

ELS HEMODERIVATS I ELS CRISTIANS TESTIMONIS DE JEHOVÀ

UNA APROXIMACIÓ DES DE LA BIOÈTICA

El meu agraïment als Comitès de Bioètica Assistencial dels departaments de Salut de València-Hospital Clínic-Malva-rosa, València Hospital-General i de Vinaròs, que han elaborat els documents que han servit de base per a la realització d'aquest informe.

Índex

1) JUSTIFICACIÓ	3
2) INTRODUCCIÓ.....	3
3) ELS testimonis DE JEHOVÀ I L'ÚS D'HEMODERIVATS	5
4) ASPECTES CLÍNICS.....	9
5) ASPECTES ÈTICS	12
6) ASPECTES DEONTOLÒGICS.....	15
7) ASPECTES LEGALS	17
8) L'OBJECCIÓ DE CONSCIÈNCIA	20
9) RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ	22
Actuació general.....	23
Possibles conflictes.....	26
Actuacions en situacions concretes	27
Pacient adult competent.....	27
Pacient adult no competent o incapac.....	27
Pacient menor d'edat	28
10) BIBLIOGRAFIA	30
ANNEXOS.....	34
1. Reforzar informació.....	2
2. Escuchar su opinión.....	2
3. Evaluar su capacidad	2
4. Reforzar informació.....	2
5. Escuchar su opinión.....	2
6. Evaluar su capacidad	2

1) JUSTIFICACIÓ

En la majoria dels casos, el primer contacte d'un comitè de bioètica assistencial amb el conflicte dels testimonis de Jehovà amb els hemoderivats és la consulta d'un professional assistencial sobre les pautes a seguir en aquests casos quan es produeix el rebuig del tractament per part del pacient. Aquests fets es veuen agreujats quan el pacient afectat és menor d'edat.

Aquestes situacions es comencen a objectivar amb major freqüència després del desenvolupament i reconeixement dels drets dels pacients, especialment els relacionats amb el rebuig o acceptació dels tractaments i el deure dels professionals de respectar l'opinió dels pacients. Situacions que també es veuen afavorides per la protocol·lització dels tractaments amb hemoderivats en els processos quirúrgics i patologies hematològiques.

Al llarg del desenvolupament i consolidació dels comitès de bioètica assistencial s'han anat elaborant diferents protocols, documents i recomanacions relacionats amb el rebuig de tractaments, entre els quals hi ha els dels hemoderivats en els testimonis de Jehovà, els drets dels pacients, l'objecció de consciència, etc.

2) INTRODUCCIÓ

Vivim en un món globalitzat on la multiculturalitat i, per tant, la pluralitat moral és un fet indiscutible. En aquestes circumstàncies el desenvolupament en la societat dels drets de les persones, ha contribuït a la necessitat de respectar les seues opinions i els seus valors. Això pot arribar a generar conflictes ètics en diferents àmbits de la convivència.

Aquest desenvolupament també ha influït i ha propiciat canvis en la relació clínica, que han culminat en una nova concepció d'aquesta relació, que ha passat a ser transversal en la qual es contempla la igualtat dels components, on el professional aporta els coneixements tècnics i el pacient els seus valors i desitjos, i on les decisions es prenen consensuades, després d'un procés de deliberació.

Afrontar els conflictes des de la bioètica ens ha de fer tindre en compte no sols la fonamentació principialista, sinó també la promoció de valors que es tradueixen en uns deures que han de ser els que ens ajuden a prendre decisions prudents i òptimes.

Els testimonis de Jehovà constitueixen una comunitat present en totes les societats actuals, amb unes creences particulars que poden ser font de conflictes ètics en determinades circumstàncies, concretament quan sorgeix per part dels professionals sanitaris la indicació de tractaments amb sang o algun component d'aquesta. Situacions que s'agreugen quan la teràpia proposta és l'única capaç de mantindre la vida del malalt.

L'ús d'hemoderivats, terapèutica de disponibilitat limitada, és una pràctica habitual als nostres hospitals i és efectiva en determinades patologies i situacions clíniques. Como qualsevol

tractament, no està exempt de riscos, així i tot amb el desenvolupament del coneixement, la incidència de complicacions ha disminuït notablement, a causa, sobretot, de les normes de seguretat en la gestió dels bancs de sang. La decisió de la utilització d'hemoderivats ve determinada per la situació clínica, la relació entre beneficis i riscos, l'existència de tractaments alternatius i els mitjans disponibles en cada institució. En qualsevol cas, la decisió ha de secundar-se en documents de consens i protocols d'especialistes basats en la investigació i en l'experiència.

Les institucions sanitàries públiques i els professionals que hi treballen tenen l'obligació de vetlar per la vida i la salut dels pacients, respectant alhora les seues creences i la seua llibertat religiosa i ideològica. Tot això, a més, ha de desenvolupar-se en un entorn en evolució, on la nova relació entre metge i pacient fa partícip a aquest últim de les decisions que afecten la seua salut, però s'ha de contemplar simultàniament l'efectivitat i l'eficiència dels recursos utilitzats.

En l'entorn d'aquesta relació clínica, ens podem trobar davant el fet que un pacient rebutge com a tractament l'administració d'hemoderivats, sobre la base de les seues creences, com és el cas dels testimonis de Jehovà. Encara que no és un problema excessivament freqüent, ha provocat abundant literatura especialitzada i un intens debat social i mediàtic en la premsa general. Es planteja un triple problema: ètic (conflicte de valors entre la preservació de la salut i la vida del pacient i el respecte a la decisió adoptada d'acord amb les seues creences religioses), clínic (utilització de criteris restrictius en l'ús dels hemoderivats) i legal (temor a possibles accions contra el professional, com a conseqüència de respectar o no els desitjos del pacient).

Cada pacient té dret a rebutjar un tractament o a revocar un consentiment donat per a la realització de qualsevol intervenció o tractament, tal com es contempla en la legislació actual, tant en l'àmbit nacional com autonòmic.

A més, haurem de tindre en compte que la nostra societat es basa, entre altres fonaments, en el respecte als drets a la vida i a la dignitat de la persona, a la llibertat de consciència i de les idees religioses. I, així mateix, l'ideari del professional sanitari condicionarà igualment la visió i la valoració dels diferents drets. La col·lisió entre els diferents drets i la seua valoració per part del professional, poden ser també generadors de conflicte.

El pluralisme ideològic i religiós és una característica de la societat en què vivim. El respecte i la tolerància constitueixen puntals bàsics de la nostra convivència. Els avanços científics i els canvis socials generen nous problemes que dificulten les relacions humanes i sanitàries. Per a aplanar les diferències que sorgeixen en aquestes noves relacions, veiem la necessitat d'adquirir habilitats en el terreny de la informació i de la comunicació, i de protocol·litzar aquelles situacions especialment conflictives.

No existeixen fórmules màgiques ni matemàtiques que permeten solucionar els conflictes ètics. Es tracta d'intentar optimitzar les decisions tenint en compte tots els valors que entren en conflicte en el cas concret que s'analitza. S'ha de ser capaç d'establir una sèrie de mínims que guien als professionals enfront d'aquests problemes o conflictes, ja que no serà gens excepcional trobar-se davant d'aquests en algun moment durant la seua labor assistencial.

L'any 2008, es va produir una acceptació a tràmit d'una queixa al Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, dels testimonis de Jehovà i la signatura dels consentiments informats en els quals s'inclou l'autorització d'una possible transfusió si el metge la considerava necessària. Cosa que pot considerar-se com un exemple dels problemes que es poden generar.

3) ELS testimonis DE JEHOVÀ I L'ÚS D'HEMODERIVATS

El rebuig frontal a la utilització de sang per part d'alguns ciutadans, fonamentalment testimonis de Jehovà, és conegut en l'entorn sanitari i ha desencadenat controvèrsies, com ocorre sempre que es contraposen dos principis bàsics. D'una banda, el dret a la vida i, per l'altra, el de la llibertat i l'autonomia del subjecte, la qual cosa ha originat que, en algunes ocasions, s'arriben a conclusions contradictòries.

Els cristians testimonis de Jehovà són una comunitat cristiana, amb un important creixement a tot el món, descendent d'un grup d'estudiosos de la Bíblia fundat en 1874 a Pennsilvània (EUA) per Charles Taze Russell.

El juliol de 1879 es va publicar el primer número de la revista *Zion's Watch Tower and Herald of Christ's Presence* (ara coneguda en espanyol com *La Atalaya*). D'aquell grup fundador van sorgir moltes congregacions, que es van estendre pels estats veïns.

En 1881 es va crear l'entitat Zion's Watch Tower Tract Society, la societat que agrupa totes aquestes congregacions, que es va constituir legalment en 1884 amb Russell com a primer president, que va morir en 1916. A partir de llavors, es van produir molts canvis. Les seues publicacions es tradueixen a més de 80 idiomes amb una tirada de més de vint milions d'exemplars, que donava molta importància a la predicació de casa a casa. Per a distingir-se de la resta de les religions de la cristiandat, en 1931 van adoptar el nom de "testimonis de Jehovà".

A Espanya, la Societat dels Cristians testimonis de Jehovà és una confessió religiosa, inscrita en el Registre d'Entitats Religioses de la Direcció General d'Assumptes Religiosos del Ministeri de Justícia. Té, per tant, personalitat jurídica i plena autonomia, i pot actuar lliurement, encara que sempre dins de la legalitat vigent. Unes 200.000 persones pertanyen a aquesta, en el nostre país.

Els testimonis de Jehovà basen les seues pràctiques religioses en una interpretació particular i concreta de la Bíblia, tant del Nou com de l'Antic Testament. Es consideren els últims representants d'una llarga sèrie de "testimonis" de la fe en Déu (Jehovà).

Els fonaments per a rebutjar les transfusions sanguínies o els hemoderivats es basen en un mandat explícit de Déu a través de les escriptures.

La prohibició de rebre transfusions o hemoderivats, es produeix l'any 1945, sota la presidència de Nathan Homer Knorr (electe el 13 de gener de 1942). El seu origen es basa en la interpretació estricta de diversos passatges de la Bíblia, tant de l'antic com del nou testament, en els quals s'equipara la prohibició de “menjar sang” (“introduir sang al cos per boca o per les venes viola les lleis divines”), amb la transfusió:

- Gènesi 9:1-4. “Va beneir Déu a Noé i als seus fills, i els va dir: Fructifiquen i multipliquen-vos, i ompliu la terra. El temor i la por de vosaltres estaran sobretot animal de la terra, i sobre tots els ocells dels cels, en tot el que es moga sobre la terra, i en tots els peixos de la mar; en la vostra mà són entregats. Tot el que es mou i viu, us serà per a manteniment: així com els llegums i plantes verdes, us ho he donat tot. Però carn amb la seua vida, que és la seua sang, no n'heu de menjar”.
- Levític 3.17. “[...] que cap mena de greix ni de sang n'heu de menjar” .
- Levític 17.10-12. “Si qualsevol home de la casa d'Israel, o dels estrangers que habiten entre ells, menjara alguna sang, [...] l'exclouré del seu poble. Perquè la vida de la carn en la sang està [...]. Per tant, [...] cap persona de vosaltres menjarà sang, [...]” .
- Deuteronomi 12.23. “Només cuida't de no menjar la sang, perquè la sang és la vida; no menjaràs la vida juntament amb la carn” .
- Fets dels Apòstols 15.19-20. “Per la qual cosa jo jutge que no s'inquiete als gentils que es converteixen a Déu, sinó que s'abstinguin del que ha sigut contaminat pels ídols, de la immoralitat sexual, de la carn dels animals escanyats i de la sang.”

D'aquests textos bíblics es desprén, d'una forma inequívoca, l'equiparació dels antics escrits jueus entre sang i vida, i per tant, té com a conseqüència, la prohibició de rebre transfusions de sang. Si un testimoni de Jehovà accepta una transfusió, per la mateixa acció manifesta el seu desig de no continuar sent part de la comunitat i, per tant, es considera com a susceptible d' “excomunicació”.

Aquesta prohibició s'ha mantingut fins a l'actualitat, en canvi, sí que es permet la utilització per separat, sempre depenent de la consciència individual, de molts components de la sang, de tal manera que la posició actual dels testimonis de Jehovà inclou el rebuig incondicional a la transfusió de sang completa, concentrat d'hematies, leucòcits, plaquetes i plasma; no obstant això, poden rebre albúmina, immunoglobulines i factors de coagulació VIII i IX per a hemofílics (anomenats factors menors). A més, se'ls permet menjar carn (encara que mai es puga aconseguir l'exsanguinació total) i s'accepta la recuperació intraoperatòria de sang per a reinfondre sempre que es realitzi en un circuit tancat i connectat al sistema circulatori del subjecte, de manera que la sang no quede emmagatzemada (*cell saving*). No s'accepten ni la recuperació postoperatòria de sang (recollida a partir de sistemes de drenatge) ni els procediments d'autotransfusió preoperatòria (extracció prèvia de la seua pròpia sang per a reinfondre-la-hi en cas de necessitat durant o després de la intervenció quirúrgica).

En els últims anys han aparegut, dins del col·lectiu de creients, veus liderades per Raymond Franz que demanen la revocació d'aquestes prohibicions. Aquest fet adquireix gran transcendència si es consideren les estrictes normes dels testimonis de Jehovà, en les quals qualsevol discrepància es considera com un afront a la “veritat” que dicten els dirigents. De fet, a Brooklyn, el juny de 2000, 12 alts membres directius dels testimonis de Jehovà acordaren que “rebre sang en cas de risc vital ha deixat de ser motiu d'excomunicació”. No obstant això, la versió en castellà de *La Atalaya*, datada el 15 de juny de 2000, sosté que “La llei de Déu sobre la sang no està subjecta a reformes, per a adequar-les a opinions canviants”.

En la seua absoluta defensa del principi d'autonomia, representat pel consentiment informat, mantenen la seua postura fins i tot en situacions vitals, amb l'aportació, en una gran majoria dels casos, d'un document de voluntats anticipades emplenat com cal, on es contempla aquest desig, per a això reben des de la mateixa comunitat religiosa assessorament tant mèdic com legal.

No es tracta que no donen valor a la vida, no ho rebutgen per tindre idees destructives o suïcides, només prioritzen en la seua escala de valors les doctrines de la seua religió per damunt de la salut, fins i tot la vida, si de la transfusió de sang depenguera. En última instància, es tracta del rebuig a un tractament al qual té dret qualsevol persona sempre que la informació que posseïska siga completa, veraç i comprensible i tenint clares les conseqüències que la decisió tindrà sobre la seua persona.

Malgrat tot, en el col·lectiu dels testimonis de Jehovà s'ha iniciat un canvi i, prova d'aquest canvi és l'article de Lee Elder (pseudònim d'un membre dels testimonis de Jehovà), publicat en una revista internacional d'ètica, en el qual l'autor es desmarca de la idea que l'abstenció de sang siga mandat bíblic i la considera com una interpretació que no justifica la possible pèrdua de vides humanes; per això, alguns membres d'aquest col·lectiu han començat a no acceptar aquestes prohibicions.

Com a norma general, encara que en els últims anys han aparegut certes controvèrsies dins de la comunitat religiosa dels testimonis de Jehovà, es continua mantenint amb absoluta fermesa el rebuig a l'administració de sang total, tant homòloga com autòloga (sempre que aquesta haja sigut separada del cos), concentrat d'hematies leucòcits, plaquetes o plasma.

D'altra banda, sempre s'ha acceptat l'administració de cristal·loides, col·loides, ferro, fàrmacs, recuperadors especials de sang, eritropoetina o factors estimulants plaquetaris i de neutròfils.

El juny de 2004 la Comunitat va actualitzar la seua posició doctrinal respecte als derivats de la sang en un article publicat en *La Atalaya*. Va mantindre el rebuig unànimе al ressenyat anteriorment, però va decidir deixar llibertat a cada creient per a acceptar o no certs tractaments entre els quals s'inclouen factors de coagulació, albúmina, immunoglobulines, interferó, interleucines, hemoglobina, substituïts sanguinis amb hemoglobina.

Veïem que, en el nostre maneig d'alternatives, cal tindre en compte uns aspectes que són rebutjats i inacceptables, uns altres generalment acceptables i uns altres que dependran de l'acceptació de cada persona en particular.

De moment no cal considerar les reclamacions d'un grup dissident minoritari de testimonis de Jehovà, en nom d'una modificació radical en aquesta matèria, advocant per respectar la llibertat personal total dels creients.

Cal assenyalar també que els trasplantaments (sobretot renals) no són una activitat mèdica que els testimonis de Jehovà rebutgen per ells mateixos, per a ser receptors. Des que han aparegut treballs la conclusió dels quals és que, després de l'adequada preparació, és possible realitzar trasplantaments renals sense transfusió sanguínia en aquesta mena de pacients, amb supervivència global acceptable i sense episodis de rebuig agut, és un tema a reconsiderar.

Per a la donació hi ha més complexitat i a vegades es deixa a la llibertat de consciència de cada membre. El problema és que quasi sempre s'exigeix transvasament de sang d'un cos a un altre. En còrnies no hi ha problema. El testimoni de Jehovà està en condició de donar renyons després de mort o de rebre'ls d'un mort, però en canvi s'oposa quan es tracta de fer el mateix entre éssers vius. Fins i tot si la donació d'un renyó s'efectuarà de pares a fills.

En resum, des del 2004 es deixa llibertat a cada creient per a acceptar o no els tractaments amb fraccions de qualsevol dels components sanguinis primaris, i tot això queda en termes generals, de la següent manera:

INACCEPTABLE	Leucòcits, concentrats d'hematies o plaquetes, plasma, sang total (homòloga o autòloga amb desconexió del flux sanguini corporal)
POSSIBLEMENT ACCEPTAT (depén de cada persona)	Factors de coagulació, immunoglobulines, albúmina, interferó, interleucines, hemoglobina, substituents sanguinis amb hemoglobines, derivats plaquetaris.
GENERALMENT ACCEPTAT	Cristal·loides, col·loides, ferro, fàrmacs, <i>by pass</i> cardiopulmonar sense introducció de sang, recuperats de sang, eritropoetina, substituents sanguinis sintètics.

El recurs a l'objecció de consciència per part del professional sanitari és sempre un recurs personal, derivat de la llibertat ideològica, però no és extensible a les institucions. D'altra banda, la judicialització del problema no és desitjable. Només l'anàlisi des d'un punt de vista mèdic, ètic i legal pot proporcionar una guia d'actuació en l'abordatge d'aquestes situacions clíniques.

4) ASPECTES CLÍNICS

La sang és un teixit i consegüentment, el seu ús ha de restringir-se a les situacions en les quals la indicació estiga ben establida i avalada per l'evidència. A més, la sang i els seus derivats són recursos terapèutics que escassegen. Al nostre país s'obtenen per donació de manera altruista i no remunerada.

La disminució de les reserves de sang és un fenomen generalitzat, com a resultat de la diferència entre la donació i el nombre de transfusions realitzades. Aquest desajustament obeeix a diverses causes: augment de la població susceptible de rebre'n, amb cirurgia més intervencionista i descens de població teòricament donant (per una major exigència dels criteris per a ser donant, canvis en els estils de vida i en l'escala de valors de la societat, o informacions errònies sobre els riscos de la donació).

L'administració de sang i hemoderivats és una pràctica habitual als hospitals que ha demostrat ser molt eficaç i ha salvat a nombroses persones a tot el món. Malgrat això, la seua utilització ha revelat l'existència de riscos que han de ser tinguts en compte. Entre aquests destaquen per la seua importància i gravetat, la transmissió de malalties infeccioses (especialment hepatitis C i VIH), problemes immunològics i errors en la seua administració (reaccions hemolítiques). Encara que les normes de seguretat implantades en els Bancs de Sang han disminuït la seua incidència al llarg dels anys, els riscos encara persisteixen.

La decisió de fer transfusió depén del judici clínic, la qual cosa requereix sopesar els possibles beneficis i els riscos coneguts, i els possibles tractaments alternatius.

D'altra banda, els riscos associats a la transfusió han sigut el principal argument esgrimit per a reduir la utilització de sang homòloga. Actualment el risc de malalties víriques ha de ser estimat per càlcul matemàtic, ja que no pot mesurar-se directament a causa de la seua escassa freqüència. Entre l'1 i el 5% dels tractaments presentaran reaccions transfusionals no hemolítiques com febre, calfreds o urticària. A vegades poden tindre un efecte immunodepressor en el receptor, amb els efectes secundaris consegüents.

En conseqüència, es fa necessari concretar, per a coneixement de tots, en quines circumstàncies són evitables les transfusions i en quines no, tenint en compte els mitjans personals i materials amb els quals compta la institució.

Per aquest motiu, en els últims anys, s'estan intentant elaborar protocols d'actuació amb alternatives a les teràpies que requereixen sang i hemoderivats.

Es persegueixen amb això diversos objectius:

- respectar, a través del Consentiment Informat, el dret de totes les persones a ser protagonistes essencials i formals en la presa de decisions sobre l'acceptació o el rebuig de determinats tractaments, donant prioritat al principi d'autonomia.

- oferir un ventall d'alternatives terapèutiques, per a així intentar disminuir o minimitzar els riscos, a vegades vitals, dels pacients que perseveren en aquest rebuig; i d'aquesta manera, servir d'ajuda a professionals i pacients per a arribar a consensuar acords terapèutics en situacions complexes.
- traslladar als gestors i institucions la possibilitat de poder donar una resposta institucional a aquesta demanda, mitjançant la creació, en la seua àrea d'influència, de serveis especialitzats que pogueren dur a terme actuacions com la cirurgia sense sang o qualsevol altra mesura alternativa. Fet que, sent molt lloable, poguera tant pel seu cost com pels seus resultats, vulnerar en gran manera el principi de justícia i equitat.

En definitiva, tracten d'albirar l'existència de mesures que permeten realitzar actuacions clíniques de qualitat i que, al mateix temps, siguen compatibles amb el desig d'un pacient d'evitar que, en el seu cas, s'utilitzen sang o hemoderivats. Al temps d'ajudar a reduir les preses de decisions ràpides com les altes voluntàries, objeccions de consciència, crides al jutjat o qualsevol altra de curs extrem.

En aquest sentit, és molt interessant, l'existència de protocols i normatives d'administració de sang i dels seus derivats, elaborats mitjançant consens d'especialistes, basats en la investigació i en l'experiència mèdica mundial, la qual cosa origina un clar benefici per als pacients, per la qual cosa són considerats bàsics en la bona pràctica actual.

Encara que, en la majoria dels casos, les alternatives a les teràpies sense sang, fan referència als pacients testimonis de Jehovà que han de ser intervinguts i que, presumiblement, aquesta actuació quirúrgica siga susceptible de requerir sang i/o hemoderivats, no cal descartar que, existeixen altres patologies no menyspreables en què també es plantegen problemes. Fins i tot a vegades de solució més complexa. aquestes pràctiques tenen lloc en contextos clínics de Medicina Interna, Oncologia, Hematologia, Gastroenterologia o Medicina Intensiva.

En qualsevol d'aquestes especialitats poden aparèixer esdeveniments clínics greus com a infeccions severes, depressions medul·lars postquimioteràpia o sagnats no quirúrgics, en els quals els pacients rebutgen aquesta teràpia. A pesar que les condicions de buscar alternatives no canvien en la seua essència, serà necessari adaptar-les a la peculiaritat de cada esdeveniment.

Per a la prescripció d'hemoderivats, és important la distinció entre una emergència i una situació urgent, ja que en aquesta última pot facilitar poder tindre un període de temps que permeta entaular una relació amb el malalt que facilite la realització d'un procés de consentiment informat adequat.

Per això sembla lògic instaurar pràctiques que porten a una ocupació més racional dels hemoderivats, i com a conseqüència, una menor utilització, junt amb d'una cerca d'alternatives a la transfusió de sang homòloga.

A més, ha de tindre's en compte que l'ús d'hemoderivats és un tractament transitori que ha de ser personalitzat, emprant el producte més adequat i en les dosis correctes per a aconseguir l'objectiu perseguit. No han arribat a establir documents definitius de consens en relació a les

xifres d'hemoglobina i hematòcrit mínimes, per davall de les quals existeix un risc substancial de morbmortalitat.

En les sèries publicades per la Societat Americana d'Anestesiòlegs (ANSA) sobre pacients testimonis de Jehovà, sotmesos a cirurgia sense sang, la morbmortalitat deguda a anèmia se situava en la immensa majoria dels casos en nivells d'hemoglobina per davall de 5 g/dl; no obstant això, en les seues conclusions s'assenyalava que no es disposava de dades suficients que permeteren extraure conclusions respecte d'aquesta xifra. En molts hospitals existeix un manual de maneig d'hemoderivats elaborat per la Comissió de Transfusió corresponent, que assenjala de forma actualitzada els aspectes pràctics relacionats amb el seu maneig en funció de cada situació clínica.

L'autotransfusió amb predepòsit evita el risc de transmissió d'infecció, però no el d'hemòlisi aguda (per error d'identificació). És més cara que la transfusió homòloga, exigeix una meticulosa programació quirúrgica per a evitar caducitats indesitjades i pot suposar un augment de risc en pacients ancians o amb patologia cardiovascular.

L'ús d'eritropoetina (EPO) en la insuficiència renal crònica i com a coadjuvant a l'autotransfusió disminueix les necessitats transfusionals, encara que a un cost elevat. El seu ús fora dels contextos en els quals està indicada pot suposar un problema medicolegal. L'aprotinina és útil en cirurgia cardiovascular. La desmopresina (DDAVP) només és eficaç en pacients amb un elevat risc hemorràgic.

Cal no oblidar el futur esperançador, encara hui en fase experimental, dels transportadors d'oxigen (per síntesi química o per modificació de l'hemoglobina), que constitueixen el que es denomina "sang artificial". Els perfluorocarbonis, per a la seua eficàcia en el transport d'oxigen, requereixen FiO₂ de 95% i no estan exempts d'importants efectes secundaris.

En els annexos s'inclouen les consideracions actuals per a elaborar un protocol d'actuació en les situacions on es poden plantejar conflicte per la indicació d'emprar hemoderivats en pacients testimonis de Jehovà.

Continuen estant vigents les recomanacions generals de Mann et al. (1992) per al tractament de pacients testimonis de Jehovà amb anèmia severa:

- minimitzar les pèrdues de sang.
 - reduir pèrdues sanguínies d'origen iatrogènic (analítiques repetides).
 - reduir les pèrdues hemorràgiques: hemodilució, sistema de rentada d'hematies, ús de fàrmacs com la desmopresina, o l'ús d'hipotensió controlada.
- maximitzar la producció de sang:
 - ús d'EPO, suport nutritiu, aportació de ferro.
- optimitzar la despesa cardíaca:
 - expansió de la volèmia, hemodilució.

- optimitzar el consum metabòlic:
 - augmentar el contingut d'oxigen.
 - disminuir el metabolisme: sedació, paràlisi, hipotèrmia.

5) ASPECTES ÈTICS

L'ètica sanitària més tradicional, que imperava des de l'època hipocràtica es basava en la consideració que existien uns valors immutables sobre salut, malaltia i curació, que constituïen uns objectius exigibles per igual a totes les persones. No respectar aquests valors era propi de malalts o d'ignorants.

En aquesta època, prevalia la idea que el malalt manifestava una alteració biològica però també moral i, per tant, se'l considerava incapacitat físicament i moralment per a la presa de decisions. La funció ètica del professional sanitari era atendre el malalt, encara en contra de la seua voluntat, d'acord amb els preceptes i els principis del Codi, i sempre tenint present el benefici del malalt. És l'actitud denominada paternalista.

En aquesta situació, no exempta de conflictes, s'arriba al canvi cultural que comença a sorgir en l'edat moderna amb la il·lustració i en el qual es desenvolupa el pluralisme, que es considera que tota persona té la seua pròpia consciència que serà recollida com un dret humà fonamental.

A Espanya fins als anys setanta del segle XX, el naturalisme de l'ètica civil preconstitucional donava un màxim valor al respecte a la vida, subordinant a aquesta la lliure elecció de l'individu. La Constitució Espanyola, inspirada en la Declaració Universal dels Drets Humans, reconeix tots dos drets, però sense que existisca preeminència de l'un sobre l'altre, però això no significa que siga un valor absolut. En l'escala de valors d'una persona la seua vida pot estar situada per davall d'altres valors, per exemple els de tipus religiós.

En l'activitat clínica, els fets biològics, també són portadors de valors. No n'hi ha prou amb reconèixer els fets, per exemple una pèrdua sanguínia important, i plantejar solucions, com la transfusió, sinó que també és necessari reconèixer els valors implicats i saber manejar els possibles conflictes entre valors.

La vida moral no solament està constituïda pels deures privats d'autonomia i beneficència on estem obligats a respectar la diversitat i diferències individuals, sinó també pels deures públics de no maleficència i justícia, que ens obliguen a tractar a tots per igual. No podem danyar, marginar, discriminar sobre la base de les diferències, és a dir, estem obligats a tractar a totes les persones per igual, perquè tots els éssers humans mereixen igual consideració i respecte

En la cerca de trobar un equilibri entre els valors individuals, basats en la llibertat de consciència, i els valors dels professionals, basats en els seus codis de conducta, s'ha desenvolupat, en la segona meitat del segle XX, la bioètica. Amb la finalitat d'establir criteris objectius sobre els quals establir acords i basar les actuacions.

Els principis que regeixen aquests criteris, són regles o normes de conducta que orientaran les accions que es desenvolupen en el seu àmbit d'aplicació. Ajuden a orientar el professional quan es troba en una situació en la qual es poden enfrontar drets i deures, com són el dret del pacient a acceptar o rebutjar un tractament mèdic i el deure del professional de realitzar el tractament necessari per a intentar salvar la seua vida, en què aquest últim està d'acord amb la tradició hipocràtica el seu deure principal. Al llarg de la segona meitat del segle passat, s'han anat elaborant documents de referència, en l'àmbit internacional, que contemplen àrees concretes com és el cas de l'informe Belmont per a la investigació en humans.

Entre els principis, ha anat adquirint un protagonisme progressiu el **principi d'autonomia**, que promou el tracte de les persones com a agents autònoms, és a dir, individus que tenen capacitat de deliberar sobre les seues finalitats personals i actuar en conseqüència. És el fonament ètic del dret del pacient a decidir i inclou el concepte que les persones amb autonomia limitada tenen dret a ser protegides. Això significa donar valor a les accions i consideracions de les persones i no posar obstacles a la realització d'aquestes.

El **procés del Consentiment Informat** és l'expressió pràctica del principi d'autonomia. Per això, perquè una decisió siga vàlida, requereix un pacient prou informat sobre les conseqüències de la mateixa i sobre les alternatives que pogueren existir. La decisió del pacient serà autònoma si compleix tres requisits:

- a) que vaja precedida d'una informació objectiva de la situació mèdica, del procediment proposat, de les alternatives, si n'hi haguera, i de les conseqüències que pogueren derivar-se de la decisió adoptada.
- b) que siga una decisió presa voluntària i lliurement, en absència de tota mena de coacció física o psíquica i de manipulació.
- c) que el pacient tinga capacitat i competència per a prendre la decisió.

El **principi de beneficència** contempla el deure del metge d'actuar sempre en benefici del pacient, i oferir una alternativa terapèutica que siga percebuda com a beneficiosa per a aquest. El principi d'autonomia ha de matisar el de beneficència, fent del bo, o beneficiós per al pacient, una cosa subjectiva i entroncat amb els valors de cadascun i no una cosa objectiva i extern a la persona. Per això, el pacient decideix una alternativa terapèutica que considera bona per a ell, però que pot no coincidir amb l'opinió del seu metge o de la comunitat científica. Com seria el cas del rebuig a l'ús d'hemoderivats.

El **principi de no-maleficència** es basa en l'obligació del metge de no fer mal (*primum senar nocere*), ni físic ni moral. Quan s'imposa un tractament, encara que siga amb l'objectiu de salvar una vida, es pot estar infligint un mal moral irreparable. Els danys morals, com el menyspreu a la dignitat, són difícils de valorar objectivament, ja que depenen de conviccions i creences personals. A vegades, respectar el rebuig d'un tractament per part d'un pacient, pot semblar contrari a aquest principi.

El **principi de justícia** es refereix al tracte just que cal dispensar als pacients, evitant les

discriminacions per motius ideològics, religiosos, gènere, etc. A més l'actuació professional ha d'orientar-se d'acord amb les circumstàncies clíniques i tenint en compte els valors del pacient, evitant actuar sota la influència de prejudicis que puguin causar un tracte injust.

Com es veu, s'han definit quatre principis o criteris ètics que són aplicables a l'àmbit sanitari: No-maleficència, Justícia, Autonomia i Beneficència i respecte dels quals es poden establir, segons Diego Gracia, dos nivells de prioritats:

El **nivell públic (nivell 1)** està constituït pels principis de **no-maleficència i justícia**, propis d'una "ètica de mínims" i és exigible coercitivament. És l'ètica del deure i del que és correcte i es correspon amb el Dret. Són els mínims exigibles per a una convivència pacífica, perquè així es puga respectar els éssers humans, que són éssers amb deures i drets.

El **nivell privat (nivell 2)** ho componen els principis d'**autonomia i beneficència**, propis d'una "ètica de màxims". Depén del mateix sistema de valors de cada individu, del mateix ideal de perfecció i felicitat. És l'ètica de la felicitat i del que és bo.

Tant la no maleficència com la justícia són expressions del principi general: "tots els éssers humans han de ser tractats amb igual consideració i respecte". Per aquest motiu, quan això no es compleix i es fa mal a la vida social, es comet una injustícia. Així mateix, si el mal es realitza en la vida biològica, es vulnera el principi de no-maleficència. Per part seua, entre la no maleficència i la beneficència també hi ha una relació jeràrquica, perquè el nostre deure de no fer mal, és a dir, no perjudicar, és superior al de realitzar el bé, això és, afavorir l'altra persona. Se'ns pot exigir ser justos o no fer el mal, però no ens poden obligar al fet que apliquem el concepte de beneficència. En conseqüència, els deures públics són jeràrquicament superiors i tenen prioritat sobre els privats, ja que els públics representen el bé comú i els privats representen el bé particular de cada subjecte individual.

Els conflictes es valoren en funció d'això s principis ètics i es consideren regles o normes de conducta que orienten les accions de les persones, que en el cas de la medicina, ajuden a orientar el professional quan en una situació s'enfronten drets i deures.

La decisió d'un pacient de rebutjar un tractament mèdic eficaç com és l'administració d'hemoderivats, encara que pose en risc la seua vida, suposa un conflicte entre dos valors fonamentals, que són la vida i la llibertat.

Quan ens detenim en el problema dels testimonis de Jehovà hem d'emmarcar la seua actitud en un refús de tractament, que al marge de qüestions legals, és èticament correcte si compleix una sèrie de premisses que no s'haurien d'oblidar. Per a poder acceptar-ho com un més dels drets de qualsevol persona que exerceix la seua autonomia en decisions que la concerneixen, ha d'haver rebut la informació adequada, veraç i comprensible sobre les conseqüències del rebuig a qualsevol tractament. A més, sempre s'ha de valorar adequadament la capacitat per a la presa de decisions de cada persona. El procés de presa de decisions ha de ser el més deliberatiu possible, és a dir amb el major i millor coneixement quant a la situació i alternatives, i tenint en compte els valors que entren en conflicte en el rebuig del tractament. Es tracta de lesionar el menys possible els valors i intentar promocionar-los. Aquests valors, cal no oblidar que

són els del pacient en la seua presa de decisions i no els del professional, que com veurem, influeixen en un altre procés de la relació clínica.

El rebuig a rebre transfusions de sang, especialment en casos de risc vital per al subjecte, és origen de la discordança entre diferents sensibilitats i, per tant, de polèmica, puix que pot presentar-se com un conflicte entre els principis ètics de beneficència i no maleficència, i el d'autonomia del subjecte. D'una banda, és raonable considerar que beneficència i no maleficència són aplicables no sols a l'esfera física, sinó també a la moral, i que, per tant, imposar un tractament que el subjecte rebutja pot ser un acte maleficent, ja que atempta contra la seua llibertat.

En resum, podem concloure que, el rebuig a la transfusió sanguínia enfronta dos béns o drets fonamentals: la llibertat per a acceptar o rebutjar un tractament mèdic (principi d'autonomia) i el deure del metge de salvaguardar la vida del malalt dispensant els tractaments necessaris. També es veuen implicats la resta dels principis de la bioètica, com el de beneficència (el metge ha d'actuar procurant el bé del pacient, però la mesura d'aquesta bondat es determina, no pel que el metge crega beneficis per al pacient, sinó pel que aquest estime com a tal), el de no maleficència (constitueix l'obligació del metge de no fer mal, tant físic com moral) i el de justícia (els recursos assistencials són limitats i han de repartir-se equitativament, a fi d'evitar "privilegis terapèutics").

6) ASPECTES DEONTOLÒGICS

Els codis de deontologia són el resultat de la capacitat d'autoregulació que l'Estat reconeix a determinades professions entre les quals es troben les professions sanitàries. A diferència dels deures públics, d'obligat compliment per a tots els membres de la societat, les normes deontològiques són un conjunt de deures privats que responen al compromís social d'exercir amb excel·lència les funcions que li corresponen i únicament obliguen els membres pertanyents al col·legi professional propi.

El Codi de Deontologia Mèdica de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) actual, aprovat l'any 2011, on es recull en l'article 5.1 els deures primordials del metge, que són aquests: *“Respectar la vida humana, la dignitat de la persona i la cura de la salut de l'individu i de la comunitat”*

A vegades, aquests deures del metge poden col·lidir amb el dret del pacient a decidir lliurement, i que es troba recollit en l'article 12.1 del mencionat codi juntament amb el 12.2 que recull el respecte que ha de mostrar el metge enfront del rebuig del pacient a una prova diagnòstica o un tractament:

12.1 El metge ha de respectar el dret del pacient a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, sobre les opcions clíniques disponibles. És un deure del metge respectar el dret del pacient a estar informat en totes i cadascuna de les fases del procés assistencial. Com a regla general, la informació serà la suficient i necessària perquè el pacient puga prendre decisions.

12.2 El metge respectarà el rebuig del pacient, total o parcial, a una prova diagnòstica o a un tractament. Haurà d'informar-lo de manera comprensible i precisa de les conseqüències que puguen derivar-se de persistir en la seua negativa, i deixar constància d'això en la història clínica.

En el cas que existira un document d'instruccions prèvies o voluntats anticipades, l'article 36 del codi deontològic estableix que, sempre que aquest document no vaja en contra de la bona pràctica mèdica, el metge estarà obligat a atendre les peticions del pacient.

36.4 El metge està obligat a atendre les peticions del pacient reflectides en el document de voluntats anticipades, llevat que vagen contra la bona pràctica mèdica.

El codi actual reflecteix, com la legislació, l'ampli consens social entorn del respecte de l'autonomia del pacient, la qual cosa en la pràctica suposa que no es pot dur a terme una intervenció sense el seu consentiment.

Un altre supòsit serien aquelles situacions en les quals el pacient no està en condicions de comprendre la informació donada pel metge i decidir conformement amb aquesta comprensió. Això ocorre en el cas de persones incapaces o bé d'aquelles que no tenen el suficient grau de maduresa per a prendre decisions com poden ser els menors de 16 anys. En aquestes circumstàncies, el Codi de Deontologia estableix en els articles 13 i 14 que correspondrà prendre la decisió al representant legal o als pares. Si el metge considerara que l'opció triada és contrària als interessos del representat, podria sol·licitar la intervenció judicial.

13.1 Quan el metge tracte pacients incapacitats legalment o que no estiguen en condicions de comprendre la informació, decidir o donar un consentiment vàlid, haurà d'informar al seu representant legal o a les persones vinculades per raons familiars o de fet.

13.2 El metge haurà de ser especialment acurat perquè aquests pacients participen en el procés assistencial en la mesura que la seua capacitat els ho permeta.

13.3 El metge prendrà les decisions que considere adequades quan es done una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del pacient i no siga possible aconseguir el seu consentiment.

13.4 El metge ha de fomentar i promoure l'atenció integral als problemes de salut mental a fi d'evitar estigmatitzar el pacient psiquiàtric i la institucionalització permanent com a mesura terapèutica.

14.1 El major de 16 anys es considera capacitat per a prendre decisions sobre actuacions assistencials ordinàries.

14.2 L'opinió del menor de 16 anys serà més o menys determinant segons la seua edat i grau de maduresa; aquesta valoració suposa per al metge una responsabilitat ètica.

14.3 En els casos d'actuacions amb greu risc per a la salut del menor de 16 anys, el metge té obligació d'informar sempre els pares i obtindre el seu consentiment. Entre 16 i 18 anys els pares seran informats i la seua opinió serà tinguda en compte.

14.4 Quan els representants legals prenguen una decisió que, a criteri del metge, siga contrària als interessos del representat, el metge sol·licitarà la intervenció judicial.

No obstant això, posteriorment a la redacció d'aquest Codi Deontològic de l'OMC de 2011, s'ha produït un canvi legislatiu sobre els límits del consentiment informat i el consentiment per representació, amb la publicació de la Llei 26/2015, per la qual cosa l'article 14.3 d'aquest codi manca actualment de validesa, aquests canvis es detallen més endavant. Canvis que ja es recullen en l'article 15 de l'esborrany de finals de l'any 2018 del Codi de Deontologia Mèdica, que està en fase d'actualització.

El codi deontològic de la Infermeria Espanyola data de 1989. L'any 2011 el Consell d'Infermeria de la Comunitat Valenciana (CECOVA) va elaborar el primer Codi d'Ètica i Deontologia que ha sigut revisat l'any 2019. En aquest s'indica que l'activitat infermera es desenvoluparà amb la màxima competència i estarà presidida per la comprensió i proximitat, sempre tenint en compte que ens trobem en una societat plural. En els articles 10 i 13, es contempla el respecte a l'entorn cultural de la persona malalta i a l'autonomia d'aquesta, acceptant el rebuig total o parcial a les proves diagnòstiques, atencions o tractaments, sense que per això patisca una discriminació i/o abandó.

El Codi Deontològic del Consell General de Col·legis Oficials de Psicòlegs en l'article 9 estableix que *el/la psicòleg/òloga respectarà els criteris morals i religiosos dels seus clients, sense que això impedisca el seu qüestionament siga necessari en el curs de la intervenció.*

7) ASPECTES LEGALS

Juntament amb els principis ètics i el Codi de Deontologia, l'ordenament jurídic espanyol contempla un conjunt de normes legals que orienten i obliguen el metge en aquelles situacions en les quals drets fonamentals com el dret a la vida o a la llibertat ideològica o religiosa poden veure's afectats. En situacions com és el cas del rebuig de tractament amb hemoderivats, l'autonomia del pacient pot anteposar-se a un deure que és prioritari del metge: salvaguardar la vida del seu pacient.

La Declaració Universal dels Drets Humans, document declaratiu adoptat per l'Assemblea General de les Nacions Unides en 1948, reconeix com a drets humans bàsics el dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat de la persona (article 3), juntament amb la llibertat de pensament, de consciència i de religió (article 18). Es tracta d'un ideal comú, un punt de referència perquè tots els països membres de les Nacions Unides incloguen la protecció a aquests drets en la seua legislació de manera que s'assegure el respecte universal i efectiu dels drets i de les llibertats fonamentals.

A escala europea, el Conveni per a la protecció dels Drets Humans i la dignitat de l'ésser humà referent a les aplicacions de la Biologia i la Medicina (més conegut com a Conveni d'Oviedo), instrument jurídic internacional amb caràcter vinculant per als països que el van subscriure (a

Espanya des de l'1 de gener de l'any 2000), manifesta extensament la necessitat de reconèixer els drets dels pacients, i destaca el dret a la informació, al consentiment informat i a la intimitat. En l'article 5, s'atorga la preponderància del principi d'autonomia sobre el de beneficència, donant a l'individu la màxima autoritat a l'hora de prendre decisions que afecten la seua salut personal. Això es tradueix en l'exigència del consentiment lliure i inequívoc de la persona per a tota intervenció mèdica o d'investigació. A més, en l'article 9, reconeix la importància dels desitjos expressats anteriorment, pel que fa a voluntats anticipades o instruccions prèvies.

La Constitució Espanyola reconeix aquests drets fonamentals, i garanteix tant el dret a la vida com la integritat física i moral (article 15), com el dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte (article 16), i el dret al lliure desenvolupament de la personalitat (article 10). Aquests drets fonamentals són reconeguts sense que existisca cap jerarquia entre aquests, sense anteposar el dret a la vida enfront del dret a les pròpies conviccions. Els tres articles es recullen en el capítol de drets fonamentals de la Constitució Espanyola, sense que s'establisca cap jerarquia entre aquests. A causa d'això, durant un temps, el Tribunal Suprem espanyol va avalar resolucions que autoritzaven a fer transfusió sang a testimonis de Jehovà, al·legant que la llibertat religiosa tenia el límit de la salvaguarda de la vida i la salut, situació que es manté fins a la promulgació de la Llei 14/1986, general de sanitat, i legislacions posteriors, on es posa l'accent sobre l'autonomia del pacient i la llibertat individual (Conveni d'Oviedo i la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient)

En aquests casos, quan existeix controvèrsia, no poden donar-se pautes d'actuació vàlides per a tots els casos i, segons la doctrina del Tribunal Constitucional, escau l'estudi de cada cas concret, ponderant els drets que es troben enfrontats. A més en aquesta anàlisi s'han de tindre en compte els aspectes socials vigents en el moment de prendre la decisió. Això implica que cada cas és diferent, es produeix en un moment i unes circumstàncies diferents i consegüentment ha de ser contemplat, per la qual cosa, a hores d'ara, encara continuen dictant-se sentències contradictòries en casos similars segons la ideologia i conviccions dels jutges.

La necessitat del consentiment del pacient davant qualsevol intervenció i el seu dret a poder rebutjar qualsevol tractament s'introdueix en la legislació espanyola amb la promulgació de la Llei general de sanitat, de 1986. Aquesta llei s'inspira i fonamenta en el principi de respecte a les persones i reconeix el dret a la informació clínica mitjançant el consentiment. Això significa transmetre al pacient la informació adequada perquè pugui donar el seu consentiment de manera lliure i conscient, abans de dur a terme qualsevol tractament o intervenció quirúrgica.

La Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica desenvolupa el concepte jurídic del consentiment, reconeixent en l'article 2.3 el dret a la llibertat d'elecció del pacient: «El pacient té dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada entre les opcions clíniques disponibles». Més específicament, el mateix article afegit que «Cada pacient o usuari té dret a negar-se al tractament, excepte en els casos determinats en la llei. La seua negativa al tractament constarà per escrit». Recentment, i després de la publicació de la circular 1/2012 de la Fiscalia General de l'Estat, l'article 9 de l'esmentada llei, sobre els límits del consentiment informat i el consentiment per representació, ha canviat de manera substancial mitjançant una disposició final de la Llei 26/2015 de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència

Per tot això, es modifiquen els apartats 3, 4 i 5 i s'afegien els apartats 6 i 7 a l'article 9 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Aquests apartats tal com han quedat redactats, afectarien les decisions de tots els menors de 18 anys, però també els malalts en situació d'especial vulnerabilitat com són aquells que han perdut o estan perdent la seua competència (capacitat de fet) a causa de l'evolució de la malaltia.

Les persones entre 16 i 18 anys passen, amb aquesta reforma, a ser totes elles considerades incapaces en situacions de malaltia greu i per tant necessiten un consentiment per substitució o representació com la resta de menors i de no competents de totes les edats. A més, per a les situacions greus el representant o substitut també pot tindre dificultats per a formalitzar el consentiment informat quan no coincidisca amb la proposta del metge, ja que considera que la decisió haurà d'adoptar-se atenent sempre tenint en compte el benefici més gran per a la vida o salut del pacient (article 9.6).

El respecte per les conviccions religioses i ideològiques que comporta el rebuig de determinats tractaments mèdics, com la transfusió de sang i hemoderivats, adquireix especial rellevància quan entra en col·lisió amb el dret a vida. En aquest sentit existeix una evolució de la doctrina jurisprudencial cap a la flexibilització i el respecte a la decisió capaç, lliure, voluntària i conscient d'un pacient major d'edat respecte de qualsevol intervenció mèdica corporal, com ho és una transfusió de sang. El mes de gener de 2011, l'Audiència Provincial de Lleida (Actuació 28/11 de 25/01/2011), rebutja una sentència del jutjat d'instrucció número 1, en la qual s'havia autoritzat una transfusió a un testimoni de Jehovà, que prèviament l'havia rebutjada. En aquella s'assenyalava que "encara que ha de resultar francament difícil per als professionals mantindre una actitud passiva que, fet i fet, puga desembocar en la defunció del pacient que no accepta la transfusió [...] La decisió de la pacient de no prestar el seu consentiment a la intervenció mèdica s'havia d'haver respectat". Tot això, en línia amb la promulgació de la Llei 41/2002 i la Llei general de sanitat, que recull que l'adult capaç pot oposar la seua objecció al tractament mèdic, i s'ha de respectar la seua decisió, llevat que amb això pose en perill drets o interessos aliens, lesione la salut pública o altres béns que exigeixen protecció especial.

La Sentència 154/2002 del 18 de juliol del Tribunal Constitucional, suposa un punt d'inflexió a partir del qual es matisa aquesta prevalença del dret a la vida, fins al punt que **en alguns casos es fa prevaldre la voluntat capaç, lliure, voluntària i conscient del pacient sobre el dret a la pròpia vida**. En aquesta es recull el recurs dels pares (testimonis de Jehovà) d'un xiquet de 15 anys que van ser condemnats l'any 1997 en la Sala Penal del Tribunal Suprem per delictes d'homicidi per omissió. Els pares es van oposar a una transfusió necessària per a la vida del seu fill (xiquet que presentava hemorràgia per caiguda i experimentava una leucèmia que no se li havia diagnosticat fins llavors). Els metges d'Urgències van sol·licitar autorització judicial per a fer transfusió, autorització que els va ser concedida encara que no es va fer a causa de l'oposició del xiquet, sense que els metges apreciaren coacció de ningú.

Aquesta sentència contenia també la següent reflexió:

“El que fonamentalment interessa és subratllar el fet en si de l'exclusió del tractament mèdic prescrit, amb independència de les raons que hagueren pogut fonamentar aquesta decisió. Més enllà de les raons religioses que motivaven l'oposició del menor, i sense perjudici de la seua especial transcendència (com a assentades en una llibertat pública reconeguda per la Constitució), adquireix interès especial el fet que, en oposar-se el menor a la ingerència aliena sobre el seu propi cos, estava exercitant un dret d'autodeterminació que té per objecte el propi substrat corporal - com a diferent del dret a la salut o a la vida- i que es tradueix en el marc constitucional com un dret fonamental a la integritat física (article 15 CE)”.

La sentència del Tribunal Constitucional revoca la sentència del Tribunal Suprem sobre la base que:

- L'únic límit al dret de llibertat religiosa és la protecció del dret dels altres.
- La forta oposició del xiquet a rebre la transfusió no pot ser vinculant, però tampoc ha de ser ignorada.
- No es pot exigir als pares que dissuadisquen el menor de la seua decisió en contra de les seues pròpies conviccions religioses. A més, els pares van fer tot el que van poder (excepte la transfusió) per a intentar salvar la vida del seu fill.

Unes altres sentències del Tribunal Suprem i del Tribunal Constitucional, relacionades amb aquests temes, i importants des del punt de vista de la jurisprudència són:

- Sentència del Tribunal Constitucional, del Ple, número 53/1985, d'11 d'abril 1985.
- Sentència del Tribunal Constitucional, número 161/1987, de 27 d'octubre
- Sentència del Tribunal Constitucional, Sala Primera, número 321/1994, de 28 de novembre.
- Sentència del Tribunal Suprem, Sala Segona Penal, número 950/1997, de 27 de juny de 1997.
- Sentència del Tribunal Constitucional, del Ple, número 145/2015 de 25 de juny.
- Sentència del Tribunal Constitucional, del Ple, número 37/2011, en el qual s'insisteix que el consentiment és part inherent del dret constitucional a la integritat física.

8) L'OBJECCIÓ DE CONSCIÈNCIA

Dins d'aquest context, és important fer referència a l'objecció de consciència del professional sanitari. I el seu plantejament i posterior actuació davant la possibilitat que un pacient es nega a rebre un tractament amb hemoderivats o es nega a acceptar i signar un consentiment informat en el qual es planteja la possibilitat d'utilitzar hemoderivats en cas de necessitat.

¿Pot el metge, en aquests casos, al·legar l'objecció de consciència, entesa com la seua negativa, per raons estrictament personals, de moral individual, al compliment d'un deure jurídic que en aquest cas consistiria en la intervenció respectant la negativa del pacient a la transfusió de sang en tot cas?.

Des del punt de vista ètic és imprescindible conèixer adequadament quan parlem d'Objecció de consciència o "pseudoobjecció", ja que com diu Diego Gracia: "L'objecció de consciència té sempre caràcter excepcional; és una excepció a la regla, que no pot ser una altra que el compliment de la llei"

En opinió de Diego Gracia, i atesa la premissa que el sentit d'aquesta excepció és el respecte a les minories, "resulta estrany i atípic voler convertir l'objecció de consciència no en excepció, sinó en regla, i a més absoluta, sense excepcions". La consciència és el reducte últim de l'ètica, i el dret té molt difícil regular un assumpte tan íntim. I és que, en aquest tema, com en tants uns altres, la solució no està en la cerca de normes estrictes d'aplicació mecànica, sinó en la promoció de la prudència i la responsabilitat moral en les persones implicades.

Jurídicament i en el context espanyol, es planteja l'objecció de consciència com l'expressió d'un dret fonamental, reconegut en la Constitució Espanyola (CE), com a derivació del dret a la "llibertat religiosa, ideològica i de culte" (article 16.2)...

No obstant això, aquest dret fonamental no ha tingut, pel que fa al context sanitari, un desenvolupament adequat. S'han plantejat diverses qüestions i cap no ha sigut convenientment resolta per la jurisprudència (les sentències més recents del Tribunal Constitucional canvien de criteri respecte de les anteriors), ni tampoc per part del legislador, només ha tingut un desenvolupament específic, amb rang de llei, en l'àmbit del servei militar l'any 1984 i més recentment amb la Llei 2/2010 sobre salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs (article 19.2). En aquesta última es contempla com a dret, però que serà articulat en un desenvolupament futur de la llei.

A pesar que no existeix una legislació específica sobre l'objecció de consciència, hi ha postures àmplies, que consideren que el dret d'objecció de consciència és un dret fonamental, que estaria inclosa dins del contingut del dret fonamental a la llibertat ideològica, religiosa i de consciència reconeguts en l'article 16 de la Constitució Espanyola. La STC 145/2015 de 25 de juny de 2015 i la STC 53/1985 ho contemplen amb claredat. És més, la STC 53/1985 fins contempla que el dret d'objecció podria ser exercit o al·legat directament sense necessitat que tinguera un desenvolupament normatiu ("...el dret a l'objecció de consciència existeix i pot ser exercit amb independència que s'haja dictat o no tal regulació. Forma part del contingut del dret fonamental a la llibertat ideològica i religiosa reconegut en l'article 16.1 CE i, com s'ha indicat aquest Tribunal en diverses ocasions, la Constitució és directament aplicable, especialment en matèria de drets fonamentals").

Però altres postures li concedeixen la naturalesa jurídica d'un dret constitucional no fonamental i afirmen que només és exercitable d'acord amb la seua normativa legal de desenvolupament. Mantenen que no existeix en el nostre ordenament jurídic un dret d'objecció de consciència d'abast general. Així ho declara la STC 161/1987, de 27 d'octubre: "... tampoc pot deduir-se sense més de la llibertat de consciència consagrada en el referit article 16.1. El contrari implicaria la fallida de la imperativitat de la norma jurídica, fent-la subjectivament disponible, alguna cosa que xocaria frontalment amb l'article 9.1 CE, que proclama la subjecció dels ciutadans a l'ordenament jurídic." La STC 321/1994 declara que "... el dret a la llibertat ideològica reconegut en l'article 16 CE no resulta suficient per a eximir els ciutadans per motius de consciència del compliment de deures legalment establits, amb el risc que comporta de relativitzar els mandats legals."

Però una altra part de la doctrina arriba fins i tot a negar la possibilitat de l'exercici del dret a l'objecció de consciència en els supòsits de rebuig a la transfusió de sang per conviccions religioses. Segons aquestes formulacions, el pacient no té obligació de sotmetre's a un tractament (article 2.4 de la Llei d'autonomia del pacient), per la qual cosa no té el deure de conservar la salut o la pròpia vida. En realitat, el dret a la vida i a la integritat física venen configurats en la Constitució Espanyola com a drets i no com a deures. La situació de perill per a la pròpia vida com a conseqüència de la negativa a un tractament, no està configurat com un límit legal a la negativa o rebuig al tractament. Per tant, i com a conclusió, no existiria un dret d'objecció de consciència pròpiament dit als tractaments mèdics dirigits a conservar la salut o la vida perquè aquests no són obligatoris.

La posició del metge en aquests supòsits és difícil i molt incòmoda. La Jurisprudència no ha sigut, al llarg de la història, prou uniforme per a poder traure unes conclusions fiables quant a les pautes d'actuació. Tinguem en compte, per exemple, que, almenys en la teoria jurídica, es podria acusar un metge que s'inhibeix d'actuar en aquests casos d'un delictes d'omissió del deure de socors, o d'auxili al suïcidi (especialment si no existeix la certesa que el pacient no té intencions suïcides, acudint, en cas de dubte, al psiquiatre). Però també, en cas d'actuar en contra de la voluntat del pacient, podria ser acusat d'un delictes contra la llibertat religiosa, de coaccions i fins i tot, depenent del resultat, d'un delictes de lesions o d'homicidi. Per això és absolutament indispensable obtenir els consentiments informats corresponents, convenientment signats i documentats. Una possibilitat per al metge, en algunes ocasions l'única, consistirà sempre a sol·licitar l'auxili judicial en cas de cap mena de dubte, la qual cosa no resol el problema en realitat, sinó que únicament li'l traspassem al jutge. I en el cas que el metge es declare objector de consciència és important recalcar que això no implica l'abandó del pacient, i ha de facilitar la derivació del mateix a altres metges que estiguen disposats a seguir els desitjos del pacient.

L'objecció de consciència en la seua concepció com a negativa a executar o cooperar en la realització de certes pràctiques mèdiques, permeses per la norma legal, però contràries a la llei moral o creença del professional o a les normes deontològiques, podria plantejar-se en situacions molt diverses... En tots aquests àmbits, hem d'assenyalar com a màxima dificultat la consideració que l'objecció de consciència per part del professional té com a conseqüència la limitació dels drets d'una altra persona.

Per a evitar la inseguretat jurídica mencionada anteriorment, seria necessari el desenvolupament legal del dret d'objecció de consciència, i establir expressament, si més no, el seu concepte, supòsits o àmbits concret d'exercici, requisits i procediment del seu exercici i personal sanitari que pot exercir-ho

9) RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ

En primer lloc, és fonamental el respecte als drets dels pacients en el seu rebuig a qualsevol tractament, sempre que estiguen ben informats i compreguen aquesta informació i les conseqüències de la decisió presa.

Sempre ha de comprovar l'existència o no de voluntats anticipades, el seu contingut i la no revocació d'aquestes, i deixar constància per escrit en la història clínica del pacient totes les decisions preses, incloent la decisió del pacient.

L'aparició de guies o protocols d'actuació clínica permet adequar el comportament tècnic als casos en els quals es donen circumstàncies semblants, la qual cosa facilita la presa de decisions, especialment en les situacions de conflicte que es generen, però sempre tenint en compte que **la decisió és sempre difícil, personal i única** per a cada cas

Les indicacions que en aquest document es proposen són orientatives, i que puguin servir de guia en els possibles conflictes ètics quan es produeixen davant un rebuig de l'ús d'hemoderivats, sobre la base de religions en pacients testimoni de Jehovà.

També, important assenyalar, que les decisions i conseqüent actuació poden estar mediatitzades pel caràcter d'emergència o urgència. Una situació d'emergència no admet un tractament diferit en el temps una vegada diagnosticada, mentre que una situació d'urgència permet que el tractament puga efectuar-se durant les següents 24 hores des del diagnòstic.

Actuació general

Els aspectes a contemplar són:

- S'ha de mantindre un diàleg constant amb el pacient que ha rebutjat l'ús d'hemoderivats per raons religioses, tractant-lo sempre amb consideració i respecte, d'acord amb el seu dret a la llibertat de consciència, el que implica l'acceptació d'un pluralisme ideològic emparat per la llei. Si bé, és convenient explorar el coneixement que el malalt té sobre els canvis doctrinals produïts en alguns grups dins dels testimonis de Jehovà sobre trasplantament i bovines, indicant que la transfusió és com un trasplantament, i posant en evidència que, en algunes ocasions, no hi ha alternativa a l'administració d'hemoderivats si es vol evitar la mort o severes discapacitats. Cal promoure la deliberació racional i crítica.
- S'ha de proporcionar al pacient una informació veraç i suficient sobre la seua malaltia, les alternatives de tractament i les seues conseqüències. La informació sobre l'ús d'hemoderivats i de tècniques coadjuvants ha de ser precisa i basada en criteris tècnics, indicant les probables conseqüències de cada opció.
- El diàleg ha de realitzar-se tot sol amb el pacient, per a evitar qualsevol influència derivada de la presència d'algun familiar o membre de la congregació. És obligació del

metge responsable assegurar-se que el consentiment o rebuig siga prestat de manera lliure i voluntària.

- En aquesta relació clínica fluida cal assegurar al pacient testimoni de Jehovà que es respectarà sempre la seua decisió, qualsevol que aquesta siga (ser o no ser transfós). Sempre serà una decisió personal, i es deu explicar que arribat el cas, si clínicament es considerara la transfusió imprescindible per a salvar la seua vida, es realitzaria, si aquest és el seu desig, guardant estrictament la confidencialitat, seguint circuits d'absolut anonimat i en llocs d'accés restringit. El facultatiu no podrà revelar informació a familiars ni afins si el pacient li ho ha prohibit. En resum, s'ha de ser exquisit en tot el relacionat amb la confidencialitat i intimitat de l'i envers el pacient en tots aquests casos. Es tracta d'informació i decisions que formen part de la història clínica del pacient.
- Hem de preparar en les millors condicions possibles, als pacients que s'enfronten a cirurgies i/o tècniques programades amb alta probabilitat de sagnat, perquè si aquesta es produeix, tinga les menors repercussions i puguem mantindre la integritat del pacient sense requerir cap transfusió.
- De la mateixa forma, Hem d'estar preparats per a acceptar la mort d'un pacient que es nega a la transfusió de sang sense abandonar-lo i procurant acompanyar-lo i tractar qualsevol altre símptoma que presente.
- La indicació o no d'un tractament amb hemoderivats o d'una transfusió es realitzarà sobre la base de las directrius de la Societat Espanyola de Transfusió Sanguínia (SETS) que es contemplem en la 5a edició de la Guia sobre la transfusió de components sanguinis i derivats plasmàtics.
- Per a rebutjar la transfusió sanguínia quan clínicament es considera que és imprescindible i es tracta d'un tractament vital, és necessari posseir el major nivell de capacitat de decisió, per la qual cosa l'avaluació d'aquesta és absolutament necessària. Per això, caldrà verificar el grau de competència adequat i la plena consciència de la decisió que prendrà, i que aquesta siga coherent amb la seua vida i els seus valors. L'avaluació del grau de competència del pacient correspon al metge responsable.
- En el context d'una relació clínica completa, lliure i respectuosa, una vegada assegurat tot això, l'opció vàlida serà respectar la decisió del pacient, encara que aquesta siga la de rebutjar l'ús d'hemoderivats, com a mostra del respecte al dret que té a decidir sobre la seua vida i la seua salut, encara que l'elecció supose la seua pèrdua.
- El pacient i el metge signaran el document de consentiment Informat del procediment corresponent i, a més, la conselleria de sanitat ha elaborat un document de "consentiment informat específic per a pacients que rebutgen l'administració de sang i hemoderivats" (vegeu annexos), que s'adjunta al prèviament esmentat. Sempre es

deixarà constància en la història clínica de les accions, converses i compromisos al fet que s'arribe amb el pacient.

- S'han d'aplicar les recomanacions generals per al tractament de pacients testimonis de Jehovà amb anèmia severa (Mann et al. 1992) (veure pàgina 3 del present informe)
- D'altra banda no es pot imposar als professionals que estiguen completament conformes amb la decisió del pacient. L'obligació de respectar la decisió del pacient en funció de les seues creències pot tindre els seus límits i el metge pot exercir l'objecció de consciència, però ha d'informar el pacient del seu dret a canviar d'equip mèdic o a ser remés a un altre centre. Aquest metge només pot exercir l'objecció quan existeix una probabilitat raonable 'haver de fer transfusió (així, no pot objectar davant una intervenció que habitualment presenta un sagnat escàs). Sobre l'objecció de consciència, que té les seues limitacions, pot consultar-se la guia titulada Ètica de l'objecció de consciència (Altisent, R., et al. 2008. Fundació ciències de la Salut) En cap cas, aquesta objecció no ens eximeix de la responsabilitat envers el pacient i no suposarà un desemparament o abandó d'aquest, al qual hem de proporcionar els mitjans i l'accés a altres professionals que puguen resoldre la seua assistència, per a mantenir el respecte als seus valors i creences. En cap cas se l'obligarà a demanar l'alta voluntària. Com sempre, tot això haurà de documentar-se en la història clínica.
- La institució ha de garantir l'assistència de tots els pacients malgrat l'objecció de consciència. Com ja comentem, el principi de justícia ens obliga a tractar a tots els pacients per igual. Per això, pel respecte a valors o creences legítimes, no es pot "abandonar" a ningú que manifesta com a propis aquests valors i creences.
- La institució facilitarà el trasllat a una altra institució que realitze aquests tractaments sense utilització d'hemoderivats.
- La institució sanitària promourà la formació general del seu personal en la recerca de tractaments alternatius i estimular als seus professionals quirúrgics en la formació de tècniques que minimitzen o eviten l'ús de sang i hemoderivats. La formació dels professionals no ha de limitar-se als aspectes tècnics, sinó que també s'ha de facilitar una formació en bioètica.
- En aquells casos en els quals es preveu amb antelació la necessitat de tractaments amb sang o hemoderivats, necessitat que és rebutjada pel pacient, se l'informarà i facilitarà la lliure elecció, que serà tramitada per la institució a través del SAIP.
- El Comité de Bioètica Assistencial del Departament, pot servir de suport al professional, mitjançant l'estudi dels casos particulars i els conflictes presents en cada cas, i d'aquesta forma poder prendre decisions prudents i òptimes.

Possibles conflictes

En la circular 1/2002 de la Fiscalia General de l'Estat, es van plantejar uns conflictes en relació a les intervencions mèdiques sobre menors d'edat en cas de risc greu per a la vida.

De tot l'exposat anteriorment, pot deduir-se que en relació amb les intervencions mèdiques sobre menors d'edat i en funció de la voluntat expressada per ells o els seus representants legals, poden plantejar-se diferents conflictes d'interessos. La solució ha d'analitzar-se distingint els següents supòsits:

El menor madur es nega a una transfusió de sang o una altra intervenció mèdica amb greu risc per a la seua vida o salut, en casos en els quals els representants legals són favorables al fet que es realitze aquesta.

En tal suposat el metge, a la vista de la redacció de l'article 9.3 i 9.4 de la llei 41/2002 d'autonomia del pacient, podria, sense necessitat d'acudir al jutge, dur a terme la intervenció. No obstant això, sempre que la situació no siga d'urgència, serà aconsellable ser com més respectuós millor amb el principi d'autonomia del menor, plantejar el conflicte davant el jutge de guàrdia (vegeu annex), directament o a través del fiscal.

El menor madur rebutja la pràctica d'una transfusió o una altra intervenció amb greu risc per a la seua vida o salut, i els representants legals donen suport a la seua decisió.

En aquests casos el metge ha de plantejar el conflicte davant el jutjat de guàrdia, directament o a través del Fiscal, sense perjudici que si es produeix una situació de emergència puga, sense autorització judicial, dur a terme la intervenció emparat per la causa de justificació de compliment d'un deure i d'estat de necessitat.

El menor madur presta el seu consentiment a la intervenció, però són els representants legals els que s'hi oposen.

En aquest supòsit no existeix un conflicte entre els desitjos i opinions del menor i els seus drets a la vida i la salut, per la qual cosa ha de tindre's en compte la capacitat d'autodeterminació que la llei reconeix al menor madur, podent el metge aplicar el tractament sense necessitat d'autorització judicial.

Els representants legals del menor sense condicions de maduresa no donen consentiment a la intervenció, i l'omissió d'aquesta genera un risc greu per a la seua vida o salut.

El metge no pot acceptar la voluntat dels representants del menor, perquè es troba en una posició de garant respecte del seu pacient. Per això haurà de plantejar el conflicte davant el

jutjat de guàrdia (vegeu annex), bé directament o a través del fiscal, per a obtenir un pronunciament judicial.

No obstant això, en situacions urgents pot el metge directament aplicar el tractament enfront de la voluntat dels pares, ja que la seua conducta està plenament emparada per dues causes de justificació: compliment d'un deure i estat de necessitat justificant.

Actuacions en situacions concretes

En l'activitat diària de la pràctica clínica, es poden distingir tres situacions concretes de rebuig de l'ús d'hemoderivats. Davant cadascuna d'aquestes, es poden establir, partint de la base que cada cas és diferent, unes pautes d'actuació orientatives com són: pacient adult competent, pacient adult no competent o incapaç i pacient menor d'edat. En el cas dels adults, seria de gran importància l'existència d'instruccions prèvies, la qual cosa facilitarà en gran manera la presa de decisions.

Pacient adult competent

- En la majoria de les intervencions quirúrgiques, la probabilitat d'haver de fer transfusió és mínima, per la qual cosa el problema, raonablement, no es presentarà. En les intervencions programades en les quals habitualment no es fa reserva de sang, es pactarà amb el pacient un compromís de no ús d'hemoderivats. S'aconsella formalitzar el document de consentiment informat sense ús d'hemoderivats (vegeu annexos). Si sorgiren necessitats de transfusió, hauria de respectar-se sempre la decisió acordada entre el metge i el pacient, i no usar hemoderivats.
- En situacions urgents, s'ha d'actuar també d'acord amb la voluntat del pacient, segons el que s'estableix com a pauta general, respectant la decisió adoptada i signant, si és possible, el document de consentiment informat. Cal reconèixer que la pròpia situació d'urgència limita en el temps i dificulta una valoració adequada de la capacitat del pacient, que a vegades es torna impossible; en aquest cas seria de gran ajuda l'existència d'un document d'instruccions prèvies en relació amb el rebuig a l'ús d'hemoderivats.

Pacient adult no competent o incapaç

- La situació de no competència o d'incapacitat no suposa un minvament dels drets com a persona, excepte el de prendre algunes decisions.

- Davant un pacient incompetent o incapaç, és obligació del metge comprovar l'existència i, en el seu cas, la validesa d'un document d'instruccions prèvies del pacient, que pot incloure el rebuig d'hemoderivats. Per a això, el metge en primer lloc ha de consultar el Registre d'Instruccions Prèvies, en segon lloc la història clínica i, finalment preguntar, a les persones vinculades al malalt per raons familiars o de fet, si existeix algun document d'aquest tipus. Si existeix una decisió de rebuig de sang i hemoderivats presa amb anterioritat, documentada i que s'estima que compleix els requisits de legalitat, es respectaran les instruccions prèvies i s'informarà d'això als familiars.
- En casos d'incapacitat legal s'ha de tindre en compte la figura del representant legal, considerant que les decisions de representació preses per ell no tenen l'autoritat necessària per a bloquejar un tractament que revertisca una situació que impliqui un perill vital. És a dir, si els representants legals opten pel rebuig a la transfusió sense que existisca cap suport documental del mateix pacient, s'aconsella actuar en funció dels criteris mèdics (*lex artis*), per al maneig d'hemoderivats en el cas d'urgències vitals, fent transfusió si és necessari. Es recomana també en aquesta situació emetre una comunicació al jutjat (vegeu annex), deixant sempre constància dels fets en la història clínica.
- En casos d'incompetència o incapacitat de fet, prèviament establida pel metge responsable, la decisió de substitució correspon a les persones vinculades per raons familiars o de fet, tenint en compte, com en el punt anterior, que si rebutgen la transfusió i no hi ha document previ, s'ha d'actuar d'acord amb els criteris mèdics.
- Si la situació és una emergència i no es coneix si existeix una manifestació prèvia documentada sobre el rebuig als hemoderivats, en el cas d'un pacient incapaç en risc immediat per a la seua integritat física es farà la transfusió segons criteris mèdics

Pacient menor d'edat

- El grau de participació dels pares en la presa de decisions haurà de ser més baix com més gran siga l'edat i el grau de maduresa del pacient menor.
- En el cas de menors emancipats o amb 16 anys complits, els pacients sí que poden rebutjar la transfusió i no cal prestar el consentiment per representació; no obstant això, atesa la gravetat de la situació, resulta imprescindible efectuar una correcta avaluació de la capacitat del pacient i a més els pares han d'estar informats, havent d'escoltar-se la seua opinió. Es formalitzarà el document de consentiment informat i es deixarà constància en la història clínica.

- Al menor entre els 12 i els 16 anys, com a norma general se li concedeix la capacitat d'opinar sobre el que pot ser del seu interès i la possibilitat de ser escoltat (i fins i tot abans d'aquesta edat, si tinguera suficient maduresa). En aquests casos, vista la importància que té la decisió de rebutjar un tractament vital, s'inverteix la càrrega de la prova i cal provar positivament que el menor és competent per a rebutjar la transfusió, considerant a priori la seua incapacitat per a prendre aquesta decisió; si no es pot provar la competència, llavors cal fer transfusió.
- Davant pacients de menys de 16 anys, quan siguen els pares o tutors els qui rebutgen l'ús d'hemoderivats per raons religioses, igual que si existeix discrepància entre els mateixos pares o tutors, s'ha de fer transfusió, sempre que siga un tractament imprescindible i l'únic que permeta salvar la vida del menor. Això és vàlid per a situacions tant urgents com no urgents, procedint a comunicar el cas al jutjat (vegeu annex) i reflectir-ho tot en la història clínica.

10) BIBLIOGRAFIA

1. Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editors). *Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Enero 2011.
2. 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. Anestesiología y Reanimación. 2006;53:31-41.
3. Monés J y Terés J. *Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre*. Med Clin (Barc). 2009; 132: 627-632
4. *Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová. Comité de ética asistencial*. San Sebastián. Maig 1999. [Consultat 04-08-2017] Disponible a: <http://studylib.es/doc/4901471/protocolo-de-tratamiento-en-pacientes-testigos-de-jehov%C3%A1>
5. *Comité de bioética de Cataluña. Recomendaciones del Comité de bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento*. Abril 2010 [Consultat 07-08-2017] Disponible a: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/2010/cbrechazotr.pdf>
6. Comisión de bioética de Castilla y León. *Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes Testigos de Jehová*. 2010
7. Grupo de opinión del Observatorio de bioética y derecho. *Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová*. Observatorio de bioética y derecho. Barcelona. 2005 [Consultat 15-05-2017] Disponible a: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/documento-sobre-el-rechazo-las-transfusiones-de-sangre-por-parte-de-los-testigos-de-jehova>
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética Biomédica*. Masson. Barcelona 2002
9. *Normes d'actuació davant l'atenció de malalts que rebutgen la transfusió de sang*. Hospital Universitari de Bellvitge. Maig 2009 [Consultat 09-02-2017] Disponible a: http://www.bellvitgehospital.cat/info_corporativa/ebellvitge/transfusions.pdf
10. *Recomanacions per a l'assistència a pacients que rebutgen la transfusió de sang i hemoderivats*. Comitè d'Ètica Assistencial. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Octubre de 2010 [en línea 02-02-2017] [<http://www.vhebron.net/documents/9904922/10715232/Assist%C3%A8ncia%20a%20pacients%20rebutgen%20transfusi%C3%B3%20-%20Recomanacions.pdf>]
11. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela. 2007
12. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Triacastela. 2008
13. *El rebuig de transfusió de sang i hemoderivats. Recomanacions de la Comissió de Deontologia*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona. Març 2012 [en línea 02-02-2017] [<http://www.comb.cat/Upload/Documents/4398.pdf>]
14. Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Durán E, Arimany Manso J. *El rechazo en las transfusiones y hemoderivados: criterios éticos, deontológicos y médico-legales*. Rev Esp Med Legal 2015; 41: 19-26.

15. *Declaración Universal de los derechos humanos de 10 de diciembre de 1948, adoptada y proclamada en la 183ª asamblea general de la ONU* [Consultat 09-02-2017] Disponible a: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
16. *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.* Publicada en «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002
17. *Circular 1/2012, de 3 de octubre, de la Fiscalía General del Estado, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.* [Consultat 10-06-2017] Disponible a: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/CIRCULAR%201-2012.pdf?idFile=7b9a2a61-9fd8-4422-9f76-cabecce2961e
18. *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.* Publicado en «BOE» núm. 180, de 29/07/2015.
19. *Les decisions "per substitució" i la reforma de la Llei 41/2002. Comité de bioética de Catalunya.* [Consultat 09-02-2017] Disponible a: <http://comitebioetica.cat/les-decisiones-per-substitucio-i-la-reforma-de-la-llei-412002/>
20. *Posicionament del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la circular 1/2012 de la Fiscalia sobre menors d'edat i decisions sanitàries de risc greu.* Disembre 2012 [Consultat 07-08-2017]. Disponible a: <http://comitebioetica.cat/posicionament-del-comite-de-bioetica-de-catalunya-sobre-la-circular-12012-de-la-fiscalia-sobre-menors-dedat-i-decisiones-sanitaries-de-risc-greu/>
21. *Comité de ética asistencial Sevilla sur. Protocolo de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados.* [Consultat 10-06-2017] Disponible a: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/protocolo_rechazo_hemoderivados_definitivo_16-05-12.pdf
22. *Rechazo al tratamiento. Recomendaciones para la atención a pacientes que rechazan la transfusión cuestiones éticas, deontológicas y jurídicas. Comité de Ética Asistencial Departamento Salud Xàtiva-Ontinyent.* [Consultat 11-06-2019] Disponible a: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2017/09/revisado-bioetica-rechazo-a-transfusion.pdf>
23. Leal-Noval SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E et als. 2013. *Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla.* Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013;60:263.e1-263.e25 [Consultat 10-09-2019] Disponible a: http://www.catransfusion.es/media/upload/pdf/redar_256-1_editora_2_44_1.pdf
24. Errando C, Fernández-Mondéjar E, Piñeiro Corrales G. *El documento «Sevilla-2» sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica. Una guía de consenso y un ejemplo a seguir de participación pluridisciplinar.* Med Intensiva. 2013; 37:219-220
25. *Protocolo de atención sanitaria a los pacientes que rechazan tratamientos con hemoderivados por motivos religiosos (Testigos de Jehová).* Hospital Universitario Virgen de la Macarena y Área. 2010. [Consultat 07-08-2017] Disponible a: http://hospital-macarena.com.mialias.net/usr/home/hospital-macarena.com/web/images/file/profesionales/documentos_clinicos_interes/TestigosJehova/Protocolo_TJ_Dic_2010.pdf

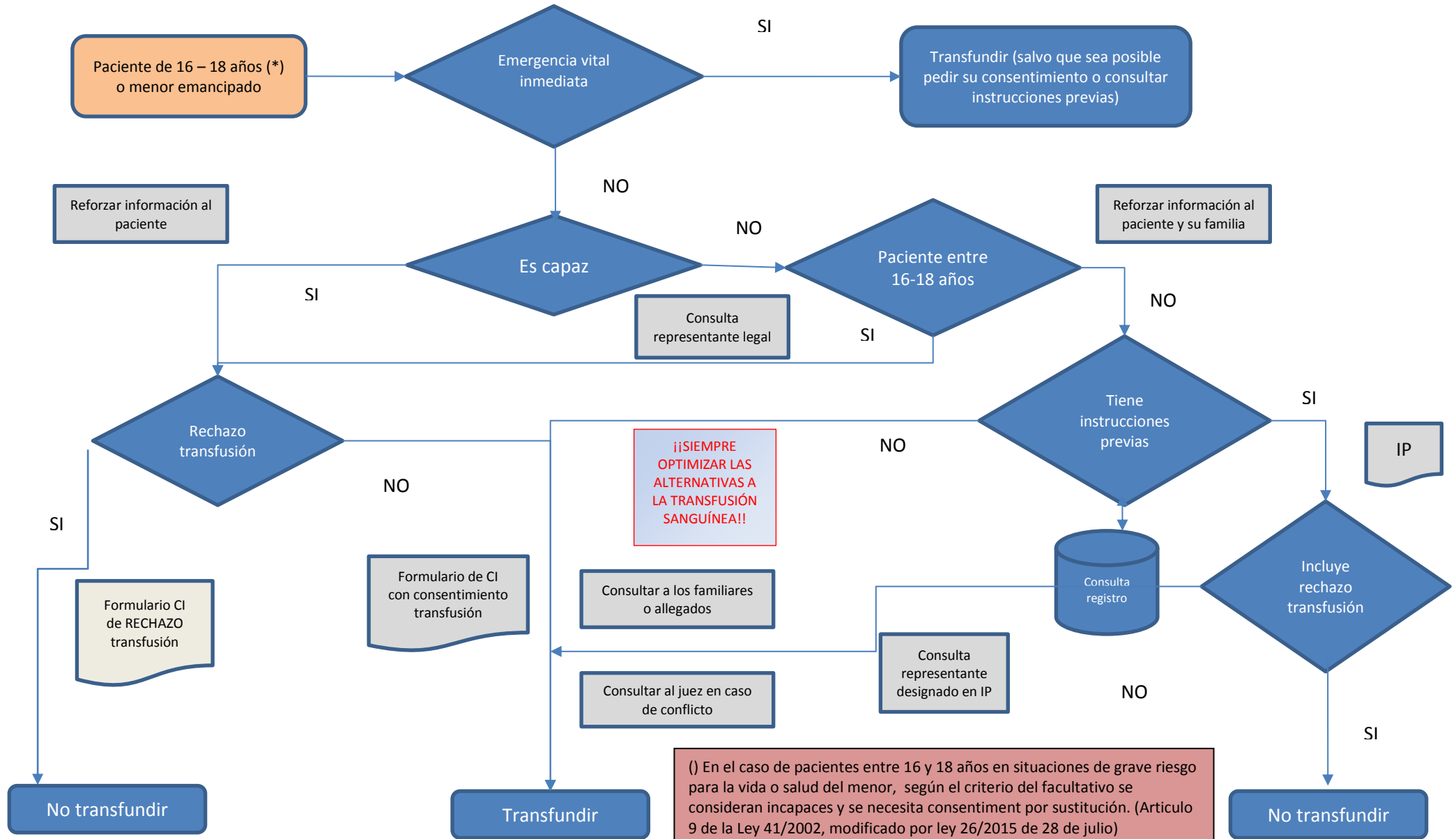
26. Leal R. COORD. *Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica*. Med Clin (Barc) 2006; 127 (Supl 1): 3-20
27. Altisent R, De Lorenzo R, Glez-Fandós R, García DE, Monzón JL, Rodríguez JJ, Sánchez M, Seoane JA, Suberviola V. *Ética de la objeción de conciencia*. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2008 [Consultat 08-08-2017] Disponible a:
http://www.fcs.es/publicaciones/etica_objecion_conciencia.html
28. Javier Sánchez-Caro J, Abellán-García Sánchez F. *Manual de bioética y derecho sanitario para hematólogos. Derecho Asesores Sanitarios y SEHH*. Madrid 2014. [Consultat 10-08-2017] Disponible a:
http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2015/virtual/Manual_Bioetica_Derecho_Sanitario_para_hematologos.pdf
29. Arcea B, Rodríguez A, Molins N, Cambrón A. *Evaluación de una guía de recomendaciones para testigos de Jehová tras su aplicación en la práctica quirúrgica*. Med Clin (Barc.) 2005; 124: 435-436
30. *Documento de consenso entre la congregación de los Testigos de Jehová y el CBA (Comité de Bioética asistencial) del Hospital general de Castelló*. Documento CBA 02/2007 (revisión 2014). [Consultat 14-08-2017]. Disponible a:
http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5663339/2014+cuadernillo+Testigos_v10.pdf
31. Audiencia Provincial de Lleida. Apelación número 440/2010, Auto num. 28/11 de 25/01/2011 [Consultat el 14-08-2017] Disponible a:
<http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=5945360&links=%22440%2F2010%22&optimize=20110505&publicinterface=true>
32. Sociedad española e transfusión sanguínea. *Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos*. 5ª edición. 2015 [Consultat 16-08-2017] Disponible a:
http://www.prioridadcero.com/wp-content/uploads/2014/03/Guia_transfusion_quinta_edicion2015.pdf
33. Proyecto Optimal blood use. *Manual de uso óptimo de la sangre. Instrucciones para el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre en Europa*. 2010 [Consultat 16-08-2017] Disponible a:
<http://www.optimalblooduse.eu/sites/optimalblooduse.eu/files/EU%20Blood%20Manual%20Spanish.pdf>
34. Mann M, Votto J, Kambe J, McNamee J. *Management of the severely anemic patient who refuses transfusion: lessons learned during the care of a Jehova's witness*. Ann. Int. Med. 1992; 117: 1042-1048
35. *Consideraciones sobre la objeción de conciencia*. Bioética & dabat. 2012; 18(66):3-19 [Consultat 26-08-2019] Disponible a:
<http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/BD66ESP.pdf>
37. *Opinión del Comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad*. Comité de Bioética de España. Septiembre 2011. [Consultat 26-08-2019] Disponible a:
<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>

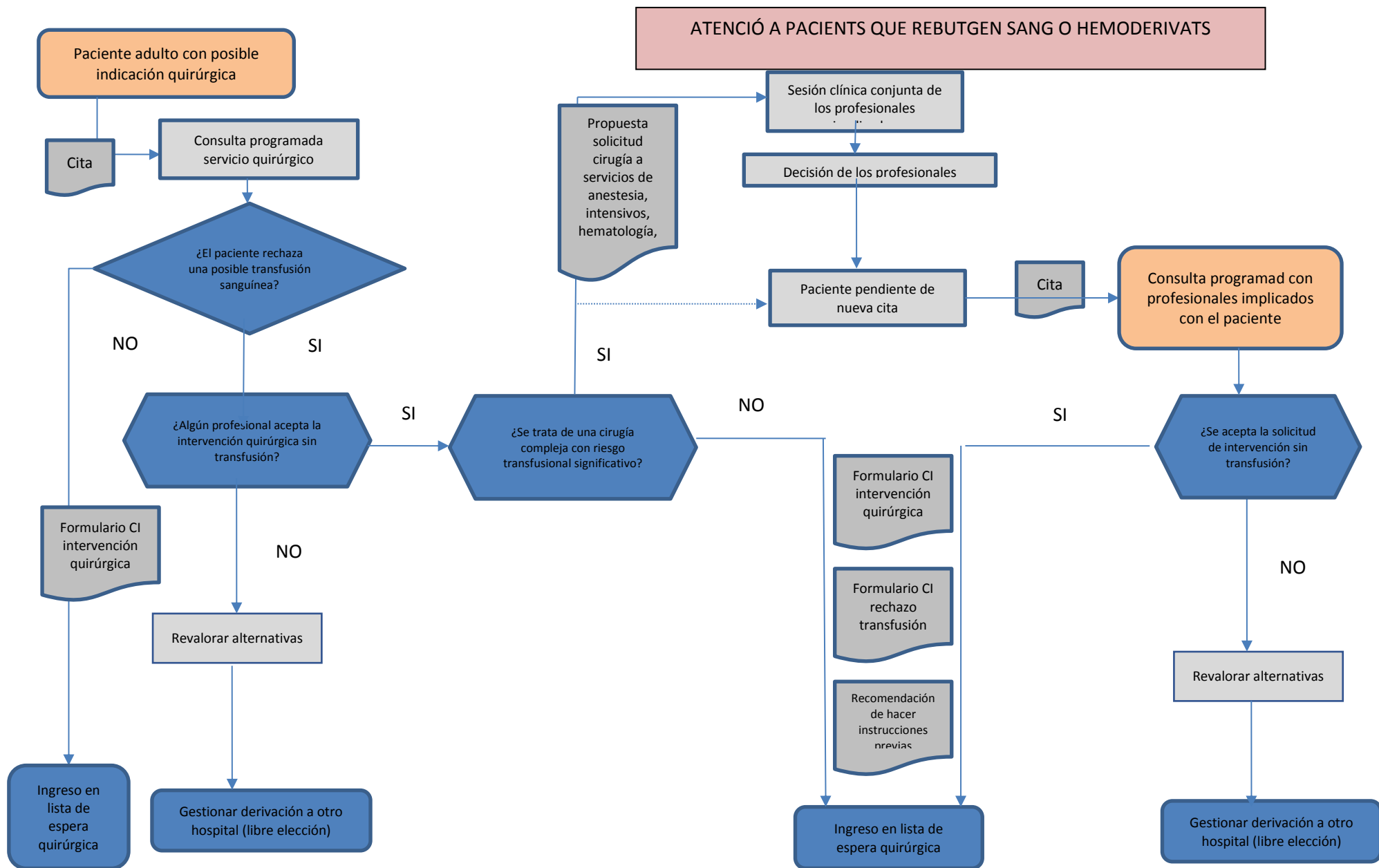
39. Matinez K. *Medicina y objeción de conciencia*. An Sist Sanit Navar. 2007; 30:215-223
[Consultat 26-08-2019] Disponible a:
40. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2071/1496>
41. Organización médica colegial (OMC). *Código de ética y deontología Médica*. Edición 2011.
[Consultat el 14-03-2020] Disponible a:
42. https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#
43. *Código de Deontología Médica* (edició provisional desembre 2018) [Consultat 29-02-2020]
Disponible a:
44. http://www.comteruel.org/documentos/2018_CodigoDeontologicoBorrador.pdf
45. Consejo General de Colegios Oficiales de enfermería. *Código deontológico de la Enfermería Española*. Edició 1989. [Consultat el 14-03-2020] Disponible a:
46. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/servicios-juridicos/legislacion/send/8-normativa-colegial/86-codigocge>
47. *Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)*. *Código de ética y deontología de enfermería de la Comunitat Valenciana*. Edición 2019. [Consultat el 14-03-2020] Disponible a:
<http://portalcecova.es/files/codigo-deontologico-definitivo.pdf>

ANNEXOS

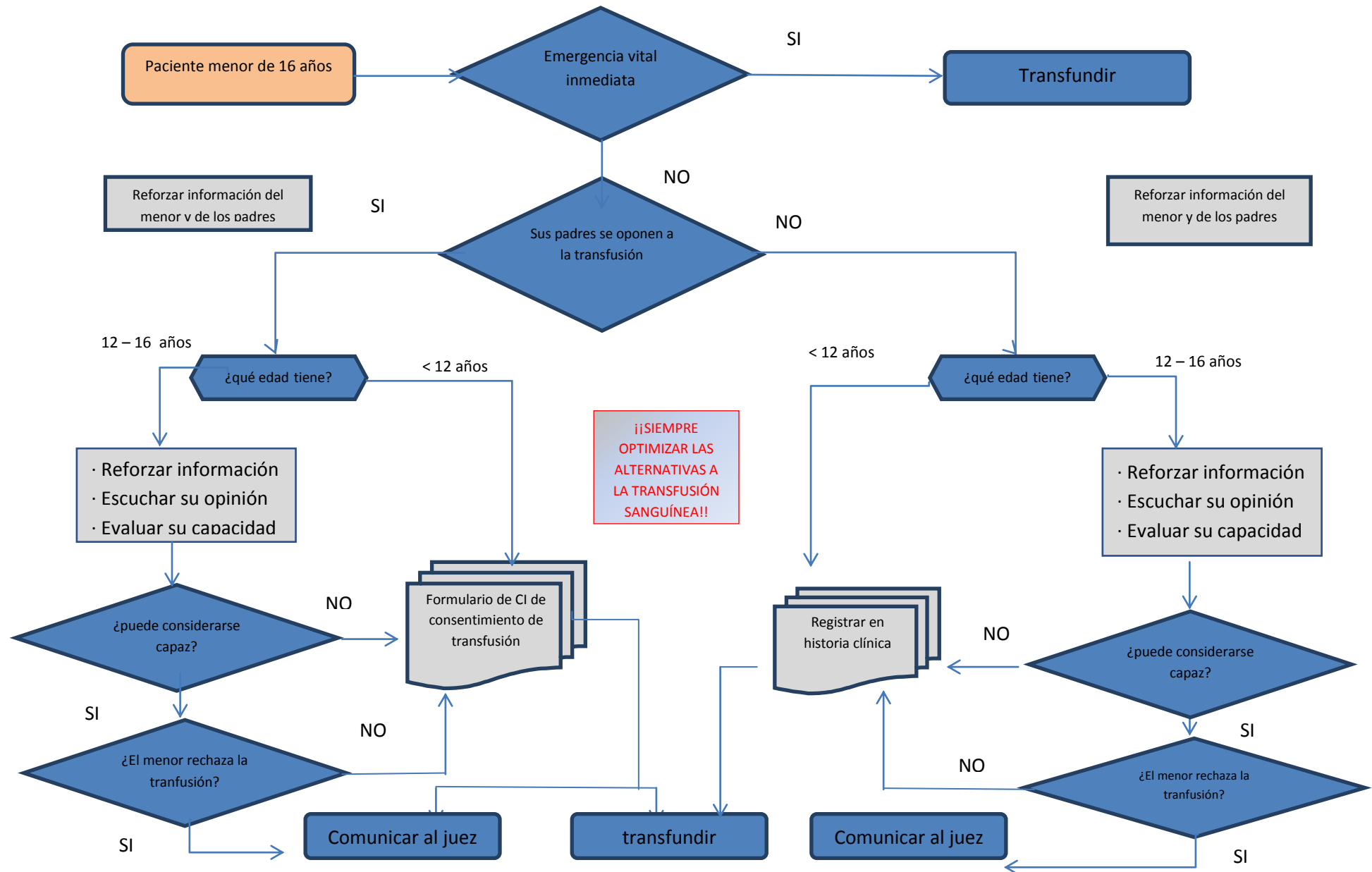
ATENCIÓN A PACIENTES DE 16 A 18 AÑOS Y MENORES EMANCIPADOS

Adaptado de Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). 2011 ⁽¹⁾





ATENCIÓN A PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS



**Resum de recomanacions del Comit  Bio tica Assistencial (CBA) per al maneig del malalt testimoni de Jehov  (TJ)
en diverses situacions clíniques**

Característiques del pacient	Situació clínica	Escenaris clínics	Conflictes	Recomanacions
Major d'edat i cap�	Estable	Pacient en espera d'intervenció quirúrgica programada o prova diagnòstica invasiva	Negativa a la signatura de DCI ordinari per al procediment Manifestació de la seua condició de TJ en l'antequir�fan. Risc de sagnat durant el procediment	Utilitzar el DCI específic per a TJ Si es preveu una pèrdua de consciència, aconseguir un acord entre professional i malalt previ al procediment En cas de no aconseguir-se un acord, sol·licitar la mediació del CEA No fer transfusió al malalt mentre es trobe conscient
Major d'edat i incapac que no ha pogut declarar el seu condició de TJ	Inconscient, inestabilitat clínica i risc elevat de mort	Cirurgia d'urgència en estat de necessitat vital (politraumatizados i xoc d'origen divers) Situacions clíniques caracteritzades per l'hemorràgia aguda i massiva	Negativa de la família o representants a la transfusió Instruccions prèvies que manifesten el rebuig del pacient a la transfusió Risc de mort sense transfusió	Fer transfusió al malalt
Major d'edat i cap� que perd la consciència haver manifestat el seu rebuig a la transfusió	Inconscient per el procediment anestèsic o per la evolució de la seua situació clínica	Evolució de la situació 1 Pacient inconscient durant un acte quirúrgic programat o urgent no vital Pacient que perd la consciència per una anèmia greu sense transfusió	Risc d'hemorràgia durant el procediment Empitjorament del seu estat per l'evolució del procés urgent no vital (apendicitis, incarceraci�, etc.) Absència del DCI	No fer transfusió al malalt mentre es trobe conscient Quan es produisca la inconsciència, aplicar l'acord aconseguit amb el malalt
Menor d'edat no madur (< 12 anys) en situació vital els tutors del qual rebutgen la transfusió	Inestabilitat clínica i risc elevat de mort	Cirurgia d'urgència en estat de necessitat vital Situacions clíniques caracteritzades pel sagnat agut i massiu	Negativa dels tutors o representants a la transfusió Risc de mort sense transfusió	fer transfusió si la situació no admet demora Sol·licitar la valoració al CAE si la situació admet demora
Menor d'edat madur (> 12 anys i < 16 anys) en situació vital que rebutja la transfusió()	Inestabilitat clínica i risc elevat de mort	Cirurgia d'urgència en estat de necessitat vital Situacions clíniques caracteritzades per la hemorràgia aguda i massiva	Negativa del menor a la transfusió Negativa dels tutors a la transfusió Risc de mort sense transfusió	Sentir al menor fer transfusió si la situació no admet demora Sol·licitar valoració al CAE si la situació admet demora

CI: Consentiment informat

Font: Acea B, Rodriguez A, Molins N y Cambr n A. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(11):434-6

(*) Modificat l'article 9 de la Llei 41/2002 per la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de protecció de la infància i l'adolescència



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Objectiu del document:

Facilitar el dret a l'assistència sanitària de pacients que rebutgen l'administració de sang i derivats d'aquesta.

(Aquest document s'annexionarà al document de consentiment informat atorgat per la persona o qui la representa legalment per al procediment que se li ha prescrit. Dels dos documents quedarà constància en la història clínica personal).

Declaració pacient:

Havent donat i signat el meu consentiment per al procediment denominat

i el document formulari adjunt, manifeste que:

Done el meu consentiment perquè se'm realitze aquest procediment, sempre que es duga a terme sense transfusió de sang i/o hemoderivats. Anul·le el punt del document de consentiment informat específic que diu: "que és possible que durant o després de la intervenció siga necessària la utilització de sang i/o hemoderivats La meua acceptació és voluntària i puc retirar aquest consentiment quan ho considere oportú, sense que aquesta decisió repercutisca en les meues cures posteriors.

A més, se m'ha informat dels riscos que comporta la realització d'aquest procediment sense la possibilitat de transfusió de sang ni hemoderivats, i sóc plenament conscient que això podria causar-me seqüeles greus i permanents, cognitives, motores i sensorials, i fins i tot implicar-me la mort.

He sigut informat de les alternatives a la transfusió de sang i hemoderivats disponibles en aquest centre i de les seues possibles complicacions, que assumisc.

Declare davant l'equip sanitari que m'atén que només jo sóc responsable d'aquesta decisió i de qualsevol circumstància adversa ocasionada per aquesta.

Accepte, per tant, la plena responsabilitat legal d'aquesta decisió i allibere totes les persones que em tracten de la responsabilitat derivada de qualsevol circumstància adversa directament ocasionada per la meua decisió de no acceptar la transfusió de sang o hemoderivats



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

HEMATOLOGIA

CONSENTIMENT INFORMAT ESPECÍFIC PER A PACIENTS QUE REBUTGEN L'ADMINISTRACIÓ DE SANG I D'HEMODERIVATS

DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT

(Nom i cognoms)..... de anys d'edat, amb domicili a
....., DNI i núm. de SIP.....

(Nom i cognoms)..... de anys d'edat, amb domicili a
....., en qualitat de (representant legal, familiar o persona pròxima al/a la
pacient)....., amb DNI.....

DECLARE:

Que m'han explicat que és convenient/necessari en la meua situació la realització de:

....., així com els riscos afegits per la
realització d'aquest procediment sense l'ús de sang i hemoderivats i les complicacions possibles per l'ús dels mètodes
d'estalvi de sang disponibles, i que he comprés adequadament la informació que m'ha donat.

..... de de 2.....

Signat: DNI

DECLARACIÓ DE LA METGESSA / DEL METGE:

El/la Dr./Dra.

ha informat la persona malalta i/o qui la representa legalment, familiar o afí d'aquesta de l'objecte, la naturalesa, els
riscos i les alternatives del procediment....., així com els riscos afegits
per la realització d'aquest procediment sense l'ús de sang i hemoderivats i les complicacions possibles per l'ús dels
mètodes d'estalvi de sang disponibles.

Signatura de la metgessa/metge:

Signat: Dra./Dr.: DNI

Col·legiada/at núm.:

REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT:

Revoque el consentiment prestat en data de de 2,
relatiu a la no-administració de sang i hemoderivats.

..... de de

Signat: la metgessa / el metge

Signat: la persona malalta, representant, familiar o afí.....

**COMUNICACIÓ AI JUTJAT PER A TRACTAMENT AMB HEMODERIVATS EN PACIENTS
INCAPAÇOS / MENORS**

OFICI

JUTJAT DE GUÀRDIA

A L'ATENCIÓ DEL JUTGE DE GUÀRDIA

ASSUMPTE: Comunicació de Negativa al tractament amb hemoderivats

[] MENORS D'EDAT ⁽¹⁾

[] INCAPAÇOS. ⁽²⁾

Li comuniquem que el/la Sr./Sra. _____ ,
de _____ anys, amb DNI número _____, està ingressat en aquest
Hospital de _____ , en el Servei de _____ , i que amb el diagnòstic de _____ , necessita per al seu tractament l'ús
d'hemoderivats (_____) que li han de ser administrats
amb caràcter d'urgència [] / en el termini de _____ hores [] , a la qual cosa es neguen per
motius de creences religioses.

... els seus pares o tutors [] ⁽¹⁾

... els seus representants [] ⁽²⁾ .

(1) [] El pacient no comprén ni assumeix la informació sobre els riscos que aquesta decisió pot implicar-li, inclòs el perill de pèrdua de la seua pròpia vida.

(2) [] El pacient no es troba actualment en plena possessió de les seues facultats mentals i cognoscitives, i no comprén ni assumeix la informació sobre els riscos que aquesta decisió pot implicar-li, inclòs el perill de pèrdua de la seua pròpia vida.

Dr./ Dra: _____

Número de col·legiat _____

_____, _____ d _____ de 20____

Adaptat de: Comisión de bioética de Castilla y León. *Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová*. 2010

CONSIDERACIONS PER A ELABORAR UN PROTOCOL

Deixant al marge situacions molt concretes a tractar en cada cas, ens hem de centrar en les consideracions més comunes.

Així, com a norma general aportar sang i hemoderivats a qualsevol mena de pacient (testimoni de Jehovà o no) ha de restringir-se a les indicacions establides amb estàndards correctes respecte a la bona praxi. La tendència universal ha d'anar en aquesta línia intentant previndre i preservar de pèrdues innecessàries o negligents per a incrementar el nombre d'actuacions en què no siga necessària l'aportació d'aquest bé escàs.

Ja hem advertit que les situacions clíniques no són agrupables en el mateix context. Ens centrarem en intervencions quirúrgiques o exploracions diagnòstiques programades, on el fet de fer transfusió pot arribar a no ser necessari si es tenen en compte certes mesures cautelars. Molt diferent del que succeeix en tractaments de processos hematològics o sèptics prolongats, on l'aportació de sang i hemoderivats forma part d'un tractament integral.

A. TESTIMONI DE JEHOVA AMB PROBLEMA QUIRÚRGIC A TRACTAR

Sempre que s'haja de programar una intervenció en la qual s'intenta dur a terme un tractament sense sang serà convenient tindre en compte unes premisses generals entre les quals s'inclouen formar un equip interdisciplinari dels professionals que han d'intervindre abans, durant i després de la intervenció. Realitzar un exhaustiu estudi previ tant del pacient com de la mena d'intervenció per a valorar, amb l'inherent marge d'incertesa, el risc transfusional. Formular un pla d'estratègies conjuntes per a minimitzar les pèrdues hemàtiques i informar al pacient sobre el plantejament d'actuacions per a obtenir el seu consentiment. Optimitzar l'estat del pacient amb anterioritat a la intervenció evitant extraccions innecessàries i mantenint xifres d'hemoglobina en bon rang aportant tractaments adequats per a això. Si es tracta d'una dona en edat fèrtil suprimir hormonalment les regles i establir un protocol combinat de tècniques tant d'anestèsiques com de quirúrgiques amb l'objectiu d'estalviar sang.

Una vegada conclòs l'acte quirúrgic extremar la vigilància sobre la possibilitat d'un ressagnat. Si això ocorreguera proposar una actuació immediata amb un perfil temporal d'espera inferior als pacients que poden rebre sang.

Mesures d'estalvi anestèsiques.

Han de ser extremades. Encara que hi ha moltes, i els professionals les coneixen bé, podríem assenyalar com a xicotetes guies un tipus d'anestèsia hipotensora controlada, la ventilació amb fluxos alts d'oxigen, adequat posicionament del pacient per a evitar congestions venoses, ús de fàrmacs o tractaments locals que controlen l'hemostàsia, rigorosa vigilància d'esdeveniments hemodinàmics i la seua ràpida correcció a través de reposicions de volèmia, controlar i tractar taquicàrdies desestabilitzadores. Sempre que siga possible utilitzar tècniques locals o regionals

i deixar en mans d'anestesisistes experts el fet de posar en pràctica totes aquelles mesures anestèsiques capaces de disminuir el consum d'oxigen.

Mesures d'estalvi quirúrgiques.

Al marge d'actituds quirúrgiques concretes que repassarem, existeixen unes mesures generals que no han de ser pas menyspreades com és l'intent d'una cirurgia mínimament invasiva, l'hemostàsia quirúrgica acurada, l'ús racional del maneguet d'isquèmia, el empacamiento d'hemorràgies venoses no controlables i fins a l'optimització meticulosa dels temps quirúrgics, tot per evitar temps morts innecessaris.

Dins del que és admissible per a la totalitat o per a una part de la Comunitat de testimonis de Jehovà, repassarem la utilitat real que poden tindre cadascuna d'aquestes opcions i l'ús que els professionals hi poden donar.

1. FÀRMACS

Cristal·loides i col·loides.

Encara que no sempre és una solució definitiva per a controlar els problemes, és una alternativa sense límit dins de la pràctica habitual.

Vitamina K, èpsilon aminocaproic i diferents substàncies hemostàtiques farmacològiques.

Es poden utilitzar sense cap mena de problema. **Reconsideració especial per al fibrinogen (RIASTAP) que sembla no haver sigut obtingut resultats fins ara mitjançant actuació recombinant.**

Desmopresina

La desmopresina és un anàleg sintètic de la vasopresina. A més del seu efecte antidiurètic, posseeix un efecte sobre el fetge per a afavorir la secreció de factor VIII i sobre les parets dels vasos sanguinis per a alliberar el Factor de Von Willebrand i l'activador de plasminogen tissular. En el moment actual no hi ha proves concloents que permeten afirmar que la desmopresina disminuïska les transfusions peroperatòries en pacients sense trastorns hemorràgics congènits. Malgrat això, en algunes referències s'ha utilitzat en pacients de cirurgia oncològica amb gran risc de sagnat. La dosi usada és de 0,3 microgrs/kg, repetida a les 12-24 hores davant sagnat excessiu. La millora en la coagulació s'explica per l'activació dels factors ressenyats anteriorment. A més, pel seu efecte anti diurètic, es recomana monitorar la funció renal i els nivells de potassi. Encara que la desmopresina ajuda a reduir les pèrdues de sang, l'efecte és tan reduït que té escassa repercussió sobre la necessitat de fer transfusió (6 - 7). De fet, la seua indicació es limitaria al reduït nombre de pacients amb hemofília A lleu i amb la malaltia de Von Willebrand que responga positivament al tractament. **No obstant això, la seua utilització queda en mans dels encarregats de dur a terme l'actuació.**

Eritropoetina.

L'eritropoetina és una glicoproteïna secretada per les cèl·lules intersticials de l'escorça renal davant l'estímul hipòxic. A hores d'ara l'eritropoetina humana recombinant és una molècula amb la mateixa seqüència d'aminoàcids que l'hormona natural, i amb la mateixa activitat biològica, i que, administrada per via subcutània manté nivells molt estables. Els fonaments de la seua utilització consisteixen en estudis que advoquen que la utilització de 300 UI/k/dia durant quinze dies abans de la cirurgia, o bé una dosi setmanal de 600/UI durant tres setmanes abans, requereixen menys necessitat de fer transfusió que els no tractats (8).

Encara que és cert que en la literatura científica s'estan plantejant usos cada vegada més amplis de l'eritropoetina en aquestes situacions, **en haver-se constatat que la seua utilització en pacients oncològics o amb insuficiència renal crònica ha mostrat un increment en la morbiditat cardiovascular i en la mortalitat, s'ha generat certa inquietud**, la qual cosa ha motivat una nota informativa de l'Agència Espanyola del Medicament i Producte Sanitari sobre aquest tema. Per això per a qualsevol ús diferent haurà d'autoritzar-se per l'autoritat sanitària, al mateix temps que se sol·licitarà el consentiment explícit del pacient respecte d'aquesta teràpia concreta. (9)

Àcid tranexàmic

L'àcid tranexàmic (TILLOMED) és un antifibrinolític que s'ha valorat la seua eficàcia per a reduir les necessitats de transfusió amb resultats dispars. Des d'autors que el consideren efectiu ja que redueix les necessitats de transfusió peroperatòria fins a unes altres opinions més dubtoses. (10). **Sí que sembla millorar el transport d'oxigen als teixits quan els nivells d'hemoglobina descendeixen per davall dels límits fisiològics tolerables.** S'ha utilitzat en algunes teràpies en testimonis de Jehovà, que han reduït les pèrdues de sang i com un tractament, més, de suport.

Factor VII recombinant

Encara que el Factor VII recombinant apareix referenciat en la literatura com una alternativa de transfusió de sang al·logènica que pot usar-se de manera general en pacients que rebutgen teràpia amb sang i hemoderivats, la veritat és que, **la seua utilització es contempla amb caràcter molt restrictiu.** D'una part, es restringeix el seu ús a tractaments d'episodis hemorràgics aguts de difícil control. En aquests casos, el seu ús no ha complert amb grans expectatives d'eficàcia, fins i tot a pesar d'usar-se en pacients sotmesos a transfusions. A hores d'ara, la seua indicació ha quedat circumscrita a tractaments d'episodis hemorràgics i prevenció d'hemorràgies en pacients hemofílics, amb tromboastènia de Glanzmann i amb dèficit congènit de factor VII.

A més, hi ha dades que indiquen el risc de patir esdeveniments adversos trombòtics greus, per la qual cosa no ha de ser considerada instrument per a reduir les transfusions peroperatòries en els pacients que no entren en els grups anteriorment esmentats que inclouen els testimonis de Jehovà.

Aprotinina.

L'aprotinina (TRASYLOL) és un inhibidor natural de la proteïnasa obtingut del pulmó boví que inhibeix els mediadors de la resposta inflamatòria, la fibrinòlisi i la formació de trombina. Redueix els requeriments de sang. Sembla reduir les pèrdues sanguínies en cirurgia ortopèdica. S'administra per catèter venós mitjançant unitats activadores de Kalicreïna (UAK). També s'ha usat per a cirurgia cardíaca entre 500.000 i 1.000.000 de dosi i manteniments fins que disminuïska o cedisca l'hemorràgia.

Suplement de ferro i àcid fòlic.

El ferro és l'encarregat d'“ancorar” l'oxigen a la molècula d'hemoglobina. Cada molècula d'hemoglobina posseeix quatre àtoms de ferro. El contingut de ferro corporal total és de 3,8 grams en homes i 2,3 grams en dones. La dosi per a reemplaçar les pèrdues diàries és de 15 mg/dia de ferro elemental. Si es programa una intervenció tant de ferro com àcid fòlic han d'iniciar-se com a mínim dues setmanes abans de la cirurgia per a permetre l'eritropoesi estimulada per l'eritropoetina endògena (9). Ha d'encoratjar-se també el consum d'una dieta rica en carns roges, pollastre, llentilles), vegetals com el bròquil i la col, pistatxos, pa i cereals fortificats (11). La vitamina C també afavoreix l'absorció del ferro, especialment de fonts no animals.

Factors estimulants plaquetaris i de neutròfils.

Tots els avanços en el coneixement de l'hematopoesi i en les teràpies eficaces per a processos hematològics han aportat alternatives importants com són els factors estimuladors de granulòcits, macròfags i plaquetes, així com diferents interleucines. En els processos hematològics l'aportació de sang i hemoderivats és una part més del tractament, amb els inconvenients que això reporta en els testimonis de Jehovà. No obstant això, s'han comunicat teràpies alternatives en les fases aplàsiques secundàries al mateix problema o com a conseqüència de la quimioteràpia. **S'han utilitzat factors estimulants plaquetaris (Romiplostim) i factors estimulants de granulòcits i macròfags (G-CSF i GM-CSF) amb resultats dispers. Fins i tot en el context de trasplantament de medul·la òssia. Sembla cert que establir un protocol d'una teràpia sota aquestes premisses en patologies d'aquesta índole comporta un enorme risc, al marge d'atemptar amb major èmfasi sobre el principi de justícia.**

Anticossos monoclonals diversos i immunoglobulines recombinants.

Actualment sembla que no hi ha problemes per a la seua acceptació i podrien ser alternatives per a aquelles malalties autoimmunes que a la llarga pogueren requerir aportacions de sang o hemoderivats.

Interferó.

Entra dins dels que s'ha de sol·licitar explicació i consentiment del pacient, ja que, **encara que prové de la secreció per part de limfòcits CD4, CD8 i altres citocines que han**

contactat amb algun virus, no són estructures cel·lulars pròpiament dites. Podria ser d'utilitat en alguns processos, però ha de ser admés pel pacient.

Transportadors d'oxigen basats en hemoglobina.

Són productes que estan posats molt en dubte a hores d'ara. Utilitzen molècules d'hemoglobina provinents d'humans, animals o tecnologia recombinant. La font animal són eritròcits bovins i la humana eritròcits envellits. L'hemoglobina recombinant s'obté de l'*Escherichia coli* a través de ser purificada completament per a disminuir la nefrotoxicitat i ha de fer-se servir tècniques d'enginyeria genètica. L'hemoglobina humana i animal ha de ser modificada a través de l'afavoriment de les unions entre les molècules, la piridoxilació, polimerització, conjugació i l'encapsulació, per a disminuir la seua afinitat amb l'oxigen, disminuir el seu depòsit en el sistema reticle-endotelial i augmentar la seua vida mitjana (1). L'inconvenient del seu ús és la vasoconstricció que s'indueix com a secundària a aquest efecte d'escombratge de l'òxid nítric, la qual cosa compromet la perfusió tissular.

Una promesa terapèutica és l'Hemopure. Ultrafiltrat d'eritròcits bovins que han sigut polimeritzats la qual cosa es traduiria en una menor afinitat per l'oxigen i més fàcil alliberament en els teixits. Cada unitat de 250 ml conté trenta grams d'hemoglobina. A través de tècniques patentades és purificat per a remoure agents infecciosos: bacteris, virus i prions. Produeix un lleuger increment de la pressió arterial i la disminució de l'índex cardíac, pel que sembla per efecte sobre l'òxid nítric.

L'Hemopure va ser aprovat a Sud-àfrica en el 2001 per al tractament de l'anèmia aguda amb la finalitat d'eliminar o reduir la necessitat de transfusions al·logèniques.

Als Estats Units està detinguda fins que la companyia resolga alguns dubtes plantejats per la FDA.

El PolyHeme i Maleimide-PEG-Hb són interessants productes les investigacions dels quals es troben en fase III i II/III respectivament, sent els resultats dispars. Existeixen als països en vies de desenvolupament unes restriccions logístiques i de pressupost que impedeixen utilitzar-los rutinàriament o fins i tot més sovint. **També existeix desconeixement en els professionals de la salut referent a la seua disponibilitat, beneficis, efectes secundaris i protocols de maneig.** (1)

2. ACTUACIONS INTRAOPERATÒRIES

- **Hipotensió controlada.**

L'ús d'hipotensió controlada redueix el sagnat. En pacients sotmesos a anestèsia epidural per a cirurgia de maluc es va mantindre una pressió arterial mitjana de 50 mm/Hg. amb menor sagnat que aquells la pressió arterial mitjana dels quals va ser superior amb menors necessitats de fer transfusió. (12)

- **Reinfusió intraoperatòria.**

Coneguda també com Cell-Saver, és una tècnica utilitzada en cirurgies on es presumeix que existiran pèrdues massives de sang. Usada per primera vegada en la dècada dels setanta, la companyia Haemonetics va dissenyar un dispositiu d'autotransfusió que consistia a portar la sang del camp quirúrgic a un recipient on és anticoagulada i posteriorment transportada a un segon recipient per a ser "llavada" del plasma i dels detritus que poguera contindre. Les cèl·lules roges són recuperades i empaquetades en bosses de transfusió. Pot utilitzar-se fins sis hores després de la seua recollida. És acceptat pels testimonis de Jehovà, atès que el dispositiu està acoblat en un circuit tancat. Permet recuperar fins al 50% de la sang del camp quirúrgic. **Està contraindicada en presència de neoplàsies, si s'ha emprat col·lagen com a agent hemostàtic durant la cirurgia o davant el dubte de l'esterilitat del camp quirúrgic. Resulta car i amb bastant complicació logística (13).**

- **Hemodilució normovolèmica aguda.**

La hemodilució normovolèmica consisteix en l'extracció d'una a tres unitats de sang abans o immediatament després de la inducció anestèsica. La condició exigeix que la sang extreta no haja de separar-se del contacte amb el cos a través d'un especial sistema col·lector. El volum de sang extret es reposa en la mateixa quantia amb cristal·loides o col·loides. La sang posteriorment pot fer transfusions d'acord amb les necessitats en l'intra o postquirúrgic. **El mètode s'usa quan s'estima que les pèrdues intraoperatòries excedeixen el 20% de la volèmia. La tècnica no està exempta de riscos i fins i tot contraindicada en pacients coronaris, renals o amb malalties hepàtiques o pulmonars severes. (14).**

Aquestes i algunes més poden ser **ALTERNATIVES A LA CIRURGIA SENSE SANG**, però existeix un problema important.

Pocs Centres disposen d'una preparació, tant professional com institucional i logística per a dur a terme aquestes teràpies de risc. I en quasi tots els protocols existents, quan l'equip encarregat d'actuar no accepta la situació, sempre apareix l'"afegitó" que el pacient ha de ser traslladat a un altre hospital. **Però la pregunta és; a quin?** L'exemple el tenim en el nostre propi àmbit assistencial.

B. PACIENT AMB PROBLEMA HEMATOLÒGIC A TRACTAR

Resulta molt més complicat, atès que la reposició de sang, plaquetes, plasma i d'altres formen part integral del tractament dels esdeveniments aplàsics com a conseqüència de la quimioteràpia. **Ací excepte la preparació amb ferro, eritropoetina, factors estimulants de neutròfils i plaquetes, intent de control de les infeccions intercurrents, poc més s'hi pot afegir.**

Quedarien sense abordar les situacions medicoquirúrgiques d'emergència, on es desconeixen voluntats, els casos d'actuació en menors o no competents, el supòsit de dones embarassades i alguns punts més que impliquen una reflexió global.

C. CONCLUSIÓ

Les tècniques d'estalvi sanguini poden ser útils en pacients testimonis de Jehovà que fins i tot siguen sotmesos a cirurgies majors. I són alternatives amb fonaments científics per a reconsiderar. El coneixement de les opcions profilàctiques o terapèutiques permet millorar les condicions preoperatòries i minimitzar les pèrdues durant la cirurgia. És necessari identificar al pacient amb alt risc de sagnat quirúrgic. Els pacients testimonis de Jehovà han de rebre assessorament i explicacions sobre les opcions de maneig i els potencials riscos per la no utilització d'hemoderivats durant la seua cirurgia, oferir-los les alternatives, per a evitar vulnerar les seues creences religioses. Al temps generar confiança en els professionals en veure'ls preocupats per intentar donar solució al seu problema.

És necessari incrementar el coneixement sobre les tècniques estalviadores de sang a dalt exposades i fonamental exigir als agents del Sistema de Salut la necessitat que aquestes tècniques estiguen disponibles a mesura que les investigacions puntualitzen sobre els seus avantatges.

CONSIDERACIONS A L'ENTORN DE L'OBJECCIÓ DE CONSCIÈNCIA

(Consideracions a l'entorn de l'Objecció de Consciència.
Bioètica&Debat. Volum 18, número 66. Monogràfic 2012)

“L'objecció de consciència consisteix en l'oposició, manifestada clarament, d'una persona a un imperatiu legal o a una autoritat, basada en els propis principis morals. El dret moral a l'objecció de consciència pot manifestar-se també com a oposició al compliment d'un deure o responsabilitat no explicitada en cap norma legal, però sí deontològica o professional.

Es pot considerar que el dret a l'objecció de consciència és, en primer lloc, un dret moral, ja que tota persona té dret a construir la seua concepció particular de l'existència, que inclou una determinada escala de valors, i a mantindre's coherent en la seua conducta. Sobre aquesta base es pot afirmar que, en virtut de la fidelitat que es deu a ella mateixa, tota persona posseeix el dret moral a oposar-se a alguna acció que violenta la seua consciència.

El dret moral a l'objecció de consciència es fonamenta en el fet que el respecte a la dignitat de la persona és inseparable del respecte a la consciència de cadascú. La persona objecta a fer una acció perquè atenta contra la seua pròpia dignitat, integritat moral i la seua autonomia. Aquesta acció és interpretada com un mal a evitar pel dictamen de la consciència.

La consciència, doncs, no és un reducte irracional, sinó que és un reducte (l'última autoritat moral és un mateix) racional, dialògic i responsable. Alhora, no és un soliloqui, ni un mer monòleg interior. La persona ha de rendir comptes, ha de donar-se i donar raons públiques, de per què no vol dur a terme el que és un deure jurídic, contractual o professional.

Això ens porta a ser conscients dels límits de l'objecció de consciència dins d'una societat plural i oberta com és la nostra, on s'ha de garantir el respecte a les persones i a la convivència pacífica dels qui objecten i dels qui no, ja siga en l'àmbit públic com en el privat. Garantir el pluralisme és donar cabuda al dissens, no desvirtuar-lo considerant l'objector com una “excepció” que s'ha de penalitzar o censurar.

Un estat de dret que rep la seua legitimitat de les fonts de la dignitat, llibertat i exposició crítica dels arguments via diàleg, ha de respectar la consciència. el dissentiment ha d'estar garantit en societats moralment plurals. El dissens no és només una qüestió personal, ja que el que dissenteix no ho fa només a títol individual sinó que vol donar raons als altres dels motius del seu desacord. Això comporta expressar amb honestedat les raons sobre el mal moral que es creu que s'infringiria a un mateix si fera l'acció contra la qual objecta, sense deixar de considerar, amb la mirada atenta i respectuosa, quines conseqüències té en altres persones. En aquest sentit, es pot comprendre una objecció específica o limitada en alguns casos, i que puga manifestar-se no en termes de “tot o res”, sinó ponderant el context.

En el cas que ens ocupa, hem de distingir també entre objecció professional o “reticència moral del professional”. Serien aquells casos en què no hi ha un principi moral i una norma legal

enfrentats, sinó altres raons per les quals el professional se sent interpel·lat moralment. Seria l'actitud del professional davant el rebuig al tractament, per exemple, negar-se a la transfusió de sang pels testimonis de Jehovà o el rebuig a un tractament eficaç però que el pacient no vol ni accepta. En aquests casos, el professional se sent obligat, per exemple., a posar sang, per raó d'un deure deontològic i professional, seguint les normes de la *lex artis*, segons la seua personal interpretació. Ací s'hauria d'analitzar la qüestió des del principi d'autonomia del pacient, reconegut legalment a través de les figures del consentiment informat i el dret del rebuig al tractament.

En aquest context, la possible objecció del professional a deixar de fer allò que creu que és el seu deure no pot comportar mai la imposició d'una acció contra la voluntat de la persona, vulnerant la seua autonomia. Per tant, el respecte a aquesta possible objecció passarà sempre per retirar-se del cas, però buscant una alternativa que supose no haver d'abandonar al pacient i donar continuïtat a la seua assistència amb un altre company o dins de l'equip.

El context econòmic i de redefinició de l'estat del benestar, amb decisions institucionals o corporatives davant aquests nous escenaris i la manera d'afrontar-los poden generar un conflicte de valors amb el professional que ha d'aplicar certes directrius o instruccions. Des del moment en què un metge ha de prendre decisions tenint en compte criteris econòmics, de finançament de contenció de la despesa, ateses les preferències o exigències dels pacients d'altres cultures i d'acord amb els seus costums, les dificultats idiomàtiques i de comunicació, etc., estem davant un nou escenari per al qual probablement ni ha rebut la preparació necessària i que xoca amb el seu marc deontològic i de principis ètics.

Entrem en un àmbit de qüestionament del principi de justícia en el repartiment dels recursos i d'equitat en l'accés al sistema, imposat genèricament des d'un nivell global, encara que el professional ha de personalitzar-lo en els seus pacients; qüestionament que compromet no sols la beneficència, sinó també fins i tot el principi universal de no maleficència.

L'actitud del professional que s'enfronta a aquests conflictes i es rebel·la no escapa de l'àmbit del conflicte ètic, malgrat no entrar dins de l'àmbit específic de l'objecció de consciència. Hem de reflexionar i buscar solucions abans que puguin sorgir conflictes més grans amb repercussió social inevitable.

Entretant, i davant el cas concret, és molt recomanable que el professional no es trobe sol i se senta amb la llibertat de poder plantejar el conflicte al Comité d'Ètica Assistencial del seu centre, o al de referència, amb la finalitat de debatre'l en un context interdisciplinari en la cerca d'una solució de consens que l'ajude a apaivagar el seu conflicte intern. “

EXEMPLE DE PROTOCOL D'APLICACIÓ ADAPTAT A LA SITUACIÓ CONCRETA D'UN DEPARTAMENT

(Departament de Salut de Vinaròs)

ACTUACIONS PRÈVIES

1. L'Hospital disposarà d'un llistat amb les intervencions o procediments quirúrgics que es poden realitzar a pacients que rebutgen l'ús de sang i/o hemoderivats.
2. En el cas que el pacient, en algun moment del procés, manifeste el seu rebuig l'ús de sang i/o hemoderivats, és indispensable assegurar-se que el pacient ha comprés perfectament la situació i els riscos que comporta el seu rebuig. És necessari comprovar que el pacient ratifica aquesta decisió sense influències ni interferències de cap classe, mitjançant una conversa privada amb ell, sense presència de familiars ni afins, i amb la presència de, com a mínim, un testimoni, que pot ser el personal d'infermeria. Només en el cas que el pacient ho desitge i l'expressi així, el plantejament assistencial es realitzarà davant la seua família, afins o representants legals.
3. En aquest cas, NO signarà el document de consentiment informat per a l'administració de sang i hemoderivats i/o signarà la seua negativa a la transfusió, mitjançant el corresponent document normalitzat de la Conselleria de Sanitat (vegeu els annexos). Aquest document ha d'estar Disponible per a tots els serveis de l'hospital on s'informe sobre la necessitat de sang i/o hemoderivats per al tractament, inclosos el SAIP i l'hospital de dia. En aquests documents, només es farà referència al rebuig voluntari i conscient a tractament amb sang i/o hemoderivats. Així mateix, ha de quedar recollit el seu rebuig en la història clínica.
4. És necessari explicar, amb la major claredat possible al pacient, que la signatura dels documents de consentiment informat de la intervenció quirúrgica i de l'acte anestèsic no comporten consentiment de transfusió de sang i/o hemoderivats, sinó dels actes específics quirúrgic i anestèsic, si s'associa el document específic del rebuig de la transfusió.
5. El pacient pot posseir algun document on s'expressa la seua voluntat de rebutjar aquest tipus de tractaments (voluntats anticipades o instruccions prèvies), sempre s'haurà de consultar en l'aplicació "Volant" de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, i en cas de no estar inscrit en l'esmentat registre, s'haurà d'adjuntar a la història clínica. Però sempre tenint en compte que aquest tipus de documents no són imprescindibles, i que n'hi ha prou amb la seua voluntat verbal de rebuig, en els termes abans assenyalats, per a acceptar-la.

INTERVENCIÓ PROGRAMADA

Es refereix a aquella intervenció quirúrgica en la qual no existeix urgència vital per a la seua realització.

Com a primer pas, el pacient sempre ha acudit a la consulta externa del servei quirúrgic corresponent. És en aquest moment quan el pacient declara la seua disposició a refusar el tractament amb sang i/o hemoderivats. En aquests casos l'actuació ha de ser la següent:

1. **Actuacions prèvies:** ja descrites anteriorment.
2. Determinar si la intervenció està contemplada en el llistat d'intervencions que poden realitzar-se a pacients que rebutgen la sang i/o hemoderivats a l'hospital.
 - a. Es pot realitzar la intervenció:
 - I. Pot ser intervingut a l'hospital.
 - II. Sol·licitar la signatura del document de consentiment informat de la intervenció quirúrgica i el document de rebuig de l'ús de sang i/o hemoderivats.
 - III. Derivar a Consultes Externes del Servei d'Anestesiologia, per a realitzar l'examen preanestèsic.
 - IV. En el Servei d'Anestesiologia s'analitzen les proves preanestèsiques i es comprova que ha signat el document de rebuig de sang i/o hemoderivats, i se sol·licita la signatura del document de consentiment informat de l'acte anestèsic.
 - b. No es pot realitzar la intervenció.
 - I. NO pot ser intervingut a l'Hospital Comarcal de Vinaròs.
 - II. S'ha de derivar a un centre hospitalari que accepte aquest tipus d'intervencions: Els hospitals públics a la Comunitat Valenciana més pròxims que accepten a aquesta mena de pacients són l'Hospital de Manises i l'Hospital de la Ribera. No obstant això, poden ser derivats a qualsevol hospital amb el qual el pacient tinga un acord de derivació.

INTERVENCIÓ URGENT

Es defineix la intervenció urgent com aquella intervenció que no pot ser demorada i que posseeix una urgència vital. Com a primer pas, el pacient es troba hospitalitzat o en la unitat d'urgències.

1. El pacient es troba conscient i s'identifica com un pacient que rebutja el tractament amb sang i/o hemoderivats:

a. **Actuacions prèvies:** descrites prèviament.

b. Després de les actuacions prèvies és necessari tindre en compte que el personal sanitari està obligat a acceptar els desitjos del pacient i EVITAR L'ÚS de sang i/o els seus derivats. En cas contrari hom aniria en contra de la seua voluntat i es conculcaria el seu dret.

2. El pacient es troba inconscient o s'aprecia que té una disminució del nivell de consciència:

a. Els familiars o afins indiquen que és un pacient que rebutja el tractament amb sang i/o hemoderivats. En aquest cas, han d'aportar algun document que indique el seu rebuig: voluntats anticipades, etc. O indicar que posseeix un document d'inscrit en el registre. Si l'estat del pacient i la urgència de la intervenció ho permeten serà necessari confirmar la seua existència en el registre de voluntats anticipades de la Conselleria de Sanitat. Universal i Salut Pública. En aquest cas el personal sanitari està obligat a acceptar els desitjos del pacient i EVITAR L'ÚS de sang i/o hemoderivats.

b. Els familiars i reunits no poden aportar cap document, i es pot comprovar que no existeixen VA en el registre de la Conselleria de Sanitat: El professional sanitari POT ACTUAR I DECIDIR L'ÚS DE SANG I/O HEMODERIVATS, conformement amb els seus coneixements i a les bones pràctiques clíniques. La seua conducta en aquest cas està plenament emparada per dues causes de justificació: el compliment d'un deure i l'estat de necessitat.

INTERVENCIONS EN MENORS D'EDAT O EN SITUACIÓ D'INCAPACITAT LEGAL

MENORS DE 12 ANYS

a. Els pares/representants s'oposen a la transfusió:

I. **Urgència vital:** El professional sanitari POT ACTUAR I DECIDIR L'ÚS DE SANG I/O HEMODERIVATS, segons els seus coneixements i les bones pràctiques clíniques. La seua conducta en aquest cas està plenament emparada per dos elements de justificació: el compliment d'un deure i l'estat de necessitat (lle

41/2002, article 9.3). S'ha d'informar a la família o als representants legals de la decisió i incloure-la en la història clínica del pacient.

II. No hi ha urgència vital:

1. Intervencions incloses en el llistat de l'hospital:

- a. **Actuacions prèvies**, però en aquest cas no és aplicable el *punt 2*. Respecte del *punt 3*, són els pares/representants legals els que han de signar el document de rebuig a transfusió, i ha de figurar en la història clínica que han signat. El *punt 4* s'aplica igual, sent els pares/representants els que han de ser informats. El *punt 5* no és procedent en aquesta situació.
- b. Pot ser intervingut a l'hospital.
- c. Sol·licitar la signatura del document de consentiment informat de la intervenció quirúrgica als pares/representants.
- d. Derivar a Consultes Externes del Servei d'Anestesiologia.
- e. En el Servei d'Anestesiologia es tornen a realitzar les actuacions prèvies (amb els condicionants esmentats en l'*apartat a*), es comprova que han signat el document de rebuig de sang i/o hemoderivats, i se sol·licita la signatura del document de consentiment informat de l'acte anestèsic als pares/representants.

2. Intervencions no incloses en la relació d'intervencions que es poden realitzar a l'hospital: S'ha de derivar a un centre hospitalari que accepti aquest tipus d'intervencions: els ja esmentats Hospital de Manises, Hospital de la Ribera o un altre hospital amb el qual el pacient tinga un acord de derivació.

MENOR MADUR:

- a. S'oposa a la transfusió i els pares/representants accepten la transfusió:
 - i. Urgència vital: El professional sanitari POT ACTUAR I DECIDIR L'ÚS DE SANG I/O HEMODERIVATS, conformement amb els seus coneixements i a les bones pràctiques clíniques.
 - ii. No és urgent: serà aconsellable que siguem com més respectuosos millor amb el principi d'autonomia del menor, plantejar el conflicte jutjat o a través del fiscal.
- b. S'oposa a la transfusió i els pares/representants també s'hi oposen:
 - i. Urgència vital: el personal sanitari està obligat a acceptar els desitjos del pacient i EVITAR L'ÚS de sang i/o els seus derivats, sota pena d'infringir la seua voluntat i conculcar el seu dret. S'aconsella en aquest cas comunicar les circumstàncies al jutge de guàrdia o a la Fiscalia de Menors (annexos IV i V).
 - ii. No és urgent: el personal sanitari està obligat a acceptar els desitjos del pacient i EVITAR L'ÚS de sang i/o dels seus derivats, sota pena d'infringir la seua voluntat i conculcar el seu dret. Cal plantejar conflicte en el jutjat o davant la Fiscalia de Menors.
- c. Accepta la transfusió i els pares/representants s'hi oposen:
 - i. El professional sanitari POT ACTUAR I DECIDIR L'ÚS DE SANG I/O HEMODERIVATS, conformement amb els seus coneixements i a les bones pràctiques clíniques.