

4 | Planificación de Actuaciones

4.1. CIRCUITOS GENERALES DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE RECHAZA SANGRE O HEMODERIVADOS	56
4.2. ORIENTACIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES	57
4.3. SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES	59
4.4. DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTRO CENTRO SANITARIO	61
4.5. OTROS RECURSOS DE APOYO A LOS PROFESIONALES	62



4 | PLANIFICACIÓN DE ACTUACIONES

4.1 | CIRCUITOS GENERALES DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE RECHAZA SANGRE O HEMODERIVADOS

La atención a los pacientes que rechazan sangre o hemoderivados requiere que el centro sanitario establezca procedimientos claros y explícitos que orienten a los profesionales sobre la manera adecuada de actuar en cada momento. A continuación se plantean unas orientaciones generales al respecto. Posteriormente cada centro sanitario debe establecer los suyos propios en el Protocolo correspondiente en función de sus propias peculiaridades.

4.1.2. ACTIVIDAD PROGRAMADA

Una propuesta de organización de la actividad programada se encuentra en el **Anexo 2**.

En el caso de la atención pediátrica el proceso deberá completarse con la participación de quienes ejerzan la patria potestad del menor, siguiendo las recomendaciones establecidas en el apartado 2.3.4 del presente documento.

La demora en la cita del paciente para darle una respuesta con respecto a su petición de ser intervenido sin sangre debería ser la menor posible, para ajustarse a los plazos de los decretos de garantía



4.1.3. ACTIVIDAD URGENTE

Cabe diferenciar claramente dos situaciones.

La primera tiene que ver con la actuación cuando el paciente es un adulto mayor de edad o un menor emancipado. Esta actuación se encuentra descrita en el **Anexo 3**.

La segunda se refiere a la actuación en el caso de los menores de edad no emancipados. Se encuentra en el **Anexo 4**.

4.2 ORIENTACIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

El proceso de toma de decisiones sobre una intervención determinada en pacientes que rechacen la terapia con sangre o hemoderivados debería seguir las siguientes orientaciones.

- Detectar precozmente a los pacientes que rechacen estas terapias. Siempre que el profesional contemple la posibilidad de necesitar el uso de estas terapias en el proceso clínico debe preguntar explícitamente al paciente sobre sus opiniones y deseos al respecto.
- Establecer una relación empática con el paciente, generando un clima de diálogo que favorezca la toma de decisiones. Favorecer la expresión del paciente, la comunicación abierta.
- Centrar la discusión en el proceso asistencial y en la intervención. Iniciar el despliegue de la información acerca de los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, así como de la probabilidad o no de precisar una transfusión sanguínea. Ser objetivo al transmitir la información y usar un lenguaje claro y preciso, evitando tecnicismos.

- Ante la negativa del paciente a la transfusión insistir en el balance positivo entre sus beneficios y sus riesgos. Tratar de persuadirlo, pero no de coaccionarlo ni manipularlo.
- No discutir con el paciente acerca de la racionalidad o irracionalidad de sus creencias y opiniones, estén o no fundadas religiosamente. No intentar convencerlo de que su posición “es errónea” o “equivocada”. En todo momento respetar sus posiciones y argumentos, aunque no se compartan; no juzgarlo.
- Valorar con el paciente las medidas que pueden utilizarse para minimizar la necesidad de transfusión y que estén disponibles en el centro sanitario, con sus riesgos y beneficios.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de que dé su consentimiento para un uso de la terapia con sangre o hemoderivados totalmente restringido a la emergencia vital, y no al resto de las situaciones clínicas.
- Explorar su grado de voluntariedad. Si el paciente está acompañado puede ser conveniente buscar una entrevista a solas para asegurar que actúa libremente.
- Insistírle en que nadie tiene por qué enterarse de si se le realiza o no una transfusión. Resaltarle la especial protección ética y jurídica que tienen todos los datos sanitarios consignados en la historia clínica.
- Explorar la capacidad. Si se considera necesario, solicitar ayuda a otros profesionales (Psiquiatría, Psicología).
- Registrar adecuadamente en la historia clínica un resumen de la conversación con el paciente.
- Indicarle al paciente la conveniencia de que cumplimente una Voluntad Vital Anticipada antes de que se realice la intervención, para que quede recogida su voluntad de forma aún más explícita en el supuesto de que hubiera que tomar una decisión en el transcurso de la misma.



- Si el paciente solicita la intervención y el profesional acepta realizarla sin transfusión, entonces debe comentarse con él y posteriormente firmar y archivar en la Historia Clínica:

1. El formulario escrito de consentimiento informado específico de la intervención que se va a realizar, tomado del Catálogo de Formularios de la Consejería de Salud. El paciente deberá firmar este formulario. El profesional puede anotar en el formulario que el paciente rechaza el uso de terapia con sangre o hemoderivados.

2. El formulario de "Trasfusión de Hematíes, Plasma y Plaquetas (Transfusión de sangre)" del Catálogo de Formularios de la Consejería de Salud. El paciente debe cumplimentar y firmar el apartado 2.4, dedicado al "Rechazo de la Intervención".

- Si el profesional no está dispuesto a asumir el riesgo de realizar la intervención sin el consentimiento del paciente a las transfusiones sanguíneas, se debe, en primer lugar, buscar otro profesional del servicio o del hospital que sí pueda acceder a las peticiones del paciente. Los centros sanitarios deben ser capaces de garantizar a sus pacientes la realización de todas las intervenciones que figuren en su cartera de Servicios, en principio con sus propios recursos.

4.3 SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES

4.3.1. EL RECHAZO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA INTERNA Y OTRAS ESPECIALIDADES

La mayor parte de la literatura científica que aborda técnica, ética y jurídicamente la cuestión de la atención sanitaria a pacientes con rechazo de terapia con sangre o hemode-

rivados lo hace en el contexto de la práctica quirúrgica. Sin embargo la terapia con sangre o hemoderivados se realiza en muchos otros contextos clínicos diferentes: Medicina Interna, Oncología, Cardiología, Hematología, Gastroenterología, Medicina Intensiva, etc. Obviamente en todos ellos puede aparecer el paciente que rechaza esta terapia.

El abordaje de estas situaciones en estos contextos clínicos puede realizarse teniendo en cuanto las mismas consideraciones técnicas, éticas y jurídicas que se han expuesto a lo largo de estas *Recomendaciones*, que han estado enfocadas de manera principal a la práctica quirúrgica en el amplio sentido del término. Con todo, puede ser necesario adaptarlas a las necesidades y peculiaridades de estas otras especialidades.

4.3.2. EL RECHAZO DE TERAPIA TRANSFUSIONAL EN LA MEDICINA DE TRASPLANTES

La Medicina de Trasplantes se considera un tipo de actividad en la que la probabilidad de precisar transfusión sanguínea es elevada. No obstante, en la literatura científica se describen intervenciones de trasplante de órganos, especialmente de hígado, sin la utilización de transfusiones de sangre o hemoderivados^{31 32 33 34}. Por eso cada caso debe ser valorado de forma individualizada por el equipo de trasplante.

Aun así, la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía debe proporcionar orientaciones específicas a los centros sanitarios de Andalucía y sus profesionales sobre la manera adecuada de enfocar estas situaciones, de tal manera que puedan incorporarlas a los Protocolos que se elaboren en cada centro a la luz de las presentes *Recomendaciones*.



4.4 DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTRO CENTRO SANITARIO

Como ya se ha comentado reiteradamente la derivación del paciente a otro centro sanitario de Andalucía sólo debe producirse después de que el propio centro haya puesto en juego todos sus recursos para tratar de atender el paciente. La derivación a un centro sanitario de fuera de la Comunidad debe ser algo todavía más excepcional y rigurosamente justificado.

Si estas derivaciones se revelan como imprescindibles, entonces se realizarán dentro de los circuitos habilitados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este puede ser el caso, por ejemplo, de Hospitales Comarcales que no cuentan con cartera de servicios para atender ciertas patologías, o bien, carecen de los medios técnicos o humanos adecuados para atender esa patología en condiciones de rechazo de terapia con sangre o hemoderivados. También puede suceder que sea el propio paciente el que solicite libremente la derivación directa a un centro determinado, aplicando el derecho a la libre elección de especialista y centro. Los criterios a seguir serán los específicos expuestos en la normativa aplicable a cada caso.

- Decreto 128/97, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 24/05/97, nº 60).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, 16/9/2006).

En la excepcional circunstancia de ser ineludible la derivación del paciente a otras Comunidades Autónomas se seguirá el circuito establecido por el Servicio de Atención a la Ciudadanía de cada centro sanitario, que se basará en el procedimiento y requisitos establecidos para la derivación de pacientes a centros, servicios y unidades de referencia según la normativa vigente. Las gestiones a realizar por las Comunidades Autónomas para la atención de los pacientes en centros de referencia en otra Comunidad Autónoma se efectúan siempre a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del fondo de cohesión sanitaria.
- Real Decreto 13.
- 02/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

En cualquier caso, los *Protocolos* que cada Centro elabore a la luz de las presentes *Recomendaciones* deben proporcionar a los y las profesionales información precisa acerca de estos circuitos y procedimientos.

4.5 OTROS RECURSOS DE APOYO A LOS PROFESIONALES

Los *Protocolos* de los centros sanitarios deberían incluir entre sus contenidos algunos recursos de apoyo que pueden ser útiles para los profesionales. Entre ellos cabe señalar:

- Criterios y procedimiento de solicitud de asesoramiento del Comité de Ética Asistencial (CAE) de referencia del Centro Sanitario. La forma de contacto con el consultor designado por el CAE para casos urgentes también debe incluirse.
- Criterios y procedimiento de consulta con el Juzgado de guardia o el Ministerio Fiscal. En el Anexo 5 se encuentra un modelo de formulario de derivación, aunque deberá ser adaptado en función del tipo de petición que se realice (simple comunicación, petición de autorización, etc). El Protocolo debe incluir las direcciones, teléfonos y fax de contacto pertinente en cada caso.