

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Cuestionario: Reacción Hemolítica

Datos del paciente

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer
Servicio hospitalario:

Antecedentes:

Transfusiones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Cirugía	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Embarazos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Inmunodepresión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Reacción transfusional previa	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	Tipo de reacción: <input type="text"/>

Datos del componente

Tipo: Hematíes

Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia	<input type="checkbox"/>
Anemia aguda por otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Anemia perioperatoria	<input type="checkbox"/>
Anemia y cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica autoinmune	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica congénita	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia del prematuro	<input type="checkbox"/>
Otras causas	<input type="checkbox"/>

Características

Sangre total	<input type="checkbox"/>	Irradiado	<input type="checkbox"/>
Leucorreducidos	<input type="checkbox"/>	Lavado	<input type="checkbox"/>
Exanguinotransfusión	<input type="checkbox"/>	Eritroaféresis	<input type="checkbox"/>
Uso neonatal	<input type="checkbox"/>	Transfusión intrauterina	<input type="checkbox"/>

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de extracción:

Plaquetas

Indicaciones

Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia. Hemorragia	<input type="checkbox"/>

- Trombocitopenia. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria congénita. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria adquirida. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis procedimiento invasivo

Características

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Irradiado | <input type="checkbox"/> | Leucorreducido | <input type="checkbox"/> |
| Pool | <input type="checkbox"/> | Tromboaféresis | <input type="checkbox"/> |
| HLA compatibles | <input type="checkbox"/> | HPA compatibles | <input type="checkbox"/> |
| Uso neonatal | <input type="checkbox"/> | Inactivados | <input type="checkbox"/> |

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Plasma

Indicaciones

- Hemorragia aguda con coagulopatía por consumo
- Hemorragia aguda con coagulopatía por anticoagulante
- Hemorragia aguda con coagulopatía por enfermedad hepática
- Hemorragia aguda con coagulopatía de otras causas
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por anticoagulantes
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por enfermedad hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía de otras causas
- Coagulación intravascular diseminada
- Recambio plasmático terapéutico
- Deficiencia aislada de factor de la coagulación
- Otros motivos

Características

- Azul metileno Cuarentenado

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Granulocitos

Indicaciones

- Neutropenia asociada a infección
- Disfunción de los neutrófilos asociada a infección
- Otras

Características

Buffy Leucorreducido

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Otros

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Procedencia de la donación:

Alogénica

Autóloga

Datos de la transfusión

Fecha de la transfusión: Hora transfusión:

Prioridad

Rutina

Emergencia

Desconocida

Localización

Urgencias

Planta

Quirófano

UVI

Hospital de día

Hospitalización a domicilio

Otros

Servicio solicitante

Cardiología

Cirugía Gral y Digestiva

Digestivo

Ginecología-Obstetricia

Hematología Clínica

Medicina Intensiva

Medicina Interna

Nefrología

Oncología Médica

Pediatría

Traumatología y C. Ortopédica

Urgencias

Urología

Otros

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo Minutos Horas Días Meses

Datos clínicos

Los síntomas aparecieron:

- Durante la transfusión
- Posterior a la transfusión en las siguientes horas
- No hubo síntomas se descubrió por

Los síntomas y signos presentados por el paciente fueron:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor lumbar
- Hemaglobinuria
- Hipotensión
- Ninguno
- Otros

El paciente requirió

- Ingreso en UVI
- Diálisis renal
- Otros

Estudio de la Reacción

ESTUDIO SEROLÓGICO

A. Pretransfusional

Grupo ABO: Rh(D)

Escrutinio Acs. Irregulares

Positivo Negativo No Realizadas

Identificación Acs. Irregulares

Pruebas cruzadas

Positivas Negativas No Realizadas

B. Postransfusional

Realizadas No Realizadas

1. Grupo ABO, Rh (D) y Coombs Directo (CD) del paciente y de las unidades transfundidas

M. Pretransfusional paciente (repetición del estudio con muestra archivada)						
Anti A	Anti B	Hematies A1	Hematies B	Anti D	CD	Grupo ABO y Rh
<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	

M. Postransfusional paciente (muestra extraída tras reacción hemolítica)						
Anti A	Anti B	Hematies A1	Hematies B	Anti D	CD	Grupo ABO y Rh
<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	

Muestras de las unidades transfundidas							
Unidad	Anti A	Anti B	Hematies A1	Hematies B	Anti D	CD	Grupo ABO y Rh
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo	

2. Escrutinio Acs. Irregulares

M. Pretransfusional: Positivo Enzimas Positivo ATG Negativo

M. Postransfusional: Positivo Enzimas Positivo ATG Negativo

3. Identificación Acs. Irregulares

M. Pretransfusional

M. Postransfusional

4. Eluido

Positivo Negativo No Procede Realizado

Identificación:

5. Pruebas cruzadas

M. Pretransfusional	
Unidad	ATG
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="radio"/>

M. Postransfusional	
Unidad	ATG
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="radio"/>

¹Obligatorio rellenar el campo "Unidad" y una de las pruebas

OTROS ESTUDIOS

El componente se infundió por:

Vía específica para la infusión:

Vía utilizada para administrar otra medicación (Especificar)

¿Se realizó cultivo componente?

Si

No

Resultados

¿Se realizó hemocultivo al enfermo?

Si

No

Resultados

En caso de una unidad/es implicadas, ¿se devolvió la unidad al banco?

Si

No

Conclusión del Estudio

La reacción transfusional se catalogaría 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

En su opinión cuál ha podido ser la causa del incidente (detallar):

¿La reacción hemolítica fue originada por un error en la administración del componente?

Si

No

Cuantificación de la gravedad

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

Imputabilidad

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

CONFIDENCIAL