

Guia d'actuació per a l' assistència a pacients que rebutgen la transfusió de sang i components sanguinis

Comitè d' Ètica Assistencial (CEA)

Hospital Clínic, Barcelona

Desembre 2016

Comissió de treball de la Guia d' actuació en pacients que rebutgen tractament:

Coordinadors:

- Blanca Farrús – *Membre CEA, ICMHO*
- Misericordia Basora – *Membre CEA, Direcció Mèdica (Servei d'Anestèsia)*
- Pilar González – *Membre CEA, Serveis Jurídics*
- Ferran Masanés – *Membre CEA, ICMiD*

Grup de treball

- Pedro Castro – *Membre CEA, ICMiD (AVI)*
- Montserrat Venturas – *Membre CEA, ICT (Infermera coordinadora Sala)*
- Arturo Pereira – *CDB (Comissió Transfusions)*
- Francesc Carmona / Xavier Caparrós– *ICGON (Servei de Ginecologia)*
- Lluís Peri – *ICNU (Servei d'Urologia)*
- Fritz Diekmann – *ICNU (Servei de Nefrologia – Unitat Trasplantament Renal)*
- Lluís M. Lozano – *ICEMEQ (Servei de Cirurgia Ortopèdica)*
- Moisés Rios – *ICEMEQ (Servei de Cirurgia Ortopèdica)*
- Jordi Rumià / Jaume Caral (*ICN Servei de Neurocirurgia*)
- Guerson Benarroch – *ICMDM (Servei de Cirurgia Digestiva – Urgències)*
- Salvadora Delgado – *ICMDM (Servei de Cirurgia Digestiva)*
- José Ramon Fontenla – *ICOF (Servei d' Oftalmologia)*
- Laureano Molins / Marco Callejas – *ICT (Servei de Cirurgia Toràcica)*
- Manel Castellà / Jaume Mulet – *ICT (Servei de Cirurgia Cardiovascular)*
- Vicens Riambau – *ICT (Servei de Cirurgia Cardiovascular)*
- M^a Àngels Blasco Blanco – *Hospital Sagrat Cor - (Servei de Cirurgia General)*
- Neus Fabregat / Antonio Ayuso Gatell – *Hospital Plató (Serveis de Neurologia / Cirurgia General, Hospital Plató)*

Revisió document per Consultors externs:

- Josep Terés Quiles. *Comissió Deontologia. Col·legi de Metges. Barcelona.*
- Albert Royes. *Observatori de Bioètica i Dret.*
- Begoña Román. *Professora de Filosofia UB.*

Membres de la comissió de treball de la guia	1
Índex	3
1. Introducció	4
1.1. Objectius de la Guia	5
1.2. conflicte ètic	5
1.3. conflicte legal	5
1.4. Principis generals	6
1.5. Acceptació d'una actuació amb limitacions	6
1.6. Objecció de consciència	7
2. Guia d'actuació davant diferents situacions	8
2.1. CIRURGIA PROGRAMADA	8
2.1.1. SITUACIÓ A. Intervenció sense reserva de sang	8
2.1.2. SITUACIÓ B. Intervenció amb previsió moderada de sagnat	9
2.1.3. SITUACIÓ C. Intervenció amb previsió elevada de sagnat	10
Complicacions	10
2.2. SITUACIÓ URGENT	10
2.2.1. Pacient Inconscient	10
2.2.2. Pacient Conscient, Competent	11
2.2.3. Pacient Conscient, No Competent	11
2.3. En funció de edat i competència	11
2.3.1. PACIENTS ADULTS	11
2.3.1.1. Adult Competent	11
2.3.1.2. Adult No Competent i/o incapacitat legalment	12
2.3.2. MENORS d' edat	13
Bibliografia	14
Annex 1 – Accés als registres del DVAs dels pacients	15
Annex 2 – Diagrama Cirurgia PROGRAMADA (situacions A,B,C)	17
Annex 3 – Maneig sanguini (Patient Blood Management)	18
Annex 4 – Consentiment informat específic	20
Annex 5 – Diagrama situació URGENT (PACIENT INCONSCIENT) ...	21
Annex 6 – Diagrama situació URGENT (PACIENT CONSCIENT)	22
Annex 7 – Avaluació de la competència del pacient	23
Annex 8 – Servei Jurídic/Jutjat de Guàrdia/CEA/Atenció al client	24
Annex 9 – Preguntes freqüents	25
Annex 10 – Abreviatures	29

1. INTRODUCCIÓ

Els pacients atesos al nostre centre inclouen una gran varietat de col·lectius, amb diferents religions, cultures i ideologies. És necessari el respecte, la tolerància i l'acceptació d'aquest pluralisme.

A la pràctica, ens podem trobar amb el rebuig total o parcial d'un tractament com la transfusió de sang (TS) i de components sanguinis (SC) (hematies, plasma, plaquetes), ja sigui per por a la transmissió de malalties infeccioses (VHC, VIH) o per creences religioses, com les dels Testimonis de Jehovà (TJ)

Els TJ rebutgen actuacions que entenen com prohibides. Amb la TS o CS perden la seva dignitat i la seva condició de membres de la Comunitat religiosa. Rebutgen les TS i CS, però accepten derivats sanguinis com l'albumina, les immunoglobulines, els preparats per hemofílics i els trasplantaments d'òrgans. Els TJ rebutgen la donació autòloga preoperatòria però accepten l'autotransfusió i la diàlisi si no s'interromp la circulació.

Davant el rebuig a la TS i els CS es pot originar un conflicte de valors, tant del pacient com del professional sanitari. Tradicionalment, la resolució del conflicte ha estat, en la major part dels casos, sota criteri individual del professional, reportant inseguretat i vulnerabilitat pel pacient.

1.1. Objectius de la Guia:

- **Disminuir el grau de incertesa**
- **Orientar decisions dins del marc legal vigent**
- **Reflexió ètica consensuada**
 - **Drets dels malalts**
 - **Drets dels professionals**
 - **Valors d'una societat plural i lliure**
- **Recomenacions que es pretenen:**
 - **Ajudar a la presa de decisions sòlides i coherents èticament**
 - **Evitar la judicialització dels possibles conflictes entre drets i deures en cada situació**

Tot i els esquemes de recomanacions proposats en aquesta guia, les decisions han de ser individuals, perquè cada malalt és únic i també la situació que l'envolta.

1.2 conflicte ètic. Davant una negativa a rebre un tractament, es pot establir un conflicte entre els principis ètics de beneficència i no maleficència, que obliguen al professional sanitari a fer tot allò que sigui beneficiós pel malalt i a no fer-li mal per acció u omissió, i el principi d'autonomia, que obliga a respectar les decisions dels malalts. L'evolució de la societat cap a una prioritització de la llibertat i l'autonomia de les persones ha portat a supeditar els principis de beneficència i de no maleficència al d'autonomia, al considerar que el malalt té el dret a decidir, en tots els àmbits i també en el referent a la salut, allò que li sigui beneficiós, tenint en compte no només els criteris mèdics, sino també els valors, creences i conviccions personals. El contrari seria actuar contra el principi de no maleficència, ja que podria ocasionar un mal moral a una persona que, per la raó que sigui anteposa la seva llibertat (dignitat) a la seva vida.

1.3 conflicte legal. Fins fa uns anys l'escala de valors posava la vida per sobre de la llibertat. En compliment de la obligació de l'Estat de salvaguardar la vida de les persones, es considerava lícit administrar un tractament contra la voluntat del pacient i inclús el professional sanitari que no ho feia, podia ser acusat de delictes de cooperació al suïcidi o omissió del deure de socors, però ja la **constitució de 1978**, que reconeix tant el dret a la vida com la llibertat, no estableix cap jerarquia entre ells i, tant la **Llei de la Generalitat de Catalunya 21/2000** de 29 de desembre, com la del **Estat 41/2002** de 14 de novembre i l'**Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006)**, que regulen l'autonomia del pacient, deixen ben clar que qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hagi donat el seu consentiment, després d'haver sigut degudament informada. En el mateix sentit s'expressen el **Còdi Deontològic dels Col·legis de Metges de Catalunya (2005)** i el de la **Organització Mèdica Col·legial (OMC) (1978 – 1990 – 1999 – 22/7/2011)**, les Recomanacions del **Comitè de Bioètica de Catalunya (2010)**, **Observatori de Bioètica i Dret (2007)**, així com el **Codi Ètic del Col·legi d'Infermeria**, fent èmfasi, a més a més, que el metge ha de respectar les conviccions dels malalts i s'abstindrà d'imposar-li les pròpies. També a nivell internacional s'expressen el Conveni de drets humans i biomedicina del **Consell d'Europa (1997)** i el Manual d'Ètica Mèdica de la **World Medical Association**, entre altres documents.

Actualment la Societat s'ha desenvolupat i ha passat del patró paternalista, on el metge subordina els valors dels pacients al seu criteri buscant únicament la beneficència i no maleficència, al patró col·laboratiu, on l'anàlisi del benefici i risc es fa considerant els valors i interessos del pacient.

La Llei 14/1986, general de sanitat, també es refereix a la no-discriminació dels usuaris per raons morals, ideològiques... en l'àmbit de l'atenció sanitària pública.

La confessió dels Testimonis Cristians de Jehovà està inscrita en el Registre d'Entitats Religioses del Ministerio de Justícia.

1.4. Principis generals

1.4.1. Toda actuació assistencial requereix l'existència de consentiment. Com a norma aquest consentiment serà informat, excepte quan el malalt desitgi rebre una informació limitada. En aquest darrer cas signarà el document corresponent previst per aquestes situacions.

1.4.2. Ningú pot ser obligat a rebre tractament contra la seva voluntat.

1.4.3. El reconeixement dels drets requereix la capacitat d'exercir-los i la decisió del rebuig i comporta:

- Procés de correcta explicació i comprensió
- Actuar en plena llibertat, sense coaccions
- Ha d'esser una decisió individual

1.4.4. Només es justifica actuar sense consentiment en aquelles circumstàncies en que aquest és impossible d'obtenir i la situació no permet més dilació en la instauració del tractament per risc greu immediat per la vida. El Document de Voluntats Anticipades (DVA) vigent (testament vital) serà determinant.

1.4.5. La condició de TJ del pacient, lluny d'ocasionar un rebuig per part del professional, ha de donar lloc a un procés d'acollida per part de l'equip assistencial, amb eventual participació del servei d'atenció a l'usuari, amb la finalitat d'analitzar cada cas en particular, en funció de les característiques del malalt, de la malaltia i dels procediments terapèutics previstos, en el que, contemplant les diverses alternatives, s'estableixi el nivell de compromís a que es pugui arribar per part del pacient i de l'equip professional.

1.4.6. És lògic que els professionals se sentin incòmodes davant el rebuig del malalt al tractament que els ofereixen per ajudar-los i que ho percebin com un conflicte amb allò que consideren que ha de ser un objectiu professional bàsic. Però han de comprendre que l'objectiu professional inclou, no tan sols l'eficàcia dels tractaments contra la malaltia, sinó també al respecte a la integritat de la persona i a la seva llibertat de decisió i que, per tant, no es pot esgrimir una objecció personal o professional per justificar la imposició d'una actuació als pacients quan aquests la rebutgen explícitament. El professional ha de tenir en compte que d'una veritat científica no es deriva, forçosament, un deure ètic.

1.5. Acceptació d'una actuació amb limitacions

Es pot acceptar una actuació amb limitacions, però tenint en compte:

- **Les demandes han d'esser assolibles** (risc assumible, o no, tant pel malalt, com pel professional) i amb **condicionants acceptables**. Negar l'ajuda als malalts que posen una limitació amb risc hipotètic o poc probable, pot no ser raonable si el benefici de l'actuació és clar fins i tot amb la limitació.
- **Els professionals han** de valorar raonablement **el ventall de possibilitats**, amb ànim d'ajudar cada malalt, ponderant la balança de risc/benefici i respectant els criteris que són coherents amb el projecte vital del pacient. És cert que pactar la personalització de

l'actuació clínica implica una dificultat. Cal que, en fer-ho, els professionals distingeixin la contraindicació clara d'allò que és simplement sortir de la pràctica habitual. Els protocols clínics no han de limitar la personalització, és a dir, l'adaptació clínica a la variabilitat que representa cada malalt.

- Que un risc sigui assumible no vol dir que tothom l'hagi d'assumir. És lícita i comprensible certa variabilitat. En cada cas concret, els professionals responsables han de mirar fins on poden arribar en l'ajut al malalt. Fins i tot els professionals haurien de poder assumir el risc remot de que la situació greu sigui produïda accidentalment, com a conseqüència de la seva actuació.
 - Uns professionals **poden no acceptar** la limitació que se'ls demana per fer les actuacions. En aquest cas, però, han de tenir en compte el **no abandonament** del malalt, l'acompanyament que necessita i la possibilitat d'alternatives (derivació a altres companys).
 - Uns altres professionals **poden acceptar-les**. Però han de tenir en compte, amb transparència i cercant el consens de **l'equip**, de vegades nombrós, que les han de dur a terme (cirurgia, anestesiologia, reanimació, infermeria, etc.). S'haurà de buscar el consens.

1.6. L'objecció de consciència es refereix a no complir un deure legal d'actuació, quan aquest vulnera els valors individuals del professional. És el cas que el professional cregui que l'actuació és perjudicial en sí mateixa i en fa objecció de forma general (*per exemple la pràctica de l'avortament, esterilització voluntària o sedació a pacient terminal*). El professional de la salut té el dret d'exercir l'objecció de consciència quan creu que el deure vulnera la seva moral individual, però en el cas del rebuig a la transfusió de sang no es considera objecció de consciència quan el professional es vol abstenir d'actuar davant un pacient competent que demana que es respecti la seva autonomia, que ho faci en unes determinades condicions o que limiti l'ús dels procediments terapèutics habituals i el professional creu que plantejat així no pot assumir el risc. Malalt i professional coincideixen en el fet que l'actuació seria convenient, però aquest darrer no vol actuar en aquell cas sense les garanties que creu necessàries per fer-ho bé. Aquí el professional té una reticència, un escrúpol, a la forma d'aplicar un objectiu que en si mateix acceptaria sense les condicions que posa el malalt. Per regla general no s'admeten les objeccions de consciència departamentals, en tot cas l'objecció de consciència sempre s'ha d'argumentar, no poden ser respostes encriptades i s'ha de fer pública.

Segons el punt 14 de les recomanacions generals del document del COMB "EL REBUIG DE TRANSFUSIÓ DE SANG I HEMODERIVATS" del març 2012: "Si el metge després de ponderar el balanç entre els riscos i els beneficis considera un risc excessiu el procedir a la intervenció sense la reserva de sang, haurà de fer servir aquest argument. No es pot argüir l'objecció de consciència per imposar un tractament o negar l'assistència a una persona. Seria contradictori acceptar que un dret que protegeix la llibertat de pensament i religió es pot exercir per vulnerar el mateix dret d'una altra persona".

2. GUIA D'ACTUACIÓ DAVANT DIFERENTS SITUACIONS

Els professionals de l'Hospital poden fer una consulta al CEA, de forma urgent si és necessari, sempre que tinguin dubtes de caire ètic en relació a la conducta a seguir en cas de conflicte amb el pacient o familiars.

En la pràctica clínica, ens podem trobar en les següents situacions:

- **Cirurgia programada**

- **Situació Urgent**

2.1. CIRURGIA PROGRAMADA (SITUACIONS A, B i C):

La guia d'actuació pretén evitar les variabilitats de les propostes professionals, però no han de limitar la personalització, és a dir, l'adaptació clínica a la variabilitat que representa cada malalt.

Davant d'un pacient a qui se l'indica una cirurgia programa i que rebutja la transfusió sanguínia, ens assegurarem de 3 fets:

- 1- Demostració inequívoca de la voluntat del pacient
- 2- Seguretat en la comprensió lúcida de les conseqüències de la seva decisió
- 3- Seguretat de no haver estat pressionat en la seva decisió.

Hauríem de tenir una entrevista privada amb el pacient per verificar aquesta decisió. Hauríem d'informar-lo que, fins al moment, no existeixen substituïts sanguinis i que l'oferiment d'alternatives a la transfusió de sang són tècniques que ja s'utilitzen per als pacients en qui estan indicades. No hem de caure, però, en qüestionar les seves creences.

Si el pacient està convençut del rebuig a la transfusió de sang, hauríem de demanar que tingui complimentat el "Document de Voluntats Anticipades" (DVA) manifestant el rebuig a la transfusió i estigui inscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (Veure **Annex 1**).

Es contemplem 3 situacions diferents (A, B i C): (veure diagrama a **Annex 2**)

2.1.1 Situació A. Intervenció quirúrgica sense reserva de sang

Al pacient se li indica una intervenció en la que la previsió de sagnat és molt baixa i no es demana reserva de sang de forma sistemàtica. Aquests pacients haurien de poder ser intervinguts sense que la negativa a la transfusió sigui un inconvenient. En aquest cas, malgrat que la cirurgia sigui poc sagnant, s'hauria de verificar que el pacient no presenta anèmia preoperatòria ni factors de risc d'hemorràgia secundaris al propi pacient o a tractaments que afectin la coagulació sanguínia. Una mala preparació pot abocar una cirurgia poc sagnant a una anèmia crítica.

En aquesta situació no s'hauria de demanar un consentiment informat per la transfusió no prevista. En tot cas, es pot fer constar el rebuig del pacient en el document de consentiment. En el cas, que per accident, el pacient sagnés i el pacient hagués deixat constància que no volia ser transfós, s'hauria de respectar la seva voluntat.

2.1.2 Situació B. Intervenció quirúrgica amb previsió moderada de sagnat

Al pacient se li indica una cirurgia en la que la previsió de sagnat és moderada, i es sol·licita de forma habitual reserva de sang. Aquests **casos s'haurien de valorar de forma individualitzada per al menys dos professionals, en general el cirurgià que ha indicat la cirurgia i l'anestesiòleg de referència en la seva unitat. L'objectiu de la valoració conjunta serà estimar dos factors:**

- **Benefici de la cirurgia:** Valorar el temps guanyat de vida si es realitza la cirurgia amb la restricció de la no transfusió respecte a l'esperança de vida si no es realitza la cirurgia.
- **Risc d'hemorràgia** que pugui posar en perill la vida del pacient o presentar complicacions greus relacionades amb la cirurgia.

En el supòsit que hi hagin dubtes, és convenient presentar el cas per ser comentat als professionals implicats i seria desitjable aconseguir un ampli consens entre els professionals del Servei pertinent i els que es veuran implicats en la seva atenció.

Si després de la valoració, es creu:

- que **el benefici de la cirurgia** per l'estat de salut **és superior al risc de pèrdua de salut, s'acceptarà fer la cirurgia.**
- que la intervenció té un risc d'hemorràgia no assumible en relació al benefici esperat de la cirurgia, es desestimarà aquesta, i s'oferirà al pacient una alternativa.

Els professionals han de sospesar raonablement, amb ànim d'ajudar cada malalt, no només amb el propòsit de lluitar contra la seva malaltia sinó també de respectar els criteris que són coherents amb els valors del projecte vital del pacient.

La decisió dels metges s'haurà de comunicar al Cap de Servei o Secció. La decisió es comunicarà al pacient, se li explicaran els motius i s'ha de deixar constància a la història clínica.

Al pacient acceptat per la cirurgia se l'hi hauria d'establir una estratègia per a evitar l'anèmia perioperatòria del pacient, l'anomenat "Patient Blood Management" (PBM) (veure **annex 3**)

Un cop el pacient informat suficientment i de manera comprensible del procediment i dels riscos i complicacions que comporta la realització del mateix, sense la utilització de transfusió de sang ni dels seus components i estant plenament conscient, se l'invitarà a firmar el

consentiment informat específic (**Annex 4**) amb tres signatures dels professionals implicats, habitualment l'Anestesiòleg, Cirurgià i el Cap de la guàrdia.

2.1.3 Situació C. Intervenció quirúrgica amb previsió elevada de sagnat

El pacient s'ha d'operar d'una cirurgia en la que la previsió de sagnat és elevada, i es considera que és gairebé imprescindible en la majoria de casos fer una transfusió sanguínia. En aquests casos, l'equip assistencial responsable pot rebutjar la pràctica de l'acte mèdic programat, si entén que les limitacions exigides pel malalt invaliden l'objectiu terapèutic de la cirurgia. En cap cas aquesta negativa per part del equip assistencial ha de representar un abandonament del malalt. Tot al contrari, a més a més de les cures i els tractaments simptomàtics necessaris se li ha de facilitar al pacient la informació, si es té, sobre l'existència d'altres equips i/o institucions que puguin fer aquesta cirurgia sense transfusió de sang.

Complicacions

En cas d'accident hemorràgic o complicació perioperatòria, se seguirà atenent al pacient amb les mesures que es considerin indicades, a excepció de la transfusió. En cas de situació crítica del pacient, quedarà ingressat en una unitat de cures intermèdia o intensives fins a la seva resolució.

En cas que el pacient sigui èxitus per causa atribuïda a l'anèmia, s'informarà al Cap de Servei i/o Director d'Institut corresponent. La institució i els caps recolzaran en tot moment els metges responsables del pacient i els que han participat en la seva atenció (reanimació post-anestèsica, cures intensives, etc).

2.2. SITUACIÓ URGENT: (veure diagrama a **Annex 5 i 6**)

2.2.1- PACIENT INCONSCIENT (**Annex 5**), agitat, en estat de xoc o en qualsevol altra circumstància urgent i que per tant, no està capacitat per decidir (tant adult, com menor d'edat), l'actuació serà ràpida i segons la bona pràctica clínica. Si el malalt no ha pogut manifestar el seu rebuig i no té DVA, caldrà tractar-lo segons protocol, per més que un familiar vulgui parlar en el seu nom. La consulta als serveis jurídics serà opcional en aquest cas.

Un cop superada la situació d'emergència, si el pacient comunica el seu rebuig de sang, caldrà seguir el protocolo establert a l' **Annex 5**.

2.2.2- PACIENT CONSCIENT, COMPETENT (Annex 6 i 7), que manifesta rebuig de sang, s'haurà de respectar la seva voluntat si es verifiquen els tres punts següents:

- Demostració inequívoca de la decisió del pacient
- Seguretat de la comprensió
- Autonomia plena: excloure pressions externes

Si no es verifiquen els tres punts anteriors i la situació és vital, l'actuació serà ràpida i segons la bona pràctica clínica. En cas de dubte consultarà al Servei Jurídic (veure **Annex 8**).

2.2.3. PACIENTE CONSCIENTE, NO COMPETENT (Annex 6), amb incapacitat legal o menors d'edat (veure apartat 2.3.1)

2.3. EN FUNCIO D'EDAD I COMPETÈNCIA

2.3.1. PACIENTS ADULTS (majors de 18 anys)

Davant una situació programada, tal com s'ha comentat anteriorment, un dels primers passos és establir la capacitat o competència del pacient per decidir. El metge responsable és qui determina si el pacient és competent o no, mitjançant el diàleg, sense pressions externes. Quan per part del metge responsable existeixin dubtes i/o sospita de símptomes mentals sobre la capacitat dels pacients per prendre decisions, s'avisarà al Servei de Psiquiatria i Psicologia per avaluar psicopatologia (veure **Annex 7**). El resultat de la seva avaluació s'ha de fer constar a la història clínica, indicant, en cas d'existir incapacitat, si aquesta és transitòria o permanent. L'actuació serà diferent si el malalt és competent o incompetent.

2.3.1.1. ADULT COMPETENT

-Quan es tracta d'una **actuació no urgent** en la que hi ha la possibilitat de practicar una transfusió, hauríem d'informar clarament al pacient sobre la naturalesa de la seva malaltia, sobre la indicació de la intervenció i dels riscos de no dur a terme la transfusió si fos necessària. Si després de ser informat el pacient continua rebutjant-la, s'ha de respectar la seva voluntat i deixar-ho constar a la història clínica

-En cas d'**urgència**, si el pacient està conscient i és competent per decidir, s'ha de respectar la seva voluntat. Si el pacient està inconscient, agitat, en estat de shock o en qualsevol altra circumstància urgent que l'ha incapacitat per decidir, l'actuació serà ràpida i segons la bona pràctica clínica. Posteriorment es revisarà l'existència de DVA i s'actuarà en conseqüència (apartado 2.2.1).

2.3.1.2. ADULT NO COMPETENT I/O INCAPACITAT LEGALMENT (PACIENT INCAPAÇ)

En aquests supòsits el consentiment l'ha d'atorgar el representant legal, tutor o, en el seu cas, representant anomenat en el DVA.

L'opinió dels familiars sobre el rebuig de transfusió per part del pacient **no ha de condicionar l'actuació del professional.**

Si es determina que la persona és incompetent per prendre decisions, s'ha de consultar al Registre del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya si existeix un DVA. Al DVA el pacient pot haver expressat la seva negativa a rebre transfusions en cas de determinades situacions clíniques, voluntat que hauria de ser respectada pel professional sanitari responsable del pacient. També és possible que al DVA s'hagi anomenat un representant que pugui decidir en el seu lloc en cas de trobar-se incapacitat.

Si existeix una sentència que declari la incapacitació, aquesta determinarà l'extensió i els límits de la mateixa, així com el règim de tutela o guàrdia al que hauria de quedar sotmès l'incapacitat. Així mateix, la sentència anomenarà a la persona o persones que, d'acord amb la Llei, hagin d'assistir o representar a l'incapaç i vetllar per ell.

En qualsevol cas, si hi ha desacord entre el criteri mèdic i els representants legals i/o familiars: es sol·licitarà la intervenció judicial, excepte en circumstàncies d'urgència en les quals el professional sanitari podrà actuar per salvaguardar la vida o salut del pacient, emparat per les causes de justificació de compliment d'un deure i de l'estat de necessitat. En aquests casos, és important deixar constància dels motius i de les circumstàncies en que s'ha adoptat una determinada decisió en la història clínica del pacient, i informar posteriorment a la família.

2.3.2. MENORS D'EDAT (menors de 18 anys)

Menors de 16 anys: El consentiment el prestaran sempre els representants legals, atenent al criteri de major benefici per la vida o la salut del pacient i al respecte a la seva dignitat personal.

Si les decisions dels representants legals són contràries a aquests interessos i hi ha desacord amb el criteri mèdic, es sol·licitarà la intervenció judicial, excepte en situacions d'urgència en les quals el professional sanitari podrà actuar per salvaguardar la vida o salut del pacient, emparat per les causes de justificació de compliment d'un deure i de l'estat de necessitat.

No obstant, **el menor té dret a ser escoltat** i haurà de rebre la informació que li permeti l'exercici d'aquest dret en un llenguatge comprensible, en formats accessibles i adaptats a les seves circumstàncies.

Menors d'edat amb 16 anys complerts però menors de 18 anys:

El major de 16 anys ha de donar el consentiment personalment, sempre que sigui capaç intel·lectual i emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció i que no tingui una capacitat modificada jurídicament (sentència judicial d'incapacitació).

No obstant, **si s'està davant d'una actuació de greu risc per la vida o la salut del menor**, segons el criteri del facultatiu, **el consentiment el prestarà el representant legal del mateix, una vegada escoltada i tinguda en compte l'opinió del mateix.**

Igual que en el cas dels menors de 16 anys, si les decisions dels representants legals són contràries als seus interessos i hi ha desacord amb el criteri mèdic: es sol·licitarà la intervenció judicial, excepte en situacions d'urgència en les que el professional sanitari podrà actuar en salvaguarda de la vida o salut del pacient, emparat per les causes de justificació de compliment d'un deure i de l'estat de necessitat.

BIBLIOGRAFIA

- Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament. Comitè de Bioètica de Catalunya. Abril 2010.
- Recomanacions de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. EL REBUIG DE TRANSFUSIÓ DE SANG Y HEMODERIVATS. Marzo 2012.
- Pérez A, Gredilla E, de Vicente J, García J, Reinoso F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2006; 53: 31-41.
- Monés J, Terés J. Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2009; 132(16): 627-632.
- Recomanacions per a l'assistència a pacients que rebutgen la transfusió de sang y hemoderivats. Comitè d'Ètica Assistencial. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Octubre 2010.
- Casado M, Corcoy M. DOCUMENT SOBRE L'OBJECCIÓ DE CONSCIÈNCIA EN SANITAT. Observatori de Bioètica y Dret. Noviembre 2007.
- Protocol-Normes d'actuació davant l'atenció de malalts que rebutgen la transfusió de sang. Hospital Universitari de Bellvitge. Mayo 2009.
- Procediment en pacients que es neguen a rebre sang o els seus hemoderivats. Hospital Plató. Octubre 2009.
- Proposta de CONSIDERACIONS y RECOMANACIONS DAVANT LA NEGATIVA A REBRE TRACTAMENTS. Hospital Sagrat Cor. Octubre 2006.
- Instrucció 05/2012 CatSalut, Generalitat de Catalunya - Rebuig dels malalts al tractament. JM Padrosa y Macias. Junio 2012.
- Patient Blood Management. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology 2013; 1-172.
- Carson JL, Noveck H, Berlin JA, Gould SA. Mortality and morbidity in patients with very low postoperative Hb levels who decline blood transfusion. *Transfusion*. 2002 Jul;42(7):812-8.
- Tobian AA, Ness PM, Noveck H, Carson JL. Time course and etiology of death in patients with severe anemia. *Transfusion*. 2009 Jul;49(7):1395-9.

Annex 1: Accés al registre dels DVA dels pacients:

Podem accedir als registres de les següents maneres:

1. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya: Registre de voluntats anticipades:

<http://www.metgescat.org/rva/home.asp>

Es requereix l'usuari i contrasenya COMB



Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Accés d'ús exclusiu per als col·legiats i col·legiades dels Col·legis Oficials de Metges de Catalunya.
Per a accedir-hi ho pot fer:

- Amb [certificat digital](#) emès pel seu Col·legi ([Què és un certificat digital?](#))
Si encara no disposa de certificat digital, demani'l al seu Col·legi.
- Introduint el seu nom d'usuari i clau d'accés col·legial.

Usuari:

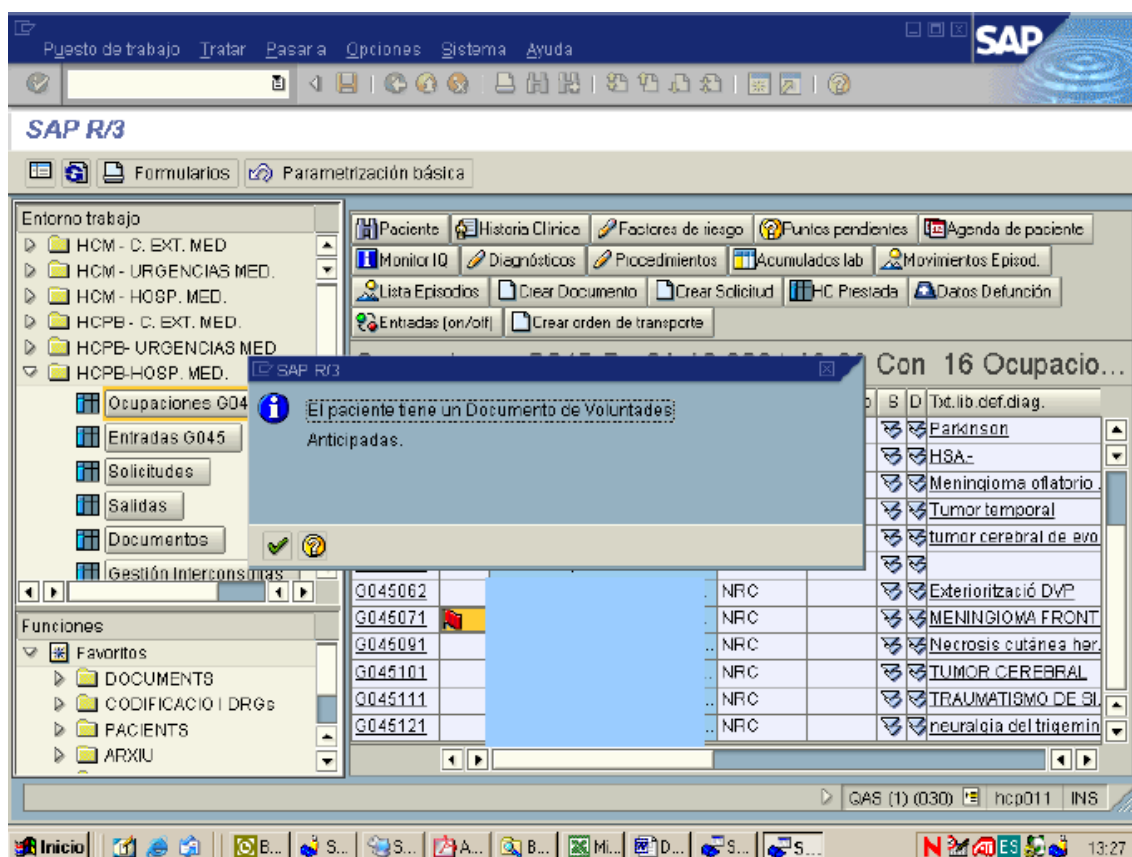
Clau:

Avis Legal
El col·legiat sol·licitant expressament autoritza que el seu Col·legi de Metges comunicui al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya les dades relatives al nom, cognoms, núm. de col·legiat per a la seva identificació i per validar així l'accés al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

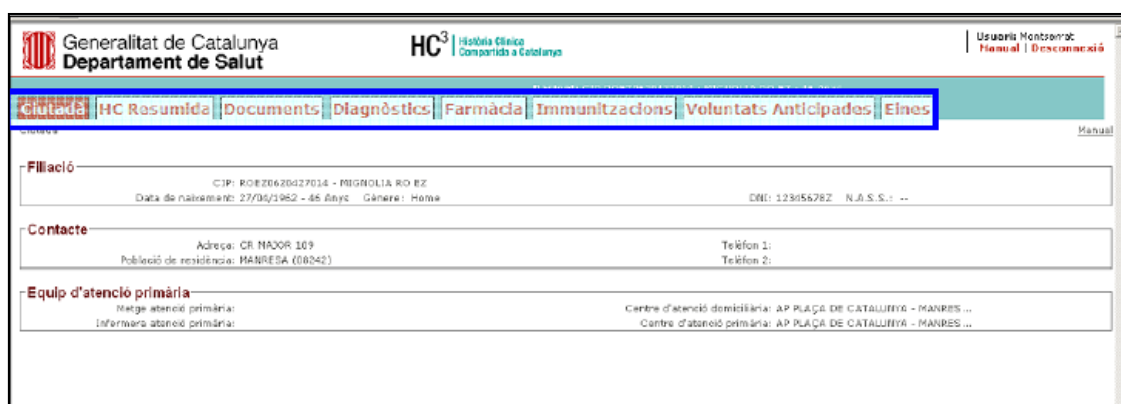
Aquestes dades així com les relatives a l'ús del Registre que es faci en cada accés seran introduïdes en un fitxer automatitzat del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb la finalitat de donar-li el servei d'accés al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Sanitat i Seguretat Social, a través de la Administració Oberta Electrònica de Catalunya, als quals seran comunicades per conèixer l'accés al Registre d'acord amb l'article 6.2 del Decret 175/2002, de 23 de juny.

Podrà exercir els drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició al tractament de les seves dades mitjançant escrit dirigit a la Secretaria Operativa del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (Passatge de la Bonanova, 47, 08017 Barcelona).

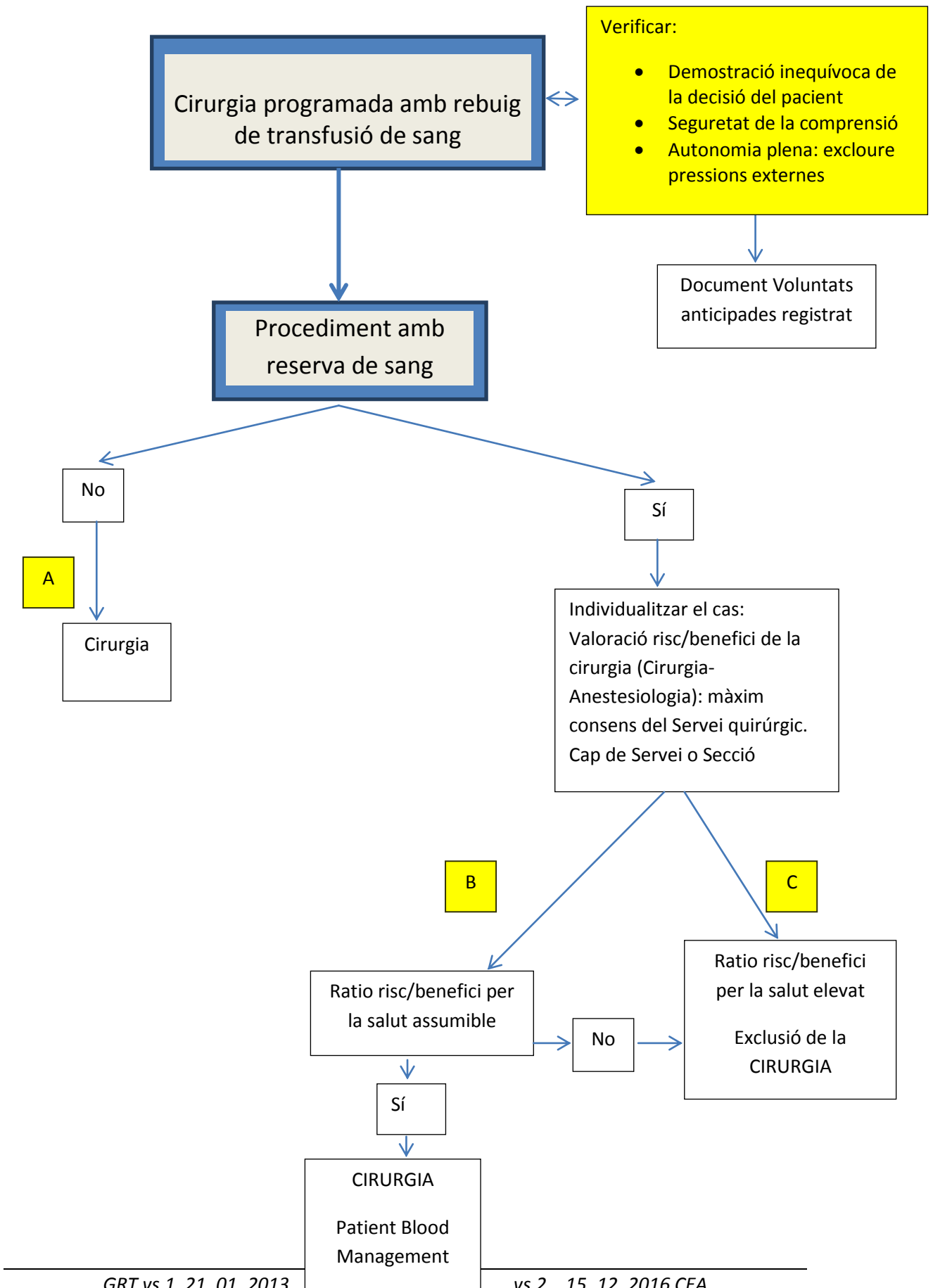
Registre DVA al SAP. És necessari que estigui penjat al SAP del nostre centre. És possible que el pacient tingui DVA registrat i no estigui al SAP.



2. Història Clínica Compartida (HC3). Es pot accedir des del SAP: un cop tinguem al pacient seleccionat des del SAP, cliquem l'enllaç HC3. A l'obrir la historia clínica compartida ens permet consultar-lo sense necessitat d'una contrasenya, ja que es queda registrada la contrasenya del SAP.



Anexo 2: Diagrama Cirurgia Programada:



Annex 3: MANEIG SANGUINI(PATIENT BLOOD MANAGEMENT)

El terme “Patient Blood Management” descriu una sèrie d’estratègies mèdiques i quirúrgiques que tenen per objectiu conservar i optimitzar la pròpia sang del pacient i, en conseqüència, reduir o evitar la transfusió al·logènica.

Davant un pacient que rebutja la transfusió, aquestes estratègies passen a ser primordials per ser intervinguts amb la mínima morbi-mortalitat possible.

L’aplicació clínica d’aquest concepte es basa en:

1- EVITAR L’ANÈMIA. Optimització de l’hemoglobina (Hb) preoperatoria:

- En primer lloc, s’ha d’avaluar la probabilitat de sagnat de cada procediment quirúrgic, conèixer la variabilitat i saber les causes específiques que poden modificar-lo. Hauria de ser desitjable conèixer la taxa transfusional del procediment. A més, s’ha de calcular el sagnat estimat individualment i tenir en compte factors clínics que puguin incrementar l’hemorràgia quirúrgica (p.e. plaquetopenia, cirrosi, deficiències de factors de coagulació).
- Valorar la volemia i l’Hb del pacient. Un valor d’Hb per damunt de la normalitat (>12g/dL en dones i >13g/dL en homes), NO sempre són valors normals per a tots els pacients. S’ha d’establir un valor d’Hb preoperatori objectiu i intentar arribar-hi amb el tractament indicat. És necessari la determinació de paràmetres que permetin avaluar el metabolisme del ferro, tant de dipòsit com funcional, com la vitamina B12 o l’àcid fòlic.
- Segons els resultats obtinguts en la valoració de l’anàlisi, s’ha de considerar els tractaments amb ferro oral o intravenós i eritropoyetina, que permetran augmentar l’Hb a un valor optimitzat per a la cirurgia.

2- DISMINUIR L’HEMORRÀGIA:

Les eines de les que disposem per al període intra i postoperatori estan implementades al nostre hospital. És molt important conèixer els detalls de la intervenció quirúrgica proposada i conèixer els factors individuals que poden modificar la previsió de sagnat i/o complicacions intra i postoperatories. En alguns casos, els diagnòstics i procediments quirúrgics estan estandarditzats i no s’ajusten a la realitat.

- Millora de l’estat de coagulació preoperatori. Oferir als professionals eines per al diagnòstic i tractament de coagulopaties congènites o adquirides. Guies de pràctica clínica.
- Ús d’antifibrinolítics: Administració d’àcid tranexàmic a les cirurgies en les que ha demostrat el seu benefici en la reducció de l’hemorràgia.
- Control d’altres factors que puguin modificar l’hemorràgia quirúrgica, com el manteniment de la normotermia, posició i col·locació quirúrgica del pacient.
- Recuperador de sang intraoperatoria o “cell-saver” en les cirurgies en les que s’ha demostrat el seu benefici en quant a la quantitat de sang recuperada.

- Tractament precoç de l'hemorràgia intra i postoperatoria.
- Evitar maniobres que puguin augmentar l'hemorràgia postoperatoria, com l'elevada pressió negativa dels drenatges quirúrgics, la hipertensió arterial i control rigorós del dolor.
- En algunes cirurgies en les que, per la seva naturalesa, l'hemorràgia sigui important, poden utilitzar-se recuperadors de sang postoperatoris.

3. PREVENIR MORBI-MORTALITAT:

S'ha descrit un risc de mort baix en pacients amb Hb postoperatoria de 7,1 a 8g/dL, tot i que amb major morbiditat. Amb valors per baix de 6 g/dL la mortalitat és extremadament elevada (Carson J.L.). En canvi, els pacients amb valors d'Hb molt baixos no moren immediatament. Després de la cirurgia el valor més baix d'Hb està al voltant de 3 dies. Mentre que la mort succeeix 2 dies després des del valor més baix d'Hb. Existeix doncs un interval de temps en el que podem incidir amb suport terapèutic immediat no transfusional (Tobian A.R.)

Annex 4:

**CONSENTIMIEN INFORMAT
 PER A PACIENTS QUEREBUTJEN L'ADMINISTRACIÓ DE SANG I COMPONENTS SANGUÍNIS**

Sr../Sra..... amb DNI n.º

Manifest que el Dr. /Dra. m'ha explicat que és necessari realitzar en la meva situació el procediment de per tractar de manera adequada la meva malaltia.

- He sigut informat suficientment del procediment i dels riscos que comporta la realització del mateix sense la utilització de transfusió de sang ni dels seus components: hematies, plasma o plaquetes, de les complicacions possibles per l'ús de procediments d'estalvi de sang disponibles, i he comprés adequadament la informació rebuda.
- Aquesta informació se m'ha donat de manera comprensible i han contestat totes les meves preguntes i estic satisfet amb la informació rebuda.
- **Estic plenament conscient de que aquesta decisió podria causar-me seqüeles greus i permanents, cognitives, motores, sensorials, coma irreversible i fins i tot la mort.**
- El meu consentiment és voluntari i ho puc revocar quan ho cregui oportú, sense que aquesta decisió repercuteixi en els meus cuidats posteriors.
- Assumeixo que sóc l'únic responsable de la decisió de rebutjar la transfusió de sang i derivats i de totes les conseqüències que se'n deriven.

No dono el meu consentiment a l'administració, si fos necessari, de transfusió de sang ni dels seus components (hematies, plasma o plaquetes)

En Barcelona, a de de 20..... Sign.: Sr../Sra.

El/la/els/les Dr./Dres./Dres.

Hem informat al pacient de l'objecte, la naturalesa, els riscos i alternatives del procediment..... així com dels riscos afegits per la realització d'aquest procediment sense la utilització de sang ni dels seus components, i les complicacions possibles per l'ús dels mètodes d'estalvi de sang disponibles.

Nom del Metge DNI Sign.:
 N.º Col·legiat Data

Nom del Metge DNI Sign.:
 N.º Col·legiat Data

Nom del Metge DNI Sign.:
 N.º Col·legiat Data

Revocació del consentiment

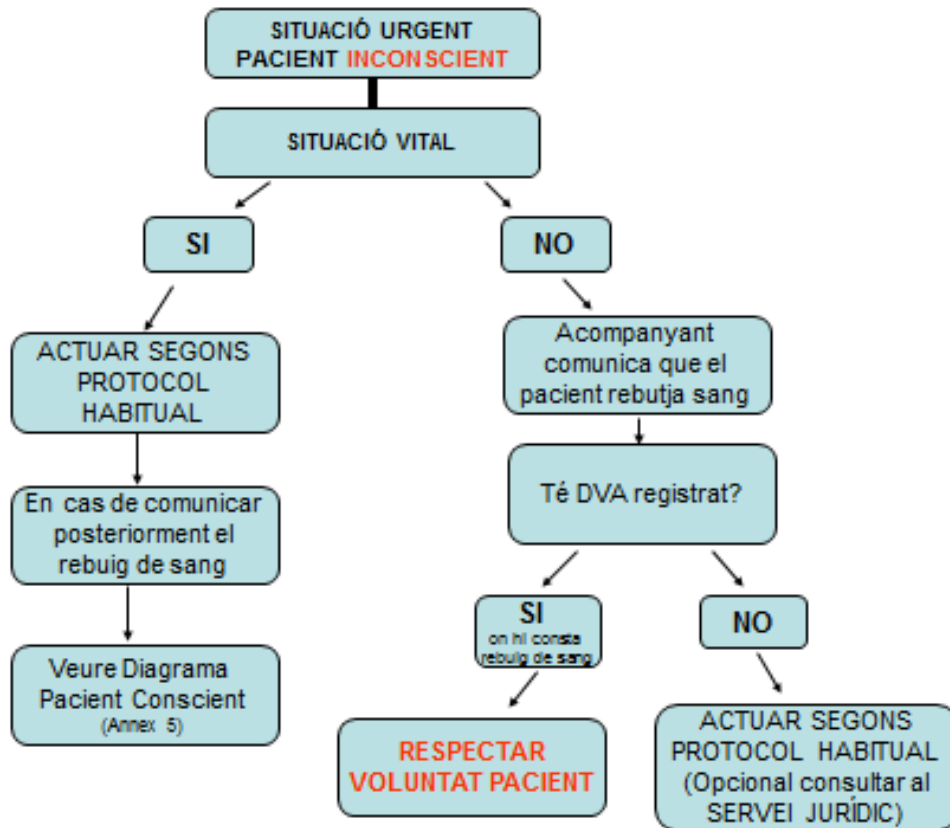
Revoco la no administració de sang ni dels seus components amb data /..... /.....

En Barcelona, a de de 20

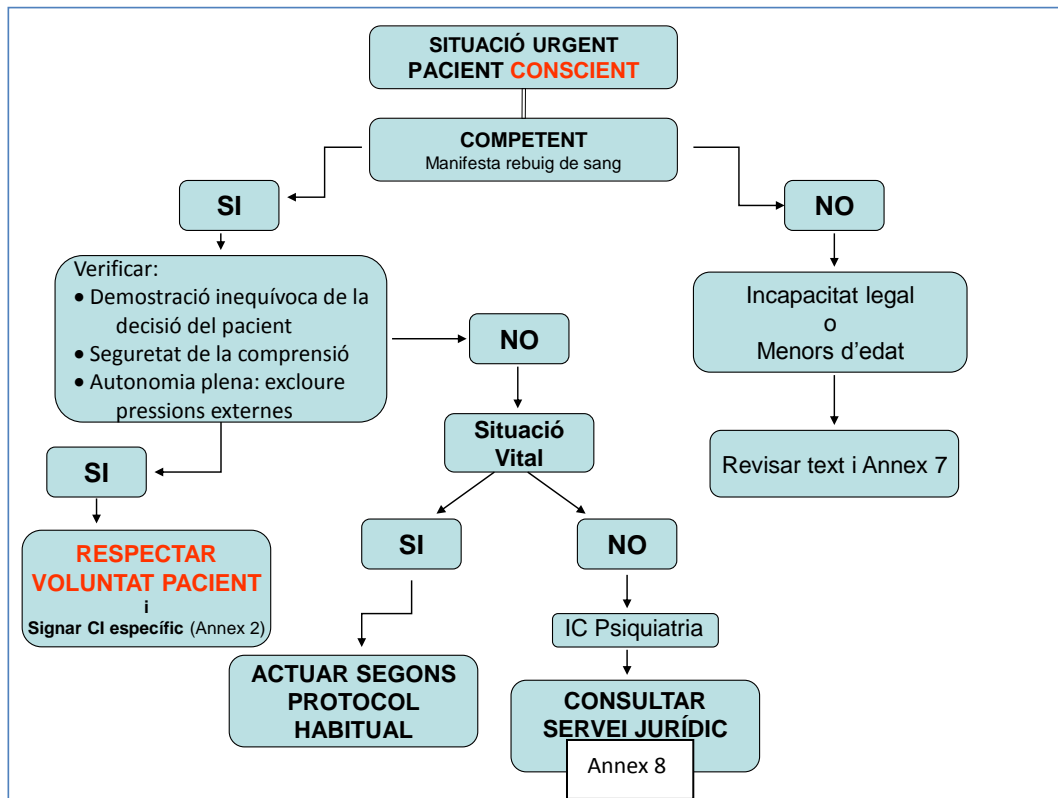
Sign.: Pacient Nom: DNI

Sign.: Metge Nom:

Annex 5: Diagrama situació urgent (PACIENT INCONSCIENT):



Annex 6: Diagrama situació urgent (PACIENT CONSCIENT):



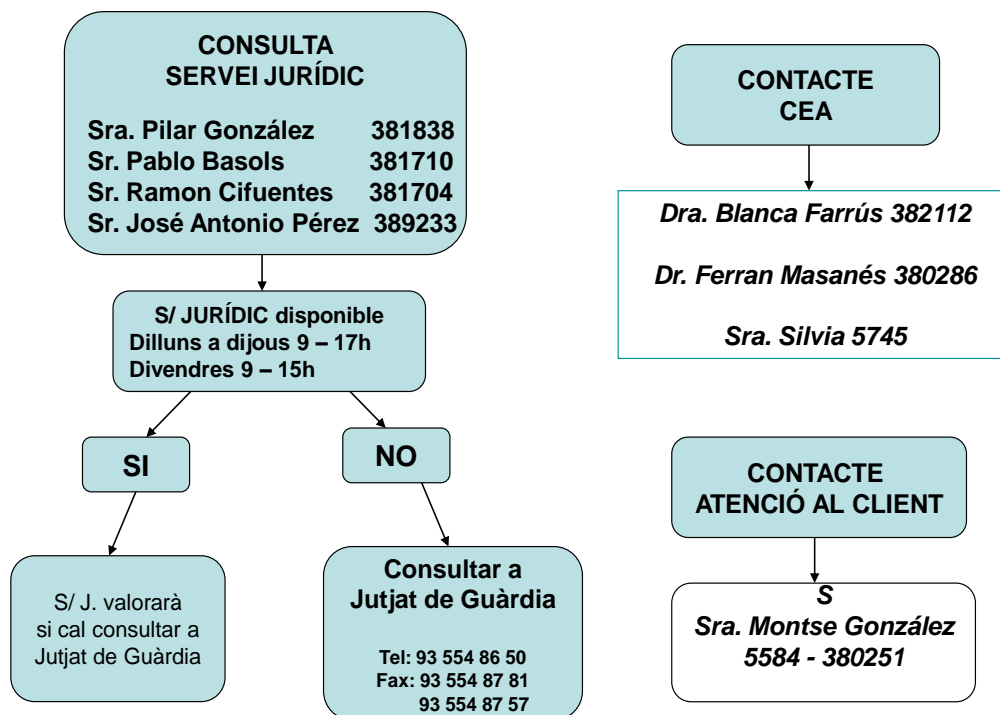
Annex 7: Avaluació de la competència del pacient.

Per avaluar la competència del pacient, no existeixen eines estandarditzades vàlides, sinó que es basa en criteris operatius i s'ha de tenir en compte:

- El balanç risc/benefici del tractament proposat.
- El sentit de la decisió del pacient -és a dir, si es tracta de "consentir" o de "rebutjar" la mesura terapèutica.
- El grau d'exigència que el pacient hauria de satisfer per rebutjar una mesura terapèutica altament eficaç per la seva patologia i amb baix risc de complicacions i/o efectes secundaris. Per a tal cosa, s'exigirà al pacient un alt grau de competència que haurà de complir, com a mínim, els següents criteris:
 - I. Que tingui la capacitat de comunicar una elecció després de preguntar-li la seva decisió i repetint la pregunta al cap d'uns minuts.
 - II. Demanant que expliqui el que signifiquin les probabilitats d'èxit (benefici) que li han comunicat i quin risc comporta la seva decisió.

- III. Esbrinant les concepcions que te sobra la malaltia, la necessitat de tractament, l'evolució i la seva motivació per l'aliança terapèutica.
- És important avaluar com processa el pacient la informació rebuda amb la utilització de protocols hipotètics amb vinyetes o preguntes sobre dificultats i afrontament de la vida quotidiana per examinar la cadena de raonaments lògics. Davant el dubte, per part del metge responsable, de si el pacient compleix o no els criteris sol·licitats de competència, s'aconsella sol·licitar una avaluació per un especialista en Salut Mental que descarti símptomes mentals que puguin estar limitant la seva llibertat en la decisió a prendre.
 - Resumint, és un "continuum" i es desplaça en funció de la complexitat de les decisions a prendre.

Annex 8: Consulta Servei Jurídic / Jutjat de guàrdia / Contacte CEA / Atenció al client:



"Al marge de l'exposat als diagrames, davant de qualsevol situació que pugui generar algun tipus de dilema o dubte relacionat amb aspectes ètics contactar amb el CEA".

Annex 9: Preguntes freqüentes:

1. ¿En quin cas s'ha de consultar al Servei Jurídic de l'Hospital?

A pesar que no es pot donar una solució única i global per a tots els suposats, amb caràcter general es pot considerar que si el pacient està plenament conscient i orientat i no té afectada la seva capacitat de decisió, totes aquestes circumstàncies determinaran la necessitat, per part de l'equip mèdic assistencial, de respectar la voluntat del pacient de rebutjar el tractament, en virtut del principi d'autonomia. Per tant, no hauria necessitat de consultar al Servei Jurídic de l'Hospital. No obstant, en determinats casos on hi hagi dubtes en relació amb la falta de llibertat del pacient per decidir (indicis de coacció i/o pressió psicològica per part de la família o de la comunitat religiosa) o situacions similar son intuïm una falta de llibertat de decisió del pacient, s'haurà de consultar al Servei Jurídic. Igualment, serà aconsellable consultar, també, en aquells supòsits en que es tracti de persones que tenen la seva capacitat limitada i existeixi desacord en relació amb les possibilitats d'actuació, entre els familiars, o persones vinculades al pacient i, per descomptat en els que puguin existir conflictes, especialment si existeixen discrepàncies entre l'opinió del representant legal del pacient menor i/o incapacitat i l'equip mèdic.

2. ¿Quan és necessari avisar al Jutjat de guàrdia?

S'hauria de consultar sempre que ens trobem davant dels supòsits descrits en l'anterior punt i el Servei Jurídic de l'Hospital no estigui disponible (caps de setmana, nits). Si es tracta d'un supòsit dubtós (veure punt anterior), sempre serà convenient, si és possible, consultar al Servei Jurídic.

3. ¿Puc ser responsable si respecto íntegrament la voluntat d'un pacient de rebutjar un tractament i finalment la mort?

Si es compleixen les indicacions i els paràmetres establerts en aquesta guia, que s'adapten a la normativa vigent, no generarà cap tipus de responsabilitat per als metges que hagin ates al pacient, tot i que aquest mori, perquè l'actuació assistencial en aquests casos es considerarà sempre com una praxi mèdica adequada.

Si els familiars inicien alguna actuació legal al respecte, el Servei Jurídic de l'Hospital s'encarregaria de la defensa jurídica del facultatiu sense cap cost per a aquest i des del punt de vista de responsabilitat civil, les pòlisses individual i col·lectiva cobririen qualsevol tipus de cost derivat de la reclamació per danys.

4. ¿Per què he d'acceptar el rebuig de sang d'un pacient?

El rebuig de sang es un cas específic del dret del malalt a rebutjar qualsevol tractament i pot ser causa de conflicte per la diferent interpretació dels deures i valors de les persones implicades, pacients i professionals. El coneixement dels principis ètics, de les normes deontològiques i de la legislació actual poden ajudar a orientar l'actuació dels metges en aquestes circumstàncies.

Tant si el professional pensa que la seva obligació és protegir la vida humana com si està convençut de que el respecte a la persona suposa acceptar les decisions del pacient quan son coherents amb els seus valors, el fet de que després de la seva decisió, es pugui produir la mort del pacient pot causar contrarietat, i fins i tot, angoixa i aflicció. Ara bé, aquests sentiments comprensibles i legítims no haurien de motivar una conducta contrària als principis ètics que inspiren el nostre codi deontològic i la regulació que regula la nostra pràctica.

5. ¿En la situació d'intervenció programada, com s'ha d'avaluar el pacient que rebutja sang?

S'ha de valorar la relació risc-benefici. Per tant, quin és el benefici de la cirurgia per a l'estat de salut del pacient i el risc de pèrdua de salut, amb les condicions limitadores del cas i ponderar el balanç entre els riscos i beneficis.

Un cop manifestat el rebuig a la transfusió s'ha de continuar prestant assistència i oferir un tractament alternatiu, pal·liatiu o orientat als símptomes, evitant una actitud discriminatòria que perjudiqui la relació clínica. S'ha de deixar constància en la història clínica i signar els consentiment informat específic.

S'ha de tenir en compte que si es procedeix a la intervenció, s'ha de prendre les mesures necessàries per reduir el risc de transfusió mitjançant l'ús de tècniques alternatives.

6. Si el pacient presenta una complicació hemorràgica o infecciosa que posi en perill la seva vida, ¿es pot transfondre, a pesar de la seva negativa a rebre sang?

S'actuarà d'acord al pacte establert. Es seguirà atenent al pacient amb les mesures que es considerin indicades, a excepció de la transfusió. En cas de situació crítica del pacient, quedarà ingressat en una unitat de cuidats intermedis o intensius fins la seva recuperació.

7. ¿És aconsellable tenir l'entrevista amb el pacient i un acompanyant?

Per assegurar-se de que la decisió del pacient és lliure i no està sotmès a coaccions, és aconsellable que el metge responsable mantingui l'entrevista en privat. És especialment important en el cas dels menors d'edat els quals tenen dret a ser escoltats per si mateixos.

8. Pregunta del cirurgià o anestesiòleg: si accepto operar-los o anestesiàr-los, ¿em convertiré en el cirurgià/anestesiòleg dels Testimonis de Jehová (TJ)?

No necessàriament, ja que no sempre ha de ser el mateix cirurgià o anestesiòleg qui atengui a aquests pacients.

9. ¿És ètic invertir tant de temps en un TJ?

L'objectiu d'aquesta guia és evitar malbaratar temps, fent-lo àgil al maneig d'aquests pacients.

Segons el punt 5 de les recomanacions generals del document del COMB "EL REBUIG DE TRANSFUSIÓ DE SANG I HEMODERIVATS" de març de 2012: "El rebuig d'una transfusió de sang o d'hemoderivats és un dret del pacient que s'ha de respectar sense que la incomoditat per les possibles conseqüències de la decisió vagi en detriment del deure d'assistència.

10. Pacient de 20 anys, accident de tràfic. Ingressa estable. Diu que és TJ y no accepta sang. No té accessible un DVA. Presenta inestabilitat ràpida i sagnat massiu. ¿És suficient el desig expressat en veu alta per no transfondre?

El rebuig oral de la transfusió de sang d'una persona competent i lliure és suficient per respectar la seva voluntat. Segons el punt C de les recomanacions específiques del malalt competent del document del COMB "EL REBUIG DE TRANSFUSIÓ DE SANG I HEMODERIVATS" de març 2012: "En cas d'urgència, si el pacient està conscient i és competent per decidir, s'ha de respectar la seva voluntat".

11. Si operem a pacients que rebutgen sang, ¿no hi haurà un efecte "trucada" i vindran d'altre àrees al nostre Centre?

Només es tractaran pacient de l'Àrea del nostre Centre.

Segons la Instrucció de CatSalut, "L'atenció sanitària a les persones s'ha de poder oferir en condicions de respecte a l'autonomia de la persona pacient, mitjançant el correcte procés d'informació i de consentiment informat".

12. ¿Què fer si el pacient no vol signar el consentiment informat específic?

Un cop el pacient sigui informat suficientment i de manera comprensible del procediment i dels riscos i complicacions que comporta la realització del mateix, sense la utilització de transfusió de sang ni dels seus components i sent plenament conscient, se'l convidarà a signar el consentiment informat específic (Annex 3), on també signaran l'Anestesiòleg i Cirurgià responsables i un tercer professional que consideri oportú i que, en el cas d'urgències, serà el Cap de la guàrdia. Si no vol signar, ha d'entendre que no serà operat.

13. Si un pacient es nega a rebre sang, ¿he d'avisar al Comitè d'ètica per a que em solucionin els "problemes ètics"?

Aquesta Guia pretén facilitar la resolució dels conflictes sense necessitat de contactar amb el CEA. En qualsevol cas, al marge d'all  exposat a la Guia i als diagrames, davant qualsevol situació que pugui generar algun tipus de dilema o dubte relacionat amb aspectes ètics, contactar amb el CEA. Si hi ha dubtes amb el DVA, contactar amb la Sra. Montse González Creus, d'Atenció al Client, 5584 o busca 380251 (Annex 6).

14. Jo considero que els arguments dels TJ no són raonables i, per tant, considero que han de ser atesos en altre hospital.

Hem d'assumir els pacients de la nostra zona i, segons CatSalut, els centres sanitaris han d'establir la manera de portar a terme les actuacions corresponents amb tal de garantir aquest dret dels pacients.

15. Totes les meves cirurgies tenen un alt risc de sagnat. Per tant, "no els operar  mai".

S'ha d'avaluar cas per cas, contraposant riscos i beneficis i valorant alternatives.

16. No atendr  cap TJ si no em signa que es deixar  transfondre.

Els sentiments comprensibles i legítims dels professionals no haurien de motivar una conducta contrària als principis ètics que inspiren el nostre Codi de Deontologia i la legislació que regula la nostra pràctica clínica.

17.  Com controlar que un torn diferent no es transfongui davant una Hb baixa?

De la mateixa manera que es col·loca un cartell a la cap lera del llit de que existeix, per exemple, "AL RGIA A LA PENICILINA", s'hauria de visualitzar un cartell on consti "NO TRANSFONDRE".

Annex 10 – Abreviatures utilitzades

TS	Transfusió de sang
CS	Components sanguinis
VHC	Virus hepatitis C
VIH	Virus de la inmonodeficiencia humana
TJ	Testimonis de Jehová
DVA	Document de Voluntats Anticipades
PBM	<i>Patient Blood Management</i>
Hb	Hemoglobina
COMB	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona