



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Secretaría Salud

# RED DISTRITAL DE BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PROGRAMA DE HEMOVIGILANCIA



RED SANGRE BOGOTÁ D.C.

## FORMATO PARA EL REPORTE DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION DE SANGRE TOTAL O POR AFÉRESIS

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL BANCO DE SANGRE

a. NOMBRE BANCO DE SANGRE \_\_\_\_\_ b. CODIGO NACIONAL \_\_\_\_\_

### 2. TIPO DE DONACION

a.  SANGRE TOTAL b.  AFERESIS Componente Obtenido por Aféresis \_\_\_\_\_

d. FECHA DE LA DONACIÓN: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ e. HORA INICIO DE LA DONACIÓN: \_\_\_\_\_ a.m.  p.m.

f. LUGAR DE LA DONACIÓN:  Intramural  Extramural

### 3. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE

a. NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ b. EDAD (años): \_\_\_\_\_ c. SEXO:  Masculino  Femenino

d. HEMOGLOBINA \_\_\_\_\_ g/dL e. HEMATOCRITO \_\_\_\_\_ % f. PESO \_\_\_\_\_ Kg. g. TENSIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ mmHg

h. TIPO DE DONANTE:  Autólogo  Voluntario primera vez  Voluntario repetitivo  
 Dirigido específico  Dador por reposición  Voluntario no repetitivo

i. TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

### 4. IDENTIFICACION DE LA REACCION ADVERSA A LA DONACION (RAD)

a. FECHA DE LA REACCIÓN: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ b. HORA DE INICIO DE LA REACCION: \_\_\_\_\_ a.m.  p.m.

c. MOMENTO DE PRESENTACION DE LA REACCION:  Durante la Donación  Posterior a la Donación

b. ANTECEDENTES DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN: SI  NO

### 5. CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD DE LA RAD (de acuerdo a signos y síntomas presentados durante la reacción)

#### 5.1 REACCIÓN VASOVAGAL

##### LEVE

- |                                      |                                                                                   |                                     |                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palidez     | <input type="checkbox"/> Debilidad                                                | <input type="checkbox"/> Sudoración | <input type="checkbox"/> Náuseas        |
| <input type="checkbox"/> Vómito      | <input type="checkbox"/> Somnolencia                                              | <input type="checkbox"/> Vértigo    | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Parestesias | <input type="checkbox"/> Cefalea                                                  | <input type="checkbox"/> Cianosis   | <input type="checkbox"/> Escalofrío     |
| <input type="checkbox"/> Taquipnea   | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (menor a 15 mm Hg) |                                     |                                         |

**MODERADA:** (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- |                                      |                                                                                   |                                          |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rigidez     | <input type="checkbox"/> Temblor                                                  | <input type="checkbox"/> Cefalea intensa |
| <input type="checkbox"/> Disnea      | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia (menos de 30 segundos)             |                                          |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (menor a 30 mm Hg) |                                          |

**SEVERA:** (uno o más signos o síntomas de reacción leve o moderada más uno o varios de los siguientes)

- |                                                   |                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones             | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia (mayor de 30 segundos)                |
| <input type="checkbox"/> Relajación de esfínteres | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (mayor a 30 mm Hg)    |
| <input type="checkbox"/> Dolor precordial         | <input type="checkbox"/> Traumatismo por caída secundaria a pérdida de la conciencia |

OTROS SIGNOS O SINTOMAS: \_\_\_\_\_

#### 5.2 REACCIÓN POR VENOPUNCION

##### LEVE:

- Hematoma circunscrito al sitio de punción (diámetro menor 1 cm)
- Inflamación circunscrita al sitio de punción

**MODERADA:** (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- Dermatitis
- Hematoma con diámetro superior a 1 cm
- Inflamación extendida más allá de la fosa anticubital

**SEVERA:** (uno o más signos o síntomas de reacción moderada más uno o varios de los siguientes)

- |                                           |                                    |                                                  |
|-------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Punción arterial | <input type="checkbox"/> Celulitis | <input type="checkbox"/> Síndrome compartimental |
| <input type="checkbox"/> Lesión nerviosa  | <input type="checkbox"/> Causalgia | <input type="checkbox"/> Fístula arterio-venosa  |

Otros signos o síntomas: \_\_\_\_\_

**5.3 REACCIÓN DE TOXICIDAD POR CITRATO (AFÉRESIS):**

**LEVE:**

- Parestesias peribucales o acras                       Fatiga                       Ansiedad

**MODERADA:** (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- Espasmos musculares  
 Chvostek  
 Trousseau

**SEVERA:** (uno o más signos o síntomas de reacción moderada más uno o varios de los siguientes)

- Tetania                       Arritmias cardiacas                       Convulsiones                       Broncoespasmo  
 Laringoespasmo                       Hipotensión                       Falla cardiaca                       Prolongación QT

Otros signos o síntomas: \_\_\_\_\_

**Resultados de Laboratorio:**

- Calcio sérico ionizado \_\_\_\_\_                       Magnesio sérico \_\_\_\_\_

**5.4 RESUMEN CLASIFICACION DE SERVERIDAD DE LA RAD**

- |                                |                               |                                   |                                 |                                      |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Reacciones Vasovágales:</b> | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |
| <b>Reacciones Venopunción:</b> | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |
| <b>Toxicidad por citrato:</b>  | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |

**5.5 RESUMEN CLASIFICACION TEMPORALIDAD DE LA RAD**

- Inmediata (durante la donación o entre las 2 horas siguientes)                       Tardía (2 horas después de la donación)

**6. MANEJO MÉDICO Y EVOLUCION DE LA RAD**

**6.1 Procedimientos médicos y terapéuticos realizados:** \_\_\_\_\_

**6.2 El donante se remite a un servicio de salud?** NO  SI  IPS/Servicio: \_\_\_\_\_

**6.3. Signos y Síntomas**

**Durante la Reacción**

**Antes de salir del banco de sangre**

- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Presión arterial        | _____ mm Hg                | _____ mm Hg                |
| b. Frecuencia cardiaca     | _____ latidos/minuto       | _____ latidos/minuto       |
| c. Frecuencia respiratoria | _____ respiraciones/minuto | _____ respiraciones/minuto |
| d. Temperatura             | _____ grados centígrados   | _____ grados centígrados   |

**7. SEGUIMIENTO DEL DONANTE (comunicación telefónica o personal)**

|        |                          |                                         |
|--------|--------------------------|-----------------------------------------|
|        | <b>Asintomático</b>      | <b>Sintomático</b>                      |
| Día 1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |
| Día 7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |
| Día 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |

**8. ESTATUS DEL DONANTE PARA FUTURAS DONACIONES**

- a. Apto                       b. Diferido temporal                       c. Diferido permanente                       d. Sin definir

Nombre profesional que valoró la RAD: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Registro Profesional: \_\_\_\_\_

