad de los hemocomponentes.



### DE LOS PROCESOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

4. Las y los servidores públicos que laboran en los Laboratorios de inmunohematología, criopreservación y el Laboratorio de biología molecular son responsables de llevar a cabo los procesos de control de calidad instaurados en el Sistema de Control de Calidad del Laboratorio Central del Instituto ISO 9001:2015 en sus actividades.

### DEL CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES:

5. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de inmunohematología realizan mensualmente de manera aleatoria el control de calidad de concentrados eritrocitarios, concentrados plaquetarios, plasmas frescos congelados, crioprecipitados de conformidad con el apartado 15 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 23

6. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio son responsables de registrar los resultados de control de calidad en las bitácoras correspondientes:
  - a. Bitácora de control de calidad de concentrados eritrocitarios (**Formato 1**),
  - b. Bitácora de control de calidad de concentrados plaquetarios (**Formato 2**)
  - c. Bitácora de control de calidad de plasmas frescos congelados (**Formato 3**)
  - d. Bitácora de control de calidad de crioprecipitados (**Formato 4**)
  - e. Bitácora de control de calidad bacteriológico (**Formato 5**)
7. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio son responsables de darle destino final en caso de que identifiquen hemólisis y/o contaminación bacteriana a los hemocomponentes de conformidad con el apartado 15 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012
8. La Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de registrar el egreso del o los hemocomponentes en la Libreta de Ingresos y Egresos del Servicio de Medicina Transfusional (**Formato 6**)

#### DEL CONTROL DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS Y REACTIVOS



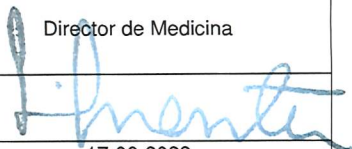
9. El Servicio de Medicina Transfusional, en conjunto con los Departamentos de Ingeniería Biomédica y Mantenimiento son encargados del funcionamiento de los equipos empleados en los procedimientos técnicos establecidos.
10. El Servicio de Medicina Transfusional en conjunto con el Departamento de Almacén General son encargados del control y vigilancia de los reactivos utilizados en los procedimientos técnicos del Servicio.
11. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de realizar el control de calidad interno diario de los equipos para las pruebas de Inmunohematología de conformidad con lo establecido en el Manual Técnico del equipo.
12. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de imprimir el informe de Laboratorio que emiten los equipos en las pruebas de Inmunohematología diario, y de archivarlos en la Bitácora de Control de Calidad de cada equipo.
13. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología son responsables de verificar la caducidad de los reactivos al ser recibidos del Departamento de Almacén General, en caso de caducidad menor a lo establecido por los lineamientos del Almacén General informan al Responsable del Laboratorio de Inmunohematología.
14. Las Químicas y los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología realizan de manera diaria o cada que se emplean los reactivos, un proceso de inspección visual con base en lo descrito en el apartado 15.8.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 23

### DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO DE INMUNOHEMATOLOGÍA

- 15.El Responsable del Laboratorio de Inmunohematología es responsable de supervisar el mantenimiento preventivo de los equipos del Laboratorio de Inmunohematología, según el calendario propuesto en el programa de mantenimiento anual.
- 16.El Departamento de Biomédica es responsable de realizar el mantenimiento preventivo, conforme a la calendarización anual y correctivo, en caso de una falla en el funcionamiento de los equipos pertenecientes al Instituto, registrados en el inventario.
- 17.Las proveedoras o los proveedores son responsables de realizar el mantenimiento preventivo, conforme a la calendarización anual y correctivo, en el caso de una falla en el funcionamiento de los equipos a comodato.
- 18.El Responsable del Laboratorio de Inmunohematología revisa de manera mensual, los calendarios de mantenimiento preventivo e informa de manera verbal al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional. En caso de incumplimiento en las fechas de mantenimiento establecidas, el Responsable del Laboratorio del Inmunohematología, se comunica con el proveedor del equipo correspondiente para que este se realice.



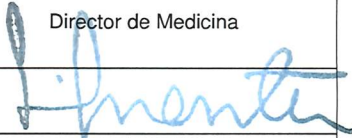
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 23

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos



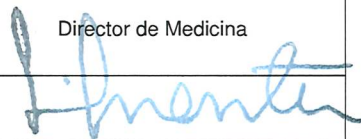
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	1	<p>Realizan de manera aleatoria, el control de calidad de concentrados eritrocitarios, concentrados plaquetarios, plasmas frescos congelados y crioprecipitados, verificando si cumple con lo dispuesto en la NOM-253- SSA1-2012 (<b>Política 5</b>).</p> <p>¿Cumple?</p> <p>No: Realiza el registro en las bitácoras de control y el sistema informático vigente y en caso de hemólisis y/o contaminación bacteriana de algún componente sanguíneo se da destino final (<b>Política 7</b>). <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Realiza el registro en las bitácoras de control y el sistema informático vigente incorporando nuevamente los hemocomponentes al inventario (<b>Política 6</b>).</p>
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	2	Emiten el informe de control de calidad mensual e Informan al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional para su conocimiento.
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología	3	Archivan los informes
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 23

#### 4.2 ~ Realizar el Control de Calidad de Reactivos y Equipos

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	1	Realizan el control de calidad de la calibración de los equipos laboratorio de Inmunoematología ( <b>Política 11</b> ).
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	2	<p>Imprime el informe de control de calidad diario de los equipos y revisa que no tenga alteraciones</p> <p>¿Tiene alteraciones?</p> <p>Sí: Reporta al Responsable del Laboratorio de Inmunoematología quien revisa las alteraciones</p> <p>No: Almacena el informe diario y <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>
Responsable del Laboratorio de Inmunoematología	3	Reporta al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional en caso de alteraciones que requieran intervención
Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunoematología	4	<p>Archiva el informe diario de control de calidad</p> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****Servicio de Medicina Transfusional****7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

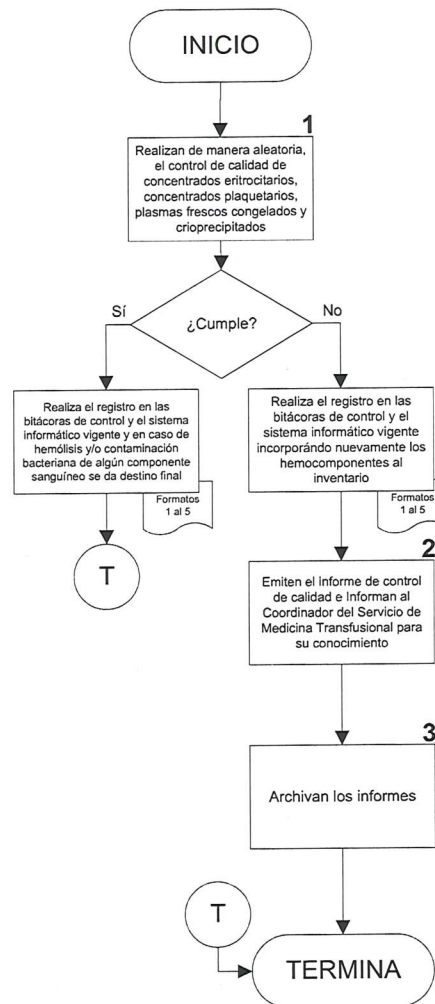
CÓDIGO:

M.P./0.2.3.0.2

REV: 01

HOJA: 7

DE: 23

**5.0 DIAGRAMAS DE FLUJO****5.1 Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos****Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología****Nota:**

-Formato 1:Bitácora de control de calidad de concentrados eritrocitarios  
 -Formato 2:Bitácora de control de calidad de concentrados plaquetarios  
 -Formato 3:Bitácora de control de calidad de concentrados de plasma fresco congelado

-Formato 4:Bitácora de control de calidad de crioprecipitados  
 -Formato 5:Bitácora de control de calidad bacteriológico

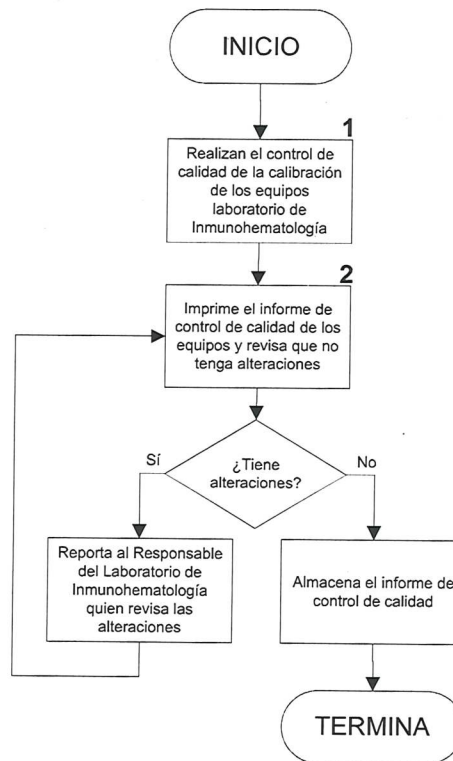
**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-06-2022	15-06-2022	15-06-2022



**5.2 Realizar el Control de Calidad de Reactivos y Equipos**

**Químicas y Químicos del Laboratorio de Inmunohematología**





**Nota:**

- Formato 1:Bitácora de control de calidad de concentrados eritrocitarios
- Formato 2:Bitácora de control de calidad de concentrados plaquetarios
- Formato 3:Bitácora de control de calidad de concentrados de plasma fresco congelado

- Formato 4:Bitácora de control de calidad de crioprecipitados
- Formato 5:Bitácora de control de calidad bacteriológico

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-06-2022	15-06-2022	15-06-2022



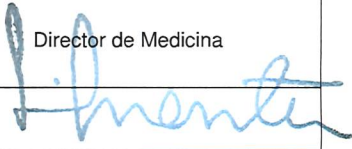
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 23



## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Bitácora de control de calidad de concentrados eritrocitarios	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 2 Bitácora de control de calidad de concentrados plaquetarios	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 3 Bitácora de control de calidad de concentrados de plasma fresco congelado	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 4 Bitácora de control de calidad de crioprecipitados	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 5 Bitácora de control de calidad bacteriológico	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Componentes sanguíneos:** Sustancias derivadas de la sangre o plasma.
- 7.2. Contaminación bacteriana de componentes sanguíneos:** Desarrollo bacteriano en cultivos específicos realizados en componentes sanguíneos
- 7.3. Control de calidad:** Son las actividades y técnicas operativas desarrolladas para cumplir con los requisitos de calidad establecidos.
- 7.4. Eritrocitos:** Célula sanguínea esferoidal que contiene la hemoglobina, que aporta el color rojo característico a la sangre y actúa transportando el oxígeno por el organismo.
- 7.5. Hemólisis:** Fenómeno de la desintegración de eritrocitos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 23



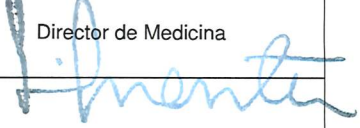
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS



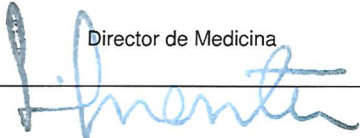
### FORMATO 9.1: BITÁCORA DE CONTROL DE CALIDAD DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha de análisis	Día, mes y año de análisis del concentrado eritrocitario (DD/MM/AAAA).
2	No. de unidad	Número de registro institucional del concentrado eritrocitario.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de extracción del concentrado eritrocitario (DD/MM/AA).
4	Fecha de caducidad	Día, mes y año de caducidad del concentrado eritrocitario (DD/MM/AAAA).
5	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (+ o -) del concentrado eritrocitario.
6	VOL. (mL)	Volumen en mililitros del concentrado eritrocitario.
7	HB (g/dL)	Cifra de hemoglobina del concentrado eritrocitario.
8	HTO (%)	Cifra de hematocrito del concentrado eritrocitario.
9	HB (g) por unidad	Cifra de hemoglobina por concentrado eritrocitario ajustado al volumen.
10	CTA. PLAQ. (K/u)	Cifra de plaquetas por concentrado eritrocitario.
11	CTA. LEUC. (K/u)	Cifra de leucocitos por concentrado eritrocitario.
12	PLAQ. TOT (x109)	Cifra de plaquetas por concentrado eritrocitario ajustado al volumen.
13	LEUC. TOT. (x109)	Cifra de leucocitos por concentrado eritrocitario ajustado al volumen.
14	Método usado	Método de fraccionamiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 23

- 15 Realizado por Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.
- 16 Nombre y firma Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 23

**FORMATO 9.2: BITÁCORA DE CONTROL DE CALIDAD DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha de análisis	Día, mes y año de análisis del concentrado plaquetario (DD/MM/AAAA).
2	No. de unidad	Número de registro institucional del concentrado plaquetario.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de extracción del concentrado plaquetario (DD/MM/AA).
4	Fecha de caducidad	Día, mes y año de caducidad del concentrado plaquetario (DD/MM/AAAA).
5	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (+ o -) del concentrado plaquetario.
6	VOL. (mL)	Volumen en mililitros del concentrado plaquetario.
7	CTA. PLAQ. (K/ul)	Cifra de plaquetas por concentrado plaquetario.
8	CTA. LEUC. (K/ul)	Cifra de leucocitos por concentrado plaquetario.
9	PLAQ. TOT. (x109)	Cifra de plaquetas por concentrado plaquetario ajustado al volumen.
10	LEUC. TOT. (x109)	Cifra de leucocitos por concentrado plaquetario ajustado al volumen.
11	GLOBULOS ROJOS	Cuenta de eritrocitos por concentrado de plaquetas.
12	PH	Potencial de hidrógeno medido por concentrado de plaquetas.
13	Método usado	Método de fraccionamiento.
14	Realizado por	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.
15	Nombre y firma	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.



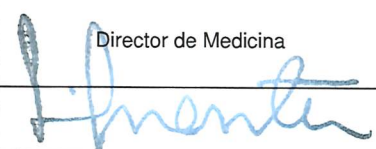
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 23

**FORMATO 9.3: BITÁCORA DE CONTROL DE CALIDAD DE PLASMA FRESCO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha de análisis	Día, mes y año de análisis del plasma fresco congelado (DD/MM/AAAA).
2	No. de unidad	Número de registro institucional del plasma fresco congelado.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de extracción del plasma fresco congelado (DD/MM/AA).
4	Fecha de caducidad	Día, mes y año de caducidad del plasma fresco congelado (DD/MM/AAAA).
5	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (+ o -) del plasma fresco congelado.
6	VOL. (mL)	Volumen en mililitros del plasma fresco congelado.
7	FIBRINOGENO /mg/dL)	Valor de fibrinógeno medido en el plasma fresco congelado.
8	F. VIII %	% de actividad de factor VIII medido en el plasma fresco congelado.
9	% STD FVIII	% estándar de factor VIII.
10	Factor de Dilución	Factor de dilución (debe ser 1).
11	FVIII UI/mL	% de factor VIII por mililitro.
12	Proteínas Totales	Valor de proteínas totales medido en el plasma fresco congelado (g/L).
13	Realizado por	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.
14	Nombre y firma	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 23

**FORMATO 9.4: BITÁCORA DE CONTROL DE CALIDAD DE CRIOPRECIPITADOS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha de análisis	Día, mes y año de análisis del crioprecipitado (DD/MM/AAAA).
2	No. de unidad	Número de registro institucional del crioprecipitado.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de extracción del crioprecipitado (DD/MM/AA).
4	Fecha de caducidad	Día, mes y año de caducidad del crioprecipitado (DD/MM/AAAA).
5	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (+ o -) del crioprecipitado.
6	VOL. (mL)	Volumen en mililitros del crioprecipitado.
7	FIBRINOGL /mg/dL)	Valor de fibrinógeno medido en el crioprecipitado.
8	F. VIII %	% de actividad de factor VIII medido en el crioprecipitado.
9	% STD FVIII	% estándar de factor VIII.
10	Factor de Dilución	Factor de dilución (debe ser 1).
11	FVIII UI/mL	% de factor VIII por mililitro.
12	%Von Willebrand	% de actividad medido del factor de Von Willebrand.
13	% control V. Willebrand	% estándar de factor de Von Willebrand.
14	V. Willebrand UI unidad	Cantidad de factor de von willebrand por mililitro.
15	Realizado por	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.
16	Nombre y firma	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.



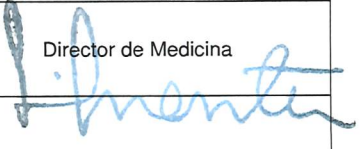
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 23

**FORMATO 9.5: BITÁCORA DE CONTROL DE CALIDAD DE CALIDAD BACTERIOLÓGICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha de análisis	Día, mes y año de análisis del control de calidad bacteriológico (DD/MM/AAAA).
2	No. de unidad	Número de registro institucional del hemocomponente.
3	Fecha de extracción	Día, mes y año de extracción del hemocomponente (DD/MM/AA).
4	Fecha de caducidad	Día, mes y año de caducidad del hemocomponente (DD/MM/AAAA).
5	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (+ o -) del hemocomponente.
	Componente sanguíneo	Tipo de hemocomponente.
	Cultivo bacteriológico	Elegir desarrollo o sin desarrollo.
15	Realizado por	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad bacteriológico.
16	Nombre y firma	Nombre, apellido paterno y materno del Químico o Química que realiza el control de calidad.



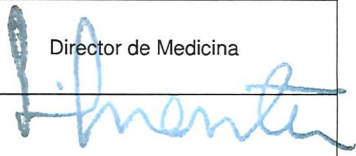
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 23



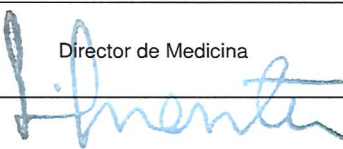
**FORMATO 9.6:** BITÁCORA DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE UNIDADES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Procedencia	Nombre del establecimiento donde se obtuvo el componente.
2	Fecha donación	Día mes y año en que se realiza el proceso de recolección de la sangre o sus componentes.
3	Numero progresivo	Numero único, irrepitible, inicia con el año y son número consecutivos.
4	Nombre completo del donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Tipo de donación	Seleccionar altruista, familiar, designada, dirigida, regular o repetición según sea el caso.
6	Numero de unidad	Numero único, irrepitible, inicia con el año y son número consecutivos.
7	Grupo ABO	Clasificación del grupo ABO de la persona donante.
8	Rh	Clasificación del Grupo Rh de la persona donante.
9	Uso terapéutico	Seleccionar Alogénico, Autólogo o Sinérgico según sea el caso.
10	Método de extracción	Seleccionar Habitual o Aféresis según sea el caso.
11	Volumen ST	Ingresar el volumen contenido de la sangre total si la unidad no fuera fraccionada por algún motivo en específico.
12	Volumen CE	Ingresar el volumen del concentrado eritrocitario obtenido.
13	Volumen CP	Ingresar el volumen del concentrado plaquetario obtenido.
14	Volumen PFC	Ingresar el volumen del plasma fresco congelado obtenido.
15	Volumen CRIO	Ingresar el volumen de crioprecipitados si estos son fraccionados.
16	Hb	Hemoglobina de la persona donante.
17	Hto	Hematocrito de la persona donante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>7. Procedimiento para Realizar el Control de Calidad de los Componentes Sanguíneos, Reactivos y Equipos</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 23


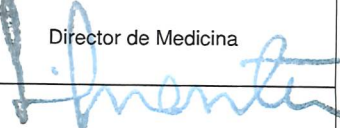
18	Pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión	Registro de los resultados de las pruebas obligatorias de detección por agentes trasmisibles por técnica de ELISA.
19	NAT	Registro de los resultados de las pruebas complementarias de detección por agentes trasmisibles por técnica de NAT
20	Proceso realizado a las unidades	Seleccionar los procesos especiales que se realizaron en esas unidades según sea el caso.
21	Fecha de caducidad	Ingresar las fechas de caducidad día, mes y año de cada uno de los componentes.
22	Fecha de egreso	Ingresar la fecha día mes y año de cuando se entrega el componente.
23	Hora	Ingresar la hora y minutos en que se entregó el componente.
24	Nombre del receptor (paciente) o del establecimiento al que se envió	Nombre del establecimiento donde se realiza la transfusión o nombre del receptor si es en el INCMNSZ.
25	Número de expediente	Número de registro de la persona beneficiaria si fuera el caso.
26	Cama	Numero de Cama o servicio de la persona beneficiaria si fuera el caso.
27	Grupo ABO/Rh	Grupo ABO y Rh del receptor al que se le transfundió el componente.
28	Volumen	Volumen total del componente transfundido.
29	Domicilio de transfusión	INCMNSZ si es el caso.
30	Médico que indica la trasfusión	Médico responsable que indica y solicita la transfusión.
31	Motivo destino final	Motivo de designación de producto no conforme según sea el caso.
32	Eventualidad y observaciones	Cualquier eventualidad que deba ser reportada.
33	Folio	Folio de control.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 21

## 8. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL INTERCAMBIO DE HEMOCOMPONENTES ENTRE SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 21

## 1.0 PROPÓSITO

Mantener coordinación efectiva con los establecimientos con los que se formalizan convenios para el intercambio, disposición y uso de hemocomponentes para fines terapéuticos.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Servicio de Medicina Transfusional en solicitar hemocomponentes a otros servicios de medicina transfusional; al Departamento de Asesoría Jurídica en elaborar convenios de colaboración y a la Subdirección de Servicios Paramédicos en controlar los convenios de colaboración entre los Servicios de Medicina Transfusional de Instituciones públicas y privadas.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a a servicios de medicina transfusional de Instituciones públicas o privadas con los que se busca generar convenios de colaboración.



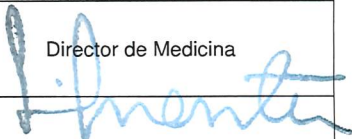
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- El Servicio de Medicina Transfusional realiza el manejo de los componentes sanguíneos conforme el apartado 13 y 19 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos:
- El Servicio de Medicina Transfusional es responsable de suministrar las unidades a otros establecimientos cuando por acuerdo mutuo establezca cualquiera de los mecanismos que se indican a continuación:
  - Que el establecimiento receptor de las unidades se responsabilice en hacer las pruebas de compatibilidad, o bien
  - Que el establecimiento que suministra las unidades sea quien efectúe las pruebas.
- Toda unidad de sangre o componente sanguíneo procedente de otro establecimiento ingresará a través del Servicio de Medicina Transfusional al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

### DE LA CREACIÓN DE CONVENIOS:

- El Departamento de Asesoría Jurídica es encargado de la creación de convenios, con las instituciones de salud públicas y privadas que cuenten con Licencia Sanitaria vigente.



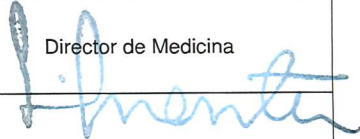
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 21

5. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional junto con la Subdirectora de la Subdirección de Servicios Paramédicos, son responsables de mantener el control y debido cumplimiento de los convenios institucionales sobre el uso de componentes sanguíneos, enfatizando en el supuesto de los adeudos con mayor temporalidad.
6. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional es responsable de mantener debidamente registrados y controlados todos y cada uno de los convenios realizados y autorizados por el Departamento de Asesoría Jurídica, con establecimientos que cuenten con Licencia Sanitaria vigente.



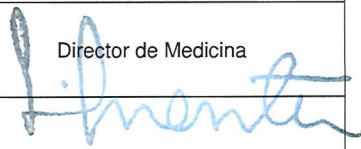
#### DE LA SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES POR OTROS BANCOS DE SANGRE O SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

7. La Trabajadora Social de Medicina Transfusional es responsable de recibir del Servicio de Medicina Transfusional solicitante, a través de su Coordinador, o un Representante, la solicitud vía telefónica, de manera verbal sobre los hemocomponentes requeridos. El horario de atención para recibir las solicitudes es de 08:00 a 16:00 h. de lunes a viernes.
8. La Trabajadora Social de Medicina Transfusional es responsable de verificar la existencia de un convenio actualizado con la institución solicitante. En caso de que no exista convenio de colaboración con la entidad solicitante, se procede a atender la solicitud solo en caso de transfusión de urgencia para la persona beneficiaria. En caso de la solicitud se realice fuera del horario establecido, solo se atienden solicitudes de instituciones que lo requieran por transfusión de urgencia.
9. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional junto con la Química o el Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado de Control de Inventarios de hemocomponentes son responsables de verificar la existencia del hemocomponente solicitado. De encontrar disponibilidad informan a la Trabajadora Social de Medicina Transfusional quien es responsable de comunicarse vía telefónica para la confirmación de disponibilidad.
10. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional recibe del Servicio de Medicina Transfusional solicitante, un documento de solicitud de hemocomponentes que contiene los siguientes puntos:
  - a. El documento estará escrito en hoja membretada del hospital solicitante
  - b. Incluir el código de establecimiento del hospital solicitante
  - c. Incluir el número de la licencia sanitaria del hospital solicitante
  - d. Incluir el lugar y fecha de elaboración del documento
  - e. Incluir el nombre completo del responsable sanitario y/o coordinador del servicio de medicina transfusional al cual se le solicita el o los hemocomponentes
  - f. Incluir el nombre de la institución a la cual se le solicita el o los hemocomponentes
  - g. Incluir el nombre del hemocomponente y cantidad solicitados
  - h. Incluir los datos de la persona beneficiaria (nombre, registro, servicio que se encuentra a cargo de la atención de la persona beneficiaria)
  - i. Incluir el nombre y firma del coordinador de servicio de medicina transfusional solicitante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 21

- 11.El Servicio de Medicina Transfusional solicitante es responsable del envío del personal encargado del traslado del hemocomponente con el documento mencionado en original y una copia y de dar cumplimiento a los lineamientos necesarios para asegurar la integridad el hemocomponente conforme el apartado 13.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.
- 12.La Química o Químico designado(a) al área de pacientes. recibe del personal encargado del traslado del hemocomponente el documento para solicitar hemocomponentes, previa identificación del personal
13. La Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado(a) al área de pacientes, revisa el documento de la solicitud de hemocomponentes, entrega a la secretaria del Servicio de Medicina Transfusional una copia para sello y firma de recibido y conserva oficio original.
- 14.La Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado(a) al área de pacientes verifica que el personal encargado del traslado de hemocomponentes cuente con un contenedor que cumpla con las características de acuerdo con el apartado 13.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012.de forma que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con los refrigerantes y pueda mantener la temperatura adecuada según el tipo de hemocomponente.
- 15.La Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado(a) al área de pacientes, egresa el hemocomponente del sistema informático del servicio denominado como Hemocod, en la sección distribución a centros externos e imprime el egreso del hemocomponente. **(Anexo 1)**
- 16.La Química o Químico del Laboratorio inmunohematología asignado al área de pacientes, entrega al personal encargado del traslado el documento de egreso del hemocomponente **(Anexo 1)**, la copia con sello y firma de recibido del documento de solicitud de hemocomponentes, y coloca los hemocomponentes en el contenedor proporcionado por el personal encargado del traslado.
- 17.La servidora o el servidor público encargado del traslado es responsable de tomar las medidas necesarias a fin de que las unidades se mantengan durante el traslado dentro de los rangos de temperatura que se indican a continuación:
- Temperatura entre +2° y +10° C, para sangre total o reconstituida, concentrado de eritrocitos y concentrados de eritrocitos descongelados y resuspendidos y plasmas o crioprecipitados en estado líquido;
  - Temperatura entre +20° y +24° C o a temperaturas lo más cercanas a este rango, para preparados con plaquetas;
  - Temperatura  $\leq$  a -30° C que garantice el estado de congelación para los plasmas, crioprecipitados, mezclas de crioprecipitados, plaquetas o concentrados de eritrocitos congelados;
  - Temperaturas entre +20° C y +24° C o a temperaturas lo más cercanas a este rango para unidades de granulocitos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 21

18. La servidora o el servidor público encargado del traslado de hemocomponente verifica que los hemocomponentes entregados coincidan con lo establecido en el documento de solicitud y con el documento de egreso de hemocomponentes.

19. La Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional registra el egreso del hemocomponente en la libreta de Ingresos y Egresos del Servicio de Medicina Transfusional. **(Formato 1)**

**DE LA RECEPCIÓN DE HEMOCOMPONENTES**

20. La Química o Químico del Laboratorio de Inmunoematología encargado del área de pacientes, comunican el requerimiento transfusional a la Responsable del área Clínica del Servicio o al coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, en caso de requerir hemocomponentes.



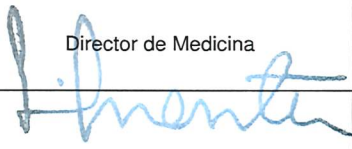
21. La responsable del área clínica o el coordinador del Servicio de Medicina Transfusional dan aviso sobre los requerimientos de hemocomponentes a la Trabajadora Social del Servicio de Medicina Transfusional.



22. La Trabajadora Social, es la encargada de comunicarse vía telefónica con otros servicios de Medicina Transfusional, con los cuales se tenga convenio para el intercambio de hemocomponentes, y localizar la disponibilidad de estos. En caso de una transfusión de urgencia se contactará a Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional con los que no se cuente con convenio.

23. La Trabajadora Social es responsable de informar al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, y este solicita a la Secretaria la elaboración de un documento de solicitud de hemocomponentes, que deberá contener los siguientes elementos:



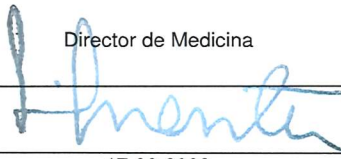
- a. Realizarse en hoja membretada del INCMNSZ.
- b. Código de establecimiento del INCMNSZ.
- c. Licencia Sanitaria del Servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ.
- d. Lugar y fecha de elaboración del documento.
- e. Responsable Sanitario y/o Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional al cual se le solicita el o los hemocomponentes.
- f. Nombre de la Institución a la cual se le solicita el o los hemocomponentes.
- g. Tipo de hemocomponente y cantidad solicitada.
- h. Datos de la persona beneficiaria (nombre, registro, servicio que se encuentra a cargo de la atención de la persona beneficiaria).
- i. Nombre y firma del Coordinador de Servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ.

24. El Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional designa un afanador o afanadora para transportar los hemocomponentes y se les otorga un contenedor de transporte que cumpla con las características de acuerdo con el apartado 13.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 de forma que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con los refrigerantes y pueda mantener la temperatura adecuada según el tipo de hemocomponente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 21

25. La Secretaría realiza un pase de salida (**Anexo 2**) para el afanador o afanadora designada al transporte del hemocomponente.
26. La Secretaría entrega al afanador o afanadora designado(a) al transporte del hemocomponente, el documento con original y copia de intercambio de hemocomponentes, así como el Pase de Salida autorizado por el coordinador del Servicio de Medicina Transfusional.
27. La Afanadora o el Afanador acude al Banco de Sangre o Servicio de Medicina Transfusional en donde se le proporcionaran los hemocomponentes asignados, se encarga de verificar que coincidan con lo establecido en el documento de solicitud de hemocomponente y los traslada al servicio de Medicina Transfusional del INCMNSZ.
28. Se emplearán dispositivos que permitan verificar la trazabilidad de la temperatura de conservación durante el traslado para asegurar la conservación óptima. Los contenedores no se colocarán en lugares donde puedan presentarse temperaturas extremas, tales como, los compartimentos de carga de automóviles, autobuses o aviones, a menos que se empleen cajas de transporte específicas para unidades, previendo que la temperatura exterior no fuese a sobrepasar los límites de capacidad de estas cajas para mantener la temperatura en su interior.
29. El tiempo máximo de traslado de unidades celulares o mezclas de éstas en estado líquido, no deberá exceder de 24 horas, y en el caso de plasmas en estado líquido será aquel que permita que las unidades sean transfundidas en un intervalo que no exceda de 24 horas a partir de su descongelamiento y en caso de crioprecipitados, que no exceda de 4 horas.
30. Al arribo de los hemocomponentes, la Afanadora o el Afanador entregara los hemocomponentes a la o él químico(a) del Laboratorio de inmunohematología asignado(a) al área de pacientes, quien verificará su estado físico y hará una estimación de la temperatura, además de verificar que el hemocomponente venga adecuadamente etiquetado con lo siguiente
  - a. Tipo de hemocomponente
  - b. Fecha de extracción
  - c. Fecha de caducidad
  - d. Nombre del donante
  - e. Serología negativa para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis C (VHC), virus de hepatitis B (VHB), *treponema palidum* y *Trypanosoma Cruzi*
  - f. Grupo ABO y RhD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 21

31. La Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado al área de pacientes, es responsable de dar aviso al Responsable del Laboratorio de Inmunohematología, si el hemocomponente no cuenta con los datos, para realizar las pruebas faltantes a la unidad para su posterior almacenamiento. Adicionalmente la Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado al área de pacientes verificará que en el etiquetado del hemocomponente recibido venga alguna de la siguiente información:

- a. Otras pruebas de fenotipo como: antígeno Kell y RhCcEe
- b. Rastreo de anticuerpos irregulares
- c. Determinación de agentes infecciosas asociados a transfusión mediante pruebas de biología molecular (NAT)



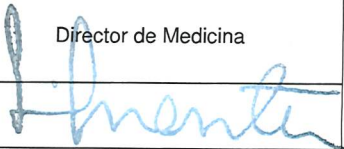
32. La Química o Químico del Laboratorio de inmunohematología asignado al área de pacientes, es responsable de ingresar el hemocomponente al sistema informático del servicio denominado como Hemocod, coloca la etiqueta de identificación y lo almacena en el interior de los equipos adecuados de conservación, a menos que fuesen a transfundirse inmediatamente.

33. La Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional registra el ingreso del o los hemocomponentes en la Libreta de Ingresos y Egresos del Servicio de Medicina Transfusional (**Formato 1**)

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



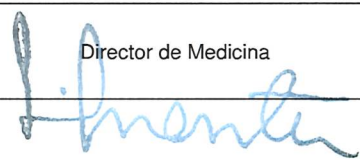
##### 4.1 REALIZAR LA ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES A OTROS BANCOS DE SANGRE

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajadora Social de Medicina Transfusional	1	<p>Recibe la solicitud de un hemocomponente y verifica que la Institución cuente con convenio.</p> <p>¿Cuenta con convenio?</p> <p>No: Indica a la Institución solicitante la falta de convenio.</p> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Avisa al Encargado de Control de Inventarios de Hemocomponentes o al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional de la solicitud.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 21


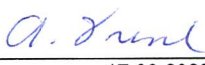
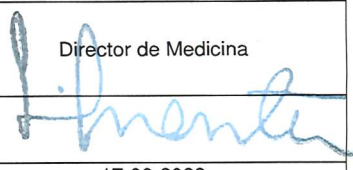
Encargado de Control de Inventarios de Hemocomponentes o Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional	2	<p>Verifican la existencia del hemocomponente solicitado. <b>Política</b></p> <p>¿Existe disponibilidad del hemocomponente?</p> <p>No: Da aviso a la Trabajadora Social de Medicina Transfusional de la inexistencia con el solicitante.</p> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Indica la procedencia de la solicitud y entrega a las Químicas o los Químicos del Laboratorio de Inmunohematología encargados del área de pacientes. <b>(Política)</b></p>
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	3	<p>Recibe el oficio de la solicitud de hemocomponentes del Servicio de Medicina Transfusional solicitante; se coloca un sello, se firma de recibido y se conserva el oficio original <b>(Política)</b>.</p>
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	4	<p>Verifica que la servidora o el servidor público encargado del traslado de hemocomponentes cuente con un contenedor que cumpla con las características de acuerdo al apartado 13.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. <b>(Política)</b></p> <p>¿El contenedor cumple con las características?</p> <p>No: Indica a la servidora o el servidor público que den cumplimiento con las características, se rechaza la solicitud.</p> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p> <p>Sí: Entrega a la servidora o el servidor público encargado del traslado el documento de egreso del hemocomponente <b>(Anexo 1)</b>, acuse recibido del documento de solicitud de hemocomponentes. <b>Política</b></p>
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	5	<p>Coloca los hemocomponentes dentro del contenedor, solicita la corroboración de los hemocomponentes entregados e informa a la Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional. <b>Política</b></p>
Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional	6	<p>Registra el egreso de los hemocomponentes en la libreta de Ingresos y Egresos del Servicio de Medicina Transfusional <b>(Formato 1) Política</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 21



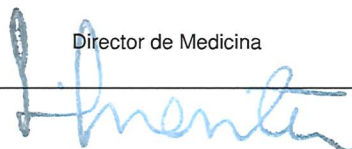
#### 4.2 REALIZAR LA SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES A OTROS BANCOS DE SANGRE

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	1	Identifica el requerimiento de hemocomponentes y da aviso a la Responsable del área Clínica o al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional. <b>Política</b>
Responsable del Área Clínica o Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional	2	Identifica el requerimiento de hemocomponentes y da la indicación a la Trabajadora Social de Medicina Transfusional para que contacte a las instituciones con las que se tenga convenio. <b>Política.</b>
Trabajadora Social de Medicina Transfusional	3	Se comunica vía telefónica con las instituciones que tienen un convenio, a fin de solicitar hemocomponentes. <b>Política</b>  ¿Existe disponibilidad del hemocomponente?  No: Da aviso a la Responsable del área Clínica del Servicio o al Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional o llama a otras instituciones en caso de transfusión de urgencia. <b>Política</b>  <b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>  Sí: Informa a la Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional para la elaboración de solicitud de hemocomponentes
Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional	4	Elabora la solicitud de hemocomponentes y entrega a el Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional <b>Política (Anexo 1).</b>
Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional	5	Designa al Afanador o Afanadora que se encargará del transporte de hemocomponentes, y entrega la solicitud de hemocomponentes, contenedores y material termoaislante necesario dependiendo del hemocomponente a tratar y autoriza pase de salida <b>(Anexo 2). Política</b>
Afanadora o Afanador	6	Acude con la solicitud de hemocomponentes, el contenedor y el material termoaislante necesario dependiendo del hemocomponente a tratar.
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	7	Recibe la solicitud de hemocomponentes y corrobora los hemocomponentes e ingresa la unidad al sistema informático vigente. <b>Política</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 21

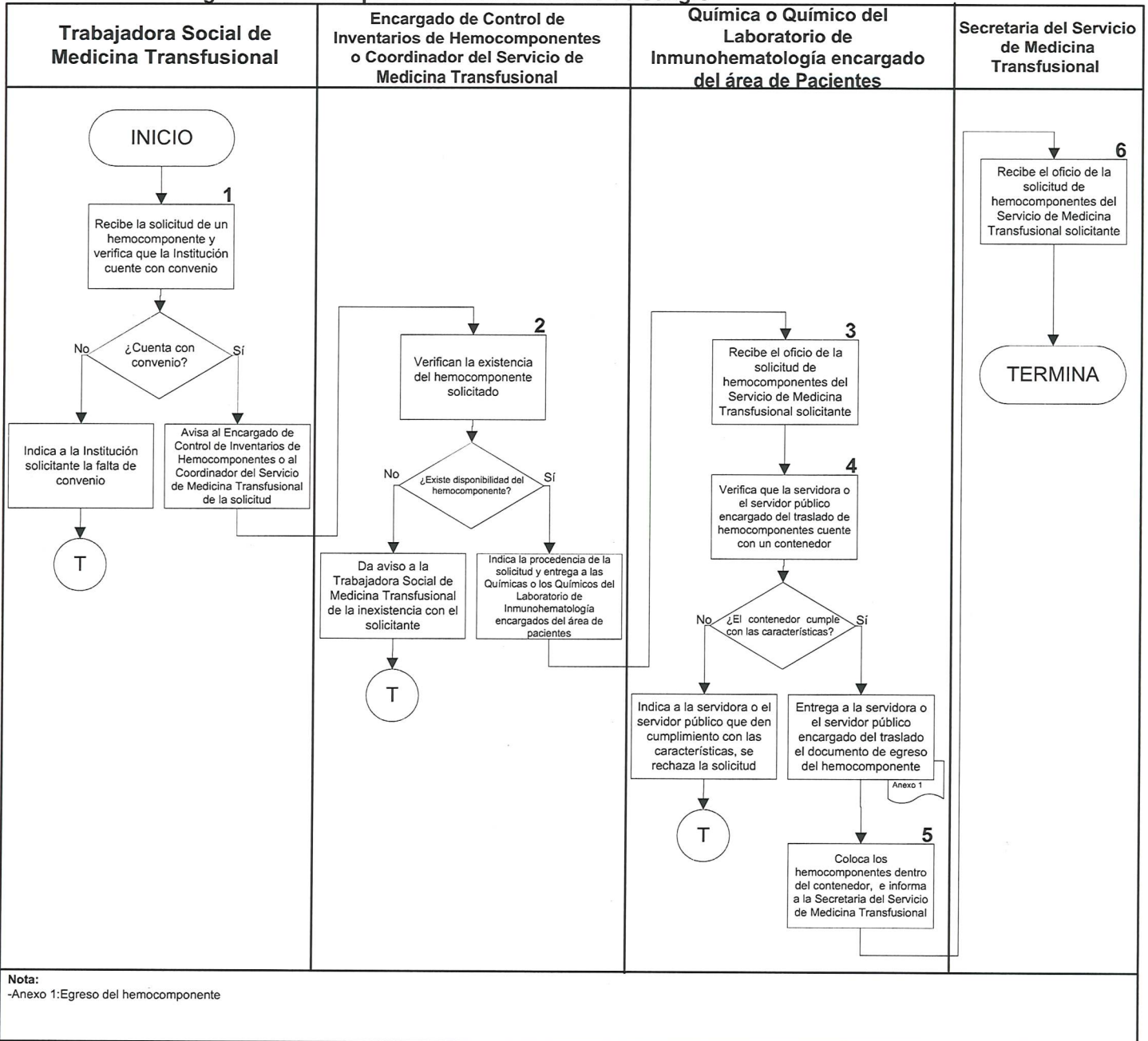
Química o Químico del Laboratorio de Inmunohematología encargado del área de pacientes.	8	Coloca las etiquetas de identificación a los hemocomponentes y los almacena en el interior de los equipos de conservación adecuados. <b>Política</b>
Secretaria del Servicio de Medicina Transfusional	9	Registra el ingreso de los hemocomponentes en la libreta de Ingresos y Egresos del Servicio de Medicina Transfusional ( <b>Formato 1</b> ) <b>Política</b>
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.1 Realizar la Entrega de Hemocomponentes a otros Bancos de Sangre**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Servicio de Medicina Transfusional

### 8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

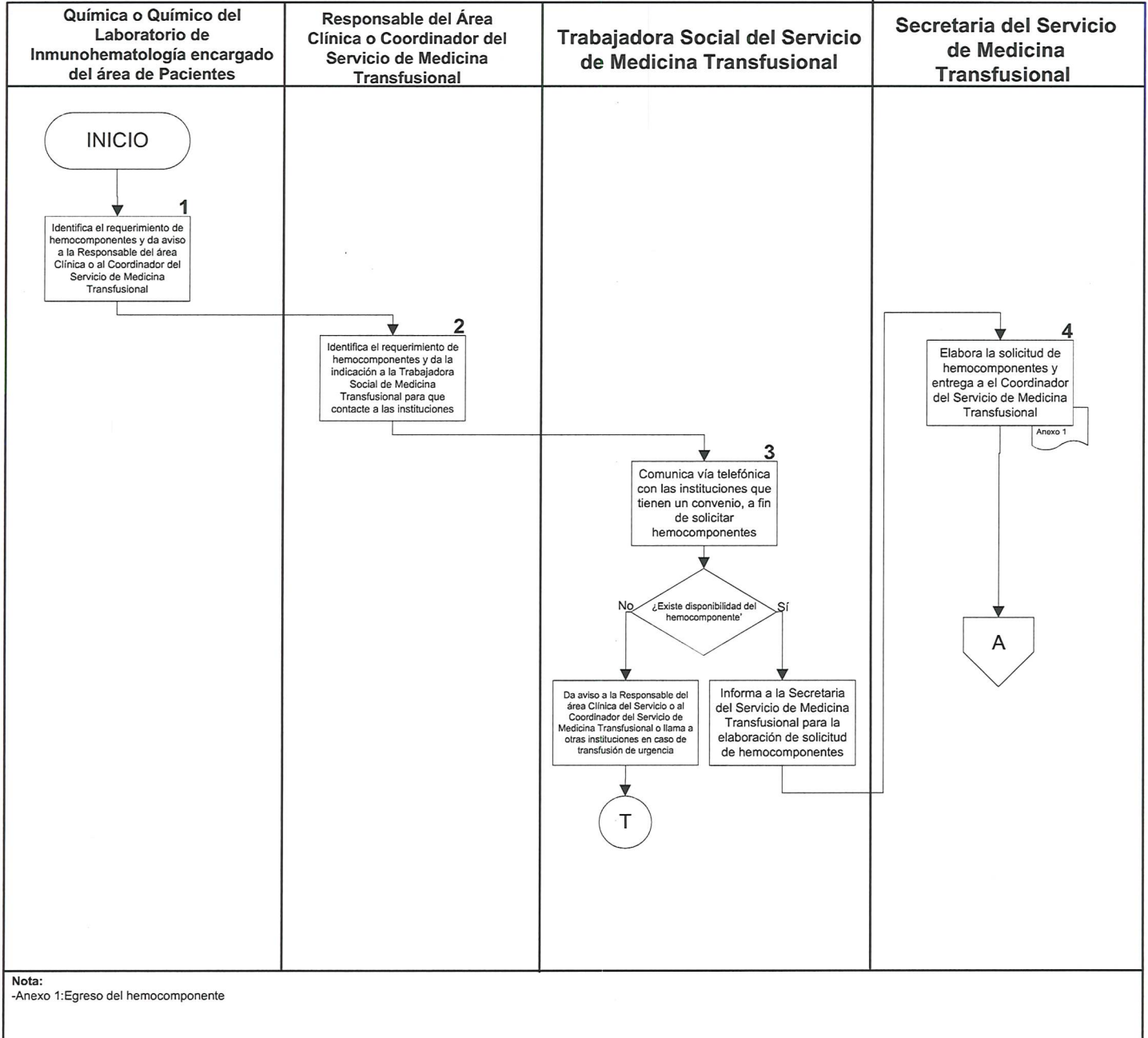
**CÓDIGO:**  
M.P./0.2.3.0.1

**REV:** 01

**HOJA:** 12

**DE:** 20

#### 5.2 Realizar la Salicitud de Hemocomponentes a otros Bancos de Sangre



#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

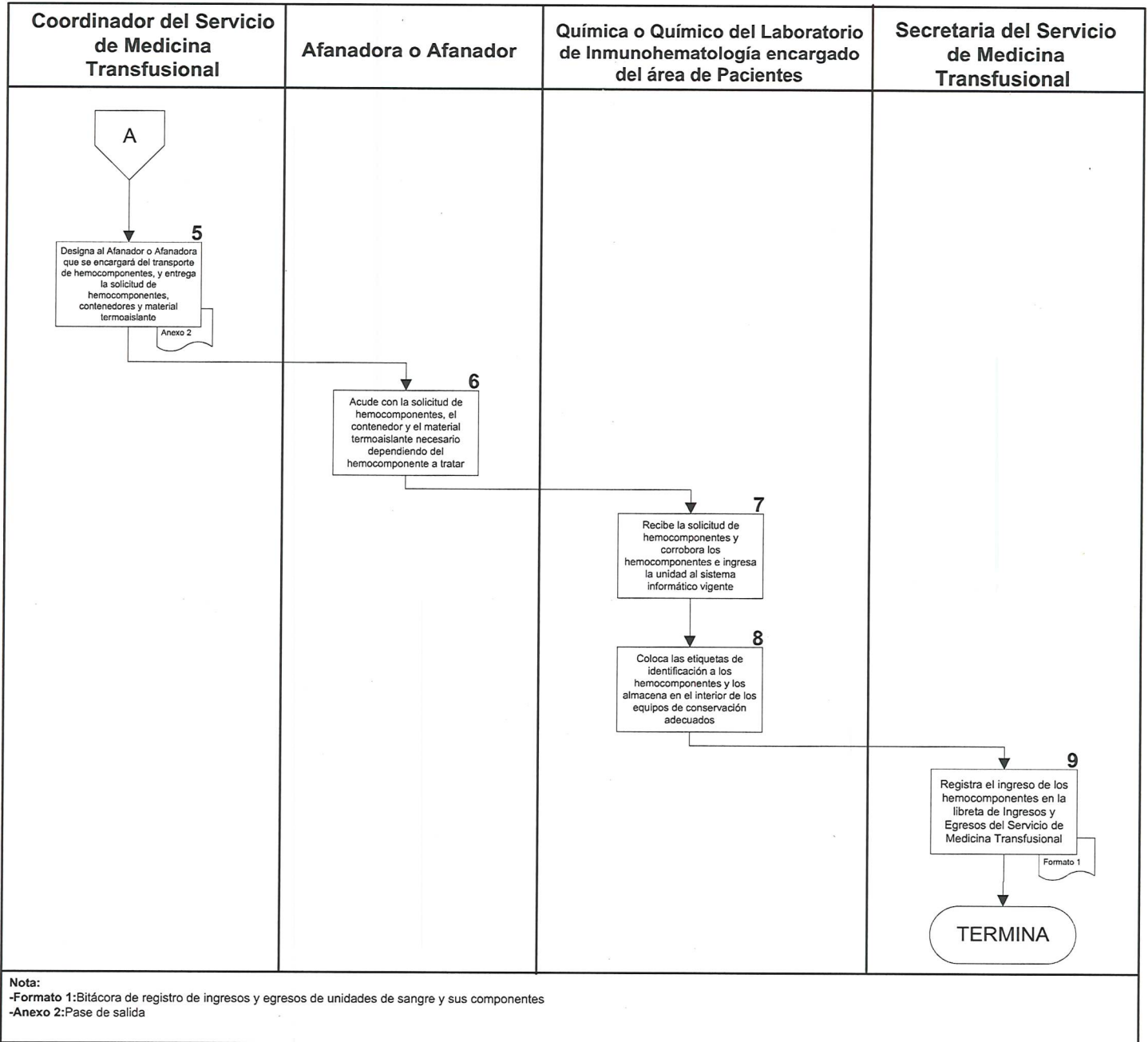
## Servicio de Medicina Transfusional

### 8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.0.1  
REV: 01  
HOJA: 13  
DE: 20



### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



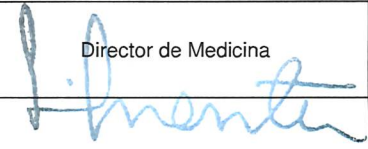
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 21


## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Bitácora de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y sus componentes	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 1 Egreso del hemocomponente	N/A	Servicio de Medicina Transfusional Solicitante	N/A
Anexo 2 Pase de salida	N/A	Departamento de Empleo y Remuneraciones	N/A

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Agentes infecciosos transmisibles por trasfusión:** Todo agente biológico que pueda estar presente en la sangre donada y pueda crear una infección por vía transfusional
- 7.2. Hemocomponentes:** Conjunto de elementos que integran la sangre y que son fraccionados para su uso terapéutico, destacando los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y eritrocitos.
- 7.3. Infecciones transmisibles:** Gran parte de las enfermedades infecciosas son transmisibles, lo que significa que se pueden transmitir de una persona a otra. Dependiendo del organismo, la transmisión puede ser por contacto directo de un individuo infectado con otro no infectado a través de sus secreciones, su piel o sus mucosas, o de forma indirecta a través de la contaminación del aire, de un objeto inanimado o de un alimento que ha estado en contacto con la persona infectada. La gripe o el resfriado constituyen un buen ejemplo de estas enfermedades infecciosas. Otras enfermedades infecciosas no se transmiten de unos individuos a otros, sino que necesitan circunstancias especiales, por ejemplo, la malaria, que es transmitida por mosquitos portadores del parásito que causa la enfermedad.
- 7.4. Técnica de NAT:** Cribado de sangre para detección de infecciones de VIH VHB u VHC por medio de detección directa de DNA o RNA, con un periodo de ventana menor a la técnica serológica por ELISA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 21

**7.5. Transfusión:** Operación por medio de la cual se hace pasar directa o indirectamente la sangre o plasma sanguíneo de las arterias o venas de un individuo a las arterias o venas de otro

**7.6. Transfusión de urgencia:** Se considera como tal aquella que cuando un retraso en su aplicación pone en peligro la vida del paciente.

**7.7 Serología:** Ensayo de inmuoadsorción ligado a enzimas. Se basan en reacciones de enlace antígeno- anticuerpo



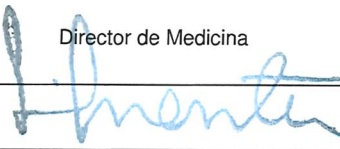
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10-06-2022	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS



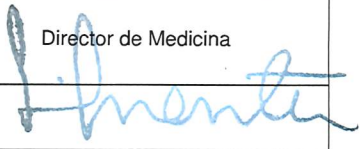
**FORMATO 9.3:** BITÁCORA DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE UNIDADES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Procedencia	Nombre del establecimiento donde se obtuvo el componente.
2	Fecha donación	Día mes y año en que se realiza el proceso de recolección de la sangre o sus componentes.
3	Numero progresivo	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.
4	Nombre completo del donador	Nombre completo de la persona donante.
5	Tipo de donación	Seleccionar altruista, familiar, designada, dirigida, regular o repetición según sea el caso.
6	Numero de unidad	Numero único, irrepetible, inicia con el año y son número consecutivos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022



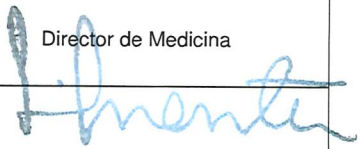
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 21

7	Grupo ABO	Clasificación del grupo ABO de la persona donante.
8	Rh	Clasificación del Grupo Rh de la persona donante.
9	Uso terapéutico	Seleccionar Alogénico, Autólogo o Sinérgico según sea el caso.
10	Método de extracción	Seleccionar Habitual o Aféresis según sea el caso.
11	Volumen ST	Ingresar el volumen contenido de la sangre total si la unidad no fuera fraccionada por algún motivo en específico.
12	Volumen CE	Ingresar el volumen del concentrado eritrocitario obtenido.
13	Volumen CP	Ingresar el volumen del concentrado plaquetario obtenido.
14	Volumen PFC	Ingresar el volumen del plasma fresco congelado obtenido.
15	Volumen CRIO	Ingresar el volumen de crioprecipitados si estos son fraccionados.
16	Hb	Hemoglobina de la persona donante.
17	Hto	Hematocrito de la persona donante.
18	Pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión	Registro de los resultados de las pruebas obligatorias de detección por agentes trasmisibles por técnica de ELISA.
19	NAT	Registro de los resultados de las pruebas complementarias de detección por agentes trasmisibles por técnica de NAT
20	Proceso realizado a las unidades	Seleccionar los procesos especiales que se realizaron en esas unidades según sea el caso.
21	Fecha de caducidad	Ingresar las fechas de caducidad día, mes y año de cada uno de los componentes.
22	Fecha de egreso	Ingresar la fecha día mes y año de cuando se entrega el componente.
23	Hora	Ingresar la hora y minutos en que se entregó el componente.
24	Nombre del receptor (paciente) o del establecimiento al que se envió	Nombre del establecimiento donde se realiza la transfusión o nombre del receptor si es en el INCMNSZ.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 21


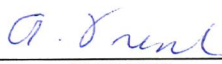
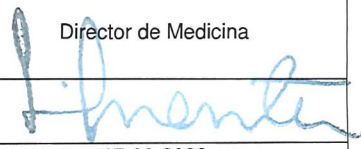
25	Número de expediente	Número de registro de la persona beneficiaria si fuera el caso.
26	Cama	Numero de Cama o servicio de la persona beneficiaria si fuera el caso.
27	Grupo ABO/Rh	Grupo ABO y Rh del receptor al que se le transfundió el componente.
28	Volumen	Volumen total del componente transfundido.
29	Domicilio de transfusión	INCMNSZ si es el caso.
30	Médico que indica la trasfusión	Médico responsable que indica y solicita la transfusión.
31	Motivo destino final	Motivo de designación de producto no conforme según sea el caso.
32	Eventualidad y observaciones	Cualquier eventualidad que deba ser reportada.
33	Folio	Folio de control.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 21

### ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 21

**ANEXO 1: ENVÍO DE HEMOCOMPONENTES SAGUINEOS**


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
 Licencia Sanitaria 2014008678 Código de Establecimiento 09021007

VASO DE QUIROGA NO. 15 COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ (SECCIÓN XVI, TILAPAN O.P. 1408)  
 Tel. 54-54-47-09-00 Tránsito Social (Ext. 2976)  
 Lab. Inmunohematología (2943 y 1132)

**ENVÍO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS** 07/06/2022 11:38 a. m.

FÓLIO N°: 153

THOSP: \_\_\_\_\_

DR: \_\_\_\_\_

Jefe de Banco de Sangre



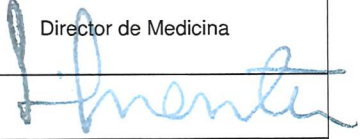
Presente. A solicitud de usted, enviamos los siguientes componentes sanguíneos:

Número de Unidad	Código de Producto	Descripción	Expiración	Fecha de Emisión	Nombre del Banco	AB	AFB	LPB	ALB	Fecha de Caducidad	Plasma (ml)
1	CE-20	CONCENTRADO DE PLASMA	07/06/2022	07/06/2022	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	100	0	0	0	100/000	27.00
<b>Hematesis</b>						<b>Total</b>					
1						1					

CANCELADO

Serología e Infección Negativa a: \_\_\_\_\_  
 La recepción de los componentes envueltos en un recipiente: \_\_\_\_\_  
 Aceptación: \_\_\_\_\_  
**GABRIELA KARINA CEDILLO RIVERA**  
 Nombre y Firma

Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de llegada: \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>8. Procedimiento para Realizar el Intercambio de Hemocomponentes entre Servicios de Medicina Transfusional</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 21

**ANEXO 2: PASE DE SALIDA**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

Pase de Salida


**Número de Empleado:**  
 Apellido Paterno: \_\_\_\_\_  
 Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Hora de Salida: \_\_\_\_\_  
 Motivo: Personal ( ) Tercera ( )  
 Regresa ( ) No Regresa ( )  
 Observaciones: \_\_\_\_\_


**Nota:** Sólo puede tener un máximo de tiempo 2 horas por pase de salida. El trabajador deberá registrar su salida y entrada según se le pida.  
 En caso de haber más de 2 horas se realizará el descuento de la diferencia.  
 El trabajador solo tendrá derecho a disfrutar de 2 pases de salida por mes independientemente del tiempo que ocupe en cada uno.

**Autoriza**

**Dr. Juan Rangel Patiño**  
 Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional  
 FR-ARH-21

El presente documento fue autorizado por el Comité de Mejora Regulatoria Interna en la Segunda Sesión Extraordinaria de fecha 27 de junio de 2022.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 2

## AUTORIZACIÓN

### ELABORADO POR:



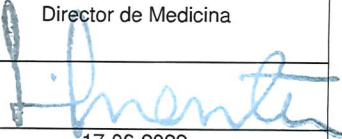
  
 Dr. Juan Rangel Patiño.  
 Coordinador de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales.

### REVISADO POR:

  
 Dra. Alicia Josefina Frenk Mora.  
 Subdirectora de Servicios ParaMédicos.

### REVISIÓN METODOLÓGICA:

  
 Mtro. Miguel Angel Lima Alarcón.  
 Jefe del Departamento de Organización y Modernización Administrativa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022

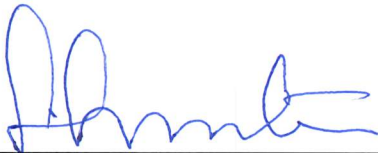
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.0.1
	<b>Servicio de Medicina Transfusional</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 2

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**



C.P. Remedios Verónica Hernández Tenorio.  
Coordinadora de Organización y Modernización.



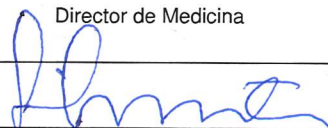
**AUTORIZADO POR:**



Dr. José Sifuentes Osornio.  
Director de Medicina.



Dr. David Kershenobich Stalnikowitz.  
Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Juan Rangel Patiño	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Coordinador del Servicio de Medicina Transfusional, del Centro de Colecta de Células Troncales y del Banco de Células Troncales	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	17-06-2022	17-06-2022	17-06-2022