



HOSPITAL GENERAL
DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE
GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS, OTROS
COMPONENTES SANGÜÍNEOS; Y HEMODERIVADOS.

COD. SMT

CREACIÓN: SEPT/2025

VIGENCIA: JULIO/2027

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADOS DE
GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS, OTROS COMPONENTES
SANGÜÍNEOS; Y HEMODERIVADOS.

2. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ANTONIO DE PADÚA

3. SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL – SAFETY TRANSFUSIONAL CENTER – STC

4. Número de Historia Clínica / Cédula del paciente: _____

5. Fecha: _____ 6. Hora: _____

7. Médico solicitante / Responsable del Procedimiento: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

8. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Hospitalización: _____

9. DIAGNÓSTICO (codificación CIE 10): _____

10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO: TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES
SANGÜÍNEOS

11. ¿EN QUÉ CONSISTE?

La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico, consiste en la administración de componentes y derivados sanguíneos, indicados exclusivamente por el médico tratante o solicitante, de acuerdo a la evaluación del estado clínico y parámetros de laboratorio del paciente. Es considerado como un trasplante de tejido.

Alternativas transfusionales

GRUPO RECEPTOR	CONCENTRADO DE ERITROCITOS			COMPONENTES PLASMÁTICOS		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°
O	O	NINGUNA	NINGUNA	O	AB	A o B
A	A	O	NINGUNA	A	AB	A criterio
B	B	O	NINGUNA	B	AB	A criterio
AB	AB	A o B	O	AB	A criterio	A criterio

12. ¿QUE SON LOS COMPONENTES Y DERIVADOS SANGÜÍNEOS?

Son los componentes de la sangre: lo constituyen los glóbulos rojos, leucocitos (sistema defensa del ser humano), plaquetas, factores de coagulación y plasma, que circulan por nuestros vasos sanguíneos (arterias y venas) permitiendo la absorción de nutrientes, transporte de oxígeno a nuestros órganos y tejidos y que participan, además, en la coagulación de la sangre. Se obtienen de una persona (Donante Voluntario de Sangre) idóneamente sano, es un producto biológico. Se administrarán al paciente (receptor), previa identificación del grupo sanguíneo y análisis clínicos que permitan el componente más adecuado para la mejora del estado de salud.

13. ¿CÓMO SE REALIZA?

Se canaliza un vaso venoso adecuado que permita el flujo de infusión de los componentes sanguíneos, a través de un catéter intravenoso. Acto exclusivo realizado por el Médico y/o personal de enfermería, habilitado legalmente para la práctica profesional; debe estar de acuerdo a las normas clínicas y éticas actualizadas. Una vez terminado el procedimiento de la transfusión sanguínea, se retira el dispositivo usado.

14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: De 2 – 4 horas, salvo situaciones emergentes.

	HOSPITAL GENERAL	COD. SMT
	DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	
	SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	CREACIÓN: SEPT/2025
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS, OTROS COMPONENTES SANGUÍNEOS; Y HEMODERIVADOS.	VIGENCIA: JULIO/2027

15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

- Concentrado de GLOBULOS ROJOS: Incrementan el número de glóbulos rojos que permitan el transporte del oxígeno hacia los tejidos y órganos del paciente.
- Concentrado PLAQUETARIO: Provee un número adecuado de plaquetas con funcionamiento normal, para prevenir o detener un sangrado activo.
- PLASMA FRESCO CONGELADO: Actúa como fuente de factores de la coagulación, contiene proteínas plasmáticas como la Albúmina. No debe utilizarse para incrementar los niveles de volemia ni como fuente nutricional.
- CRIOPRECIPITADO: Reponer componentes lábiles que también participan en la coagulación sanguínea.

16. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN



17. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):

El paciente que recibe alguno de los componentes sanguíneo puede desarrollar una reacción alérgica, el sistema de defensa del paciente receptor reconoce como extraño a dichos elementos, presentando:

- Fiebre: Aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal.
- Urticaria: Irritación de la piel, se presenta con enrojecimiento, picazón y ronchas.
- Irritación y enrojecimiento del sitio de punción.
- Sensibilización a antígenos: Desarrollo de una reacción llamada inmunológica al reconocer como extraños a los antígenos presentes en los componentes sanguíneos, provocando el desarrollo de anticuerpos específicos, ocasionando manifestaciones clínicas ante una nueva exposición.

18. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):

Entre los riesgos graves que puede desarrollar el paciente receptor son:

- Reacciones anafilácticas: Es una reacción alérgica grave, inicio rápido, el paciente presenta dificultad para respirar, náuseas, vómitos, desmayo y hasta la muerte; es de atención inmediata.
- Transmisión de enfermedades infecciosas, a pesar de que a las unidades de sangre a ser transfundidas, son sometidas a rigurosas pruebas especiales para la identificación de: V.I.H. (SIDA), Hepatitis B, Hepatitis C, Enfermedades de Chagas, Sífilis y en zonas endémicas Malaria; existe un mínimo de riesgo de adquirir estas enfermedades.
- La transmisión de enfermedades infecciosas tiene un riesgo menor a 1/60000 transfusiones, debido a lo que se conoce como periodo de ventana en el cual los agentes infecciosos no son detectables y por tanto se pueden transmitir mediante la transfusión.

19. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias religiosas, valores, etc.):

20. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:



**HOSPITAL GENERAL
DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA**

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE
GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS, OTROS
COMPONENTES SANGUÍNEOS; Y HEMODERIVADOS.**

COD. SMT

CREACIÓN: SEPT/2025

VIGENCIA: JULIO/2027

El paciente receptor tiene otras alternativas de tratamiento, que pueden ser consideradas dependiendo del estado de salud y/o gravedad de su condición.

Administración de eritropoyetina; es una hormona que estimula la producción de eritrocitos, utilizada comúnmente en pacientes con insuficiencia renal.

Administración de Hierro., se utiliza para las anemias provocadas por deficiencia de hierro.

Administración de factores de coagulación específicos (lío filizados) y otras proteínas plasmáticas (albúmina).

21. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:

El control de la transfusión de los componentes sanguíneos, se denomina Hemovigilancia; consiste en la evaluación, supervisión y ejecución de los procesos que involucran el transfundir un componente sanguíneo, para garantizar la calidad y seguridad del proceso terapéutico., están involucrado todo el personal de salud (Médico, Enfermeras: Personal del Servicio de Medicina transfusional y Comité).

22. CONSECUENCIAS PREVISIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

El choque hipovolémico es la consecuencia más previsible en caso de no realizarse el procedimiento propuesto, es cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo, provocando que los órganos dejen de funcionar.

**23. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS Y
OTROS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y HEMODERIVADOS. (ACEPTACIÓN)**

Fecha: _____ Hora: _____

"He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado/a de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno, sin que esta decisión afecte o perjudique el interés público ni los derechos de terceros."

He recibido respuesta a todas mis preguntas, recibiendo información clara y sencilla, tanto oral como por escrito acerca del procedimiento que el médico que me atiende sugiere realizar, comprendiendo todo lo anteriormente expuesto siendo que la decisión que he tomado es libre y voluntaria.

Nombre completo del paciente. # Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella

Nombre de profesional que realizará el procedimiento. Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado (aceptación):

Nombre del representante legal # Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

Parentesco: _____

**24. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS Y
OTROS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y HEMODERIVADOS.**



HOSPITAL GENERAL
DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE
GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS, OTROS
COMPONENTES SANGUÍNEOS; Y HEMODERIVADOS.

COD. SMT

CREACIÓN: SEPT/2025

VIGENCIA: JULIO/2027

"De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha previa y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta
Fecha: _____ **Hora:** _____

Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende".

Nombre completo del paciente.

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella

Si el paciente no está en capacidad de firmar la REVOCATORIA del consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco: _____

**25. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS, PLASMAS, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADOS Y
OTROS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y HEMODERIVADOS.**

Fecha: _____

Hora: _____

"Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida".

Nombre completo del paciente.

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella

Nombre de profesional
que realizará el procedimiento.

Firma, sello y código del profesional de la salud
que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar la NEGATIVA del consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco: _____

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo de testigo

Cédula de ciudadanía

Firma del testigo