

RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS QUE RECHAZAN LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS



RECOMENDACIONES PARA
LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS
QUE RECHAZAN LA TERAPIA CON
SANGRE O HEMODERIVADOS



COORDINADORES

M^a Eugenia Gómez Martínez. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Pablo Simón Lorda. Profesor. Escuela Andaluza de Salud Pública.

GRUPO DE TRABAJO

José Cabeza Barrera. Jefe de Servicio Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Carmen de la Linde Valverde. Subdirectora. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Concepción Díaz Aunió. Coordinación Autonómica de Transplantes. Servicios de apoyo del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Gema Fornés Torres. Hematóloga. Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Córdoba.

Esperanza Gallego Calvente. Letrada. Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

José Ramón García Fernández. Hematólogo. Hospital de Baza. Granada.

Juan Manuel García González. Subdirector del Servicio de Atención a la Ciudadanía. Hospital de Baza. Granada.

M^a José Giménez López. Hematóloga. Hospital de Poniente. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería.

Mariela Grana Costa. Médica Internista. Hospital de Ronda. Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga.

Antonio Marín Gutiérrez. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Rosana Medina López. Supervisora de Enfermería Neonatología. Hospital Costa del Sol. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol.

Rafael Ojeda Rivero. Anestesiista. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Enrique Quesada García. Jefe de Servicio Anestesiología. Hospital de Antequera. Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.

Guillermo Quesada García. Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Consuelo Rodríguez Rodríguez. Jefa de Servicio Anestesiología. Hospital de Poniente. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería.

Matilde Vera Rodríguez. Jefa Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Francisco Villegas Rodríguez. Traumatólogo. Hospital de Poniente. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería.

CONSULTORES EXTERNOS

Guillermo Reyes Copa. Adjunto Cirugía Cardiovascular. Hospital de la Princesa. Madrid.

Javier Bárcena Barros. Director Servicio de Información sobre Hospitales de los Testigos de Jehová. Madrid.

Josep Terés Quiles. Comisión de Deontología. Colegio de Médicos. Barcelona.

Francisco Oliva Blázquez. Profesor. Universidad Pablo Olavide. Sevilla.

Enero de 2011

Conflictos de interés: Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe, o influir en su juicio profesional al respecto.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.	5
2. CONSIDERACIONES ÉTICAS, DEONTOLÓGICAS Y JURÍDICAS.	9
2.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	10
2.1.1. De la postura clásica al modelo de consentimiento informado.	10
2.1.2. Los principios éticos en la toma de decisiones clínicas sobre transfusión sanguínea y sus conflictos.	12
2.1.3. Ética e incertidumbre.	15
2.2. CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS.	17
2.3. CONSIDERACIONES JURÍDICAS.	19
2.3.1. El derecho a rechazar una intervención sanitaria y el deber profesional e institucional a respetarlo.	19
2.3.2. Los requisitos del "rechazo informado".	24
2.3.3. La declaración de Voluntad Anticipada y el rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados.	27
2.3.4. Rechazo por representación o sustitución: incapacidad de hecho, incapacitación judicial y menores de edad.	29
2.3.5. Emergencia, urgencia y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.	34
2.3.6. Embarazo y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.	37
2.3.7. El derecho a la objeción de conciencia y sus límites.	38
2.3.8. Los Comités de Ética Asistencial y el rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados.	41
3. CONSIDERACIONES TÉCNICAS	43
3.1. ESTÁNDARES DE TRATAMIENTO CON SANGRE Y HEMODERIVADOS.	46
3.1.1. Riesgo inherente de sangrado de las intervenciones.	46
3.1.2. Hemoglobina pre-intervención y umbral transfusional.	47
3.1.3. Corrección de la anemia previa a la intervención.	48
3.2. USO DE SANGRE AUTÓLOGA.	48
3.3. MEDIDAS DESTINADAS A DISMINUIR LAS NECESIDADES INTRA O POSOPERATORIAS DE SANGRE O HEMODERIVADOS.	50

4. PLANIFICACIÓN DE ACTUACIONES.	55
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
5. ¿QUÉ DEBE INCLUIR UN CENTRO SANITARIO DEL SSPA EN SU PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA PARA PACIENTES QUE RECHAZAN TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS?.	63
ANEXOS	67
ANEXO 1. LA CONFESIÓN RELIGIOSA DE LOS “TESTIGOS DE JEHOVÁ” Y LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS.	68
ANEXO 2. CIRCUITO GENERAL DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE RECHAZAN SANGRE O HEMODERIVADOS.	72
ANEXO 3. CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS Y MENORES EMANCIPADOS.	73
ANEXO 4. CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS.	74
ANEXO 5. MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD AL JUZGADO DE GUARDIA DE AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO EN CASO DE MENORES INCAPACES CUANDO LOS PADRES NO DAN SU CONSENTIMIENTO PARA ELLO.	75
BIBLIOGRAFÍA.	77

1 | Introducción y Justificación



LA CIUDADANÍA cada vez es más consciente de los derechos que tiene respecto a la gestión de la propia salud y enfermedad. Por eso, de manera progresiva, lenta pero imparable, aumenta la demanda de información y participación activa en la toma de decisiones sanitarias. Esto ha hecho surgir un nuevo modelo de relación clínica que denominamos “consentimiento informado”, donde las personas enfermas son reconocidas como los protagonistas centrales del proceso de toma de decisiones¹. Así, la decisión última sobre lo que debe hacerse en relación con el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad corresponde al propio sujeto de esa decisión: la persona enferma.

Sin embargo los procesos participados entrañan más complejidades que los dirigidos unilateralmente por una de las partes, que son sin duda más sencillos, rápidos y directos. Así sucedía antaño cuando era el médico quien tomaba todas las decisiones por la persona enferma, sin necesidad ni de informarla ni de contar con su opinión, menos aún con su decisión. El hecho de que ahora se acepte que es la persona enferma quien debe tomar la decisión tras un proceso de información implica que se pueden producir resultados –decisiones– que no siempre resultan fáciles de aceptar por quienes lo rodean. Quizás la decisión más controvertida es aquella en la que el paciente rechaza una intervención propuesta por los profesionales, quienes la consideran necesaria para garantizar su salud, curar su enfermedad o, simplemente, salvar su vida. Este tipo de decisiones son las que tensionan de manera más profunda el modelo del “consentimiento informado”, pues entrañan un notable conflicto entre valores tan importantes como son, por ejemplo, la vida y la libertad.

Aunque este tipo de decisiones difíciles ha ido variando con el tiempo respecto al tipo de terapias o situaciones clínicas implicadas, haciendo aparecer decisiones tan complejas como la de aceptar que una paciente consciente y capaz solicite ser desconectada de una ventilación mecánica aun a sabiendas de que seguramente ello precipitará su muerte², lo cierto es que hay una con una larga tradición: el rechazo a recibir sangre o hemoderivados.



Este rechazo ha sido durante décadas una característica casi exclusiva de las personas pertenecientes a la comunidad cristiana de los Testigos de Jehová (Anexo 1). Sin embargo, aunque lo más frecuente sigue siendo que las personas que rechazan esta terapia lo hagan por ser miembros de esta comunidad religiosa, lo cierto es que en los últimos años han comenzado a aparecer personas que toman también esta decisión y lo hacen por motivaciones muy distintas: simplemente les desagrada la idea de recibir sangre de otra persona, no quieren asumir los riesgos de la transfusión sanguínea, tienen creencias filosóficas o religiosas de otro tipo que les llevan a esta decisión de rechazo, etc. Es previsible que estas decisiones –con independencia del motivo que las sustente- sean cada vez más frecuentes.

La terapia con sangre o hemoderivados es una terapia muy importante en el marco de la atención sanitaria, especialmente en el marco de la actividad quirúrgica. El hecho de que un paciente al mismo tiempo acepte la realización de esas intervenciones y rechace que en el curso de ellas se utilice sangre o hemoderivados como parte del tratamiento añade una complejidad adicional a la actividad sanitaria, tanto desde el punto de vista organizacional, como ético y jurídico a la que hay que dar respuesta adecuada.

Por este motivo, en los últimos años, tanto fuera^{3 4 5 6} como dentro de nuestro país se han multiplicado los esfuerzos por elaborar recomendaciones^{7 8 9} y protocolos^{10 11} que ayuden a los profesionales, pacientes y gestores a atender estas situaciones complejas.

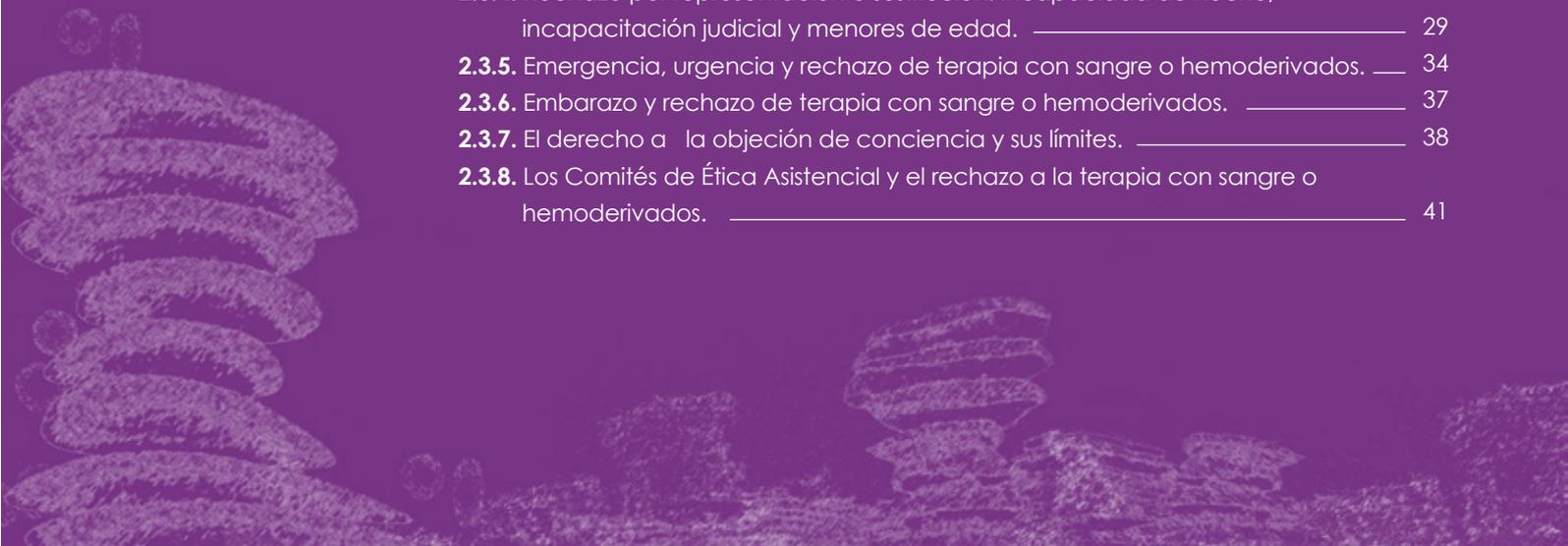
En Andalucía esta consideración ya llevó en 2007 al Hospital de Antequera del Servicio Andaluz de Salud a aprobar un “Protocolo de Atención a los pacientes de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová”¹². Este protocolo sirvió como modelo inspirador a otros centros sanitarios de la red asistencial andaluza.

Para seguir avanzando en esta línea, las presentes Recomendaciones quieren servir de marco general para que los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desde el respeto a las directrices generales que establecen, puedan elaborar e implantar sus propios Protocolos adaptados a las características particulares de cada uno de ellos.



2 | Consideraciones Éticas, Deontológicas y Jurídicas

2.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS	10
2.1.1. De la postura clásica al modelo de consentimiento informado.	10
2.1.2. Los principios éticos en la toma de decisiones clínicas sobre transfusión sanguínea y sus conflictos.	12
2.1.3. Ética e incertidumbre.	15
2.2. CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS	17
2.3. CONSIDERACIONES JURÍDICAS	19
2.3.1. El derecho a rechazar una intervención sanitaria y el deber profesional e institucional a respetarlo.	19
2.3.2. Los requisitos del "rechazo informado".	24
2.3.3. La declaración de Voluntad Anticipada y el rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados.	27
2.3.4. Rechazo por representación o sustitución: incapacidad de hecho, incapacitación judicial y menores de edad.	29
2.3.5. Emergencia, urgencia y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.	34
2.3.6. Embarazo y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.	37
2.3.7. El derecho a la objeción de conciencia y sus límites.	38
2.3.8. Los Comités de Ética Asistencial y el rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados.	41



2 | CONSIDERACIONES ÉTICAS, DEONTOLÓGICAS Y JURÍDICAS

La valoración ética, deontológica y jurídica del rechazo de terapias con sangre y hemo-derivados ha sufrido un cambio enorme en los últimos años, tanto en el ámbito internacional como en el de España y Andalucía. Así, una conducta que hasta hace bien poco tiempo se consideraba carente de legitimidad moral y legal, hoy se tiende a ver como una manifestación más del avance del ejercicio de la libertad personal, por lo que se insiste en la necesidad de garantizar su ejercicio adecuado¹³. Este apartado indagará cuál es la aproximación actual más adecuada a estos aspectos.

2.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

2.1.1. DE LA POSTURA CLÁSICA AL MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde el punto de vista de la ética médica clásica, la actuación moralmente correcta es la que resulta beneficiosa para el paciente. El significado de lo que sea beneficioso es decidido unilateralmente por el médico, que es el único con saber científico y moral suficiente para hacerlo. El paciente no sabe ni lo que le sucede ni lo que le conviene. Sólo puede y debe colaborar obedientemente con el profesional en la realización de ese bien decidido benevolentemente por éste. Esta manera de entender la relación clínica es lo que llamamos “paternalismo médico”.



Desde esta perspectiva, una vez establecida la indicación clínica de la transfusión sanguínea como única alternativa viable, el único curso de acción posible para el médico desde el punto de vista moral es llevarla a cabo. No hacer la transfusión es una mala praxis técnica y moral.

Sin embargo este modelo de relación clínica no resulta hoy en día ni viable ni aceptable. La evolución social, la ética y el derecho han potenciado la autonomía de las personas, lo que se refleja tanto en la vida cotidiana como en el ámbito religioso y en el político. Las personas pueden ahora elegir libremente, autónomamente, sus planes de vida y de felicidad. Y también sus límites y sus consecuencias. Por eso la autoridad moral con la que el médico interpretaba unilateralmente qué era lo bueno para el paciente se revela cada vez más como insuficiente.

La toma de decisiones sobre la salud y la enfermedad ya sólo puede ser una toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes. Esto es lo que llamamos consentimiento informado, que es el modelo de relación éticamente vigente en la actualidad, y que también es el marco en el que debe analizarse la cuestión del rechazo de las transfusiones por los pacientes, sean o no Testigos de Jehová.

Lo cierto es que en lo cotidiano de la práctica clínica, los profesionales proponen a los pacientes aquellas posibilidades terapéuticas más acordes a lo que consideran buena práctica clínica, y éstos las aceptan sin problemas. Existe una confianza tácita en que la actuación del profesional se basa en la mejor ciencia y persigue el mayor bien para el paciente, y sus preferencias y valores no suelen estar muy distanciadas.

La evidencia científica que aportan los ensayos clínicos, es la base y el objetivo de las actuaciones en salud, es lo que define "lo mejor" y lo que hace de la medicina una ciencia. Pero esa evidencia, lo mejor para la generalidad de una población, hay que aplicarlo luego a cada caso concreto, a pacientes individuales cuyas condiciones particulares (edad, sexo, estado de salud, lugar de residencia, situación familiar y social) los hacen diferentes a los demás pacientes. Saber trasladar lo general a lo particular, a lo que al juicio del profesional constituye lo óptimo para cada paciente concreto, es lo que hace de la medicina un arte.

Pero el problema no acaba aquí, porque a diferencia del modelo clásico, el modelo del consentimiento informado exige un paso más: deliberar con el paciente acerca de si lo que el profesional entiende como “lo mejor” para él, coincide con lo que el paciente considera “lo mejor” desde el punto de vista de su proyecto vital personal.

Como ya se ha dicho la mayor parte de las veces esa coincidencia se produce. Pero a veces no es así. Se abre entonces el escenario del rechazo de tratamiento, del que el rechazo a la transfusión de sangre y hemoderivados no es sino un caso particular. Estas situaciones pueden convertirse en auténticas tragedias cuando los profesionales implicados no logran afrontar con serenidad la incertidumbre e incomodidad que producen y optan por soluciones rápidas: alta voluntaria, llamada al juzgado, “objeción”, etc. Por eso resulta imprescindible y urgente facilitar a los profesionales herramientas que les ayuden a mejorar la calidad del siempre difícil manejo de estas situaciones.

2.1.2. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS SOBRE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y SUS CONFLICTOS

Hoy en día es ampliamente aceptado que la asistencia sanitaria debe guiarse por 4 principios éticos básicos:

- **Principio de No-Maleficencia:** debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizarles intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad.
- **Principio de Justicia:** debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos.
- **Principio de Autonomía:** debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad.



- **Principio de Beneficencia:** debe promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

El conflicto ético en las decisiones de rechazo de tratamientos se expresa a menudo como un conflicto que afecta a los cuatro principios, sobre todo entre el principio de autonomía y los otros tres principios¹⁴. Es decir, el profesional suele invocar razones basadas en la beneficencia, no-maleficencia y justicia para oponerse al rechazo del tratamiento fundamentado en el principio de autonomía.

- Los argumentos éticos profesionales basados en el *principio de beneficencia* pueden expresar la dificultad del profesional para aceptar que su obligación moral de procurarle el “mayor bien” al paciente termina una vez que ha desplegado toda la información y argumentación de que es capaz para tratar de que el paciente elija la transfusión, la mejor decisión desde su punto de vista como profesional. Los profesionales no tienen obligación de “salvar la vida” de un paciente “a toda costa”, pasando por encima de las preferencias y opiniones del paciente al respecto¹⁵. Por ejemplo, los pacientes Testigos de Jehová afirman que la sangre no puede producirles ningún bien, porque les hace perder el bien máspreciado para ellos: su relación con Dios. Por eso, las obligaciones del profesional terminan cuando ha explicado detalladamente las diferentes alternativas con su balance riesgo - beneficio, y ha recomendado persuasivamente la transfusión como la terapia de elección. En su lugar aparece ahora la obligación de buscar la mejor alternativa terapéutica disponible y realizable que además sea aceptable para el paciente.

Los argumentos éticos profesionales basados en el *principio de no-maleficencia* pueden expresar la dificultad para aceptar que

- estamos obligados a no hacer cosas contraindicadas, técnicamente mal hechas,
- pero NO estamos obligados a hacer necesariamente lo indicado cuando el paciente capaz se opone a que lo hagamos.

- Esto se traduce en que, si con el consentimiento de un paciente se decide realizarle una transfusión, entonces debe estar correctamente indicada y técnicamente bien realizada, como cualquier otra intervención sanitaria. Pero, y esto es muy importante tenerlo muy claro, los profesionales sanitarios no tienen ninguna obligación ética de hacer una transfusión, por muy "indicada" que esté, si el paciente autónomo no quiere recibirla.
- Los argumentos éticos profesionales que invocan el *principio de justicia* pueden expresar la dificultad para aceptar que, en la toma de decisiones clínicas con pacientes concretos resulta arriesgado enjuiciar la decisión basándose en primer lugar en criterios de eficiencia. Los argumentos adoptan habitualmente esta forma: "si alguien por libre decisión, rechaza el tratamiento más efectivo y menos costoso, su derecho a utilizar otras terapias con peor relación coste-efectividad a cuenta de la sanidad pública, debería ser cuestionable". Este argumento se apoya en la responsabilidad que cada persona debe asumir ante una decisión libre y que abarca también a las consecuencias que dicha elección pueda acarrearle a él y, por extensión a toda la colectividad. Sin embargo, por regla general, estamos hablando de una decisión razonada, coherente con el proyecto vital de esa persona, no de una decisión tomada "por capricho", ni de una decisión que sea contraria al derecho o a las leyes de nuestro país. Además, si aceptamos este argumento, entonces deberíamos aplicarlo igualmente a otras situaciones: aquellos que por libre decisión llevan una vida poco saludable o con mayor riesgo de accidentes (tabaquismo, consumo de drogas o alcohol, alimentación rica en colesterol, vida sedentaria, deportes de riesgo, conducción temeraria, etc.) y que por tanto generarán gasto excesivo al sistema sanitario, no deberían tener acceso a determinadas terapias o, en todo caso, deberían costearlas ellos mismos. El argumento de la "justicia" es, por tanto, un argumento complejo que puede volverse fácilmente hacia quien lo esgrime.

Una última manera de oponerse a una decisión de rechazo de un tratamiento es cuestionar el *propio principio de autonomía*, es decir, la preocupación por la posibilidad de que la decisión del paciente no sea verdaderamente autónoma. Esto puede suceder por alguno de los siguientes motivos:



- Falta de voluntariedad. A veces los profesionales dicen tener la impresión de que el rechazo a las transfusiones por parte de algunas personas, por ejemplo en los Testigos de Jehová, está excesivamente condicionada por la presión del propio grupo. En general es difícil objetivar tales impresiones. Hay que aceptar que, en principio, las personas adultas se adhieren libremente a las organizaciones y formas de pensar que les parecen adecuadas; no obstante, es un deber de los profesionales sanitarios asegurarse de que la decisión del paciente se produce sin coacción alguna.
- Más allá de que nuestra Constitución recoja el derecho a la libertad de creencias en el artículo 16, una sociedad plural en el siglo XXI debe tener incorporado *de hecho* este principio. No se trata pues, de acordar que en teoría cada cual tenga derecho a tener las creencias que quiera sobre su vida, su salud, o sobre lo que es mejor para él; la cuestión es si, en la práctica (incluida la práctica clínica), estamos realmente comprometidos con este derecho y estamos en realidad dispuestos a respetarlo y protegerlo. Y no porque estemos de acuerdo con los planteamientos o los valores de cada paciente que atendemos, sino porque *de hecho* asumimos que tiene derecho a tenerlos, tanto si coinciden con los propios como si no.
- Falta de información, que dificulta el correcto balance riesgo-beneficio de la aceptación o rechazo de una transfusión. Pero entonces aquí la responsabilidad es de los propios profesionales, que deben subsanar en primer lugar tales déficits.
- Falta de capacidad de hecho o de capacidad legal, en cuyo caso la toma de decisiones se adoptará la forma de “consentimiento por representación”, un escenario complejo sobre el que volveremos más adelante.

2.1.3. ÉTICA E INCERTIDUMBRE.

Una de las cuestiones más costosas para todas las personas es aceptar que las decisiones prácticas, sean desde el punto de vista técnico o ético, no se mueven en el campo de

la certeza, sino en el de la incertidumbre, en el de la probabilidad. Las decisiones médicas, como decisiones prácticas, no se escapan a este principio general. Pero es difícil de aceptar, incluso por los propios profesionales, a los que se supone maestros en el arte de manejar la incertidumbre.

Por eso es importante que los profesionales sean conscientes de que, sea cual sea el procedimiento, nadie puede asegurar que en un momento dado se plantee la necesidad clínica del uso de hemoderivados. Incluso en la intervención más simple puede ocurrir alguna complicación que lo haga recomendable o incluso imprescindible para salvar la vida. Esto lleva muchas veces a los profesionales a negarse a asumir esa situación y, por tanto, a no aceptar la realización de un procedimiento a no ser que el paciente consienta a la transfusión. El argumento que subyace es el siguiente: si yo inicio una actuación que puede conducir a la necesidad de transfundir y el paciente no lo acepta, puede suceder que una actuación pensada para mejorar su salud termine con un desenlace fatal, y eso me resulta moralmente inaceptable.

Pero esta forma de argumentar lleva a tremendas contradicciones que, en última instancia, bloquean cualquier decisión y hacen imposible, por irracional e insegura, la práctica clínica. Cualquier formulario de consentimiento informado de la intervención más simple, incluye entre sus riesgos la remota posibilidad de que ocurran una serie de complicaciones que puedan poner en peligro la vida. Con esta posibilidad presente, se realizan a diario miles de intervenciones sin que esa cuota de incertidumbre resulte a los profesionales sanitarios algo moralmente inaceptable.

De hecho basta revisar los formularios de consentimiento informado para encontrarse con que cualquier intervención tiene riesgos de lesiones que, sin necesitar una transfusión, puedan poner en peligro la viabilidad de un miembro y desembocar en una situación en que para salvar la vida sea necesario, por ejemplo, amputarlo. ¿Se negará la cirugía artroscópica a un paciente que ya de entrada dice que, en ese caso, no autorizará la amputación del miembro y asumirá la posibilidad de muerte por gangrena gaseosa si ello llega a suceder?

En este contexto, los profesionales sanitarios deberán aplicar, como en el resto de su práctica profesional, criterios responsables de graduación o proporcionalidad a sus decisiones, de acuerdo a la probabilidad relativa de aparición de un evento documentada en la literatura o, preferiblemente, en su propio centro o unidad".



2.2 CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS

El actual Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) avala el ideal del respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones y, por tanto, del respeto a los principios generales del consentimiento informado, incluido el rechazo del tratamiento (Tabla 1)

No obstante, como puede verse, el Código plantea la posibilidad de la objeción de conciencia en varios de sus artículos (artículos 32 a 35), una cuestión que está en debate permanente y sobre la que se volverá más adelante¹⁶.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Artículo 9

1. El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.
2. En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente.
3. Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran.

Artículo 12

1. El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.
2. El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y

precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar.

4. Cuando el médico atienda a una persona en huelga de hambre, le informará sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad.

TABLA 1: Artículos del Código deontológico de la OMC aplicables al rechazo de terapia transfusional

De forma similar se posiciona el Código Deontológico de la Enfermería Española (Tabla 2). Sus artículos 4, 5 y 6 avalan claramente la necesidad de respetar las decisiones de los pacientes. Sin embargo, de forma similar a lo que sucede en el caso del Código Deontológico de Medicina, en el artículo 16 se introduce una reivindicación indirecta de la objeción de conciencia.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.



Artículo 5

Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6

En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

TABLA 2: Artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española aplicables al rechazo de terapia transfusional.

Por último merece la pena señalar que el artículo 2 del Código de Ética de la “International Society of Blood Transfusion” (ISBT/SITS)¹⁷ adoptado por la Organización Mundial de la Salud (WHO) en el año 2000, establece que:

“El paciente debería ser informado del conocimiento de los riesgos y beneficios de la transfusión de sangre y/o terapias alternativas y tiene el derecho de aceptar o rehusar el procedimiento. Cualquier voluntad anticipada válida debería ser respetada”.

2.3 CONSIDERACIONES JURÍDICAS

2.3.1. EL DERECHO A RECHAZAR UNA INTERVENCIÓN SANITARIA Y EL DEBER PROFESIONAL E INSTITUCIONAL DE RESPETARLO

El Ordenamiento jurídico español establece con total claridad que toda persona, tiene el derecho a que se le solicite el consentimiento informado para realizarle cualquier intervención sanitaria y, en consecuencia, a negarse libremente a recibirla.

Así, el *Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina* del Consejo de Europa, que es ley vigente en España desde el 1 de enero de 2000, establece, como norma general en el artículo 5, que «Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento», y que la persona afectada «podrá revocar libremente su consentimiento».

Por su parte el artículo 15 de la *Constitución Española* establece el derecho a la integridad física y moral, y a no sufrir tortura ni trato inhumano o degradante .

Ya la *Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad*, recogía en su artículo 10.6 el derecho del paciente a la libre elección entre las opciones que el médico pudiera ofrecerle y en el 10.9 el derecho a negarse al tratamiento.

Pero sobre todo, la vigente *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*, determina que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento libremente, tras haber recibido la necesaria información, con la excepción de la existencia de riesgo grave para la salud pública o cuando en una situación de riesgo inmediato no se pudiera obtener el consentimiento del paciente ni de sus familiares o allegados.

De forma más específica esta Ley establece en su artículo 2.3 y 2.4 lo siguiente:

“2. 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

2. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.”

Y en el apartado 5 del artículo 8, consigna el derecho a revocar el consentimiento:

“8. 5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.



Las personas pueden ejercer estos derechos aún incluso en el supuesto de que su rechazo al tratamiento pueda poner en grave riesgo su vida o incluso precipitar su muerte. Sólo en circunstancias excepcionales puede limitarse ese derecho. Por eso, el Tribunal Constitucional ya estableció en su día (STC de 27 de junio y de 19 de julio de 1990) que en “la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta (...) podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria o de cualquier otro impedimento a la realización de esa voluntad”.

Este derecho a rechazar tratamiento o revocar un consentimiento también ha sido claramente establecido en la legislación de Andalucía. El artículo 6 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía ya lo recogía explícitamente y el artículo 8 de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte, le ha dado todavía una relevancia mayor (Tabla 3).

Artículo 8. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

- 1.** Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.
- 2.** Igualmente, los pacientes tienen derecho a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6.1.º de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- 3.** La revocación del consentimiento informado deberá constar por escrito. Si la persona no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testi-

go a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.

TABLA 3: Artículo 8 de la Ley 2/2010 de Andalucía.

Obviamente todo este marco jurídico general es directamente aplicable a la terapia con sangre o hemoderivados. Por ello, siguiendo el principio establecido en el artículo 9 de la Constitución española, la existencia de este derecho reconocido genera automáticamente deberes de respeto en los profesionales sanitarios y garantías de cumplimiento en las administraciones públicas.

El deber de los profesionales sanitarios queda explícitamente reconocido en el artículo 5.1.c de la *Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias*.

“Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.”

Por tanto, como aproximación jurídica general, aunque necesitada de matizaciones concretas posteriores, cabe señalar el derecho de los pacientes a rechazar las terapias con sangre o hemoderivados, el deber de los profesionales sanitarios de respetar dicha decisión y la obligación de las administraciones públicas, por tanto de los centros sanitarios que a ella pertenezcan, de garantizar su protección adecuada.

Estos deberes profesionales y garantías institucionales tienen, en primer lugar, un carácter fundamentalmente “negativo”, en el sentido de que obligan a todos a evitar imponer un tratamiento a alguien en contra de su voluntad, esto es, obligan a “no hacer”. Pero el sentido “positivo” de los deberes y garantías, la obligación de “hacer”, tiene un carácter más circunscrito, aunque no por ello inexistente. Y es que la búsqueda de alternativas factibles a ese rechazo está siempre limitada por al menos dos motivos. Uno es la buena práctica clínica conforme al estado del conocimiento científico en cada momento, algo que es un también un deber jurídico de los profesionales recogido en el art. 5.1.a de la citada *Ley de ordenación de las profesiones sanitarias*.



“Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta Ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.”

En la misma línea se pronuncia el artículo 18.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía, sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte.

“Art. 18.1. El médico o médica responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre”. (Ley 2/2010)

Este artículo constituye una auténtica definición de la “lex artis” en un sentido moderno, superando el concepto antiguo que reducía la “lex artis” al buen hacer profesional conforme al saber científico del momento, sin incorporar la necesidad de dar información y pedir el consentimiento del paciente.

El otro motivo es la disponibilidad real y efectiva de dichos medios alternativos, algo que no es siempre posible en un sistema sanitario con cobertura de vocación universal y financiación pública, como es el sistema sanitario español, que se ve obligado a priorizar el destino de sus limitados recursos. Así, en doctrina reiterada del Tribunal Supremo - 22 noviembre 1990 (RJ 1990, 8598), 14 abril 1993 (RJ 1993, 3338) y 3 mayo 1994 (RJ 1994, 5353) entre otras muchas- , el afiliado puede optar entre la medicina privada y la pública e incluso negarse al tratamiento prescrito por los facultativos de los centros de sanidad públicos solicitando el alta voluntaria, pero las Administraciones Públicas no abonarán los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios distintos a aquellos que correspondan al beneficiario –salvo aquellos

supuestos excepcionales que han de ser justificados por los interesados, como los de urgencia vital o denegación justificada de tratamiento-. Además el Tribunal ha establecido que la obtención de una asistencia con las técnicas más avanzadas y costosas no puede, razonablemente, constituir el contenido de la acción protectora de un sistema público caracterizado por la limitación de medios, cuando existen alternativas factibles más económicas –por ejemplo, una transfusión de sangre-.

2.3.2. LOS REQUISITOS DEL “RECHAZO INFORMADO”.

El “rechazo” no es más que una manifestación de la voluntad, es una decisión. Por eso los requisitos que cabe exigir al “rechazo informado” para considerarlo válido son los mismos que cabe exigir al “consentimiento informado”. Estos son básicamente los siguientes:

2.3.2.1. VOLUNTARIEDAD O LIBERTAD.

La persona que rechace la terapia con sangre o hemoderivados habrá de actuar libremente, conforme a su propia voluntad, de acuerdo a los valores que guíen sus decisiones y su vida. No podrá ser por tanto coaccionada de ninguna manera para que su decisión sea en un sentido u otro, ni por los profesionales sanitarios ni por sus familiares, amigos o –en el caso de grupos religiosos.- por los miembros de su comunidad de creencia. Tampoco podrá ser manipulada, en el sentido de ofrecerle información sesgada para que decida en un sentido predeterminado por quien la informa. Todo ello produce una decisión legalmente inválida. Los profesionales sanitarios tienen el deber de tratar de proteger a sus pacientes de esta situación.

2.3.2.2 INFORMACIÓN EN CANTIDAD Y CALIDAD SUFICIENTE

Todos los pacientes que van a recibir una terapia con sangre o hemoderivados tienen derecho a recibir información acerca de la finalidad y naturaleza de dicha terapia así como sus riesgos, consecuencias y alternativas factibles. Todos los profesionales sanitarios que participen en la atención sanitaria de estos pacientes tienen obligación de proporcionar dicha información, en cada caso en función del grado de competencia y nivel de responsabilidad. También tienen el deber de respetar el derecho de los pacientes a no ser informados cuando así lo deseen.



La obligación de ofrecer información es proactiva, no meramente pasiva (“Yo sólo informo cuando los pacientes me lo piden”). Puesto que el rechazo a esta terapia puede tener consecuencias importantes es muy importante detectar cuanto antes si el paciente que potencialmente puede necesitar una transfusión tiene algún tipo de duda, preferencia o prejuicio al respecto. Esta obligación general de facilitar información alcanza incluso aunque el paciente se encuentre en situación de incapacidad.

La información debe ser clara, veraz, inteligible y en cantidad adecuada para que el paciente pueda decidir libremente si acepta o no la terapia propuesta o sus alternativas.

2.3.2.3. CAPACIDAD

El paciente que rechaza una terapia con sangre o hemoderivados debe de tener capacidad de hecho y de derecho suficiente para tomar esta decisión.

- Capacidad de hecho: Presencia de aptitudes psicológicas que permiten a las personas gobernar su vida por sí mismas de manera autónoma y tomar y expresar decisiones que son fruto de su propia personalidad.
- Capacidad de derecho: Reconocimiento jurídico de que una persona tiene entendimiento y voluntad suficiente para gobernar por sí misma una esfera de su vida o adoptar una determinada decisión. Las personas “incapacitadas judicialmente” tienen restricciones de esta capacidad, consignadas en la sentencia judicial.

Con carácter general el Ordenamiento jurídico presume que los mayores de 18 años poseen ambos tipos de capacidades y, por tanto, pueden rechazar un tratamiento con sangre o hemoderivados. Según la Ley 41/2002, en caso de que el médico responsable del paciente dude de la capacidad de hecho de éste, tiene la obligación de evaluarla y adoptar las decisiones oportunas en el marco del consentimiento por representación o sustitución.

El artículo 20 de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte establece recomendaciones muy específicas en relación con el proceso de evaluación de la capacidad o incapacidad de hecho (Tabla 4).

Artículo 20. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico o médica responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

2. Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar por la persona en situación de incapacidad, conforme a lo previsto en el artículo 10.1.

TABLA 4: Artículo 20 de la Ley 2/2010 de Andalucía.

2.3.2.4. REGISTRO ESCRITO

Según el artículo 2.4 de la Ley 41/2002 la negativa a un tratamiento constará por escrito. Por tanto, el rechazo a una terapia con sangre o hemoderivados requiere que exista una constancia escrita de dicha decisión.



Para ello debe utilizarse el Formulario de Consentimiento Informado para "Trasfusión de Hematíes, Plasma y Plaquetas (Transfusión de sangre)" incluido en el Catálogo de Formularios Escritos de Consentimiento Informado de la Consejería de Salud, disponible en el Portal de Salud de la Junta de Andalucía. En tal caso, tras leer junto con el paciente la información, debe cumplimentarse el apartado 2.4, dedicado al "Rechazo de la Intervención" y el resto de los apartados que correspondan y archivarse en la Historia Clínica del paciente.

Puede ser conveniente consignar además en la Historia Clínica una descripción de cómo se ha llevado a cabo el proceso de información y toma de decisiones.

2.3.3. LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA Y EL RECHAZO DE LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS

Una forma adicional que tienen los pacientes de expresar su rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados, para que se tenga en consideración en el caso de que ellos no puedan expresarlo por sí mismos por estar en situación de incapacidad, es mediante una declaración de Voluntad Anticipada. Estos documentos tienen validez plena si se ajustan al marco jurídico general establecido por el artículo 11 de la Ley 41/2002 antes citada y, sobre todo, a las legislaciones autonómicas que desarrollan sus requisitos.

En Andalucía las "voluntades vitales anticipadas" se regulan fundamentalmente mediante dos normas jurídicas, la *Ley 5/2003 de Declaración de Voluntad Vital Anticipada*, y la *Ley 2/2010 de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte*.

Si el paciente que se encuentra en un determinado momento en situación de incapacidad — por ejemplo, en shock hipovolémico, o anestesiado o sedado— ha expresado claramente en su Voluntad Vital Anticipada un deseo respecto a un determinado tratamiento, por ejemplo, el rechazo de la transfusión sanguínea, entonces hay que tener muy en cuenta lo que dicen tanto el artículo 7 de la citada Ley 5/2003 de Voluntades anticipadas como los artículos 9.4 y 19.3 de la Ley 2/2010:

“Art. 7. Dicha declaración prevalecerá sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por los familiares, allegados o, en su caso, el representante designado por el autor de la declaración y por los profesionales que participen en su atención sanitaria”. (Ley 5/2003)”

Cuando en la declaración de voluntad vital anticipada se designe a una persona representante, esta actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas”. (Ley 2/2010)

“Art. 19.3. 3. Los profesionales sanitarios tienen obligación de respetar los valores e instrucciones contenidos en la declaración de voluntad vital anticipada, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo”. (Ley 2/2010)

Lo cual quiere decir que dichas decisiones e instrucciones tienen un carácter jurídico vinculante respecto a todos los participantes en la toma de decisiones. Por tanto, la obligación de los profesionales, de sus familiares e incluso del mismo representante designado por el paciente es respetar la Voluntad Vital Anticipada del paciente. La obligación se mantiene incluso en el supuesto de pérdida de consciencia del paciente y aun en el caso de que exista grave amenaza para la vida del paciente. La obligación ética y jurídica de los profesionales es, en tales casos, usar todos los medios posibles para salvar la vida del paciente pero respetando, en todo momento, las decisiones que respecto a la terapia con sangre o hemoderivados haya consignado en la declaración.

En el caso de que el paciente no se haya pronunciado directamente en su Voluntad Vital Anticipada, su representante deberá decidir teniendo en cuenta los valores y opciones vitales que el paciente haya incluido en el documento. Así lo establece el artículo 9.5 de la Ley 2/2010:

“Art. 9. 5. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la declaración de voluntad vital anticipada, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la citada declaración”.



Una consideración importante a tener en cuenta es que la realización de una Declaración de Voluntad Anticipada es un derecho de la ciudadanía, pero no una obligación. Según dice el artículo 19.1 de la Ley 2/2010.

“Art. 19.1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar, a las personas que se la soliciten, información acerca del derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada” (Ley 2/2010).

De aquí se deduce que los profesionales sanitarios tienen obligación de informar a sus pacientes acerca de su derecho a realizar dicha Declaración, es más, deberían recomendárselo vivamente a aquellos pacientes que expresen un rechazo a recibir terapia con sangre y hemoderivados, por ejemplo por ser miembros de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová. Ello aumenta la seguridad jurídica de todos en caso de que el paciente se vuelva incapaz. Pero lo que no pueden hacer es exigírselo como condición necesaria para poder acceder a la realización de una determinada intervención sanitaria porque un “formulario escrito de rechazo de transfusión” realizado por la persona capaz en ese mismo momento tiene la misma validez.

2.3.4. RECHAZO POR REPRESENTACIÓN O SUSTITUCIÓN: INCAPACIDAD DE HECHO, INCAPACITACIÓN JUDICIAL Y MENORES DE EDAD.

Cuando un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo por estar en situación de incapacidad de hecho, estar incapacitado judicialmente o ser menor de edad, entonces otras personas deben decidir en su lugar. Esto es lo que se denomina “consentimiento por representación o sustitución del paciente” que, al igual que en cualquier otro caso, ante decisiones de terapia con sangre o hemoderivados. “se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal” y teniendo “en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad”. (Art. 10.3 de la Ley 2/2010 de Andalucía).

En cualquier caso, los profesionales tienen obligación de facilitar al paciente información adaptada a su capacidad de comprensión y a los representantes o sustitutos de forma ade-

cuada a sus necesidades para tomar una decisión. Además, el paciente siempre participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de lo posible (Art. 9.5 de la Ley básica 41/2002 y Art 10.3 de la Ley 2/2010 de Andalucía).

Un resumen de las diferentes situaciones que pueden contemplarse se encuentra en la Tabla 5.

2.3.4.1. SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO.

La decisión de aceptar o rechazar la terapia transfusional corresponde entonces, en orden descendente (Art 10.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía).

- Al representante que la persona haya designado en su Voluntad Vital Anticipada. Como ya hemos comentado, si dicho documento contiene una declaración explícita y clara sobre las preferencias en relación con la terapia transfusional, entonces la función del representante será velar para que se cumplan. Si no es así, entonces tomará su decisión teniendo en cuenta los valores y opciones expresados en dicho documento.
- Al representante legal que la persona haya designado mediante otro procedimiento jurídico.
- Al cónyuge o la cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- A los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado al de mayor edad.

2.3.4.2. INCAPACITACIÓN JUDICIAL

En esta situación será necesario conocer la sentencia de incapacitación para examinar el ámbito o los ámbitos de la incapacidad, la extensión de la misma y la persona designada judicialmente para sustituir la voluntad del incapaz (Art. 10.2 de la Ley 2/2010 de Andalucía). En el caso de no haber sido designado ninguna, será el Ministerio Fiscal el encargado de determinar el curso de acción a seguir, ya sea tomar el mismo la decisión sanitaria correspondiente o designar un representante del paciente para que la adopte.



En Andalucía las personas incapacitadas pueden cumplimentar una Declaración de Voluntad Anticipada, siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo prohíba y estén en situación de capacidad (intervalo lúcido) cuando la cumplimenten (Art. 4 de la ley 5/2003 de Andalucía).

SITUACIÓN	INFORMACIÓN	DECISIÓN
Persona adulta y capaz	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de necesidades y deseos respecto a la información. • Aceptación del rechazo de información. • Información adecuada en cantidad y calidad. • Búsqueda de alternativas factibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde a la persona adulta: aceptación de su rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados. • Registro escrito de la decisión.
Persona adulta incapaz de hecho	<ul style="list-style-type: none"> • Información adaptada al estado cognitivo del paciente. • Informar a los representantes o sustitutos de forma adecuada en cantidad y calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar lo establecido en la declaración de voluntad vital anticipada, si existe ésta. • Si no existe, decisión de los representantes o sustitutos. • Registro escrito de la decisión.
Persona adulta incapacitada judicialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar la sentencia para evaluar el alcance de la incapacitación. • Información adaptada al estado cognitivo del paciente. • Informar al representante legal de forma adecuada, conforme a lo que establezca la sentencia de incapacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar lo establecido en la sentencia de incapacitación. • Si el paciente carece de capacidad de hecho y de derecho (sentencia), entonces la decisión corresponde al representante legal. • Registro escrito de la decisión.
Persona menor de edad, pero con 16 años cumplidos o emancipada	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de las necesidades y deseos respecto a la información. • Aceptación del rechazo de información. • Información adecuada en cantidad y calidad, tanto al menor como a quien ostente la patria potestad o la tutela. • Búsqueda de alternativas factibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde al menor, aunque la opinión de los padres deberá ser oída y tenida en cuenta en la decisión. • En caso de conflicto irresoluble, consultar al Juez o Ministerio Fiscal. • Registro escrito de la decisión.

<p>Persona menor de edad, entre 12 y 16 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información adecuada en cantidad y calidad, tanto al menor como a quien ostente la patria potestad o la tutela. • Búsqueda de alternativas factibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad para decidir. • Ponerse en comunicación con el Juez de guardia o el Ministerio fiscal para valorar, conjuntamente con los padres, la decisión. • Registro escrito de la decisión.
<p>Persona menor de 12 años de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información adecuada en cantidad y calidad, tanto al menor como a quien ostente la patria potestad o la tutela. • Búsqueda de alternativas factibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presumirse la incapacidad del menor. • La decisión corresponde a los padres, pero si se produce un rechazo a la terapia con sangre y hemoderivados entonces los profesionales pueden actuar igualmente, especialmente si la vida del menor corre peligro. • Ponerse en comunicación con el Juez de guardia o el Ministerio fiscal. • Registro escrito de la decisión.

TABLA 5: Actuaciones en función del grado de capacidad

2.3.4.3. PERSONAS MENORES DE EDAD

Las decisiones de las personas menores de edad en relación con la terapia con sangre o hemoderivados debe ajustar al marco jurídico general establecido en el artículo 11 de la Ley 2/2010 de Andalucía (Tabla 6).

Artículo 11. Derechos de los pacientes menores de edad.

1. Todo paciente menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión.



También tiene derecho a que su opinión sea escuchada, siempre que tenga doce años cumplidos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Cuando los pacientes sean menores de edad y no sean capaces intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, el otorgamiento del consentimiento informado corresponderá a las personas que sean sus representantes legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. Las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos prestarán por sí mismas el consentimiento, si bien sus padres o representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión final correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Asimismo, las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos tendrán derecho a revocar el consentimiento informado y a rechazar la intervención que les sea propuesta por profesionales sanitarios, en los términos previstos en el artículo 8.

4. En cualquier caso, el proceso de atención a las personas menores de edad respetará las necesidades especiales de estas y se ajustará a lo establecido en la normativa vigente.

TABLA 6: Artículo 11 de la Ley 2/2010 de Andalucía

No obstante, en situaciones de emergencia vital que exijan una actuación inmediata, e independientemente de la edad del menor y de la opinión de los padres, se actuará de la forma necesaria para proteger su salud y su vida, amparándose en el estado de necesidad. Posteriormente, en caso de existir o haber existido conflicto con los padres, se procederá a comunicar lo sucedido al juez de guardia y al ministerio fiscal.

En las situaciones que no requieran intervención inmediata procede evaluar más detenidamente las diferentes situaciones en función de la edad del menor.

En el caso de los menores de edad incapaces de hecho, que de forma orientativa general podrían ser considerados los que tengan menos de 12 años, parece aceptado de forma unánime que debe prevalecer siempre el derecho a la vida y la salud del menor frente a la libertad de conciencia de los padres o tutores. Por tanto, si la necesidad de transfusión tiene una elevada probabilidad, se obtendrá permiso judicial para la administración de hemoderivados en caso de riesgo para la salud (Anexo 5).

Si la persona menor tiene 16 años cumplidos o es emancipada, atendiendo al artículo 9.3. de la Ley básica 41/2002 y al artículo 11 de la Ley 2/2010 de Andalucía, en principio, las consideraciones jurídicas deberían ser las mismas que en el adulto mayor de edad, siempre y cuando, obviamente, muestre suficiente capacidad para decidir. No obstante, dado que se trata sin duda alguna de una actuación de “grave riesgo”, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. En caso de discrepancia irresoluble entre el menor y sus padres se valorará la consulta al juez o ministerio fiscal para tomar la decisión final.

Más compleja es la situación del menor entre 12 y 16 años que aparenta suficiente capacidad para decidir. Lo más prudente, si la situación no exige intervención urgente e independientemente de que los padres acepten o rechacen la terapia con sangre o hemoderivados, es consultarlo con el juez y el ministerio fiscal.

2.3.5. EMERGENCIA, URGENCIA Y RECHAZO DE TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define **urgencia** sanitaria como *“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad*



inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Se trata de una definición amplia, que considera tanto aspectos objetivos como subjetivos y donde caben situaciones clínicas muy diferentes por su gravedad y pronóstico. El escalón más alto de la urgencia lo constituye la **emergencia** que es una situación de aparición repentina que resulta amenazante para la vida o la de un órgano en un plazo breve de tiempo y que, por tanto, requiere una atención inmediata.

La valoración de una decisión de aceptación o rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados adopta un tono bien distinto según nos enfrentemos a una urgencia o a una emergencia.

La actuación correcta en la *emergencia* viene establecida por el apartado 2 de la letra "ñ" del artículo 6 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, en la formulación que establece la Disposición Final primera de la Ley 2/2010 de Andalucía, que dice que podrá actuarse sin el consentimiento informado:

"2. Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de voluntad vital anticipada y, si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella".

Es importante fijarse que el artículo no dice, sin más, "siempre se puede actuar sin consentimiento en la emergencia", sino que establece una serie de condiciones para poder hacerlo: no se puede demorar la atención, no es posible obtener el consentimiento del paciente, no se puede consultar la Voluntad Anticipada o no existe y no es posible contactar con los familiares o allegados. En esta situación extrema el profesional está legitimado ética y jurídicamente para suministrar inmediatamente sangre o hemoderivados si esa es la terapia que considera indicada.

Pero el problema surge cuando, ante una situación de emergencia, no se puede demorar la atención, no es posible consultar la Voluntad Anticipada o no existe pero, habiendo contactado con los familiares, estos se oponen a la decisión de transfusión, alegando, por ejem-

plo, que el paciente es Testigo de Jehová. Se trata de una situación compleja que sólo puede resolverse haciendo una interpretación restrictiva del término "consultar", que es el que utiliza la legislación para describir el tipo de participación de los familiares o allegados en este tipo de decisiones. Esta interpretación restrictiva estima que, en esta situación de emergencia, la "consulta" equivale más al "derecho a ser oído" que al "derecho a decidir". Esta interpretación restrictiva se ampara en el hecho de que, si estamos ante situaciones excepcionales que permiten a los profesionales actuar sin el consentimiento informado del paciente, esta excepcionalidad también alcanza al ejercicio del "consentimiento por representación o sustitución", que no puede ejercerse con la misma facilidad que en otras situaciones donde no está en juego de manera inmediata la vida del paciente.

Por tanto, si el profesional considera que la decisión de sustitución de los familiares no tiene la consistencia suficiente y es totalmente contraria al interés del paciente, entonces procederá a la transfusión y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal. Pero es importante tener en consideración que puede haber situaciones en las que las opiniones de la familia tengan la consistencia suficiente: por ejemplo, el paciente es un miembro muy activo de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová y la familia aporta evidencias claras de que es así. En tal caso, el profesional podría aceptar esta decisión de la familia y no realizar la transfusión.

Por eso, para evitar este tipo de situaciones conflictivas, que pueden generar inseguridad a todos los implicados en ellas, es importantísimo urgir a las personas que no deseen recibir terapia con sangre o hemoderivados a que cumplimenten una declaración de Voluntad Vital Anticipada.

En el caso de la urgencia que no constituye una emergencia, la actuación correcta es la misma que en la práctica clínica normal, puesto que el supuesto no se ajusta al contenido del artículo antes citado. No hay, por tanto, "excepción por situación de urgencia" y el procedimiento debe seguir las normas generales del consentimiento informado y del consentimiento por representación o sustitución.



2.3.6. EMBARAZO Y RECHAZO DE TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS

El rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados en una mujer que además está embarazada constituye una situación cuya complejidad técnica, ética y jurídica no es, en principio, muy diferente de la de cualquier otro paciente que rechaza estas terapias¹⁸.

Pero la complejidad puede aumentar de manera muy notable en el caso de que la terapia con sangre o hemoderivados se convierta en una necesidad clínica no tan sólo teórica, sino real.

Cuando una mujer embarazada con un feto con suficiente viabilidad, baja probabilidad de complicaciones y pronóstico de vida aceptable a largo plazo¹⁹, plantee un rechazo a una terapia con sangre y hemoderivados que pueda poner claramente en peligro su vida y, por consiguiente, en peligro la vida del feto, debería explorarse una actuación que permitiera proteger todos los bienes jurídicos al mismo tiempo. Aunque se trata de situaciones de extrema complejidad, que requieren siempre un análisis específico caso por caso, puede apuntarse que quizás la actuación más correcta fuera proponer a la mujer la realización de una cesárea para proteger adecuadamente la vida del feto y posteriormente proseguir el tratamiento de la mujer respetando su rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados. De esa forma podrá protegerse al mismo tiempo la vida del feto viable y la libertad personal de la madre. En caso de que la intervención por cesárea se considerara indicada y necesaria y la mujer la rechazara debería comunicarse al Juez de Guardia o el Ministerio Fiscal para que obraran en consecuencia.

Pero si el feto no es viable, por ejemplo cuando está por debajo de las 22 semanas de gestación o cuando no pueda garantizarse una buena calidad de vida, sin complicaciones severas para el neonato, la situación resulta mucho más compleja y resulta aún más necesario evaluar cada situación concreta pues es difícil establecer recomendaciones generales. Si la cesárea se considera inviable por inefectiva o porque su realización acarrearía con elevada probabilidad una alta incidencia de graves afectaciones neurológicas y otros problemas de

salud crónicos que comportan un gran sufrimiento y una importante limitación de la calidad de vida del neonato, resulta entonces difícil justificar ética y jurídicamente un tratamiento obligatorio de la embarazada para proteger el bien jurídico del feto no viable, puesto que se lesionaría gravemente la libertad personal de la mujer²⁰.

2.3.7. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y SUS LÍMITES

Resulta relativamente frecuente que los profesionales invoquen el “derecho a la objeción de conciencia” para justificar su negativa a intervenir a pacientes con rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados.

La Objeción de Conciencia (OC) es la negativa a cumplir un deber jurídico válido, establecido por una norma clara y terminante que acarrea prestaciones o actos de carácter personal, invocando la existencia, en el fuero de la conciencia, de un imperativo que prohíbe dicho cumplimiento ya que su realización produciría en el individuo una lesión grave de la propia conciencia o de las creencias profesadas. En este caso se trataría de negarse a realizar una intervención sanitaria necesaria para el paciente a no ser que éste autorice la posibilidad de realizar una terapia con sangre o hemoderivados en el caso en que fuera necesaria su realización en el curso de la misma. De forma más directa es la negativa a atender a pacientes que precisen o pudieran precisar una terapia con sangre para evitar la posibilidad de su muerte o la lesión de su salud.

Una cuestión importante es que la OC no cuestiona la legalidad, la validez jurídica de la norma que se desobedece. Tampoco se pretende su modificación mediante un proceso de lucha política no-violenta, lo que sí es característico de la “Desobediencia civil”. El objetor reconoce la validez de la norma y no lucha para cambiarla, simplemente dice que no la cumplirá y pide que esa actitud le sea tolerada.

El derecho a la OC está recogido en numerosas declaraciones y documentos. Por ejemplo, en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007 (Art 10). Desde el punto de vista del Ordenamiento jurídico español, la OC se considera un derecho constitu-



cional, de carácter autónomo, pero no fundamental, aunque esté relacionado con el derecho fundamental a la libertad ideológica que recoge el art. 16 de la Constitución Española (CE). No es por tanto, un derecho de carácter "general".

"La objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea del Estado. Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente respecto a un deber concreto" (STC 161/1987).

Y es que como dice la Sentencia del Pleno de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de 11 febrero de 2009, "el mandato inequívoco e incondicionado de obediencia al Derecho que establece el artículo 9 CE se contrapone a la dudosa existencia en la Constitución de un derecho a comportarse en todas las circunstancias con arreglo a las propias creencias". Tanto es así que, sigue diciendo el Tribunal, "el reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general a partir del artículo 16, equivaldría en la práctica a que la eficacia de las normas jurídicas dependiera de su conformidad con cada conciencia individual, lo que supondría socavar los fundamentos mismos del Estado democrático de Derecho".

En coherencia con esto, el artículo 18.2 de la Ley 2/2010 de Andalucía establece el siguiente marco general:

"Art. 18.2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas".

Esto quiere decir que un profesional no puede utilizar de forma general la afirmación "si usted no acepta esto yo no le intervengo, porque no estoy de acuerdo con los motivos de su rechazo". Ello constituye en realidad una forma de imposición de tratamiento, contraria a la ética y a la ley.

Por eso, la OC debe ser una práctica de carácter excepcional y rigurosamente justificada en cada caso. No caben, por tanto las OC de carácter “total”, que utilizan expresiones como “yo, sea lo que sea, nunca opero pacientes Testigos de Jehová”. Tampoco es aceptable la objeción “institucional” del tipo “en nuestro Servicio se objetan por definición todas las intervenciones en las que los paciente no autorizan las transfusiones sanguíneas”, porque la objeción es siempre un acto estrictamente personal, individual.

Además, los centros sanitarios públicos están obligados a no discriminar a priori a los pacientes en función de sus creencias o decisiones. Por eso, en principio, cada centro sanitario está obligado a tratar de realizar todas las intervenciones que figuren en su cartera de servicios a todos aquellos pacientes que tengan adscritos y lo necesiten. No cabe pues tampoco “derivar automáticamente” a otro centro sanitario a “todos los y las pacientes que rechazan la sangre”. La obligación de partida es tratar de atenderlos con sus propios medios.

La OC verdadera debe diferenciarse también de lo que se ha denominado “pseudo-objeción” y “cripto-objeción” ²¹.

- Pseudoobjeción: En ella no hay auténticos motivos morales para objetar, sino inseguridad, desconocimiento, temor, comodidad, etc. Por ejemplo, la negativa de algunos profesionales a realizar procedimientos quirúrgicos de bajísimo o prácticamente inexistente riesgo transfusional, aludiendo a razones de conciencia, encierra más bien alguna de las motivaciones antes mencionadas o, simplemente, la dificultad para manejar la incertidumbre. Tampoco es una verdadera objeción de conciencia, la negativa de un profesional a realizarle a un paciente que rechaza recibir sangre una intervención quirúrgica de alto riesgo donde la necesidad de transfusión será prácticamente segura. Es más bien una negativa basada en consideraciones científico-técnicas y en la prudencia profesional, que en verdaderos motivos de “conciencia”.
- Criptoobjeción: En ella el profesional no objeta abiertamente, pero actúa de facto como si lo hiciera. Actúa con ambigüedad o anonimato para evitar tener que pronunciarse públicamente sobre ello. Constituyen actuaciones muy desleales hacia los pacientes y hacia la propia administración sanitaria.



La OC, como todo derecho, tiene límites. Uno muy claro es la obligación de asistencia en caso de una emergencia vital. En tal caso, si el paciente tiene una Voluntad Vital Anticipada que es conocida e incluye un rechazo explícito de la terapia con sangre y hemoderivados, el profesional está obligado a tratar de salvarle la vida por todos los medios posibles salvo el de la aplicación de esta terapia. En esta situación el profesional no puede abstenerse de actuar argumentando que la única actuación correcta que le salvará la vida es la transfusión y que, dado que el paciente la rechaza, “en conciencia” no puede colaborar en la atención de este paciente. Hacer esto supondría un abandono gravísimo de los deberes de cuidado, algo jurídicamente punible.

En cualquier caso, los protocolos que surjan de estas *Recomendaciones* deben establecer orientaciones claras acerca de cómo se actuará en el supuesto de que algún profesional de los que atiendan al paciente alegue OC.

2.3.8. LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL Y EL RECHAZO A LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS.

Los Comités de Ética Asistencial (CEAs) están regulados en Andalucía por el artículo 27 de la Ley 2/2010 y por el Decreto 439/2010 que lo desarrolla.

Los CEAs pueden constituir una herramienta extraordinariamente útil para encauzar conflictos relacionados con el rechazo de terapia sanguínea. El apartado 2 del citado artículo 27 establece que:

“Art 27.2. En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso de muerte, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.(Ley 2/2010 de Andalucía)”.

Para ello todos los CEAs deben disponer de un Procedimiento Normalizado de acceso al Comité, que permita a profesionales y usuarios remitirles sus consultas y dudas de forma ágil y sencilla.

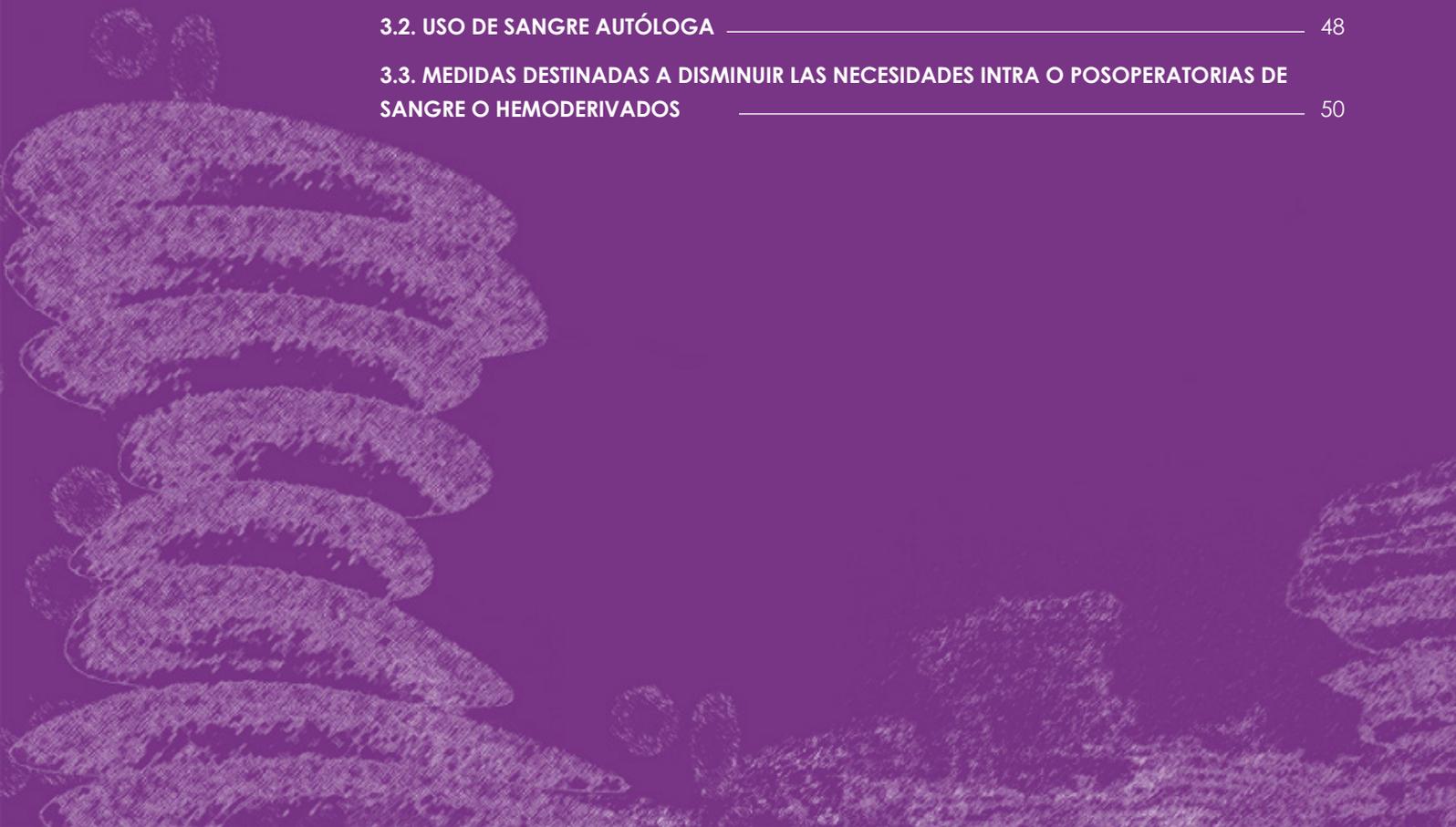
Además de la participación en la resolución de conflictos concretos de pacientes o profesionales en relación con el rechazo de la terapia con sangre, el CEAs, en virtud de las funciones que le asigna el Decreto 439/2010 deberá:

- Colaborar en la conversión de las presentes Recomendaciones en un Protocolo operativo adaptado a la realidad de los centros adscritos a él.
- Promover y colaborar en la formación de los profesionales sanitarios de los centros adscritos con el objetivo de mejorar el respeto al derecho al rechazo de tratamientos con sangre o hemoderivados.

No parece ni conveniente ni necesario generar una Comisión o Comité específico, al margen del CEAs, para evaluar y gestionar los conflictos éticos y jurídicos del rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.

3 | Consideraciones Técnicas

3.1. ESTÁNDARES DE TRATAMIENTO CON SANGRE Y HEMODERIVADOS	46
3.1.1. Riesgo inherente de sangrado de las intervenciones	46
3.1.2. Hemoglobina pre-intervención y umbral transfusional	47
3.1.3. Corrección de la anemia previa a la intervención	48
3.2. USO DE SANGRE AUTÓLOGA	48
3.3. MEDIDAS DESTINADAS A DISMINUIR LAS NECESIDADES INTRA O POSOPERATORIAS DE SANGRE O HEMODERIVADOS	50



3 | CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Las “consideraciones técnicas” que se incluyen a continuación no constituyen una guía de práctica clínica, ni pretenden serlo. Ya hay literatura científica producida en nuestro medio que cumple esa función en determinados ámbitos, como el “Documento Sevilla”²² o las Guías y Estándares de la *Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular*. De hecho, todas estas consideraciones técnicas deben enjuiciarse siempre a la luz de lo que en cada momento establezca la mejor evidencia disponible, que puede variar rápidamente. Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de trasladar las presentes consideraciones a *Protocolos* de los centros sanitarios, cuya elaboración y aplicación práctica se recomiendan expresamente para el conjunto de centros e instituciones sanitarias.

El objetivo último de este apartado es, simplemente, señalar que existen medidas que permiten realizar actuaciones clínicas de alta calidad que al mismo tiempo son compatibles con el deseo de un paciente de evitar que en su caso se utilicen sangre o hemoderivados^{23 24 25 26 27}. La “imposibilidad total” de realizar este tipo de actuaciones que a veces alegan los profesionales puede no estar siempre suficientemente basada en la literatura científica y responder más bien a miedos, inseguridades de variado tipo o, simplemente, a prejuicios ideológicos.

De hecho este conjunto de consideraciones técnicas constituyen verdaderas *buenas prácticas* de las que se pueden beneficiar todos los pacientes, no sólo los que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados. Por eso pueden ser agrupadas en el marco de lo que a veces se denomina *Programas de ahorro de sangre*, o *Protocolos de cirugía de mínimo sangrado*.

En la Tabla 7 se recogen 10 principios básicos generales del tratamiento sin sangre y hemoderivados.



PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO SIN SANGRE

1. Formular un plan de tratamiento clínico individualizado y detallado para tratar la anemia y minimizar las pérdidas de sangre antes, durante y después de la intervención. Dicha planificación debe utilizar una combinación de métodos y no sólo uno de ellos.
2. Informar al paciente de forma exhaustiva sobre el contenido del plan de tratamiento. Obtener su consentimiento para llevarlo a cabo y registrarlo en la historia clínica.
3. Adoptar una perspectiva de equipo multidisciplinar, implicando en el plan de tratamiento a todos los profesionales que intervengan antes, durante y después de la intervención. Optimizar la intercomunicación entre ellos en todo momento.
4. Realizar un estudio meticuloso del paciente antes de la intervención, destinado a identificar y cuantificar el "riesgo transfusional".
5. Optimizar el estado clínico del paciente antes de la intervención con el objeto de reducir el "riesgo transfusional" cuanto sea posible, utilizando los tratamientos adecuados para ello.
6. Limitar al máximo posible las pérdidas de sangre previas a la intervención, por ejemplo, las debidas a extracciones para análisis.
7. Combinar técnicas anestésicas y quirúrgicas de ahorro de sangre durante la intervención.
8. Optimizar el aporte de oxígeno y aplicar medidas de reducción de su consumo
9. Extremar la vigilancia del paciente, especialmente después de la intervención, para detectar rápidamente hemorragias o deterioro fisiológico.
10. Actuar con rapidez ante el sangrado anormal. El umbral para indicar una reintervención debe de ser menor que en los pacientes que aceptan la terapia con sangre o hemoderivados. Evitar la actitud de "esperar a ver qué sucede".

TABLA 7: Principios generales del tratamiento sin sangre
Fuente: Elaboración propia del grupo de trabajo.

3.1 ESTÁNDARES DE TRATAMIENTO CON SANGRE Y HEMODERIVADOS

La sangre y los hemoderivados son un “tratamiento” y, además, un bien escaso. Por ello es fundamental restringir su uso a las indicaciones correctamente establecidas, que se establecen aunando los estándares teóricos de utilización y la valoración individualizada de cada situación. No es lo mismo una situación clínica donde la terapia con sangre forma parte del mismo tratamiento –por ejemplo, un paciente con un trastorno de la coagulación o con una enfermedad oncológica- que una intervención quirúrgica o una exploración diagnóstica programada, donde la transfusión puede llegar a no ser necesaria.

En el caso de actividades quirúrgicas o diagnósticas intervencionistas programadas, la valoración del “riesgo transfusional”, esto es, de la probabilidad de que realmente sea necesaria esta terapia, debe tener en cuenta elementos como:

- Tipo de intervención que se vaya a realizar y de sus riesgos inherentes de sangrado
- Hemoglobina pre-intervención
- Masa corporal, edad y sexo
- Fármacos que esté tomando el paciente
- Pruebas de Hemostasia

3.1.1. RIESGO INHERENTE DE SANGRADO DE LAS INTERVENCIONES

La determinación de este riesgo inherente no es tarea sencilla, pues en realidad depende de muchos otros factores dependientes tanto del profesional que realiza la intervención, del estado clínico y características del paciente y del contexto organizacional concreto en que se realiza (equipamiento y medios de apoyo disponibles).



Pero los centros sanitarios sí deben al menos analizar las prácticas transfusionales de su propio centro para cada GDR en incluir dicho análisis en el *Protocolo* que surja de las presentes *Recomendaciones*. Además se debe revisar la adecuación de esas prácticas transfusionales, contrastándolas tanto con la literatura como con las realizadas en centros sanitarios que atiendan el mismo nivel de complejidad. De esta manera cada centro podrá establecer su propia guía sobre las necesidades teóricas de unidades de sangre por cada procedimiento o GDR, lo que en inglés se conoce como “*Maximum Surgical Blood Order Schedule*” (MSBOS). Posteriormente incluso podría llegar a agregarse la información para obtener un guía de este tipo de carácter autonómico.

Conocer estos datos es fundamental por muchos motivos, entre ellos generar mayor seguridad a los profesionales y despejar incertidumbres que les induzcan a adoptar posiciones de “pseudoobjeción” o “criptoobjeción” ante el rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados por parte de los o las pacientes a quienes atienden.

3.1.2. HEMOGLOBINA PRE-INTERVENCIÓN Y UMBRAL TRANSFUSIONAL

Clásicamente la hemoglobina (Hb) es considerada el indicador transfusional más importante. Pero lo cierto es que, puesto que el objetivo terapéutico es aumentar la oxigenación tisular, debería ser más bien el déficit de oxigenación tisular quien indique la necesidad de transfusión y no únicamente el nivel de Hb. Es por tanto la valoración global del paciente la que en última instancia determina la conveniencia de realizar o no una transfusión. Con todo, la práctica transfusional restrictiva es, atendiendo a la supervivencia, más efectiva que una estrategia transfusional liberal²⁸²⁹ 1 . Los manuales de las Comisiones de transfusión hospitalarias deberán señalar, de forma actualizada conforme a la evidencia científica, el manejo de los hemoderivados acordes a cada situación clínica.

¹ Se ha demostrado que una práctica transfusional restrictiva, con un umbral de transfusión fijado en un nivel de Hb de 7 g/dL y un rango de hemoglobinemia entre 7-9 g/dL es, atendiendo a la supervivencia, más efectiva que una estrategia transfusional liberal, con un umbral de transfusión fijado en 10 g/dL y un rango entre 10-12 g/dL ²⁸⁻²⁹

3.1.3. CORRECCIÓN DE LA ANEMIA PREVIA A LA INTERVENCIÓN

La cifra de Hemoglobina (Hb) pre-intervención es el principal factor predictivo de transfusión. Hay evidencia científica de que la anemia preoperatoria es un factor pronóstico negativo de morbi-mortalidad. Por ello, el objetivo deseable es intentar que ningún paciente sea programado para intervención quirúrgica electiva sin haber tratado de reducir la anemia al mínimo posible.

Si existe anemia, entonces la actuación del profesional deberá seguir con carácter general, las actuaciones establecidas mediante procedimientos protocolizados de corrección de la anemia que hayan sido establecidos por el Sistema Sanitario o específicamente en el Centro sanitario por las Comisiones o Servicios correspondientes, incluyendo el uso correcto del Hierro intravenoso.

3.2 USO DE SANGRE AUTÓLOGA

Algunos pacientes que expresan su rechazo a recibir sangre de otra persona (alógena u homóloga) pueden aceptar recibir la suya propia. Los pacientes Testigos de Jehová requerirán que, en el proceso de recolección de la sangre, ésta no se separe del cuerpo, es decir, que la continuidad del flujo sanguíneo sea mantenida de alguna manera.

La puesta en marcha de procedimientos de uso de sangre autóloga puede resultar compleja, por lo que el SSPA debe valorar la pertinencia, factibilidad y eficiencia de su instauración a la luz de la evidencia científica con las especificidades que se consideren para cada Centro sanitario.

Entre las diferentes técnicas que pueden considerarse se encuentran la donación autóloga preoperatoria, la hemodilución normovolémica aguda, la autotransfusión intraoperatoria



y la autotransfusión perioperatoria, que se describen brevemente en la tabla 8. La aplicación de cada una de estas técnicas deberá igualmente ser evaluada a la luz de la mejor evidencia científica disponible y reflejada en su caso en los protocolos correspondientes de cada centro o unidad.

TÉCNICAS DE USO DE SANGRE AUTÓLOGA

1. Donación autóloga preoperatoria (predepósito)

La rentabilidad médica de la donación autóloga preoperatoria se considera poco aceptable si se estima la cantidad de unidades que se obtienen y no se utilizan; sin embargo, es aceptable si se considera la disminución en la incidencia de infecciones postoperatorias, estancias hospitalarias más cortas o la menor morbilidad.

2. Hemodilución normovolémica aguda (HNA).

La dilución intencionada del volumen sanguíneo o hemodilución normovolémica aguda es una técnica que se aplica en pacientes con buen estado hemodinámico y con una adecuada vigilancia.

Es una alternativa a la donación autóloga preoperatoria y que en cualquier momento durante o posterior a la operación, permite que se reinfunda la sangre extraída previamente con los requisitos técnicos necesarios.

3. Autotransfusión intraoperatoria.

Técnica aceptada y efectiva para evitar la transfusión de sangre homóloga. Consiste en reutilizar toda la sangre perdida en el campo quirúrgico y que mediante un proceso de recolección y lavado de células permite reinfundir los glóbulos rojos adsorbidos por un dispositivo de presión negativa (recuperador celular).

En intervenciones con previsiones de pérdidas menores a 500 ml reporta una escasa rentabilidad ya que se trata de un dispositivo de alto coste.

4. Autotransfusión en el periodo postoperatorio.

Este procedimiento se indica en los pacientes en que se espera un sangrado importante en el periodo postoperatorio o en las reoperaciones cardiacas.

TABLA 8: Técnicas de uso de sangre autóloga

Fuente: Elaboración propia

3.3 MEDIDAS DESTINADAS A DISMINUIR LAS NECESIDADES INTRA O POSTOPERATORIAS DE SANGRE O HEMODERIVADOS.

Junto a las medidas preoperatorias, intraoperatorias (Tabla 9) y postoperatorias estandarizadas para disminuir las necesidades de hemoderivados, se han propuesto en la literatura científica una serie de medidas farmacológicas. Los Protocolos que surjan de estas Recomendaciones deben concretar los usos adecuados de todas estas medidas a la luz de la evidencia científica y la normativa vigente, así como de los que puedan introducir los nuevos avances científicos. A continuación se describen, a título orientativo, algunos de los aspectos más relevantes de estos fármacos:

MEDIDAS INTRAOPERATORIAS PARA MINIMIZAR LAS NECESIDADES TRASFUSIONALES

Medidas anestésicas

- Adecuado posicionamiento del paciente, para evitar la congestión venosa.
- Mantenimiento de la normotermia.
- Reposición óptima de la volemia.



- Anestesia hipotensora controlada.
- Ventilación hiperóxica.
- Tratamiento de factores como dolor, taquicardia, HTA, acidosis...
- Reducir las pérdidas hemorrágicas: hemodilución, empleo de fármacos que modifican la hemostasia o el uso de hipotensión controlada.
- Tratamiento Compensador:
 - Aumentar FiO₂.
 - Aumentar Hb efectiva.
 - Disminuir afinidad de la Hb por el O₂ (disminuir pH e hipofosfatemia)
 - Aumentar Gasto Cardíaco.
 - Disminuir consumo de O₂ (ventilación mecánica, sedación, parálisis, hipotermia).
- Si es posible, usar técnicas locorregionales mejor que anestesia general.

Medidas quirúrgicas

- Optimización del tiempo quirúrgico: adecuada selección previa del material, evitar tiempos muertos innecesarios.
- Hemostasia quirúrgica cuidadosa.
- Empacamiento en hemorragia venosa no controlable.
- Uso racional de manguito de isquemia.
- Cirugía mínimamente invasiva.
- Uso de materiales prohemostáticos de aplicación tópica.

TABLA 9: Medidas intraoperatorias para reducir las necesidades de sangre.
Fuente: Elaboración propia del grupo de trabajo.

3.3.1 DESMOPRESINA (DDAVP).

En el momento actual no hay pruebas concluyentes que permitan afirmar que la DDAVP disminuya las transfusiones perioperatorias en pacientes sin trastornos hemorrágicos congénitos¹⁸. De hecho, la Ficha Técnica del producto establece que sólo está indicado en el control terapéutico de las hemorragias y profilaxis de éstas, en intervenciones quirúrgicas menores en pacientes con hemofilia A leve y con la enfermedad de Von Willebrand que responda positivamente al tratamiento.

3.3.2. FACTOR VII RECOMBINANTE (RFVIIA)

Aunque el rFVIIa aparece referenciado en la literatura como una alternativa de transfusión de sangre alogénica, que puede usarse de forma general en pacientes que rechazan terapia con sangre y hemoderivados, lo cierto es que la Ficha Técnica no contempla este uso. Las indicaciones de la Ficha Técnica restringen su empleo a tratamientos de episodios hemorrágicos y prevención de hemorragias en pacientes hemofílicos, con tromboastenia de Glanzmann y con déficit congénito de factor VII.

Además existen datos de que el riesgo de sufrir eventos adversos trombóticos graves está aumentado en los usos de Factor VII al margen de las indicaciones que establece la Ficha Técnica. Por ello, no debe ser considerada un medio para reducir las transfusiones perioperatorias en los pacientes que no entren en los grupos anteriormente citados.

3.3.3. ERITROPOYETINA (RHUEPO).

Aunque es cierto que en la literatura científica se están planteando usos cada vez más amplios de la Eritropoyetina y que la evidencia científica respecto a la efectividad de dichos usos puede evolucionar con mucha rapidez, lo cierto es que la utilización de rHuEPO



debe realizarse sólo en las indicaciones que, en cada momento, establezca la Ficha Técnica del producto, fijada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. De hecho, su utilización en pacientes oncológicos o con insuficiencia renal crónica ha mostrado incremento en la morbilidad cardiovascular y en la mortalidad, lo que ha motivado una Nota Informativa de la Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario al respecto³⁰.

Por tanto, cualquier uso de la rHuEPO fuera de Ficha Técnica (*off-label*), incluido el uso con carácter compasivo, deberá ser siempre autorizado por la autoridad sanitaria que corresponda y deberá contar con los requisitos establecidos en el Real Decreto 1015/2009 sobre los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España. Además deberá solicitarse el consentimiento informado explícito del paciente para dicho uso.

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.

5

¿Qué debe incluir un Centro Sanitario del SSPA en su Protocolo de Atención Sanitaria para Pacientes que Rechazan Terapia con Sangre o Hemoderivados?



5 | ¿QUÉ DEBE INCLUIR UN CENTRO SANITARIO DEL SSPA EN SU PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA PARA PACIENTES QUE RECHAZAN TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS?

Los Centros Sanitarios del SSPA pueden utilizar los contenidos de las presentes Recomendaciones de manera amplia a la hora de elaborar sus propios Protocolos. La información incluida en las diferentes Tablas puede resultar especialmente útil.

Al elaborar dichos Protocolos los Centros Sanitarios no deben olvidarse de:

- Todos los centros sanitarios deben disponer de un Plan de Ahorro de Sangre y/o de Cirugía Mínimamente Invasiva. En tal caso el Protocolo debe contener referencias directas a dichos Planes y explicar a los profesionales cómo acceder a ellos para conocerlos.
- Analizar las prácticas transfusionales del propio centro para cada GDR.
- Revisar la adecuación de esas prácticas transfusionales, contrastándolas tanto con la literatura como con las realizadas en centros sanitarios que atiendan el mismo nivel de complejidad.
- Valorar la posibilidad de establecer su propia guía sobre las necesidades teóricas de unidades de sangre por cada procedimiento o GDR, lo que en inglés se conoce como “*Maximum Surgical Blood Order Schedule*” (MSBOS). En tal caso el Protocolo debe contener referencias directas a dicha Guía.



- Tener en cuenta si existe o va a existir en el Centro Sanitario algún Protocolo o procedimiento de uso de sangre autóloga. El protocolo debe explicitar si esta alternativa terapéutica existe o no el Centro.
- Actualizar la evidencia científica respecto al tratamiento quirúrgico, anestésico y farmacológico de las intervenciones sin sangre o hemoderivados. Es particularmente importante que los profesionales tengan indicaciones claras respecto al uso de los fármacos y de los procedimientos de autorización que deben seguir en caso de que deseen utilizar los fármacos de forma "off-label".
- Adaptar los Circuitos generales de atención que se plantean en estas recomendaciones, a las peculiaridades de su Centro Sanitario. Ello exige buscar acuerdos entre todos los Servicios y/o Unidades de Gestión implicados.
- Evaluar la posibilidad de que determinadas especialidades, como Medicina Interna, Oncología, Hematología o Pediatría necesiten incluir consideraciones especiales o incluso, desarrollar Circuitos de atención específicos.
- Establecer de manera clara cuál va a ser el procedimiento de derivación del paciente a otro Centro, tanto del SSPA como de otra Comunidad Autónoma, incluyendo los criterios que se van a aplicar. Dicho procedimiento debe quedar claramente descrito en el Protocolo.

Entre los contenidos mínimos de estas Recomendaciones que deberían ser necesariamente incluidos en el texto del Protocolo figuran:

- Insistir en que la actitud general de respeto al rechazo de tratamiento que hagan los pacientes forma parte de las obligaciones éticas y deontológicas de los profesionales sanitarios. Los profesionales sanitarios no tienen una obligación ética general de "salvar la vida" de las personas a toda costa, pasando por encima de su autonomía para decidir libremente respecto a sus vida y su salud.

- Remarcar que este derecho a rechazar tratamientos está reconocido por la legislación vigente. El artículo 8 de la Ley 2/2010 de Andalucía es un referente fundamental.
- Incluir los requisitos del “rechazo informado”. Es necesario insistir en que dicho rechazo debe ser registrado por escrito utilizando las casillas correspondientes del formulario de Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea del Catalogo de Formularios de la Consejería de Salud.
- Animar a que los profesionales recomienden a los pacientes que rechazan terapias con sangre o hemoderivados a que registren su Voluntad Vital Anticipada y, al mismo tiempo, aclarar que se trata de una mera recomendación y no de una condición necesaria para recibir una atención sanitaria adecuada.
- Incorporar las ideas principales sobre atención en emergencias, urgencias, embarazo y trasplantes.
- Abordar la cuestión de la Objeción de Conciencia insistiendo en la inaceptabilidad de la objeción “total o general”, de la “institucional” y de las “pseudobjecciones” y “criptobjecciones”.
- Incluir el procedimiento práctico de Consulta al Comité de Ética Asistencial de referencia del Centro sanitario en caso de conflicto.
- Incluir el procedimiento práctico de comunicación con el ministerio fiscal o el juzgado de guardia de la localidad donde se ubique el Centro sanitario.

Anexos



ANEXO 1

LA CONFESIÓN RELIGIOSA DE LOS “TESTIGOS DE JEHOVÁ” Y LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS

A. LA CONFESIÓN RELIGIOSA DE LOS “TESTIGOS DE JEHOVÁ”.

Los Testigos cristianos de Jehová son una comunidad cristiana descendiente de un grupo de estudiosos de la Biblia fundado en 1874 en Pennsylvania (EE:UU.) por Charles Taze Russell ³⁵.

En julio de 1879 se publicó el primer número de la revista *Zion's Watch Tower and Herald of Christ's Presence* (ahora conocida en español como *La Atalaya*). De aquel grupo fundador surgieron luego muchas congregaciones. En 1880 ya había un gran número en los Estados vecinos. En 1881 se creó la entidad *Zion's Watch Tower Tract Society*, que se constituyó legalmente en 1884 con Russell como primer presidente, y que es la sociedad que los agrupa.

El primer presidente de la Sociedad, C. T. Russell, murió en 1916. A partir de entonces hubo muchos cambios. Comenzó a publicarse una revista hermana de *La Torre del Vigía*, llamada *The Golden Age*. (Ahora se conoce en español como *¡Despertad!*, y tiene una tirada de más de veinte millones de ejemplares en más de ochenta idiomas.) También se dio mayor énfasis a la predicación de casa en casa. Para distinguirse de las religiones de la cristiandad, en 1931 adoptaron el nombre de “Testigos de Jehová”.

Los Testigos de Jehová basan sus creencias en una interpretación particular de la Biblia, tanto del Nuevo como del Antiguo Testamento. Se consideran los últimos representantes de una larga serie de “testigos” de la fe en Dios (Jehová).

En España, la Sociedad de los Testigos Cristianos de Jehová es una confesión religiosa que, al igual que otras confesiones, está inscrita en el Registro de Entidades Religiosas de la Dirección General de Asuntos Religiosos del Ministerio de Justicia. Tiene, por tanto, personalidad jurídica y plena autonomía, pudiendo actuar libremente, aunque siempre dentro de la legalidad vigente. Unas 200.000 personas pertenecen a esta Sociedad en nuestro país.



B. LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ. LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

En cuestiones de atención sanitaria los Testigos no ponen ninguna objeción a la medicina convencional en general. No se diferencian por tanto del resto de los usuarios del sistema sanitario.

La única objeción sanitaria específica que plantean es la referente a las transfusiones sanguíneas, que rechazan de forma activa. Este rechazo se basa en una interpretación estricta de varios versículos del capítulo 9 del Génesis y 17 del Levítico, y de los versículos 28 y 29 del capítulo 15 de los Hechos de los Apóstoles. Consideran que desde el tiempo de Noé, Jehová ha ordenado a quienes le sirven que "sigan absteniéndose de sangre", lo que se interpreta como la prohibición de la ingesta de sangre o sus productos.

Aunque otras confesiones religiosas no incluyen la transfusión sanguínea dentro de esta prohibición, los Testigos de Jehová consideran que sí lo está. La primera referencia a esta negativa apareció en "Atalaya" en 1927, pero se consolidó en julio de 1945. Se considera que el fiel que infrinja voluntariamente esta norma se autoexcluye de la vida de la comunidad.

Además, los Testigos de Jehová rechazan con absoluta firmeza la administración de cualquier tipo de sangre que haya sido separada del cuerpo durante un cierto tiempo. De acuerdo con su religión, toda la sangre que sea retirada del cuerpo debe ser desechada y no debe almacenarse (Deuteronomio 12, 24). Así, la práctica habitual de la recolección autóloga preoperatoria de sangre no está permitida. Sin embargo la mayoría de los Testigos aceptarán cualquier medida en la que la sangre o el hemoderivado considerado siga formando parte, de alguna manera, del sistema sanguíneo sin salir de un "circuito cerrado".

En junio de 2004 la Sociedad actualizó su posición doctrinal respecto a los derivados de la sangre en un artículo publicado en "Atalaya". Como consecuencia de ella decidió mantener el rechazo de los concentrados de hematíes, leucocitos, plaquetas o plasma. Pero en cambio decidió dejar libertad a cada creyente para aceptar o no los tratamientos con fracciones de cualquiera de los componentes sanguíneos primarios. Entre estos se incluyen los sustitutos sanguí-

neos con hemoglobina, albúmina, globulinas, factores de coagulación, interferón, interleukinas o factores plaquetarios.

En la Tabla siguiente se muestra la aceptabilidad de las distintas opciones de tratamiento en pacientes de Testigos de Jehová.

INACEPTABLE	Leucocitos, concentrados de hematíes o plaquetas, plasma, sangre total (homóloga o autóloga con desconexión del flujo sanguíneo corporal).
POSIBLEMENTE ACEPTADO (depende de cada Persona)	Factores de coagulación, Inmunoglobulinas, albúmina, interferón, interleukina, hemoglobina, sustitutos sanguíneos con hemoglobina, derivados plaquetarios.
GENERALMENTE ACEPTADO	Cristaloides, coloides, hierro, fármacos, by pass cardiopulmonar sin cebado de sangre, recuperador de sangre, eritropoyetina, sustitutos sanguíneos sintéticos.

Fuente: Tomada del Protocolo de Antequera

Cabe señalar que los trasplantes no son una actividad médica que los Testigos de Jehová rechacen por sí misma, ni para ser donantes ni para ser receptores. En todo caso se deja a la libertad de conciencia de cada miembro. El problema es que la recepción de muchos trasplantes exige la práctica de transfusiones sanguíneas, que sí serán rechazadas

Entre los Testigos de Jehová existe un grupo disidente –aparentemente minoritario- que reclama una modificación radical de la posición de la Sociedad en esta materia, y aboga por respetar la libertad personal total de los creyentes. Es la *Associated Jehovah's Witnesses for Reform Blood* ³⁶.

Una cuestión importante a tener en cuenta es que, cuando los Testigos de Jehová rechazan una transfusión, no están adoptando actitudes suicidas. Consideran el suicidio un pecado. Los Testigos no desean morir, aman la vida y desean vivir. Por eso solicitan asistencia médica. Pero a lo que no están dispuestos es a pagar un precio que a ellos les parece demasiado elevado: la pérdida de su relación con Dios, que para ellos es más importante que la mera vida biológica.



Para obtener más información sobre la confesión religiosa de los Testigos de Jehová y la terapia con sangre o hemoderivados:

A nivel nacional:

SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE HOSPITALES DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

Apartado postal 132

28850 Torrejón de Ardoz

Madrid

Correo electrónico: hispain@terra.es

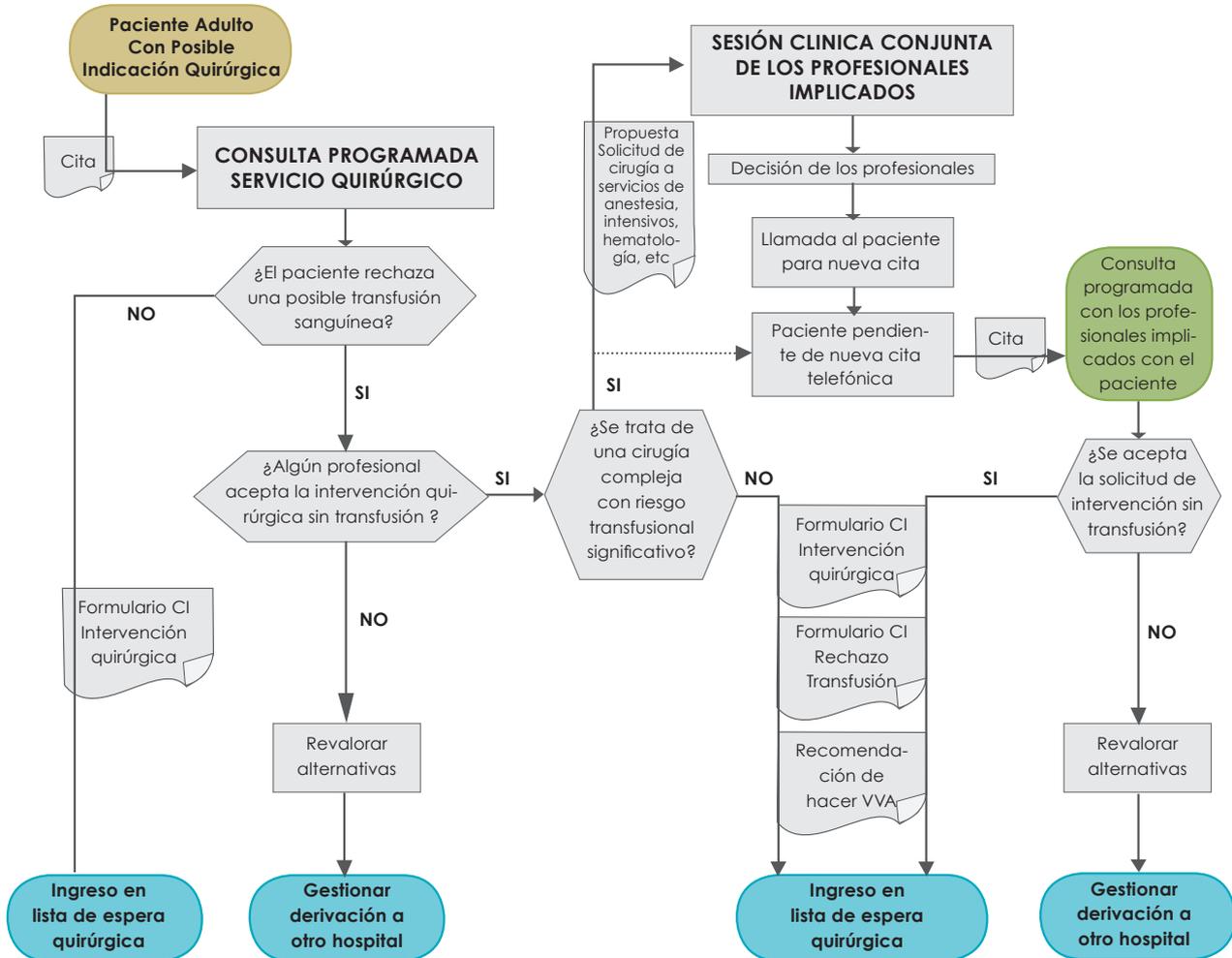
Teléfono: 918879760

A nivel local:

Dirigirse a los COMITÉS DE ENLACE CON LOS HOSPITALES que existen en cada Provincia. Los datos de del Comité de Enlace Local deben incluirse en el Protocolo de cada centro que adapte las presentes Recomendaciones.

ANEXO 2

CIRCUITO GENERAL DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE RECHAZAN SANGRE O HEMODERIVADOS

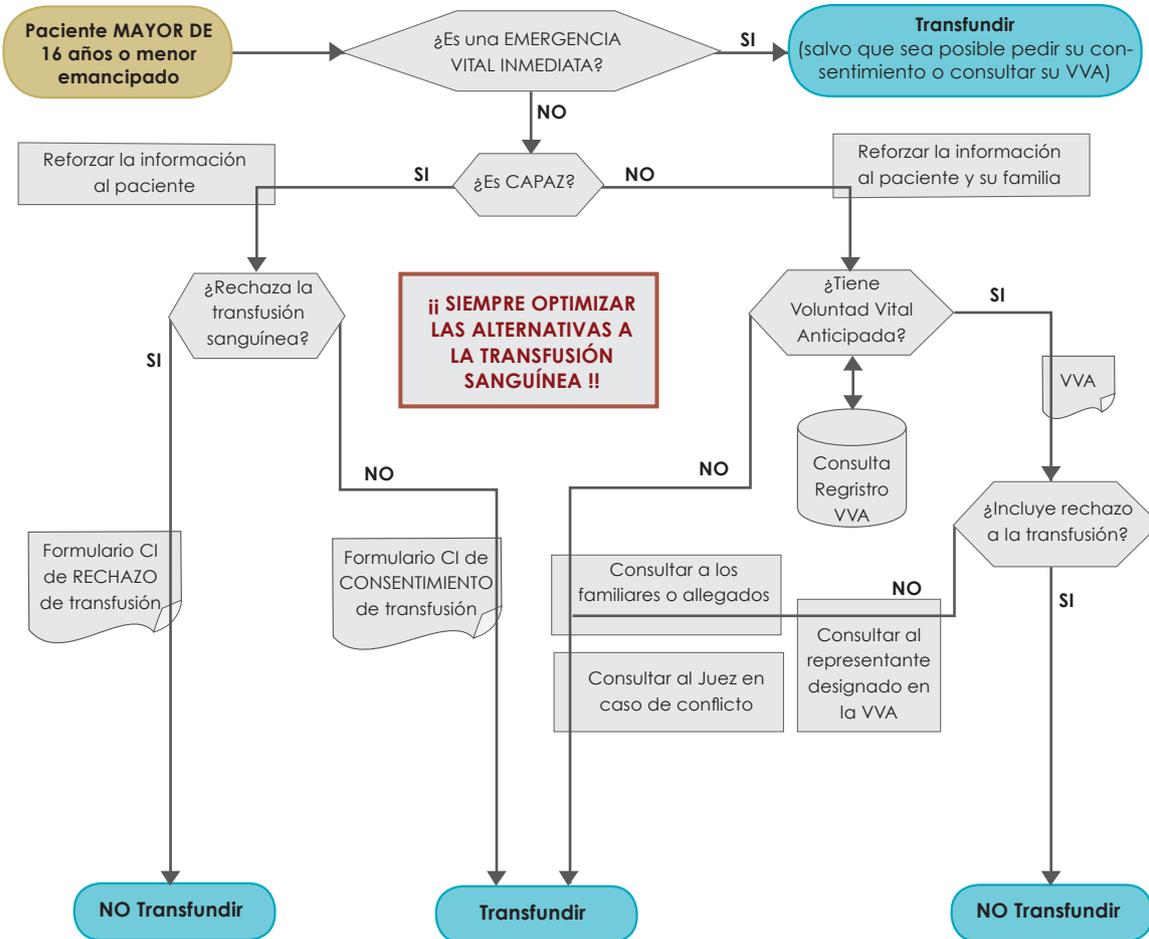


Fuente: Adaptado del Protocolo de Antequera.



ANEXO 3

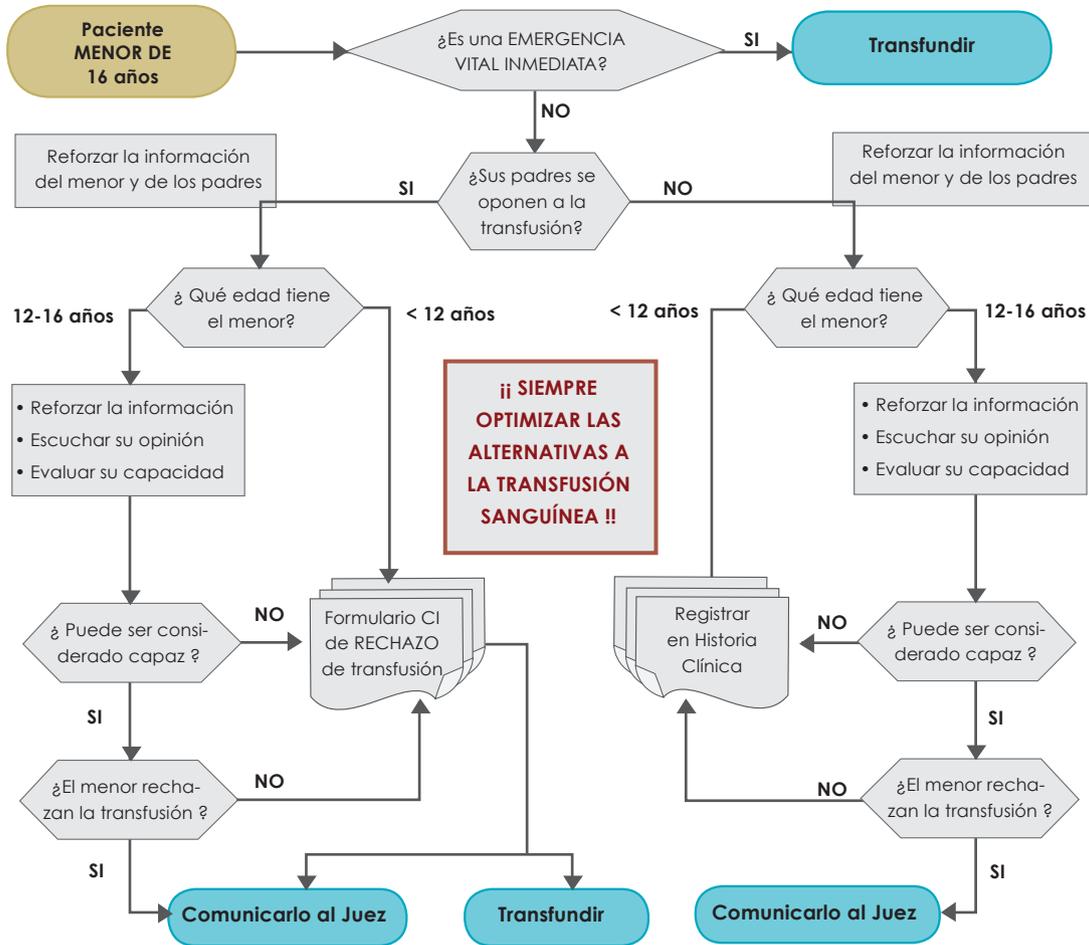
CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS Y MENORES EMANCIPADOS



Fuente: Adaptado del Protocolo de Antequera.

ANEXO 4

CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS.



Fuente: Adaptado del Protocolo de Antequera.



ANEXO 5

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD AL JUZGADO DE GUARDIA E AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE MENORES INCAPACES CUANDO LOS PADRES NO DAN SU CONSENTIMIENTO PARA ELLO.

AL JUZGADO DE GUARDIA

Dr/Dra....., médico responsable del o la paciente D/a....., de.....años de edad, se encuentra ingresado en el Hospitalde con un diagnóstico de ante el Juzgado comparezco y digo:

Que dicho paciente requiere, a juicio del equipo médico que le atiende, un tratamiento consistente enlo que implica la posible necesidad y/o conveniencia de que se le tenga que realizar una transfusión de sangre o de sus derivados, a lo que se niegan, tanto el paciente como sus padres, familiares y/o allegados, que han solicitado el alta voluntaria.

La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva necesariamente/probablemente, a juicio del firmante o del equipo médico que atiende al paciente, riesgo vital.

- Como quiera que la intervención es urgente y el paciente es menor de edad/incapaz, o
- Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados, es por lo que al Juzgado.

SUPLICO

- Tenga por notificados los hechos a los que se refiere este escrito a todos los efectos.

- Se sirva dar al equipo médico de este hospital, que atiende a D/a.....
....., a la mayor urgencia posible, la autorización en su caso, para:

- Negar el alta voluntaria solicitada, por los padres/familiares/allegados.
- Llevar a cabo la intervención de dicho paciente a que se refiere este escrito, sin el consentimiento de sus padres/familiares y allegados, y practicarle la o las transfusiones sanguíneas que el equipo médico de este centro considere conveniente.

Ena.....de.....de.....

Fdo. Dr/Dra.....

Bibliografía

- ¹ SIMÓN P. *Diez mitos en torno al consentimiento informado*. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 29-40
- ² SIMÓN LORDA P, BARRIO CANTALEJO IM. *El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas*. *Med Intensiva*.2008;32(9):444-51.
- ³ OHTO H, YONEMURA Y, TAKEDA J, INADA E, HANADA R, HAYAKAWA S, MIYANO T, KAI K, IWASHI W, MUTO K, ASAI F; JAPANESE SOCIETY OF TRANSFUSION MEDICINE AND CELL THERAPY (JSTMCT). *Guidelines for managing conscientious objection to blood transfusion*. *Transfus Med Rev.* 2009 Jul;23(3):221-8.
- ⁴ THE ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS OF GREAT BRITAIN AND IRELAND MANAGEMENT OF ANAESTHESIA FOR JEHOVAH'S WITNESSES. Noviembre, 2005.
- ⁵ THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND. *Good Surgical Practice*. February 2008. Review date: 2010.
- ⁶ GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Personal beliefs and medical practice. Supplementary Guidance*. 2008.
- ⁷ RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA ANTE EL RECHAZO DE LOS ENFERMOS AL TRATAMIENTO. Comité de Bioética de Cataluña, 2010.
- ⁸ GRUPO DE OPINIÓN DEL OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET PARC CIENTIFIC DE BARCELONA. *Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová*. Barcelona, noviembre de 2005.
- ⁹ COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN. *Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en los pacientes Testigos de Jehová*. Junta de Castilla y León, 2010.
- ¹⁰ *Guía ante la negativa al tratamiento*. *Corporació Parc Taulí. Comité de Ética Asistencial*. Octubre 2005.
- ¹¹ COMITÉ DE ÉTICA DE SAN SEBASTIÁN. *Protocolo de Tratamiento en Pacientes Testigos de Jehova*. San Sebastian, 1999.
- ¹² HOSPITAL DE ANTEQUERA, SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Protocolo de Atención a los pacientes de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová*. Antequera, 2007.
- ¹³ MONÉS J, TERÉS J. *Consideraciones Éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre*. *Med Clin*. 2009;13 (16):627-32.
- ¹⁴ SMITH ML. *Ethical perspectives on Jehovah's Witnesses refusal of blood*. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1997;64(9):475-481.



- ¹⁵ SEOANE JA. *El perímetro de la objeción de conciencia médica*. *InDret*. Revista para el Análisis del Derecho 4/2009.
- ¹⁶ ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre objeción de conciencia del médico*. Adoptada en sesión celebrada el 31 de mayo de 1997.
- ¹⁷ INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD TRANSFUSION. *A Code of Ethics for Blood Donation And Transfusion*. Disponible en <http://www.isbt-web.org/documentation/default.asp> (Visitada el 1 de Febrero de 2010).
- ¹⁸ GYAMFI C, BERKOWITZ RL. *Management of Pregnancy in a Jehovah's Witness*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2007;34(3):357-365.
- ¹⁹ MARLOW N, WOLKE D, BRACEWELL, MA, SAMARA, M FOR THE EPICURE STUDY GROUP NEUROLOGIC AND DEVELOPMENTAL DISABILITY AT SIX YEARS OF AGE AFTER EXTREMELY PRETERM BIRTH. *NEJM*. 2005;352:9-19.
- ²⁰ RASPALL F, ROYES A. *Documento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de neonatología*. *Observatori de Bioètica i Dret*. Junio de 2009. Disponible en <http://bit.ly/i0monx> Visitado el 20 de febrero de 2011.
- ²¹ GRACIA, D., RODRÍGUEZ SENDÍN, J.J. (DIRECTORES). *Ética de la objeción de conciencia*, *Fundación de Ciencias de la Salud*. Madrid: Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial / Fundación de Ciencias de la Salud, 2008.
- ²² LEAL R, COORD. *Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica*". *Med Clin*. 2006;127(Supl1):3-20.
- ²³ REYES G, NUCHE JM, SARRAJ A, COBIELLA J, ORTS M, MARTÍN G, CELEMÍN R, MONTALVO E, MARTÍNEZ-ELBAL L, DUARTE J. *Cirugía cardiaca sin sangre en testigos de Jehová: resultados frente a grupo control*. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 60(7):727-31.
- ²⁴ EL AZAB SR, VRAKING R, VERHAGE G, ROSSEEL PM. *Safety of cardiac surgery without blood transfusion: a retrospective study in Jehovah's Witness patients*. *Anaesthesia*. 2010 Apr;65(4):348-52.
- ²⁵ NAGARSHETH NP, SASAN F. *Bloodless Surgery in Gynecologic Oncology*. *Mt Sinai J Med*. 2009 Dec;76(6):589-97.
- ²⁶ ADELOLA OA, AHMED I, FENTON JE. *Management of Jehovah's Witnesses in otolaryngology, head and neck surgery*. *Am J Otolaryngol*. 2008 Jul-Aug;29(4):270-8.

- ²⁷ BARAKAT O, COOPER JR JR, RIGGS SA, HOEF JW, OZAKI CF, WOOD RP. *Complex Liver Resection for a Large Intrahepatic Cholangiocarcinoma in a Jehovah's Witness: A Strategy to Avoid Transfusion.* *J Surg Oncol.* 2007 Sep 1;96(3):249-53.
- ²⁸ HEBERT PC, WELLS G, BLAJCHMAN MA, MARSHALL J, MARTIN C, PAGLIARELLO G, ET AL. *A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group.* *N Engl J Med.* 1999; 340: 409-17
- ²⁹ MADRAZO-GONZÁLEZ Z, ET AL. *Actualización en anemia y terapia transfusional.* *Med Intensiva.* 2010. doi:10.1016/j.medin.2010.03.013
- ³⁰ AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS. *Nota Informativa: Progresión tumoral, reducción de la supervivencia y riesgos cardiovasculares asociados a las epoetinas; nuevas recomendaciones de uso.* Comunicación sobre Riesgos de Medicamentos para profesionales sanitarios Ref. 2008/10 de 26 de Junio de 2008.
- ³¹ RAMOS HC, TODO S, KANG Y, ET AL. *Liver transplantation without the use of blood products.* *Arch Surg* 1994; 129: 528-532.
- ³² DETRY O, HONORE P, DELWAIDE J, ET AL. *Liver transplantation in a Jehovah's witness.* *Lancet* 1999; 353: 1680.
- ³³ DETRY O, DE ROOVER A, DELWAIDE J, ET AL. *Avoiding blood products during liver transplantation.* *Transplant Proc* 2005; 37: 2869-2870.
- ³⁴ JABBOUR N, GAGANDEEP S, MATEO R, ET AL. *Transfusion free surgery: single institution experience of 27 consecutive liver transplants in Jehovah's Witnesses.* *J Am Coll Surg* 2005; 201: 412-417.
- ³⁵ SORO DOMINGO M, CALATAYUD GÓMEZ L, BELDA NACHER FJ, SORDO DOMINGO JL. *Testigos de Jehová. En: Llau Pitarch JV. Tratado de Hemostasia y Medicina Transfusional Perioperatoria.* Madrid: Arán, 2003. pp. 560 – 579.
 Más información sobre esta confesión religiosa puede encontrarse en su sitio web oficial http://www.watchtower.org/s/medical_care_and_blood.htm (Visitada el 1 de febrero de 2010)
- ³⁶ *Associated Jehovah's Witnesses for Reform Blood Accesible* en <http://www.ajwr.org/index.shtml> (Visitada el 1 de febrero de 2010).



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD