

Hospital
Universitari
Dexeus
Grupo 

Hospital
quirónsalud
Barcelona
Grupo 

CENTRO
MÉDICO
TEKNON
Grupo 

Hospital
El Pilar
Grupo 

L'ASSISTÈNCIA ALS PACIENTS QUE REBUTGEN LA TRANSFUSIÓ DE SANG I ELS SEUS COMPONENTS

L'ASSISTÈNCIA ALS PACIENTS QUE REBUTGEN LA TRANSFUSIÓ DE SANG I ELS SEUS COMPONENTS

RECOMANACIONS DEL COMITÉ D'ÈTICA ASSISTENCIAL

Hospital Universitari Quirón Dexeus

Hospital Quirón Barcelona

Centro Médico Teknon

Grup de treball: (Desembre 2015)

Dra. Mercè Riera. Anestesiòloga. Servei d'Anestesiologia Hospital Universitari Quirón Dexeus.

Dra. Patricia Montealegre. Direcció Mèdica Servei Obstetrícia i Ginecologia, Salut de la Dona Dexeus .

Isaac Millán. Advocat. Direcció Gabinet Jurídic Grup Hospitalari Quirón.

REVISIO DEL DOCUMENT (Juny 2022)

Hospital Universitari Quirón Dexeus

Hospital Quirón Barcelona

Centro Médico Teknon

Hospital Quirón El Pilar

Grup de treball:

Inma Fortea. Infermera Coordinadora Assistencial Unitat de Medicina i Cirurgia Sense Sang (UMCSS) Centro Médico Teknon.

Mercè Riera. Metge Anestesiòloga del Departament d'Anestesiologia i Reanimació del Hospital Universitari Dexeus.

Composició del Comitè d' Ètica Assistencial (Desembre 2015)

President: Vicente Molina

Secretari: Montserrat Boada

Vocals:	Ramon Aurell	Tricce Ibáñez
	Antoni Badrinas	Gracia Lasheras
	Doris Barcia	Isaac Millán
	Cristina Berenguer	Patrícia Montealegre
	Carme Cambray	Roser Porta
	Immaculada Fortea	Mercè Riera
	M ^a José Gómez	Montse Roca
	Clara González	Carmen Sánchez
	Xavier González	José Luis Simón
	Román Juliá	

Composició del Comitè d' Ètica Assistencial (Juny 2022)

President : Vicente Molina

Vicepresident : Montserrat Boada

Secretari: Clara González

Vocals:	José Luis Vega	Mariana Mayans
	Isidro Diaz de Bustamante	Paloma Pifarré
	Antoni Badrinas	Mercè Riera
	Doris Barcia	Montse Roca
	Cristina Berenguer	Carmen Sánchez
	Joan Casals	Noemi Corbacho
	Gracia Lasheras	Daniel Serrano
	M. Dolores Moral	Inma Fortea
	M. Teresa Gómez	Kenneth Planas

Índex

1. Introducció
2. Objectius del document
3. Anàlisi de la situació per ambdues parts: pacient i equip assistencial
4. La negativa a rebre sang i components sanguinis. Principis de la bioètica
5. Consentiment informat i document de rebuig de transfusió. Marc legal
6. Objeció de consciència *versus* assumpció de risc
7. Anàlisi de diferents situacions
 - a. Malalt no quirúrgic
 - b. Cirurgia programada
 - b1. Amb previsió de sagnat escàs
 - b2. Amb previsió de sagnat moderat
 - b3. Amb alt risc de sagnat
 - c. Cirurgia urgent
 - c1. Pacient conscient i competent per decidir
 - c2. Pacient conscient però no competent
 - c3. Pacient inconscient
8. Estratègia d'estalvi de sang: Patient Blood Management:
 - Preoperatori
 - Intraoperatori
 - Postoperatori
9. Pacient obstètrica
10. El menor d'edat i l'adult incapacitat legalment.
11. Resum i conclusions
12. Recomanacions
13. Bibliografia

Aquest document pretén ser un document de consulta per als professionals de l'àmbit sanitari davant de situacions en que el pacient, per motius religiosos o d'un altre índole, rebutja la transfusió de sang i de components sanguinis.

Els pacients atesos als nostres hospitals representen una gran varietat de col·lectius, amb diferents cultures i ideologies. És fonamental garantir el respecte, la tolerància i l'acceptació d'aquest pluralisme. A la pràctica assistencial ens trobem amb pacients que manifesten rebuig total o parcial a la transfusió de sang i de components sanguinis (hematies, plasma, plaquetes) ja sigui per por a la transmissió de malalties infeccioses (VHC, VIH), per convenciment personal o per creences religioses com les dels testimonis de Jehovà.

Molts dels aspectes del document es basen en les "Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament", en les "Recomanacions de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB)" sobre el rebuig a la transfusió de sang, en la Declaració Universal dels Drets Humans i en la normativa vigent.

En cap cas aquest document es pot considerar com un protocol d'actuació o una guia d'obligat compliment sinó un document de consulta, per tal d'orientar al professional, segons el criteri particular del Comitè d'Ètica Assistencial dels hospitals Quirón Dexeus, Quirón Barcelona, Teknon i El Pilar

Aquest document ha estat revisat per tots els membres del CEA dels hospitals Quirón Dexeus, Quirón Barcelona, Centro Médico Teknon i El Pilar i ratificat en la sessió plenària del CEA del 13 de Juliol de 2022.

1. Introducció

Encara que el rebuig a la transfusió es pot donar en qualsevol individu de la nostra societat per motius diferents, el cas dels Testimonis Cristians de Jehová mereix una consideració específica degut al conflicte moral i ètic que pot comportar aquest refús que té com a causa una creença religiosa.

Els Testimonis de Jehová es neguen a rebre transfusions de sang completa (TS) i/ó algun dels seus components (hematies, plasma, plaquetes) per la interpretació que fan de la Bíblia. Segons les seves creences, les TS representen una violació de la Llei Divina, l'incompliment de la qual té com a conseqüència un conflicte amb la seva relació personal amb Deu (Jehová).

La majoria dels que vivim en el món occidental d'avui donem un valor a la vida que passa per davant de qualsevol altra creença. Per això, comprendre aquestes situacions no és fàcil, i es lògic que generin un dilema entre la defensa de la vida (dret a la vida) ó el respecte a l'autonomia del pacient (dret a la llibertat).

Convé recordar que el dret a la llibertat religiosa i el dret del pacient a decidir quin tractament vol rebre ó refusar, té avui un suport normatiu i una jurisprudència que s'ha anat consolidant progressivament en favor d'aquest respecte a l'autonomia del pacient.

La comunitat dels Testimonis Cristians de Jehová està present a 239 països i territoris en el moment actual (2021). Consta de 119.297 congregacions amb 8'6 milions de fidels actius en la seva predicació, i uns 21 milions de simpatitzants ó interessats que assisteixen a les reunions ó assemblees, segons les seves pròpies dades.

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

Actualment, a Espanya es poden comptar uns 119.000 fidels (40.000 d'ells a Catalunya).

2. Objectius del document

- Situar el conflicte en el marc de la societat actual des del punt de vista ètic i també legal.
- Fer la situació el més clara i entenedora possible que permeti:
 - Conèixer alguns dels drets i deures de malalt i professional
 - Propiciar la personalització de cada cas i el diàleg, com a eina per a un bon enteniment
 - Evitar els conflictes i la judicialització en la majoria dels casos
 - Proporcionar seguretat al metge, donant-li la possibilitat de consultar al Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) i al Servei Jurídic del centre, tant si ell te dubtes de com actuar com si existeix divergència d'opinions entre els professionals.
 - Oferir seguretat al pacient donant-li la possibilitat de consultar al CEA.
- Descriure les diferents situacions en que es pot trobar el metge per tal d'ajudar-lo en la mida del possible.
- Disminuir el grau d'incertesa
- Ajudar a la presa de decisions sòlides i coherents èticament.

3. Anàlisi de la situació per ambdues parts, pacient i personal sanitari

Davant el rebuig a la transfusió de sang (TS) i components sanguinis es pot originar un conflicte de valors tant per part del pacient com del professional sanitari. Tradicionalment, la resolució del conflicte ha estat sota el criteri individual del metge, provocant la inseguretat i vulnerabilitat del pacient.

Amb el pas dels anys, l'escala de valors i la responsabilitat sobre la presa de decisions terapèutiques, no recau únicament sobre el clínic, si no que s'imposa el respecte a l'autonomia del pacient. En aquesta societat plural es generen situacions difícils que precisen de diàleg i voluntat d'enteniment.

Per altra banda tampoc el metge hauria de sentir-se vulnerable o insegur davant de la presa d'una decisió que el fa actuar en contra del que ell considera correcte.

És per això que aquest document pretén fer un breu repàs de la situació del marc legal actual i de les Recomanacions dels diferents Comitès d'Ètica, Codis Deontològics o Convenis Internacionals de Drets Humans.

- Què vol el pacient Testimoni de Jehovà (TJ) i per què?

El pacient TJ vol que es respectin les seves creences encara que el metge pensi que seria necessària la transfusió de sang i encara que els protocols del centre així ho aconsellin.

El pacient se sent moralment agredit si no es respecten les seves creences i la seva voluntat de no ser transfós, i el metge ha d'entendre que no es pot imposar una actuació determinada o un tractament a un pacient quan aquest el rebutja explícitament i que "d'una veritat científica no es deriva, forçosament, un deure ètic."

Els TJ rebutgen actuacions que entenen estan en contra dels seus valors i de la seva fe fonamentada en el que està escrit en els textos bíblics. Amb la transfusió de sang o de components sanguinis (CS: hematies, plasma ,plaquetes), perden la seva dignitat i, en determinades ocasions, la seva condició de membres de la Comunitat Religiosa a la que pertanyen.

Els Testimonis de Jehovà rebutgen les TS i CS, però majoritàriament accepten derivats sanguinis com l'albumina, factors de coagulació, les immunoglobulines, els preparats per a hemofílics i els trasplantaments d'òrgans. Rebutgen també la donació de sang autòloga preoperatòria, però accepten l'autotransfusió peroperatòria i postoperatòria (recuperador de sang i drenatge recuperador) i la diàlisi si no s'interromp la continuïtat del circuit.

- Què vol el professional sanitari?

El metge no vol actuar en cap cas en contra del malalt, al contrari. Però si aquest li manifesta que no accepta la transfusió de sang, encara que en molts casos aquesta sigui la teràpia més eficaç o l'única, el metge pot tenir dubtes. No vol infringir dany al malalt, ni físic ni moral, però pot no saber com actuar i, a més, vol sentir-se segur i protegit per la llei en la seva actuació.

El metge, que abans actuava sense por, fruit d'un entorn en el que imperava un model de medicina "paternalista" a on el criteri del metge i la seva opinió no eren discutides o posades en qüestió, avui dia pot sentir-se vulnerable davant les possibles objeccions de pacients a rebre un determinat tractament, i

inclús, ser objecte de reclamacions o denúncies de pacients que posen per davant les seves creences a la seva vida.

El metge pot qüestionar al pacient, però, en molts casos, “no és que el pacient TJ vulgui morir, sinó que la vida no té sentit per a ell si comet una transgressió a la seva fe i sense aquesta renúncia a la transfusió de sang”.

El metge, però, pot també sentir-se moralment agredit quant aquesta “imposició” per part del malalt vulnera la seva moral individual, els seus valors i la seva manera d’entendre la curació i la defensa de la vida, i es pregunta si pot fer “objecció de consciència”(veure apartat 6).

Per això és important que pugui consultar al Comitè d’Ètica Assistencial i a la Direcció Mèdica del centre, i, en cas necessari, al Gabinet Jurídic del mateix per a obtenir la informació que necessita i poder actuar amb el consens i el recolzament dels mateixos en aquells casos en que la situació no és prou clara.

4. La negativa a rebre sang i components sanguinis.

Principis de la bioètica.

Actualment, els conflictes que generen un dilema ètic s’haurien d’analitzar sota el punt de vista dels quatre principis que regeixen la bioètica: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia.

➤ Principi de beneficència

La beneficència s’entén com la proposta que fa el metge o personal sanitari en quant les accions relatives al tractament per promoure la qualitat de vida, salut o supervivència del malalt. Cal que l’opció proposada per el metge sigui percebuda com a benèfica per al malalt. No es pot acceptar com a benèfica una acció imposada que causa dany moral, dolor i desassossec (COMB).

En el cas de la transfusió, aquesta no pot ser mai una imposició sinó una proposta, doncs la consideració de qualitat de vida és subjectiva i, en el cas dels TJ, la qualitat de vida i salut s’entenen des de la renúncia a la transfusió de sang.

➤ Principi de no maleficència

La no maleficència es refereix a no provocar dany a una persona malgrat que ella ho demani.

L'obligació del metge és evitar les accions contraindicades (aquelles que provoquen dany), i fer les accions indicades (aquelles que provoquen salut o qualitat de vida).

És una acció contraindicada posar sang a una persona que està en perill vital quant ell la rebutja en funció de les seves creences religioses? En el cas dels Testimonis de Jehovà ho seria, ja que ells consideren que la transfusió de sang és una vulneració dels seus drets i, en concret, del dret a la llibertat que té qualsevol persona, i una falta de respecte a les seves creences; per tant imposar-la en contra de la seva voluntat i consentiment, podria provocar un dany moral que ens portaria a infringir el principi de no maleficència.

➤ Principi d'autonomia

Ha de complir uns requisits: informació, capacitat i voluntarietat.

1. La informació ha de ser verídica, exacte incloent riscos, beneficis i estratègies alternatives als hemoderivats. S'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i requeriments del pacient, per ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.
2. Capacitat: el metge responsable del pacient ha de comprovar la capacitat per decidir del malalt, és a dir, que aquest és competent. S'ha d'assegurar que aquest comprèn la situació, que la decisió és coherent amb la seva manera de pensar i que n'assumeix les conseqüències; també que no és víctima de coacció ni d'excessiva influència, ni de desconeixement o de falta de comprensió. Per això, per assegurar-se de que la decisió del malalt és lliure i que aquest no està sotmès a coaccions, és aconsellable que el metge responsable mantingui l'entrevista en privat.

Si el metge té dubtes sobre la competència del malalt pot assessorar-se amb el parer d'altres professionals (psiquiatre, neuròleg...), però la decisió és responsabilitat seva. Hi ha instruments estandarditzats per avaluar metòdicament la competència del malalt que hem de fer servir en casos no urgents.

3. Voluntarietat: Per a considerar un pacient autònom entenem que la decisió presa és fruit de la seva voluntat i no fruit de la imposició o de la influència de l'entorn. En el cas del rebuig a rebre transfusió de sang i/o els seus components, el pacient manifesta la seva voluntat de que en totes les actuacions mèdiques (cirurgia, postoperatori, UCI...) aquesta serà respectada.

➤ Principi de Justícia

No actuem amb justícia quant discriminem en el tracte a les persones per les seves condicions ideològiques o religioses. L'actuació professional s'ha d'orientar d'acord amb les circumstàncies clíniques i tenint en compte els valors del pacient, evitant actuar sota la influència de prejudicis que poden causar un tracte injust (COMB).

5. Consentiment Informat i Document de Rebuig de Transfusió.

Marc Legal

Segons les "Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya": "Avui en dia, el consentiment informat (CI) és la pedra angular de l'activitat sanitària, ja que mostra els nous drets de les persones i, per tant, els nous deures professionals."

L'autonomia del pacient com un bé jurídicament protegit, apareix com una manifestació de la llibertat humana i del reconeixement de la dignitat i valor de les persones. Així es va plasmar a la Declaració Universal dels Drets de l'Home (Organització de les Nacions Unides -1948-) i es va incorporar a l'ordenament estatal per mitjà de la Llei general de sanitat (Llei 14/1986 de 25 d'abril), de la Llei bàsica d'autonomia del pacient (Llei 41/2002 de 14 de novembre, d'àmbit estatal, i també de la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient.

Tota actuació sanitària, requereix, amb caràcter general, el consentiment previ del pacient, que s'haurà d'obtenir després d'una informació adequada i per escrit, quan així ho indiqui la llei. El pacient té dret a decidir lliurement respecte de les opcions disponibles i inclús a negar-se a rebre un tractament (amb les excepcions indicades a la llei), una vegada ha estat informat adequadament. La negativa haurà de quedar per escrit.

Els professionals que intervenen en el procés assistencial, no només han de realitzar la seva labor tècnica correctament, sinó que també estan obligats al compliment dels deures d'informació i documentació clínica i al respecte de les decisions del pacient, adoptades d'una manera lliure i voluntària. El Tribunal Suprem, considera que la falta de consentiment informat (total o parcial) comporta una vulneració de la Lex Artis i manifesta un funcionament anormal del servei sanitari.

La informació bàsica que és necessària proporcionar, gira entorn a quatre punts substancials: (I) conseqüències rellevants que la intervenció origina amb seguretat; (II) els riscos relacionats amb les circumstàncies personals o professionals del pacient; (III) els riscos probables en condicions normals d'acord a l'experiència i estat de la ciència directament relacionades amb la intervenció; i (IV) les contraindicacions.

No és el propòsit d'aquest document enumerar els documents a signar per part del pacient en cada cas, però sí remarcar la importància d'aquests documents així com la conveniència d'anotar a la història clínica del pacient tot allò que tingui relació amb la presa de decisions i amb la correcta comunicació de la informació. En el cas de conflictes ètics entre el professional i el pacient, és recomanable anotar detalladament el procés de presa de decisions a la història clínica del pacient, per tal de constatar que s'ha realitzat un exercici correcte i adequat de comunicació per part del professional i de comprensió per part del pacient. El pacient TJ, com qualsevol altre pacient, haurà de signar la documentació aplicable al cas en concret (per exemple en un cas de cirurgia, haurà de signar consentiment informat referent a la cirurgia i a l'anestèsia) i en cas que rebutgi una possible TS, haurà de signar el document de rebuig de transfusió, independentment del risc de sagnat potencial de la seva intervenció i/o procediment.

6. Objeció de consciència *versus* assumptió de risc

El Codi Deontològic del Col·legi de Metges de Catalunya (2005), i el de la Organización Médica Colegial (OMC) (1978-1990-1999-22/7/2011), les Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya (2010), Observatori de Bioètica i Dret (2007), el Codi Ètic del Col·legi d'Infermeria, fan èmfasi que el metge ha de respectar les conviccions ètiques del malalt i s'abstindrà d'imposar-li les pròpies.

A nivell internacional el Conveni de Drets Humans i Biomedicina del Consell d'Europa (1997), i el Manual d'Ètica Mèdica de la World Medical Association, es manifesten també en aquest sentit.

Malgrat això, la realitat ens demostra que en el moment de decidir no transfondre a un malalt que ho necessita segons el criteri mèdic, es genera un conflicte. En general, el metge es pregunta què passarà si el malalt perd la vida, si hi haurà algun familiar que pugui retreure-li el seu comportament encara que

els consentiments estiguin signats, i fins a quin punt serà real la validesa dels mateixos.

Alguns metges, en aquestes situacions, parlen d' "objecció de consciència", i és per això que cal aclarir aquest concepte.

És lògic que els metges se sentin incòmodes davant el rebuig del malalt al tractament que li ofereixen per ajudar-lo, en aquest cas la transfusió de sang, i que percebin com un conflicte 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 el 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.

No podem parlar, per tant, en aquest cas, d'objecció de consciència".

L'objecció de consciència es refereix a no voler complir un deure legal d'actuació.

En el cas del rebuig a la transfusió de sang no es considera objecció de consciència quant el professional es vol abstenir d'actuar davant un pacient competent que demana que es respecti la seva autonomia i el professional creu que no pot assumir el risc.

Una cosa és l'objecció de consciència i un altre és l'assumpció de risc i l'acceptació o no acceptació per part del metge d'actuar amb limitacions.

Malalt i professional coincideixen en el fet que l'actuació seria convenient, però el pacient anteposa les seves creences a la indicació mèdica i el metge (cirurgià, anestesiòleg, intensivista, etc.) no vol actuar sense les garanties que creu necessàries per fer-ho bé.

Alguns professionals poden no acceptar la limitació que se'ls demana per fer les seves 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 facultatius).

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”.

Uns altres professionals poden acceptar la limitació de no transfondre, i hauran de tenir en compte i cercar el consens de l'equip, de vegades nombrós, que ha de dur a terme l'actuació (cirurgià, anestesiològ, intensivista, personal d'infermeria, etc...).

Dins el grup Quirónsalud, Centro Médico Teknon és centre referidor en el programa PBM (veure apartat 8) i està a disposició tant del pacient que rebutja hemoderivats com dels facultatius que declinin l'atenció del pacient.

En qualsevol cas el metge ha de fer constar a la història clínica els motius per els quals ha decidit actuar en un o altre sentit.

7. Anàlisi de diferents situacions

a. Malalt no quirúrgic

En el cas en que el metge creies convenient l'administració d'una transfusió de sang per la presència d'una anèmia important, la resolució de la qual no és la cirurgia, ha de plantejar al pacient aquesta possibilitat. Si el malalt decideix que no se li administri sang, se li ha de demanar que signi degudament el “Document de Rebuig de Transfusió de Sang i Hemoderivats”, i s'han d'oferir altres alternatives com l'optimització preoperatoria (administració de ferro, eritropoetina), tot i entenent que la recuperació de l'anèmia pot ser més lenta.

b. En cirurgia programada

En cas de que la cirurgia sigui programada l'actuació del metge i del pacient s'ha de basar en un diàleg del que se'n derivaran uns acords basats en el respecte mutu:

- Cada pacient és diferent i per tant és necessari personalitzar cada cas.
- L'equip mèdic ha d'actuar de forma consensuada i seguint els protocols del centre.
- El més pràctic és establir un circuit àgil que permeti mantenir en contacte el pacient amb els professionals que l'han de tractar per tal de que no es demori el començament del

tractament preoperatori destinat a millorar les condicions de l'hematòcrit, ni la cirurgia.

Per això el cirurgià ha de valorar al pacient i ha de parlar amb l'anestesiòleg, el qual l'ha de citar a consulta preoperatoria. Tots els especialistes implicats en el tractament del pacient s'han d'assegurar de quina és la voluntat del pacient, conscient, voluntària i no coaccionada després de rebre la informació clara i entenedora per part dels metges.

- En cap cas el metge qüestionarà les creences religioses del malalt.
- L'anestesiòleg i el cirurgià hauran de demanar al pacient que signi el CI per a la cirurgia i l'anestèsia i el certificat de rebuig de transfusió específic per aquests casos, el qual s'adjuntarà a la història clínica.

En el malalt quirúrgic ens podem trobar en TRES situacions diferenciades:

b1. Intervenció quirúrgica amb previsió de sagnat escàs

Es tracta d'intervencions quirúrgiques en les que no es fa reserva de sang.

En l'estudi preoperatori, el metge s'ha d'assegurar de que el malalt no presenta una anèmia preoperatoria important, ni factors de risc d'hemorràgia secundaris a malalties del propi pacient o a tractaments a que estigui sotmès i que afectin la coagulació sanguínia, factors que incrementarien el risc de sagnat no previst.

La majoria de guies i recomanacions dels diferents comitès d'experts convenen que en aquesta situació no s'ha de demanar un certificat de rebuig, tal com tampoc es demanaria un certificat d'autorització de transfusió.

La recomanació del nostre comitè, però, és que des d'un punt de vista de precaució davant de qualsevol intervenció quirúrgica, encara que aquesta sigui menor i sigui previsible un sagnat escàs, és recomanable la signatura del certificat de rebuig per tal de cobrir qualsevol risc derivat d'una possible complicació no prevista.

b2. Intervenció quirúrgica amb una previsió moderada de sagnat

En aquest cas l'anestesiòleg i el cirurgià han de valorar bé el risc d'hemorràgia i si la cirurgia és factible sense transfusió (valoració de risc/benefici).

En general es tracta d'intervencions programades en les que és habitual la reserva de sang: cirurgia ortopèdica major (pròtesi total de maluc ó de genoll, fractures de fèmur, pelvis o altres, artròdesi lumbar...), cirurgia cardíaca, cirurgia general oncològica (estómac, colon, recte, pàncrees) o cirurgia oncològica ginecològica o urològica.

Normalment, el circuit que es segueix en aquests casos és el següent:

- El pacient ha de ser visitat, preferentment en privat, a consulta preoperatòria on els metges responsables (anestesiòleg, cirurgia) informaran detalladament dels riscos de la cirurgia sense transfusió si aquesta fos necessària.
- Un cop informat el pacient i en cas de que aquest sigui competent, és a dir, plenament conscient del que creu sense coaccions, s'ha de respectar la seva voluntat i fer-ho constar a la historia clínica on també s'adjuntaran els DCI i Certificat de Rebuig de Transfusió.
- Un cop acceptada la realització de la cirurgia per part de malalt i metge, es comunicarà a la resta de professionals implicats en el cas.
- Des d'aquest moment s'establirà una estratègia per millorar les xifres d'hemoglobina (Hb) i hematòcrit (Ht) abans de la intervenció i així minimitzar els riscos d'aquesta (veure apartat 8).
- En el cas de l'adult no competent (el pacient que no està capacitat per prendre decisions), el metge responsable del malalt ha de contactar amb el Director Mèdic exposant la situació i, en el cas que sigui necessari, implicant al Gabinet Jurídic del centre per tal de prevenir situacions de risc legal.

En aquests casos s'hauria de consultar al pacient i/o en el Registre del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya si existeix un Document de Voluntats Anticipades (DVA). Molts d'aquests pacients (TJ i altres que volen limitació a diversos tractaments) poden haver fet un DVA en el seu dia (prèvia incapacitació), expressant la seva negativa a rebre transfusions en cas de determinades situacions clíniques. També és possible que hagin nomenat un representant que decideixi per ells en cas d'incapacitat.

Els familiars no són representants legals del pacient, només ho és la persona designada en el DVA, si aquest existeix, o el tutor legal nomenat pel jutge quant incapacita una persona. Aquesta situació (malalt no competent i cirurgia programada) és poc freqüent però factible, i el professional sanitari ha de tenir en compte que sempre que hi hagi qualsevol dubte és recomanable demanar auxili judicial demanant al jutjat que ens indiqui com s'ha d'actuar per tal de minimitzar els riscos legals.

b3. Intervenció quirúrgica amb alt risc de sagnat

Si la previsió de sagnat és elevada i el metge considera que és imprescindible, fer una transfusió, l'equip assistencial responsable pot refusar la pràctica de l'acte mèdic programat, ja que la limitació a la transfusió podria derivar en un fracàs de l'acte quirúrgic.

Com diu el punt 14 de les Recomanacions del COMB: "Si el metge, després de ponderar el balanç entre risc i benefici, decideix que la intervenció es un risc excessiu i/o inacceptable, li explicarà al pacient i ho farà constar a la història clínica." No es pot argüir objecció de consciència per imposar un tractament o negar l'assistència, però si que el metge ha de fer constar els seus arguments i així explicar-ho".

A partir d'aquí s'hauran de prendre les decisions que garanteixin la continuïtat de l'assistència, d'acord amb la voluntat del pacient i respectant el seu dret de rebuig a la transfusió sanguínia (TS).

Cal contemplar tractaments mèdics alternatius i, si la cirurgia és l'única opció possible. També existeix la possibilitat que altres professionals del centre vulguin fer-se càrrec del pacient. Si al centre no hi ha cap metge (anestesiòleg, cirurgia, traumatòleg, etc.) que accepti aquesta limitació d'operar sense transfondre, se li comunicarà al pacient, es farà constar a la història clínica i se li oferirà al malalt l'opció de no operar i tractar els símptomes o bé de ser traslladat a un altre centre on pugui ser operat amb les condicions que demana.

Mai aquesta negativa per part de l'equip assistencial ha de representar un abandonament del malalt o el que ell pugui percebre com a tal. Al contrari, el deure del metge es acompanyar-lo i seguir prestant assistència fins a l'alta, que tampoc ha de ser imposada si el pacient decideix acceptar un tractament alternatiu.

Si al centre hi ha professionals que sí volen procedir a la intervenció, acceptaran el cas i es procedirà com en l'apartat anterior (cirurgia amb previsió

moderada de sagnat) en quant a la preparació del pacient per millorar les xifres d'hemoglobina i política d'estalvi de sang.

c. Cirurgia urgent

La cirurgia urgent és la que comporta al metge una major dificultat en quant a la presa de decisions, per la falta de temps.

Ens podem trobar diferents situacions: pacient conscient o inconscient, competent o no competent per decidir, pacient adult incapacitat legalment, pacient menor d'edat, la pacient embarassada o també el part o cesària en els que estan en joc la vida de la mare i/o el fetus.

c1. Pacient conscient i competent per decidir

Si el pacient està conscient i és competent, és a dir, si el metge està segur de que no hi ha pressions externes i de que existeix per part del pacient una comprensió de la situació i, malgrat això, està decidit al rebuig de sang, s'ha de respectar la seva voluntat.

c2. Pacient conscient, però no competent

Si el pacient està conscient però no és capaç de prendre decisions per diferents motius (l'estrès que representa una cirurgia urgent ó un traumatisme, l'edat avançada, o altres circumstàncies i situacions anàlogues), el metge ha d'esbrinar si existeix un Document de Voluntats Anticipades preguntant als familiars i/ó consultant al registre. És possible que el pacient Testimoni de Jehovà hagi fet DVA i en aquest document pot haver expressat la seva negativa a rebre transfusions. Llavors el metge ha de respectar la seva voluntat.

En cas de no existir DVA, els familiars no son els representants legals del pacient i no han de condicionar l'actuació del metge i aquest ha d'actuar segons cregui pertinent (Lex Artis) i ho ha de fer constar a la història clínica, explicant els fets i els motius per els quals es necessària o imprescindible la transfusió de sang ó d'algun dels seus components.

Si es tracta d'una urgència vital en que ni tan sols es possible parlar amb la família, el metge ha d'actuar segons la bona pràctica clínica, és a dir, segons consideri pertinent, i ha de deixar constància de la seva actuació a la història clínica. Posteriorment ha d'informar als familiars i, si es necessari, consultar al registre.

c3. Pacient inconscient

Si el pacient no és capaç de decidir perquè està inconscient, i es tracta d'una situació d'urgència vital que no admet demora, el metge/equip assistencial pot consultar l'existència d'un DVA on el pacient pot haver expressat la seva negativa a rebre transfusions. Llavors el metge ha de respectar la seva voluntat. En cas de no tenir registrat DVA, ha d'actuar segons la bona pràctica clínica encara que els familiars es manifestin contraris a la transfusió i vulguin parlar en el seu nom. El metge ha de tractar al pacient segons ell cregui pertinent i segons els protocols del centre i fer constar la situació i els motius de la seva actuació a la història clínica.

En general, en situacions urgents, la cirurgia no es pot demorar. Si es pot, s'ha de demanar auxili judicial, i si la situació del pacient obliga a actuar ràpidament, llavors el metge ha d'actuar "Lex Artis".

8. Estratègies d'estalvi de sang: Patient Blood Management

El Patient Blood Management (PBM) o Programa d'Estalvi de Sang, és un programa multimodal centrat en el pacient. Té l'objectiu de evitar o minimitzar l'ús d'hemoderivats al pacient quirúrgic durant el període preoperatori, intraoperatori i postoperatori i millorar la seva evolució clínica així com reduir l'índex transfussional del centre que ho ha implantat. Es basa en tres pilars fonamentals:



- Preoperatori

El més eficaç és establir un circuit àgil de visites preoperatories (cirurgia, traumatòleg, anestesiòleg), per no allargar innecessàriament la presa de decisions i el començament del tractament. Aquest ha d'estar destinat a optimitzar la hemoglobina i l'hematòcrit mitjançant l'administració de Fe oral o parenteral, eritropoetina (EPO) subcutània, vitamina B12, àcid fòlic oral o parenteral segons les pautes establertes per els protocols dels diferents

departaments del centre (anestesiologia, medicina interna, hematologia i hemoteràpia, etc.).

- Intraoperatori

L'objectiu ha d'estar dirigit a disminuir les pèrdues hemàtiques intraoperatories.

És important la comunicació entre l'anestesiòleg i el cirurgià per tal de conèixer la previsió de sagnat i el seguiment del mateix durant la intervenció.

- Es controlaran els factors que poden modificar l'hemorràgia quirúrgica com la posició del pacient, el manteniment de la normotèrmia, la durada de la cirurgia i expertesa del cirurgià, l'aplicació d'isquèmia en intervencions de traumatologia i ortopèdia, o l'aplicació de tècniques d'hipotensió controlada.
- Us d'antifibrinolítics: es pot utilitzar l'àcid tranexàmic a les dosis indicades en els protocols del servei d'anestesiologia, si ho requereix la cirurgia.
- Ús del recuperador de sang intraoperatori: La majoria de Testimonis de Jehovà accepten l'ús del recuperador de sang intraoperatori sempre i quant no hi hagi discontinuïtat en cap moment entre la circulació del malalt i el circuit de l'aparell recuperador. El recuperador de sang s'ha d'adaptar a aquesta circumstància i la majoria dels que s'utilitzen actualment disposen ja d'uns tubs especials per poder portar a terme aquest requisit. Per aquest motiu, els TJ no accepten tècniques d'estalvi de sang com és l'autotransfusió, prèvia reserva de sang del propi malalt, ja que en aquest cas s'emmagatzema la sang en bosses per ser reinfosa posteriorment; els TJ consideren que aquest procediment implica rebre sang de l'exterior, encara que sigui la pròpia, i això va en contra del que diuen els textos bíblics en que es basa la seva doctrina.

- Postoperatori

S'han d'aplicar les mesures destinades a disminuir l'hemorràgia postoperatoria com és habitual en tots els casos: control del dolor postoperatori, de la tensió arterial (evitar la hipertensió), control dels drenatges quirúrgics, etc. També es poden utilitzar recuperadors de sang en el postoperatori.

9. Pacient obstètrica

L'embaràs constitueix una situació peculiar en que els riscos i tractaments no tan sols tenen implicacions sobre la pacient, sinó també sobre el o els fetus, dificultant la presa de decisions quan el principi d'autonomia aplicat a la mare xoca amb el de beneficència aplicat al o als fetus.

Identificació de Situacions de risc:

1- Cal, per tant, donar resposta a l'obstetra davant la situació d'una anèmia aguda greu d'origen no obstètric (traumatisme, hemorràgia interna, etc.) en una dona embarassada en època previsible o prematura extrema, en que no transfondre a la mare o la alternativa de finalització de l'embaràs, constitueixen un risc molt elevat de mort o seqüeles per al/s fetus.

2- Alhora, l'embaràs implica un risc incrementat de sagnat, no sols limitat al moment del part o d'un eventual avortament, sinó durant tota la seva durada en relació a complicacions com el desprendiment de placenta, ruptura uterina, etc., en la majoria dels casos imprevisible.

3- Existeixen situacions obstètriques de risc molt alt d'hemorràgia (placenta prèvia, acretisme placentari, etc) en que la opció de no realitzar la intervenció quirúrgica (cesària) no es pot contemplar. Cal, en aquests casos, valorar la utilització de recuperadors intraoperatoris de sang i l'acceptació per part de la pacient, i la disponibilitat de fàrmacs com els concentrats de fibrinogen o el factor VII recombinant activat.

Tot i així, generalment la dona embarassada acostuma a haver realitzat visites prèvies al centre hospitalari en que té previst donar a llum, fet que facilita discutir les alternatives de tractament de l'hemorràgia, incloent valoració per hematòleg referent, i deixar constància de les seva voluntat mitjançant l'oportú i concret Consentiment Informat de rebuig a rebre transfusions en situacions de risc.

Un altre aspecte que cal especialment discutir amb la dona per a casos de menor gravetat, és si, efectivament, prioritza el fet de no transfondre a la preservació de la fertilitat (és a dir, realitzar una histerectomia sense demora en front de tractaments conservadors davant l'aparició d'una hemorràgia obstètrica).

El consentiment informat i la història clínica han de recollir la voluntat de la pacient en tots els casos.

Però què fer quan la decisió de compromís vital afecta al fetus ?

Quan es produeix una situació de risc vital per al fetus, aquest es pot considerar un menor a tots els efectes i, per tant s'hauria d'actuar de la mateixa manera que s'actuaria davant d'un menor en risc, per la qual cosa el més recomanable seria acudir a l'auxili judicial.

Les Recomanacions de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de metges de Barcelona sobre els aspectes ètics i legals de la transfusió sanguínia a menors d'edat , indiquen que en cas d'urgència vital, el metge pot actuar segons la **Lex Artis**, sense haver d'esperar l'arribada d'aquesta ordre judicial, encara que això en cap cas garanteix la immunitat del metge en un possible procediment judicial, per la qual cosa aquest risc s'haurà de tenir present.

És important, en qualsevol dels casos, que la informació detallada que se li ofereix a la dona embarassada sobre els riscos, la voluntat de respecte a les seves creences i la possibilitat de tractaments intermedis o pal·liatius, es recullin amb detall al consentiment informat i a la història clínica.

10. El menor d'edat i l'adult incapacitat legalment

En tots aquests casos, si els pares o tutors demanen la no transfusió, el més recomanable es demanar auxili judicial per aclarir si ha de prevaldre la voluntat dels pares o dels tutors, o bé si s'ha d'actuar amb un criteri de conservació de la vida.

- La norma 15 de les "Recomanacions de la Comissió Deontològica del COMB" sobre "El rebuig de transfusió de sang i hemoderivats" diu:

"Quant els responsables d'un pacient incapacitat o menor rebutgin, ni que sigui per raons de consciència, un tractament que els coneixements mèdics reconeixin com a vàlid i necessari per a la seva vida, el metge, en cas d'urgència, ha de prescindir del consentiment".

11. Resum i conclusions

1. El rebuig d'una transfusió de sang o algun dels seus components és un dret del pacient que cal respectar sense que la incomoditat per les possibles conseqüències de la decisió vagi en detriment del deure d'assistència.
2. Cal informar de manera adequada sobre la malaltia i les conseqüències del rebuig de transfusió, així com de les possibles alternatives.
3. El professional responsable ha de mantenir un diàleg amb el pacient serè i respectuós, i és aconsellable que el metge responsable mantingui l'entrevista en privat, per assegurar que la decisió del malalt és lliure i no està sotmesa a coaccions.
4. Si el metge considera al malalt competent, és a dir, que comprèn la situació, que la decisió és coherent amb la seva manera de pensar i n'assumeix les conseqüències, ho ha de fer constar a la història clínica i li ha de fer signar els consentiments. És recomanable que a la història clínica es reculli tot el procés d'informació, detallant si hi ha hagut reunions presencials, quan s'han fet aquestes reunions, les persones que estaven presents, i intentar reflectir de la millor manera possible el procés de presa de decisions.
5. Tota actuació assistencial requereix de l'existència de consentiment informat. En aquest cas el pacient ha de signar el document específic de rebuig de transfusió.
6. Si el metge té dubtes sobre la competència del malalt, pot assessorar-se amb el parer d'altres professionals, com ara el psiquiatre o neuròleg.
7. En cas d'incompetència per prendre decisions s'ha de consultar en el Registre del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya si existeix un Document de Voluntats anticipades. En el DVA el pacient pot haver expressat la seva negativa a rebre transfusions. Des del punt de vista jurídic, els familiars no són els representants legals del pacient. Només tenen aquesta condició les persones designades en el DVA o el tutor legal nomenat pel jutge quan incapacita una persona. Per tant, l'opinió dels familiars sobre el rebuig a la transfusió per part del pacient no ha de condicionar l'actuació del professional. En cas de dubte s'ha de sol·licitar sempre auxili judicial.
8. Quan es tracta d'una intervenció programada amb la previsió de reserva de sang per si fos necessària la transfusió, hem d'informar clarament al malalt sobre la naturalesa de la seva malaltia, de la indicació de la intervenció i dels riscos de

no fer la transfusió en cas de ser necessària. Si després de ser informat el pacient segueix rebutjant-la, s'ha de respectar la seva voluntat.

9. Si davant d'aquesta negativa i segons la seva experiència, el metge considera un risc inacceptable procedir a la intervenció, ha de fer-ho constar en la història clínica, així com les decisions que es prenen per garantir la continuïtat de l'assistència segons la voluntat del pacient.

10. Cal contemplar la possibilitat que altres professionals del centre puguin fer-se càrrec del pacient, respectant la seva sol·licitud de no ser transfós. En el cas que a l'hospital no hi hagi cap metge o equip que assumeixi el risc de procedir a la intervenció sense transfusió, se li ha de comunicar al pacient i oferir-li la possibilitat de limitar l'assistència al tractament dels símptomes. Al mateix temps se l'ha d'informar sobre el dret a anar a un altre centre i si ho accepta, s'han de prendre les mesures necessàries per garantir l'assistència fins a l'alta, però aquesta no pot ser imposada si el pacient accepta el tractament alternatiu.

11. En una situació d'urgència vital, 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 xoc o en qualsevol circumstància urgent en que no està capacitat per decidir, l'actuació ha de ser ràpida i segons la bona pràctica clínica respectant la decisió manifestada en el DVA en cas de tenir-ho.

12. En la dona embarassada el metge ha de discutir les alternatives de tractament de l'hemorràgia a les visites que es realitzen al llarg de l'embaràs. S'ha de deixar constància de les seva voluntat mitjançant el Document de Rebuig de Transfusió en aquelles situacions que posin en perill la seva vida .

Quant es produeix una situació de risc vital per al fetus aquest es pot considerar un menor a tots els efectes i, per tant, assumirem el protocol d'actuació davant d'un "menor en risc" sol·licitant un ordre judicial quan sigui necessari.

En cas d'urgència vital el metge ha d'actuar segons la Lex Artis tal com ho contemplen les Recomanacions de la Comissió Deontològica del COMB sense haver d'esperar l'arribada d'aquest ordre judicial.

13. En el cas del pacient menor d'edat s'ha de sol·licitar auxili judicial i en situacions d'urgència, el metge ha d'actuar segons la bona pràctica clínica.

12. Recomanacions

Després de l'elaboració d'aquest document de consulta, el CEA dels hospitals Quirón Dexeus, Quirón Barcelona, Centro Médico Teknon i El Pilar, en els casos de rebuig a la transfusió de sang i els seus components, recomana:

- El metge ó professional de la salut ha d'establir un diàleg amb el pacient, que li permeti avaluar la seva competència, i, si el pacient es un adult competent, ha de respectar la seva voluntat.
- S'han de fer constar totes les dades a la Història Clínica, així com els certificats de rebuig de transfusió i els DCI corresponents a cada cas.
- En casos urgents , si el pacient està conscient i ho demana, s'ha de respectar la seva voluntat, però, si el pacient està inconscient, el metge ha de corroborar l'existència d'un DVA que manifesti la seva voluntat i en cas de no tenir aquest document, actuaria segons el que ell consideri correcte.
- Si es tracta d'un menor o d'una dona embarassada en que estigui en perill la vida del fetus, es demanarà auxili judicial en casos no urgents. En urgències vitals, el metge actuarà seguint el criteri de preservació de la vida.

13. Bibliografia

1. "Recomanacions del comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament". Comitè de Bioètica de Catalunya. Març 2010
2. "Recomanacions de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona. El Rebuig de Transfusió de sang i hemoderivats". Març 2012
3. "Guia d'actuació per l'assistència a pacients que rebutgen la transfusió de sang i components sanguinis. Comitè d'Ètica Assistencial. Hospital Clínic de Barcelona. Gener 2013
4. "Jehovah's Witnesses. The surgical/ethical challenge" The Journal of the American Medical Association (JAMA, vol 246. 1981)
5. Yousra El Kasmy El Kasmi "La polèmica sobre el rebuig a la transfusió de sang". Sobre l'objecció de consciència dels Testimonis de Jehovà: aspectes religiós, mèdic, ètic i legal. Treball de recerca. Mataró 2013
6. Leal-Noval SR, et al. 2013. Documento Sevilla de Consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica. Actualización del Documento Sevilla. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013
7. "Document sobre el Rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang". Observatori de Bioètica i Dret. M.V. Martorell i A. Sanchez-Urrutia (coords.). Novembre 2005
8. Protocolización de técnicas de ahorro de sangre. Servicio de Anestesia, reanimación y tratamiento del Dolor. Consorcio del Hospital Universitario de Valencia. Grupo de ahorro de sangre.
9. DOGC (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya) Num. 3303 N° de document 021/2000, Departament de la Presidencia. Llei 21/2000, de 29 de desembre.
10. BOE (Boletín Oficial del Estado) 274, de 15-11-2002. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
11. Mc Ewan Ian: "La llei del menor". Ed. Anagrama, 2015.