

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

**MANUAL DE PROCESOS REALIZAR GESTIONES
DE BANCO DE SANGRE**

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

FEBRERO 2020



Contenido

1	PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL MANUAL	2
2	HOJA DE APROBACIÓN	2
3	MARCO LEGAL Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	3
4	VIGENCIA.....	3
5	ESTRUCTURA DEL PROCESO	4
6	FICHA DEL PROCESO.....	4
7	FICHA DE RIESGO	6
8	FICHA DE INDICADORES DE GESTION	9
10	NORMAS GENERALES DEL PROCESO	20
11	LISTADO DE PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS.....	20
11.1	Recibir y seleccionar donantes	21
11.1.1	Normas del procedimiento	21
11.1.2	Diagrama de flujo	22
11.2	Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos.....	23
11.2.1	Normas del procedimiento	23
11.2.2	Diagrama de flujo	25
11.3	Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos	26
11.3.1	Normas del procedimiento	26
11.3.2	Diagrama de flujo	28
12	REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	29



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

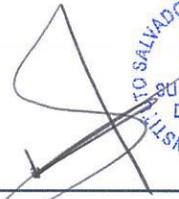
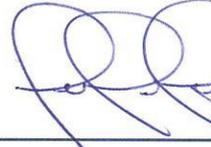
DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD



1 PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL MANUAL

NOMBRE	DEPENDENCIA
Licda. Alba Estela Buruca de Ochoa	Jefe de Banco de Sangre HMQ Oncológico
Licda. Claudia Elena Surio	Jefe Servicio de Transfusión Hospital General
Licda. Lorena Cecilia Soto	Técnico en Laboratorio Clínico Hospital General
Licda. Lorena Morales de Elizondo	Jefe de Sección laboratorio Clínico Hospital Policlínico Zacamil
Licda. Milagro E. Melgar	Jefe de Laboratorio Clínico Hospital 1° de Mayo
Licda. Lorena Esmeralda Martínez	Técnico en Laboratorio Clínico Hospital Regional de Sonsonate
Licda. Escarly E. Coca	Técnico en Laboratorio Clínico Hospital San Miguel
Lic. Nelson Martínez Cerna	Colaborador Técnico en Salud I Departamento Gestión Administrativa de los Servicios de Salud
Dra. Lucia L. Díaz	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. Salomón Blanco	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. William Sosa Díaz	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Manual de Proceso y Ficha de Riesgos elaborados por:	
Licda. Ruth Cecibel Recinos	Analista de Desarrollo Institucional
Ing. Jorge A. Baires	Analista de Desarrollo Institucional
Ficha de Riesgos de Indicadores elaborada por:	
Ing. Nelson Ayala	Analista de Desarrollo Institucional

2 HOJA DE APROBACIÓN

 	 	 
Licda. Renata Vásquez Jefe de Departamento Gestión de Calidad Institucional	Dr. Andrés A. Zimmermann Mejía Subdirector de Salud	Dr. Carlos E. Flamenco Rodríguez Jefe Unidad de Desarrollo Institucional
Revisó	Autorizó	Oficializó



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

3 MARCO LEGAL Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- LEY DEL SEGURO SOCIAL
- LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA EL ISSS MAYO 2014
 - ✓ **CAPÍTULO PRELIMINAR REGLAMENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS**
 - Definición del Sistema de Control Interno Art.2
 - Objetivos del Sistema de Control Interno Art.3
 - Responsables del Sistema de Control Interno Art.5
 - ✓ **CAPÍTULO III NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL**
 - Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos Art.42, 43, 44, 45
 - Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación Art.46, 47
 - Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros Art. 48, 49
 - ✓ **CAPÍTULO V NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO**
 - Monitoreo Sobre la Marcha Art. 84
- DOCUMENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES:
 - ✓ Norma para la Disposición de la Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos en el ISSS.
 - ✓ Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología del ISSS
 - ✓ Norma para la Prevención de Infecciones Nosocomiales.
 - ✓ Norma de Sala de Operaciones

4 VIGENCIA

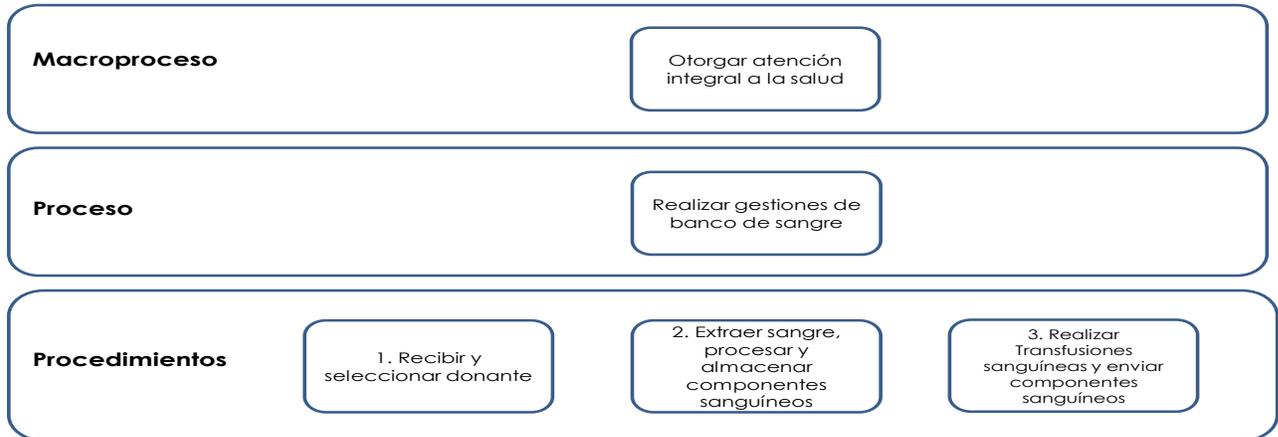
La presente actualización del Manual de Normas y Procedimientos de "Realizar Gestiones de Banco de Sangre" entrará en vigencia a partir de la fecha de su divulgación y sustituye a todos los documentos afines que han sido elaborados previamente.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

5 ESTRUCTURA DEL PROCESO



6 FICHA DEL PROCESO

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

Nombre	Realizar gestiones de banco de sangre
Objetivo	Realizar eficientemente la selección de donantes de sangre aptos para mantener existencias de sangre y componentes sanguíneos, a fin de cubrir la demanda de transfusiones sanguíneas a los pacientes hospitalizados que la requieran, haciendo buen manejo y distribución de los componentes sanguíneos recolectados de los donantes.
Alcance	Comprende desde la solicitud de donantes entregada al paciente hasta extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos.
Dueño / Propietario	Jefe de Banco de Sangre

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Proveedor	Entrada	Procedimientos	Salida	Usuario/Cliente
<ul style="list-style-type: none"> - Donante altruista - Donante de reposición 	<ul style="list-style-type: none"> - DUI - Solicitud de donantes de sangre - Pasaporte 	Recibir y seleccionar donantes	<ul style="list-style-type: none"> - Donante apto para donar - Donante no apto - Viñetas de identificación de la donación - Registro en sistema de Banco de Sangre 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnico de Laboratorio Clínico encargado de la extracción - Bancos de Sangre
<ul style="list-style-type: none"> - Técnico de Laboratorio Clínico encargado de la selección de donantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Viñetas de identificación de la donación - Bolsa recolectora - Tubos primarios para pruebas - Donante seleccionado 	Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos	<ul style="list-style-type: none"> - Pruebas validadas - Componentes sanguíneos saludables - Registro en sistema de Banco de Sangre 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transfusión - Paciente que requiera transfusión
<ul style="list-style-type: none"> - Banco de Sangre - Servicios hospitalarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra del paciente - Solicitud de Transfusión - Solicitud y Control de Transfusión 	Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente Transfundido - Informe Transfusional - Registro en sistema de la trazabilidad del componente sanguíneo 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Hospitalarios - Banco de Sangre



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

	<ul style="list-style-type: none">- Componente Sanguíneo disponible- Solicitud de transferencia de componentes sanguíneos			
--	--	--	--	--

CONTROL DEL PROCESO

Puntos de control	Procedimiento Recibir y seleccionar donantes N. 2 Identifica al donante, ingresa datos a sistema y genera Ficha del Donante N.8 Llama al donante, realiza entrevista clínica y la registra en sistema de banco de sangre
	Procedimiento Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos N. 2 Llama e identifica al donante, le brinda indicaciones para la extracción N.8 Revisa y valida resultados de las pruebas inmunoserológicas, imprime las etiquetas N.9 N.12 Ubica y revisa las unidades colectadas almacenadas en "No Disponible"
	Procedimiento Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos N.4 Revisa los datos del demográficos y de laboratorio del paciente y la muestra N.8 El llenado del informe transfusional es de estricto cumplimiento para todo el personal involucrado

EVIDENCIAS DEL PROCESO

Registros	Procedimiento Recibir y seleccionar donantes R1 Ficha del donante R2 Etiquetas
	Procedimiento Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos R1 Revisa resultados de pruebas R2 Etiquetas
	Procedimiento Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos N/A

EVIDENCIAS DEL PROCESO

Documentos	Procedimiento Recibir y seleccionar donantes D1 DUI D2 Solicitud de donantes
	Procedimiento Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos N/A
	Procedimiento Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos D1 Solicitud de componentes sanguíneos D2 Solicitud de transfusión

RECURSOS MÍNIMOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO

Recursos y Tecnología

Tipo	Responsable
Equipo informático (PC, impresora) Teléfono, Sistema de banco de sangre	Jefe de Banco de Sangre
Equipo médico para la atención	Jefe de Banco de Sangre

Personas

Técnico de Laboratorio Clínico
Médicos generales y especialistas
Enfermeras generales, Enfermeras con especialidad, Auxiliares de Enfermería
Recepcionistas, Colaboradores Clínicos, Secretarías
Auxiliares de servicio



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

7 FICHA DE RIESGO

FICHA DE RIESGO DE PROCESO		COD. FR-S-002	
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			
Proceso/ Subproceso	Servicio de transfusión y banco de sangre		
Objetivo	Realizar eficientemente la selección de donantes de sangre aptos para mantener existencias de sangre y componentes sanguíneos a fin de cubrir la demanda de transfusiones sanguíneas a los pacientes hospitalizados que la requieran, haciendo buen manejo y distribución de los componentes sanguíneos recolectados de los donantes.		
Causas	Riesgo	Descripción	Consecuencia Potencial
<ul style="list-style-type: none"> Falta de personal para preparación de donantes Falta de equipo médico adecuado 	<p>Omitir toma de signos vitales en preparación de donantes previo a la donación</p>	<p>La omisión de la tomada de signos vitales en la preparación del donante, está determinada por la creciente solicitud de donantes, falta de Personal y el equipo médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Descompensación del donante en la extracción Posible demanda a la institución por incumplimiento de la normativa
<ul style="list-style-type: none"> Falta de personal para enviar a las campañas de donación Incumplimiento en el requisito de donantes de reposición Indicaciones médicas inadecuadas de las solicitudes de componentes sanguíneos Aumento de patologías y traumas que requieren transfusiones Falta de donantes altruistas 	<p>Desabastecimiento de componentes sanguíneos</p>	<p>La falta de personal, el incumplimiento en el requisito de donantes de reposición, las inadecuadas indicaciones médicas de las solicitudes de componentes sanguíneos, el incremento en las patologías y traumas que requieren transfusiones y la falta de donantes altruistas influyen en el desabastecimiento de componentes sanguíneos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión de cirugías Incumplimiento de indicaciones médicas Complicación del estado de salud del paciente que requiera transfusión Deterioro de la imagen institucional (posibles demandas) Fallecimiento del paciente
<ul style="list-style-type: none"> Incorrecta realización de entrevista al donante Evaluación incorrecta de resultados de laboratorios Que los donantes omitan o nos des información falsa Falta de capacitación al personal encargado de la selección 	<p>Clasificación incorrectamente de un donante</p>	<p>La clasificación incorrecta de un donante se deriva de la incorrecta realización de la entrevista y evaluación de los resultados de laboratorio, la falta de capacitación del personal encargado de la selección de donantes y la información falsa o incompleta proporcionada por los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el gastos institucionales en la realización de pruebas a un donante mal seleccionado Incremento en el índice de infecciones Incremento en el índice de unidades descartadas por no encontrarse aptos para transfundir Aumento en la carga laboral para extraer, procesar y analizar unidades de donantes no aptos Posible transmisión de enfermedades en pacientes transfundidos



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento a las normas de almacenamiento y traslado de componentes • Falta de equipo adecuado para almacenar y trasladar componentes • Incumplimiento de protocolo en la preparación para traslado de componentes sanguíneos • Indicaciones médicas inadecuadas de las solicitudes de componentes sanguíneos • Notificación inoportuna de nuevas indicaciones médicas por el personal de enfermería 	<p>Perdida de cadena de frío en el procesamiento, almacenamiento y traslado de componentes sanguíneos</p>	<p>El incumplimiento a los protocolos de preparación para el traslado y a las normas de almacenamiento y traslado de componentes sanguíneos, la falta de equipo adecuado para almacenar y trasladar componentes y la notificación inoportuna de cambio de indicaciones medicadas a los pacientes a transfundir provoca pérdida de la cadena de frío en el procesamiento, almacenamiento y traslado de los componentes sanguíneos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perdida de componentes sanguíneos • Disminución en las existencias • Aumento en gasto institucional por la pérdida de los componentes
--	--	--	---

ANÁLISIS DE RIESGO INHERENTE

Probabilidad:	Impacto:	PROBABILIDAD	IMPACTO			Zona de riesgo aceptable. Asumir el riesgo	Zona de riesgo tolerable. Asumir el riesgo; Reducir	Zona de riesgo moderado. Reducir; Evitar
			Baja	Medio	Alto			
			Baja	Medio	Alto			
Baja (1) Media (2) Alta (3)	Baja (1) Medio (2) Alto (3)		1	2	3	Zona de riesgo tolerable (50%). Reducir el riesgo; Compartir	Zona de riesgo moderado. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar
			2	4	6	Zona de riesgo moderado (+50%). Reducir el riesgo; Compartir	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar	Zona de riesgo inaceptable. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Resultado	Zona de riesgo
Omitir toma de signos vitales en preparación de donantes previo a la donación	3	2	6	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar
Desabastecimiento de componentes sanguíneos	2	3	6	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar
Clasificación incorrectamente un donante	1	3	3	Zona de riesgo moderado. Reducir; Evitar
Perdida de cadena de frío en el procesamiento, almacenamiento y traslado de componentes	2	3	6	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

ACCIONES DE CONTINGENCIA			
Riesgo	Acciones de mejora	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Omitir toma de signos vitales en preparación de donantes previo a la donación	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar asignación de personal técnico para banco de sangre Solicitud de apoyo personal de enfermería para realizar preparación a los donantes Solicitud de abastecimiento de equipo digital para toma de signos vitales 	Fecha de entrada en vigencia del MNP	8 meses
Desabastecimiento de componentes sanguíneos	<ul style="list-style-type: none"> Convenios de aprovisionamiento de componentes sanguíneos con otros Bancos de Sangre Convenios con empresas para realizar compañías de donaciones altruistas Solicitud de recurso humano para realizar campañas de donaciones móviles. Cumplimiento de la normativa de donantes de reposición Campañas de publicidad de donantes altruistas y sensibilización a los donantes Capacitación al personal médico para la correcta indicación de componentes sanguíneos 	Fecha de entrada en vigencia del MNP	8 meses
Clasificación incorrectamente de un donante	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación al personal que realiza la selección Registro de donantes diferidos Cumplimiento de normas y procedimientos de selección de donantes Sensibilización los donantes de reposición 	Fecha de entrada en vigencia del MNP	6 meses
Perdida de cadena de frío en el procesamiento, almacenamiento y traslado de componentes	<ul style="list-style-type: none"> Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de almacenamiento Gestionar adquisición de equipo adecuado para el traslado de componentes sanguíneos Capacitación al personal médico para la correcta solicitud de componentes sanguíneos Verificación del estricto cumplimiento de protocolo de preparación de componentes sanguíneos Solicitud a personal de enfermería la notificación inmediata del cambio de indicaciones de transfusión de componentes 	Fecha de entrada en vigencia del MNP	6 meses
Observaciones	Las fechas de inicio y terminación de las acciones de contingencia fueron propuestas por el personal que participó en la elaboración e identificación de los riesgos; sin embargo su puesta en marcha dependerá de las autoridades competentes (Dirección General y Subdirección de Salud)		



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

8 FICHA DE INDICADORES DE GESTION

FICHA DE INDICADOR DEL PROCESO		CÓD: FI-S-002
Proceso:	BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	
Clasificación:	Responsable del proceso:	
Soporte	Jefe de Servicio	
Fecha de elaboración:	Versión:	
10/10/2019	1.0	

PERFIL DEL INDICADOR	
Nombre:	1. TIEMPO DE ESPERA PROMEDIO EN LA ATENCIÓN AL DONANTE
Objetivo:	Medir el tiempo que el donante espera para realizar su donación de sangre
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR	
Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Minutos	Calidad
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Sumatoria de los tiempos de espera en la atención de al menos 70 Donantes en un mes calendario)}}{\text{(Cantidad de Donantes observados en el mes calendario)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	
Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Diaria	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Ficha del Donante	Hoja de Cálculo Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA		
Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 120 minutos	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 120 minutos y hasta 150 minutos	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 150 minutos	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	2. PROMEDIO DIARIO DE DONANTES RECIBIDOS
Objetivo:	Determinar el promedio diario de donantes para que reciban atención adecuada
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Donantes	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Sumatoria de la cantidad de donantes recibidos en el mes)}}{\text{(número de días hábiles del mes)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 70 y 75 Donantes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 65 y 69 Donantes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 65 Donantes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

Nota: El criterio de desempeño de este indicador es aplicable al Banco de Sangre nivel A, el cual debe ajustarse a Bancos de Sangre nivel B según sea su capacidad instalada.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	3. PORCENTAJE DE DONANTES ACEPTADOS EN EL MES
Objetivo:	Medir el porcentaje de donantes aptos para realizar la donación
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Donantes	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de donantes aceptados en el mes)}}{\text{(Cantidad de donantes recibidos en el mes)}} * 100$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Hoja de Cálculo Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 80% y 100% de Donantes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 60% y 79% de Donantes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 60% de Donantes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

Nota: El criterio de desempeño de este indicador es aplicable al Banco de Sangre nivel A, el cual debe ajustarse a Bancos de Sangre nivel B según sea su capacidad instalada.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	4. PROMEDIO DIARIO DE SANGRÍAS DE DONANTES REALIZADAS
Objetivo:	Determinar el promedio diario de sangrías de donantes realizadas
Responsable:	Jefe de servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Sangrías	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de sangrías realizadas en el mes)}}{\text{(número de días hábiles del mes)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 55 y 60 Sangrías	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 50 y 54 Sangrías	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 50 Sangrías	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

Nota: El criterio de desempeño de este indicador es aplicable al Banco de Sangre nivel A, el cual debe ajustarse a Bancos de Sangre nivel B según sea su capacidad instalada.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	5. PROMEDIO DIARIO DE SOLICITUDES PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS RECIBIDAS
Objetivo:	Determinar la demanda de solicitudes para transfusión de sangre y componentes sanguíneos recibidas
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Solicitudes para transfusión de sangre y componentes sanguíneos	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de solicitudes para transfusión de sangre y componentes sanguíneos recibidas en el mes calendario)}}{\text{(Número de días del mes calendario)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 20 y 25 Solicitudes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 15 y 19 Solicitudes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 15 Solicitudes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	6. PROMEDIO DIARIO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS REALIZADOS
Objetivo:	Determinar el promedio diario de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados en el mes calendario)}}{\text{(Número de días del mes calendario)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 30 y 50 Transfusiones	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 20 y 29 Transfusiones	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 20 Transfusiones	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	7. PORCENTAJE DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS REALIZADOS EN EL MES
Objetivo:	Medir el porcentaje de demanda satisfecha de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados en el mes
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos realizados en el mes)}}{\text{(Cantidad de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos solicitados en el mes)}} * 100$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Hoja de Cálculo Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 80% y 100% de Transfusiones	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 60% y 79% de Transfusiones	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 60% de Transfusiones	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	8. PORCENTAJE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS RECIBIDOS DE OTROS CENTROS DE ATENCIÓN EN EL MES
Objetivo:	Determinar el porcentaje de componentes sanguíneos recibidos de otros centros de atención con respecto a los solicitados en el mes
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Componentes Sanguíneos	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de componentes sanguíneos recibidos de otros centros de atención en el mes)}}{\text{(cantidad de componentes sanguíneos solicitados a otros centros de atención en el mes)}} * 100$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 80% y 100% de Componentes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 60% y 79% de Componentes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 60% de Componentes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	9. PORCENTAJE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENTREGADOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN EN EL MES
Objetivo:	Medir el porcentaje de demanda satisfecha de componentes sanguíneos entregados a otros centros de atención en el mes
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Componentes Sanguíneos	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de componentes sanguíneos entregados a otros centros de atención en el mes)}}{\text{(Cantidad de componentes sanguíneos solicitados de otros centros de atención en el mes)}} \times 100$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Entre 80% y 100% de Componentes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 60% y 79% de Componentes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 60% de Componentes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	10. PROMEDIO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS OBTENIDOS POR UNIDAD DE SANGRE TOTAL EN EL MES
Objetivo:	Determinar el promedio aproximado de componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento por unidad de sangre total en el mes
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Componentes sanguíneos por unidad de sangre total	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Cantidad de componentes sanguíneos obtenidos en el mes)}}{\text{(Cantidad de unidades de sangre total colectadas en el mes)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Gestión de Banco de Sangre	Sistema de Gestión de Banco de Sangre
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: = 3 Componentes	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: = 2 Componentes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: = 1 Componente	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	11. TIEMPO PROMEDIO PARA VALIDACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE TAMIZAJE
Objetivo:	Medir el tiempo de respuesta para procesamiento, validación y liberación de resultados de pruebas de tamizaje
Responsable:	Jefe de Servicio
Reportado a:	Jefe de Laboratorio Clínico

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Días hábiles	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{(Sumatoria de los tiempos de espera para la entrega de resultados de al menos 70 pruebas de tamizaje observadas en el mes)}}{\text{(Cantidad de pruebas de tamizaje observadas en el mes)}}$	
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Diaria	Trimestral
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Solicitudes de Pruebas de Tamizaje	Hoja de Cálculo Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Gestor de Calidad	Gestor de Calidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 3 días hábiles	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 4 y 7 días hábiles	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 7 días hábiles	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

9 NORMAS GENERALES DEL PROCESO

1. El Jefe o Encargado de Banco de Sangre deberá verificar que se cumplan con los procesos adecuados según normas vigentes (Norma disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos en el ISSS).
2. El Técnico de Banco de Sangre deberá verificar a diario la existencia física de sangre. Cualquier diferencia entre el control de bolsas de sangre y la existencia física de sangre deberá ser informada al Jefe o Encargado del Banco de Sangre inmediatamente para que efectúe las investigaciones del caso.
3. El Jefe o Encargado del Banco de Sangre en coordinación con Trabajo Social o Epidemiología, deberán notificar a los donantes los resultados de las pruebas que resulten positivas.
4. Se realizarán campañas de donación móviles de donantes altruistas las ocasiones que sean necesarias, que las instituciones lo soliciten y que existan las condiciones para realizarlas.
5. El procedimiento de Sangría Terapéutica deberá realizarse únicamente con indicación médica, dentro del banco de sangre o en hospitalización. La sangre extraída deberá ser desechada según protocolo de bioseguridad.
6. Para el procedimiento de plaquetoféresis, se requiere que el donante previo a la donación se le realicen las pruebas obligatorias inmunohematológicas e inmunoserológicas, si el donante se encontrara apto, se cita para la donación.
7. Para realizar el procedimiento de plasmaféresis se requiere indicación del hematólogo y que al paciente se le realicen los exámenes de laboratorio establecidos en el protocolo.
8. Para el procedimiento exanguinotransfusión se requiere indicación médica, se deberá realizar las pruebas de compatibilidad y la reconstitución de la unidad requerida.

10 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS

- 8.1 Recibir y seleccionar donantes
- 8.2 Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos
- 8.3 Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos



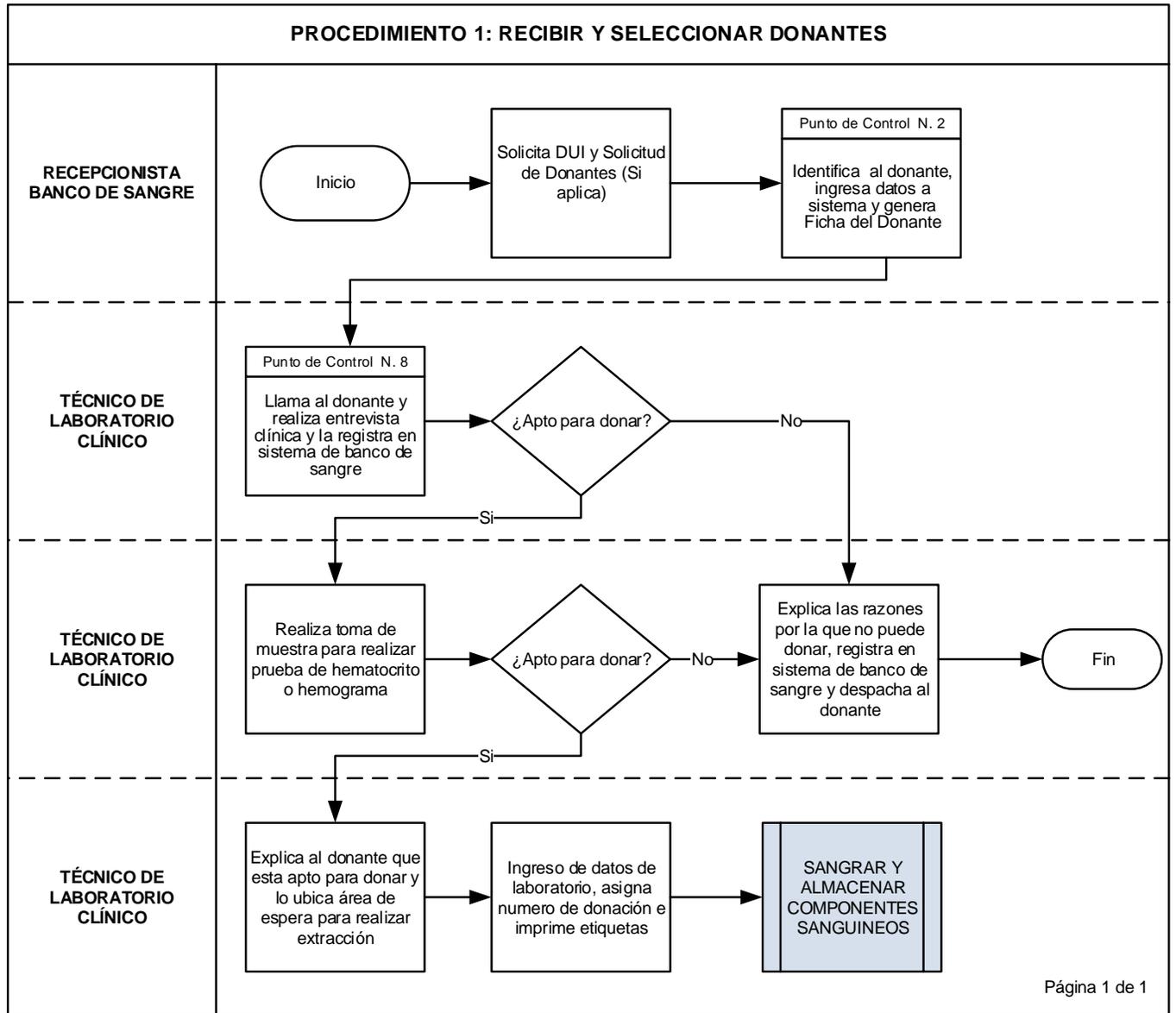
10.1 Recibir y seleccionar donantes

10.1.1 Normas del procedimiento

1. El donante de reposición deberá presentar Documento Único de Identidad (DUI) en buen estado y solicitud de donantes, en caso de no presentarla puede solicitarla en Trabajo Social. El donante altruista deberá presentar solamente DUI. En el caso de donantes extranjeros se solicitará el pasaporte o carnet de residente.
2. Los datos indispensables del donante a registrar en el sistema son: Nombre completo, dirección, teléfonos, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, profesión u oficio, si es asegurado registrar el número de afiliación.
3. En el caso de donantes de reposición deberá registrarse el nombre completo del paciente al que se está donando, parentesco, sexo, número de afiliación.
4. Recepción deberá dar prioridad al donante altruista sobre los donantes de reposición.
5. En el caso que al recibir los documentos del donante, aparezca en el sistema rechazado, recepción deberá pasar al donante inmediatamente con el Técnico de Laboratorio Clínico encargado de la selección para que este verifique la razón del rechazo y brinde la información pertinente.
6. El Técnico de Laboratorio Clínico encargado de la selección deberá evaluar para donantes extranjeros el tiempo de estadía, el lugar de procedencia y su epidemiología para continuar el proceso.
7. En el caso que se detecte que el donante será remunerado por su donación, deberá ser rechazado y registrado en el sistema.
8. El Técnico de Laboratorio Clínico encargado de la selección deberá realizar la entrevista clínica completa al donante, debiendo solicitar la firma del consentimiento informado.
9. Si el donante cumple con la evaluación realizada en la entrevista clínica se realizará toma de muestra para hematocrito o hemograma. Si cumple con los parámetros establecidos se califica como apto. /1 Normas nacionales e internacionales de selección de donantes.



10.1.2 Diagrama de flujo





10.2 Extraer sangre, procesar y almacenar componentes sanguíneos

10.2.1 Normas del procedimiento

1. El Técnico de Laboratorio Clínico deberá preparar los insumos y el equipo completo para la extracción.
2. El Técnico de Laboratorio Clínico deberá identificar al donante con ficha de entrevista y DUI u otro documento (si aplica).
3. La bolsa recolectora de sangre y tubos primarios para las pruebas inmunohematológicas e inmunoserológicas deberá identificarse con la etiqueta del número de la donación.
4. El Técnico de Laboratorio Clínico al finalizar la extracción deberá completar los datos requeridos en la ficha de entrevista y registrarlos en el sistema, de igual manera registrará las reacciones adversas durante y posteriormente a la donación.
5. El Técnico de Laboratorio Clínico deberá realizar el proceso de fraccionamiento de la sangre total para la obtención de los componentes sanguíneos, almacenarlos y debiendo registrar en la ficha del donante y en el sistema de banco de sangre los componentes sanguíneos obtenidos.
6. El Técnico de Laboratorio Clínico descartará la o las unidades que no cumplan con los estándares de calidad (volumen, color, aspecto, bolsa con desperfectos) y deberá registrar en el sistema de banco de sangre el motivo del descarte.
7. Los bancos de sangre regionales que envían las muestras para realizar pruebas inmunoserológicas al banco de sangre de referencia deberán enviarlas con boletín de remisión y cumpliendo con la respectiva identificación, el embalaje y la cadena de frío.
8. El Técnico de Laboratorio Clínico deberá revisar y validar los resultados de las pruebas inmunohematológicas e inmunoserológicas y determinará la disponibilidad de las unidades colectadas, almacenándolas en los equipos correspondientes.
9. Las unidades deberán almacenarse respetando los siguientes criterios:
 - Tipo de componente sanguíneo
 - Grupo sanguíneo y RH
 - Fecha de caducidad
 - Número correlativo de unidad
 - Temperatura de almacenamiento requerida
10. Las unidades con resultados discrepantes o anormales en las pruebas inmunohematológicas, deberán realizárseles los procesos normados según la literatura de inmunohematológicas, en caso que se confirmen los resultados discrepantes o anormales se registran en el sistema y se realiza descarte de los componentes sanguíneos.



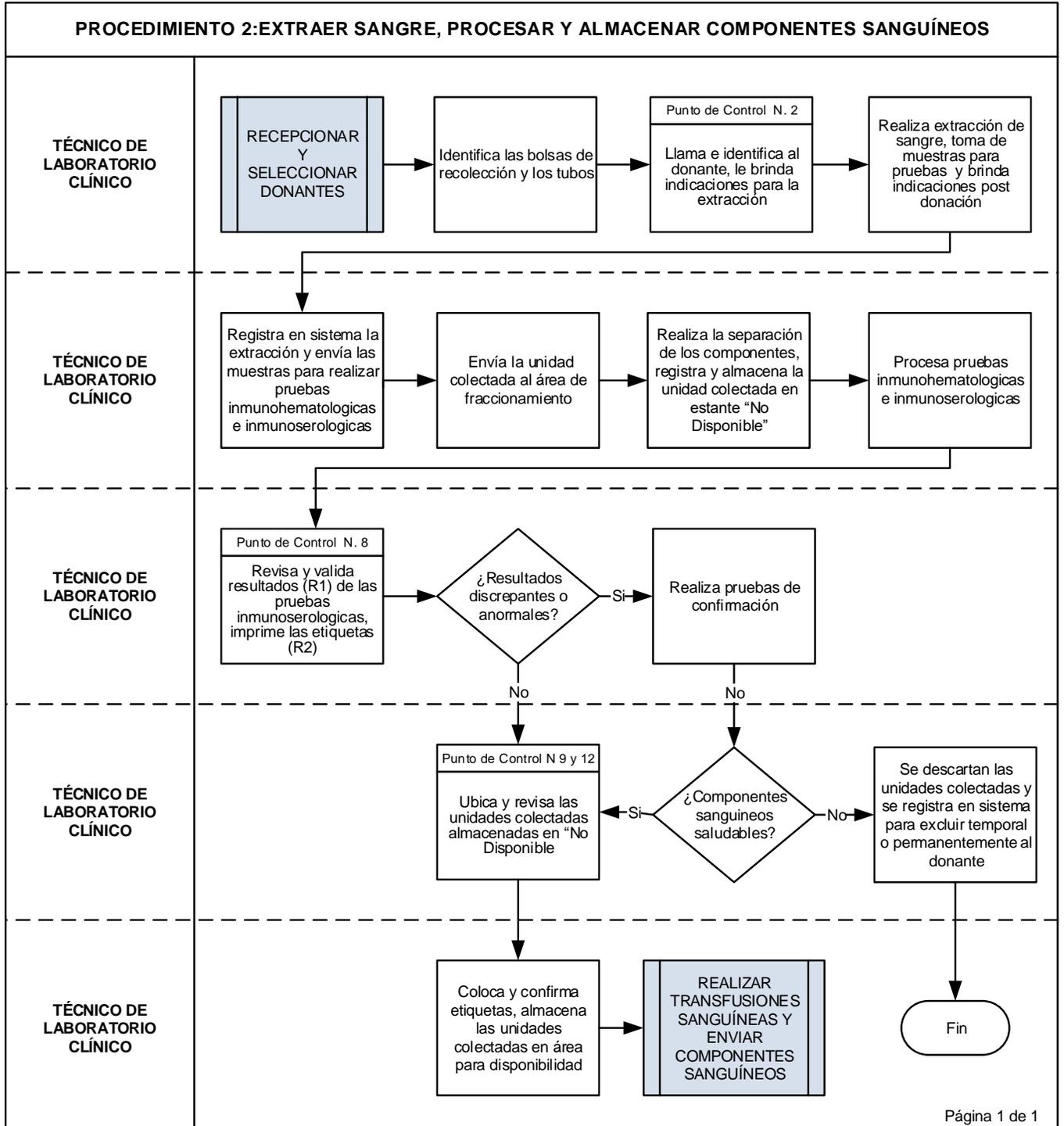
NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

11. Las unidades con resultados positivos en las pruebas inmunoserológicas deberán realizárseles una prueba de confirmación, en caso que se confirmen el resultado positivo o no concluyente se registran en el sistema de banco de sangre y se realiza descarte de los componentes sanguíneos.
12. Las unidades a descartar deberá registrarse en el sistema de banco de sangre el motivo de descarte y depositarse en los contenedores correspondientes para su disposición final por el personal responsable.



10.2.2 Diagrama de flujo





NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

10.3 Realizar transfusiones sanguíneas y enviar componentes sanguíneos

10.3.1 Normas del procedimiento

1. El abastecimiento de los componentes sanguíneos del área metropolitana deberá ser coordinada por el banco de sangre central, de igual manera se brindará el apoyo de los bancos de sangre regionales y viceversa.
2. El traslado y almacenamiento de los componentes sanguíneos deberá ser coordinada por el centro solicitante y se realizar cumpliendo los siguientes criterios:
 - Contenedor adecuado que conserve la temperatura de traslado del componente sanguíneo solicitado.
 - Que sean trasladados oportuna y directamente al centro solicitante.
 - El centro que recibe el componente sanguíneo deberá ingresarlo al sistema de banco de sangre y almacenarlo inmediatamente en el equipo correspondiente.
3. En caso de desabastecimiento del banco de sangre central se podrá hacer uso del convenio existente entre el ISSS y Cruz Roja.
4. El Técnico de Laboratorio Clínico al recibir la solicitud de transfusión, deberá verificar que cumpla con los datos demográficos y de Laboratorio del paciente establecido en el formulario de Solicitud de Transfusión y Solicitud y Control de Transfusión.
5. El Técnico de Laboratorio Clínico transfundirá a los pacientes encamados y hospitalizados excepto en servicios donde se encuentren pacientes con tratamientos inmunosupresores, con protocolos de esterilidad, en los servicios donde el riesgo de contaminación y condición clínica del paciente lo ameriten. (Sala de operaciones, unidad de recuperación, hemodiálisis, diálisis peritoneal, neonatología (UCIN y Unidad de Cuidados intermedios) y pediatría), pacientes post quirúrgicos de cardiología y trasplante renal.
6. En los pacientes en quienes se dificulte el abordaje del acceso venoso se requerirá la coordinación tanto del personal de banco de sangre como del personal de enfermería.
7. Para los servicios en donde no se transfunde, se realizará la entrega de los componentes a la persona que designe dicho servicio, debiendo esta verificar y firmar de recibido en el Informe de Control Transfusional.
8. La verificación y el llenado del Informe de Control Transfusional deberá ser de estricto cumplimiento por el personal involucrado: Técnico de Laboratorio, personal de enfermería y personal médico de acuerdo al apartado que le corresponda.
9. En cumplimiento a las Normas Internacionales de Hemovigilancia, el personal de enfermería al finalizar la transfusión deberá devolver la bolsa del componente sanguíneo y el Informe de Control Transfusional al Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.



NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

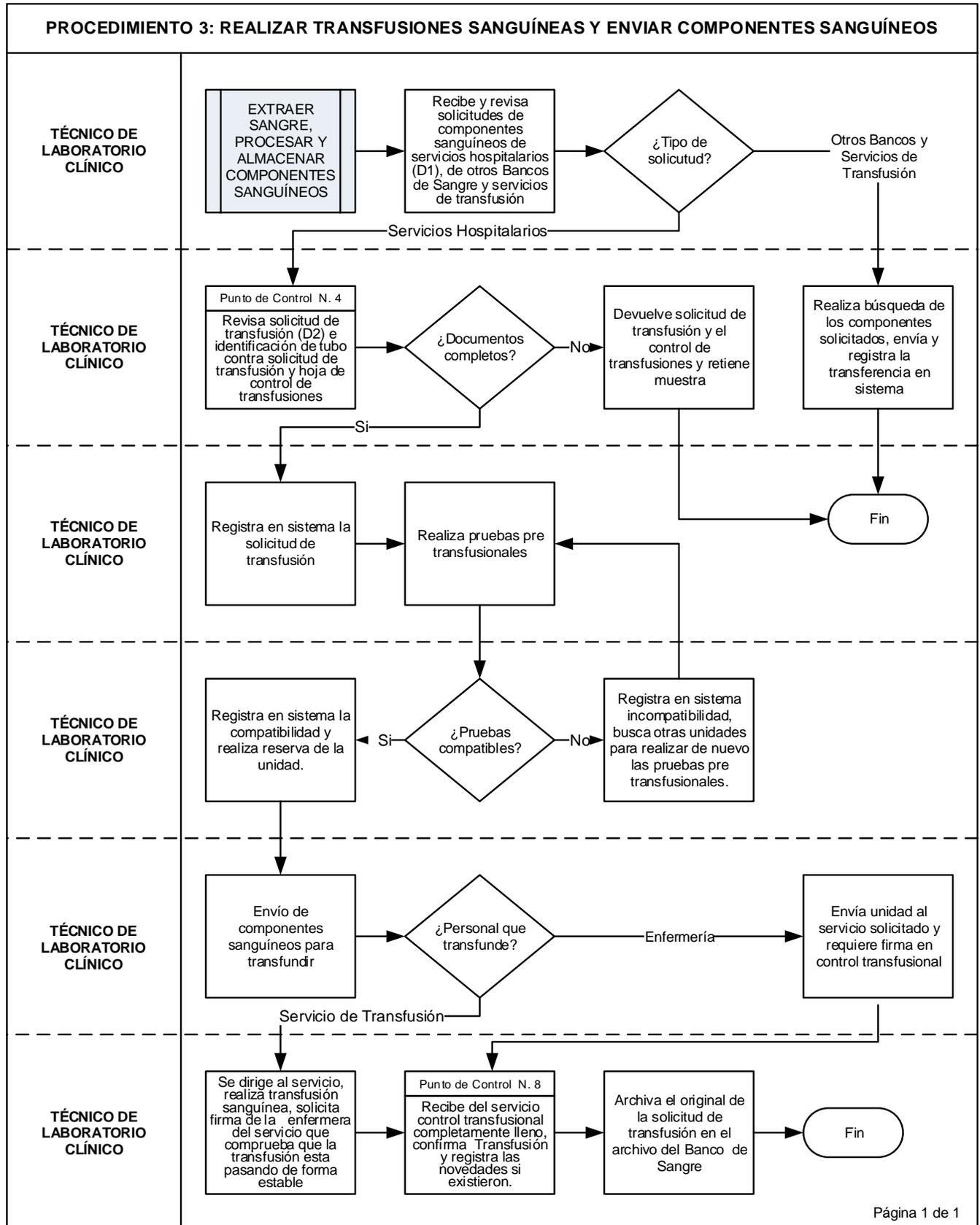
DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

10. En caso que el paciente sea trasladado del centro de atención donde se originó la transfusión a otro centro, el Banco de Sangre o Servicio de Transfusión a donde llegue el paciente deberá confirmar la transfusión.

11. En caso de pacientes de emergencia que sean trasladados con más de un componente sanguíneo, los hemoderivados pendientes de aplicar deberán trasladarse en condiciones de bioseguridad y temperatura establecidos en los estándares de banco de sangre y el personal de enfermería del centro de atención que recibe al paciente y los componentes sanguíneos, deberán trasladar al banco de sangre o servicio de transfusión a la mayor brevedad posible los componentes que no serán utilizados para su resguardo.



10.3.2 Diagrama de flujo





NOMBRE DEL PROCESO: REALIZAR GESTIONES DE BANCO DE SANGRE

DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN DE SALUD

11 REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

VERSIÓN 2.0

CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Solicitado por	Elaborado por	Autorizado por
Acuerdo D. G. N° 2003-05-0859	Depto. Desarrollo Institucional	Encargado Proceso Centros de Atención ISSS
Fecha: Mayo 2003	Fecha: Noviembre 2003	Fecha: Noviembre 2003

REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por	VERSIÓN
División de Desarrollo y Desarrollo Planificación Institucional	Depto. Desarrollo Institucional	Dr. Guillermo González García	1.0
Fecha: Julio 2007	Fecha: Abril 2008	Fecha: Abril 2008	

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por	VERSIÓN
Subdirección de Salud	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos	Dr. Andres Zimmermann	2.0
Fecha: Marzo 2019	Fecha: Febrero 2020	Fecha: Enero 2020	

MODIFICACIÓN: Se actualiza las normas y los procedimientos del proceso Realizar gestiones de banco de sangre de los Manuales de Unidades Médicas y Hospitales año 2008 quedando sin efecto estos documentos. Además se incluye ficha de proceso, ficha de riesgo y ficha de indicadores.