| **DISTRIBUCIÓN:** | |
|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | **RESPONSABLE** |
| Dirección | Jefe de la Unidad de Calidad |
| Hematología | Jefe de la Unidad de Hematología |
| Enfermería | Coordinadora de Enfermería |
| | |
| | |

| **SUMARIO DE MODIFICACIONES** | | |
|---|---|---|
| REVISIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN |
| A | 29/01/07 | Primera edición |
| | | |

| PREPARADO | REVISADO Y APROBADO |
|---|---|
| Nombre: Marga Alcover<br>Cargo: Coordinadora de Enfermería<br>Fecha: 29/01/07 | Nombre: Joan Bargay<br>Cargo: Jefe de Unidad de Hematología<br>Fecha: 29/01/07 |
| La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en la Intranet de Hospital Son Llàtzer. Existe una única copia papel autorizada y controlada en poder del Coordinador de Calidad, por lo que cualquier otro documento papel se considerará copia no controlada. | |

**Ausencia, en la prueba sérica, de una aglutinación esperada, (Falsos negativos)**

POSIBLES CAUSAS:
1. Ausencia o concentración muy baja de anti-A o anti-B (pacientes ancianos, caquécticos, neoplásicos, hepatópatas, inmunodeprimidos, etc. Al nacer se carece de anti-A o anti-B, comenzando a aparecer a los 6 meses.
2. Errores de técnica: no adición del suero, equivocación de muestras, reactivos de prueba celular en mal estado (falsos negativos en prueba celular)
3. Subgrupos A o B muy débiles (interpretados en p. Celular como de grupo O)
4. Presencia de hemolisinas en el suero (lisan los hematíes sin formarse aglutinados).
5. Paciente transfundido recientemente con grandes cantidades de sangre no isogrupo (Paciente A o B transfundido con O, AB transfundido con A o B). (En estos casos suele presentarse una doble población en la prueba Celular)
6. Paciente trasplantado con medula ósea no isogrupo.

**Presencia, en la prueba sérica, de una aglutinación no esperada, (Falsos positivos)**

POSIBLES CAUSAS:
1. Presencia en el suero de algún aloanticuerpo activo a temperatura ambiente cuyo antígeno se encuentra en los hematíes utilizados (anti $A_1$, M, N, P, Lewis o Lutheran).
2. Presencia de autoanticuerpos, especialmente crioaglutininas.
3. Errores de técnica: equivocación de muestra, contaminación de la suspensión de hematíes, centrifugación insuficiente, restos de fibrina, etc. Falsos positivos en la p. Celular .
4. Modificaciones patológicas del fenotipo de los hematíes: Algunas infecciones bacterianas tienen la capacidad de transformar moléculas de especificidad $A_1$ en moléculas de especificidad B ("B adquirido"). También pueden surgir poblaciones de hematíes discordantes en algunos procesos leucémicos.
5. Paciente transfundido recientemente con grandes cantidades de plasma no isogrupo (vg. AB transfundido con plasma A o B)
6. Paciente trasplantado con medula ósea no isogrupo.
7. Presencia de restos de fibrina.
8. Variantes débiles de A o B.

**Ausencia, en la prueba celular, de una aglutinación esperada, (Falsos negativos)**

POSIBLES CAUSAS:
1.Variantes débiles de A o B.
2. Quimera genétia.
3. Quimera o doble población debido a transfusiones o transplantes de médula ósea no isogrupo.
4. Concentraciones altas de sustancias solubles A o B que inhiben la actividad de los antisueros reactivos.

**Presencia, en la prueba celular, de una aglutinación no esperada, (Falsos positivos)**

1. Poliaglutinación debido a activación Tn o antígeno B adquirido.
2. Presencia en la muestra de sustancias como colorantes, macromoléculas o gelatina de Wharton.
3. Quimera o doble población debido a transfusiones o transplantes de médula ósea no isogrupos.
4. Presenia de hematíes recubiertos de anticuerpos.

## CONDUCTA INICIAL ANTE UNA DISCREPANCIA CELULAR-SERICA:

1) Comprobar que las muestras y los reactivos son los correctos y se hallan en buenas condiciones.
2) Repetir la prueba celular utilizando la técnica en gel.
3) Repetir la prueba sérica en gel:
   a) introduciendo un control "auto" (hematíes del paciente al 0.8% con su propio suero)
   b) introduciendo una célula $A_2$ si se trata de un paciente A
   c) potenciando la reacción: - añadiendo doble dosis de suero (100 ul)
      - incubando 15 minutos a 4ºC
4) Realizar un escrutinio de anticuerpos irregulares para descartar la presencia de aloanticuerpos.
5) Si se trata de un paciente A determinar el subgrupo.

   Si la discrepancia persiste o no se aclara:

6) Tomar una nueva muestra al paciente y repetir las dos pruebas
7) Averiguar los procesos patológicos del paciente y su historia transfusional reciente.
8) Investigar subgrupos débiles (ver ficha correspondiente)

INFORMAR SIEMPRE AL HEMATÓLOGO DE ESTAS DISCREPANCIAS

| |
|---|
| EN CASO DE DUDA ELEGIR SIEMPRE LA OPCIÓN MENOS PELIGROSA PARA EL RECEPTOR |

(Duda entre A o O: transfundir O / duda entre AB y A: transfundir A)