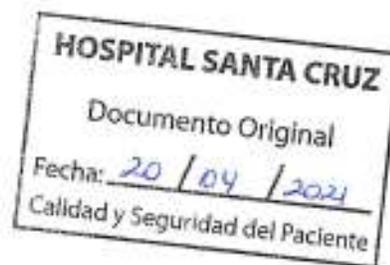
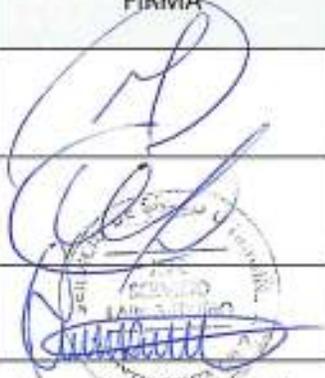


| | | |
|---|---|---|
|  Hospital Santa Cruz Colchagua | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN



| | NOMBRE | FECHA | FIRMA |
|----------------|--|------------|--|
| Elaborado por: | María José Santana Valenzuela TM. Encargada Unidad de Medicina Transfusional | Abril 2021 |  |
| Revisado por: | Vanessa Cavieres Álvarez Tecnólogo Médico de atención de donantes | Abril 2021 | |
| Aprobado por: | César Rodríguez Duque Jefe Laboratorio y UMT | Abril 2021 | |

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APTr 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

1.- OBJETIVOS

Entregar a los profesionales médicos y no médicos, una herramienta estandarizada para detectar, reconocer, investigar, manejar, registrar y notificar las reacciones adversas a la transfusión de componentes sanguíneos. Entregar a los tecnólogos médicos de la UMT, una herramienta estandarizada para realizar correcta y oportunamente la vigilancia activa de la actividad transfusional.

2.- ALCANCE

Este Protocolo está dirigido a los médicos clínicos y a todos los profesionales del Hospital de Santa Cruz involucrados en el proceso de la terapia transfusional.

3.- DEFINICIONES

- **Despacho de transfusión:** procedimiento que incluye la recepción de una Solicitud de Transfusión, la realización de pruebas de compatibilidad, identificación de los componentes sanguíneos compatibles y registros.
- **Identificación del paciente:** procedimiento que incluye la verificación de identidad, recontrol del grupo sanguíneo y registros.
- **Instalación de transfusión:** procedimiento que incluye la información que se entrega al paciente, control de signos vitales, punción venosa, observación y registros.
- **Transfusión efectiva:** transfusión despachada e instalada a un paciente.
- **Vigilancia activa:** procedimiento que incluye todas las actividades relacionadas con el reconocimiento, control, diagnóstico y manejo de las reacciones adversas asociadas a la transfusión de componentes sanguíneos: observación del paciente, control de signos pre y post transfusionales, informar al médico responsable del paciente y otros profesionales involucrados, registrar, notificar cuando corresponda, evaluar y analizar.

4.- RESPONSABLES

- **Médico que indica la transfusión:** es responsable del reconocimiento, imputabilidad y manejo de los posibles efectos adversos.
- **Tecnólogo médico que despacha la transfusión:** es responsable de verificar la identidad del paciente y recontrolar el grupo sanguíneo inmediatamente antes de la instalación del componente.

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APTr 1.2 | |
| | PROCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

- **Profesional del servicio clínico:** Es el responsable de la instalación, así como de controlar y registrar su estado general y, los signos y síntomas iniciales. Son responsables de vigilar y controlar al paciente mientras dure la transfusión y retirarla cuando ella termine, así como de reconocer y notificar cualquier reacción o efecto adverso al médico responsable del paciente y a la UMT.
- **Comité de Transfusión:** es el responsable de revisar, evaluar y auditar el manejo de las reacciones adversas causadas por la transfusión de componentes sanguíneos.

5.- DESARROLLO

5.1 El médico tratante y los profesionales involucrados en la terapia transfusional deben vigilar y controlar los posibles efectos adversos causados por la transfusión de componentes sanguíneos, de acuerdo al procedimiento descrito en este documento.

5.2 La clasificación de las reacciones adversas a la transfusión se encuentra descrita en el ANEXO N° 1.

5.3 El control de la transfusión, así como el diagnóstico, manejo y evaluación de reacciones adversas asociadas a la transfusión de componentes sanguíneos se registra en la hoja de reacciones adversas (ANEXO 2). Este formulario se entrega junto con las unidades a transfundir. Los primeros registros (identificación y recontrol del paciente), los realiza el TM que despacha la transfusión. Luego en la misma hoja, el profesional que toma los signos vitales iniciales y controla el procedimiento registra en el mismo formulario. Los registros los completa el profesional que realiza el último control y retira la transfusión. Una vez completado, el original debe devolverse a la UMT y la copia archivarse en la Ficha Clínica del paciente. El formulario original sirve para completar los registros, analizar los resultados de la hemovigilancia y entregar información al Comité de Transfusión.

6.- REVISIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

| Revisión | Fecha | Cambios |
|-----------|------------|----------------------|
| Versión 1 | Abril 2021 | Se revisa contenido. |

| | | |
|---|--|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERISTICA: APTr 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

7.- DISTRIBUCIÓN

- UMT Hospital Santa Cruz.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Dpto. Emergencia Adulto Pediátrica.
- Urgencia Maternal.
- Pabellón Quirúrgico.
- UPC Adulto.
- Neonatología
- Pediatría
- Dpto. de la Mujer.
- Dpto. del Adulto.

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

8.- ANEXOS

ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN

| Tipo de Reacción | Característica |
|---|---|
| <i>1. Reacciones hemolíticas inmunes:</i> | |
| a. Inmediatas | Causadas por incompatibilidad grupo clásico ABO |
| b. Tardías | Causadas por anticuerpos preexistentes contra otros grupos antigénicos eritrocitarios, en pacientes isoimmunizados. |
| <i>2. Reacciones no hemolíticas inmunes:</i> | |
| a. Reacción febril transfusional | Por anticuerpos anti leucocitarios potentes (HLA y HNA), anticuerpos anti plaquetarios específicos o presencia de citoquinas. |
| b. Reacción anafiláctica | Por anticuerpos contra proteínas, anti-Igs. |
| c. Púrpura trombocitopénico post-transfusional | Por aloanticuerpos anti plaquetarios |
| d. Enfermedad de injerto versus huésped | Linfocitos de donante destruyen antígenos del receptor |
| e. Inmunomodulación inducida por transfusión | Componente leucocitario y citoquinas. (Patogenia actual en estudio). |
| f. Injuria pulmonar aguda inducida por transfusión (TRALI: transfusion related acute lung injury) | Por anticuerpos anti HNA o HLA y otros mecanismos en estudio. |
| <i>3. Reacciones no hemolíticas no inmunes:</i> | |
| a. Metabólicas | Hipocalcemia. Hiperpotasemia |
| b. Hemodinámicas | Sobrecarga circulatoria, edema pulmonar agudo cardiogénico, insuficiencia cardíaca congestiva. |
| c. Infecciosas | HIV, Hepatitis B y C, Chagas, Sífilis, otras. |

| | | |
|--|---|---|
|  Hospital Santa Cruz Calle 10 de Agosto, C. Colón, P.R. | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

1. a. Reacción transfusional hemolítica inmediata

La gran mayoría de este tipo de reacción se debe al error humano en la identificación del receptor correcto ya que involucra incompatibilidad ABO. Su incidencia es aproximadamente de 1 en 100.000 unidades transfundidas. Un 20% de estas equivocaciones se producen en el momento de la toma de muestra e identificación del tubo del paciente, por lo cual cobra importancia el recontrol del grupo sanguíneo previo a administrar la transfusión.

Las reacciones transfusionales agudas pueden ocurrir rápidamente después de la transfusión (dentro de 24 horas).

Presentación clínica

Esta reacción se correlaciona con la velocidad e intensidad de la hemólisis intravascular. El volumen de sangre o glóbulos incompatibles transfundidos es importante para determinar la gravedad y el pronóstico de la reacción. Un porcentaje importante de pacientes con Incompatibilidad ABO, no presenta síntomas. En otros casos, la sintomatología se inicia a los pocos minutos de iniciada la transfusión con calor y dolor local en la zona de infusión, opresión precordial, disnea, lumbalgia, sensación febril y calofríos, náuseas y en ocasiones vómitos. Los signos se expresan por fiebre (sobre 38,5° C), hipotensión arterial, hemoglobinemia y oliguria en etapas más tardías. En el paciente inconsciente, los signos más importantes serán hipotensión y hemorragia incontrolable. La muerte puede producirse si se instala una falla renal.

Diagnóstico

- La transfusión debe detenerse de inmediato y mantener vía venosa con solución cristalóide.
- Debe darse aviso de inmediato a la Unidad de Medicina Transfusional para que inicie investigación de la reacción; también se debe enviar a la UMT la bolsa causante de la reacción y una muestra postransfusional del paciente. Un simple diagnóstico de hemólisis intravascular puede hacerse tomando una muestra de sangre y post centrifugación se observa un color rosado en el plasma o suero sobrenadante.
- El color de la orina del paciente cambia en presencia de hemoglobinuria.

Tratamiento

- Evaluar traslado a UPC / UTI para monitorización permanente del paciente.
- Lo más importante en las primeras etapas es manejar la hipotensión que puede comprometer la reducción de flujo sanguíneo renal y desarrollo de oliguria.
- Asegurar aporte de cristalóides, acompañados de diuréticos como furosemida y manitol.
- En general pueden encontrarse elementos de laboratorio de CID sin evidencias clínicas por lo que la necesidad de heparinización es discutible.

| | | |
|---|--|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERISTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

1. b. Reacción transfusional hemolítica tardía

Se define como aquella en la cual la hemólisis se produce entre 3 y 13 días post transfusión. Se explica por el desarrollo de una respuesta inmune secundaria a antígenos eritrocitarios, en un paciente inmunizado por transfusiones previas o embarazo. La aparición de una anemia inexplicada, ictericia y fiebre después de días de haber recibido una transfusión, debe hacer pensar en una reacción hemolítica tardía.

Diagnóstico

- Sospecha ante desarrollo de anemia.
- Al haber hemólisis extravascular se produce aumento de bilirrubina.
- Test de antiglobulina directa será positivo en la medida en que no se haya hemolizado esa población eritrocitaria.
- El examen de la muestra postransfusional permite detectar el aloanticuerpo causal. (Test de antiglobulina indirecto positivo).

Tratamiento y prevención

Una vez hecho el diagnóstico e identificado el anticuerpo causal de la reacción, las siguientes unidades a transfundir deberán ser estudiadas y ser antígeno negativas.

2. a. Reacción transfusional febril no hemolítica (RTFNH)

Esta es la más frecuente de las reacciones adversas a la transfusión. Su incidencia es de 0.5% y aumenta en pacientes politransfundidos. Estas reacciones no poseen la gravedad de una reacción hemolítica, pero son muy molestas para el paciente. Se debe a la presencia de anticuerpos anti leucocitarios en el receptor que reaccionan con los leucocitos del donante. Generalmente están involucrados antígenos HLA y de granulocitos.

Diagnóstico

Síntomas como calofríos y fiebre pueden producirse a los 30 – 60 minutos de iniciada la transfusión o después de varias horas de finalizada. Los calofríos en general preceden a alza térmica de al menos 1º C.

Tratamiento y prevención

- La transfusión debe detenerse de inmediato hasta descartar que estas manifestaciones correspondan al inicio de una reacción hemolítica.
- Mantener vía permeable con solución fisiológica.
- Administrar antipirético.
- Si el cuadro cede, si se demuestra que el paciente es politransfundido, y en aquellos pacientes que han tenido al menos dos episodios de reacciones transfusionales febriles severas, en el futuro sólo se indicarán componentes sanguíneos leucorreducidos o leucodepletados, con el fin de evitar esta reacción. La filtración reduce la carga leucocitaria inicial de $< 1,2 \times 10^9$ a menos de 5×10^6 .

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

- El uso rutinario de componentes sanguíneos leucorreducidos, disminuye significativamente la RTFNH.

2. b. Reacción transfusional anafiláctica

El rash urticarial es una de las reacciones más frecuentes a la administración de plasma o de cualquier otro componente que contenga plasma. El eritema activo – urticaria, y el prurito pueden ser manejados con antihistamínicos y suspendiendo momentáneamente la transfusión. Se ha involucrado como elemento patogénico el desarrollo de anticuerpos contra la IgA de clase IgG.

Además de esta reacción, personas deficientes en IgA pueden manifestar una reacción anafiláctica severa (shock); se recomienda que reciban componentes de donantes deficientes en IgA, o se deberían utilizar componentes lavados, con el fin de remover la IgA del plasma. Este componente no está disponible rutinariamente en las actuales UMT.

2. c. Púrpura trombocitopénico post transfusional

Este cuadro es muy infrecuente y se debe al desarrollo de anticuerpos anti plaquetarios (anti-HPA-1a) en aquel 2% de la población que es HPA-1a negativo. Generalmente se produce por sensibilización durante el embarazo y raramente por transfusiones previas.

Una semana pos transfusión el paciente desarrolla un síndrome purpúrico severo en el cual se destruyen las plaquetas homólogas (HPA-1a+), pero también las autólogas que no poseen el antígeno. El mecanismo involucrado en este fenómeno se desconoce. Una hipótesis sería la producción de complejos inmunes circulantes con adsorción a plaquetas autólogas por receptor de inmunoglobulinas y seguido por depuración de estos complejos.

La terapia recomendada es con grandes dosis de inmunoglobulina endovenosa y la plasmaféresis.

2. d. Enfermedad injerto contra huésped

Esta es una complicación inmunológica muy infrecuente, pero generalmente fatal. Se produce dentro de las 2 semanas de la transfusión, por la proliferación de linfocitos T inmunocompetentes del donante que desencadenan una respuesta inmune celular en un huésped (receptor) generalmente inmunocomprometido. Las características clínicas incluyen rash cutáneo, diarrea, fiebre, hepatitis y pancitopenia. Puede ser prevenida con el uso de componentes leucorreducidos e irradiados.

2. e. Inmunomodulación inducida por transfusión

Algunos estudios argumentan a favor de un efecto inmunosupresor de las transfusiones, en relación con una mayor tasa de infección bacteriana postoperatoria o una mayor tasa de cáncer colorrectal. También sobre un posible efecto beneficioso sobre la supervivencia de los trasplantes renales. No se conoce cuál es el componente sanguíneo con mayor impacto sobre el sistema inmunológico, aunque parecería que son los leucocitos – especialmente los linfocitos.

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

2. f. Injuria pulmonar aguda inducida por transfusión (TRALI)

TRALI (Transfusión Related Acute Lung Injury) es una grave complicación transfusional, considerada actualmente una importante causa de muerte asociada a transfusión (5 – 10% de los casos son fatales). Puede producirse cuando el plasma del donante contiene leuco aglutininas potentes incompatibles con los leucocitos del receptor. Se han reportado casos de TRALI con todos los tipos de componentes sanguíneos, especialmente los que contienen gran volumen de plasma. La patogenia ha sido dilucidada en parte y se cree que el cuadro se caracteriza por la activación (priming) de neutrófilos o del endotelio vascular pulmonar por mecanismos inmunológicos (anticuerpos anti HLA o HNA), y no inmunológicos. La incidencia reportada ha variado de 1 en 5.000 a 1 en 196.000 transfusiones.

Diagnóstico

- Reacción severa caracterizada por calofríos, fiebre, tos seca, disnea e hipoxemia severa que ocurre durante o hasta 6 horas después de la transfusión. Clínicamente, el síndrome puede ser caracterizado como un edema pulmonar no cardiogénico, aunque es muy difícil de distinguir de un distress respiratorio agudo de otra causa.
- Radiografía de tórax revela numerosos infiltrados pulmonares bilaterales. Ocasionalmente puede encontrarse leucopenia en el hemograma.
- Generalmente los síntomas se resuelven después de 48 – 96 horas.

Tratamiento y prevención

- No hay tratamiento específico.
- Manejo de soporte en UPC / UTI, ya que una importante proporción de los pacientes requiere de ventilación mecánica.
- Hasta el momento no existen medidas para identificar los componentes con alto riesgo de inducir TRALI; sin embargo, considerando que el principal factor patogénico es la presencia de anticuerpos anti-HLA en los componentes transfundidos es recomendable no utilizar plasma de donantes de sexo femenino.

3. a. Metabólicas

En pacientes con hepatopatías puede haber dificultad en metabolizar el citrato utilizado como anticoagulante en las unidades de sangre. La toxicidad del citrato provoca hipocalcemia (quelante del calcio) y por ende cambia excitabilidad neuromuscular (parestias, temblor fino, espasmos). En esta situación se debe disminuir la velocidad de infusión. Si no hay respuesta después de algunos minutos de observación se debe suspender la transfusión y administrar calcio endovenoso con monitoreo metabólico y cardíaco.

La hiperkalemia es un riesgo en situaciones de transfusión masiva, especialmente en paciente con daño renal. El potasio puede llegar a 17 mEq/lit después de semanas de almacenamiento en CPDA-1. En este tipo de pacientes se recomienda usar componentes de menos de 7 – 10 días.

| | | |
|--|---|---|
|  Hospital Santa Cruz | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERÍSTICA: APT _r 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

3. b. Hemodinámicas

En pacientes con patología cardíaca o pulmonar previa, la sobrecarga circulatoria es un riesgo real, pudiendo llegar incluso al edema pulmonar agudo (EPA). El manejo es similar a otros casos de edema pulmonar agudo cardiogénico. Para prevenirlo se debe mantener vigilancia estrecha de los pacientes con cardiopatía durante la transfusión e infundir los concentrados de glóbulos rojos a goteo lento (60 a 80 ml/hora).

3. c. Infecciosas

La posibilidad de transmisión de enfermedades está siendo cada vez más controlada en los servicios de sangre mediante diferentes medidas como:

- a) Selección cada vez más rigurosa de los donantes con entrevista personal y reservada.
- b) Solicitud de autoexclusión para aquellos donantes con conductas de riesgo
- c) Técnicas de detección de agentes infecciosos o anticuerpos, cada vez más sensibles y específicas:
 1. Anticuerpos anti-VIH
 2. Antígeno de superficie Hepatitis B (HBsAg)
 3. Anticuerpos anti-VHC
 4. Anticuerpos anti-Trypanosoma Cruzi (Chagas)
 5. VDRL (Sífilis)
 6. Anticuerpos anti-HTLV-I

En consecuencia, el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas por la terapia transfusional se ha reducido al mínimo.

| | | |
|---|---|---|
|  | CODIGO: HSC- UMT-09 | Versión: 02 Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2024 |
| | CARACTERISTICA: APT 1.2 | |
| | PROTOCOLO HEMOVIGILANCIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN | |

ANEXO 2

HOSPITAL SANTA CRUZ
 INSTITUTO DE TRANSFUSIÓN

CONTROL DE REACCIONES TRANSFUSIONALES

Nombre Paciente:

HISTORIAL: ROLFO DE

Apellido:

FOLIO:

Control individual de componentes sanguíneos:

| Fecha | Código componente | Fecha | Grupos sanguíneos | Grupos sanguíneos separados de la unidad | Grupos sanguíneos | Grupos sanguíneos | Fecha | Transfusión |
|-------|----------------------|-------|----------------------|---|----------------------|----------------------|-------|-------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Los siguientes datos registrelas al final de la transfusión:

Presión arterial: Pulso: Frecuencia cardíaca: Temperatura:

TIPO DE REACCIÓN:

1. ANEMIA RELATIVA:

2. REACCIÓN HEMOLÍTICA:

3. REACCIÓN ALÉRGICA:

4. REACCIÓN ALÉRGICA NO ALÉRICA:

5. REACCIÓN ALÉRGICA NO ALÉRICA:

6. REACCIÓN ALÉRGICA:

7. REACCIÓN ALÉRGICA:

8. REACCIÓN ALÉRGICA:

9. REACCIÓN ALÉRGICA:

10. REACCIÓN ALÉRGICA:

11. REACCIÓN ALÉRGICA:

12. REACCIÓN ALÉRGICA:

13. REACCIÓN ALÉRGICA:

14. REACCIÓN ALÉRGICA:

15. REACCIÓN ALÉRGICA:

16. REACCIÓN ALÉRGICA:

17. REACCIÓN ALÉRGICA:

18. REACCIÓN ALÉRGICA:

19. REACCIÓN ALÉRGICA:

20. REACCIÓN ALÉRGICA:

21. REACCIÓN ALÉRGICA:

22. REACCIÓN ALÉRGICA:

23. REACCIÓN ALÉRGICA:

24. REACCIÓN ALÉRGICA:

25. REACCIÓN ALÉRGICA:

26. REACCIÓN ALÉRGICA:

27. REACCIÓN ALÉRGICA:

28. REACCIÓN ALÉRGICA:

29. REACCIÓN ALÉRGICA:

30. REACCIÓN ALÉRGICA:

31. REACCIÓN ALÉRGICA:

32. REACCIÓN ALÉRGICA:

33. REACCIÓN ALÉRGICA:

34. REACCIÓN ALÉRGICA:

35. REACCIÓN ALÉRGICA:

36. REACCIÓN ALÉRGICA:

37. REACCIÓN ALÉRGICA:

38. REACCIÓN ALÉRGICA:

39. REACCIÓN ALÉRGICA:

40. REACCIÓN ALÉRGICA:

41. REACCIÓN ALÉRGICA:

42. REACCIÓN ALÉRGICA:

43. REACCIÓN ALÉRGICA:

44. REACCIÓN ALÉRGICA:

45. REACCIÓN ALÉRGICA:

46. REACCIÓN ALÉRGICA:

47. REACCIÓN ALÉRGICA:

48. REACCIÓN ALÉRGICA:

49. REACCIÓN ALÉRGICA:

50. REACCIÓN ALÉRGICA:

51. REACCIÓN ALÉRGICA:

52. REACCIÓN ALÉRGICA:

53. REACCIÓN ALÉRGICA:

54. REACCIÓN ALÉRGICA:

55. REACCIÓN ALÉRGICA:

56. REACCIÓN ALÉRGICA:

57. REACCIÓN ALÉRGICA:

58. REACCIÓN ALÉRGICA:

59. REACCIÓN ALÉRGICA:

60. REACCIÓN ALÉRGICA:

61. REACCIÓN ALÉRGICA:

62. REACCIÓN ALÉRGICA:

63. REACCIÓN ALÉRGICA:

64. REACCIÓN ALÉRGICA:

65. REACCIÓN ALÉRGICA:

66. REACCIÓN ALÉRGICA:

67. REACCIÓN ALÉRGICA:

68. REACCIÓN ALÉRGICA:

69. REACCIÓN ALÉRGICA:

70. REACCIÓN ALÉRGICA:

71. REACCIÓN ALÉRGICA:

72. REACCIÓN ALÉRGICA:

73. REACCIÓN ALÉRGICA:

74. REACCIÓN ALÉRGICA:

75. REACCIÓN ALÉRGICA:

76. REACCIÓN ALÉRGICA:

77. REACCIÓN ALÉRGICA:

78. REACCIÓN ALÉRGICA:

79. REACCIÓN ALÉRGICA:

80. REACCIÓN ALÉRGICA:

81. REACCIÓN ALÉRGICA:

82. REACCIÓN ALÉRGICA:

83. REACCIÓN ALÉRGICA:

84. REACCIÓN ALÉRGICA:

85. REACCIÓN ALÉRGICA:

86. REACCIÓN ALÉRGICA:

87. REACCIÓN ALÉRGICA:

88. REACCIÓN ALÉRGICA:

89. REACCIÓN ALÉRGICA:

90. REACCIÓN ALÉRGICA: