


|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38                   |
|   |   | Página 1 de 11                        |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019 |
| Versión vigente: 01   |   |                                       |

**INDICE**

**Pág.**

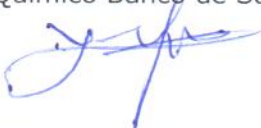
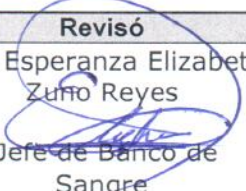

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1.0 ALCANCE.....               | 01 |
| 2.0 DOCUMENTOS APLICABLES..... | 01 |
| 3.0 DEFINICIONES.....          | 02 |
| 4.0 MATERIAL Y EQUIPO.....     | 02 |
| 5.0 DESARROLLO.....            | 03 |
| 6.0 ANEXOS.....                | 06 |
| 7.0 CONTROL DE CAMBIOS.....    | 11 |


**1. Alcance:**

Este método de trabajo aplica al proceso de solicitud y entrega para transfusión de urgencia de concentrados de eritrocitos, acorde N/A NOM 253 SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**2. Documentos Aplicables:**

- IT-IS-BS-29 Instrucción De Trabajo Hemoclasificación ABO Rh (D)
- IT-IS-BS-30 Instrucción de Trabajo Prueba Cruzada
- IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible
- IT-IS-BS-34 Instrucción de Trabajo Entrega de Componentes Sanguíneos.
- FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes
- FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus Componentes Sanguíneos.
- FT-EC-BS-02 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana Y sus Componentes Sanguíneos Para Menores De Edad o Incapaces
- N/A NOM 253 SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos
- N/A Sistema informático
- N/A Etiquetas de pruebas de compatibilidad.
- N/A Etiqueta(s) de Solicitud Electrónica de Hemocomponentes
- N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas y Verbales

| Sello               | Elaboró  | Revisó  | Autorizó   |
|---------------------|--|---|--|
| COPIA NO CONTROLADA | QFB. Leticia Nogal Valadez<br>Químico Banco de Sangre<br> | Dra. Esperanza Elizabeth Zurro Reyes<br><br>Jefe de Banco de Sangre | Dr. Santiago López Venegas<br><br>Jefe de la División de Servicio Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento |

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b> | Código: IT-IS-BS-38 |
|   |   | Página 2 de 11      |
| <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>               | Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019                 |                     |
|   | Versión vigente: 01                                   |                     |

### 3. Definiciones:


**Concentrado de eritrocitos (CE).** Unidad que contiene mayoritariamente glóbulos rojos, obtenidos por fraccionamiento de una unidad de sangre total de una donación única o de una sesión de eritroaféresis

**Transfusión de Urgencia:** Se considera como tal aquella que cuando un retraso en su aplicación pone en riesgo la vida del paciente.

### 4. Material y Equipo utilizado:

- \* Equipo semiautomático para pruebas de Hemoclasificación y Hemocompatibilidad
- \* Reactivos Hemoclasificadores (Anti-A, Anti-B, Anti-AB, Lectina A1, Lectina H, Anti-D, control Anti-D)
- \* Reactivo de antiglobulina humana (Suero de Coombs)
- \* Eritrocitos de antígenos conocidos: A1, A2, B, 0 Y O NEGATIVO.
- \* Eritrocitos sensibilizados y No sensibilizados
- \* Hematíes I y II
- \* Viales de control de calidad para equipo automatizado
- \* Suero/Plasma de Grupo conocido A, B y O
- \* Tubo de 12 x 75 mm
- \* Pipeta Pasteur
- \* Gasas
- \* Centrífuga para pruebas serológicas
- \* Tarjetas de gel para determinación de grupo ABO/Rh (D)
- \* Solución salina fisiológica
- \* Incubadora de tarjetas
- \* Tarjetas de gel Coombs
- \* Células reactivo A1 y B
- \* Diluyente para suspensión
- \* Centrífuga para tarjetas de gel
- \* Pipetas automáticas de 10 µl, 50 µl y 1000 µl
- \* Puntillas
- \* Guantes

COPIA NO CONTROLADA

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38   |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Página 3 de 11<br>Fecha de Revisión: Septiembre 2019<br>Versión vigente: 01 |

**5. Desarrollo:**

| No.  | Responsables   | Descripción de la Actividad  |   |                  |                        |                        |  |   |
|--|--|--|---|------------------|------------------------|------------------------|--|---|
| 5.1  | Químico/TLC  | <p>Recibe solicitud de Hemocomponente <b>URGENTE (TIEMPO MAXIMO DE RESPUESTA 15 MINUTOS)</b> verbal o vía telefónica</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>¿Acuden con muestra adecuada del paciente? (Ver anexo 1)</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Entonces:</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td><b>Continúa en 5.2</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td><b>Registra en N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas y Verbales (Ver Anexo 2). Continúa en 5.6</b></td> </tr> </table> | <b>¿Acuden con muestra adecuada del paciente? (Ver anexo 1)</b>   | <b>Entonces:</b> | <b>SI</b>              | <b>Continúa en 5.2</b> | <b>NO</b>  | <b>Registra en N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas y Verbales (Ver Anexo 2). Continúa en 5.6</b> |
|  |  | <b>¿Acuden con muestra adecuada del paciente? (Ver anexo 1)</b>  | <b>Entonces:</b>  |                  |                        |                        |  |   |
|  |  | <b>SI</b>  | <b>Continúa en 5.2</b>  |                  |                        |                        |  |   |
|  |  | <b>NO</b>  | <b>Registra en N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas y Verbales (Ver Anexo 2). Continúa en 5.6</b> |                  |                        |                        |  |   |
| <p>Recibe FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes, revisa su correcto y completo llenado, y coteja FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus Componentes Sanguíneos ó FT-EC-BS-02 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus Componentes Sanguíneos Para Menores de Edad o Incapaces.</p> <p>Verifica que en el reverso del FT-IS-BS-04 Solicitud de Hemocomponentes, el médico tratante anote nombre completo, firma, cédula profesional y autorice la transfusión del hemocomponente con pruebas de compatibilidad incompletas.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>¿Documentación completa?</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Entonces:</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td><b>Continúa en 5.3</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td>Recibe muestra del paciente, retiene identificación (gafete institucional o INE) y</td> </tr> </table> |  | <b>¿Documentación completa?</b>  | <b>Entonces:</b>  | <b>SI</b>        | <b>Continúa en 5.3</b> | <b>NO</b>              | Recibe muestra del paciente, retiene identificación (gafete institucional o INE) y |   |
| <b>¿Documentación completa?</b>  | <b>Entonces:</b>   |  |   |                  |                        |                        |  |   |
| <b>SI</b>  | <b>Continúa en 5.3</b>   |  |   |                  |                        |                        |  |   |
| <b>NO</b>  | Recibe muestra del paciente, retiene identificación (gafete institucional o INE) y |  |   |                  |                        |                        |  |   |

COPIA NO CONTROLADA



**INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA**

Código: IT-IS-BS-38

Página 4 de 11


Fecha de Revisión:  
Septiembre 2019

Versión vigente: 01

**DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**


|   |   | solicita complete de manera adecuada documentación a la brevedad. Continúa en 5.3  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---|---------------|--|
| <b>5.3</b>  | <b>Químico/TLC</b>  | Realiza Hemoclasificación ver IT-IS-BS-29 Instrucción de Trabajo Hemoclasificación ABO Rh (D)<br>Continúa en 5.4   |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| <b>5.4</b>  | <b>Químico/TLC</b>  | Verifica si hay existencias suficientes y prioriza según anexo 6   |                                       |                                       |                        |   |               |  |
|   |   | <table border="1"> <tr> <td><b>¿Existencias suficientes?</b></td> <td align="center"><b>Entonces:</b></td> </tr> <tr> <td align="center"><b>SI</b></td> <td>Genera solicitud en N/A Sistema informático e imprime N/A Etiqueta(s) de Solicitud Electrónica de Hemocomponentes y pega en la parte frontal del FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes y en muestra. Continúa en 5.5</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>NO</b></td> <td>Informa a Jefatura/médico coordinador y deciden opciones para la transfusión en orden de preferencia según el anexo 3 y 4.</td> </tr> </table> | <b>¿Existencias suficientes?</b>      | <b>Entonces:</b>                      | <b>SI</b>              | Genera solicitud en N/A Sistema informático e imprime N/A Etiqueta(s) de Solicitud Electrónica de Hemocomponentes y pega en la parte frontal del FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes y en muestra. Continúa en 5.5 | <b>NO</b>     | Informa a Jefatura/médico coordinador y deciden opciones para la transfusión en orden de preferencia según el anexo 3 y 4. |
|   |   | <b>¿Existencias suficientes?</b>   | <b>Entonces:</b>                      |                                       |                        |   |               |  |
| <b>SI</b>   | Genera solicitud en N/A Sistema informático e imprime N/A Etiqueta(s) de Solicitud Electrónica de Hemocomponentes y pega en la parte frontal del FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes y en muestra. Continúa en 5.5 |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| <b>NO</b>   | Informa a Jefatura/médico coordinador y deciden opciones para la transfusión en orden de preferencia según el anexo 3 y 4.  |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
|   |   |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| <b>5.5</b>  | <b>Químico/TLC</b>  | Prepara suspensión al 5% de eritrocitos del donador en solución salina. (50 µL de eritrocitos en 1 mL de solución salina fisiológica). Marca 1 tubo como PCM (Prueba Cruzada Mayor) y agregar de acuerdo con la siguiente tabla:   |                                       |                                       |                        |   |               |  |
|   |   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>TUBO</th> <th>Suspensión de eritrocitos del donador</th> <th>Suero/ plasma paciente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center"><b>PCM</b></td> <td align="center"><b>1 gota</b></td> <td align="center"><b>2 gotas</b></td> </tr> </tbody> </table>   | TUBO                                  | Suspensión de eritrocitos del donador | Suero/ plasma paciente | <b>PCM</b>  | <b>1 gota</b> | <b>2 gotas</b>   |
|   |   | TUBO   | Suspensión de eritrocitos del donador | Suero/ plasma paciente                |                        |   |               |  |
| <b>PCM</b>  | <b>1 gota</b>   | <b>2 gotas</b>   |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| Centrifugar 20 segundos a 3500 rpm, lee resultado y procede de acuerdo a: |   |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
|   |   | <table border="1"> <tr> <td><b>¿Aglutina?</b></td> <td align="center"><b>Entonces</b></td> </tr> <tr> <td align="center"><b>SI</b></td> <td>Ver punto 5.1 de la IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible y otorgar unidades O negativo en lo que se resuelve el caso.</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>NO</b></td> <td>Registra como "PRUEBAS EN PROCESO (FASE SALINA)" en N/A Sistema informático e imprime N/A</td> </tr> </table>   | <b>¿Aglutina?</b>                     | <b>Entonces</b>                       | <b>SI</b>              | Ver punto 5.1 de la IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible y otorgar unidades O negativo en lo que se resuelve el caso.  | <b>NO</b>     | Registra como "PRUEBAS EN PROCESO (FASE SALINA)" en N/A Sistema informático e imprime N/A                                  |
| <b>¿Aglutina?</b>   | <b>Entonces</b>   |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| <b>SI</b>   | Ver punto 5.1 de la IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible y otorgar unidades O negativo en lo que se resuelve el caso.  |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |
| <b>NO</b>   | Registra como "PRUEBAS EN PROCESO (FASE SALINA)" en N/A Sistema informático e imprime N/A   |  |                                       |                                       |                        |   |               |  |

COPIA NO CONTROLADA

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38   |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Página 5 de 11<br>Fecha de Revisión: Septiembre 2019<br>Versión vigente: 01 |

|     |             |  |   |
|-----|-------------|--|---|
|     |             |  | Etiquetas de pruebas de compatibilidad (PRUEBA EN PROCESO) y pega en parte posterior del FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes. En el marbete de la unidad deberá mencionar "PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD INCOMPLETAS, ALTO RIESGO DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL" En esta fase se entrega la unidad según el punto 5.3 de la IT-IS-BS-34 Instrucción de Trabajo Entrega de Componentes Sanguíneos. Continúa en 5.10 |
| 5.6 | Químico/TLC | <b>¿Conoce Grupo Sanguíneo ABO y Rh?</b>   | <b>Entonces</b>   |
|     |             | <b>SI</b>  | <b>Continua en 5.7</b>  |
|     |             | <b>NO</b>  | Se deberá entregar unidades O negativo siempre y cuando haya en existencia y se deberá corroborar el grupo sanguíneo de la unidad según IT-IS-BS-29 Instrucción De Trabajo Hemoclasificación ABO Rh (D) (tomando muestra de un segmento de la tubuladura). En caso no haber existencia de unidades O negativo (Ver anexo 5) y continua en 5.8   |
| 5.7 | Químico/TLC | Los receptores con grupo ABO identificado, podrán recibir unidades isogrupo. Siempre se debe verificar el grupo de la unidad según IT-IS-BS-29 Instrucción De Trabajo Hemoclasificación ABO Rh (D) (tomando muestra de un segmento de la tubuladura) y continua en 5.8   |   |
| 5.8 | Químico/TLC | Genera solicitud en N/A Sistema informático y Registra como "SIN PRUEBAS", entrega unidad e imprime N/A Etiquetas de pruebas de compatibilidad (SIN PRUEBAS) y pega en parte posterior del FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes cuando este sea entregado. En el marbete de la unidad deberá mencionar "SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD, ALTO RIESGO DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL". El solicitante deberá entregar identificación (gafete institucional o INE) el cual será devuelto al entregar muestra adecuada (Anexo1) y documentación completa. Continua a 5.9 |   |

COPIA NO CONTROLADA

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38   |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Página 6 de 11<br>Fecha de Revisión: Septiembre 2019<br>Versión vigente: 01 |


|      |             |   |
|------|-------------|---|
| 5.9  | Químico/TLC | Recibe muestra adecuada, FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes, revisa su correcto y completo llenado, y coteja FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus Componentes Sanguíneos ó FT-EC-BS-02 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus Componentes Sanguíneos Para Menores de Edad o Incapaces. Verifica que en el reverso del FT-IS-BS-04 Solicitud de Hemocomponentes, el médico tratante anote nombre completo, firma, cédula profesional y autorice la transfusión del hemocomponente SIN pruebas de compatibilidad.<br>Continúa en 5.10       |
| 5.10 | Químico/TLC | Realiza y/o completa las pruebas de compatibilidad a la brevedad, aun cuando ya se hubiese iniciado la transfusión. Ver punto 5.2 de la IT-IS-BS-30 Instrucción de Trabajo Prueba Cruzada. En caso de que al finalizar la prueba de compatibilidad resulte "INCOMPATIBLE" deberá acudir a la cama del paciente indica al personal médico y/o paramédico suspenda la transfusión, solicita muestras pos transfusionales con y sin anticoagulante, el remanente de la unidad para estudio y actuar según IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible y avisar a médico coordinador y médico tratante. |
| 5.11 | Químico/TLC | Registra resultado de prueba de compatibilidad en N/A Sistema Informático y da por finalizado el proceso. <b>URGENTE (TIEMPO MAXIMO DE RESPUESTA 15 MINUTOS)</b>  |

## 6. Anexos:

### Anexo 1. Requisitos para la recepción de muestras

|   |
|---|
| <b>ACCION ESENCIAL PARA LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>  |
| 1. El personal debe de identificar al paciente con al menos dos identificadores que serán :<br><b>a) Nombre completo</b><br><b>b) Fecha de nacimiento (día, mes, año)</b><br>Podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución y esta información la debe de contener todos los documentos que se generen durante el proceso de atención. |
| 2. Las solicitudes deberán contener datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), además de fecha y hora de solicitud, identificación   |

COPIA NO CONTROLADA

|  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38                   |
|  |   | Página 7 de 11                        |
|  | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019 |
|  |   | Versión vigente: 01                   |

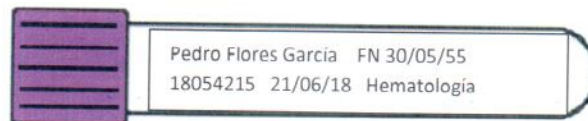
del solicitante, componentes solicitados y diagnósticos probables.

- Se debe verificar que los datos de la etiqueta de los recipientes de las muestras biológicas coincidan con los datos de la solicitud. *En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato con el médico tratante y esperar indicaciones del mismo.*

### Correcta rotulación de muestras:

Los tubos que contienen las muestras de sangre, plasma o suero de pacientes, para efectos de realización de pruebas de hemoclasificación, hemocompatibilidad u otras, deberán de estar debidamente rotulados para la correcta identificación y su etiqueta debera contener como mínimo la siguiente información

- **Nombre completo del paciente**
- **Fecha de nacimiento**
- **Fecha en la que fue tomada la muestra**
- **Número de expediente**
- **Servicio**




### Características de la muestra:

- 3 ml de sangre total mínimo en el adulto y 1 ml como mínimo en paciente pediátrico hasta 1 año, con anticoagulante (EDTA).
- Sin hemólisis (valorando patología de base).
- Sin evidencia de Lipemia (valorando patología de base).
- Sin soluciones o aditivos.
- Tiempo máximo de toma de 1 a 4 horas.

**En caso de solicitud de pruebas de compatibilidad de recién nacidos o menores de 4 meses, es necesario solicitar muestra materna con todos los datos de la madre y adicionalmente nombre, fecha de nacimiento y registro del menor, también solicitar muestra del recién nacido que incluya nombre completo, fecha de nacimiento, fecha de toma de muestra, número de expediente y servicio tratante.**

COPIA NO CONTROLADA

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38  |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019<br>Versión vigente: 01 |

## Anexo 2

| <b>ACCION ESENCIAL PARA RECEPCION DE ORDENES VERBALES O TELEFONICAS DE SOLICITUDES DE HEMOCOMPONENTES</b>  |
|--|
| 1. Cuando se recibe una solicitud verbal o telefónica se debe anotar en bitácora los siguientes datos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente</li> <li>b) Nombre y cargo de la persona que emite la indicación u orden</li> <li>c) Nombre completo de la persona que recibe la indicación u orden</li> <li>d) Fecha y hora en la que se recibe la orden</li> <li>e) Hemocomponentes solicitados</li> </ol> |
| 2. La persona que recibe la orden debe <b>escucharla</b> atentamente   |
| 3. La persona que recibe la orden debe <b>escribirla</b> en la bitácora  |
| 4. La persona que recibe la orden debe <b>leer</b> la orden a la persona que la emitió   |
| 5. La persona que emitió la orden debe <b>confirmar</b> que la orden es correcta   |

## Anexo 3

Opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) en adultos y niños mayores de 4 meses.

| Grupo del paciente/receptor | Primera                | Segunda               | Tercera               | Cuarta                |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 positivo                  | 0 positivo             | 0 negativo            | Inexistente           | Inexistente           |
| 0 negativo                  | 0 negativo             | Inexistente           | Inexistente           | Inexistente           |
| A positivo                  | A positivo             | A negativo            | 0 positivo            | 0 negativo            |
| A negativo                  | A negativo             | 0 negativo            | Inexistente           | Inexistente           |
| B positivo                  | B positivo             | B negativo            | 0 positivo            | 0 negativo            |
| B negativo                  | B negativo             | 0 negativo            | Inexistente           | Inexistente           |
| AB positivo                 | AB positivo o negativo | A positivo o negativo | B positivo o negativo | 0 positivo o negativo |
| AB negativo                 | AB negativo            | A negativo            | B negativo            | 0 negativo            |

**Nota:** Para la transfusión de preparados de eritrocitos Rh (D) positivos a receptores Rh (D) negativos véase el apartado 11.2.3 de esta Norma.

COPIA NO CONTROLADA





**INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA**

Código: IT-IS-BS-38

Página 9 de 11

Fecha de Revisión:  
Septiembre 2019

Versión vigente: 01

**DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**


**Anexo 4**

Opciones, en orden de preferencia, para la transfusión de concentrado de eritrocitos compatibles en los sistemas AB0 y Rh (D) en recién nacidos y en menores de 4 meses.

| Grupo sanguíneo de la madre | Grupo sanguíneo del menor | Concentrado de eritrocitos que pueden transfundirse |
|-----------------------------|---------------------------|---|
| 0 negativo                  | 0 positivo                | 0 negativo  |
| A negativo                  | A positivo                | A negativo u 0 negativo                             |
| B negativo                  | B positivo                | B negativo u 0 negativo                             |
| AB negativo                 | AB positivo               | AB negativo, A negativo B, negativo u 0 negativo    |
| 0 positivo                  | A positivo                | 0 positivo  |
| 0 positivo                  | B positivo                | 0 positivo  |
| 0 positivo                  | AB cis positivo           | 0 positivo  |
| 0 positivo                  | A negativo                | 0 negativo  |
| 0 positivo                  | B negativo                | 0 negativo  |
| 0 positivo                  | AB cis negativo           | 0 negativo  |
| 0 positivo                  | 0 negativo                | 0 negativo  |
| 0 positivo                  | 0 positivo                | 0 positivo  |
| A positivo                  | A positivo                | A positivo u 0 positivo                             |
| B positivo                  | B positivo                | B positivo u 0 positivo                             |
| AB positivo                 | AB positivo               | AB positivo, A positivo, B positivo u 0 positivo    |

- Nota:**
- AB cis significa que el grupo sanguíneo AB es codificado por un alelo del padre;
  - De desconocerse el grupo sanguíneo materno se transfundirá concentrado de eritrocitos de grupo 0 y de Rh idéntico al del menor.

COPIA NO CONTROLADA

|  |   |                     |
|--|---|---------------------|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b> | Código: IT-IS-BS-38 |
|  |   | Página 10 de 11     |
| <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>              | Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019                 |                     |
|  | Versión vigente: 01                                   |                     |

### **Anexo 5 EN CASO DE NO CONTAR CON CONCENTRADOS DE ERITROCITOS RH NEGATIVOS**

Los receptores de este grupo podrán transfundirse con concentrados de eritrocitos Rh positivos siempre y cuando:

a) Que los receptores no estuviesen previamente sensibilizados contra el antígeno D del sistema Rh y la prueba cruzada mayor resulte compatible, **en este caso deberá montar la prueba de forma manual para optimizar tiempo para la entrega del hemocomponente.**

b) Se cuente con la aprobación de la jefatura de Banco de Sangre y/o médico coordinador en turno y del médico tratante

### **Anexo 6**

#### **CRITERIOS DE PRIORIZACION DE URGENCIAS TRANSFUSIONALES**

**Orden de priorización por edad:**

- 1. Paciente pediátrico menor de 5 años + Indicación de médico tratante**
- 2. Paciente pediátrico mayor a 5 años + Indicación de médico tratante**
- 3. Paciente adulto**

**Identificar parámetros fisiológicos en adultos que ameriten intervención transfusional de urgencia**

- a) Tensión Arterial menor a 90/60 mmHg
- b) Frecuencia Cardíaca mayor a 100 latidos por minuto.
- c) Cifra de hemoglobina (Hb < 6 gr/dL) con síndrome anémico
- d) Cifra de hemoglobina (Hb < 8 gr/dL) en pacientes con cardiopatía.


**Paciente gestante con hemorragia vaginal o hemorragia posterior a evento obstétrico.**

**Paciente politraumatizado inestable**

**Paciente con choque hemorrágico independientemente de la causa desencadenante en base a los siguientes criterios:**

- a) Hemorragia calculada a una velocidad de >150 mL/min, que causa pérdida de más del 35% del volumen sanguíneo en un lapso de 24 horas, llevando a colapso vascular.
- b) Requerimiento de >5 concentrados de eritrocitos por pérdida hemática en 1 hora. (Solo aplica en adultos)
- c) Reemplazo de 50% del volumen sanguíneo en 3 horas.

COPIA NO CONTROLADA

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO TRANSFUSION DE URGENCIA</b>               | Código: IT-IS-BS-38   |
|   | <b>DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | Página 11 de 11<br>Fecha de Revisión:<br>Septiembre 2019<br>Versión vigente: 01 |

**7. Control de Cambios:**

| Revisión | Fecha           | Motivo                         |
|----------|-----------------|--------------------------------|
| 0        | Julio 2018      | Alta de la Instrucción         |
| 01       | Septiembre 2019 | Revisión y actualización anual |

COPIA NO CONTROLADA