



**Protocolo con Requisitos a cumplir por los Donantes de sangre**

**Unidad Responsable:**

**Banco de Sangre**

**Dirección, Subdirección, División,  
Servicio, Sección, Oficina.**

**Fecha de elaboración:**


**29.01.2011**

**DIRECCION DE PREVISION DE  
CARABINEROS DE CHILE  
HOSPITAL**

**PROTOCOLO CON REQUISITOS A CUMPLIR POR LOS  
DONANTES DE SANGRE  
UNIDAD / SERVICIO:  
"Banco de Sangre"**


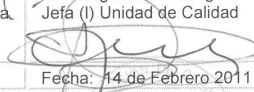
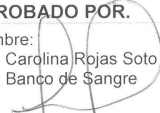
<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR.</b>
Nombre: Gloria Donoso Borri Blanca Pérez Bontes Waldo Serrano Pereira Rodrigo Soto Soto TM Banco de sangre	Nombre: EU Margarita Consuegra Jefa (I) Unidad de Calidad	Nombre: Dra. Carolina Rojas Soto Jefa Banco de Sangre
Fecha: 09 de Febrero de 2011	Fecha: 14 de Febrero 2011	Fecha:

<b>CODIGO DOCUMENTO:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>TOTAL PÁGINAS:</b>
PT-CL-0005	01	09

	<b>Protocolo con Requisitos a cumplir por los Donantes de sangre</b>	
	<b>Unidad Responsable:</b> <b>Banco de Sangre</b> Dirección, Subdirección, División, Servicio, Sección, Oficina.	<b>Fecha de elaboración:</b> 29.01.2011

**DIRECCION DE PREVISION DE**  
**CARABINEROS DE CHILE**  
**HOSPITAL**

**PROTOCOLO CON REQUISITOS A CUMPLIR POR LOS**  
**DONANTES DE SANGRE**  
**UNIDAD / SERVICIO:**  
**“Banco de Sangre”**

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre: Gloria Donoso Borri Blanca Pérez Bontes Waldo Serrano Pereira Rodrigo Soto Soto TM Banco de sangre 	Nombre: EU Margarita Consuegra Jefa (I) Unidad de Calidad 	Nombre: Dra. Carolina Rojas Soto Jefa Banco de Sangre 
Fecha: 09 de Febrero de 2011	Fecha: 14 de Febrero 2011	Fecha: <i>Marzo 2011</i>
<b>CODIGO DOCUMENTO:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>TOTAL PÁGINAS:</b>
PT-CL-0005	ALIDAD 01	09

**INDICE / CONTENIDO**

<u>Contenidos:</u>	<u>Página</u>
Requisitos a cumplir por los Donantes de Sangre. . . . .	03
Documentos Relacionados. . . . .	06
Definiciones/Abreviaturas . . . . .	06
 <u>Anexos:</u>	 <u>Página</u>
Anexo N°1 “Expediente Donantes de Sangre” . . . . .	07

## **NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REQUISITOS A CUMPLIR POR LOS DONANTES DE SANGRE**

### **I.- OBJETIVO**

Dar a conocer los requisitos básicos a cumplir para ser donante de sangre, con el fin de optimizar el proceso de donación de sangre, disminuyendo los casos de donantes que no cumplen con los requisitos para tal efecto.

### **II.- ALCANCE**

Médico, Tecnólogos Médicos, de la unidad de Donación del Banco de sangre del Hospital Dipreca.

### **III.- DESARROLLO / DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Todo donante de sangre debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. El donante de sangre debe ser voluntario y altruista.
2. Tener entre 18 y 60 años.
3. Presentar su cédula de identidad.
4. No presentar un ayuno superior a 4 horas.
5. No estar embarazada ni haber tenido un parto o aborto en el último año.
6. Pesar más de 50 Kilos, el peso debe ser acorde a la estatura, índice de masa corporal no inferior al 90%.
7. Sinceridad al responder las preguntas de la entrevista.
8. Estar sano.
9. No se aceptarán donantes con discapacidad mental, deben estar en completo uso de sus facultades mentales.
10. No padecer ninguna enfermedad crónica, tales como: Diabetes, hipertensión, enfermedades renales crónicas, enfermedades respiratorias, cardíacas, hematológicas o neurológicas.
11. No padecer síntomas de enfermedades agudas al momento de donar sangre, tales como: Fiebre, dolor de garganta, dolor de muelas, diarreas, vómitos, alergias activas.
12. No padecer enfermedades transmisibles a través de la sangre.
13. No haber sido sometido a cirugías en los últimos 12 meses.
14. No encontrarse bajo tratamiento médico, con medicamentos tales como: Antibióticos, antidepresivos, por una semana anterior a la donación.
15. No haberse realizado tatuajes ni acupuntura en los últimos 12 meses.
16. Aprobar la encuesta confidencial realizada por Tecnólogo médico. Ver anexo N°1.

**IMPEDIMENTOS PARA DONAR SANGRE**

1. Enfermedades cardíacas (dolor en el pecho, infarto, etc.), pulmonares, asma bronquial, tuberculosis activa, hipertensión arterial.
2. Haber padecido accidente cerebro vascular.
3. Anemia, trastornos de la coagulación o cáncer.
4. Enfermedades renales, diabetes, úlcera gastro duodenal en actividad.
5. Manifestaciones clínicas que puedan estar asociadas con SIDA a saber:
  - Pérdida de peso inexplicable.
  - Fiebre de más de 10 días de evolución.
  - Agrandamiento ganglionar
6. Inmunizaciones y vacunas.
  - Rechazo por 3 semanas: Rubéola, sarampión, parotiditis, fiebre amarilla, Polio Sabin, varicela y fiebre tifoidea oral
  - Rechazo por 3 días: Cólera y coqueluche.
  - Rechazo por 1 mes. Sueros de origen animal o humano.
  - No son causa de rechazo: las vacunas polio Salk, BCG, influenza, difteria, tétanos, hepatitis B, rabia.

**IMPEDIMENTOS PARA DONAR POR 72 HORAS**

1. Procedimientos odontológicos (extracción, tratamiento de conducto, limpieza dentaria).
2. Infecciones, vómitos, diarrea y/o fiebre.

**IMPEDIMENTOS PARA DONANTES MUJERES**

1. Durante el embarazo.
2. 6 meses después del puerperio o parto u aborto.
3. 12 meses luego de cesárea.

**IMPEDIMENTOS PARA DONAR POR 12 MESES**

1. Tatuajes, perforaciones de la piel en alguna parte del cuerpo o acupuntura.
2. Trabajadores de la salud que hubieran sufrido accidentes laborales (punciones, salpicaduras, etc.).
3. Endoscopías, laparoscopias, cateterismos o tratamiento quirúrgico.
4. Haber recibido transfusiones.
5. No haber tenido hepatitis después de los 12 años.
6. Enfermedades de transmisión sexual tales como: sífilis, gonorrea.
7. Haber mantenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
8. Haber mantenido relaciones sexuales ocasionales con desconocidos o tener conocimiento de que su pareja las tiene, aun con protección.
9. Relaciones sexuales con adictos o ex adictos a drogas ilegales intravenosas.
10. Tener o haber tenido sexo por dinero.

11. Relaciones sexuales con personas con SIDA o con prueba positiva para SIDA, hepatitis o HTLV.
12. Relaciones sexuales con personas que reciban transfusiones, pacientes con hemofilia o en plan de diálisis.
13. Haber estado privado de libertad el último año.
14. Cirugías.

### **IMPEDIMENTOS DEFINITIVOS**

1. Haber tenido hepatitis después de los 12 años de vida.
2. Haber recibido hormona de crecimiento antes de 1986.
3. Pacientes con hemofilia o hemo dializados.
4. Adicción a drogas inyectables en algún momento de su vida.
5. Tener SIDA o haber tenido alguna vez un resultado positivo para SIDA.

### **OTROS IMPEDIMENTOS**

1. Haber tenido paludismo, malaria, Chagas.
2. Haber recibido medicamentos antipalúdicos en forma preventiva en los últimos 3 años.
3. Haber estado en el último año en zonas en donde existe paludismo.

Finalmente es el Tecnólogo Médico a cargo de la unidad de donantes quien debe valorar los antecedentes entregados por el candidato a donante de sangre y es el responsable de aceptar o rechazar al candidato.

## **IV.- DOCUMENTOS RELACIONADOS**

### **4.1 NORMAS.-**

4.1.1 Los siguientes documentos señalan las políticas y normas ministeriales:

1. Normas de Banco de Sangre, Ministerio de Salud, 1983.
2. Proceso de mejoría de la Medicina Transfusional. Resolución exenta 2171 del 6 de Diciembre de 1999 y D.O. 31-1-2000
3. Norma para la selección de donantes de sangre. Circular 4C/21 del 22 de Marzo del 2000. Ministerio de salud.
4. Normas para la extracción de sangre de donantes de sangre completa. Resolución exenta 561 del 01 de marzo del 2000. Ministerio de salud.
5. Manual de transfusiones de la Asociación Americana de Bancos de Sangre.

## **V.- REGISTROS**

Expediente del Donante de Sangre.

## **DEFINICIONES / ABREVIATURAS**


BCG: Bacilo Calmette Guerin

HTLV: Human T-lymphotropic virus

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**ANEXO Nº 1**

Expediente de Donantes de Sangre.



## EXPEDIENTE DE DADORES DE SANGRE

<b>DADOR</b>	Nombres						<b>Nº DADOR</b>					
	Apellidos						<b>GRUPO</b>		<b>DU</b>		<b>COOMBS IND</b>	
	R.U.T.			Fecha de Nacimiento			<b>FECHA</b>		<b>HORA</b>			
	Actividad						<b>AG HBS</b>	<b>HIV</b>	<b>CHAGAS</b>	<b>HTLVI</b>		
<b>DIRECCION</b>	Calle / Pasaje						<b>RPR</b>		<b>HVC</b>		<b>VENCIMIENTO</b>	
	Número		Depto.		<b>ST</b>		<b>GR</b>	<b>PL</b>	<b>CRIOPP</b>	<b>PLAQ</b>		
	Pob. Villa		Comuna		Teléfono							
<b>DONACION PARA</b>	Apellido Paterno						Apellido Materno		Nombres			
	Unidad						Firma Tecnólogo Médico					

<b>TIEMPO DE EXTRACCION:</b> <input type="text"/> minutos				<b>PUNCION:</b> <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Díficil			
<b>EDAD</b>	<b>PESO</b>	<b>TALLA</b>	<b>T°</b>	<b>PULSO</b>	<b>PRESION</b>	<b>HTO</b>	
<b>SEXO</b>	<b>TIPO DE DADOR</b>			<b>ASPECTO GENERAL DEL DADOR</b>			<b>GRUPO</b>
F	M	COMUN	PLAQ	AUTOLOGO	VOLUNTARIO		

FECHA	TRASF	PACIENTE	SERV.	GRUPO	R.C	DIAGNOSTICO

<b>CASUAL RECHAZO</b>	Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>REACCION ADV. DONACION</b>	

### HISTORIA CLINICA DEL DADOR DE SANGRE

	Si	No
1. ¿Se siente bien en este momento? ¿Desayunó, almorzó? ¿Durmió lo suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha ingerido alcohol en las últimas 12 horas? ¿Se siente resfriado(a)? ¿Ha tenido diarreas en las últimas semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está embarazada? ¿Ha tenido parto o aborto en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha donado sangre alguna vez? Cuándo _____ Dónde _____ ¿Tuvo algún problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido rechazado(a) alguna vez como donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido enfermedades cardíacas, digestivas, pulmonares o renales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha consultado médico en los últimos 12 meses? ¿por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido sometido a operaciones en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha recibido transfusiones en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido sangramiento dentario, digestivo y/o ginecológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se ha realizados procedimientos invasivos en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es alérgico(a) o sufre de asma bronquial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido convulsiones, desmayos o sufre de epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha recibido hormona del crecimiento? ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tomado aspirina o antiinflamatorio en los últimos 5 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ingiere actualmente algún medicamento? ¿Cuál? _____ Dosis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha viajado al extranjero?, Dónde _____ Cuándo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido Hepatitis después de los 12 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas con hepatitis, dializados y/o politransfundidos en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se ha hecho tatuajes, sometido a acupuntura o tratamientos inyectables en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Se ha inyectado o consumido drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha tenido relaciones sexuales con prostitutas(os), drogadictos(as) o desconocidos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ha estado privado de libertad en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Ha sido vacunado(a) en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Ha tenido enfermedades venereas: Sífilis, Gonorrea, Herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Ha tenido bajas de peso importante y sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que concurrí al Banco de Sangre del Hospital Dipreca a donar por libre y propia voluntad, que entiendo las preguntas formuladas y que la información entregada por mí es verdadera. También que conozco que existen reacciones adversas a la donación y que acepto que mi sangre sea examinada para detectar SIDA, Hepatitis B y C, Sífilis, Chagas y HTLV-I.

Firma Donante

Firma Entrevistador

**MODIFICACIONES EN EL DOCUMENTO**

<b>SINTESIS DE MODIFICACIONES</b>		
<b>VERSION</b>	<b>FECHA</b>	<b>CAUSA DE MODIFICACION</b>
01	14/02/2011	
02	00/00/0000	
03	00/00/0000	