**FORMATO DE INVESTIGACIÓN PARA REACCIONES TRANSFUSIONALES**

**Datos del paciente**

Nombre completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expediente No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo H\_\_\_\_ M\_\_\_\_

Diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de transfusión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se reporta la sospecha de reacción transfusional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La transfusión se realizó en: Agudos\_\_\_\_ Quirófano\_\_\_\_ UCI\_\_\_\_ Hospitalización\_\_\_\_\_\_\_\_

CENIAQ\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos del componente sanguíneo**

Tipo de unidad: CE\_\_\_\_ PFC\_\_\_ Plaquetas\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Características: Leucorreducido\_\_\_ Leucodepletado\_\_\_ Lavado\_\_\_ Desplasmatizado\_\_\_

Número de unidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Volumen de unidad\_\_\_\_\_\_ Volumen transfundido\_\_\_\_\_\_\_

Procedencia de la donación: Altruista\_\_\_ Autóloga\_\_\_ De reposición\_\_\_ Dirigida\_\_\_

**Datos clínicos**

**Los signos y síntomas presentados por el paciente fueron (marque con una x)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fiebre**  |  | **Disnea** |  | **Desaturación de O2** |  | **Retención de CO2** |  |
| **Hipotensión** |  | **Escalofríos** |  | **Petequias**  |  | **Edema pulmonar** |  |
| **Hipertensión** |  | **Náuseas** |  | **Dolor lumbar**  |  | **Síncope**  |  |
| **Taquicardia**  |  | **Vómitos** |  | **Ictericia** |  | **Diaforesis**  |  |
| **Urticaria** |  | **Estado de choque** |  | **Coluria** |  | **Hemorragia**  |  |
| **Taquipnea** |  | **Cianosis** |  | **Seroconversión** |  | **CID** |  |
| **Otros (Especificar):** |  |

Estado del paciente, a consecuencia de la complicación:

Ingresó a UCI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ventilación mecánica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El tratamiento inmediato de la reacción transfusional fue:

1. Suspender transfusión\_\_\_ b) Diuréticos \_\_\_ c) Esteroides\_\_\_ d) Antihistamínicos\_\_\_

**Estudio de la reacción. ¿La unidad se devolvió al banco de sangre? Si\_\_\_ No\_\_\_**

**Aviso de privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación de reacciones transfusionales, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

**1.- Pretransfusional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo AB0** | **Grupo Rh (D)** | **Fenotipo** |
| **Investigación ACs Irregulares**  |  | **Positivo**  |  | **Negativo**  |  | **No realizado**  |  |
| **Identificación de ACs Irregulares** |  | **Positivo**  |  | **Negativo**  |  | **No realizado**  |  |
| **Observaciones:**  |
| **Pruebas de compatibilidad**  | **Se realizaron**  |  | **No se realizaron**  |  |
| **Prueba mayor**  | **Compatible** |  | **No compatible**  |  |
| **Prueba menor** | **Compatible**  |  | **No compatible**  |  |

**Estudio de la reacción**

**2.- Postransfusional**

**Se realizó Si \_\_ No\_\_\_**

**Grupo AB0, Rh (D) y Coombs Directo (CD) del paciente y de las unidades transfundidas.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Anti-A** | **Anti-B** | **Glóbulos rojos** | **Anti-D** | **CD** | **Grupo AB0 y Rh** |
|  | **A1** | **B** |  |  |  |
| **M. Pretransfusional** |  |  |  |  |  |  |  |
| **M. Postransfusional**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Unidad No.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Unidad No.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Unidad No.**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pruebas de compatibilidad postransfusional**  | **Se realizaron**  |  | **No se realizaron**  |  |
| **Prueba mayor** |
| **No. Unidad**  | **Compatible** |  | **No compatible** |  |
|  | **Compatible** |  | **No compatible** |  |
| **Prueba menor** |
| **No. Unidad**  | **Compatible** |  | **No compatible** |  |
|  | **Compatible** |  | **No compatible** |  |

**Identificación de Acs irregulares**

**M. Pretransfusional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**M. Postransfusional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otros estudios:**

**1.- El componente se infundió por: Vía especifica para la infusión\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vía no específica para transfusión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.- ¿Se realizó cultivo de la unidad? Si\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_**

**3.- ¿Se realizó hemocultivo al paciente? Si\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_**

**CONCLUSIONES DEL ESTUDIO**

**1.- La reacción transfusional se clasifica como: (Marcar con una x)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hemolítica aguda inmune por incompatibilidad AB0** |  |
| **Hemolítica aguda inmune no AB0** |  |
| **Hemolítica aguda no inmune**  |  |
| **Hemolítica inmune de tipo tardía o retardada** |  |
| **Febril no hemolítica**  |  |
| **Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Comentarios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**En el caso que haya sido por error en la administración del componente, indicar el/los fallos que se produjeron: (Marcar con una x)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 otro paciente** |
|  | **Las pruebas de compatibilidad se efectuaron incorrectamente** |
|  | **Las pruebas de compatibilidad se efectuaron con las muestras de otro paciente** |
|  | **No se efectuaron pruebas de compatibilidad o se efectuaron de forma incompleta** |
|  | **En el último momento el Banco de Sangre suministró un componente erróneo** |
|  | **No se identificó activamente el receptor antes de la transfusión** |
| **Otra causa:**  |

**¿El caso ha sido comunicado al comité de medicina transfusional? Si\_\_\_ No\_\_\_**

**CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA TRANSFUSION**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1: Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa** |
|  | **2: Signos inmediatos con riesgo vital (morbilidad mayor)** |
|  | **3: Morbilidad a largo plazo (secuelas)** |
|  | **4: Muerte del paciente**  |

**IMPUTABILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GRADO 0: EXCLUIDA (la evidencia permite descartar a la transfusión como causa de la reacción adversa)** |
|  | **GRADO 1: POSIBLE (la evidencia no permite establecer que la transfusión sea la única causa de la reacción adversa, sino que ésta también podría explicarse por causas diferentes)** |
|  | **GRADO 2: PROBABLE (la evidencia está a favor de atribuir la causa de la reacción adversa a la transfusión del componente sanguíneo)** |
|  | **GRADO 3: SEGURA (la evidencia es concluyente para atribuir a la transfusión la causa de la reacción adversa)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsable de la indicación de la transfusión****Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Especialidad médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Número de Cédula profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA**  | **Responsable de banco de sangre****Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Especialidad médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Número de Cédula profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA** |

|  |
| --- |
| **Personal de banco de sangre que realizó el estudio de reacción transfusional****Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Especialidad médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Número de Cédula profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA**  |