



GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSIÓN

CONTROL DE LAS MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

VERSION	FECHA VERSION	DESCRIPCION DE MODIFICACIONES
3	11/07/2018	-Se actualiza de acuerdo a Circular 1/2012. Fiscalía General del Estado. -Se modifica consentimiento informado -Se define la valoración por parte de la subcomisión de transfusión.

ELABORACIÓN/REVISIÓN	APROBACIÓN
Subcomisión de transfusión: Dr. Hilario López Cano Dr. Juan Carmona Auriolés D ^{ña} Noemí Guerrero Ruano Dr. Manuel Isidro Muñoz Pérez Dr. Guillermo Quesada García Fecha: 11/07/2018	Comisión Hospitalaria de Transfusión



A. INTRODUCCIÓN

Esta guía de actuación surgió por iniciativa de la Comisión de Transfusión del Hospital Regional Universitario de Málaga, con la intención de evitar los diferentes conflictos que pueden llegar a plantearse cuando se hace necesaria una transfusión de sangre o sus derivados, entre los pacientes que no admiten no pueden ser transfundidos, las instituciones sanitarias y el propio personal sanitario.

No es por tanto objetivo de este documento, el abordar el problema del rechazo a estos tratamientos en cualquier tipo de paciente, sino sólo, en este colectivo de manera concreta.

El método utilizado para su elaboración ha sido, el juicio de especialistas basados en su propia experiencia, en la evidencia científica disponible y en protocolos de actuación previamente consensuados en otras instituciones sanitarias.

Esta guía se ha estructurado en actuaciones diferenciadas para cada grupo de pacientes, teniendo en cuenta la edad y su estado de capacitación para poder tomar decisiones respecto a ser o no ser tratado. Además se ha tenido en cuenta las diferentes situaciones que pueden llegar a plantearse respecto a la urgencia o demora en el tratamiento.

Existe en el Hospital Regional de Málaga una subcomisión de transfusión que funciona de manera permanente, para valorar cada caso concreto y coordinar las actuaciones de los distintos servicios que pueden estar implicados en el manejo de estos pacientes.

B. SUBCOMISIÓN DE TRANSFUSIÓN:

Está presidida por un responsable de la Subdirección Médica, y están representados responsables de las Unidades de Medicina Intensiva, Anestesia y Hematología, una representación de Enfermería y Facultativo del servicio quirúrgico a cargo del paciente.

En esta comisión se valorará el riesgo intrínseco del paciente ante el tipo de cirugía que se propone:

- Riesgo quirúrgico ALTO -----→**VALORAR OTRAS ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS (variar técnica quirúrgica, cirugía en dos tiempos, alternativa no quirúrgica, etc) ó DERIVAR A OTRO CENTRO que reúna los requisitos técnicos necesarios.**
Todo ello según aceptación del equipo quirúrgico responsable.
- Riesgo quirúrgico moderado-bajo -----→**ACEPTAR INTERVENCION:**
 - Se coordinará la actuación de los miembros de los equipos implicados.
 - Se valorará en función de la cifra de Hb y el riesgo de sangrado, el estudio y tratamiento previo a cirugía, por parte de Hematología.

B.1 ACTUACIÓN EN EL POSTOPERATORIO, paciente ADULTO.

- Si cursa sin complicaciones-----→**ALTA**
- Si aparece una complicación que requiera reintervención (con criterio de emergencia o urgencia) y probable transfusión, habrá que valorar:

- **Paciente no capaz -----→DECIDIRÁ EL CONSENTIMIENTO FIRMADO DE INICIO.**
- **Paciente capaz-----→PREGUNTAR DE NUEVO la aceptación o rechazo a la transfusión con el correspondiente Consentimiento Informado, con independencia del previo:**
 - Si acepta la transfusión-----→**TRANSFUNDIR**
 - Si continúa rechazando la transfusión----→ **NO TRANSFUNDIR**

C. TRANSFUSIÓN EN PACIENTE MENOR DE EDAD

La base para el tratamiento de los conflictos ante transfusiones de sangre en menores de edad es la circular 1/2012 de la fiscalía General del Estado, que establece el tratamiento sustantivo de los diferentes conflictos de interés que pueden generarse.

C.1. **El menor maduro** (con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención) **se niega a una transfusión de sangre u otra intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, en casos en los que los representantes legales son favorables a que se realice la misma.** En tal supuesto el médico, a la vista de la redacción del art. 9.3 c) de la 41/2002, podría, sin necesidad de acudir al Juez, llevar a cabo la intervención. No obstante, siempre que la situación no sea de urgencia, será aconsejable como más respetuoso con el principio de autonomía del menor, plantear el conflicto ante el Juez de Guardia, directamente o a través del Fiscal.

C.2) **El menor maduro rechaza la práctica de una transfusión u otra intervención con grave riesgo para su vida o salud, apoyando los representantes legales su decisión.** En estos casos debe el médico plantear el conflicto ante el Juez de Guardia, directamente o a través del Fiscal, sin perjuicio de que si concurre una situación de urgencia pueda, sin autorización judicial, llevar a cabo la intervención amparado por la causa de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

C. 3) **El menor maduro presta su consentimiento a la intervención, siendo los representantes legales los que se oponen.** En este supuesto no existe un conflicto entre los deseos y opiniones del menor y sus derechos a la vida y la salud, por lo que debe estarse a la capacidad de autodeterminación

que la ley reconoce al menor maduro, pudiendo el médico aplicar el tratamiento sin necesidad de autorización judicial.

C.4) **El menor NO maduro y Los representantes legales del menor no consienten la intervención**, generando la omisión de la misma riesgo grave para su vida o salud. El médico no puede aceptar la voluntad de los representantes del menor, pues se encuentra en una posición de garante respecto de su paciente. Por ello habrá de plantear el conflicto ante el Juzgado de Guardia, bien directamente o a través del Fiscal, para obtener un pronunciamiento judicial. No obstante, en situaciones urgentes puede el médico directamente aplicar el tratamiento frente a la voluntad de los padres, estando su conducta plenamente amparada por dos causas de justificación: cumplimiento de un deber y estado de necesidad justificante.

D. ADULTO INCOMPETENTE O INCAPAZ

D.1. ACTUACIÓN PROGRAMADA

La condición de considerar la competencia o no competencia de un adulto corresponde al médico, mientras que la incapacidad es una situación jurídica que deriva de una sentencia judicial y en la que se establece el alcance de la incapacitación.

D.1.A - En los supuestos de **adultos no competentes de forma transitoria o permanente**, habrá que tener en cuenta que puede existir un documento notarial donde aparezca la voluntad del paciente, o tal vez, un registro de voluntades vitales anticipadas, que habrán de ser tenidos en cuenta.

En estos supuestos de incompetencia temporal o definitiva sin registro de VVA o documento notarial, se otorgará el consentimiento por representación de acuerdo con el Art. 9.3.a. de la Ley 41/2002. Si el paciente carece de



representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

D.1.B.- En los supuestos de **adultos con sentencia de incapacitación.** Se estará a lo que establezca la sentencia de incapacitación y a la voluntad de su representante establecido en esta.

D.2. ACTUACIÓN URGENTE

Se realizará la **TRANSFUSIÓN** siempre que el médico la considere indicada. Se informará a los familiares y al juez de guardia. Se dejará constancia en la historia clínica.

RECORDAD QUE NO TRANSFUNDIR SIGNIFICA

1. Continuar con las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias.
2. Es una medida ética y de respeto a la autonomía del paciente.
3. Que hay que asegurar que se trata de una decisión inequívocamente tomada por el paciente, sin que haya mediado influencias externas.
4. Que ir en contra de la decisión del paciente en nuestro marco legal, puede tener repercusiones legales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leal Nova SR, Muñoz Gómez M y Campanario García A. Transfusión en el paciente crítico. Med Intensiva 2004 (Rev);28(9):464-9.
2. Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová. Comité de ética asistencial . San Sebastián, Mayo 1999.
3. Villarejo P, Padilla D, Cubo T y cols. Cirugía y transfusión urgente en el paciente testigo de Jehová: revisión de las implicaciones médico-legales. Cir Esp.2007;82(6):328-32.
4. El médico ante las transfusiones de sangre a los testigos de Jehová. Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
5. Bernal JM, Naranjo S, Trugeda M y cols. Cirugía cardíaca en testigos de Jehová. Experiencia en Santander. RevEspCardiol. 2006;59(5):507-9.
6. Documento de consenso entre Congregación de los Testigos de Jehová y el CBA (Comité de Bioética Asistencial) del hospital General de Castellón. Documento CBA 02/2007.
7. Bajo Fernández M. Respeto a la libertad del paciente. La eutanasia y las legislaciones sanitarias autonómicas. Revista de derecho penal y criminología, Nº extraordinario 2(2004): 317-329.
8. Pérez Ferrer A, Gredilla E, De Vicente J y cols. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006;53:31-41.
9. Monés J y Terés J. Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre. Med Clin (Barc).2009;132(16):627-632.
10. Protocolo de atención a los pacientes de la confesión religiosa "Testigos de Jehová". Hospital de Antequera. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2009
11. Circular 1/2012 Fiscalía General del Estado
12. "Recomendación para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados" Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Anexo I

***PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA INTERVENCIÓN SIN SANGRE**

PREOPERATORIO:

- Eritropoyetina*(1) +Hierro
- Suspensión de fármacos que afecten a la hemostasia
- Corregir las alteraciones de la coagulación
- Limitar flebotomías diagnósticas

INTRAOPERATORIO:

- Normotermia
- Hipotensión controlada
- Recuperación de hematíes intraoperatoria*(2)
- Técnicas quirúrgicas para reducir la hemorragia
- Fármacos hemostáticos sistémicos, tópicos y locales

POSOPERATORIO:

- Vigilancia y tratamiento precoz de la hemorragia
- Optimización de la hemostasia
- Analgesia adecuada. Control de la tensión arterial
- Eritropoyetina*(1)+ hierro
- Umbral transfusional restrictivo

(1) Valorar indicación de acuerdo a ficha técnica del producto.

(2) Previo consentimiento del paciente (Anexo II)

Anexo II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE NO ADMITEN TRANSFUSIÓN

NOMBRE DEL TRATAMIENTO	FUNCIÓN	DECISIÓN
CONCENTRADO DE HEMATÍES	Obtenido de sangre completa humana. Los hematíes son células que contienen hemoglobina, proteína que transporta oxígeno a todo el organismo y dióxido de carbono a los pulmones. La transfusión de este componente está indicada en anemias o gran pérdida de sangre.	<input type="checkbox"/> Acepto concentrado de hematíes <input type="checkbox"/> Rechazo concentrado de hematíes
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	Obtenido de sangre completa humana. El PFC contiene factores de coagulación. Se suele administrar cuando existe deficiencias congénitas o adquiridas de factores de la coagulación, enfermedad hepática con sangrado y en hemorragias por traumatismos o quirúrgicas.	<input type="checkbox"/> Acepto Plasma Fresco Congelado <input type="checkbox"/> Rechazo Plasma Fresco Congelado
ALBÚMINA (hasta el 4% del plasma)	Proteína que se extrae del plasma. Algunos expansores plasmáticos utilizados en casos de Shock y de quemaduras graves contienen albúmina procedente de sangre. Estos compuestos pueden contener hasta un 25% de albúmina.	<input type="checkbox"/> Acepto Albúmina <input type="checkbox"/> Rechazo Albúmina
FACTORES DE LA COAGULACIÓN (menos del 1% del plasma)	Proteínas plasmáticas que contribuyen a la coagulación de la sangre a fin de detener hemorragias cuando existen déficit adquiridos o congénitos de los mismos. Los crioprecipitado son compuestos ricos en factores, FVIII, fibrinógeno, fibronectina, factor de Von Willebrand y FXIII.	<input type="checkbox"/> Acepto factores de coagulación <input type="checkbox"/> Rechazo factores de coagulación
INMUNOGLOBULINAS (hasta 3% del plasma)	Fraciones proteínicas procedentes del plasma, indicadas para ayudar a combatir infecciones víricas y otras enfermedades; difteria, tétanos, rabia, etc. También para elevar las defensas en otras situaciones como el trasplante de médula ósea y otras situaciones con inmunodepresión.	<input type="checkbox"/> Acepto inmunoglobulinas <input type="checkbox"/> Rechazo inmunoglobulinas
PLAQUETAS	Obtenida de sangre completa humana. Tiene un papel importante en la coagulación de la sangre. Están indicadas cuando existen coagulopatías, hemorragia activa y/o cirugía mayor con recuentos bajos de plaquetas.	<input type="checkbox"/> Acepto plaquetas <input type="checkbox"/> Rechazo plaquetas
ERITROPOYETINA (EPO)	Hormona glicoprotéica cuya función principal es la elevación de la producción de glóbulos rojos. Su administración previa a cirugía mayor programada ha demostrado disminuir la necesidad de transfusión.	<input type="checkbox"/> Acepto EPO <input type="checkbox"/> Rechazo EPO

Firma del paciente

Firma del médico

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE IMPLICAN EL USO DE LA PROPIA SANGRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL TRATAMIENTO	FUNCIÓN	DECISIÓN
RECUPERADOR DE SANGRE INTRAOPERATORIO	Reducir la pérdida de sangre. Durante la operación se recupera sangre de una herida o cavidad corporal. La sangre recuperada es anticoagulada, microfiltrada, hemoconcentrada y lavada con s. salino fisiológico, y sin interrupción, se reinfunde al paciente.	<input type="checkbox"/> Acepto recuperador intraoperatorio <input type="checkbox"/> Rechazo recuperador intraoperatorio
RECUPERADOR DE SANGRE POSTOPERATORIO	Reducir la pérdida de sangre. Recogida de la sangre drenada en el periodo postoperatorio y posterior procesamiento (microfiltración) para la obtención de concentrado de hematíes lavados, con reinfusión al paciente, tal vez, sin interrupción.	<input type="checkbox"/> Acepto recuperador postoperatorio <input type="checkbox"/> Rechazo recuperador postoperatorio
HEMODILUCIÓN	Reducir la pérdida de sangre. Durante la operación se desvía parte de la sangre a unas bolsas, y se diluye con expansor plasmático artificial la que queda en el paciente. En el transcurso de la operación o al final, se le infunde al paciente las bolsas desviadas previamente.	<input type="checkbox"/> Acepto hemodilución <input type="checkbox"/> Rechazo hemodilución
HEMODIÁLISIS	Hacer las veces de un órgano. En este caso, la sangre circula a través de una máquina que la filtra, limpia y la devuelve al paciente.	<input type="checkbox"/> Acepto hemodiálisis <input type="checkbox"/> Rechazo hemodiálisis
CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (CEC)	Mantener la circulación. Se desvía la sangre a una bomba de circulación extracorpórea que la oxigena y la devuelve al paciente.	<input type="checkbox"/> Acepto CEC <input type="checkbox"/> Rechazo CEC
PLASMAFÉRESIS	Recambio del plasma del paciente. En ciertas enfermedades, púrpura trombótica trombocitopénica, sdr. Hemolítico-urémico, enfermedades autoinmunes, etc. La sangre se extrae y filtra, extrayéndose el plasma que se sustituye por PFC humano.	<input type="checkbox"/> Acepto plasmaféresis <input type="checkbox"/> Rechazo plasmaféresis
AUTOTRANSFUSIÓN	Si la situación médica del paciente lo permite, el paciente puede donar, en el CRTS, una Unidad de sangre con periodicidad semanal (normalmente se indica obtener 2 Unidades previas a la cirugía). Se administra hierro para favorecer la recuperación de la Hb y ocasionalmente EPO si fuera preciso. Estas unidades de sangre propia, se procesan y se envían al servicio de transfusión para ser utilizadas en la cirugía, si es preciso.	<input type="checkbox"/> Acepto Autotransfusión <input type="checkbox"/> Rechazo Autotransfusión

Firma del paciente:

.....

Firma del médico:

.....