



¿Cómo estandarizar la Hemovigilancia?

Dr. Marcelo Díaz de Valdés L.

Mayo 2015

Capítulo Chileno de Medicina Transfusional

SOCHIHEM





Año 2007:

- La **CNST** (Presidenta Dra. Marcela Contreras) nombra al Dr. Federico Liendo encargado de hacer un “Programa Nacional de Hemovigilancia”.
- **Dr. F. Liendo:** convoca a esta comisión a T.M. Carolina Villalobos, T.M. Sonia Amaya, Dra. Gloria Rubio y Dr. Marcelo Díaz de Valdés
- 2007-2009: Reuniones semanales de trabajo en HBLT, Clínica Tabancura y HSJD.
- **Año 2009:** Se entrega a la CNST la **PROPUESTA DE PROGRAMA NACIONAL DE HEMOVIGILANCIA**
 - **GUÍA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS RELACIONADO A LAS TRANSFUSIONES**



HEMOVIGILANCIA

- **La Hemovigilancia es un conjunto de procedimientos de vigilancia consistente en la detección, recogida y análisis de la información, sobre los efectos adversos e inesperados en cualquier parte del proceso de la transfusión sanguínea.**



HEMOVIGILANCIA

- La información se hace extensiva a toda la cadena transfusional, **desde la selección del donante hasta la transfusión al paciente** y su posterior evaluación.
- El objetivo fundamental es: **generar una información veraz de las reacciones adversas, a partir de un sistema uniforme de notificación que contribuya a mejorar la seguridad de la transfusión sanguínea**



HEMOVIGILANCIA

- **Para que esta información sea útil es necesario:**
 - **Comunicar periódicamente a la comunidad médica** la información acerca de los incidentes relacionados con la transfusión definidos en este Programa.
 - **Indicar Tasas y frecuencia de ocurrencia**
 - **Instaurar las medidas correctivas** para evitar la recurrencia de los efectos negativos o errores en la cadena transfusional.
 - **Alertar a los Centros de Sangre; Bancos de Sangre; Unidad de Medicina Transfusional (UMT)** sobre efectos adversos que tengan que ver con más de un receptor, cuyo origen pueda generarse en la producción de hemocomponentes



HEMOVIGILANCIA

- **SHOT** (Serious Hazards Of Transfusion)
- **PROGRAMA ESTATAL DE HEMOVIGILANCIA**
- **MANUAL AABB.**
- **Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología**

SERIOUS HAZARDS OF TRANSFUSION SHOT

Home
SABRE
About us
SHOT Reports & Summaries
Meetings
Toolkit & Resources
Links
Contact Us
Site Feedback
HELP

Welcome to SHOT

Site Visits **4,0586**

News

An advance flyer for the 2008 Annual SHOT Meeting can be found in the 'Forthcoming Meetings' section.

The 2006 SHOT Report and Summary are now available to download from the "SHOT Report and Summaries" tab

Organizarion Institucional Ciudadanos Profesionales Bibliografía y Publicaciones Estadísticas Sanitarias Normativa

Salud pública > Medicina Transfusional >

PROGRAMA ESTATAL DE HEMOVIGILANCIA (PEHV)

Cuestionarios de Notificación, Junio 2004, V.02:

- NOTIFICACIÓN NACIONAL DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL. Documento 1.pdf
- NOTIFICACIÓN NACIONAL DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN. Documento 2.pdf
- NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA DONACIÓN. Documento 3.pdf
- NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA PREPARACIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS. Documento 4.pdf
- ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES. Documento 5.pdf
- REACCIÓN HEMOLÍTICA. Documento 6.pdf
- REACCIÓN ALÉRGICA POST-TRANSFUSIONAL. Documento 7.pdf
- CONTAMINACIÓN BACTERIANA. Documento 8.pdf
- COEMA PULMONAR. Documento 9.pdf
- FIEBRE POST-TRANSFUSIONAL. Documento 10.pdf

Safeguarding public health

MHRA

UK Blood Safety and Quality Regulations 2005

Implementation of the EU Blood Safety Directive

Background and Guidance on reporting Serious Adverse Events & Serious Adverse Reactions

MHRA - the UK Competent Authority for Blood Safety

Report Serious Adverse Events & Serious Adverse Reactions online:
Log on to SABRE via the MHRA website: www.mhra.gov.uk
Email: sabre@mhra.gov.uk tel: 020 7084 8398

Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
Saffron Way, Nine Elms Lane, London SW8 5NQ
T 020 7084 3000 F 020 7084 2350 www.mhra.gov.uk

An executive agency of the Department of Health



**RAT del HBLT
2001-2005
(534)**

RAT	2001-2005	TOTAL	%
Rash Alérgico		165	30,9
Anafilaxia		9	1,7
Reacción Frebil no Hemolítica		329	61,6
Reac Hemola Aguda por Incompatibilidad ABO		0	0
Reac Hemol Aguda por otra causa		0	0
Sobrecarga Circulatoria		6	1,1
Reacción Hemolítica Tardía		0	0
Septicemia		0	0
TRALI		0	0
Otras		25	4,7
	SUB TOTAL	534	100
	TOT TX (%)	94.366	0,57
	TOT PAC	48262	

**RAT del HBLT
2006-2010
(475)**

RAT	2006 AL 2010	TOTAL	%
Rash Alérgico		124	26,1
Anafilaxia		20	4,2
Reacción Frebil no Hemolítica		320	67,4
Reacción Hemolítica Aguda por Incompatibilidad ABO		0	0
Reacción Hemolítica Aguda por otra causa		0	0
Sobrecarga Circulatoria		1	0,2
Reacción Hemolítica Tardía		0	0
Septicemia		0	0
TRALI		0	0
Otras		10	2,1
	SUB TOTAL	475	100
	TOT TX (%)	98.988	0,48
	TOT PAC	46.302	

**RAT del HBLT
2011-2015
(250)**

RAT	2011-2014	TOTAL	%
Rash Alérgico		136	54,4
Anafilaxia		7	2,8
Reacción Frebil no Hemolítica		95	38
Reacción Hemolítica Aguda por Incompatibilidad ABO		0	0
Reacción Hemolítica Aguda por otra causa		0	0
Sobrecarga Circulatoria		3	1,2
Reacción Hemolítica Tardía		0	0
Septicemia		0	0
TRALI		0	0
Otras		9	3,6
	SUB TOTAL	250	100
	TOT TX (%)	86.917	0,29
	TOT PAC	33.955	



FUNCIONES DE UN PROGRAMA NACIONAL DE HEMOVIGILANCIA

- 1. Recepción en Web de los datos trimestrales y elaboración del registro nacional que se efectuaría a partir de los formularios aprobados por el Servicio Nacional de Sangre y Tejidos (SNST)**
- 2. Evaluación y análisis de datos con criterios uniformes para todo el país con el fin de poder comparar toda la información.**
- 3. Difusión del programa a toda la red, Públicos, Privados y FFAA. (Servicios de Sangre y UMTs)**
- 4. Gestión y evaluación de la información generada, elaboración de informes y difusión de los mismos.**



PRINCIPIOS DE UN PROGRAMA NACIONAL DE HEMOVIGILANCIA

- **Principio de voluntariedad**

La participación sea considerada como parte de la responsabilidad profesional

- **Principio de confidencialidad**

Garantiza la confidencialidad de la información recibida y de las personas que la envían

- **Principio de no punibilidad**

El PNHV no conoce información sobre la persona o Centro que envía la notificación de un incidente.



¿Cómo valorar los datos de una RAD o RAT?

- **CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD E IMPUTABILIDAD DE UN EFECTO ADVERSO**

- **CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD**

- 0 No signos
- 1 Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa
- 2 Signos inmediatos con riesgo vital
- 3 Morbilidad a largo plazo
- 4 Muerte del paciente

- **IMPUTABILIDAD**

- 0 No relación (asociada a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa)
- 1 Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional)
- 2 Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)
- 3 Seguro (demostrada su relación con la transfusión)



DEFINICION DE LOS INCIDENTES A NOTIFICAR

¿Qué se debe notificar en donantes de sangre?

- Equímosis y Hematomas
- Reacciones vasovagales
- Tetania
- Traumatismos por caídas
- Alergia local
- Otras complicaciones poco frecuentes

- Neuralgia post punción:
- Punción arterial
- Pseudo aneurisma
- Infección local





¿QUÉ HEMOVIGILAR?

- ✚ Incidente relacionado con la donación.
- ✚ Incidente relacionado con la transfusión.
- ✚ Incidente relacionado con la producción de componentes sanguíneos.
- ✚ Error en la administración de componentes sanguíneos
- ✚ Reacciones hemolíticas.
- ✚ Reacción alérgica post transfusional
- ✚ Contaminación bacteriana.
- ✚ Edema pulmonar.
- ✚ Púrpura postransfusional.
- ✚ Enfermedad injerto contra el huésped.
- ✚ Infección postransfusional.
- ✚ Reacción febril no hemolítica.
- ✚ Reacción hipotensiva.
- ✚ Hemosiderosis transfusional.
- ✚ Incidentes sin efecto/Casi error.

ANEXO N° 7

Supervisión de las Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT)

La supervisión de las RAT permite conocer la realidad de las complicaciones transfusionales; tomar medidas preventivas en aquellas situaciones predecibles y llevar un registro fidedigno para la toma de decisiones para hacer partícipe al Programa Nacional de Hemovigilancia.

La supervisión de las RAT debe ser entendida como parte de la supervisión del proceso transfusional global.

El proceso de control de las RAT se inicia con la reclasificación (ABO RhD) del paciente “al lado de su cama”. La vigilancia durante los primeros 15 minutos del inicio de la transfusión, permite la evaluación inicial de tolerancia cardiovascular, evitar complicaciones del sitio de punción y especialmente vigilar signos y síntomas de incompatibilidades precoces, como la del sistema ABO.

El seguimiento activo de las RAT, implica la evaluación del paciente post transfusión inmediata. Ello ocurre durante el retiro de la (s) unidad (es) transfundida(s).

En situaciones en que no sea factible este control por parte del personal de la UMT éste puede ser efectuado por el personal clínico y ser conocido por la UMT, a través de otros medios de comunicación (por ejemplo vía telefónica).

La supervisión posterior de las RAT debe ser efectuada al día siguiente y estar incluida en la supervisión global del proceso transfusional.

REGISTRO

El registro de las RAT incluye:

- Solicitud de transfusión
- Código de unidades transfundidas
- Encuesta de signos y síntomas sugerentes
- Formulario clínico de notificación
- Supervisión del proceso transfusional



FORMULARIOS PARA LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS RELACIONADO A LAS TRANSFUSIONES

Documento 3

NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA DONACIÓN

DATOS DEL DONANTE

Iniciales: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Fecha de la donación: _____ (DD/MM/AAAA) Sitio fijo: _____ Colecta Móvil: _____

MOMENTO DEL INCIDENTE

En la donación

Post-donación

MOMENTO DEL INCIDENTE

Donación de Sangre

Donación de Aféresis

Náuseas Vómitos Infección local Equimosis/Hematoma Pérdida de conciencia

Pseudo aneurisma Alergia desinf. Lipotimia Tetania

Fístula arterioven Convulsiones Neuralgia post punción

Flebitis T.E.C. Otros traumatismos Sind. Vasovagal

Reacciones al Citrato Especificar _____

Mal funcionamiento de la máquina Especificar _____

Defecto del equipo Especificar _____

Problemas del acceso venoso Especificar _____

Otros Especificar _____

CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN:

En el propio Banco

En Equipos móviles:

Unidad móvil

Local habilitado

Circunstancias ambientales:

Calor excesivo

Frío

Luminosidad

CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE

Baja de peso Ayuno superior a 5 horas

Reacciones previas Ansiedad

Otras Especificar: _____

Donante de 1ª vez

Donante habitual

Donante ocasional

Incidencias de la donación:

Sangría prolongada

En caso de inadecuada selección del Donante, se considera debido a:

Capacitación inadecuada del personal

Guía de criterio de Exclusión incorrecta

Material de información inadecuado

Razones epidemiológicas no contempladas

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

Sin signos 0

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1

Signos inmediatos con riesgo vital 2

Morbilidad a largo plazo 3

IMPUTABILIDAD:

Sin relación (aparentemente asociado a la donación, con evidencia de que la donación no es la causa) 0

Posible (podría estar relacionado o no a la donación) 1

Sugestivo (efecto compatible con la donación y no explicable por otras) 2

Seguro (demostrada su relación con la donación) 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA PRODUCCIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Centro de Sangre:

1. EN RELACIÓN CON LA BOLSA DE SANGRE. (relatar el incidente brevemente)

Indicar si se trata de:

Bolsa de Sangre Bolsa de Glóbulos Rojos Bolsa de Plasma
Bolsa de Plaquetas Bolsa de Crioprecipitado Bolsa de Aféresis

N° de Lote: _____

Proveedor (Marca) _____

El problema afecta a: Una única bolsa Todo un lote

¿Ha sido transfundido el componente/s? Si No

En caso afirmativo indicar el N° y tipo de componentes transfundidos:

N° de receptores distintos que han recibido el/los componentes: _____

II. EN RELACIÓN CON LA BOLSA DE SANGRE. (relatar el incidente brevemente)

Si el incidente está relacionado directamente con el proceso de fraccionamiento indicar:

Sistema de fraccionamiento empleado: _____

Marca: _____

Serie: _____

Insumo (Tipo): _____

Marca: _____

N° de Lote: _____

III. EN RELACIÓN: (relatar el incidente)

-AL ALMACENAMIENTO

- A LA DISTRIBUCIÓN

- AL TRANSPORTE DE COMPONENTES

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

Documento 1

NOTIFICACIÓN INICIAL DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

Este formulario debe ser completado por el médico ante la sospecha de que un paciente presenta una reacción adversa en relación con la transfusión o de sus componentes

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre: _____ N° Ficha: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Diagnóstico Enf. De Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

<u>Antecedentes</u>	NO	SI		NO	SI	
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodepresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Embarazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reac. Transfusionales previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____

Momento de la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión _____ Horas

DATOS DEL HEMOCOMPONENTE

G. Rojos Plaquetas PFC Otros: _____

Código de la (s) Bolsas (s) : _____ Volumen transfundido: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SIGNOS VITALES

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Alza Térmica | <input type="checkbox"/> | Prurito | <input type="checkbox"/> |
| Escalofríos | <input type="checkbox"/> | Urticaria | <input type="checkbox"/> |
| Dolor lumbar | <input type="checkbox"/> | Eritema | <input type="checkbox"/> |
| Anuria/Oliguria | <input type="checkbox"/> | Edema angioneurótico | <input type="checkbox"/> |
| Hemoglobinuria | <input type="checkbox"/> | Hipotensión | <input type="checkbox"/> |
| Ictericia | <input type="checkbox"/> | SOC | <input type="checkbox"/> |
| Disnea | <input type="checkbox"/> | Taquicardia | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> | Petequias | <input type="checkbox"/> |
| Crisis hipertensiva | <input type="checkbox"/> | Síndrome hemorrágico difuso | <input type="checkbox"/> |
| Distress respiratorio | <input type="checkbox"/> | Otros (especificar) | |

- | Pre-transfusión | Post-transfusión |
|------------------------|-------------------------|
| Temper _____ | Temper _____ |
| P. Art _____ | P. Art _____ |
| Pulso _____ | Pulso _____ |

DIAGNOSTICO INICIAL RAT: _____

Nombre del médico que notifica: _____

RUT: _____ Servicio : _____

Fecha: _____ Firma: _____

Documento 2

NOTIFICACIÓN INICIAL DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

* Cualquier efecto provocado por la transfusión de sangre o de componentes.

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre (Iniciales): _____ Sexo: F M

Edad: _____

Servicio: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la transfusión: / / (DD/MM/AAAA)

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión Horas: _____ Días: _____ Meses: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo: He G. Rojos Plaquetas PFC Otros: _____

Características: Filtrado Irradiado Otras: _____

Códigos de las bolsas: _____ volumen transfundido: _____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

TIPO DE INCIDENTE

R. Transfusional Inmediata (<24 h)

Sospecha

Confirmado

Inmune:

Hemolítica: ABO

Febril

Alérgica/Anafiláctica

Edema pulmonar no cardiogénico

Otros Ags (especificar): _____

No inmune:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hemolítica (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipotensiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sobrecarga de volumen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contaminación bacteriana ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

R. Transfusional Tardía (>24 h)

Sospecha

Confirmado

Inmune:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hemolítica (especificar): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemolítica retardada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de injerto contra el huésped asociada a transfusión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Púrpura Transfusional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

No inmune:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Infección postransfusional vírica ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemosiderosis postransfusional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Casi incidente

** Notificar urgentemente al Centro de Transfusión que proveyó el componente sanguíneo. Completar Anexo I.

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

Documento 5

ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F M

U.M.T. : _____ C.I.: _____

Diagnóstico de Base: _____

Fecha de Transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Fecha en que se detecta la complicación: / / (dd/mm/aaaa)

La Transfusión se realizó en:

Urgencias:

U.P.C.

Sala:

Ambulatorio

Pabellón:

Otros _____

DATOS DEL COMPONENTE

Glóbulos Rojos Plaquetas Plasma Crioprecipitado:

Donación: voluntaria Reposición Aféresis Autóloga

Otros _____

TIPO DE ERROR

(Si el error ha producido una reacción hemolítica se requiere completar el formulario correspondiente a reacciones hemolíticas)

1.- El componente no cumplía con la prescripción prevista:

No irradiado

No fenotipazo

No desplasmatizado

Incompatibilidad ABO mayor

Incompatibilidad ABO menor

Rh (D) + paciente Rh (D) –

Rh (D) – paciente Rh (D) +

Otros: _____

2.- El componente se ha transfundido a un paciente distinto del previsto NO SI

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

(Señalar todas las que hubieran intervenido)

1. Errores cometidos durante la EXTRACCIÓN de muestras

- No se identificó activamente al receptor al efectuar la extracción.
- Se extrajeron las muestras a otro paciente.
- Las muestras se extrajeron correctamente pero los tubos se identificaron con las etiquetas de datos de otro paciente.
- La solicitud se completó con los datos (etiquetas) de otro paciente
- Se utilizaron tubos pre-etiquetados (rotulados) y no se identificó activamente al paciente

2. Errores de PRESCRIPCIÓN:

- La cifra de Hb no era correcta:
 - Muestra diluida
 - Valor de Hb no actualizado
 - Cifra transmitida erróneamente por teléfono
 - Otros: _____
- La cifra de plaquetas no era correcta (especificar motivo): _____

- Los valores de coagulación no eran correctos (especificar motivo): _____

3. Errores de LABORATORIO

- Las pruebas cruzadas se realizaron incorrectamente
- Se identificaron incorrectamente las muestras y la solicitud
- Las pruebas cruzadas se efectuaron correctamente pero se interpretaron incorrectamente
- Las pruebas cruzadas se efectuaron con las muestras de otro paciente
- No se efectuaron pruebas cruzadas
- Se cometió un error de transcripción
- No se siguió el protocolo

4. Errores en la SELECCIÓN, MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN de componentes especiales

- El componente seleccionado no cumplía con la prescripción prevista:

No irradiado

No desplasmatizado

No fenotipazo

Otros: _____

El componente seleccionado no se conservó adecuadamente (especificar): _____

El procedimiento técnico fue correcto pero se entregó un componente distinto al previsto

El componente no se conservó adecuadamente durante el transporte

5. Errores en la CABECERA DEL PACIENTE

No se identificó activamente al receptor.

No se comprobó el grupo ABO del paciente

No se comparó el grupo ABO/Rh del paciente con el de la bolsa

No se respetaron las instrucciones de identificación del paciente con el sistema automatizado

DATOS DEL CLÍNICOS

Se produjeron manifestaciones clínicas **SI** **NO**

Los síntomas aparecieron:

Durante la transfusión

En las siguientes horas / días _____

Los síntomas y signos fueron:

Fiebre Escalofríos Dolor lumbar

Hemoglobinuria Hipotensión

Otros: _____

El paciente requirió:

Ingreso en UPC diálisis renal

Otros: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS

En la fase de EXTRACCIÓN:

La flebotomía la realizó el personal habitual:

SI

NO

(Indicar quien): _____

En el LABORATORIO:

El error fue cometido por el personal habitual:

SI

NO

(Indicar quien): _____

En la CABECERA:

El error fue cometido por el personal habitual:

SI

NO

(Indicar quien): _____

El error se produjo:

En horario normal

En horario nocturno

En fines de semana

Otros: _____

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

Sin signos 0

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1

Signos inmediatos con riesgo vital 2

Morbilidad a largo plazo 3

Muerte del paciente 4

IMPUTABILIDAD

No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa)

Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1

Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2

Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

FORMULARIO: REACCIÓN FEBRIL NO HEMOLITICA

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)

Fecha en que se detecta la complicación: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Embarazos NO SI

Transfusiones NO SI

Premedicación NO SI Especificar _____

Reacciones previas NO SI Describir _____

Momento de la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: ____ / ____ / ____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

Fiebre Escalofríos Calofríos

Cianosis Hipotensión Crisis hipertensiva

Disnea Náuseas/Vómitos Otros Describir: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

Anti – HLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificidad _____
Antic. Anti-granulocitos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificidad _____
Antic. Anti-plaquetarios	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificidad _____

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	1 <input type="checkbox"/>
Signos inmediatos con riesgo vital	2 <input type="checkbox"/>
Morbilidad a largo plazo	3 <input type="checkbox"/>
Muerte del paciente	4 <input type="checkbox"/>

IMPUTABILIDAD

No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa)	<input type="checkbox"/> 0
Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional)	<input type="checkbox"/> 1
Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)	<input type="checkbox"/> 2
Seguro (demostrada su relación con la transfusión)	<input type="checkbox"/> 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

Documento 6

FORMULARIO: REACCIONES HEMOLÍTICAS

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales : _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M R.U.T: _____

U.M.T. : _____

Diagnóstico de Base: _____

Fecha de Transfusión: / / (dd/mm/aaaa hh:mm)

Fecha en que se detecta la complicación: / / (dd/mm/aaaa hh:mm)

La Transfusión se realizó en:

Urgencias: U.P.C: Sala: Ambulatorio:

Pabellón: Otros _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo G. Rojos Plaquetas Plasma Criopp:

Características: Leucorreducido Irradiado Lavado Adición solución conservante

Calentado Describa sistema de calentamiento: _____

Almacenado fuera UMT _____ horas/días

Identificación: ¿Se puede identificar claramente la unidad o unidades involucradas?

NO

SI _____

Especifique componentes involucrados en el episodio transfusional: _____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

Los síntomas aparecieron:

Durante la transfusión

En las siguientes _____ Horas/días

Los síntomas y signos presentados por el paciente fueron:

Fiebre Escalofríos Dolor lumbar Hemoglobinuria Hipotensión
Otros: _____

No hubo síntomas, se descubrió por _____

El estado del paciente requirió:

Ingreso en UPC Diálisis renal Otros: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

ESTUDIO SEROLÓGICO

I. PRETRANSFUSIONAL

Grupo ABO:	Rh (D):
Estudios Acs. Irregulares:	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/>
	Identificación Acs. Irregulares: _____ _____
Pruebas cruzadas:	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/>

II. POSTTRANSFUSIONAL

Realizado No realizado

II. 1. Grupo ABO, Rh (D) y del paciente y de las unidades transfundidas
AGH D al paciente

	Anti A	Anti B	A 1	B	Anti D	AGH D	Grupo ABO y Rh
Muestra Pretransfusional							
Muestra Postransfusional							
Unidad							
Unidad							
Unidad							

II. 2. Estudio Acs. Irregulares

	Positivo		Negativo
	Enzimas	AGH I	
M. Pretransfusional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Postransfusional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. 3. Estudio Acs. Irregulares

Muestra Pretransfusional: _____

Muestra Postransfusional: _____

II. 4. Eludo

Positivo Negativo No Procede No realizado
Identificación: _____

Documento 6

II. 5. Pruebas Cruzadas

Muestra Postransfusional	AGH I		Muestra Postransfusional	AGH I	
	Positivo	Negativo		Positivo	Negativo
Unidad			Unidad		
Unidad			Unidad		
Unidad			Unidad		

OTROS ESTUDIOS

1.- El componente se transfundió por:

Vía específica de la transfusión

Vía utilizada para administrar otra medicación Especificar: _____

2.- ¿Se realizó cultivo de componente? NO SI Resultados: _____

3.- ¿Se realizó hemocultivo al receptor? NO SI Resultados: _____

4.- En caso de una unidad/es implicadas, ¿se devolvió la unidad a la UTM? Sí No

CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO

1. La reacción transfusional se cataloga como:

- Aguda Inmune y hemolítica por incompatibilidad ABO
- Aguda inmune y hemolítica no ABO
- Aguda no inmune y hemolítica
- Inmune y hemolítica de tipo retardada

Otras (Especificar):

1. En el caso de error en la administración del componente, indicar el/los errores que se produjeron:
(Completar también el documento 5)

- No se identificó activamente al receptor al efectuar la extracción
- Se extrajeron las muestras a otro paciente
- Los tubos se rotularon con los datos de otros pacientes
- Las pruebas cruzadas se efectuaron incorrectamente
- Las pruebas cruzadas se efectuaron con las muestras de otro paciente
- No se efectuaron pruebas cruzadas o se efectuaron de forma incompleta
- La UMT suministró un componente erróneo
- No se identificó activamente el receptor antes de la transfusión
- No se recomprobó el grupo ABO en la cabecera del paciente

Otras causas: _____

El caso ha sido comunicado al COMITÉ DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Sí No No existe

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| Sin signos | 0 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa | 1 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos con riesgo vital | 2 <input type="checkbox"/> |
| Morbilidad a largo plazo | 3 <input type="checkbox"/> |
| Muerte del paciente | 4 <input type="checkbox"/> |

IMPUTABILIDAD

- | | |
|---|----------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa) | 0 <input type="checkbox"/> |
| Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) | 1 <input type="checkbox"/> |
| Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) | 2 <input type="checkbox"/> |
| Seguro (demostrada su relación con la transfusión) | 3 <input type="checkbox"/> |

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

Documento 7

FORMULARIO: REACCIÓN ALÉRGICA POST-TRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Diagnóstico Enf. De Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Antecedentes: Transfusiones anteriores: SI NO
Reacciones alérgicas anteriores: SI NO

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

Manifestaciones cutáneas Especificar: _____

Manifestaciones respiratorias Especificar: _____

Manifestaciones cardiovasculares Especificar: _____

Manifestaciones gastrointestinales Especificar: _____

Otras Especificar: _____

El paciente requirió como consecuencia de la complicaciones:

Ingreso en UPC Ventilación asistida N° de días: _____
 Corticoides Adrenalina Otros: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

Anticuerpos anti-IgA NO SI Resultado: _____

Especificar Técnica: _____

Cuantificación de IgA NO SI Resultado: _____

Especificar Técnica: _____

DIAGNOSTICO

Reacción alérgica simple

Reacción anafiláctica

CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	<input type="checkbox"/>	1
Signos inmediatos con riesgo vital	<input type="checkbox"/>	2
Morbilidad a largo plazo	<input type="checkbox"/>	3
Muerte del paciente	<input type="checkbox"/>	4

IMPUTABILIDAD

No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa)	<input type="checkbox"/>	0
Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional)	<input type="checkbox"/>	1
Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)	<input type="checkbox"/>	2
Seguro (demostrada su relación con la transfusión)	<input type="checkbox"/>	3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

REACCIÓN HIPOTENSIVA

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M Ci: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Fecha en que se detecta la complicación: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Uso de filtros de cabecera NO SI

Uso de inhibidores de ECA NO SI

Otros: NO SI Especificar _____

Momento de la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación:

N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: ____/____/____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

Hipotensión Prurito Náuseas/Vómitos Urticaria

Diarrea Otros Describir: _____

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa | 1 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos con riesgo vital | 2 <input type="checkbox"/> |
| Morbilidad a largo plazo | 3 <input type="checkbox"/> |
| Muerte del paciente | 4 <input type="checkbox"/> |

IMPUTABILIDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) | <input type="checkbox"/> 0 |
| Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) | <input type="checkbox"/> 2 |
| Seguro (demostrada su relación con la transfusión) | <input type="checkbox"/> 3 |

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

FORMULARIO: EDEMA PULMONAR

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Antes de producirse la reacción, el paciente ya presentaba:

Insuficiencia respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sepsis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Enfermedades del aparato respiratorio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Indicar: _____
Enfermedades cardiacas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Indicar: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: ____/____/____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS DEL CLINICOS

Los signos y síntomas presentados por el paciente fueron:

Fiebre Hipotensión Taquipnea Disnea

Sat. O2: _____ % Cambios radiológicos Indicar: _____

El paciente requirió como consecuencia de la complicación:

Ingreso en UPC Ventilación mecánica N° de días: _____

Diagnóstico:

Edema cardiogénico Edema NO Cardiogénico (Daño Pulmonar Agudo No Cardiogénico "TRALI")

El tratamiento administrado consistió en:

Esteroides Especificar tipo y dosis: _____

Antihistamínicos Especificar dosis: _____

Diuréticos

ESTUDIO DE LA REACCION

¿Se ha llevado a cabo un estudio serológico? SI NO

En el donante/s

Resultado: _____

Especificar Técnicas: _____

En el Receptor

Resultado: _____

Especificar Técnicas: _____

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

- Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1
- Signos inmediatos con riesgo vital 2
- Morbilidad a largo plazo 3
- Muerte del paciente 4

IMPUTABILIDAD

- No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) 0
- Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1
- Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2
- Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___ Firma: _____

FORMULARIO: PÚRPURA POSTRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M Ci: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Nº de Embarazos: _____

Transfusiones previas NO SI Intervalo desde la última: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmaticado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: _____/_____/_____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

¿Indujo la transfusión y la reacción de tipo febril?: SI NO

Intervalo entre la transfusión y la detección de la trombocitopenia: _____ días

Los datos clínicos más relevantes fueron:

Petequias Equimosis

Hemorragia menor (epistaxis, gingivorragias, hematuria)

Hemorragia gastrointestinal

Hemorragia pulmonar

Hemorragia cerebral

Detección accidental de un recuento bajo de plaquetas

El tratamiento efectuado consistió en:

IgG IV Esteroides Antihistamínicos
Plaquetas aleatorias Plaquetas fenotipo escogido (HPA-1a negativo u otras)

El desenlace de la complicación fue:

Recuperación > 50 x 10/L a los ___ días de la complicación y a los ___ días del inicio del tratamiento.

Muerte relacionado con la complicación

Muerte debido a otra causa

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

El recuento más bajo de plaquetas detectado fue: _____ x 10³

El recuento pretransfusional era de: _____ x 10³

Investigación Acs. Antiplaquetarios: SI NO

Resultado: _____

Especificar Técnica: _____

Fenotipo/Genotipo plaquetario: SI NO

Resultado: _____

Especificar Técnicas: _____

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1

Signos inmediatos con riesgo vital 2

Morbilidad a largo plazo 3

Muerte del paciente 4

IMPUTABILIDAD

No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) 0

Posible (pudiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1

Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2

Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

FORMULARIO: ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Radio y/o quimioterapia concurrente:

Quimioterapia ablativa (especificar) _____

Irradiación corporal total Irradiación local Terapia inmunosupresora

Análogos de las Purinas (especificar) _____

Otros:

Recién nacido < 1,5 kg: Transfusión intra uterina Transplante M.O. Enf. Hodgkin

Otras: (especificar): _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: ____/____/____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLÍNICOS

Intervalo entre la transfusión y aparición de los síntomas: _____ días

Síntomas y Signos:

Rash Diarrea Pancitopenia Infección

Hiperbilirrubinemia Transaminasas elevadas

El tratamiento administrado:

Metilprednisolona Inmunosupresión

ACS. Antilinfocíticos Otros: _____

El desenlace de la complicación ha sido:

- Recuperado con función medular normal
- Recuperado con insuficiencia medular
- Muerte por infección
- Muerte por hemorragia
- Muerte por otras causas: Especificar: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

1.- Tipificación HLA del donante: _____

- 2.- Detección del DNA del donante: sangre periférica
 piel
 Otros tejidos Especificar: _____

3.- Histología o Biopsia Especificar tejido: _____

4.- Histología post-mortem Especificar: _____

5.- Otros Especificar: _____

Antecedentes de la irradiación

- La irradiación fue efectuada: En el centro de transfusión
 En el hospital
 Otro: _____

La irradiación se efectuaba con: Irradiador biológico

Equipo de radioterapia

La dosis media de irradiación fue: 15 – 20 Gy

21 – 25 Gy

26 – 30 Gy

> 30 Gy

El procedimiento de irradiación es regularmente controlado:

No

SI Etiquetas sensibles a la irradiación: 1 por bolsa 1 por lote

Especificar otros: _____

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa | 1 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos con riesgo vital | 2 <input type="checkbox"/> |
| Morbilidad a largo plazo | 3 <input type="checkbox"/> |
| Muerte del paciente | 4 <input type="checkbox"/> |

IMPUTABILIDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) | <input type="checkbox"/> 0 |
| Posible (pudiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) | <input type="checkbox"/> 2 |
| Seguro (demostrada su relación con la transfusión) | <input type="checkbox"/> 3 |
-

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

FORMULARIO: CONTAMINACION BACTERIANA

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. De Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

Antecedentes

Inmunodepresión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desconocido.	<input type="checkbox"/>
Fiebre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desconocido.	<input type="checkbox"/>
Infección	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desconocido.	<input type="checkbox"/>
Tratamiento antibiótico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desconocido.	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: ____/____/____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

DATOS CLINICOS

Elevación de temperatura de: ____°C a ____°C Calofríos Náuseas / vómitos

Hipotensión Confusión Mental Shock Otros: _____

ESTUDIOS DE LA REACCION

A. COMPONENTE/S

1. Tinción de gram

Muestra: Bolsa Segmento Equipo de transfusión Muestra seroteca Otra: _____

Condición recogida de muestra: Esteril Si No Otra: _____

Fecha de la tinción de Gram: ____/____/____

Resultados: _____

2. Cultivos

Muestra: Bolsa Segmento Equipo de transfusión Muestra seroteca Otra: _____

Condición recogida de muestra: Esteril Si No Otra: _____

Fecha cultivo: ____/____/____

Resultado (Identificación de organismo): _____

Método de cultivo: Aerobio Anaerobio

B. PACIENTE

Pretransfusional

Hemocultivo Fecha: ____/____/____

Resultado: _____

Postransfusional

Hemocultivo Fecha: Fecha: ____/____/____

Resultado: _____

C. DONANTE

Síntomas antes de la donación: SI NO

Después de la donación: SI NO

Especificar: _____

Cultivos: SI Fecha: ____/____/____ Resultado: _____

NO

Implicación otros receptores: SI ¿Han sido objeto de comunicación?: SI NO

CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa | 1 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos con riesgo vital | 2 <input type="checkbox"/> |
| Morbilidad a largo plazo | 3 <input type="checkbox"/> |
| Muerte del paciente | 4 <input type="checkbox"/> |

IMPUTABILIDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) | <input type="checkbox"/> 0 |
| Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) | <input type="checkbox"/> 2 |
| Seguro (demostrada su relación con la transfusión) | <input type="checkbox"/> 3 |

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: __/__/__

Firma: _____

INFECCIÓN POSTRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: / / (dd/mm/aaaa)

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:

Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de la Unidad: _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: _____/_____/_____

Procedencia de la donación: Reposición Voluntaria Autóloga Aféresis

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN TRANSFUSIONAL

1.- Elementos diagnósticos (marcar casilla correspondiente):

Hepatopatías

Hepatitis aguda

Enfermedad hepática crónica

Carcinoma hepatocelular

Función hepática alterada (Laboratorio)

Marcadores de VHC / VHB

Otros especificar _____

VIH / SIDA

Sintomatología relacionada (no SIDA)

Síndrome SIDA

Marcadores de VIH

Otros (especificar) _____

Otras infecciones virales

Infección sintomática por CMV

Infección sintomática por HTLV

Infección sintomática por parvovirus B19

Otros especificar: _____

2. Curso clínico:

Fecha de inicio de la sintomatología: / / (dd/mm/aaaa)

Fecha del diagnóstico: / / (dd/mm/aaaa)

Fecha del último informe del receptor y situación en ese momento: / / (dd/mm/aaaa)

Asintomático

Con sintomatología

Fallecido a consecuencia de la infección.

Fallecido por causa no relacionada con la infección

3.- ¿Tiene el receptor otros factores conocidos de riesgo para esta infección ¿ (Drogadicción, contacto sexual/familiar con portador, cirugía, trasplante orgánico o de tejido, tratamiento con factores comerciales de coagulación, transfusiones en otro centro):

No Si ¿Cual? _____

Desconocido

4.- Investigación de los donantes implicados. A completar por el Centro/Banco proveedor (Anexo I)

CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.- La infección del receptor se produjo probablemente a través de la transfusión porque:

Se detecta error en el análisis/etiquetado/distribución de las unidades implicadas

Se detectaron marcadores positivos en las donaciones sucesivas del donante/s

Se detectaron marcadores positivos al volver a analizar la muestra/s archivada/s de la unidad/es

2.- No puede descartarse que la infección del receptor sea debida a la transfusión ya que:

No se pudo realizar análisis de muestras de donaciones posteriores.

No se pudieron analizar muestras archivadas de la donación/es implicada/s

No existen muestras archivadas ni donaciones sucesivas

3.- La infección del receptor probablemente no es debida a la transfusión por:

Las muestras archivadas y las donaciones sucesivas de los donantes implicados han resultado negativas para los marcadores de la infección

Existe otra fuente conocida de infección en el receptor

Especificar: _____

4. Otras conclusiones:

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	1 <input type="checkbox"/>
Signos inmediatos con riesgo vital	2 <input type="checkbox"/>
Morbilidad a largo plazo	3 <input type="checkbox"/>
Muerte del paciente	4 <input type="checkbox"/>

IMPUTABILIDAD

No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa)	<input type="checkbox"/> 0
Posible (podría estar relacionado o no a una causa no transfusional)	<input type="checkbox"/> 1
Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)	<input type="checkbox"/> 2
Seguro (demostrada su relación con la transfusión)	<input type="checkbox"/> 3

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___ Firma: _____

HEMOSIDEROSIS TRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) Sexo: F M CI: _____

Servicio: _____ Cama _____ Fono: _____

Establecimiento: _____

Diagnóstico Enf. de Base: _____

Fecha transfusión: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Fecha de inicio de la terapéutica transfusional (dd/mm/aaaa)

N° de transfusiones recibidas en los últimos doce meses: _____

N° de transfusiones recibidas desde el diagnóstico (estimadas): _____

Tratamiento con quelantes de hierro Si No

En caso afirmativo, especificar dosis y vía de administración: _____

DATOS CLÍNICOS

Ferritina _____

Diagnóstico de hemosiderosis por:

Biopsia hepática

Biopsia cutánea

Otras: _____

Diagnóstico Diferencial

¿Se han descartado otras causas de sobrecarga de hierro? SI NO

En caso afirmativo, marcar las que han sido descartadas:

Hemocromatosis hereditaria

Enfermedad hepática crónica (cirrosis, etc)

Porfirio cutánea tarda

Atransferrinemia congénita

Hemosiderosis pulmonar idiomática

Hemosiderosis renal

CUANTIFICACION DE LA GRAVEDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa | 1 <input type="checkbox"/> |
| Signos inmediatos con riesgo vital | 2 <input type="checkbox"/> |
| Morbilidad a largo plazo | 3 <input type="checkbox"/> |
| Muerte del paciente | 4 <input type="checkbox"/> |

IMPUTABILIDAD

- | | |
|--|----------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a transfusión con evidencia de que el componente no es la causa) | <input type="checkbox"/> 0 |
| Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Sugerente (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) | <input type="checkbox"/> 2 |
| Seguro (demostrada su relación con la transfusión) | <input type="checkbox"/> 3 |

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____

INCIDENTES SIN EFECTO / “CASI ERROR”

Fecha del incidente: _____ UMT / Banco / Centro : _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Glób. Rojos Plaquetas PFC Criopp:
Características: Desplasmalizado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

DESCRIPCIÓN DEL “CASI ERROR”

MOTIVO POR EL QUE SE HA PRODUCIDO

INDIQUE EN QUÉ MOMENTO SE DETECTÓ EL ERROR

ANÁLISIS DETALLADO DE LAS CAUSAS

1.- Errores cometidos durante la EXTRACCIÓN de muestras

- No se identificó activamente al receptor al efectuar la extracción
- Se extrajeron las muestras a otro paciente
- Las muestras se extrajeron correctamente pero los tubos se identificaron con las etiquetas o datos de otro paciente
- La solicitud se cumplió con los datos (etiquetas) de otro paciente
- Se utilizaron tubos pre-etiquetados (rotulados) y no se identificó activamente al paciente

2.- Errores de PRESCRIPCIÓN

- La cifra de Hb no era correcta:
- Muestra diluida
- Valor de Hb no actualizado
- Cifra transmitida erróneamente por teléfono

Otros: _____

- La cifra de plaquetas no era correcta (especificar motivo) : _____

-
- Los valores de coagulación no eran correctos (especificar motivo): _____
-

3. Errores de LABORATORIO

- Las pruebas cruzadas se realizaron incorrectamente
- Se identificaron incorrectamente las muestras y la solicitud
- Las pruebas cruzadas se efectuaron correctamente pero se interpretaron incorrectamente
- Las pruebas cruzadas se efectuaron con la muestra de otro paciente
- No se efectuaron pruebas cruzadas
- Se cometió un error de transcripción
- No se siguió el protocolo

4. Errores en la SELECCIÓN, MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN de componentes

- El componente seleccionado no cumplía con la prescripción prevista:
- No irradiado
- No desplasmalizado
- No fenotipado

Otros: _____

- El componente seleccionado no se conservó adecuadamente (especificar): _____
-

- El procedimiento técnico fue correcto pero se entregó un componente distinto al previsto
- El componente no se conservó adecuadamente durante el transporte

5. Errores en la CABECERA DEL PACIENTE

- No se identificó activamente al receptor.
- No se comprobó el grupo ABO del paciente
- No se comparó el grupo ABO/Hh del paciente con el de la bolsa
- No se respetaron las instrucciones de identificación del paciente con el sistema automatizado

DATOS COMPLEMENTARIOS

En la fase de EXTRACCIÓN:

La flebotomía la realizó el personal habitual:

SI NO (Indicar quien): _____

Este personal suele ser:

Médicos Enfermeras Tec. Médico Otro:

En el LABORATORIO:

El error fue cometido por el personal habitual:

SI NO (Indicar quien): _____

En la CABECERA:

El error fue cometido por el personal habitual:

SI NO (Indicar quien): _____

El personal que transfunde habitualmente es:

Personal de la UMT

Enfermeras / os de sala

Otros: _____

EL ERROR SE PRODUJO

En horario normal

En horario nocturno

En fines de semana

Otros: _____

Formulario llenado por el Dr/Dra: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma: _____



Gracias

