

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 1 de 12
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Fecha de Revisión: Septiembre 2019
		Versión vigente: 02

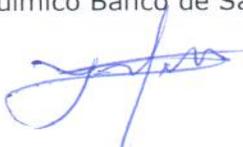
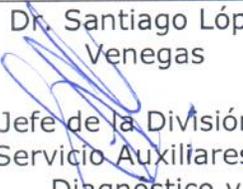
INDICE	Pág.
1.0 ALCANCE.....	01
2.0 DOCUMENTOS APLICABLES.....	01
3.0 DEFINICIONES.....	02
4.0 MATERIAL Y EQUIPO.....	02
5.0 DESARROLLO.....	02
6.0 ANEXOS.....	06
7.0 CONTROL DE CAMBIOS.....	12

1. Alcance:

Este método de trabajo aplica al proceso de solicitud 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 de Compatibilidad/ Prueba Cruzada
- IT-IS-BS-31 Instrucción de Trabajo Resolución Prueba Cruzada Incompatible
- IT-IS-BS-33 Instrucción De Trabajo Prueba de Coombs Indirecto e Identificación de Anticuerpos Dirigidos contra Antígenos Eritrocitarios.
- IT-IS-BS-34 Instrucción de Trabajo Entrega de Componentes Sanguíneos.
- IT-IS-BS-38 Instrucción de Trabajo Transfusión de Urgencia
- FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones
- FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes
- FT-IS-BS 05 Solicitud de intercambio interinstitucional.
- 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

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

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Página 2 de 12 Fecha de Revisión: Septiembre 2019 Versión vigente: 02

N/A Etiquetas de pruebas de compatibilidad.

N/A Etiqueta(s) de Solicitud Electrónica de Hemocomponentes

N/A Lista de Quirófanos

N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas o Verbales

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

Concentrado de eritrocitos leucodepletado (CEL): unidad de glóbulos rojos sometida a eliminación de leucocitos hasta una cifra igual o menor de un millón por unidad, desde su extracción mediante aféresis o mediante técnicas de filtrado.

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 de cómputo

Rollo de etiquetas

5. Desarrollo:

No.	Responsables	Descripción de la Actividad	
5.1	Químico/TLC de Ventanilla	Recibe solicitud de Hemocomponente y/o llamada del área de quirófanos y decide:	
		¿Solicitud de Quirófanos?	Entonces:
		SI	Anota en N/A Bitácora de Solicitudes de Hemocomponentes Telefónicas o Verbales (Anexo 4) Continúa en 5.2
	NO	Continúa en 5.4	
5.2	Químico/TLC de Ventanilla	Revisa en N/A Lista de Quirófanos Nombre del paciente, Grupo sanguíneo y resultado de rastreo de anticuerpos (cuando aplique). Localiza muestra y solicitud en gradilla de quirófanos:	
		¿Datos correctos, rastreo de	Entonces:

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 3 de 12
		Fecha de Revisión: Septiembre 2019
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Versión vigente: 02

		anticuerpos negativo y muestra adecuada?							
		SI	Continúa en 5.10						
		NO	<p>Avisa a médico coordinador, quirófanos y servicio tratante, que no hay unidades de concentrado de eritrocitos disponibles e informa y deriva al área de control de calidad para continuar su estudio y en caso de ausencia de personal en esta área, el personal de inmunohematología será el responsable del seguimiento del caso. Ver IT-IS-BS-33 Instrucción De Trabajo Prueba de Coombs Indirecto e Identificación de Anticuerpos Dirigidos contra Antígenos Eritrocitarios.</p> <p>Continua en 5.3</p>						
5.3	Médico coordinador/ Jefatura	Revisa caso junto con el equipo médico tratante y acuerdan acciones a tomar.							
5.4	Químico/TLC de Ventanilla	<p>Recibe FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones/ 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 y procede como sigue:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">¿Coinciden los datos?</td> <td style="text-align: center;">Entonces</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td>Continua en 5.5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td>Regresa documentación para correcciones pertinentes.</td> </tr> </table> <p>*NOTA: En caso de solicitarse concentrado de eritrocitos de urgencia ver IT-IS-BS-38 Instrucción de Trabajo Transfusión de Urgencia</p>		¿Coinciden los datos?	Entonces	SI	Continua en 5.5	NO	Regresa documentación para correcciones pertinentes.
¿Coinciden los datos?	Entonces								
SI	Continua en 5.5								
NO	Regresa documentación para correcciones pertinentes.								

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Página 4 de 12 Fecha de Revisión: Septiembre 2019 Versión vigente: 02

		Recibe muestra sanguínea del paciente (Ver anexo 1) y compara datos con la documentación;						
5.5	Químico/TLC de Ventanilla	<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Condiciones Óptimas de la Muestra sanguínea?</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td>Pasa a 5.7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td>Regresa documentación y retiene y/o desecha muestra. Informa al médico coordinador/Jefatura, pasa a 5.6</td> </tr> </tbody> </table>	¿Condiciones Óptimas de la Muestra sanguínea?	Entonces:	SI	Pasa a 5.7	NO	Regresa documentación y retiene y/o desecha muestra. Informa al médico coordinador/Jefatura, pasa a 5.6
		¿Condiciones Óptimas de la Muestra sanguínea?	Entonces:					
SI	Pasa a 5.7							
NO	Regresa documentación y retiene y/o desecha muestra. Informa al médico coordinador/Jefatura, pasa a 5.6							
5.6	Medico Coordinador/ Jefatura	Evalúa del caso junto con médico tratante y toma acciones dependiendo de la situación.						
5.7	Químico/TLC de Ventanilla	Clasifica de acuerdo al tipo de solicitud: <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de solicitud?</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones </td> <td> Sella 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 , anota hora de recepción, nombre de quien recibe y QX (Quirófanos) a un lado del sello y la regresa al solicitante, continua en 5.8 *NOTA: los horarios de recepción de muestras serán para el caso de cirugías del TM hasta las 03:00 am hrs y para el TV hasta las 10:00 am hrs. </td> </tr> <tr> <td> FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes </td> <td> Sella FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus </td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de solicitud?	Entonces:	FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones	Sella 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 , anota hora de recepción, nombre de quien recibe y QX (Quirófanos) a un lado del sello y la regresa al solicitante, continua en 5.8 *NOTA: los horarios de recepción de muestras serán para el caso de cirugías del TM hasta las 03:00 am hrs y para el TV hasta las 10:00 am hrs.	FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes	Sella FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus
		¿Tipo de solicitud?	Entonces:					
FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones	Sella 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 , anota hora de recepción, nombre de quien recibe y QX (Quirófanos) a un lado del sello y la regresa al solicitante, continua en 5.8 *NOTA: los horarios de recepción de muestras serán para el caso de cirugías del TM hasta las 03:00 am hrs y para el TV hasta las 10:00 am hrs.							
FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes	Sella FT-EC-BS-01 Carta Consentimiento Informado para Transfusiones de Sangre Humana y sus							

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Página 5 de 12 Fecha de Revisión: Septiembre 2019 Versión vigente: 02

			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, anota hora de revisión y nombre de quien revisa y la regresa al solicitante, Pasa a 5.9
5.8	Químico/TLC de Ventanilla	Procede de acuerdo al horario de programación quirúrgica:	
		¿Cirugía programada para el día siguiente?	Entonces:
		SI	Resguarda FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones junto con la muestra en gradilla de Quirófano para Cirugías Programadas, para realizar hemoclasificación y rastreo de anticuerpos (cuando aplique) en el turno nocturno, pasa a 5.10
		NO	Entrega muestra sanguínea y FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones o FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes, al químico del área de Pruebas de compatibilidad, para realizar hemoclasificación y rastreo de anticuerpos (cuando aplique), pasa a 5.10
5.9	Químico/TLC de Ventanilla	Conserva muestra sanguínea y FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes y los entrega al área de pruebas de compatibilidad.	
5.10	Químico/TLC de Pruebas de Compatibilidad	Recibe muestra y FT-IS-BS-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones o FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes. Realiza Hemoclasificación y rastreo de anticuerpos (cuando aplique), ver IT-IS-BS-29 Instrucción de Trabajo Hemoclasificación ABO Rh (D) y, IT-IS-BS-33 Instrucción De Trabajo Prueba de Coombs Indirecto e Identificación de Anticuerpos Dirigidos contra Antígenos Eritrocitarios.	

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 6 de 12
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Fecha de Revisión: Septiembre 2019
		Versión vigente: 02

5.11	Químico/TLC de Pruebas de Compatibilidad	Verifica si hay existencias suficientes y prioriza según anexo 6	
		¿Existencias suficientes?	Entonces:
		SI	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-03 Solicitud de hemocomponentes sala de operaciones/FT-IS-BS-04 Solicitud de hemocomponentes y en muestra (plasma del paciente). Ver IT IT-IS-BS-30 Instrucción de Trabajo Prueba de Compatibilidad/ Prueba Cruzada. En caso de paciente RN o NN ver anexo 5.
		NO	Informa a Jefatura/médico coordinador y pasa a 5.12
5.12	Medico Coordinador/ Jefatura	Sugiere opciones para la transfusión en orden de preferencia según el anexo 2 y 3, y en caso de ser necesario, solicita intercambio interinstitucional en FT-IS-BS 05 Solicitud de intercambio interinstitucional.	

6. Anexos:

Anexo 1. Requisitos para la recepción de muestras.

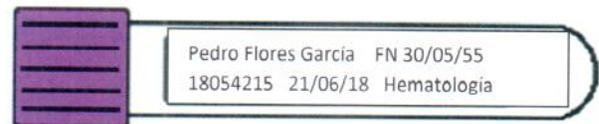
ACCION ESENCIAL PARA LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE
1. El personal debe de identificar al paciente con al menos dos identificadores que serán : a) Nombre completo b) Fecha de nacimiento (día, mes, año) Podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución y esta información la debe de 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 del solicitante, componentes solicitados y diagnósticos probables.
3. Se debe verificar que los datos de la etiqueta de los recipientes de las muestras biológicas coincidan con los datos de la solicitud. <i>En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato con el médico tratante y esperar indicaciones del mismo.</i>

Correcta rotulación de muestras:

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 7 de 12
DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Fecha de Revisión: Septiembre 2019	
	Versión vigente: 02	

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.

Anexo 2.



**INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE
CONCENTRADO DE ERITROCITOS**

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

Código: IT-IS-BS-27

Página 8 de 12

Fecha de Revisión:
Septiembre 2019

Versión vigente: 02

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
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

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.

Anexo 3.

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 9 de 12
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Fecha de Revisión: Septiembre 2019
		Versión vigente: 02

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.

Anexo 4



INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS

DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Código: IT-IS-BS-27

Página 10 de 12

Fecha de Revisión:
Septiembre 2019

Versión vigente: 02

ACCION ESENCIAL PARA RECEPCION DE ORDENES VERBALES O TELEFONICAS DE SOLICITUDES DE HEMOCOMPONENTES

1. Cuando se recibe una solicitud verbal o telefónica se debe anotar en bitácora los siguientes datos:
 - a) Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente
 - b) Nombre y cargo de la persona que emite la indicación u orden
 - c) Nombre completo de la persona que recibe la indicación u orden
 - d) Fecha y hora en la que se recibe la orden
 - e) Hemocomponentes solicitados
2. La persona que recibe la orden debe **escucharla** atentamente
3. La persona que recibe la orden debe **escribirla** en la bitácora
4. La persona que recibe la orden debe **leer** la orden a la persona que la emitió
5. La persona que emitió la orden debe **confirmar** que la orden es correcta

Anexo 5. Criterios estandarizados para captura en N/A Sistema Informático de pacientes Recién Nacidos (RN) y pacientes (NN).

The screenshot shows the 'Solicitud Componentes' application window. The interface includes a header with a barcode icon, a main form area, and a bottom section for data entry. Numbered callouts (1-12) point to the following fields:

- 1: ApPaterno (Last Name - Paternal)
- 2: ApMaterno (Last Name - Maternal)
- 3: Nombre (Name)
- 4: Edad (Age)
- 5: Sexo (Sex)
- 6: Hospital (Hospital - currently HOSPITAL CIVIL ANTIGUO)
- 7: Tipo de Servicio (Service Type)
- 8: Servicio (Service)
- 9: Diagnostico (Diagnosis)
- 10: Cama (Bed)
- 11: Piso (Floor)
- 12: Comentarios (Comments)

Below the form, there are buttons for 'Solicitud Datos' and 'Agregar'. At the bottom, there is a table header with columns: 'Cantidad', 'Descripción Fragmentación', and 'Eliminar'.



INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS

DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Código: IT-IS-BS-27

Página 11 de 12

Fecha de Revisión:
Septiembre 2019

Versión vigente: 02

No.	Concepto	Recién Nacido	Paciente NN
1	Apellido Paterno	Primer apellido	NN
2	Apellido Materno	Segundo Apellido, si solo cuenta con 1 apellido dejar espacio en blanco	Masculino/Femenino
3	Nombre	RN (Sin puntos ni diagonal), agregar 1 punto al final en caso de homologo	Registro hospitalario
4	Edad	Fecha de nacimiento y edad	Se utilizara de manera genérica la fecha de nacimiento: 01 de enero del año en curso.
5	Sexo	Masculino/Femenino	
6	Registro	Registro Hospitalario	
7	ABO	Grupo ABO/Rh (D)	
8	Servicio	Servicio tratante	
9	Diagnóstico	Diagnóstico actual según solicitud	
10	Cama	Cama asignada	
11	Piso	Sala o Piso	
12	Comentarios	Edad a la fecha de la prueba cruzada	Edad aproximada

Anexo 6

COPIA NO CONTROLADA
FT-IS-GC-01/Version 02

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO SOLICITUD DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS	Código: IT-IS-BS-27
		Página 12 de 12
	DIVISION DE SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Fecha de Revisión: Septiembre 2019
		Versión vigente: 02

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.

7. Control de Cambios:

Revisión	Fecha	Motivo
0	Abril 2016	Alta de la Instrucción
01	Julio 2018	Actualización en el proceso y términos.
02	Septiembre 2019	Revisión y actualización anual